



**Der
Rechnungshof**

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe BUND 2015/9

Bericht des Rechnungshofes

Ärzteausbildung

**Gewährung von
Ausgleichszulagen in der
Pensionsversicherung**

**Ausgewählte Stiftungen
bei der Österreichischen
Akademie der
Wissenschaften**

**Rechnungshof
GZ 860.176/002-1B1/15**

Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644

Fax (00 43 1) 712 49 17

E-Mail presse@rechnungshof.gv.at**Impressum**

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof

Herausgegeben: Wien, im Juli 2015



gedruckt nach der Richtlinie „Druckerzeugnisse“ des Österreichischen Umweltzeichens,
Druckerei des Bundesministeriums für Finanzen, UW-Nr. 836



Bericht des Rechnungshofes

Ärzteausbildung

**Gewährung von Ausgleichszulagen in der
Pensionsversicherung**

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

Vorbemerkungen

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei mehreren Gebarungsüberprüfungen getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktwweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen darauf verzichtet, jeweils die weibliche und die männliche Form zu nennen. Neutrale oder männliche Bezeichnungen beziehen somit beide Geschlechter ein.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.





Inhalt

Inhaltsverzeichnis

BMG

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Ärzteausbildung _____ 5

BMASK

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Gewährung von Ausgleichszulagen in der
Pensionsversicherung _____ 221

BMWF

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft

Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften _____ 393





Bericht des Rechnungshofes

Ärzteausbildung



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	8
Abkürzungsverzeichnis _____	10

BMG**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Gesundheit****Ärzteausbildung**

KURZFASSUNG _____	14
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	43
Ausgangslage und Umfeld _____	46
Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung _____	64
Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin _____	94
Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen _____	127
Rasterzeugnisse _____	142
Qualitätssicherung der Ärzteausbildung _____	157
Arbeitszeiten von Turnusärzten _____	174
Entlohnung der Turnusärzte _____	180
Maßnahmen zur Korruptionsprävention _____	185
Zusammenfassung _____	192
Schlussempfehlungen _____	199

ANHANG

Anhang 1 bis 7 _____	211
----------------------	-----

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)	49
Abbildung 2:	Absolventen Humanmedizin nach Staaten-zugehörigkeit des Sekundarabschlusses	54
Abbildung 3:	Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums pro 100.000 Einwohner 2011 (bzw. letztes Jahr der Verfügbarkeit)	55
Abbildung 4:	Absolventen österreichischer Medizinuniversitäten (einschließlich Paracelsus Medizinische Privat-universität) – ärztliche Tätigkeit – Drop-out	58
Tabelle 1:	Allgemeinmediziner mit Ordinationsniederlassung im Juli 2014	59
Tabelle 2:	Österreichische Ärzte in Deutschland – deutsche Ärzte in Österreich	61
Tabelle 3:	Besetzung TÄ/A – Entwicklung 2011 bis 2014	71
Tabelle 4:	AKH Wien, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014	74
Tabelle 5:	LKH Innsbruck, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014	75
Tabelle 6:	LK St. Pölten/Lilienfeld, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014	76
Tabelle 7:	LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – Entwicklung 2011 bis 2014	77
Tabelle 8:	Organisation und Besetzung der Inneren Medizin	95
Tabelle 9:	Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts für TÄ/A und TÄ/F an der Inneren Medizin am AKH Wien und LKH Innsbruck	111

Tabellen Abbildungen

Tabelle 10:	Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts TÄ/A – Standort Waidhofen _____	112
Tabelle 11:	Durchschnittliche Ausbildungsdauer in Monaten ____	125
Abbildung 5:	Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten _____	140
Tabelle 12:	Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Chirurgie _____	151
Tabelle 13:	Appendektomien an den Abteilungen bzw. Kliniken für Chirurgie 2010 bis 2013 _____	152
Tabelle 14:	Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe _____	153
Tabelle 15:	Normale Geburten an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013 _____	154
Tabelle 16:	Kaiserschnitte an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013 _____	155
Tabelle 17:	Vorgaben des KAKuG hinsichtlich der Facharzt- anwesenheit _____	162
Tabelle 18:	Höchstarbeitungszeitgrenzen gemäß Betriebsverein- barungen der überprüften Krankenanstalten _____	176
Tabelle 19:	Entlohnung der TÄ/A und TÄ/F – Bandbreiten (Modellrechnung) _____	183

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

ÄAO	Ärzteausbildungsordnung
ABl.	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AKH Wien	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus
Art.	Artikel
ÄQZ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ÄrzteG 1998	Ärztegesetz 1998
AZW	Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
EKG	Elektrokardiogramm
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FMH	Fédération des médecins suisses
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HNO	Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IM	Innere Medizin
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund

Abkürzungen

KEF-VO	Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate
KEF und RZ VO 2015	Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher
KIM	Klinik für Innere Medizin (AKH Wien)
LGBL	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LK	Landeskrankenhaus, Landeskliniken
LKH Innsbruck	Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck
Mio.	Million(en)
MUI	Medizinische Universität Innsbruck
MUW	Medizinische Universität Wien
NÖ KAG	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz
Nr.	Nummer
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
StGB	Strafgesetzbuch
TA(Ä)/A	Arzt (Ärzte) in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin
TA(Ä)/F	Arzt (Ärzte) in Ausbildung zum Facharzt
TILAK	TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH
Tir KAG	Tiroler Krankenanstaltengesetz
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UVS	Unabhängiger Verwaltungssenat

Abkürzungen



VfGH

vgl.

VZÄ

Verfassungsgerichtshof

vergleiche

Vollzeitäquivalente

Wr. KAG

Wiener Krankenanstaltengesetz 1987

Z

z.B.

Ziffer

zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit

Ärzteausbildung

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in Österreich über Jahrzehnte hinweg im Wesentlichen unverändert. Für die nach jahrelangen Bemühungen im Jahr 2014 schließlich erfolgte Ärzteausbildungsreform fehlten wichtige Entscheidungsgrundlagen. So waren vor allem wesentliche Daten (z.B. Abwanderungsgründe und -zahlen von Absolventen, Drop-out-Gründe von Turnusärzten) nicht ausreichend vorhanden. Die Verlagerung der Regelung wesentlicher Ausbildungsinhalte von der Gesetzgebung zur Verwaltung war ebenfalls kritisch zu sehen, ebenso der im Hinblick auf die grundlegende Neugestaltung äußerst kurze Umsetzungszeitraum von einem knappen halben Jahr.

Bis zur Ausbildungsreform blieben die Anerkennungen der Ausbildungsstätten (Krankenanstalten insgesamt oder Abteilungen/Kliniken) über Jahrzehnte hinweg gültig, ohne je evaluiert worden zu sein. In den vergangenen fünf Jahren führte die Österreichische Ärztekammer – entgegen den gesetzlichen Vorgaben – auch keine Überprüfungen der Ausbildungsqualität in den Ausbildungsstätten vor Ort mehr durch, wodurch diesbezüglich jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle fehlte.

In den überprüften Krankenanstalten Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus, Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck, Landesklinikum St. Pölten/Lilienfeld sowie Landesklinikum Gmünd/Waidhofen/Zwettl wurde die gesetzlich vorgesehene dreistufige Verantwortungsstruktur (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinikvorstand/Abteilungsleiter) in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen; durchgängig einheitlich strukturierte nachvollziehbare Ausbildungsprozesse fehlten. Wesentliche Qualitätssicherungsinstrumente (z.B. Logbuch, Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan) waren nur teilweise vorhanden, entsprechende Umsetzungs- und Kontrollmechanismen existierten ebenfalls kaum. Die Administration und Kontrolle der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, war in allen überprüften Krankenanstalten mangelhaft.

In den überprüften Krankenanstalten war jedoch in den letzten Jahren das Bemühen um Verbesserungen der Ärzteausbildung erkennbar; so gab es insbesondere auch Anstrengungen, die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und diplomiertem Pflegepersonal zu stärken und die Möglichkeiten des sogenannten mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zu nutzen. Die aktuelle Reform der Ärzteausbildung sieht auch eine Reihe von Qualitätserfordernissen für die Ausbildung (etwa einen Ausbildungsplan) vor; ihre Umsetzung wird für die Krankenanstalten bzw. deren Träger eine große Herausforderung darstellen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war es, die Turnusausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (Turnusarzt in allgemeinmedizinischer Ausbildung) und zum Facharzt (Turnusarzt in Facharztausbildung) im Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Ausbildungspraxis und die Qualitätssicherung im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), im Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld (LK St. Pölten/Lilienfeld) sowie im Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl (LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl) zu beurteilen. Weiters überprüfte der RH Korruptionspräventionsmaßnahmen in den überprüften Krankenanstalten. (TZ 1)

Hinsichtlich der Ausbildungspraxis überprüfte der RH schwerpunktmäßig die Ausbildung im Fachbereich Innere Medizin. Dies deshalb, weil alle überprüften Krankenanstalten über Organisationseinheiten für Innere Medizin verfügten und zur Zeit der Gebarungsüberprüfung dort die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit zwölf Monaten am längsten war. Ferner wurde ein Vergleich mit den Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz angestellt. (TZ 1)

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung überprüfte der RH auch Inhalt und Umsetzungsstand der kürzlich vorgenommenen Reform der Ärzteausbildung (Ärzteausbildung NEU). (TZ 1)

**Ausgangslage und
Umfeld****Ausgestaltung der Ärzteausbildung**

Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Vorschriften über die Ausübung des ärztlichen Berufs hatte der Bund aufgrund seiner Kompetenz nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheitswesen) als Materiengesetzgeber in Form des Bundesgesetzes über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998) erlassen. (TZ 2)

Demnach hatte die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie) zu erfolgen und dauerte mindestens drei Jahre. Für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach war eine mindestens sechsjährige praktische Ausbildung zu absolvieren. (TZ 2)

Auf den Regelungen des ÄrzteG 1998 aufbauend, hatte das BMG eine Ärzteausbildungsverordnung (ÄAO) erlassen. Darin wurden die Aufgabengebiete der fertig ausgebildeten Ärzte und daran anknüpfend Ziel und Umfang der Ausbildung definiert. Welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der Ausbildung genau zu erwerben waren, regelte der Bund allerdings nicht selbst, sondern seit der 5. ÄrzteG-Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) im übertragenen Wirkungsbereich. (TZ 2)

Mit dem Ziel, eine dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitätsvolle Ärzteausbildung zu schaffen, sowie aus Sorge um einen Nachwuchsmangel, gab es seit einigen Jahren Bemühungen um eine Reform dieser Ausbildung. (TZ 2)

Die im Oktober 2014 beschlossene Novelle zum ÄrzteG 1998 sah eine grundsätzliche Neugestaltung der Ärzteausbildung vor; die Novelle ist am 1. Jänner 2015 bzw. teilweise am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die Ärzteausbildung NEU ist für jene Personen verpflichtend, die ab 1. Juni 2015 ihre ärztliche Ausbildung beginnen werden. (TZ 2)

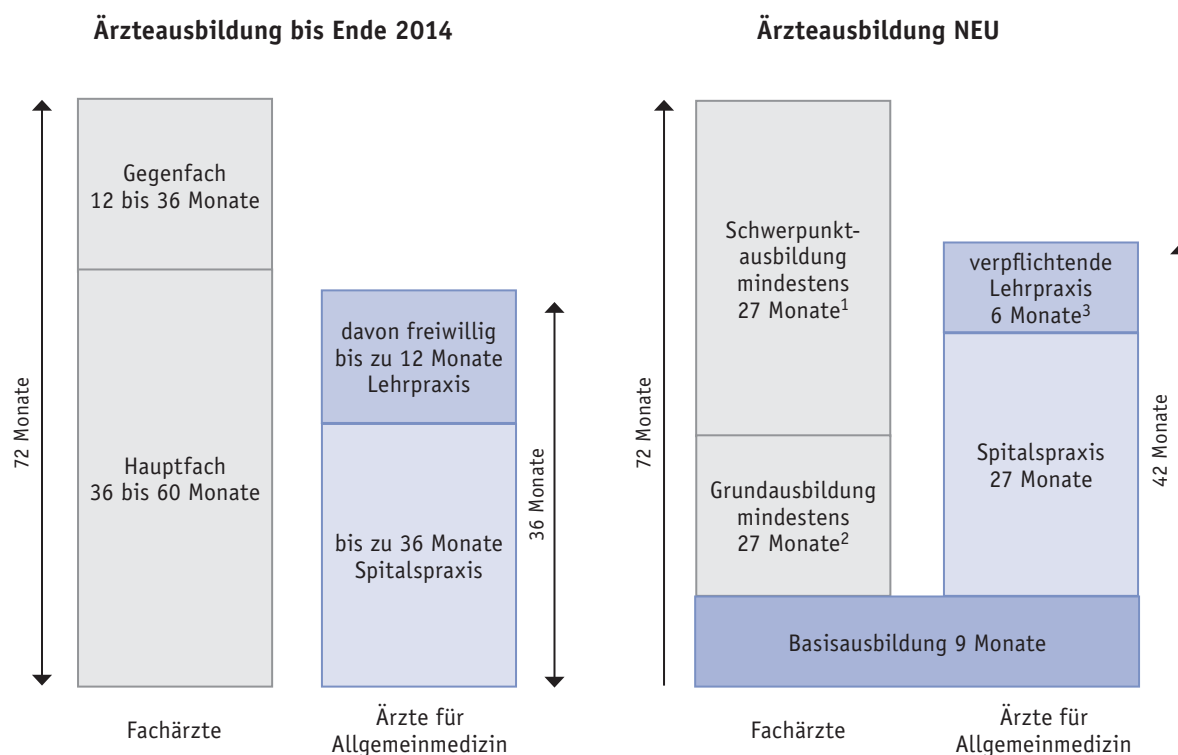
Kurzfassung

Kernstück der Neugestaltung war die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. die ebenfalls darauf aufbauende Sonderfachausbildung zum Facharzt. Als weitere wesentliche Neuerung sollen die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung einen Teil der Ausbildung in einer Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium im niedergelassenen Bereich absolvieren müssen. (TZ 2)

Ärzteausbildung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die nachfolgende Grafik stellt die Grundstruktur der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung jener der Ärzteausbildung NEU gegenüber: (TZ 3)

Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)



¹ Ausnahme: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

² in chirurgischen Fachgebieten mindestens 15 Monate

³ nach sieben Jahren: neun Monate, nach weiteren fünf Jahren: zwölf Monate

Quellen: ÄrzteG 1998 in der Fassung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die Bemühungen um eine grundlegende Neugestaltung mit dem Ziel der Modernisierung und Qualitätssicherung waren grundsätzlich positiv. (TZ 3)

Allerdings wurden die vom RH im Begutachtungsverfahren zu dieser Novelle des ÄrzteG 1998 geäußerten Bedenken, wonach insbesondere die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte (wie etwa die konkrete Ausgestaltung der Basisausbildung oder der Ausbildung zum Allgemeinmediziner) von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob, die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für ihn nicht nachvollziehbar waren und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um letztlich ein ganzes Jahr nicht ausreichend begründet war, der Umsetzungszeitraum mit einem knappen halben Jahr kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren, in weiterer Folge nicht berücksichtigt. (TZ 3)

Ärztelnachwuchs – Studierende der Humanmedizin

Durch die von Österreich als Folge eines EuGH-Urteils gesetzten Maßnahmen zur Zulassungsbeschränkung im Medizinstudium verringerte sich seit dem Studienjahr 2000/2001 nicht nur die Gesamtzahl der Absolventen der Humanmedizin deutlich (um rd. 22 %), sondern sank gleichzeitig auch der Anteil österreichischer Absolventen von rd. 89 % (1.330) auf rd. 71 % (824). Im internationalen Vergleich gab es in Österreich jedoch fast doppelt so viele Medizin-Absolventen (rd. 20 Absolventen pro 100.000 Einwohner) wie im OECD-Schnitt (rd. elf pro 100.000 Einwohner). (TZ 4)

Berufsweg nach dem Studium bzw. der Turnusausbildung

Von den Medizin-Absolventen österreichischer Medizinischer Universitäten waren lediglich zwischen rd. 71 % (Studienjahr 2011/2012) und rd. 83 % (Studienjahr 2006/2007) jemals in die Ärzteliste der ÖÄK eintragen. Im Oktober 2014 waren laut Daten der ÖÄK nur mehr zwischen 61 % der Absolventen des Studienjahrs 2010/2011 und rd. 69 % jener des Studienjahrs 2006/2007 in Österreich ärztlich tätig. Somit standen bis zu rd. 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung. Die durch-

Kurzfassung

schnittlichen Bundesausgaben je Medizin-Absolvent betrugen zwischen rd. 326.000 EUR und rd. 415.000 EUR. (TZ 5)

Wesentliche Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner*innen mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzt*innen in Österreich zu schaffen, fehlten. So war bspw. nicht klar nachvollziehbar, warum sich so viele Absolvent*innen (letztlich) für einen nicht-ärztlichen Berufsweg in Österreich entschieden bzw. wie viele aus welchen konkreten Gründen ins Ausland abwanderten. Ebenso wenig waren die Beweggründe dafür, dass in den letzten Jahren weniger als ein Drittel jener Ärzt*innen, die über die Ausbildung zum Allgemeinmediziner verfügten, in einer eigenen Ordination im niedergelassenen Bereich tätig waren, eindeutig nachvollziehbar. (TZ 5)

Zwar gab es Einzelmaßnahmen (etwa Befragungen des BMFWF), jedoch war für eine nachhaltige Besserung der Datenlage ein gemeinsames Vorgehen aller für die Ausbildung von Medizin-Studierenden bzw. von Turnusärzten zuständigen Institutionen (insbesondere BMG, BMFWF, Medizinische Universitäten und ÖÄK) unabdingbar. (TZ 5)

Vergleiche mit Deutschland und der Schweiz

In Deutschland waren mehr österreichische Ärzt*innen tätig (2013: rd. 2.190 österreichische Ärzt*innen in Deutschland) als umgekehrt (2013: rd. 1.470 deutsche Ärzt*innen in Österreich). In der Schweiz arbeiteten deutlich mehr Ärzt*innen mit österreichischem Abschluss (2004: 89; 2013: 540) als Schweizer Ärzt*innen in Österreich (zwischen 12 (2006) und 19 (2012)). (TZ 6)

**Organisatorische
Rahmenbedin-
gungen der
Ärzteausbildung****Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen**

Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in einem Sonderfach erfolgte an von der ÖÄK dafür nach Kriterien des ÄrzteG 1998 anerkannten Ausbildungsstätten. Bis zur Novellierung des ÄrzteG 1998 im Jahr 2014 blieben die Anerkennungen der Ausbildungsstätten über Jahrzehnte hinweg gültig, ohne je evaluiert worden zu sein. (TZ 8)

Vor diesem Hintergrund war die in der Novelle zum ÄrzteG 1998 vorgesehene Befristung der Anerkennung auf sieben Jahre positiv, weil sie eine regelmäßige Überprüfung des Vorliegens der Anerkennungsvoraussetzungen nach sich zog. (TZ 8)

Die im Zusammenhang mit den zahlreichen weiteren Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstätten und deren Anerkennung durch die ÖÄK im Rahmen der ÄrzteG-Novelle im Begutachtungsverfahren vom RH geäußerten Bedenken betreffend die fehlenden Qualitätssicherungsvorgaben für die neunmonatige Basisausbildung und die fehlende Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen wurden in weiterer Folge allerdings nicht berücksichtigt. (TZ 8)

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren gemäß ÄrzteG 1998 als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Krankenanstalten – mit Ausnahme von Universitätskliniken – dazu verpflichtet, auf je 15 systematisierte Betten mindestens einen Turnusarzt in allgemeinmedizinischer Ausbildung zu beschäftigen (Bettenschlüssel). Die Anzahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Facharzt war nach oben hin begrenzt; die ÖÄK hatte im Rahmen der Anerkennung der entsprechenden Ausbildungsstätte auch die Zahl der Ausbildungsstellen festzulegen, die wegen des Ausbildungserfolgs nicht überschritten werden durfte. Für Universitätskliniken war die Anzahl der Ausbildungsstellen mit der Anzahl der an der Ausbildungsstätte beschäftigten Fachärzte begrenzt (sogenannte 1:1 Regelung). Der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzten blieb vom Gesetzgeber bisher unberücksichtigt. (TZ 9)

Mit der Novelle zum ÄrzteG 1998 entfielen sowohl der Bettenschlüssel als auch die Sonderbestimmungen für Universitätskliniken. Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin waren nunmehr alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten verpflichtet, ihrem Leistungsspektrum entsprechend, eine für den künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin ausreichende Anzahl an Ausbildungsstellen sicherzustellen. Hinsichtlich der Beurteilung des Bedarfs war auf die Beratungsergebnisse der mit der Gesundheitsreform 2013 eingerichteten Kommission für die ärztliche Ausbildung zurückzugreifen. Konkrete Vorgaben für die Bedarfsanalyse bzw. -berechnung waren in der ÄrzteG-Novelle jedoch nicht vorgesehen. (TZ 9)

Kurzfassung**Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten**

Das AKH Wien beschäftigte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung. Am LKH Innsbruck stieg die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung im Vergleich zu 2011 (43,3 VZÄ) leicht an und betrug zum 30. Juni 2014 insgesamt 50,5 VZÄ (54 Köpfe). Die Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz betrug zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zwischen zwei und neun Monate. (TZ 11, 13)

Am Standort St. Pölten war die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung seit 2011 mit rd. 85 VZÄ nahezu unverändert (86 Köpfe). Im Gegensatz dazu war die Anzahl dieser Turnusärzte am Standort Lilienfeld seit dem Jahr 2013 stark rückläufig. Während 2011 und 2012 noch elf Turnusärzte ihre allgemeinmedizinische Ausbildung dort absolvierten, waren es zum 30. Juni 2014 nur mehr 5,6 VZÄ (sechs Köpfe). (TZ 11)

An allen drei Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war die Anzahl der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung in den letzten Jahren ebenso stark rückläufig; der stärkste Rückgang war in Gmünd feststellbar (2011: 16 VZÄ/Köpfe, 30. Juni 2014: sieben VZÄ/Köpfe). Die NÖ Landeskliniken-Holding bzw. die vier betroffenen Standorte versuchten, diesem Mangel mit einer Reihe von Maßnahmen (bspw. Informationsveranstaltungen und Unterstützungen für Maturanten) zu begegnen. (TZ 11)

Auch die endgültigen Materialien zur Novelle des ÄrzteG 1998 ließen umfassende und aussagekräftige Erläuterungen betreffend die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung um letztlich ein Jahr vermissen; der RH hatte darauf bereits im Rahmen des Begutachtungsverfahrens – zusammen mit der Frage nach einer möglicherweise daraus resultierenden geringeren Attraktivität der allgemeinmedizinischen Ausbildung und der Schwächung des Fachbereichs Allgemeinmedizin – hingewiesen. (TZ 11)

Die Gesamtzahl der am AKH Wien tätigen Fachärzte stieg im Prüfungszeitraum leicht an (2011: 878,4 VZÄ; 2014: 882,9 VZÄ); demgegenüber war die Anzahl der Turnusärzte in Facharztausbildung rückläufig (2011: 570,3 VZÄ, 2014: 543,4 VZÄ). Der Rückgang bei diesen Turnusärzten war nach Angaben der Medizinischen Universität Wien als Dienstgeberin aller am AKH Wien tätigen Ärzte auf ein Personaleinsparungsprogramm zurückzuführen. (TZ 12)

Die Fachärzte und die Turnusärzte in Facharztausbildung am LKH Innsbruck waren etwa jeweils zur Hälfte Bedienstete des Landes Tirol (vertreten durch die TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK)) und der Medizinischen Universität Innsbruck. Am LKH Innsbruck veränderten sich sowohl die Anzahl der Fachärzte als auch der Turnusärzte in Facharztausbildung zwischen 2011 und 2014 nur geringfügig (Fachärzte: 2011: 537,2 VZÄ; 2014: 539,8 VZÄ; Turnusärzte in Facharztausbildung: 2011: 412,6 VZÄ; 2014: 414,0 VZÄ). (TZ 13)

Beide Universitätskliniken hielten die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 noch normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und Turnusärzten in Facharztausbildung ein. Im Vergleich zum AKH Wien beschäftigte das LKH Innsbruck im Verhältnis zu den dort tätigen Fachärzten mehr Turnusärzte in Facharztausbildung. (TZ 12, 13)

Am Standort St. Pölten erhöhte sich die Gesamtzahl der Fachärzte seit 2011 um rd. 5 % auf rd. 259 VZÄ; die Anzahl der Turnusärzte in Facharztausbildung stieg um 18,4 % auf rd. 140 VZÄ. In Lillfeld sank die Anzahl der Fachärzte zwischen 2011 und 2014 um rd. 5 % auf rd. 25 VZÄ; die Zahl der Turnusärzte in Facharztausbildung erhöhte sich demgegenüber um rd. 68 % von 5,9 VZÄ auf 9,9 VZÄ. (TZ 14)

An den Standorten Gmünd und Zwettl nahm die Zahl der Fachärzte (+ 9 % bzw. + 19 %) und der Turnusärzte in Facharztausbildung (+ 23 % bzw. + 25 %) zwischen 2011 und 2014 zu; 2014 waren an den Standorten Gmünd und Zwettl 19,6 VZÄ bzw. 52,7 VZÄ Fachärzte und 8,0 VZÄ bzw. 23,8 VZÄ Turnusärzte in Facharztausbildung beschäftigt. Am Standort Waidhofen schwankte die Anzahl dieser Turnusärzte zwischen 15,5 VZÄ und 17 VZÄ. (TZ 14)

Ausbildungsverantwortung – Allgemeines

Das ÄrzteG 1998 sah für die Ausbildungsverantwortung ein dreistufiges System vor und wies den Krankenanstaltenträgern, den Ärztlichen Leitern und den Klinik- bzw. Abteilungsleitern bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu. Wie die nachfolgende Analyse zeigte, wurde diese dreistufige Ausbildungsverantwortung von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen. (TZ 15)

Kurzfassung

Die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck stellten diesbezüglich einen Sonderfall dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (Medizinische Universitäten Wien und Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthochheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte. Dafür sah das ÄrzteG 1998 weder in der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Fassung noch in der aktuellen Novelle Sonderbestimmungen vor. (TZ 15)

Das AKH Wien und die Medizinische Universität Wien planten eine gemeinsame Betriebsführung ab 2015. Hiefür waren zwei neue paritätisch (von der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien) besetzte Leitungsorgane geplant: das Supervisory Board und das Management Board. Die TILAK und die Medizinische Universität Innsbruck schlossen im März 2014 einen Zusammenarbeitsvertrag; durch diesen wurde die Medizinische Universität Innsbruck-TILAK-Kommission (je vier Mitglieder der Medizinischen Universität Innsbruck und des LKH Innsbruck) als gemeinsames Gremium eingerichtet. (TZ 15)

Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger

Die Rechtsträger der Krankenanstalten hatten gemäß ÄrzteG 1998 in kürzest möglicher Zeit für die bestqualifizierende Ausbildung der Turnusärzte zu sorgen. Diese Verpflichtung zielte in program-matischer Weise auf die Schaffung entsprechender Rahmenbedin-gungen für die Ausbildung. Insofern traf die Letztverantwortung für eine den Vorgaben des ÄrzteG 1998 entsprechende Ausbildung der Turnusärzte in jedem Fall den Träger der Krankenanstalt. Im neuen ÄrzteG waren die Vorschriften über die Wahrung der Aus-bildungsqualität und damit auch über die Ausbildungsverantwor-tung der Träger im § 11 gebündelt und erweitert (etwa durch die Verpflichtung zur Vorlage eines Ausbildungsplans). (TZ 16)

Die Stadt Wien hatte für den Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) bzw. das AKH Wien noch keine konkreten strategischen Aus-bildungsziele für Turnusärzte festgelegt. Konkreter und ausführ-licher waren die Ausbildungsziele in der TILAK-Strategie formuliert. In den Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen den Kranken-anstaltenträgern und den Medizinischen Universitäten waren Ausbil-dungsmaßnahmen vorgesehen bzw. geplant. Weder der KAV noch die TILAK hatten die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Lei-tern für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt. In der TILAK

waren allerdings solche Ziele im Zusammenhang mit der Einführung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen. (TZ 17)

Die NÖ Landeskliniken-Holding verfügte seit 2011 über eine jährlich fortgeschriebene Zielelandkarte u.a. mit konkreten Zielen für die Ärzteausbildung, z.B. Schaffung von mehr Ausbildungsstellen oder Forcierung des Turnusärzte-Recruitings. Diese Ziele wurden gemeinsam mit den Regionalmanagern auf die verschiedenen Regionen (NÖ Mitte, Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel und Thermenregion) und in weiterer Folge auf die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten heruntergebrochen. (TZ 17)

Für die im AKH Wien und im LKH Innsbruck tätigen – bei den jeweiligen Medizinischen Universitäten angestellten – Turnusärzte in Facharztausbildung gab es keine Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger. (TZ 18)

In jenen Fällen, in denen die TILAK bzw. die NÖ Landeskliniken-Holding Ausbildungsvorgaben für Turnusärzte normiert hatten, waren die Umsetzungs- und Kontrollmechanismen nicht ausreichend, um die Durchführung der Vorgaben zu gewährleisten. So erfolgte etwa keine Überprüfung der Umsetzung von Betriebsvereinbarungen der TILAK betreffend ihre Turnusärzte. (TZ 18)

Auch die NÖ Landeskliniken-Holding überprüfte die Anwendung des 2007 für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung eingeführten Logbuchs bzw. der Checkliste (eingeführt Mitte 2013) nicht und führte diesbezüglich auch keine Evaluierungen durch. Darüber hinaus gab es seitens der NÖ Landeskliniken-Holding keine Vorgaben für die Facharztausbildung. (TZ 18)

Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters

Der Ärztliche Leiter einer Krankenanstalt war aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Bestimmungen als vom Träger bestelltes Leitungsorgan für den ärztlichen Dienst (z.B. Diensterteilungen, dienstliche Verwendung einzelner Ärzte, Koordinierung der ärztlichen Tätigkeit) verantwortlich. Laut ÄrzteG 1998 trafen ihn auch Pflichten in Bezug auf die Ausbildung. So war der Ärztliche Leiter z.B. für die Organisation der abteilungsübergreifenden Rotation der Turnusärzte innerhalb einer Krankenanstalt zuständig. (TZ 19)

Kurzfassung

Im neuen ÄrzteG (§ 11 Abs. 1) wurde der Ärztliche Leiter im Unterschied zu den Vorgängerregelungen nicht mehr ausdrücklich erwähnt, obwohl bspw. abteilungsübergreifenden Rotationen mit der Novelle ein höherer Stellenwert eingeräumt wurde und die Qualitätserfordernisse für die Ärzteausbildung – auch vor dem Hintergrund der neu eingeführten Wieder-Anerkennung nach sieben Jahren – insgesamt erhöht wurden. Die diesbezüglichen Hinweise des RH im Rahmen des Begutachtungsverfahrens blieben im weiteren Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt. (TZ 19)

Während die Anstaltsordnungen des LKH Innsbruck und der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten die Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters explizit vorsahen, legte das Organisationshandbuch der Ärztlichen Direktion des AKH Wien fest, dass die Ausbildung von Ärzten eine der Hauptaufgaben der Krankenanstalt sei und durch Fachärzte der Medizinischen Universität Wien erfolge. Allerdings gab es im AKH Wien eine Richtlinie betreffend Rasterzeugnisse und seit November 2014 Bemühungen um weitere zentrale Vorgaben zur Ärzteausbildung. (TZ 20)

Was die anderen überprüften Krankenanstalten in Tirol und Niederösterreich anbelangt, waren die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichend, um die Wahrnehmung der auch in den Anstaltsordnungen festgelegten Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter sicherzustellen. So verfügten etwa – mit Ausnahme des Standorts St. Pölten – weder das LKH Innsbruck noch das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl bzw. der Standort Lilienfeld über eine Richtlinie betreffend die Vorgangsweise bei den Rasterzeugnissen. (TZ 20)

Organisation der Ausbildung – zentrale Einrichtungen

Die Krankenanstaltenträger bzw. die überprüften Krankenanstalten handhabten die zentrale Organisation der Ausbildung unterschiedlich. Für das LKH Innsbruck nahm das von der TILAK eingerichtete Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe als zentrale Koordinationsstelle bereits seit über 20 Jahren die Belange der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung umfassend wahr. Demgegenüber setzte die NÖ Landeskliniken-Holding zwar organisatorische Maßnahmen, betreute aber diese Turnusärzte nicht individuell. (TZ 21)

Auch für die Organisation der Turnusärzte in Facharztausbildung übernahm das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe eine Reihe von Aufgaben; so bot es etwa auch die Organisation der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Medizinische Psychotherapie in Kooperation mit der Medizinischen Universität Innsbruck und der TILAK an. Der KAV und die NÖ Landeskliniken-Holding trafen keine (organisatorischen) Ausbildungs-Maßnahmen für Turnusärzte in Facharztausbildung an den überprüften Krankenanstalten. (TZ 21)

An den überprüften Krankenanstalten selbst nahmen vor allem die Ärztlichen Direktionen bzw. deren Stabstellen oder die Personalabteilungen organisatorische Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wahr. (TZ 21)

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausgangslage und Allgemeines

Auf der Ebene der Abteilungen bzw. Kliniken überprüfte der RH die Ausbildungspraxis in den überprüften Krankenanstalten insbesondere am Beispiel des Fachbereichs Innere Medizin. Dies insbesondere deshalb, weil es Organisationseinheiten (Universitätskliniken, Abteilungen etc.) für Innere Medizin in allen überprüften Krankenanstalten gab und die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung nach der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung noch geltenden Rechtslage zwölf Monate in der Inneren Medizin zu absolvieren hatten, weshalb – gegenüber den anderen zu absolvierenden Fachbereichen – die in diesem Fachbereich vorgesehene allgemeinmedizinische Ausbildung am längsten war. Die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin dauerte mindestens sechs Jahre, eine verpflichtende Absolvierung von Nebenfächern war nicht vorgesehen. (TZ 22)

Die Organisation und Anzahl der beschäftigten Ärzte in der Inneren Medizin der überprüften Krankenanstalten stellte sich wie folgt dar: (TZ 22)

Kurzfassung

Organisation und Besetzung der Inneren Medizin ¹			
	Organisationseinheiten	Fachärzte	TÄ/F ²
	Anzahl	in VZÄ	
AKH Wien	3 Universitätskliniken mit 11 Abteilungen	164,6	89,8
LKH Innsbruck	1 Department mit 6 Universitätskliniken	68,8	48,8
LK St. Pölten/Lilienfeld	4 Abteilungen	61,6	23,9
davon			
Standort St. Pölten	3 Abteilungen	55,3	20,9
Standort Lilienfeld	1 Abteilung	6,3	3,0
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	3 Abteilungen	21,5	15,0
davon			
Standort Gmünd	1 Abteilung	5,0	3,0
Standort Waidhofen	1 Abteilung	9,0	6,0
Standort Zwettl	1 Abteilung	7,5	6,0

¹ zum 30. Juni 2014

² Turnusärzte in Facharztausbildung; Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung waren der Krankenanstalt zugewiesen und nicht bestimmten Organisationseinheiten.

Quellen: Angaben und Homepages der überprüften Krankenanstalten

Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter

In der Praxis trugen die Abteilungsleiter (Primärärzte) die größte Ausbildungsverantwortung. Sie waren gemäß ÄrzteG 1998 für ihren Bereich verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in unselbstständiger Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, also unter Anleitung und Aufsicht, zu vermitteln; im ÄrzteG 1998 wurden sie deshalb als Ausbildungsverantwortliche bezeichnet. (TZ 23)

Im Entwurf zur ÄrzteG-Novelle wurde klargestellt, dass der „Leiter der Ausbildungsstätte“ der Ausbildungsverantwortliche war. In seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren regte der RH insbesondere aus Qualitätssicherungsgründen eine genauere Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen an. Das neue ÄrzteG enthielt eine solche jedoch weiterhin nicht. (TZ 23)

Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es kaum von der Ärztlichen Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen; das AKH Wien legte dem RH im November 2014 einen entsprechenden Entwurf vor. (TZ 23)

Schriftliche Zielvereinbarungen zwischen Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern waren entweder gar nicht vorhanden oder wurden nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt; das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten Entsprechendes. Am LKH Innsbruck unterzeichnete der Departmentdirektor die Rasterzeugnisse (wesentlichster Ausbildungsnachweis, der u.a. vom Ausbildungsverantwortlichen zu unterzeichnen war), ohne dafür zuständig zu sein; diese Vorgangsweise wurde erst ab September 2014 geändert. (TZ 23)

Ausbildungsassistenten und Mentoren

Gemäß ÄrzteG 1998 hatte der Ausbildungsverantwortliche die Möglichkeit, sich von einem Ausbildungsassistenten unterstützen zu lassen; der Begriff „Ausbildungsassistent“ war im neuen ÄrzteG nicht mehr vorgesehen. Unverändert war, dass sich der Ausbildungsverantwortliche von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfaches unterstützen lassen konnte. (TZ 24)

An den Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien und am LKH Innsbruck waren Ausbildungsassistenten eingesetzt. Ein Mentoren-System für Turnusärzte in Facharztausbildung war nicht überall durchgängig installiert. Für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung des LKH Innsbruck wurde 1992 ein Ausbildungsmentoren-Modell initiiert, ein neues Modell war geplant. (TZ 24)

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten gab es außer am Standort Waidhofen keine nominierten Ausbildungsassistenten; ein Mentoren-System war an keinem Standort vorgesehen. (TZ 24)

Logbuch

Um – in Spezifizierung der Rasterzeugnisse – genau festzulegen, welche Lerninhalte in der ärztlichen Ausbildung vermittelt werden sollten, wurde in der Literatur und in der Praxis ein Logbuch als

Kurzfassung

zweckmäßig erachtet. Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben. Für eine kontinuierliche Qualitätssteuerung in der ärztlichen Ausbildung war es von zentraler Bedeutung. (TZ 25)

An allen überprüften Krankenanstalten, die Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung beschäftigten (LKH Innsbruck und alle überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten) gab es für diese Logbücher. Im LKH Innsbruck war das Logbuch verpflichtend zu führen; entsprechende Kontrollen fanden statt, auch wenn eine Archivierung von Kopien unterblieb. Dieses Logbuch wurde allerdings nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen. (TZ 25)

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten wurde das Logbuch für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung nicht durchgängig verwendet, entsprechende Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen mit anschließender Maßnahmensetzung fehlten; weiters wurden die Logbücher nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen. (TZ 25)

Was die Facharztausbildung anbelangt, verfügten die Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien und des LKH Innsbruck über Logbücher. Am AKH Wien spezifizierte das Logbuch jedoch das Rasterzeugnis kaum, sondern deckte sich über weite Strecken mit diesem; es war lediglich ergänzt um die Dokumentation der absolvierten Rotationen und die Möglichkeit, für bestimmte Untersuchungen die Anzahl einzutragen. Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlten sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck für die Logbücher der Turnusärzte in Facharztausbildung für den RH nachvollziehbare Kontrollmechanismen bzw. -vorgaben seitens der Ärztlichen Leitung. Das AKH Wien legte diesbezüglich dem RH im November 2014 einen Entwurf für entsprechende Vorgaben vor. (TZ 25)

Für die Facharztausbildung Innere Medizin in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten lagen – anders als am AKH Wien und am LKH Innsbruck – keine Logbücher vor. (TZ 25)

Ausbildungskonzept

Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist. Es war ebenfalls ein zentrales Instrument für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung, weil es der Orientierung dient und eine beidseitige Verpflichtung (des Ausbildungsverantwortlichen und des Turnusarztes) darstellt. (TZ 26)

Da sich auch in der Literatur keine klare Definition des Begriffs Ausbildungskonzept fand, waren auch die dem RH im Rahmen der Gebärungsüberprüfung als Ausbildungskonzept vorgelegten Dokumente sehr unterschiedlich; sie reichten von einer bloßen Auflistung der verpflichtenden theoretischen Ausbildungsmodule bis hin zu relativ umfassenden Regelungen. Angesichts dessen identifizierte der RH aufgrund von Erhebungen, Beispielen konkreter Ausbildungskonzepte und dem Musterkonzept der ÖÄK folgende Inhalte eines Ausbildungskonzepts als zweckmäßig: Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur, angewandte Lehrmethoden, zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Rahmen, abteilungsinterne Rotationen und konkrete Fortbildungsplanung. (TZ 26)

Vor allem in den Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien gab es eine Vielzahl an Einzeldokumenten, die unterschiedlich strukturiert waren und unterschiedliche Geltungsbereiche vorsahen; auch das LKH Innsbruck legte zum Thema Ausbildungskonzept verschiedene Dokumente vor. Mit Ausnahme des Standorts Waidhofen, wo 2013 ein Leitfaden für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung erstellt wurde, lagen an den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten weder für die allgemeinmedizinische Ausbildung noch für die Facharztausbildung schriftliche Dokumente im Sinne eines Ausbildungskonzepts an den Abteilungen für Innere Medizin vor. Keines der von den vier überprüften Krankenanstalten vorgelegten Dokumente umfasste jedoch alle vom RH für ein Ausbildungskonzept als zweckmäßig identifizierten Inhalt. (TZ 26)

Eine Anweisung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Ärztlichen Direktion hinsichtlich der Ausgestaltung und der verpflichtenden Anwendung von schriftlichen Ausbildungskonzepten lag an keiner der überprüften Krankenanstalten vor; das LKH Innsbruck plante jedoch solche Vorgaben im Rahmen der Ärzteausbildung NEU. (TZ 26)

Kurzfassung

Das neue ÄrzteG sah erstmals vor, dass Ausbildungsstätten als Anerkennungserfordernis ein schriftliches Ausbildungskonzept vorlegen mussten (für die nach der neunmonatigen Basisausbildung erfolgende Ärzteausbildung). Der RH hatte im Begutachtungsverfahren angeregt, den Begriff Ausbildungskonzept zu definieren; diesem Hinweis wurde im weiteren Gesetzgebungsprozess jedoch nicht entsprochen. (TZ 26)

Rotation und Ausbildungsplan

Im Rahmen der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung waren Rotationen bzw. deren Organisation von wichtiger Bedeutung, weil Turnusärzte im Rahmen ihrer Ausbildung häufig (viele) verschiedene Fachbereiche durchlaufen mussten. In der Regel gab es abteilungsüberschreitende (innerhalb einer Krankenanstalt bzw. eines Standorts) und krankenanstaltenüberschreitende Rotationen. Ein Ausbildungsplan soll schon zu Ausbildungsbeginn die zeitliche Abfolge – idealerweise – aller Ausbildungsabschnitte festlegen. (TZ 27)

Die Novelle zum ÄrzteG 1998 sah vor, dass die Krankenanstaltenträger den Turnusärzten nach Beendigung der Basisausbildung einen Ausbildungsplan für die weitere praktische Ausbildung vorlegen mussten. Im Begutachtungsverfahren wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv, er erachtete aber eine Definition der konkreten Inhalte eines Ausbildungsplans als erforderlich. Darüber hinaus hielt der RH es für zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte vorzusehen, weil Rotationen auch im Rahmen der Ärzteausbildung NEU große Bedeutung zukommen wird. Beide Hinweise des RH wurden in der letztlich beschlossenen Novelle nicht berücksichtigt. (TZ 26, 27)

In den überprüften Krankenanstalten wurden – mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung) – keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt. Das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten jedoch bereits, solche künftig zu erstellen. (TZ 28)

Die Rotationseinteilung der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung wurde – mit Ausnahme des LKH Innsbruck und dem Standort Zwettl – von den Turnusärzten selbst durchgeführt. Kooperationsvereinbarungen mit anderen Krankenanstalten lagen im Bereich der allgemeinärztlichen Ausbildung nur mündlich vor.

Unzureichend war auch die Dokumentation der Konsiliarausbildung (Ausbildung durch einen Konsiliararzt für den Fall, dass die entsprechende Abteilung in der Krankenanstalt nicht eingerichtet war) am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, weil die vermittelten Ausbildungsinhalte nicht nachvollziehbar waren. (TZ 28)

Für die Rotation der Turnusärzte in Facharztausbildung lagen im Fach Innere Medizin an allen überprüften Krankenanstalten schriftliche Rotationskonzepte vor, soweit dies für die Erfüllung der Ausbildungsinhalte erforderlich war. Am AKH Wien erfolgte die Einteilung allerdings durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst Turnusärzte waren. Anstaltsübergreifende Rotationen für die Erfüllung von Ausbildungsinhalten bzw. aufgrund von eingeschränkten Anerkennungen waren – mit Ausnahme des Standorts Waidhofen (jedoch nur mündlich) – an den überprüften Krankenanstalten nicht etabliert. (TZ 28)

Weder die Krankenanstalten noch die Rechtsträger bzw. die Dienstgeber der Turnusärzte verfügten über Daten betreffend die gesamte Ausbildungsdauer der einzelnen Turnusärzte. Auf Basis der von den Ärztekammern zur Verfügung gestellten sogenannten Ausbildungsraster (je Turnusarzt geführte Übersichtsblätter, auf denen vermerkt war, in welcher Krankenanstalt der Turnusarzt wie lange welches Ausbildungsfach absolvierte) ermittelte der RH die Ausbildungsdauern beispielhaft ausgewählter Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung und von Turnusärzten in den Sonderfächern Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. (TZ 29)

Die gesetzlich vorgesehene Ausbildungsdauer bei den Turnusärzten in allgemeinmedizinischer Ausbildung und den Turnusärzten im Sonderfach Innere Medizin wurde in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt nicht wesentlich überschritten. Im Sonderfach Chirurgie lag hingegen die durchschnittliche Ausbildungszeit am AKH Wien sowie im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Innsbruck – laut Ausbildungsraster der Ärztekammern – deutlich über der Mindestausbildungszeit. Dafür konnte es viele Gründe geben, die sowohl im Verantwortungsbereich der Krankenanstalt liegen als auch persönlich bedingt sein konnten. Die Ausbildungsraster enthielten dazu keine Informationen. (TZ 29)

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Datenlage war positiv, dass durch die mit der Ärzteausbildung NEU eingeführte standardisierte Ausbildungsstellenverwaltung sowohl den Turnusärzten als auch den Krankenanstalten bzw. Rechtsträgern mehr Transparenz

Kurzfassung

über die Ausbildungszeiten geboten und die Datenlage insgesamt verbessert werden soll. (TZ 29)

**Zusammenarbeit
zwischen den
Berufsgruppen****Allgemeines**

Einen wichtigen Faktor der Ausbildungspraxis stellt auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften dar. Insbesondere eine hohe Belastung der Turnusärzte mit Routinetätigkeiten, die auf ärztliche Anordnung auch von diplomierten Pflegekräften vorzunehmen wären, kann die Teilnahme an Besprechungen und Visiten oder ähnliche ausbildungsrelevante Tätigkeiten verhindern. (TZ 30)

In diesem Zusammenhang waren vor allem die in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) genannten sieben Tätigkeiten von Bedeutung, die vom Pflegepersonal nicht eigenverantwortlich (vgl. § 14 GuKG), sondern nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden können (sogenannter „mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“); dabei handelt es sich etwa um die Verabreichung von Arzneimitteln oder das Legen von Magensonden. (TZ 30)

Da diese Aufzählung in § 15 Abs. 5 GuKG beispielhaft war, konnten auch weitere Tätigkeiten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst sein. Üblicherweise war daher der Umfang des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs für die jeweilige Krankenanstalt bzw. für einzelne Abteilungen zusätzlich in Vereinbarungen spezifiziert, in denen die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften geregelt war. Auch alle überprüften Krankenanstalten verfügten über solche Vereinbarungen, die allesamt zumindest die sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten enthielten. (TZ 30)

Vereinbarungen gemäß § 15 GuKG

Sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck gab es eine Muster- bzw. Rahmenvereinbarung für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich; diese enthielt – neben den in § 15 Abs. 5 GuKG genannten – noch weitere Tätigkeiten, die vom Pflegepersonal auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden sollten. Allerdings entsprach die Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bei manchen Tätigkeiten nicht den Kriterien des § 15 GuKG, etwa weil diese zum eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege (§ 14 GuKG) zählten. (TZ 31, 33)

Die klinikspezifischen Vereinbarungen der drei Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien (KIM I bis III) bzw. der sechs Kliniken für Innere Medizin am LKH Innsbruck (IM I bis VI) sahen teilweise Adaptierungen bzw. Ergänzungen der Rahmenvereinbarungen vor; anders als in den Rahmenvereinbarungen waren manche Tätigkeiten jedoch noch ausschließlich von Ärzten vorzunehmen. Laut den von den beiden Krankenanstalten vorgelegten Statusberichten war die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Universitätskliniken für Innere Medizin insgesamt grundsätzlich weit vorangeschritten. (TZ 32, 34)

Für das LK St. Pölten/Lilienfeld war eine für alle Abteilungen an beiden Standorten verbindliche Richtlinie über die ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit in Geltung, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten noch fünf weitere Tätigkeiten umfasste. Laut den Ergebnissen der Abfrage der NÖ Landeskliniken-Holding war diese auch umgesetzt. Das Verabreichen von intramuskulären und intravenösen Injektionen war allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen. (TZ 35)

Auch für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl galten Richtlinien bzw. Vereinbarungen über die ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit. Neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten umfassten diese insgesamt noch fünf weitere Tätigkeiten, die allesamt den Kriterien für eine Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich entsprachen. Es bestand Übereinstimmung zwischen Praxis und Vereinbartem. Am Standort Waidhofen nahmen das Legen von Magensonden allerdings nach wie vor ausschließlich Ärzte vor. (TZ 36)

Vor dem Hintergrund der Neuerungen im ÄrzteG 1998, wonach die Gewährleistung der Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal Bedingung für die Anerkennung als Ausbildungsstätte war, verglich der RH die Aufteilung dieser sieben Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten anhand der Ergebnisse der Statuserhebungen, Evaluierungen und Abfragen: (TZ 37)

Kurzfassung

Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten

AKH Wien

KIM I	1	4b	5	6	2a	2b	2c	3	4a	7
KIM II	1	2a	4b	6	2c	3	4a	5	7	2b
KIM III	1	4b	6	2a	2c	3	5	2b	4a	7

LKH Innsbruck

IM I, II, III, VI	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	2b	7
IM IV, V	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	7	2b

LK St. Pölten/ Lilienfeld

	1	2a	4b	6	3	4a	5	7	2b	2c
--	---	----	----	---	---	----	---	---	----	----

LK G/W/Z

Gmünd	1	2a	3	4b	6	2b	2c	4a	5	7
Waidhofen	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	5	7
Zwettl	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	7	5

Legende

	diplmiertes Pflegepersonal		sowohl Ärzte als auch diplomiertes Pflegepersonal		ausschließlich Ärzte
---	----------------------------	---	---	---	----------------------

1. Verabreichung von Arzneimitteln
- 2a. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen Injektionen
- 2b. Vorbereitung und Verabreichung von intramuskulären Injektionen
- 2c. Vorbereitung und Verabreichung von intravenösen Injektionen
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen
- 4a. Blutentnahme aus der Vene
- 4b. Blutentnahme aus den Kapillaren
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern
6. Durchführung von Darneinläufen
7. Legen von Magensonden

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; NÖ Landeskliniken-Holding; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die im ÄrzteG 1998 für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte nunmehr geforderte Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten (zumindest auch) durch diplomiertes Pflegepersonal war an der Klinik für Innere Medizin I des AKH Wien und an den Standorten Gmünd und Zwettl gewährleistet. An der Klinik für Innere Medizin II des AKH Wien wurden eine, an der Klinik für Innere Medizin III drei, am LKH Innsbruck je nach Klinik ein bzw. zwei, am LK St. Pölten/Lilienfeld zwei sowie am Standort Waidhofen eine der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten hingegen nach wie vor ausschließlich von Ärzten durchgeführt. (TZ 37)

Administration der Rasterzeugnisse

Über den Erfolg der Ausbildung war ein Rasterzeugnis vorzulegen (§ 26 ÄrzteG 1998). Gemäß Ärzteausbildungsordnung hatte der Ausbildungsverantwortliche nach Zurücklegung der jeweiligen Mindestausbildungszeiten und Durchführung eines Evaluierungsgesprächs (TZ 40) unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. Betrug die Dauer eines Ausbildungsfachs jedoch mehr als ein Jahr, war auch am Ende jedes Ausbildungsjahrs unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. (TZ 38)

Die Vorgangsweisen im Zusammenhang mit der Ausstellung der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, entsprachen häufig nicht den Vorgaben der ÄAO, die Kontrollen waren unzureichend. So wurden etwa die Rasterzeugnisse für Turnusärzte in Facharztausbildung am AKH Wien, am LKH Innsbruck und am Standort Gmünd entgegen den Vorgaben der ÄAO nicht jährlich ausgestellt. Teilweise (insbesondere an den Standorten Lilienfeld, Waidhofen und Zwettl) erfolgte die Ausstellung der Rasterzeugnisse – entgegen den Bestimmungen der ÄAO – nicht unverzüglich nach Ausbildungsende, manche wurden sogar erst nach über einem Jahr ausgestellt. Die Evaluierungsgespräche, die ein zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle darstellen, waren oftmals gar nicht vermerkt oder – entgegen den Vorgaben der ÄAO – nach dem Ausbildungsende datiert. (TZ 38)

Eine Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung neben dem AKH Wien nur am LK St. Pölten/Lilienfeld für den Standort St. Pölten vor; die Richtlinie des AKH Wien entsprach teilweise nicht den Bestimmungen der ÄAO. In der Ärztlichen Direktion erfolgte zumeist nur eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse. Am LKH Innsbruck erfolgte eine Archivierung der Rasterzeugniskopien in der Ärztlichen Direktion erst ab Mitte 2014; am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse aufbewahrt. (TZ 38)

Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben

Für die Erstellung der Rasterzeugnisse griff die ÖÄK über ihre Fachgruppen auf die von ihr akkreditierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zurück. Diese entwickelten u.a. die in den Rasterzeugnissen für sogenannte „schneidende Fächer“ enthaltenen OP-Kataloge. Darin waren für bestimmte Eingriffe Fallzahlen vorgesehen, die der

Kurzfassung

Turnusarzt zu erbringen hatte, um seine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können. (TZ 39)

Die in den OP-Katalogen der Rasterzeugnisse enthaltenen Fallzahlen für Chirurgie (Appendektomien) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (normalen Geburten/Kaiserschnitte) wurden dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den überprüften Krankenanstalten nicht gerecht. So wurde die Fallzahl für Appendektomien in den letzten Jahren angehoben, obwohl bei den Appendektomien österreichweit seit längerem ein signifikanter Rückgang – um rund minus ein Drittel seit 2001 – zu beobachten war. Auch die Fallzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten war im Vergleich zu der Fallzahl von 40 für Kaiserschnitte zu hoch. Dem Verhältnis der Fallzahlen von 83:17 standen in fünf von sechs Krankenanstalten tatsächliche Verhältnisse zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten von 72:28 bis 48:52 gegenüber. Dies deutete auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Fallzahlen hin. (TZ 39)

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Lernfortschrittskontrollen

Ein zentrales Instrument zur Lernfortschrittskontrolle von Turnusärzten waren die in der ÄAO vorgeschriebenen sogenannten Evaluierungsgespräche. Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren. Unklarheit bestand hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch; es wurde teilweise davon ausgegangen, dass das Mitarbeitergespräch mit dem Evaluierungsgespräch gleichzusetzen war bzw. dieses ersetzte. (TZ 40)

In keiner der vom RH überprüften Krankenanstalten konnte eine Dokumentation über vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt geführte Evaluierungsgespräche vorgelegt werden. Auch die Mitarbeitergespräche waren nicht immer lückenlos dokumentiert; in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren diese erst am 1. Jänner 2014 verbindlich vorgesehen. Mit den im LKH Innsbruck tätigen Turnusärzten in allgemeinmedizinischer Ausbildung führte das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe regelmäßig strukturierte (Evaluierungs)Gespräche, die auch dokumentiert wurden. (TZ 40)

Facharztanwesenheit

Aufgrund krankenanstaltenrechtlicher Vorgaben war in Standardkrankenanstalten (z.B. Standorte Gmünd, Waidhofen, Lilienfeld und Zwettl) nur im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst (und im Wochenend- und Feiertagsdienst) hingegen musste lediglich eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen anwesenden Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin oder für Chirurgie oder für Innere Medizin oder für Unfallchirurgie – bei gleichzeitiger Rufbereitschaft von Fachärzten der anderen Sonderfächer – gewährleistet sein. Gemäß ÄrzteG 1998 bestand grundsätzlich die Möglichkeit, Turnusärzte für Nacht- und Wochenenddienste an einer Abteilung einzuteilen, auch wenn ein für die Ausbildung verantwortlicher Facharzt nicht anwesend, sondern lediglich in Rufbereitschaft war. Allerdings hing dies immer vom entsprechenden Ausbildungsstand des jeweiligen Turnusarztes ab. (TZ 41)

Eine Analyse der Dienstpläne der Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin an den überprüften Krankenanstalten für den März 2014 ergab, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war. (TZ 41)

Das neue ÄrzteG sah nunmehr auch die Möglichkeit vor, Turnusärzte, die bereits die neunmonatige Basisausbildung abgeschlossen hatten, außerhalb der Kernausbildungszeit für eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit einzusetzen. Dafür galten allerdings strenge Voraussetzungen (z.B. jederzeitige Anwesenheit eines fachlich verantwortlichen Arztes am jeweiligen Standort der Krankenanstalt); dies war positiv zu werten, weil insbesondere in Nachtdiensten auch mit komplexen medizinischen Situationen zu rechnen war, die einen – noch dazu „fachfremden“ – Turnusarzt überfordern könnten, zumindest aber einer Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bedurften. (TZ 41)

Evaluierungen durch die Träger bzw. die überprüften Krankenanstalten

Bis auf das AKH Wien hatten alle überprüften Krankenanstalten-träger bzw. Krankenanstalten bereits Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt. Das AKH Wien plante nunmehr regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben sowie eine Evaluierung der Zufriedenheit der Turnusärzte alle zwei Jahre;

Kurzfassung

nicht zufriedenstellende Ergebnisse sollten eine Maßnahmenvereinbarung zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Ärztlichen Direktor zur Folge haben. (TZ 42)

Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK

Seit dem Jahr 2009 war allein die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer für die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten durch Visitationen an Ort und Stelle zuständig (§ 128a Abs. 5 Z 3 ÄrzteG 1998). Sie konnte sich dabei aber gegebenenfalls von den beratenden Ausschüssen in den Landesärztekammern unterstützen lassen. Eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation, deren Erlassung der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich oblag, war nicht vorhanden. Dadurch fanden seit rund fünf Jahren keine Visitationen mehr statt, wodurch jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte. (TZ 43)

Evaluierungen durch die Ärztekammer

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte seit August 2011 für die ÖÄK kontinuierlich eine österreichweite Evaluierung der Ausbildung der Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung durch. Aufgrund der nach Angaben der überprüften Krankenanstalten bzw. Träger meist fehlenden Offenlegung der konkreten Ergebnisse der Auswertungsberichte gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern waren entsprechende Maßnahmen kaum möglich. (TZ 44)

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte weiters eine Evaluierung der Facharztausbildung an der Medizinischen Universität Wien durch. Dieser Auswertungsbericht wurde ins Internet gestellt und war somit allen zugänglich. Die Medizinische Universität Wien bezweifelte allerdings die Validität dieser Studie (z.B. aufgrund der Art der Fragestellungen). Auf Ebene der Universitätskliniken für Innere Medizin wurden in der Folge zum Teil Maßnahmen geplant. (TZ 44)

Alle Fragebögen enthielten nur wenige Fragestellungen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder. (TZ 44)

**Arbeitszeiten von
Turnusärzten****Höchstarbeitszeiten**

Das Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG) begrenzte die Tagesarbeitszeit grundsätzlich mit maximal 13 Stunden und die Wochenarbeitszeit grundsätzlich mit durchschnittlich 48 Stunden. Durch Abschluss einer entsprechenden Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung war es jedoch möglich, diese Grenzen auf bis zu 49 Stunden für einen verlängerten Dienst bzw. 72 Stunden Wochenarbeitszeit auszuweiten, sofern dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig war und die Ärzte während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden. Die Zahl der pro Monat erbringbaren verlängerten Dienste war auf sechs bzw. bei entsprechender Regelung im Rahmen einer Betriebsvereinbarung auf acht Dienste beschränkt. (TZ 46)

Aufgrund EU-rechtlicher Vorgaben wurde das KA-AZG im Herbst 2014 novelliert und eine schrittweise Senkung der Arbeitszeiten von den bisher erlaubten 72 Stunden pro Woche auf 60 Stunden ab 2015, 55 Stunden ab 2018 und letztendlich 48 Stunden ab Mitte 2021 beschlossen. (TZ 46)

Die Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten nahmen auf die Vorgaben des zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden KA-AZG Bedacht, ohne die grundsätzlich möglichen Höchstarbeitszeitgrenzen in vollem Ausmaß auszuschöpfen. Insbesondere einige Arbeitszeitmodelle in den niederösterreichischen Landeskliniken lagen deutlich unterhalb dieser Grenzen. Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste waren nur im LKH Innsbruck bezüglich jener Ärzte, die beim Land Tirol angestellt waren, vorhanden. Ohne Aufzeichnungen darüber war es dem Dienstgeber jedoch nicht möglich, die Einhaltung der Vorgaben des KA-AZG zu überwachen bzw. zu überprüfen. (TZ 47)

Mindestanwesenheitszeiten

Das ÄrzteG 1998 sah tägliche Mindestanwesenheitszeiten zugunsten einer gleichmäßigen Verteilung der Wochendienstzeit von 35 Stunden zwischen Montag und Freitag vor. Demnach waren von den 35 Wochenstunden laut ÄrzteG 1998 jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr (Kernarbeitszeit) zu absolvieren. Dadurch konnten von Turnusärzten bspw. grundsätzlich keine Wochenend- bzw. Feiertagsdienste geleistet werden, weil das Arbeitsruhegesetz im Fall eines Arbeitseinsatzes an Wochenenden

Kurzfassung

und Feiertagen als Ersatz eine 36-stündige Ruhezeit vorsah, die einen ganzen Wochentag einzuschließen und darum eine Abwesenheit in der Kernarbeitszeit zur Folge hatte. Für diese Zeit war lediglich in Ausnahmefällen, wenn ein entsprechender Dienst unumgänglich war, eine Anrechnung auf die Ausbildungszeit möglich. (TZ 48)

Eine Auswertung der Dienstpläne der Abteilungen/Kliniken für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten vom März 2014 zeigte, dass durch das Arbeitsruhegesetz bzw. das KA-AZG bedingte Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit häufig vorkamen und je Turnusarzt zwischen einem und sieben Tagen pro Monat umfassten. (TZ 48)

Mit der endgültig beschlossenen Novelle zum ÄrzteG 1998 wurde der Zeitraum ausgedehnt, in dem 25 der 35 Wochenstunden zu absolvieren waren; nach der neuen Rechtslage war dies nunmehr zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr möglich. Dies sah der RH positiv, weil die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden Beschränkungen zur Sicherung der Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar waren. (TZ 48)

Entlohnung der Turnusärzte

Die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten war intransparent und konnte nur unter Zuhilfenahme von Annahmen (Modellrechnung) vergleichbar gemacht werden. Grund dafür war insbesondere, dass den Gehältern der im AKH Wien, im LKH Innsbruck und in den niederösterreichischen Krankenanstalten tätigen Turnusärzte unterschiedliche Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten zugrunde lagen; im LKH Innsbruck wurden die dort tätigen Turnusärzte in Facharztausbildung – abhängig vom Dienstgeber (Land Tirol oder Medizinische Universität Innsbruck) – unterschiedlich entlohnt. (TZ 51)

Die vom RH in Abstimmung mit den überprüften Krankenanstalten erstellte Modellrechnung ergab für die Gesamtjahresgehälter aller Turnusärzte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (2014) eine Bandbreite von 60.400 EUR (Ausbildungsbeginn) bis rd. 62.500 EUR (Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung im dritten Ausbildungsjahr) bzw. bis rd. 74.200 EUR (Turnusärzte in Facharztausbildung im sechsten Ausbildungsjahr, mit vorangehender allgemeinmedizinischer Ausbildung bis rd. 75.300 EUR). (TZ 49 bis 51)



Kurzfassung

BMG

Ärzteausbildung

**Maßnahmen zur
Korruptions-
prävention**

Alle überprüften Krankenanstalten und Krankenanstaltenträger bzw. Medizinischen Universitäten setzten Maßnahmen zur Vermeidung von Korruption im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung; diese Regelungen waren teilweise unterschiedlich ausgestaltet. (TZ 52)

Im Vorfeld der bestehenden Korruptionspräventionsregelungen waren jedoch keine schriftlich nachvollziehbaren Korruptionsrisikoanalysen durchgeführt worden. Weiters waren die erlassenen Vorgaben insofern nicht ausreichend, weil sie u.a. die aktuelle Rechtslage nicht immer abbildeten sowie teilweise wesentliche Begriffe und Prozesse nicht abschließend und klar definierten; auch Dokumentationsanforderungen und Kontrollmechanismen waren zum Teil unzureichend geregelt. Positiv, wenn auch ergänzungsbedürftig, waren die vom LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding konzipierten Formulare zu sehen; im LKH Innsbruck war jedoch eine nachvollziehbare Verfahrensanordnung erforderlich. (TZ 52)

Kenndaten zur Ärzteausbildung				
Krankenanstalten	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld (LK St. Pölten/Lilienfeld) ¹ Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl (LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl) ¹			
Rechtsträger der Krankenanstalten	Stadt Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Land Niederösterreich			
kompetenzrechtliche Grundlage	Art. 10 Abs. 1 Z 8 und 12, Art. 11 Abs. 1 Z 2 und Art. 12 Abs. 1 Z 1 B-VG, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.			
Bundesrecht	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte (ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998 i.d.g.F. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (ÄAO 2006), BGBl. II 286/2006 i.d.g.F.			
Landesrecht	Niederösterreichisches Krankenanstaltengesetz (NÖ KAG), LGBL. 170/74 i.d.g.F. Tiroler Krankenanstaltengesetz (Tir KAG), LGBL. Nr. 5/1958 i.d.g.F. Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG), LGBL. Nr. 1987/23 i.d.g.F.			
Leistungsdaten 2013	AKH Wien	LKH Innsbruck	LK St.Pölten/ Lilienfeld	LK Gmünd/ Waidhofen/ Zwettl
	Anzahl			
tatsächliche Betten	1.824	1.485	1.175	659
systemisierte Betten	2.116	1.560	1.255	651
stationäre Aufenthalte	103.076	86.344	67.233	30.486
ambulante Frequenzen	1.759.810	1.526.552	907.495	113.934
Ärzte gesamt – davon	Anzahl in VZÄ			
	1.411,70	1.056,20	550,80	205,20
Ärzte für Allgemein- medizin	0	28,80	21,70	7,60
Turnusärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemein- medizin	0	56,50	93,90	32,80
davon				
<i>männlich</i>	0	25,00	36,00	14,00
<i>weiblich</i>	0	31,50	57,90	18,80
Fachärzte	884,50	560,40	289,60	118,30
Turnusärzte in Ausbildung zum Facharzt	527,20	410,50	145,60	46,50
davon				
<i>männlich</i>	290,40	201,30	73,00	18,00
<i>weiblich</i>	236,80	209,20	72,60	28,50

¹ Das LK St. Pölten/Lilienfeld war eine Krankenanstalt mit zwei Standorten, das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl eine Krankenanstalt mit drei Standorten.

Quellen: DIAG; Daten der überprüften Krankenanstalten

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH überprüfte von März bis Juli 2014 im Rahmen einer Querschnittsüberprüfung die Ärzteausbildung im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus (AKH Wien), im Landeskrankenhaus – Universitätskliniken Innsbruck (LKH Innsbruck), im Landeskrankenhaus St. Pölten/Lilienfeld¹ (LK St. Pölten/ Lilienfeld) sowie im Landeskrankenhaus Gmünd/Waidhofen/Zwettl² (LK Gmünd/ Waidhofen/ Zwettl).

Ziel der Gebärungsüberprüfung war es, die Turnusausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (TA/A) und zum Facharzt (TA/F) in Hinblick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich sowie die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Ausbildungspraxis und die Qualitätssicherung zu beurteilen. Weiters überprüfte der RH Maßnahmen zur Korruptionsprävention.

Um einen gesamthaften Überblick zu gewinnen, überprüfte der RH die Ärzteausbildung an zwei Universitätskliniken (AKH Wien und LKH Innsbruck), einer Schwerpunktkrankenanstalt in einer zentralen Region (Standort St. Pölten) sowie an peripheren Standardkrankenanstalten (Standorte Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl).

Hinsichtlich der Ausbildungspraxis überprüfte der RH schwerpunktmäßig die Ausbildung im Fachbereich Innere Medizin. Dies deshalb, weil alle überprüften Krankenanstalten über Organisationseinheiten für Innere Medizin verfügten und zur Zeit der Gebärungsüberprüfung dort die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin mit zwölf Monaten am längsten war.

Ferner wurde ein Vergleich mit den Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz angestellt.

Der Prüfungszeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2011 bis 2013.

(2) Im Zuge der Gebärungsüberprüfung überprüfte der RH auch Inhalt und Umsetzungsstand der kürzlich vorgenommenen Reform der Ärzteausbildung (Ärzteausbildung NEU). Der bezugshabende Entwurf einer Novelle des Ärztegesetzes 1998 (ÄrzteG 1998) wurde im Juli 2014 zur

¹ eine Krankenanstalt an zwei Standorten

² eine Krankenanstalt an drei Standorten

Prüfungsablauf und –gegenstand

Begutachtung versandt. Der RH hatte dazu eine umfassende Stellungnahme im August 2014³ erstattet.

Die ÄrzteG–Novelle wurde Ende Oktober 2014 im Nationalrat beschlossen. Die Anregungen des RH in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf wurden darin nur teilweise berücksichtigt.

(3) Der RH legte seinen Feststellungen die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Rechtslage zugrunde. Darüber hinaus stellte er die jeweils relevanten neuen – im Wesentlichen ab 1. Jänner 2015 geltenden – Bestimmungen des novellierten ÄrzteG 1998 dar.

(4) Zu dem im Februar 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Medizinische Universität Wien (MedUni Wien) im März 2015 und das BMG, die Stadt Wien, das Land Niederösterreich sowie die TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH⁴ (TILAK) und die Medizinische Universität Innsbruck (MedUni Innsbruck) im April 2015 Stellung. Die TILAK und die MedUni Innsbruck übermittelten eine gemeinsame Stellungnahme. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Juni 2015.

(5) Im März 2015 versandten das BMG bzw. die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) Entwürfe zu einer neuen Verordnung über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen–/Ärzte–Ausbildungsordnung 2015 – ÄAO 2015) bzw. zu einer neuen Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse, Prüfungszertifikate und Ausbildungsbücher (KEF und RZ VO 2015) zur Begutachtung.

Zu beiden Verordnungsentwürfen gab der RH im April 2015 Stellungnahmen im Begutachtungsverfahren ab (veröffentlicht auf der Website des RH unter Beratung/Gesetzesbegutachtungen).

³ Schreiben des RH vom 25. August 2014, GZ 300.479/010–2B1/14, veröffentlicht auf der Homepage des Parlaments unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/ME/ME_00053/index.shtml.

Der RH ging darin u.a. auch darauf ein, dass die im Zusammenhang mit einer umfassenden Neugestaltung sich ergebenden Herausforderungen und Problemfelder (z.B. sehr große Anzahl an Anerkennungsverfahren in sehr kurzer Zeit, mögliche Steh- und Wartezeiten in der Übergangsphase) im Begutachtungsentwurf nicht behandelt wurden.

⁴ ab 24. Juni 2015 Tirol Kliniken GmbH

In der Stellungnahme zur ÄAO 2015 nahm der RH darüber hinaus Bezug auf seine ausführliche Stellungnahme zum Entwurf der ÄrzteG–Novelle aus dem Jahr 2014 und verwies auf eine Reihe von Empfehlungen, die weder in der endgültig beschlossenen ÄrzteG–Novelle noch im Entwurf zur ÄAO 2015 berücksichtigt wurden. Dies betraf bspw.

- die Beschränkung der Evaluierung vor allem auf die Messung der Auswirkungen der neuen Ausbildung an der Veränderung der Anzahl der in allgemeinärztlicher Ausbildung befindlichen Ärzte, die der RH als nicht ausreichend erachtete, um die Erreichung der gesetzten Ziele feststellen zu können;
- die fehlenden Qualitätssicherungsvorgaben für die Basisausbildung und die fehlende Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen;
- die fehlenden Definitionen der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters und des Ausbildungsverantwortlichen sowie die fehlende Definition des Ausbildungskonzepts;
- die fehlende Klarstellung, ob die in der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtend vorgesehene Lehrpraxis vom Ausbildungsplan umfasst werden musste.

Die Anregungen des RH wurden in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 (BGBl. II Nr. 147/2015) nicht berücksichtigt.

(6) Ferner verwies der RH in seinen Stellungnahmen zu den Begutachtungsentwürfen zur ÄAO 2015 bzw. zur KEF und RZ VO 2015 auf die Notwendigkeit, wie bspw.

- der verpflichtenden Führung von Logbüchern, einer Definition der Logbücher sowie der Aufnahme von Musterlogbüchern in die KEF und RZ VO 2015 als Anlage;
- einer Verbesserung der formalen Ausgestaltung der Rasterzeugnisse, um deren ordnungsgemäße Ausstellung und die Führung der verpflichtend vorgesehenen Evaluierungsgespräche bzw. deren Dokumentation sicherzustellen;
- der Darlegung der (wissenschaftlichen) Grundlagen insbesondere für die Richtzahlen in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 betreffend die von den Turnusärzten – je nach Fachrichtung – durchzuführenden Operationen bzw. zu erlangenden Fertigkeiten;

- klarer Festlegungen, wie diese Richtzahlen zu erfüllen sind, der Vor-
nahme entsprechender Überarbeitungen sowie Ergänzungen feh-
lender Richtzahlen bzw. der Abgabe entsprechender Erläuterungen,
warum solche fehlten;
- einer klaren Definition des Ziels eines Evaluierungsgesprächs mit
den Turnusärzten, um dieses bspw. von einem regulären Mitarbei-
tergespräch abzugrenzen.

In der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 wurden die diese (auch)
betreffenden Anregungen (Logbücher, Evaluierungsgespräche) nicht
berücksichtigt.⁵

Ausgangslage und Umfeld

Ausgestaltung der Ärzteausbildung

- 2 (1) Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den
letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Vor-
schriften über die Ausübung des ärztlichen Berufs hatte der Bund auf-
grund seiner Kompetenz nach Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG (Gesundheits-
wesen) als Materiengesetzgeber in Form des Bundesgesetzes über die
Ausübung des ärztlichen Berufs und die Standesvertretung der Ärzte⁶
(ÄrzteG 1998) erlassen. Darin waren auch allgemeine Regelungen über
Art und Umfang der an ein abgeschlossenes Medizinstudium anschlie-
ßenden Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (§ 7 ÄrzteG 1998)
oder zum Facharzt in einem Sonderfach (§ 8 ÄrzteG 1998) enthalten.

Demnach hatte die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin in
unterschiedlichen Fachgebieten (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Frau-
enheilkunde und Geburtshilfe, Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten,
Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin, Kinder- und
Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie) zu erfolgen und
dauerte mindestens drei Jahre.

Für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach war eine min-
destens sechsjährige praktische Ausbildung zu absolvieren. Als Nach-
weis über den Erfolg der Ausbildung waren in beiden Fällen die Vorlage
eines sogenannten Rasterzeugnisses⁷ (TZ 38, 39) sowie die Absolvie-
rung einer Abschlussprüfung vorgesehen (§ 26 ÄrzteG 1998); diese

⁵ Die KEF und RZ VO 2015 war bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht.

⁶ BGBl. I Nr. 169/1998

⁷ Es gab eigene Rasterzeugnisse für jeden im Rahmen der allgemeinmedizinischen Aus-
bildung zu absolvierenden Fachbereich und für jedes Sonderfach; darin waren u.a. die
jeweils zu erreichenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten festgelegt.

führte die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK) durch (§ 7 Abs. 5 und § 8 Abs. 3 ÄrzteG 1998).

Während dieser Zeit waren die vom Gesetz als „Turnusärzte“ bezeichneten Ärzte in Ausbildung nur zur unselbstständigen Ausübung ärztlicher Tätigkeiten berechtigt.⁸ Grundsätzlich durften sie nur unter Anleitung und Aufsicht von ausbildenden Ärzten tätig werden (§ 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998). Allerdings konnte die Intensität der Aufsicht dem jeweiligen Ausbildungsstand des Turnusarztes entsprechend angepasst werden (TZ 41).

(2) Auf den Regelungen des ÄrzteG 1998 aufbauend, hatte das BMG gemäß § 24 ÄrzteG 1998 eine Ärzteausbildungsverordnung⁹ (ÄAO) erlassen. Darin wurden die Aufgabengebiete der fertig ausgebildeten Ärzte und daran anknüpfend Ziel und Umfang der Ausbildung definiert. Danach war etwa Ziel der allgemeinärztlichen Ausbildung die Befähigung zur selbstständigen Ausübung des in § 5 ÄAO festgelegten Aufgabengebiets des Arztes für Allgemeinmedizin durch den geregelten Erwerb und Nachweis der notwendigen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten.

Welche Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Rahmen der Ausbildung genau zu erwerben waren, regelte der Bund allerdings nicht selbst, sondern seit der 5. ÄrzteG–Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 die ÖÄK. Diese hatte im Rahmen dieses übertragenen Wirkungsbereichs (§ 117c Abs. 2 Z 2 ÄrzteG 1998) unter Beachtung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung der Allgemeinmedizin eine Verordnung über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt (KEF–VO) zu erlassen und regelmäßig anzupassen (§ 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998).

⁸ Für den Fall, dass ein Arzt die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bereits abgeschlossen hat und sich in Ausbildung zum Facharzt bspw. für Augenheilkunde befand, war er zwar als Arzt für Allgemeinmedizin zur selbstständigen Berufsausübung nicht aber als Facharzt für Augenheilkunde berechtigt.

⁹ Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt, BGBl. II 286/2006

Ausgangslage und Umfeld

Dabei hatte die ÖÄK eng mit dem BMG zu kooperieren (§ 195g Abs. 2 Z 3 ÄrzteG 1998). Die ÖÄK hatte die KEF-VO im Jahr 2007 erlassen und diese seither in vier sonderfachspezifischen Novellen¹⁰ für die Facharztausbildung angepasst.

(3) Mit dem Ziel, eine dem Stand der Wissenschaft und den modernen Anforderungen entsprechende qualitätsvolle Ärzteausbildung zu schaffen, sowie aus Sorge um einen Nachwuchsmangel, gab es seit einigen Jahren Bemühungen um eine Reform dieser Ausbildung. Die Gesundheitsreform 2013 sah dafür auch eine Kommission vor, bestehend u.a. aus Vertretern der Krankenanstaltenträger, der Medizinischen Universitäten und der ÖÄK.¹¹

Im Juli 2014 versandte das BMG einen Entwurf zur Novelle des ÄrzteG 1998 hinsichtlich der Ärzteausbildung zur Begutachtung. Diese Novelle wurde mit einigen Abänderungen im Vergleich zum Begutachtungsentwurf Ende Oktober 2014 vom Nationalrat beschlossen (TZ 1) und ist am 1. Jänner 2015 bzw. am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die Ärzteausbildung NEU ist für jene Personen verpflichtend, die ab 1. Juni 2015 ihre ärztliche Ausbildung beginnen werden.

(4) Die Novelle sah eine grundsätzliche Neugestaltung der Ärzteausbildung vor. Kernstück war die Teilung der Ausbildung in eine mindestens neunmonatige Basisausbildung¹² und die darauf aufbauende praktische Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. die ebenfalls darauf aufbauende Sonderfachausbildung zum Facharzt. Als weitere wesentliche Neuerung sollen die TÄ/A einen Teil der Ausbildung in einer Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium im niedergelassenen Bereich absolvieren müssen.

Ärzteausbildung bis
Ende 2014 und
Ärzteausbildung NEU

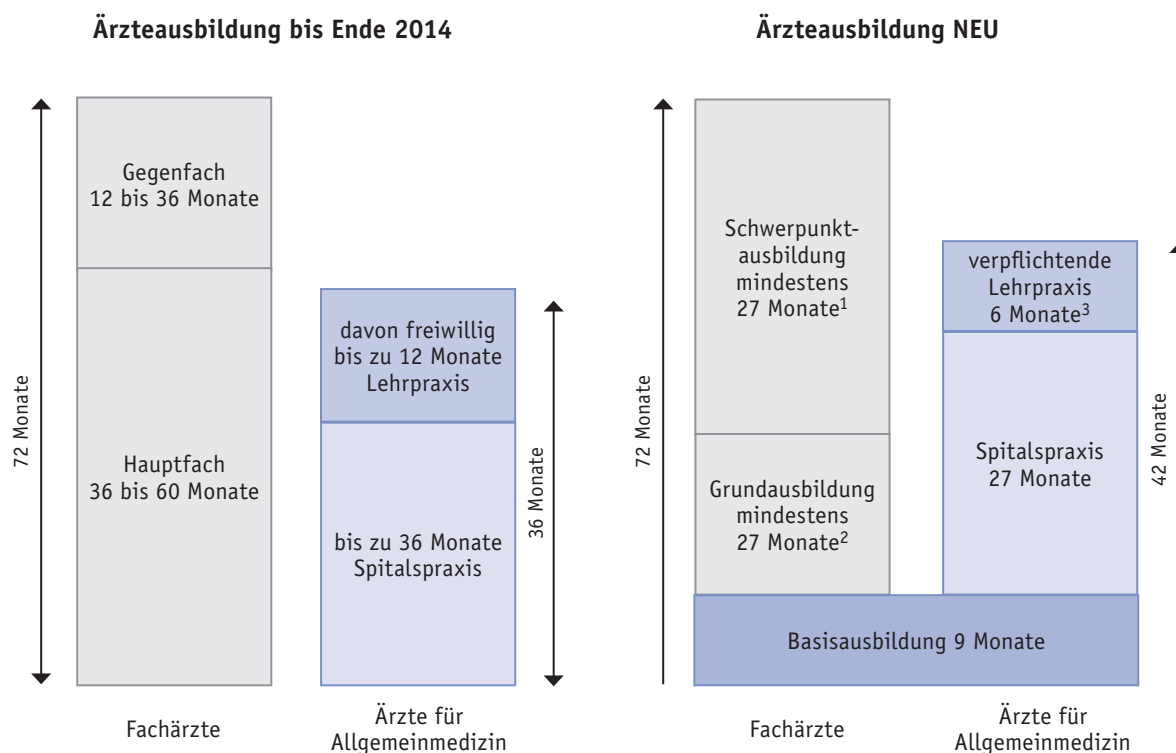
3.1 (1) Die nachfolgende Grafik stellt die Grundstruktur der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung jener der Ärzteausbildung NEU gegenüber:

¹⁰ Die Novellen betrafen Änderungen im Sonderfach Pathologie (1. Novelle noch im Jahr 2007), im Sonderfach Chirurgie (2. Novelle im Jahr 2008), im Sonderfach Gynäkologie/Geburtshilfe (3. Novelle im Jahr 2010), und die Ergänzung des Sonderfachs Innere Medizin durch die Schaffung eines Additivfachs Geriatrie (4. Novelle im Jahr 2011).

¹¹ Kommission gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.F. BGBl. I Nr. 199/2013

¹² Für das Sonderfach Anatomie entfällt die Basisausbildung.

Abbildung 1: Ausbildungsstrukturen bis Ende 2014 und NEU (ab. 1. Jänner 2015)



¹ Ausnahme: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

² in chirurgischen Fachgebieten mindestens 15 Monate

³ nach sieben Jahren: neun Monate, nach weiteren fünf Jahren: zwölf Monate

Quellen: ÄrzteG 1998 in der Fassung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

Die mehrjährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin bzw. zum Facharzt setzte die Absolvierung eines Studiums der Humanmedizin voraus; im Jahr 2014 befanden sich in Österreich insgesamt rd. 6.460 Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung bzw. in Facharztausbildung. Die Ärzteausbildung fand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung überwiegend in einer Krankenanstalt statt; Teile der Ausbildung konnten auch im niedergelassenen Bereich absolviert werden. Die Ärzteausbildung NEU sieht nunmehr im Rahmen der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin eine verpflichtende Tätigkeit im niedergelassenen Bereich (Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis bzw. Lehrambulatorium) im Ausmaß von derzeit sechs Monaten vor. (TZ 8)

Im Rahmen der ärztlichen Ausbildung waren in der Regel verschiedene Fachbereiche zu durchlaufen; die genauen Inhalte für die Ärzteausbildung NEU werden in der ÄAO 2015 festgelegt. Das die jeweiligen Ausbildungserfolge dokumentierende Rasterzeugnis, das zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach Absolvierung eines Ausbildungsab-

Ausgangslage und Umfeld

schnitts bzw. einmal jährlich auszustellen war, hatten die sogenannten Ausbildungsverantwortlichen (Primärärzte der jeweils ausbildenden Abteilung) zu unterzeichnen; diese trugen in der Praxis die größte Ausbildungsverantwortung und waren verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten zu vermitteln. (TZ 2, 23, 27, 38)

Als Instrumente für einen qualitätsgesicherten inhaltlichen Verlauf der ärztlichen Ausbildung waren u.a. Logbücher¹³ (TZ 25), Ausbildungskonzepte¹⁴ (TZ 26) und regelmäßige – in der ÄAO – vorgeschriebene Evaluierungsgespräche¹⁵ (TZ 38, 40) von Bedeutung. Das neue ÄrzteG sah erstmals Ausbildungskonzepte und auch Ausbildungspläne (über den zeitlichen Verlauf der Ausbildung, TZ 27) verpflichtend vor. Nach erfolgreicher Absolvierung der ärztlichen Ausbildung in einer Krankenanstalt bzw. im niedergelassenen Bereich hatte der Turnusarzt zum Abschluss eine Arztprüfung abzulegen; diese führte die ÖÄK durch (TZ 2).

(2) In den vergangenen Jahren absolvierten rd. 50 % der Turnusärzte vor der Facharztausbildung auch die mindestens dreijährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin (so lag 2013 bei rd. 490 von rd. 990 Facharztanerkennungen auch eine abgeschlossene Ausbildung zum Allgemeinmediziner vor); dies lag bspw. daran, dass nach Abschluss des Studiums keine (angestrebte) Facharztausbildungsstelle frei war oder Krankenanstalten die vorangehende Absolvierung des dreijährigen Turnus voraussetzten. Darüber hinaus waren für eine „Spezialisierung“ (sogenannte Additivfächer, z.B. Kardiologie oder Rheumatologie) weitere drei Ausbildungsjahre erforderlich. Aus den genannten Gründen konnte die Ausbildung insgesamt mindestens zwölf Jahre dauern.

(3) Während die Ärzteausbildung NEU nunmehr einer Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung von mindestens 36 auf langfristig mindestens 48 Monate (durch die Verlängerung der Lehrpraxis um zweimal drei Monate nach sieben bzw. zwölf Jahren) vorsah, soll die Facharztausbildung etwa dadurch gestrafft werden, dass die Additivfächer in der Sonderfach–Spezialausbildung aufgehen.

¹³ Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben.

¹⁴ Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist.

¹⁵ Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren.

Ferner verlagerte die Novelle zum ÄrzteG 1998 noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte (wie etwa die konkrete Ausgestaltung der Basisausbildung oder der Ausbildung zum Allgemeinmediziner) auf die Verordnungsebene (im Wesentlichen in die ÄAO).

(4) Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wies der RH darauf hin, dass – mangels entsprechender Darlegungen – für ihn nicht nachvollziehbar war, auf welchen Grundlagen die Neugestaltung basierte und warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung eines – im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 vorgesehenen – Primary Health Care Modells sicherstellen konnten. Weiters wies er auf den für eine derart umfassende Neugestaltung und die dadurch erforderlichen Maßnahmen (sehr große Anzahl von gleichzeitig zu führenden Anerkennungsverfahren, Umstrukturierungen in den Krankenanstalten etc.) äußerst kurzen Umsetzungszeitraum von einem knappen halben Jahr hin.

Nach Ansicht des RH war die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht ausreichend begründet bzw. mangels abschließender Festlegung der im Rahmen der Ausbildung zu absolvierenden Fachbereiche im Entwurf nicht nachvollziehbar. Die Verlagerung dieser Festlegung wie auch der Regelung weiterer wesentlicher Inhalte auf die Verordnungsebene bewirkte, dass wichtige Aspekte der Neugestaltung der Ärzteausbildung von der Gesetzgebung zur Verwaltung verlagert wurden.

Weiters kritisierte der RH im Rahmen der Begutachtung, dass etwaige Folgen der nunmehr aufeinander aufbauenden Ausbildungsteile (z.B. für TÄ/F: Basisausbildung, Sonderfach–Grundausbildung und zuletzt Sonderfach–Schwerpunktausbildung) oder der verpflichtenden Lehrpraxis für TÄ/A, wie bspw. Steh- und Wartezeiten, im Entwurf nicht ausreichend thematisiert wurden; darüber hinaus war keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen.

Diese Hinweise des RH wurden in weiterer Folge nicht berücksichtigt.

- 3.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die Ärzteausbildung in den letzten Jahrzehnten im Wesentlichen unverändert geblieben war. Die Bemühungen um eine grundlegende Neugestaltung mit dem Ziel der Modernisierung und Qualitätssicherung wertete er grundsätzlich positiv.

Ausgangslage und Umfeld

Der RH wies jedoch darauf hin, dass seine Bedenken im Begutachtungsverfahren zur Novelle des ÄrzteG 1998, wonach insbesondere

- die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob,
- die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für ihn nicht nachvollziehbar waren und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht ausreichend begründet war,
- der Umsetzungszeitraum kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren,

in der endgültig beschlossenen ÄrzteG-Novelle nicht berücksichtigt wurden. Der RH hielt daher diese grundlegenden Bedenken aufrecht.

Ärztelnachwuchs
– Studierende der
Humanmedizin

4.1 (1) Voraussetzung für die Absolvierung der Ärzteausbildung in Österreich ist der Abschluss des Studiums der Humanmedizin.

Bis zu einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) im Juli 2005¹⁶ unterlag der Zugang zum Medizinstudium für österreichische Studienbewerber kaum Beschränkungen, solche mit ausländischem Reifeprüfungszeugnis hatten demgegenüber eine Studienberechtigung für das jeweilige Studium in dem Staat nachzuweisen, in dem das Reifeprüfungszeugnis ausgestellt worden war („Besondere Universitätsreife“). Der EuGH beurteilte diese besondere Universitätsreife allerdings als europarechtswidrig.¹⁷

(2) Durch eine – als Folge des EuGH-Urteils – unbeschränkte Öffnung der Universitäten für Unionsbürger befürchtete Österreich, dass auf längere Sicht die notwendige Versorgung der Gesellschaft und der Wirtschaft Österreichs mit Absolventen bestimmter Studienrichtungen nicht sichergestellt werden könne. Der Nationalrat beschloss daher eine Gesetzesänderung, welche die Universitäten ermächtigte, vorerst

¹⁶ Rs C-147/03 Kommission/Österreich

¹⁷ siehe dazu und zu den nachfolgenden Ausführungen unter (2) den Bericht des RH betreffend Medizinische Universitäten Wien, Graz und Innsbruck sowie Veterinärmedizinische Universität Wien: Regelungen über den Hochschulzugang, Reihe Bund 2007/14

befristet und auf bestimmte Studienrichtungen begrenzt, Zugangsbeschränkungen zu verordnen.

Die Medizinischen Universitäten Wien¹⁸, Graz¹⁹ und Innsbruck²⁰ erließen in der Folge auf Grundlage des Universitätsgesetzes 2002²¹ solche Zugangsbeschränkungen durch Verordnungen.²²

Da im Wintersemester 2005/2006 ein verstärkter Zustrom von Studienbewerbern aus Deutschland beobachtet werden konnte, erachtete der Gesetzgeber es als erforderlich, ab dem Wintersemester 2006/2007 eine Quotenregelung einzuführen. Danach wurden 75 % der Studienplätze im Fach Humanmedizin für Inhaber österreichischer Reifeprüfungszeugnisse reserviert, 20 % für EU-Bürger und 5 % für Angehörige von Drittstaaten.

(3) Die Entwicklung der Absolventenzahl des Studiums der Humanmedizin stellte sich seit dem Studienjahr 2000/2001 wie folgt dar:

¹⁸ zuletzt Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Wien vom 29. Jänner 2014

¹⁹ Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Graz vom 5. Februar 2014

²⁰ zuletzt Verordnung über die Zulassungsbeschränkung zu den Diplomstudien Human- und Zahnmedizin für das Studienjahr 2014/2015, Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität Innsbruck vom 3. Februar 2014

²¹ BGBl. I Nr. 120/2002

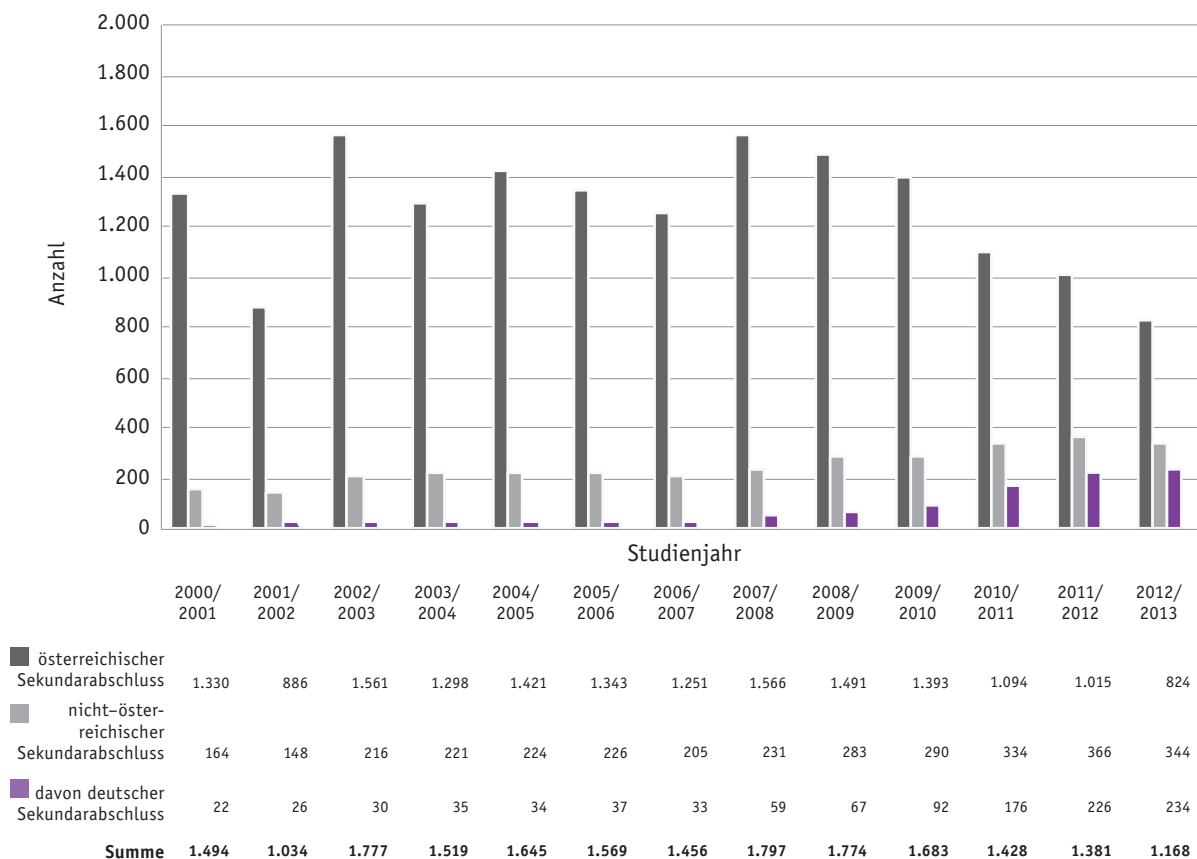
²² Diese beschränkten die Studienplätze wie folgt:

- 75 % für EU-Bürger mit einem in Österreich ausgestellten Reifezeugnis,
- 20 % EU-Bürger mit einem in- oder außerhalb des EU/EWR-Raums ausgestellten Reifeprüfungszeugnis und ihnen im Hinblick auf den Studienzugang gleichgestellten Personen und
- 5 % Drittstaatsangehörige mit einem in- oder außerhalb des EU/EWR-Raums ausgestellten Reifeprüfungszeugnis

Weiters wurden in den Verordnungen die Details des Aufnahmeverfahrens für die Studienrichtungen Human- und Zahnmedizin (Anmeldung, Kosten, Aufnahmetest und dessen Bewertung) geregelt.

Ausgangslage und Umfeld

Abbildung 2: Absolventen Humanmedizin nach Staatszugehörigkeit des Sekundarabschlusses

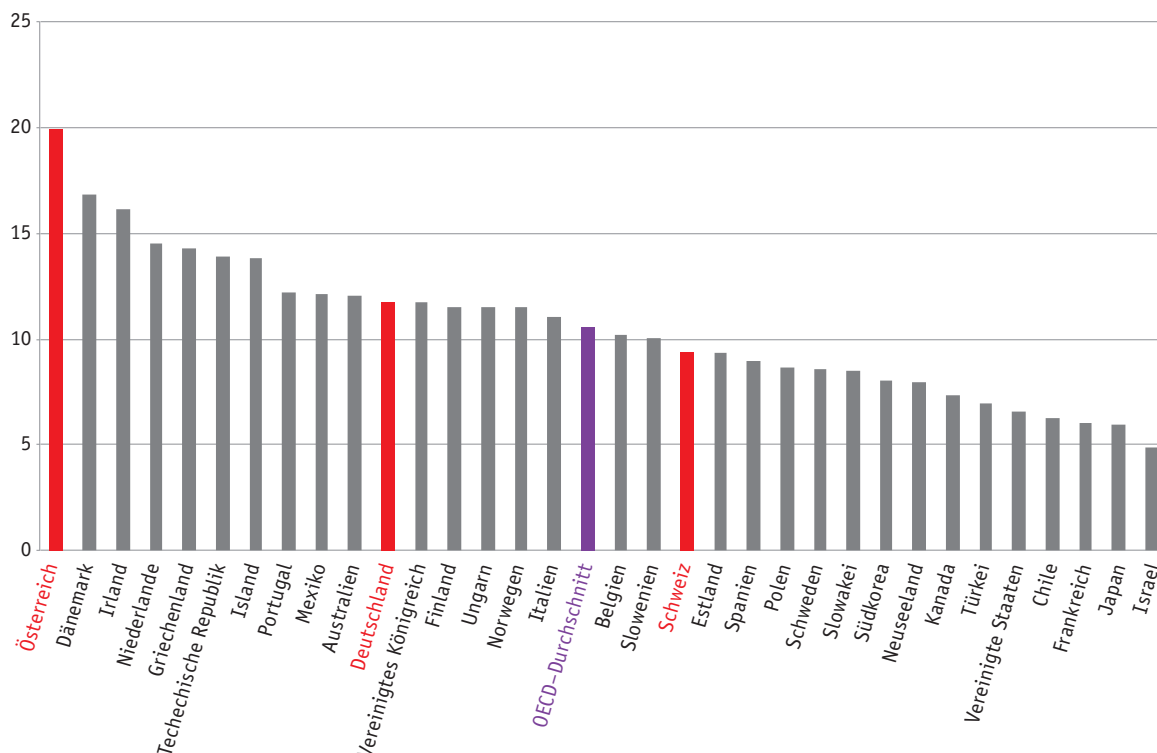


Quelle: BMFWF

Durch das EuGH-Urteil und die von Österreich gesetzten Maßnahmen zur Zulassungsbeschränkung im Medizinstudium verringerte sich insgesamt die Anzahl aller in Österreich Medizin-Studierenden und damit auch der Absolventen von 1.494 (2000/2001) auf 1.168 (2012/2013) um rd. 22 %; gleichzeitig erhöhte sich der Anteil der Absolventen mit einem ausländischen Schulabschluss von rd. 11 % auf rd. 29 %.

(4) Im internationalen Vergleich zeigte sich folgendes Bild:

Abbildung 3: Anzahl der Absolventen des Medizinstudiums pro 100.000 Einwohner 2011 (bzw. letztes Jahr der Verfügbarkeit)



Quelle: OECD Health Statistics 2013

Im internationalen Vergleich brachte Österreich jedoch – bezogen auf die Bevölkerung – mit Abstand die meisten Absolventen (rd. 20 Absolventen pro 100.000 Einwohner) des Medizinstudiums hervor, nämlich fast doppelt so viele wie der OECD-Schnitt von rund elf pro 100.000 Einwohner.

- 4.2 Der RH hielt fest, dass sich seit dem Studienjahr 2000/2001 nicht nur die Gesamtzahl der Absolventen der Humanmedizin deutlich verringerte (um rd. 22 %), sondern gleichzeitig auch der Anteil österreichischer Absolventen von rd. 89 % (1.330) auf rd. 71 % (824) sank. Im internationalen Vergleich gab es in Österreich jedoch fast doppelt so viele Medizin-Absolventen wie im OECD-Schnitt.

Ausgangslage und Umfeld

Berufsweg nach dem Studium bzw. der Turnusausbildung

5.1 Vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussionen um die Reform der Ärzteausbildung und um einen angeblich drohenden Ärztemangel untersuchte der RH die Frage nach dem Weg vom Absolventen der Humanmedizin bis zum ausgebildeten Arzt. Dabei stellte er fest, dass kaum Daten über den Berufsweg jener Absolventen vorlagen, die nicht in der ÖÄK als Turnusärzte eingetragen waren.

(1) Das BMWFW ließ im Rahmen des Österreichberichts zum Medizin-Moratorium²³ (Österreichbericht) regelmäßig Studierende der Human- und Zahnmedizin im letzten Studienjahr nach dem Land der beabsichtigten Beschäftigung befragen.²⁴

Im Jahr 2014 wurden darüberhinaus die Befragungsteilnehmer von drei Studienjahrgangskohorten (Befragungen 2011 bis 2013) zu ihrer Berufstätigkeit und dem Land ihrer tatsächlichen Berufsausübung einer Folgebefragung unterzogen.

Laut Österreichbericht setzten sich die Befragten aus 75 % Österreichern, 19 % deutschen Staatsbürgern und 6 % Übrigen zusammen. Rund zwei Drittel der Befragten gaben an, in Österreich zu arbeiten, rund ein Viertel in Deutschland und 9 % in anderen Ländern. Von den Österreichern arbeiteten 80 % in Österreich, 11 % in Deutschland und 8 % anderswo. Von den deutschen Absolventen waren rund ein Fünftel in Österreich berufstätig und rund zwei Drittel in Deutschland.

²³ Das Moratorium der EU-Kommission erlaubt Österreich beim Medizinstudium Zugangsbeschränkungen für EU-Ausländer (siehe TZ 4).

²⁴ Der Fragenbogen enthielt neben Fragestellungen zu den Motiven (Karriere-, Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie (Herkunfts)Familie, Freunde, Partner und Lebensqualität) für die beabsichtigte Wahl des Beschäftigungsortes u.a. auch Fragen zu den gewünschten Ausbildungsbedingungen:

Auszug aus dem Fragebogen der Studierendenbefragung:

„Frage:

Wenn Sie an die Zeit Ihrer Ausbildung nach der Promotion denken: Was erwarten Sie sich primär von einem guten Ausbildungsplatz? Bitte geben Sie die drei für Sie wichtigsten Kriterien an.

[1] Arbeitsort in einer Stadt/in der Nähe einer Stadt

[2] Gute Bezahlung

[3] Attraktive Arbeitszeiten

[4] Vereinbarkeit von Familie und Beruf durch Kinderbetreuung/Teilzeitmodelle

[5] Hohe Wertschätzung der Institution gegenüber JungärztInnen

[6] Turnus keine Voraussetzung zum Start der Facharztausbildung

[7] Zeitlich durchorganisierte Ausbildung

[8] In Wissensvermittlung geschulte Ober- und PrimärärztInnen

[9] Hoher medizinischer Lernwert

[10] Geringe Belastung durch Administration/Dokumentation

[11] Einbindung in die abteilungsinternen Abläufe

[12] Anderes

[13] Nichts davon“

Zu den Motiven der Wahl des Beschäftigungsortes gab es Fragestellungen zu zwei Motivgruppen, nämlich Karriere-, Beschäftigungs- und Verdienstmöglichkeiten sowie (Herkunfts)Familie, Freunde, Partner und Lebensqualität.²⁵ Bislang fanden nur Linearauszählungen der Befragungsergebnisse statt; komplexere statistische Auswertungen erfolgten nicht.

Die Medizinische Universität Wien (MedUni Wien) gab an, gemeinsam mit der Medizinischen Universität Graz eine Studie betreffend Absolventen-Abwanderungszahlen beim Institut für Höhere Studien beauftragt zu haben; die Ergebnisse seien im Herbst 2015 zu erwarten.²⁶ Die vom BMWFW beauftragten Befragungen seien ihr nicht bekannt gewesen.

(2) Zur tatsächlichen Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit in Österreich nach Absolvierung eines Studiums der Humanmedizin an den Medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck sowie an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Salzburg ergaben die Daten der ÖÄK folgendes Bild:

²⁵ Auszug aus dem Fragebogen der Absolventenbefragung:

„Frage:

Warum wollten Sie gerade in [Progr.: Land/Bundesland, das bei F13 oder F14 genannt wurde, einblenden] tätig werden?

[1] Wegen der besseren Beschäftigungs- und Karrierechancen

[2] Wegen der besseren Verdienstmöglichkeiten

[3] Ich wollte soziale Kontakte zu FreundInnen, Familie aufrechterhalten

[4] Partner/in ist in der Region bereits berufstätig

[5] Wegen Verpflichtungen gegenüber den Eltern

[6] Wegen der Lebensqualität

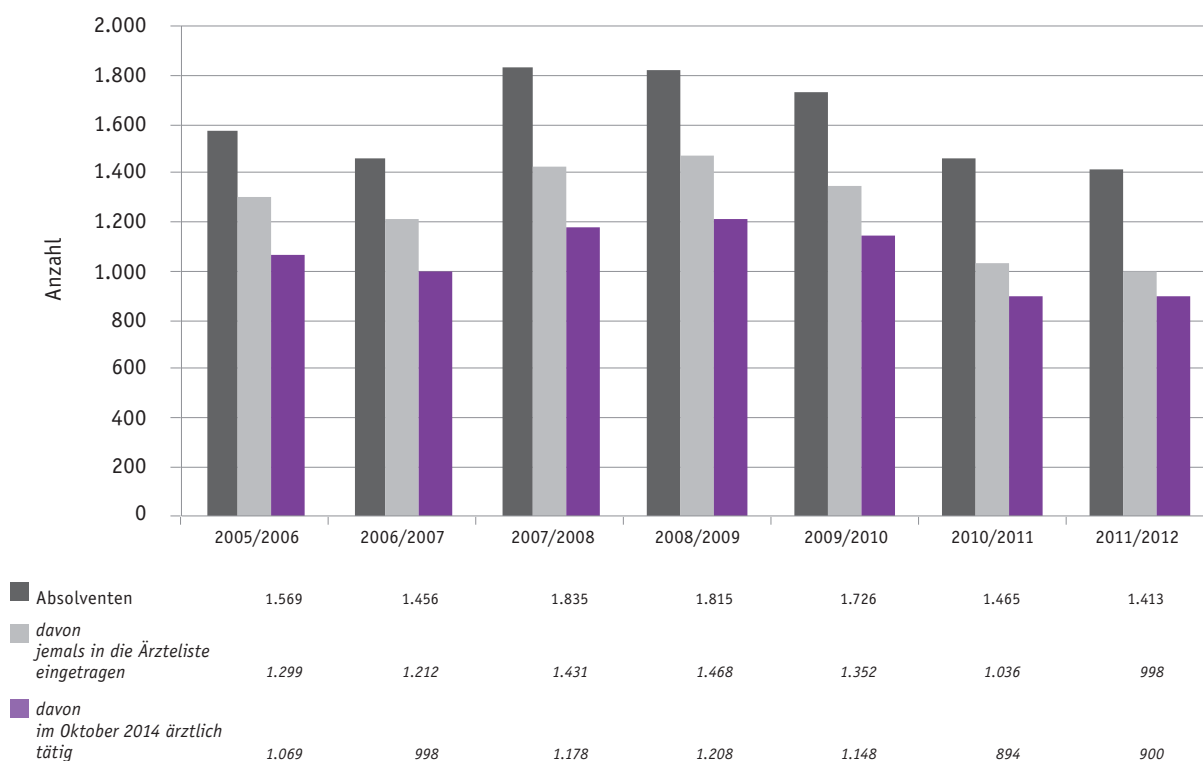
[7] Wegen der Infrastruktur

[8] Sonstiges“

²⁶ Nach Angaben der MedUni Wien hat sich die Medizinische Universität Innsbruck (Med-Uni Innsbruck) der Erhebung nicht angeschlossen.

Ausgangslage und Umfeld

Abbildung 4: Absolventen österreichischer Medizinuniversitäten (einschließlich Paracelsus Medizinische Privatuniversität) – ärztliche Tätigkeit – Drop-out



Quelle: ÖÄK

Wie die Abbildung zeigt, ließen sich von den Medizin-Absolventen österreichischer Medizinischer Universitäten lediglich zwischen rd. 71 % (Studienjahr 2011/2012) und rd. 83 % (Studienjahr 2006/2007) jemals in die Ärzteliste der ÖÄK eintragen. Im Oktober 2014 waren laut Daten der ÖÄK nur mehr zwischen 61 % der Absolventen des Studienjahrs 2010/2011 und rd. 69 % jener des Studienjahrs 2006/2007 in Österreich ärztlich tätig. Somit standen bis zu rd. 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung.

Laut Statistischem Taschenbuch 2013²⁷ des BMFWF betrugen die durchschnittlichen Bundesaussgaben je Absolvent zwischen rd. 326.000 EUR (Medizinische Universität Graz) und rd. 415.000 EUR (MedUni Wien).

²⁷ Tabelle 8.8

Abgesehen von den unter (1) genannten Befragungen lagen seitens des BMG und der ÖÄK keine konkreten Daten zu den Drop-out-Gründen bzw. über den weiteren Berufsweg dieser Personen vor.

(3) Ebenso wenig war – gerade vor dem Hintergrund der Diskussion um einen Nachwuchsmangel im niedergelassenen Bereich – anhand von Daten konkret nachvollziehbar, warum in den letzten Jahren immer weniger Allgemeinmediziner in einer eigenen Ordination tätig waren:

Tabelle 1: Allgemeinmediziner mit Ordinationsniederlassung im Juli 2014			
Jahr	Anzahl der Anerkennungen zum Allgemeinmediziner	davon im Juli 2014 mit Ordinationsniederlassung	Anteil
	Anzahl		in %
2006	846	272	32
2007	868	272	31
2008	845	217	26
2009	866	190	22
2010	865	163	19
2011	893	171	19
2012	861	123	14
2013	881	115	13

Quelle: ÖÄK

5.2 Der RH sah – auch vor dem Hintergrund der hohen Bundesausgaben für das Studium der Humanmedizin an österreichischen Medizinischen Universitäten – kritisch, dass bis zu 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung standen.

Der RH kritisierte in diesem Zusammenhang das Fehlen wesentlicher Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzten in Österreich zu schaffen.

So war bspw. nicht klar nachvollziehbar, warum sich so viele Absolventen (letztlich) für einen nicht-ärztlichen Berufsweg in Österreich entschieden bzw. wieviele aus welchen konkreten Gründen ins Ausland abwanderten. Ebenso wenig waren die Beweggründe dafür, dass in den letzten Jahren weniger als ein Drittel jener Ärzte, die über die Ausbildung zum Allgemeinmediziner verfügten, in einer eigenen Ordination im niedergelassenen Bereich tätig waren, eindeutig nachvollziehbar.

Ausgangslage und Umfeld

Als ersten Ansatz zur Verbesserung der Datenlage sah der RH die Befragungen des BMWFW grundsätzlich positiv. Kritisch sah er allerdings die offensichtlich mangelnde Transparenz dieser Maßnahmen etwa gegenüber der MedUni Wien.

Für eine nachhaltige Besserung der Datenlage hielt der RH ein gemeinsames Vorgehen aller für die Ausbildung von Medizin-Studierenden bzw. von Turnusärzten zuständigen Institutionen für unabdingbar. Der RH empfahl daher dem BMG insbesondere gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der ÖÄK, standardmäßig dafür zu sorgen, dass die Anzahl der abwandernden Absolventen bzw. Turnusärzte sowie die Abwanderungsgründe erhoben und umfassend ausgewertet werden.

Weiters empfahl der RH dem BMG gemeinsam mit den genannten Institutionen regelmäßige Erhebungen zu den Gründen, warum keine postpromotionelle Ausbildung begonnen wurde bzw. zu den „Drop-out-Gründen“ von Turnusärzten, um gegebenenfalls zeitnah die notwendigen (Ausbildungs)Maßnahmen treffen zu können.

5.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das BMWFW für Fragen des Hochschulrechts und damit für das Studium der Humanmedizin sowie das BMG für die postpromotionelle Ausbildung von Ärzten zuständig sei. Um eine Verbesserung der Datenlage betreffend Turnusärzte zu erzielen, sei im ÄrzteG 1998 ein neuartiges System der Ausbildungsstellenverwaltung eingeführt worden.*

5.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sowie die Schaffung und Weiterentwicklung einer optimalen und attraktiven Ärzteausbildung das Zusammenwirken des BMG mit dem BMWFW und allen weiteren am gesamten Ausbildungsprozess beteiligten Einrichtungen erfordere. Er hielt deshalb seine Empfehlungen bezüglich einer Verbesserung der Datenlage durch ein gemeinsames Vorgehen aller am gesamten Ausbildungsprozess Beteiligten aufrecht, weil nur dadurch von Beginn des humanmedizinischen Ausbildungsprozesses an eine adäquate Steuerung und laufende Verbesserung möglich war. Die neue Ausbildungsstellenverwaltung hatte der RH bereits positiv bewertet (siehe dazu TZ 29).

Vergleiche mit
Deutschland und der
Schweiz

Ärztewanderung

6.1 Vor dem Hintergrund der häufig diskutierten Abwanderung von Turnusärzten analysierte der RH die Wanderungsbewegungen von Ärzten nach Deutschland sowie in die Schweiz und umgekehrt.

(1) Die deutsche Bundesärztekammer veröffentlichte in der Ärztestatistik die Anzahl der in Deutschland tätigen ausländischen Ärzte. Die ÖÄK stellte dem RH Daten über deutsche Ärzte in Österreich zur Verfügung.

Tabelle 2: Österreichische Ärzte in Deutschland – deutsche Ärzte in Österreich			
Jahr	österreichische Ärzte in Deutschland ¹	deutsche Ärzte in Österreich ²	Differenz
	Anzahl		
2005	1.269	1.152	117
2006	1.251	1.132	119
2007	1.397	1.159	238
2008	1.556	1.244	312
2009	1.759	1.241	518
2010	1.872	1.305	567
2011	2.025	1.350	675
2012	2.090	1.379	711
2013	2.189	1.469	720

¹ Ärzte mit österreichischer Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (Dezember)

2005: noch keine Unterscheidung zwischen berufstätigen und nicht berufstätigen Ärzten

² Ärzte mit deutscher Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (August)

Quellen: deutsche Bundesärztekammer; ÖÄK

Wie die Tabelle zeigt, war die Anzahl der österreichischen Ärzte in Deutschland insbesondere ab 2007 deutlich höher als die Zahl der deutschen Ärzte in Österreich.

(2) Was die Gesamtzahl der in der Schweiz tätigen österreichischen Ärzte anbelangt, legte die Statistik der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)²⁸ grundsätzlich das Land des Studienabschlusses zugrunde. Danach stieg die Zahl der Ärzte mit österreichischem Abschluss in der Schweiz in den letzten Jahren stark an (2004: 89; 2013: 540); in diesen Zahlen waren Assistenzärzte allerdings nur dann erfasst, wenn sie (freiwillig) Mitglieder der FMH sind. Für ausgebildete Fachärzte bestand eine Meldepflicht gegenüber der FMH.

Die Zahl der Schweizer Ärzte²⁹ in Österreich betrug – laut ÖÄK – lediglich zwischen zwölf (2006) und 19 (2012).

²⁸ Fédération des médecins suisses: Die FMH (Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte) ist als privatrechtlicher Verein organisiert und vertritt die Interessen der Ärzteschaft. Sie hat über 38.000 Mitglieder, was über 95 % der in der Schweiz berufstätigen Ärzteschaft entspricht. Seit 2002 besteht keine Pflichtmitgliedschaft mehr.

²⁹ Staatsangehörigkeit zum Zeitpunkt der Auswertung (August)

Ausgangslage und Umfeld

- 6.2** Zur Ärztewanderung stellte der RH fest, dass mehr österreichische Ärzte in Deutschland tätig waren als umgekehrt. In der Schweiz arbeiteten deutlich mehr Ärzte mit österreichischem Abschluss als Schweizer Ärzte in Österreich.

Vor dem Hintergrund dieser Abwanderungsentwicklungen und der mit der Ärzteausbildung verbundenen Kosten wiederholte der RH seine Empfehlung nach einer Verbesserung der Datenlage und der Erhebung der Abwanderungsgründe (TZ 5), um zeitnah geeignete Steuerungsmaßnahmen ergreifen zu können. Ergänzend empfahl er für eine Verbesserung der Datenlage eine verstärkte Zusammenarbeit mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen (z.B. deutsche Landesärztekammern³⁰).

- 6.3** *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass das BMWFW für Fragen des Hochschulrechts und damit für das Studium der Humanmedizin sowie das BMG für die postpromotionelle Ausbildung von Ärzten zuständig sei. Um eine Verbesserung der Datenlage betreffend Turnusärzte zu erzielen, sei im ÄrzteG 1998 ein neuartiges System der Ausbildungsstellenverwaltung eingeführt worden.*

- 6.4** Der RH verblieb bei seinen Empfehlungen zur Verbesserung der Datenlage (siehe TZ 5). Ergänzend wies er darauf hin, dass Maßnahmen gegen eine verstärkte Abwanderung von (Jung)Ärzten ins Ausland eine genaue Kenntnis der tatsächlichen Abwanderungsdaten voraussetzen. Der RH empfahl daher neuerlich, eine verstärkte Zusammenarbeit mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen.

Ärzteausbildung in Deutschland und der Schweiz

- 7** (1) Anders als in Österreich waren Studienabgänger des Medizinstudiums in Deutschland mit Abschluss des Studiums zur selbstständigen Ausübung der ärztlichen Tätigkeit berechtigt (sogenannte „Privatärzte“). Jedoch absolvierten fast alle Studienabgänger nach dem Staatsexamen die Facharztausbildung.

(2) In Deutschland und in der Schweiz gab es – anders als in Österreich (Arzt für Allgemeinmedizin) – einen Facharzt für Allgemeinmedizin (Deutschland) bzw. einen Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (Schweiz). Die Ausbildung betrug in beiden Ländern fünf Jahre:

³⁰ Diese verfügen nach Angaben der deutschen Bundesärztekammer, die von den Landesärztekammern nur die aggregierten Daten erhält, über detaillierte Zuwanderungsdaten.

- Die Ausbildung in Deutschland umfasste 36 Monate in der stationären Basisausbildung auf dem Gebiet der Inneren Medizin; davon konnten bis zu 18 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung auch im ambulanten Bereich angerechnet werden. Die restlichen 24 Monate der Ausbildung waren in der ambulanten hausärztlichen Versorgung zu absolvieren.
- In der Schweiz ermöglichte die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin zwei berufliche Ausrichtungen, nämlich die Laufbahn in der Hausarztpraxis oder im Spital. Die modular aufgebaute fünfjährige Ausbildung beinhaltete eine dreijährige Basisausbildung (davon verpflichtend ein halbes Jahr ambulante Allgemeine Innere Medizin, vorzugsweise in einer Praxisassistenz) und eine zweijährige Aufbauausbildung.

Mit dem Abschluss der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeine Innere Medizin konnte gleichzeitig auch der Ausbildungstitel „Praktischer Arzt“ erworben werden. Dieser war primär für Ärzte aus den EU-Mitgliedstaaten vorgesehen, die gemäß der Berufsanerkennungsrichtlinie³¹ die Ausbildung in Allgemeinmedizin absolviert hatten und in der Schweiz tätig werden wollten.

(3) Auch die Struktur der Facharztausbildung für Innere Medizin war in Deutschland und in der Schweiz ähnlich und dauerte grundsätzlich sechs Jahre. Anders als in Deutschland (und auch in Österreich – siehe TZ 22) gab es in der Schweiz keine Ausbildung zum „normalen“ Facharzt für Innere Medizin (diese Ausbildung dauerte in Deutschland nur fünf Jahre). Stattdessen war großteils in Anlehnung an das EU-Recht³² eine Ausbildung zum Facharzt in den verschiedenen Disziplinen der Inneren Medizin möglich.³³

In beiden Ländern teilte sich die fachärztliche Ausbildung für Innere Medizin in eine dreijährige (Deutschland) bzw. zwei- bis dreijährige (Schweiz) für alle gleiche Grundausbildung und eine anschließende Spezialisierung auf.

³¹ Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30. September 2005 i.d.g.F.

³² Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, ABl. L 255 vom 30. September 2005 i.d.g.F.

³³ z.B. Allergologie und klinische Immunologie, Angiologie, Endokrinologie/Diabetologie, Gastroenterologie inklusive Schwerpunkt Hepatologie, Hämatologie

(4) Die Facharztausbildung für Innere Medizin war in Grundstruktur und Länge der in Österreich im Rahmen der Ärzteausbildung NEU geplanten Ausbildung ähnlich.³⁴

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Ausbildungsstätten
und Ausbildungs-
stellen

Anerkennung der Ausbildungsstätten durch die ÖÄK

- 8.1** (1) Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt in einem Sonderfach erfolgte an von der ÖÄK³⁵ dafür nach Kriterien des ÄrzteG 1998³⁶ anerkannten Ausbildungsstätten. Für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin waren dies zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Krankenanstalten³⁷ als solche. Diese mussten grundsätzlich in allen relevanten Gebieten über Abteilungen³⁸ verfügen. Ausgenommen davon waren bestimmte Fachgebiete³⁹, sofern auf diesen Gebieten eine praktische Ausbildung durch Konsiliarärzte⁴⁰, die eine zumindest einjährige Tätigkeit als freiberuflich tätiger Facharzt nachweisen können, im Rahmen der Krankenanstalt⁴¹ gewährleistet war.

Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Facharzt in einem Sonderfach waren von der ÖÄK anerkannte Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten⁴² von Krankenanstalten.

³⁴ neunmonatige Basisausbildung, Sonderfach-Grundausbildung, Sonderfach-Schwerpunktausbildung

³⁵ Diese Aufgabe war früher vom BMG selbst wahrgenommen worden, wurde aber mit der 5. Ärztegesetz-Novelle BGBl. I Nr. 140/2003 der ÖÄK übertragen.

³⁶ vergleiche §§ 9 Abs. 2 und 10 Abs. 2 ÄrzteG 1998

³⁷ einschließlich Universitätskliniken und Klinischer Institute sowie sonstige Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten

³⁸ auch mehrere Abteilungen im Sinne eines Departments oder auch Teile von Abteilungen wie z.B. Stationen

³⁹ Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde sowie Neurologie oder Psychiatrie

⁴⁰ § 2a Abs. 1 lit. a des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957

⁴¹ oder, unter Aufrechterhaltung des Arbeitsverhältnisses zur Krankenanstalt, im Rahmen von anerkannten fachärztlichen Lehrpraxen oder Lehrgruppenpraxen

⁴² einschließlich Universitätskliniken und Klinischer Institute sowie sonstige Organisationseinheiten einschließlich allfälliger Untereinheiten von Medizinischen Universitäten; wichtigstes Kriterium für eine „Organisationseinheit“ im Sinne des Gesetzes war laut UVS Wien vom 1. April 2005 (UVS-MIX/27/5987/2004/12) eine gewisse organisatorische Eigenständigkeit, weshalb darunter bspw. auch Stationen einer Abteilung fallen konnten; Birner, Ärzteausbildung, 2010, S. 18f.

Bis zu maximal zwölf Monate der Ausbildung sowohl zum Arzt für Allgemeinmedizin⁴³ als auch zum Facharzt in einem Sonderfach⁴⁴ konnten auch in Lehrpraxen und Lehrgruppenpraxen niedergelassener Ärzte sowie in Lehrambulatorien absolviert werden. Dies war jedoch nicht zwingend erforderlich.

Die von der ÖÄK auf Antrag der Rechtsträger der Krankenanstalten per Bescheid erteilten Anerkennungen der Ausbildungsstätten galten unbefristet. Verpflichtende Evaluierungen waren nicht vorgesehen. Im Übrigen hatte die ÖÄK seit rund fünf Jahren auch keine externen Kontrollen der Ärzteausbildung vor Ort an den Ausbildungsstätten in Form von Visitationen durchgeführt (siehe TZ 43).

(2) Die Ärzteausbildung NEU sah auch zahlreiche Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstätten und deren Anerkennung durch die ÖÄK vor, insbesondere folgende Änderungen:

- Für die neunmonatige Basisausbildung, die in Zukunft grundsätzlich alle Ärzte in Ausbildung zu absolvieren haben, bevor sie sich für die Allgemeinmedizin oder ein Sonderfach entscheiden, war für alle allgemeinen Krankenanstalten gemäß § 2a KAKuG eine ex-lege Anerkennung als Ausbildungsstätte vorgesehen.
- Für die an die neunmonatige Basisausbildung anschließende Ausbildung sollen auch für die allgemeinmedizinische Ausbildung nur mehr einzelne Fachabteilungen oder sonstige Organisationseinheiten als Ausbildungsstätten anerkannt werden (und nicht mehr Krankenanstalten als solche).
- Die Möglichkeit, fehlende Fachabteilungen durch Konsiliarärzte zu kompensieren, wurde umfassender geregelt (TZ 38).⁴⁵

⁴³ Die sechsmonatige Ausbildung im Ausbildungsfach Allgemeinmedizin war in Einrichtungen, die der medizinischen Erstversorgung dienen, zu absolvieren, worunter neben geeigneten Ambulanzen in als Ausbildungsstätte anerkannten Krankenanstalten auch für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Lehrpraxen freiberuflich tätiger Ärzte für Allgemeinmedizin, Lehrgruppenpraxen oder Lehrambulatorien zählten (§ 7 Abs. 4 ÄrzteG 1998).

⁴⁴ Soweit es mit der Erreichung des Ausbildungszieles vereinbar war, konnte ein Teil der Facharztausbildung, insgesamt bis zur Höchstdauer von zwölf Monaten, in anerkannten Lehrpraxen freiberuflich tätiger Fachärzte, in für die Ausbildung zum Facharzt anerkannten Lehrgruppenpraxen oder anerkannten Lehrambulatorien absolviert werden (§ 8 Abs. 2 ÄrzteG 1998).

⁴⁵ zum Beispiel Anerkennung durch die ÖÄK, mindestens 30 Wochenstunden zu leisten, sinngemäße Anwendung der Qualitätserfordernisse

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- Für die Anerkennung waren nunmehr zusätzliche Voraussetzungen zu erfüllen, wie ein diplomierter Pflegedienst, der die Durchführung der mitverantwortlichen Tätigkeiten gewährleistet, oder die Vorlage eines schriftlichen Ausbildungskonzepts (TZ 26 und 30 bis 37).
- Anerkannte Ausbildungsstätten mussten in Zukunft alle sieben Jahre einen verpflichtenden Antrag auf Wieder-Anerkennung stellen.
- Ein Teil der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin war künftig verpflichtend in einer anerkannten Lehrpraxis, Lehrgruppenpraxis oder einem Lehrambulatorium zu absolvieren.

(3) Für die Basisausbildung waren keine Qualitätssicherungsvorgaben vorgesehen (wie bspw. ein Logbuch und ein Ausbildungskonzept); der RH regte solche im Rahmen des Begutachtungsverfahrens an (TZ 25, 26). Aus seiner Sicht war eine gute, umfassende und qualitätsgesicherte Basisausbildung insofern von besonderer Bedeutung, als diese neun Monate die Grundlage für die Entscheidung für den weiteren Berufsweg (Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt) bilden werden. Die Hinweise des RH blieben im Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt.

Hinsichtlich der nunmehr verpflichtend zu absolvierenden Lehrpraxis verwies der RH in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf auf die fehlenden Angaben über die Kosten der Lehrpraxis und deren Finanzierung. Auch die ÄrzteG-Novelle enthielt letztlich keine Kostenabschätzung, sah aber eine Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes vor, die mit der Sicherstellung der Finanzierung der Ausbildung in Lehrpraxen in Zusammenhang stand.⁴⁶

8.2 Der RH kritisierte, dass bis zur Novellierung des ÄrzteG 1998 im Jahr 2014 die Anerkennungen der Ausbildungsstätten über Jahrzehnte hinweg gültig blieben, ohne je evaluiert worden zu sein. Vor diesem Hintergrund sah er die nunmehrige Befristung positiv, die eine regelmäßige Überprüfung des Vorliegens der Anerkennungsvoraussetzungen nach sich zog.

⁴⁶ Danach war zukünftig eine verbindliche gesamtvertragliche Regelung über den Einsatz von Turnusärzten in Lehrpraxen mit der Ärztekammer abzuschließen. Aus organisatorischen Gründen sollten der Hauptverband und die Krankenversicherungsträger darüber hinaus berechtigt werden, mit Turnusärzten, die in einer Lehrpraxis oder Lehrgruppenpraxis tätig sein werden, befristete Dienstverhältnisse einzugehen und, um die entsprechende Finanzierung sicherzustellen, eine juristische Person zu errichten oder zu gründen bzw. sich an einer solchen zu beteiligen.

Der RH hielt jedoch fest, dass auch in der letztlich beschlossenen Novelle zum ÄrzteG 1998 Qualitätssicherungsvorgaben für die Basisausbildung und eine Kostenschätzung für die Finanzierung der Lehrpraxen fehlten. Seine grundlegenden Bedenken, die er bereits im Begutachtungsverfahren vorgebracht hatte, hielt er daher aufrecht.

Ausbildungsstellen an den Ausbildungsstätten

- 9.1** (1) Als Ausbildungsstätten für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin anerkannte Krankenanstalten waren – mit Ausnahme von Universitätskliniken – dazu verpflichtet, auf je 15 systematisierte Betten⁴⁷ mindestens einen TÄ/A zu beschäftigen (§ 196 ÄrzteG 1998, „Bettenschlüssel“). Damit stand angehenden Ärzten für Allgemeinmedizin ein bestimmtes Mindestkontingent an Ausbildungsstellen zur Verfügung,⁴⁸ wodurch diesen – im Vergleich zu angehenden Fachärzten – eine bessere Startposition verschafft und damit ein Anreiz zur Ergreifung dieses Berufs gegeben werden sollte.⁴⁹

Die Anzahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung zum Facharzt war nach oben hin begrenzt. Die ÖÄK hatte im Rahmen der Anerkennung der entsprechenden Ausbildungsstätte auch die Zahl der Ausbildungsstellen festzulegen, die wegen des Ausbildungserfolges nicht überschritten werden durften. Für Universitätskliniken war die Anzahl der Ausbildungsstellen gemäß § 10 Abs. 3 ÄrzteG 1998 mit der Anzahl der an der Ausbildungsstätte beschäftigten Fachärzte begrenzt (sogenannte 1:1 Regelung), weshalb die Anzahl aller zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Fachärzte zweimal jährlich der ÖÄK zu melden waren.

- (2) Die Ärzteausbildung NEU sah auch einige Änderungen der Regelungen über die Ausbildungsstellen vor:

⁴⁷ Mehrere Krankenanstalten desselben Rechtsträgers galten für diese Berechnung als Einheit.

⁴⁸ Ein unmittelbarer Anspruch auf eine Ausbildungsstelle bestand jedoch nicht, weil das ÄrzteG 1998 diesbezüglich keine Regelungen traf, sondern die Frage nach der Zuweisung offen ließ. Vergleiche Schrammel, Rechtsprobleme des Turnusarztverhältnisses, ZAS 1982, 203.

⁴⁹ Schrammel, Rechtsprobleme des Turnusarztverhältnisses, ZAS 1982, 203. Begründet wurde dies damit, dass eine ausgewogene Relation der Anzahl der Ärzte für Allgemeinmedizin und der Anzahl der Fachärzte Bedingung für eine optimale gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung sei. Vergleiche die Erläuterungen zur Regierungsvorlage der ÄrzteG-Novelle 1975, 1587 Beil NR XIII. GP.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- Nunmehr war auch bei der Anerkennung von Ausbildungsstätten (z.B. Abteilungen) für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin die maximale Zahl der Ausbildungsstellen für die Ausbildung im jeweiligen Fachgebiet festzusetzen. Sie war mit der Anzahl der dort beschäftigten Fachärzte beschränkt.
- Für Universitätskliniken galt bezüglich der Ausbildungsstellen keine Ausnahme mehr. Auch hier war bspw. im Rahmen der Anerkennung als Ausbildungsstätte für ein Sonderfach die Zahl der Ausbildungsstellen für die Sonderfach-Grundausbildung sowie die Sonderfach-Schwerpunktausbildung festzulegen.
- Im Gegensatz zum Begutachtungsentwurf sah die ÄrzteG-Novelle den „Bettenschlüssel“ nicht mehr vor. Stattdessen waren alle Träger von fondsfinanzierten Krankenanstalten zukünftig verpflichtet, ihrem Leistungsspektrum entsprechend, eine für den künftigen Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin ausreichende Anzahl an Ausbildungsstellen sicherzustellen.

Hinsichtlich der Beurteilung des Bedarfs war auf die Beratungsergebnisse der Kommission für die ärztliche Ausbildung⁵⁰ zurückzugreifen. Konkrete Vorgaben für die Bedarfsanalyse bzw. -berechnung waren in der ÄrzteG-Novelle nicht vorgesehen.

9.2 Aus Sicht des RH war für eine möglichst gute Ausbildungsqualität sowie für ein optimales Betreuungsverhältnis zwischen Auszubildenden und Auszubildenden die Festlegung der konkreten Anzahl an Ausbildungsstellen sowohl für TÄ/A als auch TÄ/F an allen Ausbildungsstätten – auch den Universitätskliniken – zweckmäßig.

Der RH sah allerdings kritisch, dass der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzten bisher vom Gesetzgeber unberücksichtigt geblieben war und beurteilte das Abgehen von der Vorschreibung eines starren Mindestkontingents von Ausbildungsstellen im Bereich der Allgemeinmedizin durch die Novelle zum ÄrzteG 1998 positiv.

Vor dem Hintergrund der gesundheitspolitischen Bedeutung der Ärzteausbildung für die Versorgungssicherheit in Österreich hielt der RH jedoch kritisch fest, dass keine Kennzahlen zum Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin vorlagen und auch konkrete Vorgaben dafür fehlten, wer diese auf welche Weise erheben sollte. In diesem Zusammenhang verwies der RH auch auf seine Hinweise im Rahmen des Begut-

⁵⁰ vergleiche Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013

achtungsverfahrens, wonach mangels entsprechender Darlegungen für ihn nicht nachvollziehbar war, warum gerade die im Entwurf enthaltenen Maßnahmen eine moderne und bedarfsgerechte Ärzteausbildung auch vor dem Hintergrund der Etablierung eines – im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 vorgesehenen – Primary Health Care Modells sicherstellen konnten (siehe TZ 3).

Hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs an Ärzten für Allgemeinmedizin empfahl der RH dem BMG daher im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit, raschest möglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken.

9.3 *Laut Stellungnahme des BMG seien der künftige Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin bereits seit Beginn der Reformvorhaben berücksichtigt und entsprechende Kennzahlen entwickelt worden. Diese beruhten u.a. auf Bedarfsschätzungen zu Nachbesetzungen von Kassenverträgen und zur allgemeinärztlichen Versorgung im intramuralen Bereich. Nach einer vom BMG übermittelten Tabelle (mit Daten für die einzelnen Länder und Österreich gesamt) sei bundesweit jährlich ein Nachwuchs von durchschnittlich 466 Allgemeinmedizinerinnen erforderlich, um den Abgang durch Pensionierungen etc. auszugleichen und die Gesamtzahl an Allgemeinmedizinerinnen konstant zu halten.*

9.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass aus der übermittelten Aufstellung nicht erkennbar war, wieviele Ausbildungsstellen durch die jeweiligen Krankenanstaltenträger zur Verfügung zu stellen waren, um den Bedarf an Allgemeinmedizinerinnen abzudecken; das BMG ging auch nicht auf die vom RH empfohlenen Kennzahlen ein. Der RH stellte klar, dass im Sinne der Rechtssicherheit und Transparenz sowie zur nachhaltigen Sicherstellung einer adäquaten Patientenversorgung eindeutige Festlegungen unabdingbar waren. Nur dadurch war es den Krankenanstaltenträgern möglich, den in § 196 ÄrzteG 1998 normierten Auftrag zu erfüllen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, raschest möglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken. Diese wären auch transparent und nachvollziehbar darzustellen.

Weiters wies der RH auf die Ansicht des Landes Niederösterreich hin, wonach die Bedarfsplanung im Rahmen der Art. 44-Kommission erfolge, in welcher das Land vertreten sei. Die erforderlichen Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner würden von den niederösterreichischen Landeskliniken zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl an Interessenten bzw. Bewerbern für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin – so die Stellungnahme des Landes Niederösterreich – werde abzuwarten sein.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Besetzungsverfahren bei Turnusarztstellen

- 10** Die Besetzung von Turnusarztstellen für TÄ/A und TÄ/F gestaltete sich in den überprüften Krankenanstalten wie folgt:

Stellenbesetzung – Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung

Mit Ausnahme des AKH Wien bildeten alle überprüften Krankenanstalten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch TÄ/A aus. Sowohl dem LKH Innsbruck als auch den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten wurden TÄ/A von einer zentralen Stelle des jeweiligen Dienstgebers (TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK) als Vertreterin des Landes Tirol, Land Niederösterreich) zugewiesen; in Tirol war dies das Ausbildungszentrum West für Gesundheitsberufe der TILAK (AZW, TZ 21), in Niederösterreich die Abteilung Personalangelegenheiten B des Amtes der Niederösterreichischen Landesregierung.

Stellenbesetzung – Turnusärzte in Facharztausbildung

Alle überprüften Krankenanstalten bildeten auch Fachärzte aus. Die TÄ/F im AKH Wien waren bei der MedUni Wien beschäftigt; die im LKH Innsbruck tätigen TÄ/F waren teilweise bei der TILAK und teilweise bei der Medizinischen Universität Innsbruck (MedUni Innsbruck) angestellt (jeweils rd. 50 %). Dienstgeber aller in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten beschäftigten TÄ/F war das Land Niederösterreich.

Im Unterschied zu den TÄ/A erfolgte die Besetzung der TÄ/F-Stellen in der Regel über ein konkretes stellenbezogenes Ausschreibungs- und Auswahlverfahren durch den jeweiligen Dienstgeber unter maßgeblicher Einbindung der betroffenen Ärztlichen Leiter bzw. der Klinik-/Abteilungsleiter.

Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten

Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung

- 11.1** (1) Das AKH Wien bildete, wie erwähnt, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine TÄ/A aus. Die Besetzungssituation in den anderen drei überprüften Krankenanstalten stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 3: Besetzung TÄ/A – Entwicklung 2011 bis 2014¹

Krankenhäuser		2011	2012	2013	2014	Entwicklung
		in VZÄ				in %
LKH Innsbruck	TÄ/A IST	43,3	49,0	56,5	50,5	+ 16,6
	TÄ/A SOLL ²	–	–	–	–	–
LK St. Pölten/Lilienfeld						
Standort St. Pölten	TÄ/A IST	85,5	84,9	86,3	84,8	– 0,8
	TÄ/A SOLL ³	71,9	72,1	72,2	72,2	
Standort Lilienfeld	TÄ/A IST	11,0	11,0	7,6	5,6	– 49,1
	TÄ/A SOLL ³	11,5	11,5	11,5	11,5	
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl						
Standort Gmünd	TÄ/A IST	16,0	12,0	10,0	7,0	– 56,3
	TÄ/A SOLL ³	12,3	12,3	12,3	12,3	
Standort Waidhofen	TÄ/A IST	9,0	6,0	6,5	4,0	– 55,6
	TÄ/A SOLL ³	15,0	15,0	15,0	15,0	
Standort Zwettl	TÄ/A IST	15,5	18,0	16,3	12,4	– 20,0
	TÄ/A SOLL ³	16,7	16,1	16,1	16,1	

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014² Bettenschlüssel galt nicht für Universitätskliniken (§ 196 ÄrzteG 1998)³ gemäß Bettenschlüssel, § 196 ÄrzteG 1998 legte nicht fest, ob Köpfe oder VZÄ gemeint waren.

Quellen: jeweilige Krankenhäuser

LKH Innsbruck

Am LKH Innsbruck gab es im Vergleich zu 2011 (43,3 VZÄ) zum 30. Juni 2014 insgesamt 50,5 VZÄ (54 Köpfe) TÄ/A; der Bettenschlüssel galt hier nicht, weil das LKH Innsbruck ein Universitätsklinikum war. Die Wartezeit auf einen Ausbildungsplatz betrug zur Zeit der Geburtenüberprüfung zwischen zwei und neun Monaten.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Am Standort St. Pölten war die Anzahl an TÄ/A seit 2011 mit rd. 85 VZÄ nahezu unverändert (86 Köpfe). Unter Anwendung des Bettenschlüssels, der allerdings rechtsträgerweit anzuwenden war, wären 72 TÄ/A einzustellen gewesen. Die Wartezeit auf eine Turnusarztstelle lag in der Regel unter drei Monaten.

Im Gegensatz dazu war die Anzahl der TÄ/A am Standort Lilienfeld seit dem Jahr 2013 stark rückläufig. Während 2011 und 2012 noch elf TÄ/A ihre Ausbildung absolvierten, waren es zum 30. Juni 2014 nur mehr 5,6 VZÄ (sechs Köpfe). Der Bettenschlüssel hätte elf TÄ/A vorgesehen.

Auch an allen drei Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war die Anzahl der TÄ/A in den letzten Jahren stark rückläufig; der stärkste Rückgang war in Gmünd feststellbar (2011: 16 VZÄ/Köpfe, 30. Juni 2014: sieben VZÄ/Köpfe). An keinem dieser Standorte konnte die unter Heranziehung des Bettenschlüssels sich ergebende Anzahl an TÄ/A erfüllt werden.

Die NÖ Landeskliniken-Holding bzw. die vier betroffenen Standorte versuchten, diesem Mangel an TÄ/A mit einer Reihe von Maßnahmen zu begegnen. So gab es bspw. Informationsveranstaltungen und Unterstützungen für Maturanten^{51, 52}, Informationsveranstaltungen für Studienabsolventen, Motivationsschreiben an die Bürgermeister des Bezirks betreffend Turnusärzterekrutierung sowie die MedSummer-School⁵³ für Jungmediziner im letzten Ausbildungsstadium. Mit dem Studienjahr 2014/2015 wurde im Rahmen des Studiums der Humanmedizin an der MedUni Wien das Klinisch-Praktische Jahr⁵⁴ eingeführt. Auch die Standorte Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl ließen sich als Lehrkrankenhäuser akkreditieren und sahen dies als weitere Chance, zusätzliche TÄ/A zu gewinnen.

⁵¹ Pro AHS-Standort; Internet Initiative „Niederösterreich studiert Medizin“: „Heuer Matura – in wenigen Jahren Arzt/Ärztin“; jährliche Informationsveranstaltungen der NÖ Landeskliniken-Holding

⁵² Beispielsweise: Der in St. Pölten angebotene zehntägige Vorbereitungskurs zum Aufnahmetest „MedAT-Humanmedizin“, inklusive Testsimulation, wurde vom Land Niederösterreich über die NÖ Landeskliniken-Holding mit einem 50%igen Kurskostenbeitrag gefördert. Erfolgreichen Bewerbern wurden zusätzlich die Prüfungskosten zur Gänze refundiert.

⁵³ zweitägiger Workshop, in dem Studierende ihr Können und Wissen trainieren und erweitern können sowie Einblick in die Führung und Ausstattung des Standorts Zwettl erhalten

⁵⁴ Das sechste Jahr des Medizinstudiums wird nunmehr in einer Krankenanstalt zu absolvieren sein.

Studierende der Humanmedizin der MedUni Wien absolvieren nunmehr im sechsten Studienjahr eine klinisch-praktische Ausbildung, bevor sie ihr Studium abschließen. Diese Ausbildung findet u.a. an akkreditierten Lehrkrankenhäusern statt und umfasst 48 Wochen. Jene Studierende, die ihr Klinisch-Praktisches Jahr in einem Lehrkrankenhaus der NÖ Landeskliniken-Holding absolvierten, erhielten monatlich 650 EUR; demgegenüber bekamen jene Studierende, die in Lehrkrankenhäusern des KAV oder der TILAK⁵⁵ tätig waren, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kein Entgelt.

(2) In seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf zur ÄrzteG-Novelle wies der RH darauf hin, dass die angestrebte Verbesserung der Qualität der allgemeinmedizinischen Ausbildung allein durch die vorgesehene stufenweise Verlängerung von derzeit mindestens 36 Monaten auf langfristig mindestens 48 Monate für ihn nicht nachvollziehbar war. Dies insbesondere deshalb, weil die konkrete Ausgestaltung der Inhalte dieser allgemeinmedizinischen Ausbildung nicht im Entwurf selbst, sondern erst in der Verordnung des BMG erfolgen soll.

Darüber hinaus stellte sich mangels Kenntnis der in der längeren Ausbildungszeit zu vermittelnden Ausbildungsinhalte die Frage, ob allein die Verlängerung der Ausbildung um letztlich ein Jahr die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin nicht sogar weniger attraktiv machen und den Fachbereich Allgemeinmedizin dadurch schwächen könnte. Die Erläuterungen wurden in weiterer Folge nicht entsprechend ergänzt (siehe TZ 3).

11.2 Der RH hielt fest, dass die Materialien zur Novelle des ÄrzteG 1998 umfassende und aussagekräftige Erläuterungen betreffend die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung bzw. ihre möglichen Konsequenzen vermissen ließen (TZ 3); der RH hielt daher alle seine im Begutachtungsverfahren diesbezüglich geäußerten Bedenken aufrecht.

Während insbesondere am LKH Innsbruck noch Wartezeiten für TÄ/A bestanden, war an den Standorten Lilienfeld, Gmünd, Waidhofen und Zwettl bereits ein deutlicher TÄ/A-Mangel erkennbar.

Im Hinblick auf die neue Rechtslage empfahl der RH der TILAK und dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, entsprechend den dafür noch zu erlassenden Vorgaben bzw. zu erstellenden Kennzahlen (TZ 9) für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für TÄ/A in ihren Krankenanstalten zu sorgen.

⁵⁵ Auch an der MedUni Innsbruck gab es ein Klinisch-Praktisches Jahr.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Die Anstrengungen der NÖ Landeskliniken-Holding bzw. der betroffenen Standorte, TÄ/A zu gewinnen, wertete der RH positiv.

- 11.3** *Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich erfolge die Bedarfsplanung im Rahmen der Art. 44-Kommission, in welcher das Land vertreten sei. Die erforderlichen Ausbildungsstellen für Allgemeinmediziner würden von den niederösterreichischen Landeskliniken zur Verfügung gestellt werden. Die Anzahl an Interessenten bzw. Bewerbern für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin werde abzuwarten sein.*

Turnusärzte in Facharztausbildung – AKH Wien

- 12** Im AKH Wien stellte sich die Besetzungssituation bei den TÄ/F insgesamt betrachtet und bezogen auf den schwerpunktmäßig überprüften Fachbereich Innere Medizin (TZ 1) wie folgt dar:

Tabelle 4: AKH Wien, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014 ¹					
	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Fachärzte gesamt	878,4	879,6	884,5	882,9	+ 0,5
TÄ/F gesamt	570,3	541,1	527,2	543,4	– 4,7
Fachärzte KIM I – III ²	174,1	170,7	162,2	164,6	– 5,5
TÄ/F KIM I – III	82,3	79,7	79,4	89,8	+ 9,1

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² KIM = Klinik für Innere Medizin

Quelle: MedUni Wien

Die Gesamtzahl der am AKH Wien tätigen Fachärzte stieg im Prüfungszeitraum leicht an; demgegenüber war die Anzahl der TÄ/F rückläufig (2011: 570,3 VZÄ, 2014: 543,4 VZÄ). Der Rückgang bei den TÄ/F war nach Angaben der MedUni Wien auf ein Personaleinsparungsprogramm zurückzuführen.

In den Kliniken für Innere Medizin (KIM) I bis III reduzierte sich der Fachärztestand von 174,1 VZÄ (2011) auf 164,6 VZÄ (2014); die Anzahl der TÄ/F stieg auf 89,8 VZÄ (2014) an.

Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und TÄ/F (TZ 9) wurde durchgehend eingehalten.⁵⁶

⁵⁶ Das neue ÄrzteG sieht auch für Universitätskliniken eine Festlegung der Anzahl der Ausbildungsstellen vor.

Turnusärzte in Facharztausbildung – LKH Innsbruck

- 13.1** Die Fachärzte und die TÄ/F am LKH Innsbruck waren wie erwähnt entweder Bedienstete des Landes Tirol (vertreten durch die TILAK) oder der MedUni Innsbruck:

Tabelle 5: LKH Innsbruck, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014¹

	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Fachärzte gesamt	537,2	540,8	560,4	539,8	+ 0,5
davon MedUni Innsbruck	258,2	259,7	256,6	252,7	– 2,1
TÄ/F gesamt	412,6	416,7	410,5	414,0	+ 0,3
davon MedUni Innsbruck	199,3	193,7	200,3	210,4	+ 5,6
Fachärzte IM ² I – VI	65,4	73,0	74,2	68,8	+ 5,2
davon MedUni Innsbruck	37,9	40,1	42,1	36,9	– 2,6
TÄ/F IM ² I – VI	51,9	47,4	45,8	48,8	– 6,1
davon MedUni Innsbruck	23,3	22,6	26,1	27,1	+ 16,3

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² IM = Innere Medizin

Quellen: LKH Innsbruck; MedUni Innsbruck

Am LKH Innsbruck veränderte sich sowohl die Anzahl der Fachärzte als auch der TÄ/F zwischen 2011 und 2014 nur geringfügig.

An den sechs Universitätskliniken für Innere Medizin war in diesem Zeitraum eine Steigerung bei den Fachärzten um rd. 5 %, jedoch ein Rückgang an TÄ/F um rd. 6 % zu verzeichnen, was u.a. auf die Umwandlung von Ausbildungsstellen in Facharztstellen im Zuge einer vertieften Facharztausbildung zurückzuführen war (Ausbildung in einem Additivfach).

- 13.2** Der RH hielt fest, dass die Verteilung zwischen MedUni Innsbruck- und TILAK-TÄ/F am LKH Innsbruck nahezu ausgeglichen war. Auch hier wurde die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ÄrzteG 1998 noch normierte 1:1 Regelung zwischen Fachärzten und TÄ/F eingehalten. Im Vergleich zum AKH Wien bildete das LKH Innsbruck im Verhältnis zu den dort tätigen Fachärzten mehr TÄ/F aus.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Turnusärzte in Facharztausbildung – LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

- 14.1** Im Unterschied zur Situation in den Universitätskliniken, in denen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die sogenannte 1:1-Regel galt, hatte die ÖÄK für die anderen überprüften Krankenanstalten die Anzahl der Ausbildungsstellen ausdrücklich festzulegen; diese waren von den Ausbildungsstätten zu beantragen und stellten Maximalwerte dar. Für den Fall, dass nicht alle Ausbildungsinhalte vermittelt werden konnten, wurde eine Teilanerkennung ausgesprochen.

(1) Im LK St. Pölten/Lilienfeld war bei den TÄ/F im Zeitraum 2011 bis 2014 folgende Entwicklung erkennbar:

Tabelle 6: LK St. Pölten/Lilienfeld, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – 2011 bis 2014 ¹					
	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Standort St. Pölten					
Fachärzte gesamt	245,8	257,9	262,6	258,5	+ 5,2
TÄ/F gesamt	118,0	122,0	135,6	139,7	+ 18,4
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	139 ³	139 ³	147 ³	148 ³	+ 6,5
Fachärzte Med.Abt. ² 1 bis 3	50,3	57,0	55,6	55,3	+ 9,9
TÄ/F Med.Abt. ² 1 bis 3	20,0	16,0	17,9	20,9	+ 4,5
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	22 ⁴	22 ⁴	24 ⁴	24 ⁴	+ 9,1
Standort Lilienfeld					
Fachärzte gesamt	26,0	23,6	27,0	24,8	– 4,6
TÄ/F gesamt	5,9	7,9	10,0	9,9	+ 67,8
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	8 ⁵	10 ⁵	10 ⁵	10 ⁵	+ 25,0
Fachärzte Innere Medizin	6,0	5,8	7,5	6,3	+ 5,0
TÄ/F Innere Medizin	1,9	2,9	3,0	3,0	+ 57,9
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	3	3	3	3	–

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² Medizinische Abteilungen

³ davon 14 (2011 und 2012) bzw. 16 (2013 und 2014) teilanerkannt

⁴ davon 12 (2011 und 2012) bzw. 14 (2013 und 2014) teilanerkannt

⁵ davon zwei (2011) bzw. drei teilanerkannt

Quellen: jeweilige Krankenanstalten

Am Standort St. Pölten erhöhte sich die Gesamtzahl der Fachärzte seit 2011 um rd. 5 % auf rd. 259 VZÄ; die Anzahl der TÄ/F stieg um 18,4 % auf rd. 140 VZÄ. In den Abteilungen für Innere Medizin blieb die Anzahl der TÄ/F mit rd. 20 VZÄ relativ konstant.

In Lilienfeld sank die Anzahl der Fachärzte zwischen 2011 und 2014 um rd. 5 % auf rd. 25 VZÄ; die Zahl der TÄ/F erhöhte sich demgegenüber um 67,8 % von 5,9 VZÄ auf 9,9 VZÄ. In der Inneren Medizin stieg die Anzahl der TÄ/F von 1,9 VZÄ auf 3 VZÄ.

(2) Im LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl war folgende Entwicklung festzustellen:

Tabelle 7: LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, Besetzung Fachärzte und TÄ/F – Entwicklung 2011 bis 2014¹

	2011	2012	2013	2014	Entwicklung
	in VZÄ				in %
Standort Gmünd					
Fachärzte gesamt	18,0	19,7	19,6	19,6	+ 8,9
TÄ/F gesamt	6,5	6,0	7,0	8,0	+ 23,1
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	9 ²	9 ²	9 ²	9 ²	–
Fachärzte Innere Medizin	4,0	5,5	5,0	5,0	+ 25,0
TÄ/F Innere Medizin	3,0	3,0	3,0	3,0	–
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	3	3	3	3	–
Standort Waidhofen					
Fachärzte gesamt	40,6	43,7	46,9	47,9	+ 18,0
TÄ/F gesamt	17,0	15,5	17,0	16,0	– 5,9
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	19 ³	20 ³	20 ³	20 ³	+ 5,3
Fachärzte Innere Medizin	10,0	8,0	9,0	9,0	– 10,0
TÄ/F Innere Medizin	5,0	4,5	6,0	6,0	+ 20,0
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	5 ⁴	6 ⁴	6 ⁴	6 ⁴	+ 20,0
Standort Zwettl					
Fachärzte gesamt	44,2	50,0	51,8	52,7	+ 19,2
TÄ/F gesamt	19,0	21,0	22,5	23,8	+ 25,3
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	19 ⁵	20 ⁵	23 ⁵	24 ⁵	+ 26,3
Fachärzte Innere Medizin	6,0	8,5	7,5	7,5	+ 25,0
TÄ/F Innere Medizin	5,0	5,0	6,0	6,0 ⁶	+ 20,0
Ausbildungsstellen laut ÖAK (Anzahl)	5	5	6	6	+ 20,0

¹ jeweils zum 31. Dezember bzw. 30. Juni 2014

² davon zwei teilanerkannt

³ davon neun teilanerkannt (2011) bzw. zehn teilanerkannt

⁴ teilanerkannt

⁵ davon vier teilanerkannt (2011 und 2012), fünf teilanerkannt (2013 und 2014)

⁶ Nicht angeführt wurde hier jener TÄ/F, der zwar noch in der Stammabteilung geführt wurde, sein Hauptfach Innere Medizin jedoch schon abgeschlossen hatte und zu diesem Stichtag eine Nebenfachausbildung in einer anderen Abteilung absolvierte.

Quellen: jeweilige Krankenanstalten

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

An den Standorten Gmünd und in Zwettl nahm die Zahl der Fachärzte (+ 9 % bzw. +19 %) und der TÄ/F (+ 23 % bzw. + 25 %) zu; dieser Trend war auch in den Abteilungen für Innere Medizin erkennbar. Am LK Waidhofen schwankte die Anzahl der TÄ/F zu den überprüften Stichtagen zwischen 15,5 und 17 VZÄ; in der Inneren Medizin wurde die Zahl der TÄ/F um ein VZÄ erhöht.

- 14.2** Der RH stellte fest, dass nahezu an allen überprüften niederösterreichischen Standorten die Anzahl der Ausbildungsstellen für TÄ/F und auch die tatsächliche Zahl dieser Turnusärzte im überprüften Zeitraum erhöht wurde. Der RH führte dies gerade in den kleineren peripher gelegenen Krankenanstalten auch auf das Bestreben zurück, dadurch einen Ausgleich zum Mangel an TÄ/A zu schaffen.

Ausbildungsverantwortung – Allgemeines

- 15.1** (1) Das ÄrzteG 1998 sah für die Ausbildungsverantwortung ein dreistufiges System vor und wies den Krankenanstaltenträgern (TZ 16 bis 18), den Ärztlichen Leitern (TZ 19, 20) und den Abteilungsleitern (TZ 23) bestimmte Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu.

Einen Sonderfall stellten die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte. Hinzu kam noch, dass bei Universitätskliniken zwei unterschiedliche gesetzliche Aufträge miteinander in Einklang zu bringen waren. So hatten das AKH Wien und das LKH Innsbruck die Krankenversorgung zu gewährleisten, während die Medizinischen Universitäten insbesondere die Lehre und Forschung sicherzustellen hatten.

Dafür sah das ÄrzteG 1998 weder in der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Fassung noch in der aktuellen Novelle Sonderbestimmungen vor.

(2) Das AKH Wien und die MedUni Wien planten eine gemeinsame Betriebsführung ab 2015. Hiefür waren zwei neue paritätisch (von der Stadt Wien und der MedUni Wien) besetzte Leitungsorgane geplant: das Supervisory Board und das Management Board. Die TILAK und die MedUni Innsbruck schlossen im März 2014 einen Zusammenarbeitsvertrag; durch diesen wurde die MedUni Innsbruck–TILAK–Kommission (je vier Mitglieder der MedUni Innsbruck und des LKH Innsbruck) als gemeinsames Gremium eingerichtet.



Organisatorische Rahmenbedingungen
der Ärzteausbildung



Ärzteausbildung

- 15.2** Wie die nachfolgende Analyse zeigte, wurde die im ÄrzteG 1998 normierte dreistufige Ausbildungsverantwortung nach Ansicht des RH von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen.

In diesem Zusammenhang hielt der RH weiters fest, dass die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck einen Sonderfall darstellten, weil hier die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte; darauf wird in den TZ 17, 18, 20 und 21 näher eingegangen.

Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger

Rechtliche Rahmenbedingungen

- 16** (1) Die Rechtsträger der Krankenanstalten hatten gemäß §§ 9 und 10 ÄrzteG 1998 in kürzest möglicher Zeit für die bestqualifizierende Ausbildung der Turnusärzte zu sorgen. Diese Verpflichtung⁵⁷ zielte in programmatischer Weise⁵⁸ auf die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen für die Ausbildung. Darunter waren jene Voraussetzungen zu verstehen, die für eine Anerkennung als Ausbildungsstätte gemäß § 9 Abs. 2 und § 10 Abs. 2 ÄrzteG 1998 zu erfüllen sind.⁵⁹ Insofern traf die Letztverantwortung für eine den Vorgaben des ÄrzteG 1998 entsprechende Ausbildung der Turnusärzte in jedem Fall den Träger der Krankenanstalt.

(2) Im neuen ÄrzteG waren die Vorschriften über die Wahrung der Ausbildungsqualität und damit auch über die Ausbildungsverantwortung der Träger im § 11 gebündelt und erweitert. So war nun der Träger ausdrücklich verpflichtet, dem Turnusarzt zu Beginn der an die Basisausbildung anschließenden praktischen Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt einen so genannten Ausbildungsplan vorzulegen, in dem der voraussichtliche zeitliche und organisatorische Ablauf der Ausbildung festgelegt ist. (TZ 27, 28)

⁵⁷ Von „Ausbildungspflicht“ spricht auch ausdrücklich Kopetzki. Siehe Kopetzki, Turnusärzte und Famulanten, 1990, S. 32 (FN 117).

⁵⁸ Wimmer, Rechtsfragen im Turnusverhältnis, 2000, S. 120

⁵⁹ So war bspw. zu gewährleisten, dass die Krankenanstalt über alle zur Erreichung des Ausbildungsziels erforderlichen fachlichen Einrichtungen und Geräte einschließlich des erforderlichen Lehr- und Untersuchungsmaterials verfügt.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Strategische Ziele für die Ärzteausbildung

- 17.1** Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Trägers analysierte der RH, ob bzw. welche strategischen Ziele die überprüften Krankenanstaltenträger⁶⁰ im Hinblick auf die Ärzteausbildung verfolgten:

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Der Wiener Gemeinderat formulierte in den strategischen Zielen für den KAV das allgemeine Ziel, eine zeitgemäße berufliche Grundbildung anzubieten und die Arbeitsmarktfähigkeit der Mitarbeiter durch nachhaltige Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen zu gewährleisten.

Konkreter und ausführlicher waren die Ausbildungsziele in der TILAK-Strategie formuliert.

(2) Der Entwurf für eine Zusammenarbeitsvereinbarung⁶¹ zwischen dem AKH Wien und der MedUni Wien sah als eine Aufgabe des Management Boards⁶² im Rahmen des operativen Personalmanagements strukturelle und organisatorische Standards für die Ärztliche Ausbildung vor.

Der Zusammenarbeitsvertrag zwischen der TILAK und der MedUni Innsbruck vom März 2014 legte die gemeinsame Ausbildungsplanung als Aufgabe der mit diesem Vertrag eingerichteten MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission fest.

⁶⁰ Träger der Wiener Städtischen Krankenanstalten und des AKH Wien war die Stadt Wien. Der organisatorische Betrieb erfolgte als Teil der Stadtverwaltung durch den KAV, einer Unternehmung ohne Rechtspersönlichkeit gemäß § 71 Wiener Stadtverfassung. Für den Betrieb des AKH Wien war innerhalb des KAV eine eigene Teilunternehmung eingerichtet.

Träger der niederösterreichischen Krankenanstalten war das Land Niederösterreich. Die zum organisatorischen Betrieb der Landeskrankenanstalten notwendigen Geschäfte führte allerdings die NÖ Landeskliniken Holding – ein Fonds öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit – auf Rechnung des Landes. Das Dienstverhältnis der Bediensteten in den Landeskrankenanstalten zum Land Niederösterreich bleibt davon unberührt.

Träger der Tiroler Landeskrankenanstalten war nach einer Ausgliederung, die vom Land Tirol nach allgemeinem Gesellschaftsrecht gegründete Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH (TILAK). Aufgrund des Dienstverhältnisses der Bediensteten in den Landeskrankenanstalten zum Land Tirol, wurde das Landespersonal der Gesellschaft zur Dienstleistung zugewiesen.

⁶¹ vom 14. Oktober 2014

⁶² Soll sich aus zwei Mitgliedern zusammensetzen, wobei ein Mitglied jedenfalls der Direktor der Teilunternehmung AKH Wien und das zweite Mitglied ein Rektoratsmitglied der MedUni Wien ist, das über entsprechende Kompetenzen im medizinisch-wissenschaftlichen Bereich und über Führungsqualifikation verfügt.

(3) Weder die Zielvereinbarungen des KAV noch jene der TILAK mit den Ärztlichen Direktoren gingen auf die Ärzteausbildung ein. In der TILAK waren allerdings solche Ziele im Zusammenhang mit der Einführung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die NÖ Landeskliniken-Holding verfügte seit 2011 über eine jährlich fortgeschriebene Zielelandkarte u.a. mit konkreten Zielen für die Ärzteausbildung, z.B. Schaffung von mehr Ausbildungsstellen oder Forcierung des Turnusärzte-Recruitings. Diese Ziele wurden gemeinsam mit den Regionalmanagern auf die verschiedenen Regionen⁶³ und in weiterer Folge auf die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten heruntergebrochen. Die Zielerreichung wurde jährlich evaluiert.

- 17.2** Der RH hielt im Hinblick auf die gesundheitspolitische Bedeutung der Ärzteausbildung ihre Verankerung in wesentlichen Grundsatzdokumenten und -vereinbarungen eines Krankenanstaltenträgers für wesentlich. Er sah daher kritisch, dass die Stadt Wien für den KAV bzw. das AKH Wien noch keine konkreten strategischen Ausbildungsziele für Turnusärzte festgelegt hatte. Weiters bemängelte der RH, dass weder der KAV noch die TILAK die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt hatten.

In diesem Zusammenhang sah er vor allem die Vorgangsweise der NÖ Landeskliniken-Holding positiv. Weiters anerkannte der RH die Absicht der TILAK betreffend die Thematisierung der Ärzteausbildung in künftigen Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern und empfahl deren konsequente Umsetzung. Der Stadt Wien, dem KAV bzw. der MedUni Wien empfahl der RH, entsprechend der künftigen konkreten Ausgestaltung der Leitungsstruktur im Rahmen der gemeinsamen Betriebsführung die Ärzteausbildung in Zielvereinbarungen mit der Ärztlichen Leitung vorzusehen.

Im Hinblick auf die Sondersituation an Universitätskliniken und die Bemühungen um eine engere Zusammenarbeit empfahl der RH dem AKH Wien und der MedUni Wien bzw. dem LKH Innsbruck und der MedUni Innsbruck, im Rahmen ihrer (geplanten) institutionalisierten Zusammenarbeit gemeinsam strategische Ziele für die Ärzteausbildung zu erarbeiten. Als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen.

⁶³ NÖ Mitte, Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel und Thermenregion

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

- 17.3** *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlungen zu. Der Entwurf des Zusammenarbeitsvertrags zwischen der MedUni Wien und der Teilunternehmung AKH Wien (TU-AKH Wien) im Projekt Universitätsmedizin Wien 2020 sei fertiggestellt worden. Zusätzlich seien bereits die Managementprozesse für die neue Betriebsführung zwischen MedUni Wien und TU-AKH Wien abgestimmt. In den Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern würden insbesondere auch Themen wie Ärzteausbildung verankert werden.*

Die MedUni Wien teilte weiters mit, dass die Verantwortung für die Ärzteausbildung beim Krankenanstaltenträger, also für den Bereich des AKH Wien bei der Stadt Wien liege. Die MedUni Wien wirke als Dienstgeberin der Ärzte in Facharztausbildung an der Strukturierung und Qualitätssicherung der Facharztausbildung mit. Als wichtige gemeinsame Managementaufgabe sei u.a. die Etablierung struktureller und organisatorischer Standards für die ärztliche Ausbildung verankert, die gemeinsame strategische Ziele zur Ärzteausbildung voraussetzen würden. Die Verhandlungen über die Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern würden künftig von der MedUni Wien und der TU-AKH Wien gemeinsam geführt. In einem vorgezogenen Schritt habe die Ärztliche Direktion einen Entwurf für die zukünftigen Vorgaben an die Ausbildungsverantwortlichen der jeweiligen Ausbildungsstätten vorgelegt. Die Details zu diesem Entwurf würden im Rahmen einer Arbeitsgruppe gemeinsam mit den Ausbildungsverantwortlichen konkretisiert und weiterentwickelt.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe sich die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission in ihren letzten Sitzungen nach Verkündung der neuen Ausbildungsordnung für Ärzte intensiv mit der Umsetzung dieser Verordnung befasst, insbesondere mit der Sicherstellung durchgängig strukturierter Ausbildungsprozesse. Die Berücksichtigung der Verordnung in Hinblick auf die Evaluierung der Ausbildungsstätten und die Gewährleistung der Vorgaben, wie Evaluierungsgespräche, jährliche Zeugnisse und Rasterzeugnisse, werde Eingang in die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern finden.

Im Zuge der Implementierung der institutionalisierten Zusammenarbeit werde ein gemeinsames Konzept in Aussicht genommen.

- 17.4** Der RH nahm die von der Stadt Wien bzw. der MedUni Wien und der TILAK bzw. der MedUni Innsbruck geplanten Maßnahmen im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung der Ärzteausbildung zur Kenntnis. Er hob neuerlich das Erfordernis gemeinsamer strategischer Ziele für die Ärzteausbildung hervor, um eine längerfristige Planung und Steu-



erung zu ermöglichen sowie die Zielerreichung messbar zu machen; als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzuberechnen.

Gegenüber der Stadt Wien bzw. der MedUni Wien betonte der RH, dass seine Empfehlung ausdrücklich auf die Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern gerichtet war. Betreffend die angesprochenen Zielvereinbarungen mit den Organisationseinheitsleitern verwies der RH auf TZ 23 (Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter), worin er u.a. empfahl, die Ärzteausbildung auch in den Zielvereinbarungen mit den Ausbildungsverantwortlichen zu thematisieren.

Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger

- 18.1** Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger der überprüften Krankenanstalten erhob der RH auch die Ausgestaltung zentraler Ausbildungsvorgaben:

AKH Wien

Der KAV verfügte über eine Reihe von zentralen Vorgaben für die Ärzteausbildung⁶⁴; diese galten jedoch nicht für das AKH Wien, dessen Ärzte Mitarbeiter der MedUni Wien waren. Somit gab es für die Ärzteausbildung am AKH Wien keine Vorgaben seitens des Trägers.

LKH Innsbruck

(1) Am LKH Innsbruck waren – wie bereits erwähnt – sowohl Ärzte der MedUni Innsbruck als auch der TILAK beschäftigt.

(2) Wie am AKH Wien gab es auch für die Turnusärzte der MedUni Innsbruck keine schriftlichen Vorgaben des Trägers. Für die TILAK-Turnusärzte (alle TÄ/A und etwa die Hälfte der TÄ/F) regelte die TILAK hingegen insbesondere Folgendes:

- Für die TÄ/A schloss die TILAK im Jahr 2003 eine Betriebsvereinbarung mit dem Zentralbetriebsrat ab. Diese regelte vor allem, dass TÄ/A im ersten Quartal des zweiten Ausbildungsjahres dem Ausbildungsleiter mitteilen mussten, ob sie die Ambulanzzeit an der Kli-

⁶⁴ zum Beispiel Ausbildungskonzept für Innere Medizin (AP 4) aus dem Jahr 2006 und ein Logbuch für TÄ/A, verpflichtende Einführungsfortbildungen

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

nik oder in einer Lehrpraxis absolvieren werden. Die Absolvierung der Ambulanzzeit musste an einer Ambulanz eines TILAK Krankenhauses ermöglicht werden. Es war darauf zu achten, dass die Ausbildung tatsächlich in diesem Bereich und nicht etwa an einer Station erfolgte.⁶⁵ Eine Kontrolle der Umsetzung dieser Betriebsvereinbarung durch die TILAK erfolgte nicht.

- Für die TÄ/F regelte eine Betriebsvereinbarung aus dem Jahr 2008 zentrale Themen der Ärzteausbildung (bspw. generelle und individuelle Ausbildungsplanung, Aufgaben der Ausbildungsverantwortlichen in Grundzügen und Mitarbeiterbeurteilung). Der Begriff Ausbildungsplan wurde aber darin nicht definiert, weshalb Unklarheiten bezüglich der Bedeutung bestanden.

Die zur Sicherung der Ausbildungsqualität der TÄ/F im Jahr 2010 eingerichtete Ärzteausbildungskommission⁶⁶ konnte das Vorliegen eines individuellen Ausbildungsplans überprüfen. Den Protokollen der bislang vier abgehaltenen Sitzungen zufolge fand eine solche Überprüfung jedoch nie statt. Seit März 2011 wurden keine Sitzungen mehr einberufen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war laut LKH Innsbruck eine Umstrukturierung dieser Kommission geplant.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Das Land Niederösterreich als Dienstgeber sah seit Mitte 2012 Stellenbeschreibungen für TÄ/A und TÄ/F vor, worin die organisatorische Eingliederung und der Aufgabenbereich festgelegt wurden.

(2) Die NÖ Landeskliniken-Holding sah nur Vorgaben für die Ausbildung der TÄ/A vor. So gab es insbesondere seit 2007 ein Logbuch⁶⁷, welches zwar an alle niederösterreichischen Krankenanstalten ausgegeben wurde, aber von diesen nicht durchgängig verwendet wurde. Die überprüften Krankenanstalten erachteten das Logbuch teilweise als zu

⁶⁵ Weiters erhielten die TÄ/A ein Merkblatt mit ihren wesentlichen organisatorischen Verpflichtungen und ein obligatorisches Fortbildungspaket beim Einführungsgespräch am AZW.

⁶⁶ Die Ärzteausbildungskommission (bestehend aus der Ärztlichen Direktion des LKH Innsbruck und Mitarbeitern der TILAK) war zuständig für die Qualitätssicherung der Facharztausbildung an allen TILAK Krankenanstalten.

⁶⁷ Als Voraussetzung für die Umsetzung des Logbuchs hat die NÖ Landeskliniken-Holding ein Tätigkeitsprofil für TÄ/A erstellt, welches regelte, wie die TÄ/A im Klinikalltag eingesetzt werden sollen, um die Ausbildungsinhalte zu erwerben. Rasterzeugnisse waren oft allgemein und unscharf formuliert. Logbücher sollen die Qualität der Ausbildung steigern, in dem sie die Ausbildungsinhalte näher definieren. Die bereits vermittelten Inhalte sollen vom Ausbildungsverantwortlichen laufend im Logbuch bestätigt werden.

umfangreich und nicht praktikabel. Mitte 2013 führte die NÖ Landeskliniken-Holding die Checkliste zur Einführung für Turnusärzte⁶⁸ als Orientierung für den ersten Monat in der Krankenanstalt ein.

Eine Kontrolle der Anwendung des Logbuchs und der Checkliste seitens der NÖ Landeskliniken-Holding fand nicht statt. Auch Evaluierungen erfolgten nicht, 2012 wurde lediglich eine Umfrage durchgeführt. Als Reaktion auf die Umfrageergebnisse wurden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Maßnahmen gesetzt.

18.2 Der RH stellte kritisch fest, dass es für die im AKH Wien und im LKH Innsbruck tätigen – bei den jeweiligen Medizinischen Universitäten angestellten – TÄ/F keine Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger gab. Dies war aus Sicht des RH darauf zurückzuführen, dass bei Universitätskliniken die Rollen des Dienstgebers (MedUni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers auseinanderfielen und für diesen Sonderfall keine gesetzlichen Bestimmungen vorgesehen waren.

In jenen Fällen, in denen die TILAK bzw. die NÖ Landeskliniken-Holding Ausbildungsvorgaben normiert hatten, hielt der RH die Umsetzungs- und Kontrollmechanismen für nicht ausreichend, um die Durchführung der Vorgaben zu gewährleisten. So erfolgte etwa keine Überprüfung der Umsetzung von Betriebsvereinbarungen der TILAK betreffend Turnusärzte.

Auch die NÖ Landeskliniken-Holding überprüfte die Anwendung des Logbuchs bzw. der Checkliste nicht und führte diesbezüglich auch keine Evaluierungen durch; der RH stellte dazu kritisch fest, dass die überprüften Krankenanstalten das Logbuch nicht durchgängig verwendeten. Darüber hinaus gab es seitens der NÖ Landeskliniken-Holding keine Vorgaben für die Facharztausbildung.

Der RH empfahl daher den Krankenanstaltenträgern, entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die Umsetzung der bestehenden bzw. vom RH empfohlenen zentralen Ausbildungsvorgaben (z.B. TZ 25, 26) durch die Ärztlichen Leiter sowie die Abteilungs- bzw. Klinikleiter im Interesse eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses sicherstellen zu können.

Im Fall des AKH Wien könnten entsprechende Schritte im Rahmen der ab 2015 geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit der MedUni Wien gesetzt werden. Hinsichtlich des LKH Innsbruck könnte damit bspw. die

⁶⁸ Diese Checkliste wurde an alle neu in ein Krankenhaus der NÖ Landeskliniken-Holding eintretenden Turnusärzte ausgefolgt.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

im Rahmen des Zusammenarbeitsvertrags eingerichtete MedUni Innsbruck–TILAK–Kommission beauftragt werden. (TZ 15)

Allen überprüften Krankenanstaltenträgern empfahl der RH auch, die Zielvereinbarungen (TZ 17) mit den Ärztlichen Leitern zur Sicherstellung der Umsetzung der Ausbildungsvorgaben zu nutzen.

18.3 *(1) Die Stadt Wien sagte die Umsetzung der Empfehlungen zu. Der Entwurf des Zusammenarbeitsvertrags zwischen der MedUni Wien und der TU–AKH Wien im Projekt Universitätsmedizin Wien 2020 sei fertiggestellt worden. Zusätzlich seien bereits die Managementprozesse für die neue Betriebsführung zwischen MedUni Wien und AKH Wien abgestimmt. Ein wesentlicher gemeinsamer Prozess sei die Zielvereinbarung mit den Organisationseinheitsleitern, in welcher insbesondere auch Themen wie Ärzteausbildung verankert würden.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe sich die MedUni Innsbruck–TILAK–Kommission in ihren letzten Sitzungen nach Verkündung der neuen Ausbildungsordnung für Ärzte intensiv mit der Umsetzung dieser Verordnung befasst, insbesondere der Sicherstellung durchgängig strukturierter Ausbildungsprozesse. Die Berücksichtigung der Verordnung in Hinblick auf Evaluierung der Ausbildungsstätten und die Gewährleistung der Vorgaben, wie Evaluierungsgespräche, jährliche Zeugnisse und Rasterzeugnisse, werde Eingang in die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern finden.

Zentrale Ausbildungsvorgaben – wie das Onboarding oder die Anpassung des MOVE Programms an die Anforderungen der Basisausbildung – seien verpflichtende Elemente. Die Nicht–Einhaltung müsse Konsequenzen für die Ausbildungsverantwortlichen haben.

(3) Das Land Niederösterreich kündigte an, dass die interne Revision der NÖ Landeskliniken–Holding die korrekte Handhabung der Logbücher, sowie die korrekte Durchführung und Dokumentation der Evaluierungsgespräche stichprobenartig prüfen werde, sobald die Fachgruppen/medizinischen Fachgesellschaften die dafür erforderlichen Grundlagen erarbeitet und zur Verfügung gestellt hätten.

Weiters führte das Land Niederösterreich aus, dass die in der Ziellandkarte definierten Ziele strategische Ziele der NÖ Landeskliniken–Holding für die kommenden fünf Jahre seien. Individuelle jährliche Ziele würden durch die Regionalmanager im Rahmen der Mitarbeitergespräche mit den Mitgliedern der Kollegialen Führung vereinbart. Zielvereinbarungen mit monetärer Auswirkung seien nicht flächendeckend bei allen Mitgliedern der Kollegialen Führung vorgesehen. Darü-



Organisatorische Rahmenbedingungen
der Ärzteausbildung

BMG

Ärzteausbildung

ber hinaus sei die Sicherstellung der Aus-, Fort- und Weiterbildung und der Sonderausbildung des ärztlichen Personals, auch in Belangen der Mitwirkung und Mitverantwortung an der gesamthaften ärztlichen, pflegerischen und wirtschaftlichen Steuerung der Krankenanstalt, als Teil der Kernaufgaben der Ärztlichen Direktoren in deren Stellenbeschreibungen festgehalten.

- 18.4** Der RH hielt gegenüber dem Land Niederösterreich fest, dass die Sicherstellung eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses in der Verantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. des Ärztlichen Leiters lag, auch wenn (noch) keine weiterführenden Grundlagen vorlagen.

Weiters stellte der RH dem Land Niederösterreich gegenüber klar, dass er – unabhängig von einer monetären Auswirkung – Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern empfohlen hatte; sie stellten auch im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung ein wesentliches Instrument dar, um die Umsetzung von Trägervorgaben zu gewährleisten.

Ausbildungs-
verantwortung des
Ärztlichen Leiters

Rechtliche Rahmenbedingungen

- 19.1** (1) Der Ärztliche Leiter einer Krankenanstalt war als vom Träger bestelltes Leitungsorgan für den ärztlichen Dienst⁶⁹ verantwortlich (vgl. § 7 Abs. 1 KAKuG). Wenngleich die primäre Ausbildungsverantwortung bei den Abteilungs- bzw. Klinikleitern lag (siehe TZ 23), trafen ihn auch Pflichten in Bezug auf die Ausbildung, die in den §§ 9 und 10 ÄrzteG festgelegt waren. So war der Ärztliche Leiter z.B. für die Organisation der abteilungsübergreifenden Rotation der Turnusärzte innerhalb einer Krankenanstalt zuständig.

(2) Im neuen ÄrzteG (§ 11 Abs. 1) wurde der Ärztliche Leiter im Unterschied zu den Vorgängerregelungen nicht mehr ausdrücklich erwähnt, obwohl bspw. abteilungsübergreifenden Rotationen mit der Novelle ein höherer Stellenwert⁷⁰ eingeräumt wurde und die Qualitätserfordernisse für die Ärzteausbildung – auch vor dem Hintergrund der neu eingeführten Wieder-Anerkennung nach sieben Jahren – insgesamt erhöht wurden.

⁶⁹ zum Beispiel: Dienstenteilungen, die dienstliche Verwendung einzelner Ärzte, die Koordinierung der ärztlichen Tätigkeit; Mayer, Die Führung von Krankenanstalten, in FS Tomandl, 1998, S. 547 (550).

⁷⁰ z.B.: Teilanerkennung von Ausbildungsstätten und Pflichtrotationen in manchen Sonderfächern

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

(3) Der RH hatte in seiner Stellungnahme zum Begutachtungsentwurf kritisch darauf hingewiesen und vor dem Hintergrund der Ausbildungszuständigkeit des Ärztlichen Leiters explizite Regelungen für die mit der Ausbildung zusammenhängenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten für zweckmäßig erachtet. Die Hinweise des RH blieben im weiteren Gesetzgebungsprozess unberücksichtigt.

- 19.2** Der RH hielt fest, dass der Ärztliche Leiter – trotz der sich im Zusammenhang mit seiner Verantwortung für den ärztlichen Dienst ergebenden Zuständigkeit für die Ärzteausbildung – im neuen ÄrzteG nicht mehr explizit genannt wurde bzw. seine entsprechenden Aufgaben und Verantwortlichkeiten nicht ausdrücklich festgelegt wurden. Der RH hielt seine diesbezüglichen Bedenken aufrecht.

Um die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten dennoch transparent zu machen und auch deren Einforderung (z.B. im Rahmen der Zielvereinbarungen) zu erleichtern empfahl der RH den Trägern der überprüften Krankenanstalten, die vom Ärztlichen Leiter in ihrem Namen wahrzunehmenden Aufgaben ausdrücklich festzulegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dem Ärztlichen Leiter in Zukunft bspw. aufgrund vermehrt notwendig werdender Rotationen und höherer Qualitätsvorgaben eine noch größere Bedeutung zukommen könnte.

- 19.3** *(1) Die Stadt Wien sagte die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilte mit, dass mit Dezember 2014 die Trennung der Ärztlichen Direktion von der Direktion der TU-AKH Wien vollzogen worden sei. Die Festlegung der Aufgaben des Ärztlichen Leiters werde bereits in Abstimmung mit den zukünftigen Leitungsgremien der neuen Betriebsführung (Managementboard) erfolgen. Die Stellenbeschreibung des Ärztlichen Leiters werde in Bezug auf die Ärzteausbildung ergänzt.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck werde die Definition der Zuständigkeiten sowie der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Beteiligten in der Ärzteausbildung (Ärztliche Direktion, Primarii, Ausbildungsverantwortliche) von einer Projektgruppe erarbeitet.

(3) Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die angeführten Aufgaben des Ärztlichen Leiters im Zusammenhang mit der ärztlichen Ausbildung in den neu erstellten Stellenbeschreibungen für diese Funktion abgebildet seien und auch in die Ausschreibungen bei Neubesetzungen Ärztlicher Direktoren als wesentliche Aufgabe aufgenommen würden.

19.4 Der RH wies gegenüber der Stadt Wien, der TILAK und der Med-Uni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich darauf hin, dass er im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 auch seine Kritik an der fehlenden rechtlichen Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters wiederholt hatte und seine Bedenken aufrecht hielt. Die Anregung des RH wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Vorgaben der Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten

20.1 Im Hinblick auf die gesetzlich normierte Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter erhob der RH in den überprüften Krankenanstalten das Vorliegen entsprechender Vorgaben:⁷¹

AKH Wien

(1) Das Organisationshandbuch der Ärztlichen Direktion des AKH Wien legte fest, dass die Ausbildung von Ärzten eine der Hauptaufgaben der Krankenanstalt sei und durch Fachärzte der MedUni Wien erfolge.⁷²

(2) Die Ärztliche Direktion hatte eine Leitlinie zu den Ärzte-Ausbildungszeugnissen (Rasterzeugnissen) ausgegeben, die überwiegend die formale Überprüfung der Rasterzeugnisse regelte. Im November 2014 legte das AKH Wien den Entwurf für eine Vorgabe der Ärztlichen Direktion zu den grundlegenden Anforderungen in der Ärzteausbildung (Entwurf) vor; dieser regelte u.a. die Informations- und Dokumentationspflichten des Qualitätsbeauftragten gegenüber den TÄ/F.

LKH Innsbruck

(1) Laut Anstaltsordnung des LKH Innsbruck hatte der Ärztliche Direktor dafür zu sorgen, dass alle Ärzte sämtliche in der Ausbildungsordnung vorgeschriebene fachspezifischen Ausbildungen in der vorgesehenen Mindestzeit absolvieren können. Ihm bzw. dem von der TILAK eingerichteten AZW oblag auch die Überwachung der Ärzteausbildung.

(2) Beginnend im Jahr 2011 beauftragte die Ärztliche Direktion eine Projektgruppe (TÄ/A) bzw. die Kliniken (TÄ/F), Logbücher für die Aus-

⁷¹ In der Mehrzahl der überprüften Krankenanstalten gab es auf Ebene der Kliniken bzw. Abteilungen eine Reihe von verschiedensten Dokumenten im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung (insbesondere im AKH Wien aufgrund der Zertifizierung).

⁷² Die Anstaltsordnung enthielt keine Regelungen für die Ärzteausbildung.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

bildung zu erstellen, um mehr Transparenz in der Ausbildung sowie eine Qualitätskontrolle und -sicherung zu schaffen. Grundsätzlich galten die Logbücher für alle TÄ/A und TÄ/F. Da es aber keine Betriebsvereinbarung mit der MedUni Innsbruck gab, konnten die Logbücher von den universitätsbediensteten TÄ/F nicht eingefordert werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten enthielten die Anstaltsordnungen detailliertere Ausführungen zur Ärzteausbildung (bspw. TZ 38). Hinsichtlich des Ärztlichen Direktors war u.a. festgelegt, dass er die fachgerechte medizinische Ausbildung aller Ärzte zu gewährleisten hatte.

(2) Mit Ausnahme des LK St. Pölten/Lilienfeld, das über eine Richtlinie zur Dokumentation der Ärzteausbildung⁷³ verfügte, gab es seitens der Ärztlichen Direktionen der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten keine zentralen Vorgaben für die Ärzteausbildung.

20.2 Der RH stellte fest, dass die Verantwortung der Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten unterschiedlich definiert war. Im Unterschied zu den anderen überprüften Krankenanstalten verfolgte das AKH Wien grundsätzlich einen dezentralen Ansatz, was der RH vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters kritisch sah. Dies war aus seiner Sicht auf das bereits erwähnte Auseinanderfallen von Krankenanstaltenträger und Dienstgeberschaft zurückzuführen. Im Interesse einer einheitlich strukturierten Ausbildung wertete der RH die aktuellen Bemühungen positiv.

Was die anderen überprüften Krankenanstalten in Tirol und Niederösterreich anbelangt, hielt der RH die getroffenen Maßnahmen für nicht ausreichend, um die Wahrnehmung der auch in den Anstaltsordnungen festgelegten Ausbildungsverantwortung der Ärztlichen Leiter sicherzustellen. So verfügten etwa – mit Ausnahme des Standorts St. Pölten – weder das LKH Innsbruck noch das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl bzw. der Standort Lilienfeld über eine Richtlinie betreffend die Vorgangsweise bei den Rasterzeugnissen (siehe dazu TZ 38).

Nach Auffassung des RH waren einheitliche Vorgaben des Ärztlichen Leiters erforderlich, um einen durchgängig strukturierten Ausbildungsprozess sicherzustellen. Er verwies daher in diesem Zusammenhang

⁷³ Die Richtlinie Ausfüllhilfe für die Rasterzeugniserstellung vom März 2014 wurde erstmalig im Juni 2013 erstellt und galt vorerst nur für den Standort St. Pölten. Geplant war, diese in Zukunft auch am Standort Lilienfeld anzuwenden.

auf seine Empfehlungen betreffend Zielvereinbarungen (TZ 17) und Aufgabenfestlegung (TZ 19).

Der RH identifizierte im Rahmen der Gebarungsüberprüfung einerseits eine Reihe von zweckmäßigen Vorgaben durch den Ärztlichen Leiter bzw. andererseits einen Optimierungsbedarf bezüglich bestehender Vorgaben (siehe z.B. TZ 25, 26).

20.3 *Die Stadt Wien wies darauf hin, dass im Entwurf der Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen MedUni Wien und TU-AKH Wien das Leitungsmanagement des Managementboards festgelegt sei. Eine Aufgabe dieses Gremiums sei die Sicherstellung der Ärzteausbildung, deren Umsetzung im Rahmen von elf Arbeitspaketen in den nächsten Jahren erfolgen solle.*

Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten weiters mit, dass die Ärztliche Direktion bereits einen Entwurf für die zukünftigen Vorgaben an die Ausbildungsverantwortlichen der jeweiligen Ausbildungsstätten vorgelegt habe. Die Details zu diesem Entwurf würden in Abstimmung und in der fortlaufenden Nachjustierung gemeinsam mit dem Rektorat, dem Betriebsrat der MedUni Wien und den Ausbildungsverantwortlichen weiterentwickelt.

Organisation der
Ausbildung – zentrale
Einrichtungen

21.1 Die überprüften Krankenanstalten trafen folgende organisatorische Maßnahmen für die Ärzteausbildung:

AKH Wien

(1) Im KAV gab es zwar einen Weiterbildungsbeauftragten und eine zentrale Anlaufstelle⁷⁴ für die TÄ/A in den städtischen Krankenanstalten⁷⁵, dies betraf aber nicht die im AKH Wien tätigen TÄ/F, die Dienstnehmer der MedUni Wien waren.

(2) Im AKH Wien selbst nahm die Abteilung Medizinischer Betrieb als Assistenz des Ärztlichen Direktors Angelegenheiten der Ärzteausbildung – wie u.a. die Bearbeitung von Ansuchen betreffend die Anerkennung von Ausbildungsstätten oder die Plausibilitätsprüfung von Rasterzeugnissen – wahr.

⁷⁴ Geschäftsbereich Medizinmanagement und Sofortmaßnahmen

⁷⁵ Die Absolvierung bestimmter Einführungsfortbildungen war für alle neuen Ärzte in diesen Krankenanstalten verpflichtend; die Kontrolle erfolgte mittels Bestätigung auf einer Checkliste, die an den Weiterbildungsbeauftragten zu übermitteln war.

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

LKH Innsbruck

(1) Die TILAK als Rechtsträgerin des LKH Innsbruck verfügte bereits seit dem Jahr 1992 mit dem Fachbereich Medizin⁷⁶ am AZW über eine zentrale Koordinationsstelle⁷⁷ für TÄ/A, die beim Land Tirol bzw. der TILAK beschäftigt waren. Diese betreute die TÄ/A von der Bewerbung bis zum Abschluss der Ausbildung (inklusive Fortbildungsveranstaltungen).⁷⁸

Für TILAK-TÄ/F für Innere Medizin erfolgte nur die Koordination der – zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch bestehenden – Nebenfachzeiten und Nebenfächer⁷⁹ durch das AZW gemeinsam mit den geschäftsführenden Oberärzten des Departments Innere Medizin des LKH Innsbruck. Für bei der MedUni Innsbruck beschäftigte TÄ/F übernahm die Personalabteilung der MedUni Innsbruck⁸⁰ die Nebenfachkoordination. Die Rotationsplanung nahmen die geschäftsführenden Oberärzte des Departments Innere Medizin des LKH Innsbruck wahr.

Das AZW vermittelte auch die Nebenfachausbildung der TÄ/F für die peripheren Krankenanstalten Tirols und koordinierte die Rotationen dieser Ärzte. Seit dem Jahr 2012 bot das AZW auch die Organisation der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Medizinische Psychotherapie in Kooperation mit der MedUni Innsbruck und der TILAK an. Eine Ausweitung auf andere medizinische Fachgebiete war angedacht.

(2) Im LKH Innsbruck nahm vor allem die Ärztliche Direktion eine Reihe von Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wahr (Administration der Rasterzeugnisse, Abstimmung von Fortbildungsprogrammen, Durchführung von Evaluierungen etc.).

⁷⁶ Zentrum für ärztliche Aus-Weiter-Fortbildung

⁷⁷ Ziel war, den TÄ/A einen fixen Ansprechpartner zu gewährleisten (Mentorenmodell 1992); siehe auch Betriebsvereinbarung für Turnusärzte in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, abgeschlossen zwischen der TILAK und dem Zentralbetriebsrat: Ausbildungsleiter ist der Leiter des AZW

⁷⁸ Turnus-Einführungsgespräch, jährliches Turnus-Mitarbeiter-Gespräch (auch Zwischengespräch) und Turnus-Mitarbeiter-Abschlussgespräch

⁷⁹ „Pflichtnebenfächer“ (Gegenfächer) waren in der fachärztlichen Ausbildung jene Sonderfächer, die neben dem Hauptfach verpflichtend zu absolvieren waren (z.B. für das Hauptfach Chirurgie sechs Monate Innere Medizin, sechs Monate Unfallchirurgie und drei Monate Anästhesiologie und Intensivmedizin). „Wahlnebenfächer“ waren in der fachärztlichen Ausbildung jene Sonderfächer oder bestimmte Teile derselben, die neben dem Hauptfach und den Pflichtnebenfächern wahlweise zu absolvieren waren.

⁸⁰ Wenn TÄ/F sich nicht selbst bei der Personalabteilung mit ihren Wünschen meldeten, wurden sie nach drei bis vier Jahren – je nach Hauptfach – von der Personalabteilung erinnert, sich eine entsprechende Nebenfachklinik zu wählen und dies ihrer Stammklinik bekannt zu geben.



Organisatorische Rahmenbedingungen
der Ärzteausbildung



Ärzteausbildung

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) In der NÖ Landeskliniken-Holding nahm die Abteilung für Medizinische und Pflegerische Angelegenheiten als zentrale Anlaufstelle u.a. die Umsetzung von Vorgaben und Richtlinien der Geschäftsführung sowie die Organisation von Workshops für die TÄ/A wahr.

(2) An den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren als zentrale Stellen vor allem die Personalabteilungen mit der Administration der Rasterzeugnisse befasst.

21.2 Der RH stellte fest, dass die Krankenanstaltenträger bzw. die überprüften Krankenanstalten die zentrale Organisation der Ausbildung unterschiedlich handhabten.

(1) Positiv bewertete der RH, dass für das LKH Innsbruck das AZW als zentrale Koordinationsstelle bereits seit über 20 Jahren die Belange der TÄ/A umfassend wahrnahm. Demgegenüber setzte die NÖ Landeskliniken-Holding zwar organisatorische Maßnahmen, betreute aber die TÄ/A nicht individuell.

(2) Was die TÄ/F betraf waren ebenfalls die Tätigkeiten des AZW positiv zu werten; sie zeigten auch die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit der MedUni Innsbruck als Dienstgeberin etwa der Hälfte der TÄ/F auf. Der KAV und die NÖ Landeskliniken-Holding trafen keine (organisatorischen) Ausbildungs-Maßnahmen für TÄ/F an den überprüften Krankenanstalten.

Auf Ebene der überprüften Krankenanstalten hob der RH die Betrauung der Abteilung Medizinischer Betrieb am AKH Wien mit konkreten Aufgaben der Ärzteausbildung positiv hervor.

Zur Gewährleistung eines möglichst reibungslosen Ausbildungsverlaufs hielt es der RH auch für wesentlich, organisatorisch optimal Vor-sorge zu treffen. Er empfahl daher Folgendes:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Vor der Hintergrund der geplanten gemeinsamen Betriebsführung empfahl der RH dem AKH Wien und der MedUni Wien, auch gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu prüfen, um u.a. die vom RH empfohlenen zentralen Vorgaben (z.B. TZ 25, 26) schaffen bzw. deren Umsetzung sicherstellen und die TÄ/F dementsprechend stärker unterstützen zu können (etwa im Rahmen der Ausbildungsplanung).

Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung

Der TILAK empfahl der RH, eine Ausweitung der Zuständigkeiten des AZW auf zusätzliche Bereiche der Facharztausbildung zu prüfen.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding empfahl der RH im Hinblick auf die mit der Ärzteausbildung NEU verbundenen größeren Herausforderungen gerade für TÄ/A (z.B. mehr Rotationen aufgrund von mehr Teilanerkennungen etc.) verstärkte individuelle Unterstützungs-, Koordinations- und Kontrollmaßnahmen.

21.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Im Rahmen der seit Anfang Dezember 2014 begonnenen regelmäßig stattfindenden gemeinsamen Sitzungen zum Thema Ärzteausbildung würden gemeinsame organisatorische Maßnahmen festgelegt und dem Rektor sowie dem Direktor der TU-AKH Wien zur Freigabe vorgelegt.*

Die MedUni Wien teilte ergänzend mit, dass geplant sei, bei der Ärztlichen Direktion eine Stelle zur Koordinierung und Supervision der Ärzteausbildung zu etablieren.

(2) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu Abteilungs- bzw. krankenanstaltenüberschreitende Rotation, Ausbildungsplan (siehe TZ 28), wonach u.a. geplant sei, ab Sommer 2015 regionale und überregionale Rotationen, abgestimmt auf die zu absolvierenden Rasterzeugnisinhalte und die genehmigten Ausbildungsmodule zu entwickeln.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausgangslage und Allgemeines

22 (1) Auf der Ebene der Abteilungen bzw. Kliniken überprüfte der RH die Ausbildungspraxis in den vier Krankenanstalten insbesondere am Beispiel des Fachbereichs Innere Medizin. Dies insbesondere deshalb, weil

- es Organisationseinheiten (Universitätskliniken, Abteilungen etc.) für Innere Medizin in allen überprüften Krankenanstalten gab und
- die TÄ/A nach der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch geltenden Rechtslage zwölf Monate in der Inneren Medizin zu absolvieren hatten, weshalb – gegenüber den anderen zu absolvierenden

Fachbereichen – die in diesem Fachbereich vorgesehene allgemein-medizinische Ausbildung am längsten war.

Die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin dauerte mindestens sechs Jahre, eine verpflichtende Absolvierung von Nebenfächern war nicht vorgesehen.

(2) Die folgende Tabelle vermittelt einen Überblick über die Organisation und Anzahl der beschäftigten Ärzte in der Inneren Medizin der überprüften Krankenanstalten:

Tabelle 8: Organisation und Besetzung der Inneren Medizin¹			
	Organisationseinheiten	Fachärzte	TÄ/F²
	Anzahl	in VZÄ	
AKH Wien	3 Universitätskliniken mit 11 Abteilungen	164,6	89,8
LKH Innsbruck	1 Department mit 6 Universitätskliniken	68,8	48,8
LK St. Pölten/Lilienfeld	4 Abteilungen	61,6	23,9
davon			
Standort St. Pölten	3 Abteilungen	55,3	20,9
Standort Lilienfeld	1 Abteilung	6,3	3,0
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	3 Abteilungen	21,5	15,0
davon			
Standort Gmünd	1 Abteilung	5,0	3,0
Standort Waidhofen	1 Abteilung	9,0	6,0
Standort Zwettl	1 Abteilung	7,5	6,0

¹ zum 30. Juni 2014

² Turnusärzte in Facharztausbildung; Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung waren der Krankenanstalt zugewiesen und nicht bestimmten Organisationseinheiten.

Quellen:Angaben und Homepages der überprüften Krankenanstalten

Die Tabelle verdeutlicht die unterschiedlichen Dimensionen der überprüften Krankenanstalten: Das AKH Wien und das LKH Innsbruck beschäftigten rund drei Viertel der Fachärzte bzw. der TÄ/F im Bereich Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten⁸¹.

⁸¹ Insgesamt beschäftigten die überprüften Krankenanstalten 316,5 Fachärzte und 177,5 TÄ/F an der Inneren Medizin.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter

23.1 (1) In der Praxis trugen die Abteilungsleiter (Primärärzte) die größte Ausbildungsverantwortung. Sie waren gemäß ÄrzteG 1998 für ihren Bereich verpflichtet, den Turnusärzten die erforderlichen Kenntnisse und Fähigkeiten in unselbstständiger Ausübung der ärztlichen Tätigkeit, also unter Anleitung und Aufsicht, zu vermitteln; im ÄrzteG 1998 wurden sie deshalb als Ausbildungsverantwortliche bezeichnet.

Die Ausbildungsverantwortlichen hatten den Turnusärzten die persönliche Mitarbeit zu ermöglichen, ihnen Mitverantwortung einzuräumen und den Erwerb von theoretischen Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten laufend zu überprüfen. Sie hatten auch zu beurteilen, inwieweit die Ausbildung tatsächlich erfolgreich vermittelt worden war und zu entscheiden, ob bspw. bestimmte Inhalte wiederholt werden mussten.

(2) Im Entwurf zur ÄrzteG-Novelle wurde klargestellt, dass der „Leiter der Ausbildungsstätte“⁸² der Ausbildungsverantwortliche war. In seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren regte der RH insbesondere aus Qualitätssicherungsgründen eine genauere Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen an. Das neue ÄrzteG enthielt eine solche jedoch weiterhin nicht.

(3) In den überprüften Krankenanstalten stellte der RH Folgendes fest:

AKH Wien

Gemäß Organisationsplan⁸³ der MedUni Wien bestanden im AKH Wien drei Universitätskliniken für Innere Medizin, die in elf Klinische Abteilungen gegliedert waren. Die Universitätskliniken waren gleichzeitig Abteilungen⁸⁴ der Krankenanstalt; daher waren die Ausbildungsverantwortlichen die Vorstände der einzelnen Universitätskliniken.

⁸² Je nach Anerkennung durch die ÖÄK konnte dies eine Abteilung, eine Universitätsklinik oder sonstige Organisationseinheit sein. Für Universitätskliniken bedarf es dadurch nunmehr keiner speziellen „Interpretation“.

⁸³ Das Universitätsgesetz 2002 normierte, dass der Klinische Bereich einer Medizinischen Universität jene Einrichtungen umfasste, die funktionell gleichzeitig Organisationseinheiten einer öffentlichen Krankenanstalt waren. Diese Organisationseinheiten, die im Rahmen einer Krankenanstalt auch ärztliche Leistungen unmittelbar am Menschen erbringen, führten die Bezeichnung „Universitätsklinik“ und konnten in „Klinische Abteilungen“ gegliedert werden. Für die Einrichtung dieser Organisationseinheiten (Departments, Fakultäten, Institute oder andere Organisationseinheiten) war ein Organisationsplan im Einvernehmen mit den Trägern der Krankenanstalt zu erstellen. Hier relevant: § 7 Abs. 2 und 3 Organisationsplan, herausgegeben im Mitteilungsblatt der MedUni Wien, Studienjahr 2012/2013, 33. Stück; Nr. 50

⁸⁴ § 43 KAKuG



Ausbildungspraxis am Beispiel der
Inneren Medizin



Ärzteausbildung

Bis zur Gebarungsüberprüfung des RH gab es keine von der Ärztlichen Direktion erstellten Aufgaben- und Tätigkeitsprofile; die Klinikvorstände hatten sich sowie ihren Mitarbeitern solche teilweise selbst vorgegeben. Im vorgelegten Entwurf (siehe TZ 20) wurden diese Aufgaben von der Ärztlichen Direktion definiert.

Zwischen dem Ärztlichen Direktor des AKH Wien und den Klinikvorständen wurden Zielvereinbarungen abgeschlossen; darin war die Ausbildung der TÄ/F jedoch bisher nicht thematisiert; dies war laut Angaben der MedUni Wien⁸⁵ für künftige Zielvereinbarungen aber vorgesehen.

LKH Innsbruck

Auch am LKH Innsbruck waren die Universitätskliniken Organisationseinheiten der MedUni Innsbruck und gleichzeitig Abteilungen der Krankenanstalt; daher kam den Direktoren der sechs Universitätskliniken die Funktion der Ausbildungsverantwortlichen zu; das Department Innere Medizin, in dem diese sechs Kliniken zusammengefasst waren, hatte nur eine Koordinationsfunktion. Trotzdem unterzeichnete der Departmentdirektor die Rasterzeugnisse als Ausbildungsverantwortlicher; ab September 2014 übernahmen – wie gesetzlich vorgesehen – die Klinikleiter als Ausbildungsverantwortliche diese Aufgabe.

Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen lagen nur sehr allgemein formuliert bzw. für bestimmte TÄ/F vor.⁸⁶ Zielvereinbarungen zwischen der Ärztlichen Direktorin und den Klinikdirektoren gab es im LKH Innsbruck nicht; geplant war, solche im Laufe des Jahres 2015 zu erarbeiten und die Ärzteausbildung darin zu thematisieren.

⁸⁵ Universitätsmedizin Wien 2020, Teilprojekt 3 – Betriebsführung und Unternehmenssteuerung, Ergebnis der Workshops bis zum 8. September 2014 zu den Prozessen Zielvereinbarungsgespräche

⁸⁶ z.B.: Die Betriebsvereinbarung aus 2008 „Ausbildungsverlauf der Facharztausbildung“ für die TÄ/F, die in einem privatrechtlichen Dienstverhältnis zum Land Tirol standen, legte klar, wer der Ausbildungsverantwortliche war und welche Aufgaben er zu erfüllen hatte: Erstellen eines individuellen Ausbildungsplans für jeden neuen TA/F; laufende Kontrolle der Einhaltung des Ausbildungsplans, als Grundlage für die Einhaltung des Rasterzeugnisses; Schaffung von Rahmenbedingungen in Kooperation mit dem Dienstgeber, die ein bestmögliches Erreichen der Ausbildungsziele sicherstellen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Die Ausbildungsverantwortlichen in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren die jeweiligen Abteilungsleiter bzw. – im Fall der Konsiliarausbildung (siehe TZ 38) – die ausbildenden Konsiliarärzte.

Umfassende Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen gab es auch hier nicht. Schriftliche Zielvereinbarungen zwischen dem Ärztlichen Direktor und den Ausbildungsverantwortlichen lagen ebenfalls nicht vor.⁸⁷

- 23.2** Der RH hielt kritisch fest, dass es für die Ausbildungsverantwortlichen, die in der Praxis die größte Ausbildungsverantwortung trugen, bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kaum von der Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile gab.

Ebenso war es aus Sicht des RH kritisch, dass schriftliche Zielvereinbarungen zwischen Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern bisher entweder gar nicht vorhanden waren oder nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt wurden. Auch die Unterzeichnung der Rasterzeugnisse durch den dafür nicht zuständigen Departmentdirektor am LKH Innsbruck war kritisch zu werten; positiv war jedoch die nunmehr erfolgte Änderung der Vorgangsweise zu sehen. Ebenso positiv erachtete der RH die aktuellen Bestrebungen des AKH Wien bzw. der MedUni Wien und des LKH Innsbruck etwa im Zusammenhang mit den Zielvereinbarungen zwischen der Ärztlichen Direktion und den Klinikleitern.

Der RH wertete auch die Klarstellung, wer der sogenannte Ausbildungsverantwortliche war, durch die Novelle zum ÄrzteG 1998 positiv. Er hielt jedoch fest, dass diese weiterhin keine genaue Definition der Aufgaben des Ausbildungsverantwortlichen vorsah; seine im Begutachtungsverfahren geäußerten Bedenken blieben daher aufrecht.

Um dennoch eine durchgängige und qualitätsgesicherte Organisation der Ärzteausbildung sicherzustellen, empfahl der RH dem AKH Wien, die im Entwurf (TZ 20) angeführten Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen gegebenenfalls im Sinne der neuen Aus-

⁸⁷ Nach Angaben der Krankenanstalten wurden allerdings im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Controllinggespräche verschiedene Ziele u.a. gemäß der Zielelandkarte mit den Abteilungsleitern besprochen, wobei ein strategisches Ziel die Sicherung der medizinischen Personalkapazität war. Darüber hinaus sollen im Rahmen der Einführung der Mitarbeitergespräche Zielvorgaben besprochen werden, die auch das Thema Ausbildung beinhalten.

bildungsbestimmungen zu konkretisieren. Den anderen überprüften Krankenanstaltenträgern bzw. Krankenanstalten empfahl der RH, klare Festlegungen vorzusehen.

Angesichts der Bedeutung der Ärzteausbildung empfahl der RH weiters, diese auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 42, 44)

23.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilten mit, dass in den geplanten gemeinsamen Zielvereinbarungen des Managementboards mit den Organisations-einheitsleitern des Klinischen Bereiches auch Ausbildungsziele aufgenommen würden. Weiters werde der vom RH angeführte Entwurf im Rahmen der Arbeitsgruppe zur Ärzteausbildung konkretisiert, wobei auch die Zuständigkeiten der Ausbildungsverantwortlichen klar festgelegt würden. Grundlage der Zielvereinbarungen werde die im Entwurf genannte Evaluierung sein.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK werde die Definition der Zuständigkeiten sowie der Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten der jeweiligen Beteiligten in der Ärzteausbildung (Ärztliche Direktion, Primarii, Ausbildungsverantwortliche) von einer Projektgruppe erarbeitet.

(3) Das Land Niederösterreich verwies auf seine Stellungnahme zu TZ 18 (Ausbildungsvorgaben der Krankenanstaltenträger) und TZ 19 (Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters). Darin thematisierte das Land die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern bzw. die für diese erstellten neuen Stellenbeschreibungen.

23.4 Der RH wies gegenüber der Stadt Wien und der MedUni Wien, der TILAK und der MedUni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich darauf hin, dass er im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 auch seine Kritik an der fehlenden rechtlichen Definition der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wiederholt hatte und seine Bedenken aufrecht hielt. Die Anregung des RH wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Gegenüber der TILAK wiederholte der RH ferner seine Empfehlung nach einer Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit den Ausbildungsverantwortlichen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Gegenüber dem Land Niederösterreich stellte der RH weiters klar, dass seine Empfehlung explizit auf den Ausbildungsverantwortlichen – und nicht auf den Ärztlichen Leiter – gerichtet war. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung nach klaren Festlegungen hinsichtlich der Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Ausbildungsverantwortlichen und einer Thematisierung der Ärzteausbildung in den Zielvereinbarungen mit diesen.

Ausbildungs-
assistenten
und Mentoren

24.1 Gemäß ÄrzteG 1998 hatte der Ausbildungsverantwortliche die Möglichkeit, sich von einem Ausbildungsassistenten⁸⁸ unterstützen zu lassen.⁸⁹ An mehreren überprüften Krankenanstalten gab es auch Mentorensysteme.

AKH Wien und LKH Innsbruck

An den vom RH überprüften Kliniken für Innere Medizin am AKH Wien und am LKH Innsbruck waren Ausbildungsassistenten zur Unterstützung des Ausbildungsverantwortlichen eingesetzt.

Im AKH Wien definierte die Ärztliche Direktion gemeinsam mit der Ärztekammer Wien im Jahr 2003 Kernaufgaben des Ausbildungsassistenten; solche waren u.a. die Unterstützung des Ausbildungsverantwortlichen bei der Erstellung und Umsetzung eines Ausbildungsplans sowie die Koordination der Rotation. Art und Ausmaß der Unterstützung waren jeweils im Einzelfall durch den Ausbildungsverantwortlichen festzulegen.

Ein Mentoren-System für TÄ/F war nicht überall durchgängig installiert. Für TÄ/A des LKH Innsbruck wurde 1992 ein Ausbildungsmentoren-Modell initiiert, das die Ziele⁹⁰, das Anforderungsprofil und die Aufgabenbereiche sowie die Umsetzung in der Praxis festgelegt. Ein

⁸⁸ je nach Ausbildung zum Allgemeinmediziner oder zum Facharzt kann der Ausbildungsverantwortliche gemäß §§ 9 Abs. 5 bzw. 10 Abs. 6 ÄrzteG 1998 von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Arzt für Allgemeinmedizin oder Facharzt bzw. von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfachs unterstützt werden.

⁸⁹ Der Begriff „Ausbildungsassistent“ war im neuen ÄrzteG nicht mehr vorgesehen. Unverändert war, dass sich der Ausbildungsverantwortliche von einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt des jeweiligen Sonderfachs unterstützen lassen konnte (§ 11 Abs. 4).

⁹⁰ Es sollten die Ausbildungsdiskrepanz vermindert, der Lernprozess der Auszubildenden individuell gefördert, die Ausbildung vereinheitlicht und durch den Kontakt mit dem Fachbereich Medizin die Ausbildungspläne laufend angeglichen werden.

neues Modell soll laut LKH Innsbruck im Zuge der Ärzteausbildung NEU realisiert werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

In den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten gab es außer am Standort Waidhofen keine nominierten Ausbildungsassistenten; die Unterstützung der Ausbildungsverantwortlichen oblag dem stationsführenden Oberarzt oder allen Oberärzten. Ein Mentorensystem war an keinem Standort vorgesehen.

- 24.2** Der RH stellte fest, dass die Unterstützung durch Ausbildungsassistenten bzw. Mentoren an den vom RH überprüften Krankenanstalten unterschiedlich gehandhabt wurde.

Auffallend war, dass die Ärztliche Direktion des AKH Wien bspw. die Koordination der Rotation als Kernaufgabe eines Ausbildungsassistenten definierte; an den überprüften Kliniken für Innere Medizin nahmen allerdings diese Aufgabe meist die TÄ/F selbst wahr. (TZ 28)

Gerade in großen Ausbildungsstätten (viele Mitarbeiter, umfangreiches Leistungsspektrum), aber auch vor dem Hintergrund der mit der Ärzteausbildung NEU einhergehenden erhöhten Qualitätsvorgaben empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten, sowohl „Ausbildungsassistenten“ als auch Mentoren verstärkt einzusetzen sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich festzulegen bzw. zu aktualisieren.

- 24.3** (1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten zu, die Definition der Kernaufgaben der Ausbildungsassistenten gemeinsam zu erarbeiten.

(2) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass der Einsatz von Mentoren angestrebt und als wünschenswert erachtet werde. Limitierender Faktor der Umsetzbarkeit seien derzeit die zeitlichen Ressourcen der ärztlichen Mitarbeiter, insbesondere die engen Spielräume des Ärztearbeitszeitgesetzes, sowie das Spannungsfeld zwischen Patientenversorgung und Ausbildung.

Logbuch

- 25.1** Die gesetzlich vorgesehenen Rasterzeugnisse (TZ 2) definierten die von den Turnusärzten erfolgreich zu absolvierenden Lerninhalte; diese waren zum Teil aber sehr allgemein und unscharf formuliert. Um genau festzulegen, welche Lerninhalte in der Ausbildung vermittelt werden sollten, wurde in der Literatur und in der Praxis ein Logbuch als zweck-

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

mäßig erachtet⁹¹. Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Ausbildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben.

Der RH überprüfte daher, ob an den Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin Logbücher vorlagen, ob es geeignete Kontrollmechanismen gab und ob Logbücher als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden. Der RH stellte in diesem Zusammenhang Folgendes fest:

AKH Wien

Die drei Universitätskliniken für Innere Medizin (KIM) hatten gemeinsam ein einheitliches Logbuch⁹² erarbeitet, welches seit Oktober 2010 an alle TÄ/F bei Eintritt ausgegeben wurde. Das Logbuch spezifizierte jedoch das Rasterzeugnis kaum, sondern deckte sich über weite Strecken mit diesem; es war lediglich ergänzt um die Dokumentation der absolvierten Rotationen und die Möglichkeit, für bestimmte Untersuchungen⁹³ die Anzahl einzutragen. Im Logbuch Innere Medizin waren weder Fallzahlen noch zu erreichende Kompetenzniveaus⁹⁴ vorgegeben.

Die Klinikleiter als Ausbildungsverantwortliche gaben zwar an, die Logbücher als Grundlage für die Ausstellung von Rasterzeugnissen heranzuziehen, Kopien der Logbücher wurden an den Universitätskliniken allerdings nicht archiviert. Die KIM III nahm nach eigenen Angaben seit Ende September 2014 eine Archivierung vor.

Zusätzlich wurden an den klinischen Abteilungen für Innere Medizin verschiedene Dokumente verwendet, die ebenfalls die Lerninhalte detailliert beschrieben.⁹⁵

⁹¹ vergleiche Birner, Ärzteausbildung, Sigmund Freud PrivatUniversitäts Verlag, 2010, S. 68 und durchgeführte Evaluierungen der Ärzteausbildung im Auftrag der Landesärztekammern

⁹² unter dem Titel Ausbildungs- und Rotationsregister

⁹³ wie bspw. Ergometrie oder Endoskopie

⁹⁴ Kompetenzniveaus legen fest, ob ein Lerninhalt bspw. nur gesehen oder praktisch beherrscht werden muss.

⁹⁵ Beispielsweise erhielten die TÄ/F an der Hämatologie das European Hematology Curriculum, welches zu erlernende Krankheitsbilder und zu erreichende Kompetenzniveaus enthielt. Die Klinische Abteilung für Angiologie verfügte über ein Blaubuch Angiologie in dem neben Allgemeinem und Organisatorischem die wichtigsten angiologische Krankheitsbilder ausgeführt waren.

Eine schriftliche Anweisung der Ärztlichen Direktion bzw. der Klinikleiter an ihre Ärzte, die jeweiligen Inhalte nach deren Absolvierung mit Unterschrift zu bestätigen, lag zur Zeit der Einschau vor Ort nicht vor.⁹⁶ Dem vorgelegten Entwurf zufolge (siehe TZ 20) sollen künftig Logbücher jedoch verpflichtend geführt und Ausbildungsinhalte darin vom jeweils zuständigen Ausbilder bestätigt werden. Auch war vorgesehen, dass die Logbücher zusammen mit den Rasterzeugnissen der Ärztlichen Direktion zu übermitteln waren, welche die Archivierung vornahm.

LKH Innsbruck

Auch im LKH Innsbruck gab es Logbücher:

(1) Das Logbuch der TÄ/A brach die Anforderungen des Rasterzeugnisses auf konkrete Krankheitsbilder, Beschwerden und Fertigkeiten und die jeweils zu erlangenden Kompetenzniveaus hinunter⁹⁷. Die Teilnahme an innerklinischen Fortbildungen war ebenfalls im Logbuch zu vermerken. Im Bereich der Inneren Medizin waren keine Fallzahlen vorgegeben, für andere Fachrichtungen⁹⁸ hingegen schon.

Das Logbuch war verpflichtend zu führen und musste nach Absolvierung eines Ausbildungsabschnitts an das AZW übermittelt werden. In der Stammdatei des Turnusarztes wurde sodann vermerkt, dass das Logbuch gesehen wurde. Es verblieb aber keine Kopie des Logbuchs im AZW.

Das Logbuch wurde jedoch nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen.

(2) Im Logbuch für TÄ/F am Department Innere Medizin waren für die theoretischen Kenntnisse sowie für die Fertigkeiten und Erfahrungen zu erreichende Kompetenzniveaus definiert. Für den Bereich „Fertigkeiten und Erfahrungen“ war überdies die notwendige Fallzahl angeführt.

⁹⁶ Die KIM II hatte seit Herbst 2014 eine „Checkliste“ in Verwendung, die festlegte, welche Unterlagen dem neu eintretenden TÄ/F zu übergeben waren (u.a. das Logbuch).

⁹⁷ Ausbildungsinhalte für das Fach Allgemeinmedizin waren nicht im Logbuch enthalten.

⁹⁸ wie bspw. Dermatologie, Neurologie und Psychiatrie

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Am Department für Innere Medizin gab es keine Vorgabe, dass nur bei Vorliegen des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Logbuchs ein Rasterzeugnis ausgestellt werden durfte.⁹⁹

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Das von der NÖ Landeskliniken-Holding in Arbeitsgruppen¹⁰⁰ entwickelte Logbuch für TÄ/A enthielt für jedes klinische Fach¹⁰¹, das ein TÄ/A durchlaufen musste, konkrete Ausbildungsinhalte und zu erlangende Kompetenzniveaus. Zu erreichende Fallzahlen waren keine vorgegeben.

Das Logbuch wurde an den Abteilungen für Inneren Medizin der überprüften niederösterreichischen Krankenhäuser nicht durchgängig verwendet. Es stellte keine Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse dar. Eine Kontrolle der Anwendung des Logbuchs und der Checkliste seitens der NÖ Landeskliniken-Holding gab es wie erwähnt nicht. (TZ 18)

Evaluierungen wurden bislang noch keine durchgeführt; eine Umfrage im Jahr 2012 ergab, dass das Logbuch in der vorliegenden Form teilweise als wenig praktikabel erachtet wurde. Als Reaktion auf die Umfrageergebnisse wurden bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung jedoch keine Maßnahmen gesetzt.

(2) Für die Ausbildung der TÄ/F der Inneren Medizin gab es weder von der NÖ Landeskliniken-Holding noch seitens der Ärztlichen Direktion bzw. der Abteilungen der überprüften Krankenhäuser ein Logbuch.

25.2 (1) Der RH anerkannte, dass alle überprüften Krankenanstalten, die TÄ/A ausbildeten über ein Logbuch für TÄ/A verfügten, ohne hiezu verpflichtet zu sein.

⁹⁹ Die Ausfertigung der Rasterzeugnisse erfolgt nach der Überprüfung der Ausbildungszeiten und Rotationszuteilungen nunmehr durch die Ausbildungsverantwortlichen des Departments.

Im Mai 2014 wurde in der Direktorenkonferenz der Inneren Medizin beschlossen, dass die jeweiligen Ausbildungsinhalte im Logbuch von jenen Klinikleitern zu unterzeichnen waren, die diese Inhalte vermittelten. Eine Archivierung der Logbücher war aber weiterhin nicht vorgesehen.

¹⁰⁰ bestehend aus den Abteilungsleitern der betroffenen Sonderfächer

¹⁰¹ Ausbildungsinhalte für das Fach Allgemeinmedizin waren nicht im Logbuch enthalten.

Kritisch sah er jedoch insbesondere, dass das Logbuch für TÄ/A in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten nicht durchgängig verwendet wurde, entsprechende Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen mit anschließender Maßnahmensetzung fehlten und die Logbücher nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden.

Auch im LKH Innsbruck wurde das Logbuch für TÄ/A nicht durchgängig von allen Ausbildungsverantwortlichen als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen; positiv sah der RH jedoch, dass das Logbuch verpflichtend zu führen war und entsprechende Kontrollen stattfanden, auch wenn eine Archivierung von Kopien unterblieb.

(2) Was die Facharztausbildung betrifft anerkannte der RH, dass die Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien und des LKH Innsbruck über Logbücher verfügten. Ausgehend davon, dass ein Logbuch die Inhalte der Rasterzeugnisse genauer spezifizieren bzw. die Lerninhalte und -ziele definieren soll, erfüllte das Logbuch der Kliniken für Innere Medizin des AKH Wien diesen Zweck nach Auffassung des RH nicht ausreichend.

Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fehlten sowohl am AKH Wien als auch am LKH Innsbruck für die TÄ/F-Logbücher für den RH nachvollziehbare Kontrollmechanismen bzw. -vorgaben. Diesbezüglich wertete der RH die aktuellen Bestrebungen des AKH Wien positiv.

Kritisch sah der RH weiters, dass für die Facharztausbildung Innere Medizin in den überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten – anders als am AKH Wien und am LKH Innsbruck – keine Logbücher vorlagen.

(3) Der RH erachtete Logbücher als zentral für die kontinuierliche Qualitätssteuerung in der Ausbildung und empfahl unter Berücksichtigung der mit der Ärzteausbildung NEU erfolgten Änderungen dem BMG – zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger –, gemeinsam mit der ÖÄK Musterlogbücher (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Specialist Qualifications¹⁰²) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln.

Auf Basis der Musterlogbücher empfahl er dem AKH Wien, dem LKH Innsbruck bzw. der TILAK und der NÖ Landeskliniken-Holding, Logbücher für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu erstellen bzw. zu überarbeiten.

(4) Für einen zweckmäßigen und konsequenten Einsatz der Logbücher empfahl der RH den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern Folgendes:

AKH Wien

Dem AKH Wien empfahl der RH, den vorgelegten Entwurf um die Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion und die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen, zu ergänzen.

LKH Innsbruck, LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding empfahl der RH ferner, zentrale Rahmenvorgaben des Ärztlichen Leiters/des Trägers für die Verpflichtung der Universitätskliniken bzw. Abteilungen, Logbücher zu verwenden. Diese Rahmenvorgaben sollten den Umgang mit dem Logbuch (z.B. Unterzeichnung der jeweils absolvierten Ausbildungsteile durch den Ausbilder, Archivierung von Kopien etc.) regeln, die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen enthalten, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen sowie einen geeigneten Kontrollmechanismus¹⁰³ durch die Ärztliche Direktion zur Überprüfung

¹⁰² Die Europäische Vereinigung von Fachärzten (Union Européenne des Médecins Spécialistes, UEMS) gründete 2008 mit dem European Council for Accreditation of Medical Specialists Qualification (ECAMSQ) eine internetbasierte Weiterbildungsplattform für Akkreditierung von Wissen, Fertigkeiten und Professionalität. Dieses hat u.a. kompetenzbasiertes Lernen zum Ziel und arbeitete 2011 an einem Pilotprojekt zu regelmäßigen arbeitsplatzbasierten Überprüfungen (mittels Multiple-Choice Fragen und direkter Beobachtung von praktischen Fertigkeiten). Weiters arbeitete ECAMSQ an der Entwicklung eines E-Portfolios, welches die Beurteilung der erlangten medizinischen Kompetenzen unterstützen soll.

¹⁰³ beispielsweise stichprobenartige Überprüfung der Logbücher bei Unterfertigung der Rasterzeugnisse durch die Ärztliche Direktion

der Einhaltung dieser Rahmenvorgaben festlegen. Für den Fall, dass Logbücher für TÄ/F dezentral entwickelt werden, sollte deren Freigabe durch die Ärztliche Direktion vorgesehen werden.

25.3 (1) *Das BMG teilte mit, dass die ÖÄK gemäß ÄrzteG 1998 eine Verordnung über die Ausgestaltung und Form einschließlich der Einführung von Ausbildungsbüchern, der sogenannten „Logbücher“, zu erlassen habe. Auch sei dieses Thema in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden.*

(2) Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten mit, dass im vorliegenden Entwurf der Ärztlichen Direktion bereits festgehalten sei, dass Logbücher, welche die Inhalte der Rasterzeugnisse spezifizieren und über die Bestätigung des jeweiligen Mentors als Grundlage für die Rasterzeugnisse herangezogen würden, zukünftig verpflichtend geführt werden müssten. Die Archivierung dieser Logbücher sei gemeinsam mit der Archivierung der Rasterzeugnisse in der Ärztlichen Direktion vorgesehen.

Die Stadt Wien teilte weiters mit, dass künftig auch ein Kontrollmechanismus im Rahmen von regelmäßigen internen Audits geplant sei. Abgesehen von der Spezifizierung der Lernziele würden gegebenenfalls auch Fallzahlen und vor allem das Kompetenzniveau im Rahmen dieser Logbücher festgehalten. Die empfohlene Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion werde seitens der TU-AKH Wien aufgrund des hohen Verwaltungsaufwands und der Ansicht, dass dies im Verantwortungsbereich der Ausbildungsverantwortlichen liege, kritisch gesehen. Innerhalb der bereits genannten Audits werde jedoch sowohl das Vorliegen als auch die Qualität der Logbücher kontrolliert.

Die MedUni Wien teilte ferner mit, sie werde ihre Expertise im Umgang mit Logbüchern im Rahmen des Diplomstudiums der Humanmedizin (insbesondere im Klinisch Praktischen Jahr) einbringen.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK seien derzeit bereits Logbücher in den Organisationseinheiten der TILAK in Verwendung. Es sei abzuklären, welche Inhalte auf die neuen Logbücher übertragen werden könnten. Die Neufassung der Logbücher sei an den Musterlogbüchern des BMG und der Ärztekammer auszurichten. Der Themenbereich werde von der auch für die Ausbildungskonzepte zuständigen Projektgruppe erarbeitet.

(4) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass laut Ärztekammervertretern die Erarbeitung von Logbüchern durch die Fachgruppen in Planung sei, welche – sobald verfügbar – verwendet würden. Gemeinsam mit Primärärzten der niederösterreichischen Klinikstandorte sei derzeit

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

ein Skriptum über Ausbildungsinhalte der Basisausbildung in Ausarbeitung; für Ausbildungsinhalte, die in der Klinikroutine schwer vermittelbar seien, würden Workshops entwickelt, die regelmäßig in jeder Region angeboten würden. Laut informeller Information der Ärztekammer und des BMG würden die Logbücher durch die Auszubildenden selbst zu führen sein und sowohl den in Ausbildung stehenden Ärzten als auch den Ausbildungsverantwortlichen als Hilfestellung dienen. Es werde davon ausgegangen, dass seitens der Fachgruppen, welche die Ausbildungscurricula festlegten und dafür die Logbücher herausgeben würden, eine Anleitung gegeben werde, wie diese zu handhaben und in der täglichen Praxis zu verwenden seien. Daran würden sich die Betroffenen halten.

- 25.4** Der RH wies gegenüber dem BMG, den Trägern der überprüften Krankenanstalten und den beiden Medizinischen Universitäten darauf hin, dass er im Rahmen der Begutachtung der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 angeregt hatte, die verpflichtende Führung von Logbüchern vorzusehen. Eine solche sowie eine Definition der Logbücher waren in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht vorgesehen.

Weiters hatte der RH zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 festgestellt, dass Logbücher für die kontinuierliche Qualitätssteuerung in der Ärzteausbildung von zentraler Bedeutung waren.

Um eine begleitende Kontrolle zu ermöglichen und die Nachvollziehbarkeit der Vermittlung der jeweils erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten im Detail sicherzustellen, sollte ein Logbuch nach Ansicht des RH die Inhalte der Rasterzeugnisse genauer spezifizieren bzw. die Lerninhalte und -ziele konkret definieren. Aus Transparenzgründen sollte das Logbuch – je nach Fachrichtung gemeinsam mit der Dokumentation der durchgeführten Operationen, Untersuchungen etc. – auch dem Rasterzeugnis beigelegt werden müssen. Im Sinne dieses Anspruchs an ein Logbuch hatte der RH in der Verordnungsbegutachtung daher angeregt, eine entsprechende Definition der Logbücher vorzusehen, um – im Sinne einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung – österreichweit eine einheitliche Vorgangsweise zu gewährleisten.

Darüber hinaus hatte er im Rahmen der Begutachtung die Aufnahme von Musterlogbüchern (für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung), die von der ÖÄK und dem BMG gemeinsam entwickelt werden sollten, in die KEF und RZ VO 2015 für zweckmäßig erachtet.

Dem BMG gegenüber wies der RH weiters auf die Stellungnahme des Landes Niederösterreich hin, wonach – laut Ärztekammer – die Erarbeitung von Logbüchern durch die Fachgruppen in Planung sei, welche – sobald verfügbar – verwendet würden; das Land gehe auch davon aus, dass es eine Anleitung für den Umgang mit den Logbüchern geben werde. Hier bestand somit Handlungsbedarf des BMG.

Der Stadt Wien und der MedUni Wien gegenüber stellte der RH klar, dass er die Aufnahme von Richtzahlen in die Logbücher für wesentlich erachtete, um den Ausbildungserfolg kontinuierlich überprüfen zu können. Bezüglich der Bedenken der Stadt Wien im Zusammenhang mit der Freigabe von Logbüchern durch die Ärztliche Direktion verwies der RH auf die Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters und erachtete im Sinne einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung eine Freigabe der Logbücher durch den Ärztlichen Leiter als erforderlich, um eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen. Dabei stellte der RH klar, dass sich seine Empfehlung auf die Freigabe der für die Basisausbildung und die einzelnen Facharztausbildungen jeweils erstellten „Logbücher-Vordrucke“ bezog, nicht aber auf die individuell vom Ausbildungsverantwortlichen bzw. Turnusarzt bereits ausgefüllten Logbücher.

Der TILAK und dem Land Niederösterreich gegenüber wiederholte der RH vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Krankenanstalt das Erfordernis zentraler Rahmenvorgaben für den zweckmäßigen und konsequenten Umgang mit den Logbüchern, auch wenn (noch) keine weiterführenden Grundlagen vorlagen. Weiters wies er – zur Gewährleistung einer einheitlichen Vorgangsweise – erneut auf die Notwendigkeit der Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion hin.

Dem Land Niederösterreich gegenüber stellte der RH ferner klar, dass seine Empfehlung – vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Krankenanstalt – darauf gerichtet war, dass Logbücher für alle ärztlichen Ausbildungsphasen (Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ausbildung und Facharztausbildung) erstellt und verwendet werden, dies auch dann wenn (noch) keine Musterlogbücher vorliegen.

Ausbildungskonzept

26.1 (1) Das neue ÄrzteG sah erstmals vor, dass Ausbildungsstätten als Anerkennungserfordernis ein schriftliches Ausbildungskonzept vorlegen mussten (für die nach der neunmonatigen Basisausbildung erfolgende Ärzteausbildung). Der RH hatte im Begutachtungsverfahren angeregt,

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

den Begriff Ausbildungskonzept zu definieren; diesem Hinweis wurde im weiteren Gesetzgebungsprozess nicht entsprochen.

(2) Ein Ausbildungskonzept sollte abteilungsspezifisch u.a. schriftlich festlegen, auf welche Weise und in welcher Abteilungsstruktur die jeweiligen Ausbildungsinhalte zum Allgemeinmediziner bzw. in einem Sonderfach konkret vermittelt werden sollen und wer der jeweilige Ausbildungsverantwortliche ist.¹⁰⁴ Im Unterschied dazu sollte ein Ausbildungsplan (TZ 27, 28) schon zu Ausbildungsbeginn die zeitliche Abfolge – idealerweise – aller Ausbildungsabschnitte festlegen.

(3) Da sich auch in der Literatur keine klare Definition des Begriffs Ausbildungskonzept fand, waren auch die dem RH im Rahmen der Gebarungsüberprüfung als Ausbildungskonzept vorgelegten Dokumente sehr unterschiedlich; sie reichten von einer bloßen Auflistung der verpflichtenden theoretischen Ausbildungsmodule bis hin zu relativ umfassenden Regelungen.

Angesichts dessen identifizierte der RH aufgrund von Erhebungen, Beispielen konkreter Ausbildungskonzepte und dem Musterkonzept der ÖÄK¹⁰⁵ folgende Inhalte als zweckmäßig:

- Einführung in die Abteilungs-¹⁰⁶ und Personalstruktur
- angewandte Lehrmethoden¹⁰⁷
- zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Rahmen
- abteilungsinterne Rotationen¹⁰⁸
- konkrete Fortbildungsplanung

(4) Der RH überprüfte an den vier Krankenanstalten, ob schriftliche Ausbildungskonzepte für die Turnusärzte vorlagen, diese die vom RH als zweckmäßig identifizierten Inhalte festlegten und ob diese verpflichtend waren:

¹⁰⁴ vergleiche Birner, Ärzteausbildung, 2010, S. 46

¹⁰⁵ vom Juni 2013

¹⁰⁶ Tagesablauf/Dienstablauf

¹⁰⁷ wie bspw. Bed-Side Teaching, Morgenbesprechung, eigenverantwortliches Führen von Betten

¹⁰⁸ beispielsweise Tätigkeiten der TÄ/A und TÄ/F in den bettenführenden Stationen, in den Ambulanzen und im OP-Bereich

AKH Wien und LKH Innsbruck

Vor allem im AKH Wien gab es eine Vielzahl an Einzeldokumenten, die unterschiedlich strukturiert waren und unterschiedliche Geltungsbereiche vorsahen.

Die vom AKH Wien und vom LKH Innsbruck vorgelegten Dokumente der Inneren Medizin deckten – insgesamt betrachtet – folgende Teilbereiche eines Ausbildungskonzepts ab:

Tabelle 9: Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts für TÄ/A und TÄ/F an der Inneren Medizin am AKH Wien und LKH Innsbruck

Ausbildungskonzept	AKH Wien	LKH Innsbruck
	TÄ/F ¹	TÄ/A und TÄ/F
Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur	ja	ja
Lehrmethode bzw. Art der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten	ja	nein
zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Ausmaß	nein	nein
abteilungsinterne Rotation	nein	nein
konkrete Fortbildungsplanung	ja	ja

¹ Am AKH Wien wurden im Überprüfungszeitraum keine TÄ/A ausgebildet.

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; AZW

Wie die Tabelle zeigt, enthielt keines der Dokumente Angaben betreffend zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte und zur abteilungsinternen Rotation; Letztere fand nach Angaben der Klinikleiter in der Praxis statt. Am AKH Wien gab es weiters ein Dokument, das die Art der Vermittlung theoretischer Kenntnisse und praktischer Fertigkeiten allgemein formulierte.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Mit Ausnahme des Standorts Waidhofen, wo 2013 ein Leitfaden für TÄ/A erstellt wurde, lagen weder für TÄ/A noch für TÄ/F schriftliche Ausbildungskonzepte an den Abteilungen für Innere Medizin vor. Dieser Leitfaden deckte folgende Teilbereiche eines Ausbildungskonzepts im Sinne der RH-Definition ab:

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Tabelle 10: Teilbereiche eines schriftlichen Ausbildungskonzepts TÄ/A – Standort Waidhofen

Ausbildungskonzept für TÄ/A	Vorliegen
Einführung in die Abteilungs- und Personalstruktur	ja
Lehrmethode bzw. Art der Vermittlung der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten	nein
zu absolvierende Abteilungsschwerpunkte samt zeitlichem Ausmaß	ja
abteilungsinterne Rotation	teilweise ¹
konkrete Fortbildungsplanung	nein

¹ Die Zuteilungen zu den jeweiligen Stationen der Inneren Medizin in Monaten war geregelt, die Zuteilung zu den Ambulanzen hingegen nicht.

Quelle: Leitfaden für Turnusärzte Interne Abteilung

Darüber hinaus gab es in Einzelfällen unterschiedlich strukturierte – abteilungsspezifische – Dokumente, die ebenfalls organisatorische und inhaltliche Ausbildungselemente enthielten. Eine abteilungsinterne Rotation fand nach Angaben der Abteilungsleiter in der Praxis statt.

(4) Eine Anweisung des Krankenanstaltenträgers bzw. der Ärztlichen Direktion hinsichtlich der Ausgestaltung und der verpflichtenden Anwendung von schriftlichen Ausbildungskonzepten lag an keiner der überprüften Krankenanstalten vor; das LKH Innsbruck plante jedoch solche Vorgaben sowohl für TÄ/A als auch für TÄ/F im Rahmen der Ärzteausbildung NEU.

26.2 Der RH erachtete ein Ausbildungskonzept als zentrales Instrument für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung, weil es der Orientierung dient und eine beidseitige Verpflichtung (des Ausbildungsverantwortlichen und des Turnusarztes) darstellt.

Er hielt daher kritisch fest, dass in fast allen überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten Dokumente im Sinne eines schriftlichen Ausbildungskonzeptes fehlten. Weiters sah er das Fehlen von entsprechenden Vorgaben in allen überprüften Krankenanstalten kritisch.

Die Bemühungen des AKH Wien, des LKH Innsbruck und des Standortes Waidhofen um solche Konzepte wertete der RH positiv. Aus seiner Sicht bestand jedoch Ergänzungsbedarf bzw. – vor allem am AKH Wien – Strukturierungsbedarf.

Aufgrund der zentralen Bedeutung von Ausbildungskonzepten für eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sah der RH ferner kritisch, dass das Vorliegen eines solchen bislang gesetzlich nicht vorgeschrieben war;

er wertete daher grundsätzlich positiv, dass die Ärzteausbildung NEU ein Ausbildungskonzept verpflichtend vorsah.

Insbesondere im Hinblick auf die im Rahmen der Gebarungsüberprüfung deutlich hervorgekommenen unterschiedlichen Interpretationen hielt der RH allerdings kritisch fest, dass eine Definition des Ausbildungskonzepts im neuen ÄrzteG fehlte; er hielt daher seine Bedenken aufrecht.

Zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger empfahl der RH dem BMG gemeinsam mit der ÖÄK, Muster-Ausbildungskonzepte (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln.

Den überprüften Krankenanstalten (im konkreten Fall den Kliniken bzw. Abteilungen) empfahl der RH, auf Basis dieser Musterkonzepte die Ausbildungskonzepte für die verschiedenen Ausbildungsphasen zu erstellen bzw. den Anforderungen der Ärzteausbildung NEU anzupassen. Weiters empfahl er den Krankenanstalten bzw. deren Trägern, den Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen.

26.3 *(1) Das BMG wies allgemein darauf hin, dass dieses Thema auch in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden sei.*

(2) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. In Folge der Novelle des ÄrzteG 1998 müssten die Anerkennung aller Ausbildungsstätten neu beantragt und im Rahmen dieser Beantragung auch ein schriftliches Ausbildungskonzept vorgelegt werden.

In der vorhandenen Arbeitsanweisung zur Genehmigung von Ausbildungsstätten sei festgelegt, dass die Anträge für Ausbildungsstätten auf Plausibilität geprüft würden. Im Rahmen dieser Plausibilitätsprüfung werde zukünftig auch das Vorliegen eines schriftlichen Ausbildungskonzepts geprüft. Die vom RH empfohlene Vorgabe zur klaren Strukturierung des Ausbildungskonzepts werde innerhalb des Gremiums zur Ärzteausbildung am AKH Wien definiert. In weiterer Folge würden die Umsetzung der Vorgaben, die Aktualität des Ausbildungskonzepts sowie die Umsetzung in die Praxis im Rahmen der genannten Audits und Evaluierungen zukünftig überprüft werden.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

(3) Laut Stellungnahme der TILAK sei im Rahmen der Anerkennung als Ausbildungsstätte der Nachweis über ein schriftliches Ausbildungskonzept zu führen. Im Zuge dessen würden die bestehenden Ausbildungskonzepte – sobald die Vorlage der ÖAK/des BMG verfügbar sei – überarbeitet. Ziel sei es, einheitlich gestaltete Ausbildungskonzepte für alle Sonderfachrichtungen und die Allgemeinmedizin zu erstellen. Hierzu werde eine Projektgruppe mit Vertretern der Ärztlichen Direktionen sowie ausgewählten Primärärzten eingerichtet. Ein einheitlicher Workflow und entsprechender personeller Support sollten die Umsetzung ermöglichen.

Die Ausbildungskonzepte würden im Laufe des Jahres 2015 überarbeitet. Das Projekt sei mit der Anerkennung aller Ausbildungsstätten an der TILAK abgeschlossen (1. März 2016).

(4) Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die Einreichung eines Ausbildungskonzepts bei der Ärztekammer nunmehr Voraussetzung für die Zuerkennung der Ausbildungsstellen sei. Die Konzepte würden demnach von der Ausbildungskommission der Ärztekammer im Rahmen dieses Zertifizierungsverfahrens geprüft und im Rahmen der alle sieben Jahre stattfindenden Rezertifizierungen evaluiert. Der Umgang mit den Konzepten sei somit Regelungsgegenstand der ÄAO-Novelle.

Weiters führte das Land Niederösterreich aus, dass im Zuge der Beantragung der Ausbildungsstellen und der Anerkennung der Ausbildungsstätten für die Ärzteausbildung NEU laufend in allen Gremien die Abteilungsleitungen und Ärztlichen Direktoren über die Vorgabe der Erstellung von Ausbildungskonzepten informiert und mit der Vorbereitung derselben beauftragt würden. In Abstimmung zwischen Kliniken, Holdingzentrale und Ärzteausbildungskommission der Ärztekammer würden die Konzepte im Bewilligungsverfahren voraussichtlich bis Frühjahr 2016 geschärft und an das in Aussicht gestellte Muster angepasst.

- 26.4** Der RH hielt gegenüber dem BMG, den überprüften Krankenanstalten-trägern und den beiden Medizinischen Universitäten fest, dass – wie er auch im Rahmen seiner Stellungnahme zum Entwurf der ÄAO 2015 festgestellt hatte – eine rechtliche Definition des Ausbildungskonzepts wesentlich war. Eine solche fehlte auch in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015.

Gegenüber dem BMG wiederholte der RH nachdrücklich seine Empfehlung, gemeinsam mit der ÖÄK Muster-Ausbildungskonzepte für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln; nur dadurch kann nach Ansicht des

RH eine einheitliche Vorgangsweise bei der Genehmigung von Ausbildungsstätten durch die ÖÄK und in weiterer Folge eine qualitätsgesicherte Ärzteausbildung sichergestellt werden. Weiters wies der RH das BMG auf die Ausführungen der TILAK sowie des Landes Niederösterreich hin, wonach diese ihre Ausbildungskonzepte den Muster-Ausbildungskonzepten anpassen würden.

Gegenüber der TILAK sowie dem Land Niederösterreich wies der RH auf die dreistufige Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Ausbildungsverantwortlicher) hin; er betonte, dass nicht nur die Erstellung von Ausbildungskonzepten, sondern auch die Gewährleistung der konsequenten Umsetzung der Konzepte in der Verantwortung der Krankenanstalten bzw. deren Träger lag. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung, den Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen.

Rotation und Ausbildungsplan

Rechtliche Rahmenbedingungen

27.1 (1) Im Rahmen der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Ärzteausbildung waren Rotationen bzw. deren Organisation von wichtiger Bedeutung, weil TÄ/A im Rahmen ihrer mindestens 36-monatigen Ausbildung viele verschiedene Fachbereiche durchlaufen mussten. Auch in der Facharztausbildung waren Rotationen von wesentlicher Bedeutung, um alle Fächer bzw. Ausbildungsinhalte abdecken zu können. In der Regel gab es abteilungsüberschreitende (innerhalb einer Krankenanstalt bzw. eines Standorts) und krankenanstaltenüberschreitende Rotationen.

- Die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin beinhaltete zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach § 8 ÄAO zumindest folgende acht verschiedene Fächer: Innere Medizin (zwölf Monate¹⁰⁹); Allgemeinmedizin (sechs Monate); Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendheilkunde (jeweils: vier Monate); Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten (HNO), Haut- und Geschlechtskrankheiten sowie Neurologie oder Psychiatrie (jeweils: zwei Monate).

¹⁰⁹ Darauf höchstens drei Monate Wahlfach anrechenbar. Folgende Wahlfächer waren möglich: Anästhesiologie und Intensivmedizin, Arbeitsmedizin, Augenheilkunde und Optometrie, Lungenkrankheiten, Nuklearmedizin, Radiologie, Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Physikalische Medizin und Allgemeine Rehabilitation, Strahlentherapie-Radioonkologie, Urologie

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

- Für die Ausbildung zum Facharzt für Innere Medizin war in der ÄAO – im Unterschied zu fast allen anderen Sonderfächern – grundsätzlich keine verpflichtende Rotation vorgesehen¹¹⁰, außer die jeweilige Abteilung erhielt nur eine Teilanerkennung für die Facharztausbildung. Darüber hinaus sahen Krankenanstalten zum Teil selbst Rotationsregeln vor.

(2) Die Novelle zum ÄrzteG 1998 sah vor, dass die Krankenanstaltenträger den TÄ/A und TÄ/F nach Beendigung der Basisausbildung einen Ausbildungsplan für die weitere praktische Ausbildung vorlegen mussten¹¹¹.

Auch in der Ärzteausbildung NEU werden Rotationen von großer Bedeutung sein. Zum einen werden die klinischen Basiskompetenzen in der Basisausbildung auch an mehr als nur einer Abteilung zu erwerben sein (abteilungsübergreifende Rotation). Auch bei der darauf aufbauenden allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Ausbildung wird es u.a. aufgrund der Neugestaltung der Ausbildungsinhalte möglicherweise vermehrt zu Teilanerkennungen kommen. Beides wird krankenanstaltsüberschreitende Rotationen häufiger notwendig machen. Hinzu kommt, dass das BMG in manchen Sonderfächern der Facharztausbildung auch Pflichtrotationen verordnen kann.¹¹²

Gegenüber der „alten“ Rechtslage brachte das neue ÄrzteG betreffend Rotationen noch weitere Herausforderungen für die Krankenanstalten bzw. deren Träger mit sich. Bisher war für TÄ/A keine Limitierung durch Ausbildungsstellen (sondern nur Mindestzahlen durch den „Bettenschlüssel“) vorgesehen; auch für die Nebenfachausbildung für TÄ/F waren keine eigens dafür genehmigten Ausbildungsstellen erforderlich.¹¹³ Im Rahmen der Ärzteausbildung NEU kann sowohl von TÄ/A als auch von TÄ/F nur mehr auf genehmigte Ausbildungsstellen rotiert werden, wodurch Engpässe entstehen können.

(3) Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv; er erachtete aber eine Definition der konkreten Inhalte eines Ausbildungsplans als erforderlich. Unklar war bspw., ob der Ausbildungsplan etwa auch die verpflichtende Lehrpraxis und – gegebenenfalls – die Konsiliarausbildung (TZ 28, 38) umfassen muss.

¹¹⁰ Es bestand aber die Möglichkeit, für TÄ/F der Inneren Medizin ein freiwilliges Wahlfach im Ausmaß von bis zu zwölf Monaten zu absolvieren.

¹¹¹ vergleiche § 11 Abs. 2 Novelle zum ÄrzteG 1998

¹¹² Im neuen ÄrzteG waren diese Fächer noch nicht vorgesehen, eine diesbezügliche Regelung soll in der ÄAO erfolgen.

¹¹³ § 10 Abs. 1 ÄrzteG 1998

Darüber hinaus hielt es der RH auch für zweckmäßig, das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte vorzusehen. Beides wurde in der letztlich beschlossenen Novelle nicht berücksichtigt.

- 27.2** Im Interesse einer besseren Planbarkeit der Ausbildung wertete der RH die Einführung eines Ausbildungsplans grundsätzlich positiv. Der RH hielt jedoch fest, dass das neue ÄrzteG keine Definition des Ausbildungsplans enthielt, wodurch viele Fragen offen blieben; seine im Begutachtungsverfahren geäußerten Bedenken blieben daher aufrecht.

Der RH empfahl dem BMG, darauf hinzuwirken, dass der Ausbildungsplan in den rechtlichen Vorgaben (im ÄrzteG 1998 oder in der ÄAO) genauer definiert wird. Für zukünftige Anerkennungsverfahren sollte auch das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung normiert werden, um einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung sicherzustellen.

Weiters empfahl er dem BMG, bis dahin eine Klarstellung über Inhalt und Umfang des Ausbildungsplans vorzunehmen und den Trägern zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte auch auf die Problematik der Limitierung der Ausbildungsstellen eingegangen werden.

- 27.3** *Das BMG teilte mit, dass das Erfordernis eines Ausbildungsplans im ÄrzteG 1998 verankert und in der ÄAO 2015 näher spezifiziert worden sei. So solle der Ausbildungsplan dazu dienen, zu Beginn der Ausbildung die geplante zeitliche Zuteilung zu den jeweiligen Ausbildungsstätten zeitlich und inhaltlich strukturiert darzustellen. Dieses Thema sei auch in der Kommission für die ärztliche Ausbildung besprochen worden.*

- 27.4** Der RH wies gegenüber dem BMG darauf hin, dass im Entwurf zur ÄAO 2015 weiterhin offen blieb, ob die in der allgemeinmedizinischen Ausbildung verpflichtend vorgesehene Lehrpraxis vom Ausbildungsplan umfasst werden musste. Der RH empfahl daher abermals eine entsprechende Klarstellung. Eine solche fehlte auch in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015.

Darüber hinaus wiederholte der RH gegenüber dem BMG seine Empfehlung, für künftige Anerkennungsverfahren auch das Vorliegen eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung zu normieren, um einen reibungslosen Ablauf der ärztlichen Ausbildung sicherzustellen.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Abteilungs- bzw. krankenanstaltenüberschreitende Rotation, Ausbildungsplan

- 28.1** Vor dem Hintergrund der geltenden und künftigen rechtlichen Rahmenbedingungen erhob der RH an den vier überprüften Krankenanstalten, wie die Rotation organisiert war. Weiters überprüfte er, ob Ausbildungspläne erstellt wurden, welche die Vorausschaubarkeit der künftigen Ausbildungsstationen ermöglichten und ob entsprechende Kooperationsvereinbarungen vorlagen:

AKH Wien

(1) Am AKH Wien lag an den Universitätskliniken für Innere Medizin ein klinikübergreifendes¹¹⁴ Rotationskonzept vor; dieses sah vor, dass jeder Arzt mindestens fünf Semester außerhalb der eigenen klinischen Abteilung absolvieren musste. Die Einteilung erfolgte durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst TÄ/F waren.

(2) Schriftliche Ausbildungspläne, die für die gesamte Ausbildungsdauer festlegten, welche Rotationsblöcke wann zu absolvieren waren, wurden an den einzelnen Universitätskliniken bzw. deren Abteilungen nicht erstellt. Dem vorgelegten Entwurf (TZ 20) zufolge war künftig ein Ausbildungsplan einschließlich Rotationsplan zu erstellen; unklar blieb, wer für die Erstellung bzw. Kontrolle der Einhaltung konkret zuständig war.

LKH Innsbruck

(1) Die Rotation der TÄ/A wurde zentral über das AZW organisiert. Dieses wies die TÄ/A dem gesamten Department Innere Medizin zu. Die Zuweisung auf die einzelnen Universitätskliniken erfolgte dann durch das Department selbst.¹¹⁵

(2) Für die Rotation der TÄ/F für Innere Medizin hatten die Leiter der sechs Kliniken zuletzt 2013 einen Rotationsplan beschlossen. Mit der Rotationsplanung waren zwei geschäftsführende Oberärzte betraut. Die sechs Universitätskliniken waren nicht zur Gänze als Ausbildungsstät-

¹¹⁴ Aufgrund der Vielzahl von Abteilungen in der Inneren Medizin am AKH Wien kamen in den fünf Rotationsblöcken auch klinikinterne Rotation vor. Aus jedem der fünf Rotationsblöcke musste ein Fach gewählt werden.

¹¹⁵ Die weitere Zuteilung auf die einzelnen Kliniken des Departments erfolgte nach Personalbedarf und unter Berücksichtigung spezifischer Ausbildungswünsche der auszubildenden TÄ/A. Mit der Einteilung waren zwei geschäftsführende Oberärzte betraut.

ten anerkannt, sondern jede nur für jeweils zwei Jahre. Der Rotationsplan trug dieser Einschränkung Rechnung.

(3) Das AZW arbeitete bei Beschäftigungsbeginn gemeinsam mit den TÄ/A einen vorläufigen Rotationsplan aus, der in der Regel den Ausbildungsplan für das nächste halbe Jahr bis ein ganzes Jahr umfasste¹¹⁶. Schriftliche Ausbildungspläne für die Facharztausbildung wurden an den einzelnen Universitätskliniken nicht erstellt.

Für die Ausbildungsplanung sah die TILAK vor, ab 2015 ein eigenes IT-Planungstool einzusetzen.

(4) Die TILAK schloss 2012 erstmals eine schriftliche Kooperationsvereinbarung mit den Rechtsträgern der Tiroler Krankenanstalten, die nicht zur TILAK gehörten, ab¹¹⁷. Diese regelte, dass die TILAK ab 2013 bis zu 32 Stellen¹¹⁸ für Turnusärzte von anderen Tiroler Krankenanstalten zur Verfügung stellte. Die organisatorische Abwicklung erfolgte über das AZW als zentrale Koordinationsstelle.

LK St. Pölten/Lilienfeld

(1) Am LK St. Pölten/Lilienfeld wurde die Zuteilung der TÄ/A zu den einzelnen Abteilungen von den jeweiligen Turnusärzten-Vertretern monatlich durchgeführt.

Da der Standort Lilienfeld über keine Abteilungen in den sogenannten kleinen Fächern¹¹⁹ verfügte, erfolgte die Ausbildung in diesen Fächern durch einen Konsiliararzt¹²⁰. Die Tage, an denen die TÄ/A bei dem jeweiligen Konsiliararzt tätig waren, waren mit Datum, Unterschrift und Angabe des Ausbildungsinhalts vom Konsiliararzt zu bestätigen.

Zwischen den Standorten Lilienfeld und St. Pölten gab es eine mündliche Kooperationsvereinbarung zur Rotation der TÄ/A.¹²¹

¹¹⁶ Für den zwölfmonatigen Block der Inneren Medizin war grundsätzlich vorgesehen, drei mal drei Monate auf unterschiedlichen Kliniken zu verbringen.

¹¹⁷ Diese Vereinbarung galt für die Jahre 2013 und 2014. Der Abschluss der neuen Vereinbarung für den Zeitraum 2015 bis 2016 war bereits in Vorbereitung.

¹¹⁸ 14 Stellen für TÄ/A und 18 Stellen für TÄ/F

¹¹⁹ HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurologie, Psychiatrie

¹²⁰ vergleiche § 8 Abs. 6 ÄAO

¹²¹ Vom Standort Lilienfeld kam in der Regel pro Jahr ein TA/A für das Fach Kinder- und Jugendheilkunde nach St. Pölten, im Gegenzug ging vom Standort St. Pölten ein TA/A für das Fach Gynäkologie und Frauenheilkunde nach Lilienfeld.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

(2) Mit der Rotationseinteilung für TÄ/F der Inneren Medizin am Standort St. Pölten waren zwei Oberärzte betraut. Die Rotationen waren schon allein deshalb erforderlich, weil nur eine der drei Abteilungen für Innere Medizin über eine Vollausbildungsberechtigung verfügte.¹²²

Die Abteilung für Innere Medizin am Standort Lilienfeld besaß eine Vollererkennung, weshalb Rotationen für TÄ/F nicht verpflichtend notwendig waren. Der ärztliche Standortleiter empfahl aber jedem TA/F, sechs Monate in eine andere Krankenanstalt zu rotieren.

(3) Schriftliche Ausbildungspläne für TÄ/A und TÄ/F wurden an den einzelnen Abteilungen nicht erstellt.

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) An den Standorten Gmünd und Waidhofen führten die Turnusärztevertreter die Rotationsplanung der TÄ/A durch. Am Standort Zwettl war ein Oberarzt mit der Rotationsplanung betraut.

Auch an diesen drei Standorten wurde in den kleinen Fächern, in denen es keine Abteilungen gab, die Ausbildung für TÄ/A über einen Konsiliararzt angeboten¹²³. Die Listen der Konsiliarärzte enthielten lediglich Datum und Unterschrift. Ein Feld für den Ausbildungsinhalt war nicht vorgesehen.

Die Standorte Gmünd und Waidhofen hatten für TÄ/A mündliche Kooperationsvereinbarungen¹²⁴ mit dem Standort Zwettl¹²⁵ getroffen.

(2) Während die TÄ/F an den Standorten Gmünd und Zwettl die gesamte Ausbildung im Fach Innere Medizin absolvieren konnten, mussten TÄ/F, die am Standort Waidhofen ihre Ausbildung im Fach Innere Medizin durchliefen, ein halbes Jahr in eine andere Krankenanstalt rotieren. Es wurde dazu mit dem LK Horn eine mündliche Kooperationsvereinbarung geschlossen.

¹²² Das schriftliche Rotationskonzept sah einen neunmonatigen Wechsel auf die jeweils anderen Abteilungen für Innere Medizin vor.

¹²³ Am Standort Gmünd gab es keine Fachabteilung für HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde und Neurologie. An den Standorten Waidhofen und Zwettl wurde die Ausbildung in folgenden Fächern über Konsiliarärzte abgedeckt: HNO, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Neurologie und Psychiatrie.

¹²⁴ Am Standort Zwettl wurden in den entsprechenden Ausbildungsfächern Ausbildungsstellen für die Zu-Rotanten von den anderen beiden Standorten freigehalten.

¹²⁵ Gmünd im Ausbildungsfach Gynäkologie und Geburtshilfe, Waidhofen in Kinder- und Jugendheilkunde

(3) Am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl wurde für die TÄ/A und TÄ/F kein schriftlicher Ausbildungsplan erstellt.

28.2 (1) Der RH stellte kritisch fest, dass in den überprüften Krankenanstalten – mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für TÄ/A) – keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt wurden. Das AKH Wien und das LKH Innsbruck planten jedoch bereits, solche künftig zu erstellen.

(2) Die Rotationseinteilung der TÄ/A wurde – mit Ausnahme des LKH Innsbruck und dem Standort Zwettl – von den Turnusärzten selbst durchgeführt. Die Delegation der Rotationseinteilung an die Betroffenen selbst sah der RH insbesondere vor dem Hintergrund kritisch, dass es sich dabei um eine Angelegenheit des ärztlichen Dienstes handelte, für die eigentlich der Ärztliche Leiter verantwortlich war. Darüber hinaus war aus Sicht des RH durch den häufigen Wechsel der Turnusärzte und damit der Rotationsverantwortlichen die erforderliche Kontinuität der Abläufe gefährdet. Betreffend Kooperationsvereinbarungen stellte der RH kritisch fest, dass diese soweit erforderlich, im Bereich der allgemeinärztlichen Ausbildung nur mündlich vorlagen.

Für unzureichend hielt der RH auch die Dokumentation der Konsiliarausbildung am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl, weil die vermittelten Ausbildungsinhalte nicht nachvollziehbar waren. (TZ 38)

(3) Nach den Feststellungen des RH gab es für die Rotation der TÄ/F im Fach Innere Medizin an allen überprüften Krankenanstalten schriftliche Rotationskonzepte, soweit dies für die Erfüllung der Ausbildungsinhalte erforderlich war. Am AKH Wien erfolgte die Einteilung allerdings durch Rotationsbeauftragte, die meist selbst TÄ/F waren; hiezu verwies der RH auf seine kritischen Anmerkungen unter (2).

Weiters hielt der RH kritisch fest, dass anstaltsübergreifende Rotationen für die Erfüllung von Ausbildungsinhalten bzw. aufgrund von eingeschränkten Anerkennungen – mit Ausnahme des Standorts Waidhofen (jedoch nur mündlich) – an den überprüften Krankenanstalten nicht etabliert waren.

Der RH empfahl daher Folgendes:

- Den überprüften Krankenanstaltenträgern empfahl der RH, die nunmehr gesetzlich vorgesehenen Ausbildungspläne zu erstellen bzw. dafür Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen zu definieren.

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

- Allen überprüften Krankenanstalten bzw. Trägern empfahl der RH in Abhängigkeit von der „neuen“ ÄAO und den sich daraus ergebenden Rotationserfordernissen ferner:
- die internen Rotationskonzepte gegebenenfalls zu überarbeiten bzw. zu ergänzen,
- erforderlichenfalls anstaltsübergreifende Rotationskonzepte¹²⁶ zu entwickeln und schriftliche Kooperationsverträge zu schließen.

Weiters regte der RH gegenüber dem AKH Wien, dem LK St. Pölten/Lilienfeld sowie den Standorten Gmünd und Waidhofen an, mit der Rotationsplanung Mitarbeiter zu betrauen, die längerfristig dieser Aufgabe nachkommen können (z.B. einen Oberarzt) und selbst nicht am Rotationssystem teilnehmen.

28.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien teilten mit, dass die Erstellung eines Ausbildungsplans nunmehr verpflichtend festgelegt sei. Dieser müsse jedoch an einer Universitätsklinik aufgrund der nicht langfristigen Planbarkeit von Forschungs- und Auslandsaufenthalten dynamisch ausgestaltet sein. Die Erstellung der Ausbildungspläne sei bereits in Arbeit.*

Betreffend die Rotationseinteilung führten die Stadt Wien und die Med-Uni Wien aus, dass die Rotationsplanung derzeit unter Supervision eines damit beauftragten Facharztes erfolge. Innerhalb des Gremiums zur Ärzteausbildung NEU am AKH Wien werde es eine Vereinbarung geben, wer innerhalb der Klinik für die Rotationseinteilung der Turnus-ärzte zuständig und in weiterer Folge auch verantwortlich sein werde. Soweit für die Ausbildungsverpflichtung erforderlich, werde es auch anstaltsübergreifende Rotationen mit einer entsprechenden Kooperationsvereinbarung geben.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck erarbeite eine Projektgruppe eine Formvorlage für den Ausbildungsplan. Die Kontrolle, dass der Ausbildungsplan weitgehend eingehalten wird, solle ebenso über das Ausbildungs-IT-Tool erfolgen. Der Ausbildungsplan werde immer für den Zeitraum eines Ausbildungsabschnitts in Absprache mit dem Auszubildenden und dem Ausbildungsverantwortlichen erstellt. Änderungen müssten aufgrund von geänderten organisatorischen Gegebenheiten auf beiden Seiten jederzeit möglich sein.

¹²⁶ In den Kliniken der Thermenregion Niederösterreich wurde bspw. 2013 ein regionales Rotationskonzept eingeführt. Die TÄ/F rotierten für ein halbes Jahr verpflichtend an ein anderes Haus. Der Ausbildungsweg der TÄ/F wurde von Beginn an geplant; die Planung durch ein eigens dafür angeschafftes IT-System unterstützt.

Weiters teilten die TILAK und die MedUni Innsbruck mit, dass das vorgeschlagene Rotationskonzept in erster Linie die Rotationen in der TILAK selbst umfassen werde. Eine Abstimmung mit allen öffentlichen Krankenanstalten in Tirol wäre sicherlich sinnvoll, hier werde die Abstimmung mit dem Tiroler Gesundheitsfonds gesucht. Neben den organisatorischen Fragen müssten vor allem die finanziellen Rahmenbedingungen festgelegt werden, unter denen die Rotationen in beiden Richtungen erfolgen könnten.

(3) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich sei geplant, mit Inkrafttreten der neuen ÄAO ab Sommer 2015 regionale und überregionale Rotationen abgestimmt auf die zu absolvierenden Rasterzeugniseinhalte und die genehmigten Ausbildungsmodule zu entwickeln. Sollten externe Träger als Partner zur vollständigen Absolvierung der Ausbildungsinhalte einbezogen werden, sei geplant, mit diesen entsprechende schriftliche Vereinbarungen abzuschließen. Mit der Entwicklung der Konzepte werde so rasch wie möglich unter Einbeziehung der relevanten Systempartner begonnen. Da es sich dabei um einen sehr komplexen Prozess handelt, sei eine Umsetzung kurzfristig nicht möglich.

Geplant sei weiters die Einsetzung von ausbildungsverantwortlichen Fachärzten /Mentoren, welche gemeinsam mit den Jungmedizinerinnen die Ausbildungspläne individuell erstellen. Die dann getroffenen Vereinbarungen würden schriftlich zur transparenten Nachvollziehbarkeit dokumentiert.

Zur Unterstützung des Planungsprozesses sei die Implementierung eines IT-gestützten Tools mit einer Übersicht über sämtliche Ausbildungsstellen, deren Besetzung und voraussichtliche Verfügbarkeit in Diskussion sowie die Einrichtung einer Servicestelle für Jungmedizinerinnen, die über die erforderlichen Informationen und Ausbildungsmöglichkeiten aller Klinikstandorte verfügen soll, geplant. Da die Umsetzung jedoch sowohl in den ausbildenden Klinikabteilungen/Klinikstandorten als auch in der Zentrale mit nicht unerheblichen personellen Ressourcen verbunden wäre, sei deren Verfügbarkeit derzeit nicht gegeben und daher noch kein Planungshorizont dafür definierbar.

- 28.4** Der RH anerkannte die von den überprüften Krankenanstaltenträgern und den Medizinischen Universitäten geplanten Maßnahmen. Er wies jedoch alle überprüften Krankenanstaltenträger und die Medizinischen Universitäten darauf hin, dass der Ausbildungsplan entsprechend den rechtlichen Vorgaben (ÄrzteG 1998 und ÄAO 2015), am Beginn der allgemeinmedizinischen bzw. fachärztlichen Ausbildung vorzulegen ist und nicht nur einzelne Ausbildungsabschnitte sondern die gesamte ärztliche Ausbildung zu umfassen hat. Abweichungen vom erstellten

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

Ausbildungsplan waren laut ÄAO 2015 nur bei sachlicher Begründung zulässig.

Ausbildungsdauer

- 29.1** (1) Weder die Krankenanstalten noch die Rechtsträger bzw. die Dienstgeber der Turnusärzte verfügten über Daten betreffend die gesamte Ausbildungsdauer der einzelnen Turnusärzte.

Um Informationen zu den tatsächlichen Ausbildungsdauern zu erhalten, forderte der RH von der ÖAK und der Tiroler Ärztekammer für ausgewählte TÄ/A und TÄ/F der Inneren Medizin die sogenannten Ausbildungsraster an; dabei handelte es sich um je Turnusarzt geführte Übersichtsblätter, auf denen vermerkt war, in welcher Krankenanstalt der Turnusarzt wie lange welches Ausbildungsfach absolvierte.¹²⁷

Zusätzlich forderte der RH die Ausbildungsraster für jene TÄ/F an, die ihre Ausbildung in den Fächern Chirurgie¹²⁸ sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe¹²⁹ zwischen 2011 bis 2013 abgeschlossen hatten. Dies deshalb, weil für das Fach Innere Medizin grundsätzlich laut ÄAO keine verpflichtende Rotation vorgesehen war.¹³⁰

¹²⁷ Diese Übersichten wurden von den Landesärztekammern befüllt, wenn der Turnusarzt am Ende seiner Ausbildung die Rasterzeugnisse bei der ÖAK einreichte.

¹²⁸ Die Ausbildung im Hauptfach betrug vier Jahre. Es waren folgende Pflichtnebenfächer zu absolvieren: Innere Medizin (sechs Monate), Unfallchirurgie (sechs Monate) und Anästhesiologie (drei Monate). Die Ausbildung beinhaltete auch wahlweise ein oder zwei Sonderfächer zu insgesamt neun Monaten.

¹²⁹ Die Ausbildung im Hauptfach betrug vier Jahre. Als Pflichtnebenfächer war ein Jahr Chirurgie, sechs Monate Innere Medizin und drei Monate Kinder- und Jugendheilkunde zu absolvieren. Freie Wahlnebenfächer konnten im Ausmaß von drei Monaten absolviert werden.

¹³⁰ Der RH wertete aber nur jene Raster aus, bei denen die TÄ/A bzw. TÄ/F zumindest 50 % der Ausbildung an der jeweiligen Krankenanstalt absolvierten.

Tabelle 11: Durchschnittliche Ausbildungsdauer in Monaten

Krankenanstalt	Allgemeinmedizin		Innere Medizin		Chirurgie		Gynäkologie und Geburtshilfe	
	TÄ/A	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer	TÄ/F	durchschnittl. Dauer
	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten	Anzahl	in Monaten
AKH Wien	– ¹	– ¹	64	77	9	83	10	74
LKH Innsbruck	21	37	11	76	11	76	11	82
Standort St. Pölten	18	41 ²	3	72	2	72	2	73
Standort Lilienfeld	7	36	1	72	0	– ³	0	– ⁴
Standort Gmünd	7	36	2	72	0	– ³	0	– ⁵
Standort Waidhofen	4	38	1	73	0	– ³	1	72
Standort Zwettl	6	36	1	72	3	72	0	– ⁴

¹ Am AKH Wien wurden im Überprüfungszeitraum keine TÄ/A ausgebildet.

² Ein TÄ/A lag mit 73 Monaten weit über der Minstdauer. Die Überzeit lag überwiegend im Fach Chirurgie begründet. Ohne diesen Einzelfall ergibt sich eine durchschnittliche Ausbildungsdauer von 39 Monaten.

³ Laut Daten der ÖÄK schloss im Zeitraum 2011 bis 2013 kein TÄ/F im Fach Chirurgie die Ausbildung ab bzw. suchte um Ausstellung des Facharzt diploms an.

⁴ Im Überprüfungszeitraum schloss kein TÄ/F der Gynäkologie und Geburtshilfe die Ausbildung ab, der über 50 % der Ausbildung dort absolvierte.

⁵ In der überprüften Krankenanstalt gab es keine entsprechende Fachabteilung.

Quellen: Ausbildungsraster der ÖÄK und der Landesärztekammern

(1) Im Bereich der Allgemeinmedizin bzw. im Sonderfach Innere Medizin kam es in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt überwiegend zu keinen wesentlichen Überschreitungen der Mindestausbildungszeit von 36 bzw. 72 Monaten.

(2) Laut Ausbildungsraster lag die durchschnittliche Ausbildungszeit im Sonderfach Chirurgie am AKH Wien mit 83 Monaten deutlich über der Mindestzeit von 72 Monaten; im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Mindestzeit ebenfalls 72 Monate) war die Ausbildungszeit am LKH Innsbruck mit durchschnittlich 82 Monaten am längsten.

Diesbezüglich war jedoch anzumerken, dass es für die Überschreitung der Ausbildungszeit eine Vielzahl von Gründen geben konnte, die sowohl in der Verantwortung der Krankenanstalt liegen als auch durch persönliche Gründe seitens der Turnusärzte bedingt sein konnten. In den Ausbildungsrastern waren diese Gründe nicht angeführt.

(3) Die Ärzteausbildung NEU sah in diesem Zusammenhang vor, dass Beginn, Wechsel und Änderung des Ausbildungsausmaßes sowie der Abschluss der Basisausbildung bzw. der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt an einer Ausbildungsstelle inner-

Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin

halb eines Monats vom Träger der Ausbildungsstätte der ÖÄK mittels einer von ihr zur Verfügung gestellten Applikation bekannt zu geben waren.¹³¹

Die Meldungen sollen somit standardisiert und elektronisch erfolgen sowie dem Turnusarzt mehr Transparenz bieten. Laut Protokollen der Kommission für die ärztliche Ausbildung¹³² war geplant, das voraussichtliche Enddatum der Ausbildung zu melden und Abweichungen zu begründen¹³³.

Bislang hatte gemäß § 9 Abs. 8 und § 10 Abs. 9 ÄrzteG 1998 der Leiter der Ausbildungsstätte bzw. der Ausbildungsverantwortliche zweimal jährlich die Zahl der Turnusärzte schriftlich zu melden. Diese Meldungen erfolgten aber uneinheitlich und boten den Turnusärzten wenig Transparenz.

29.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Datenlage zu den Ausbildungsdauern bzw. deren Überschreitungen unzureichend war; so enthielten etwa die Ausbildungsraaster keine Begründungen für eine etwaige Verlängerung der Mindestausbildungsdauer.

Vor diesem Hintergrund wertete der RH positiv, dass durch die mit der Ärzteausbildung NEU eingeführten standardisierten Ausbildungsstellenverwaltungen sowohl den Turnusärzten als auch den Krankenanstalten bzw. Rechtsträgern mehr Transparenz über die Ausbildungszeiten geboten und die Datenlage insgesamt verbessert werden soll¹³⁴.

Weiters stellte der RH fest, dass die gesetzlich vorgesehene Ausbildungsdauer bei den beispielhaft ausgewählten TÄ/A bzw. TÄ/F der Inneren Medizin in den überprüften Krankenanstalten im Durchschnitt nicht wesentlich überschritten wurde. Im Sonderfach Chirurgie lag hingegen die durchschnittliche Ausbildungszeit am AKH Wien sowie im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe am LKH Innsbruck – laut Ausbildungsraaster der Ärztekammern – deutlich über der Mindestausbildungszeit.

¹³¹ vergleiche § 11 Abs. 7 Novelle zum ÄrzteG 1998

¹³² gemäß Art. 44 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

¹³³ Gründe für eine Abweichung können bspw. lauten: Karenz, wissenschaftliche Tätigkeit, Teilzeitkraft

¹³⁴ Laut Sitzungsprotokoll der Kommission für die ärztliche Ausbildung war geplant, in der neuen Applikation das voraussichtliche Ausbildungsende zu erfassen und Gründe für eine Änderung (bspw. Karenz, wissenschaftliche Tätigkeit, Teilzeitkraft) zu melden.

Angesichts der gesundheitspolitischen Bedeutung der Neugestaltung der Ärzteausbildung empfahl der RH dem BMG, gemeinsam mit der ÖÄK eine regelmäßige Berichterstattung festzulegen, um u.a. Informationen über die Entwicklung der Ausbildungsdauern zu erhalten, gegebenenfalls zeitgerecht Maßnahmen setzen und die in der Stellungnahme des RH zum Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Evaluierung (TZ 3) durchführen zu können.

29.3 (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, dass der Gedanke einer Berichterstattung im ÄrzteG 1998 sinngemäß umgesetzt worden sei. So habe die Bundesministerin für Gesundheit das Recht, jederzeit datenschutzkonforme Informationen in strukturierter und aufbereiteter Form über den Stand der Ausbildung zu erhalten.*

(2) Die Stadt Wien teilte mit, dass es für die Überschreitung der vorgesehenen Ausbildungsdauer im Sonderfach Chirurgie am AKH Wien mehrere Gründe geben könne, die vor allem an einer Universitätsklinik großen Einfluss auf die durchschnittliche Ausbildungsdauer haben könnten. Diese würden neben persönlichen Gründen auch Forschungssemester, Auslandsaufenthalte, PhD-Studien¹³⁵ etc. beinhalten.

29.4 Der RH stellte dem BMG gegenüber klar, dass seine Empfehlung auf eine institutionalisierte und nicht nur anlassbezogene Berichterstattung der ÖÄK an das BMG gerichtet war. Dies deshalb, um u.a. die Auswirkungen der neuen Ärzteausbildung zeitnah zu erkennen und gegebenenfalls steuernd eingreifen zu können. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung nach einer regelmäßigen Berichterstattung der ÖÄK an das BMG.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Allgemeines

30 Einen wichtigen Faktor der Ausbildungspraxis stellt auch die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften dar. Insbesondere eine hohe Belastung der Turnusärzte mit Routinetätigkeiten, die auf ärztliche Anordnung auch von diplomierten Pflegekräften vorzunehmen wären, kann die Teilnahme an Besprechungen und Visiten oder ähnliche ausbildungsrelevante Tätigkeiten verhindern.

Vor diesem Hintergrund hatte sich der Gesetzgeber bei der Novellierung des ÄrzteG 1998 dazu entschieden, die Anerkennung als Ausbildungsstätte auch davon abhängig zu machen, dass – sofern an der

¹³⁵ Doctor of Philosophy

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

entsprechenden Ausbildungsstätte pflegerische Leistungen erbracht werden¹³⁶ – der Pflegedienst die Durchführung der Tätigkeiten, die in § 15 Abs. 5 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG, BGBl. I Nr. 108/1997) ausdrücklich bezeichnet sind, gewährleistet.

Diese Tätigkeiten können vom Pflegepersonal nicht eigenverantwortlich (vgl. § 14 GuKG), sondern nur auf ärztliche Anordnung durchgeführt werden. Da den Arzt in diesem Fall die Anordnungs- und die Pflegekraft die Durchführungsverantwortung trifft, spricht man vom sogenannten „mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich“; darunter ist die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung zu verstehen. In § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführt sind:

- die Verabreichung von Arzneimitteln,
- die Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen,
- die Vorbereitung und der Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang ausgenommen Transfusionen,
- die Blutentnahme aus der Vene und aus den Kapillaren,
- das Setzen von transurethralen (durch die Harnröhre) Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation¹³⁷ und Spülung,
- die Durchführung von Darmeinläufen und
- das Legen von Magensonden.

Dabei handelt es sich um eine beispielhafte Aufzählung, weshalb auch weitere Tätigkeiten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst sein können. Das BMG hat dies in mehreren Einzelfällen per Stellungnahme bestätigt, z.B. für das Legen von peripheren venösen Verweilkanülen (z.B. Venflons), die Punktion einer Port-a-Cath-Kammer zum Anschluss einer Infusion oder die Vorbereitung und Durchführung eines Elektrokardiogramms (EKG).¹³⁸

¹³⁶ Dies ist bspw. in den Sonderfächern Radiologie oder Labordiagnostik nicht der Fall.

¹³⁷ Verabreichung von flüssigen Arzneimitteln

¹³⁸ Als Kriterien hierfür galten laut BMG ein vergleichbarer Schwierigkeitsgrad und der Erwerb der erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten im Rahmen der Grundausbildung oder durch Fortbildungen. Darüber hinaus darf es sich bei den Tätigkeiten nicht um den Kernbereich des Berufsbildes eines anderen nichtärztlichen Gesundheitsberufs handeln. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG6, 2010, S. 105.



Zusammenarbeit zwischen den
Berufsgruppen

BMG

Ärzteausbildung

Üblicherweise war daher der Umfang des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs für die jeweilige Krankenanstalt bzw. für einzelne Abteilungen zusätzlich in Vereinbarungen spezifiziert, in denen die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften geregelt war.

Auch die überprüften Krankenanstalten verfügten über solche Vereinbarungen, die allesamt zumindest die sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten enthielten (siehe Anhänge 1 bis 6).

Vereinbarungen
gemäß § 15 GuKG

AKH Wien

31.1 Zur Erhöhung der Betreuungsqualität, der Effektivität in der Zusammenarbeit und der Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen einigten sich das AKH Wien, die MedUni Wien, der Betriebsrat für das wissenschaftliche Personal und die Personalvertretung im April 2013 in einem gemeinsamen Dokument auf die komplette fachspezifische Übernahme der diagnostischen und therapeutischen Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs durch das diplomierte Pflegepersonal an allen Kliniken und klinischen Abteilungen.

In der Folge wurde eine entsprechende Muster- bzw. Rahmenvereinbarung zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse beschlossen und im Juni 2013 vorgelegt. Laut dieser waren zusätzlich zu den sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten noch vier¹³⁹ weitere Tätigkeiten¹⁴⁰ durch diplomiertes Pflegepersonal auf ärztliche Anordnung umzusetzen.

¹³⁹ Manche in der Aufzählung des § 15 GuKG genannte Tätigkeiten (z.B. die Blutabnahme) waren in der Rahmenvereinbarung des AKH in mehrere Punkte aufgeteilt (kapillare bzw. venöse Blutabnahme), weshalb diese insgesamt 13 Tätigkeiten umfasste, obwohl darin im Vergleich zu § 15 GuKG nur vier zusätzliche enthalten waren.

¹⁴⁰ das Setzen von peripheren Venenverweilkanülen, das Absaugen oberer Atemwege und das Anstechen eines Port-a-Cath sowie die Vitalzeichenkontrolle

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Zwei davon, nämlich das Absaugen der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum)¹⁴¹ und die regelmäßige Messung und Dokumentation der Vitalzeichen¹⁴², waren allerdings keine mitverantwortlichen Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG, sondern pflegerische Maßnahmen, die von Angehörigen des diplomierten Pflegedienstes im Rahmen des § 14 GuKG eigenverantwortlich durchgeführt werden können.

31.2 Der RH hielt es grundsätzlich für positiv, dass für das AKH Wien eine Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich abgeschlossen war. Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle allerdings zwei dieser Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen waren, empfahl der RH dem AKH Wien, die Rahmenvereinbarung auf die Maßnahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs gemäß § 15 GuKG zu beschränken.

31.3 *Laut Mitteilung der Stadt Wien sei die Unterscheidung zwischen eigenverantwortlichem und mitverantwortlichem Tätigkeitsbereich bei der Absaugung der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum) und regelmäßigen Messung und Dokumentation der Vitalzeichen nicht zur Gänze möglich.*

Aus diesem Grund habe die Pflegedirektion ausgeführt, dass sie diese Tätigkeit nicht ausschließlich als eigenverantwortliche Tätigkeit definieren, sondern im Einzelfall patientenbezogen zur Wahrung der Patientensicherheit handeln wolle. Die oben genannten Tätigkeiten würden am AKH Wien fast ausschließlich als Folgemaßnahmen von akuten Interventionen aufgrund akuter Einschränkungen der Lungenfunktion und oberen Atemwege, Wassereinlagerungen im Lungengewebe bzw. Kreislauf-Instabilität vorgenommen und stünden damit in Abhängigkeit zu weiteren Maßnahmen, die gesetzt werden müssten. Es werde somit eine grundsätzliche Festlegung gemäß der geltenden Praxis am AKH Wien und der Empfehlung des RH definiert werden. Die Empfehlung des RH werde umgesetzt.

31.4 Sofern die Absaugung der Atemwege sowie die Messung und Dokumentation der Vitalzeichen in Abhängigkeit weiterer Maßnahmen standen, die nicht dem eigenverantwortlichen Bereich zuzuordnen waren,

¹⁴¹ Nur für das Absaugen aus dem Brustraum bzw. unter Umständen für den Wechsel einer Trachealkanüle wäre eine ärztliche Anordnung gemäß § 15 GuKG erforderlich. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG6, 2010, S. 93 und S. 107f.

¹⁴² OGH 21. Juni 2004, 10 Ob S 68/04d, laut dem es sich bei der Vitalzeichenkontrolle um eine typische Leistung handelt, die der „allgemeinen“ Krankenpflege zuzuordnen sind. Siehe auch Obermoser, Notfall auf Station, 2009, S. 15; Fachbereichsarbeit zum Download auf der Homepage des österr. Gesundheits- und Krankenpflege Verbands http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA_Obermoser.pdf



Zusammenarbeit zwischen den
Berufsgruppen

BMG

Ärzteausbildung

war die Argumentation der Pflegedirektion des AKH Wien für den RH nachvollziehbar. Eine entsprechende Differenzierung und die von der Stadt Wien angekündigte grundsätzliche Festlegung in der Rahmenvereinbarung waren im Sinne der vom RH ausgesprochenen Empfehlung.

- 32.1** Für alle drei Universitätskliniken für Innere Medizin lag jeweils eine auf der Rahmenvereinbarung aufbauende Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse gemäß § 15 GuKG vor. Zur Frage nach dem Stand der Umsetzung dieser klinikspezifischen Vereinbarungen hatte das AKH Wien 2014 eine Statuserhebung durchgeführt, wonach der Erfüllungsgrad stark variierte.

Universitätsklinik für Innere Medizin I

(1) Die Klinische Abteilung für Innere Medizin (KIM) I spezifizierte bzw. ergänzte die Rahmenvereinbarung (Anhang 1) in einigen Punkten¹⁴³ und ordnete in ihrer klinikspezifischen Vereinbarung auch fünf¹⁴⁴ weitere Tätigkeiten dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu.

(2) Laut Statuserhebung vom November 2014 entsprach die Praxis im Wesentlichen¹⁴⁵ der von der KIM I geplanten Aufteilung der Tätigkeiten.

¹⁴³ Punkt 5) Gefäßzugang peripher und zentral; Vorbereitung und Verabreichen von Infusionslösungen mit Medikamentenzusatz (inklusive antimikrobieller Wirkstoffe, Immunglobuline, auch Erstgaben) bei liegendem Gefäßzugang peripher und zentral, ausgenommen Blutprodukte;
Punkt 6) inkl. Impfungen;
Punkt 8) bei Mann und Frau, sowie Installation und Spülung von Dauerkathetern bei Mann und Frau;
Punkt 9) inklusive Bronchialtoilette bei Tracheostoma;
Punkt 11) und Spülen, Entfernen von Port-a-Cath-Nadeln sowie gegebenenfalls Plombieren von Port-a-Caths;
Punkt 13) auch rektal und inhalativ

¹⁴⁴ Dazu gehörten die Vorbereitung und Durchführung von EKG-Untersuchungen, das Monitoring auf Überwachungsstationen, das Setzen von subkutanen Zugängen und die Verabreichung von Subkutaninfusionen sowie die Stoma Versorgung und die Zubereitung von Infusionen („Spiegeln“ – auch von Blutprodukten). Für weitere Punkte wurde die Einholung einer Rechtsmeinung über die Möglichkeit der Durchführung durch diplomierte Pflegekräfte vereinbart.

¹⁴⁵ Bis auf den Bereich der Tageskliniken war die Vereinbarung vom Dezember 2013 an der KIM I zu 100 % umgesetzt.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Universitätskliniken für Innere Medizin II und III

(1) Die KIM II entschied sich für eine phasenweise¹⁴⁶ Übernahme der mitverantwortlichen Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal bis zum zweiten Halbjahr 2014. Die KIM III vereinbarte eine phasenweise Umsetzung bis September 2015¹⁴⁷.

- In der Vereinbarung der KIM II waren – zusätzlich zu den Inhalten der Rahmenvereinbarung – noch drei weitere Tätigkeiten¹⁴⁸ dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zugeordnet. Anders als in der Rahmenvereinbarung sollte laut der klinikspezifischen Vereinbarung der KIM II die Injektion von intramuskulären Medikationen ausschließlich den Ärzten vorbehalten bleiben.
- An der KIM III gab es Adaptierungen im Vergleich zur Rahmenvereinbarung insofern, als sowohl die intramuskuläre Medikation als auch das Legen der Magensonde und das Anstechen eines Port-a-Cath ausschließlich von Ärzten durchgeführt werden sollten und auch für die zusätzlich aufgenommenen EKG-Untersuchungen eine ausschließliche Durchführung durch Ärzte vereinbart war.

(2) Wie die Statuserhebung vom November 2014 zeigte, wurden die mitverantwortlichen Tätigkeiten an der KIM II¹⁴⁹ und der KIM III¹⁵⁰ noch nicht im geplanten Ausmaß vom diplomierten Pflegepersonal durchgeführt; die Vereinbarungen waren daher noch nicht vollständig umgesetzt.

32.2 Der RH hielt positiv fest, dass alle drei Universitätskliniken für Innere Medizin klinikspezifische Vereinbarungen über den mitverantwortlichen Bereich abgeschlossen hatten. Diese bauten auf der Rahmenvereinbarung des AKH Wien auf, enthielten aber – den Kriterien des § 15 GuKG entsprechend – auch zusätzliche Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich.

¹⁴⁶ Phase 1: 2. Halbjahr 2013; Phase 2: 1. Halbjahr 2014; Phase 3: 2. Halbjahr 2014

¹⁴⁷ Phase 1: 1. Oktober 2013 bis 28. Februar 2014; Phase 2: 1. März 2014 bis 30. September 2014; Phase 3: 1. Oktober 2014 bis 30. September 2015

¹⁴⁸ Einstellung des Blutzuckers nach Zielwerten, Durchführung von EKG-Untersuchungen und arterielle Blutgasanalyse

¹⁴⁹ Zwar übernahm das Pflegepersonal bspw. schon die Verabreichung von Infusionslösungen und Injektionen von intravenösen Medikationen, bei anderen Tätigkeiten entsprach die Praxis allerdings nicht an allen Organisationseinheiten der Vereinbarung.

¹⁵⁰ Zwar übernahm das Pflegepersonal mittlerweile die Verabreichung von Infusionslösungen und Injektionen von intravenösen Medikationen; hinsichtlich der Punktion von Venen zur Blutabnahme und zum Setzen von peripheren Verweilkanülen entsprach der Status jedoch noch nicht der Vereinbarung.

Der RH hob auch positiv hervor, dass die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Universitätskliniken für Innere Medizin laut Statusbericht vom November 2014 insgesamt grundsätzlich weit vorangeschritten war. Da an den KIM II und III die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprachen, empfahl der RH dem AKH Wien, die Umsetzung an diesen beiden Kliniken noch stärker voranzutreiben.

Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass in den Vereinbarungen der KIM II und der KIM III für einzelne Tätigkeiten nach wie vor keine mitverantwortliche, sondern eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war. Da dies dem vom AKH Wien mit der Rahmenvereinbarung verfolgten Ziel, die mitverantwortliche Vornahme aller enthaltenen Tätigkeiten schrittweise umzusetzen, widersprach, empfahl er dem AKH Wien, an den KIM II und KIM III auf eine mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten hinzuwirken.

32.3 *Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien im Rahmen des Projekts Universitätsmedizin Wien 2020 die Tätigkeitsprofile des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs in den genannten Kliniken abgestimmt worden. Um den personellen Mehrbedarf der Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs vorrangig durch Umschichtungen im derzeitigen Dienstpostenplan zu bedecken, werde zeitgleich eine Restrukturierung des stationären Bereichs in den genannten Kliniken durchgeführt. Die Übernahme von Tätigkeiten des ärztlichen Dienstes durch die Pflege mache auch eine Reorganisation der Abläufe im Stationsbetrieb erforderlich. Dazu seien die Projekte Reorganisation des Servicebereichs in den Stationen sowie das Projekt Skill und Grade Mix gestartet worden. Die Umsetzung der Empfehlungen des RH sei bereits im Gange.*

Die MedUni Wien teilte mit, dass die Umsetzung der berufsgruppenübergreifenden Aufgabenverteilung einschließlich der Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs gemäß § 15 GuKG und die Entlastung des ärztlichen Personals und des Pflegepersonals von administrativen Tätigkeiten im Sinne eines effizienten und ressourcenschonenden Personaleinsatzes ganz essenziell sei. Die Umsetzung der Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz mit Reduktion der Arbeitszeiten der Klinikärzte und der neuen Ärzteausbildung erforderten zwingend die Implementierung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs. Die geplante Umsetzung (Juni 2013) sei von Seiten der TU-AKH Wien nicht erfüllt worden. Die MedUni Wien unterstütze die Bemühungen um eine effektivere Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs auf Basis der Rahmenvereinbarung. Sie habe in ihrer Leistungsvereinbarung die „Optimierung der Zusammenarbeit mit der Pflege – mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich“ als gemeinsam mit dem AKH Wien

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

umzusetzenden Plan verankert. Des Weiteren sei dieses Thema vorrangig auch im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ festgehalten.

- 32.4** Der RH anerkannte die Herausforderungen, die mit der vollständigen Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs verbunden waren – wie insbesondere die Reorganisation der Abläufe im Stationsbetrieb – sowie die Bereitschaft der Stadt Wien und der Med-Uni Wien, diese im Sinne der Empfehlungen des RH zu realisieren.

LKH Innsbruck

- 33.1** Für das LKH Innsbruck galten bezüglich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs zwei von der TILAK und dem Betriebsrat des LKH Innsbruck abgeschlossene Betriebsvereinbarungen. Ausgehend von der ersten Betriebsvereinbarung aus dem Jahr 1997 wurde im April 2013 noch eine weitere, spezifische Vereinbarung beschlossen, die eine übersichtliche Darstellung der angestrebten Aufgabenverteilung¹⁵¹ in Form einer Funktionsmatrix beinhaltete. Diese Matrix stellte die Grundlage für die ebenfalls 2013 vom Qualitätsmanagement des LKH Innsbruck, der Ärztlichen Direktion und der Pflegedirektion erarbeitete Rahmenvereinbarung betreffend die Aufgaben des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs dar; sie diente als Muster für entsprechende klinikspezifische Vereinbarungen und hatte eine Erhöhung der Betreuungsqualität und der Effektivität in der Zusammenarbeit sowie die Rechtssicherheit der betroffenen Berufsgruppen zum Ziel.

Von der Betriebs- und der Rahmenvereinbarung (Anhang 2) waren zusätzlich zu den ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG aufgezählten (siehe TZ 30) Tätigkeiten noch acht weitere Tätigkeiten¹⁵² umfasst, die auf ärztliche Anordnung hin vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst durchgeführt werden sollten, sofern dies medizinisch vertretbar und betriebsorganisatorisch realisierbar war.

Allerdings entsprach die Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich bei insgesamt drei Tätigkeiten nicht den Kriterien des § 15 GuKG.

¹⁵¹ welche ärztlichen Tätigkeiten, wenn medizinisch vertret- und betriebsorganisatorisch realisierbar, an den diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegedienst delegiert werden sollen

¹⁵² Dies betraf das Setzen und Entfernen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen einer Verweilkanüle aus einem Port-a-Cath-System, das Absaugen der oberen Atemwege, die Vitalzeichenkontrolle, das Spülen von Venenzugängen, die Medikation zur Schmerztherapie nach Verschreibung, die Verabreichung von Antibiotika sowie die Vornahme von freiheitsbeschränkenden und einschränkenden Maßnahmen.

Das Absaugen der oberen Atemwege (Nase-, Mund- und Rachenraum)¹⁵³ und die regelmäßige Messung und Dokumentation der Vitalzeichen¹⁵⁴ waren pflegerische Maßnahmen, die von Angehörigen des diplomierten Pflegedienstes im Rahmen des § 14 GuKG eigenverantwortlich durchgeführt werden können.

Für freiheitsbeschränkende und –einschränkende Maßnahmen galten die Regeln des Heimaufenthaltsgesetzes¹⁵⁵, wonach ein entsprechendes Tätigwerden der diplomierten Pflegekräfte nicht ausgeschlossen war (vgl. § 5). Allerdings konnten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich nur medikamentöse Maßnahmen (Verabreichung von Arzneimitteln bzw. Injektionen), nicht aber die in der Rahmenvereinbarung genannte Anbringung von Bettenseitenteilen oder Gurtfixierungen umfasst sein, weil es sich dabei nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelt.

33.2 Der RH stellte positiv fest, dass für das LKH Innsbruck eine Muster-Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorlag, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich Angeführten noch acht weitere Tätigkeiten umfasste. Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle allerdings zwei dieser Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich zuzuordnen waren bzw. es sich bei vom Pflegepersonal durchzuführenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelte, empfahl der RH, die Rahmenvereinbarung zu adaptieren.

34.1 (1) Für alle sechs Universitätskliniken für Innere Medizin (Innere Medizin) waren basierend auf der Muster-Rahmenvereinbarung klinikspezifische Vereinbarungen zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse gemäß § 15 GuKG abgeschlossen worden; zuletzt – im Herbst 2014 – war eine entsprechende Vereinbarung für den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich an der Inneren Medizin IV in Kraft getreten.

¹⁵³ Nur für das Absaugen aus dem Brustraum bzw. unter Umständen für den Wechsel einer Trachealkanüle wäre eine ärztliche Anordnung gemäß § 15 GuKG erforderlich. Weiss-Faßbinder/Lust, GuKG⁶, 2010, S. 93 und S. 107f.

¹⁵⁴ OGH 21. Juni 2004, 10 Ob S 68/04d, laut dem es sich bei der Vitalzeichenkontrolle um eine typische Leistung handelt, die der „allgemeinen“ Krankenpflege zuzuordnen sind. Siehe auch Obermoser, Notfall auf Station, 2009, S. 15; Fachbereichsarbeit zum Download auf der Homepage des österreichischen Gesundheits- und Krankenpflege Verbands http://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/Publikationen/FBA_Obermoser.pdf

¹⁵⁵ Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, BGBl. I Nr. 11/2004 i.d.g.F.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Diese klinikspezifischen Vereinbarungen sahen Adaptierungen¹⁵⁶ gegenüber der Rahmenvereinbarung vor; folgende Tätigkeiten waren an einigen Kliniken ausschließlich von Ärzten durchzuführen:

- Injizieren von intramuskulären Medikationen: Innere Medizin I bis VI
- Setzen von Magensonden: Innere Medizin I, II, III und VI
- Entfernen einer Verweilkanüle aus einem Port-a-Cath-System: Innere Medizin II und IV

(2) Am LKH Innsbruck deuteten im Frühjahr 2014 durchgeführte, stationsbezogene Evaluierungen auf eine funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit hin. Eine krankenhausweite Statuserhebung vom März 2014 ergab überdies, dass – mit Ausnahme der Inneren Medizin IV – an allen Universitätskliniken für Innere Medizin die Übernahme des gesamten sogenannten „i.v. Managements“ (Verabreichung von intravenöser Medikation und Anlage von Venenverweilkanülen) bereits vollständig umgesetzt war.

34.2 Der RH stellte positiv fest, dass am LKH Innsbruck alle sechs Universitätskliniken für Innere Medizin klinikspezifische Vereinbarungen über den mitverantwortlichen Bereich abgeschlossen hatten, die auf dem Muster bzw. der Rahmenvereinbarung des LKH Innsbruck basierten und keine zusätzlichen Tätigkeiten enthielten. Die Umsetzung der vereinbarten Aufteilung der mitverantwortlichen Tätigkeiten an den Kliniken für Innere Medizin war laut Evaluierungen und Statuserhebung weit vorangeschritten. Nur an der Universitätsklinik für Innere Medizin IV hatte eine solche noch nicht stattgefunden, weil die Vereinbarung erst im Herbst 2014 abgeschlossen worden war. Der RH empfahl dem LKH Innsbruck in diesem Zusammenhang, für eine rasche und umfassende Umsetzung der Vereinbarung zu sorgen.

Im Gegensatz zur Rahmenvereinbarung war für das Injizieren von intramuskulären Medikationen an allen und für das Setzen von Magensonden an vier von sechs Kliniken nach wie vor eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen. Der RH empfahl dem LKH Innsbruck, eine zukünftige mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten zu prüfen.

¹⁵⁶ So erfolgte etwa nach der Vereinbarung der Inneren Medizin V das Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen anhand einer Positiv/Negativ-Liste entweder durch Pflege- oder ärztliches Personal. Für das Injizieren von intravenösen Medikamenten galt folgende Arbeitsteilung: Die morgendliche Runde um 8.00 Uhr führten die Ärzte durch, danach wurde die Tätigkeit vom diplomierten Pflegepersonal übernommen.

LK St. Pölten/Lilienfeld

35.1 (1) Für das LK St. Pölten/Lilienfeld galt seit Dezember 2011 eine Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG, die im Jahr 2013 nach einer internen Evaluierung revidiert und in Richtlinie über ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit umbenannt wurde (Anhang 3). Zusätzlich zu den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten, enthielt die Richtlinie auch noch fünf¹⁵⁷ weitere Tätigkeiten. Zwei davon – das Verabreichen von intramuskulären und intravenösen Injektionen – waren allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Eine von der NÖ Landeskliniken–Holding im Frühjahr 2014 zur Umsetzung des § 15 GuKG durchgeführte Abfrage zeigte für das LK St. Pölten/Lilienfeld eine gänzliche Übereinstimmung zwischen der in der Richtlinie vereinbarten Aufteilung und dem Ist–Stand zum April 2014.¹⁵⁸

35.2 Der RH stellte positiv fest, dass für das LK St. Pölten/Lilienfeld eine für alle Abteilungen an beiden Standorten verbindliche Richtlinie über die ärztliche–pflegerische Zusammenarbeit in Geltung war, die neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten noch fünf weitere Tätigkeiten umfasste. Laut den Ergebnissen der Abfrage der NÖ Landeskliniken–Holding war diese auch umgesetzt.

Bezüglich des Injizierens von intramuskulären und intravenösen Medikationen empfahl der RH, für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen.

35.3 *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die angeführten Tätigkeiten ab dem Umsetzungsstart nach entsprechenden Schulungsmaßnahmen auch von der Pflege durchgeführt würden.*

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

36.1 Für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl galten je nach Standort unterschiedliche Vereinbarungen betreffend den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich:

¹⁵⁷ das Spülen von Venenzugängen und von Port–a–Cath–Systemen, das Legen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen sowie von Nähten und Klammern sowie das Anlegen und Aufzeichnen eines EKG

¹⁵⁸ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Standort Gmünd

(1) Für den Standort Gmünd gab es eine Richtlinie vom Juli 2013 (Anhang 4), die zusätzlich zu den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten, auch noch vier¹⁵⁹ weitere Tätigkeiten enthielt. Eine davon – das Legen von Magensonden – war allerdings weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Für den Standort Gmünd ergab die oben genannte Abfrage der NÖ Landeskliniken-Holding ebenfalls eine grundsätzliche Übereinstimmung¹⁶⁰ zwischen der vereinbarten Aufteilung und dem Stand zum April 2014.¹⁶¹ Die Praxis ging sogar insofern ein Stück weit über das ursprünglich in der Richtlinie vereinbarte Ausmaß hinaus, als Magensonden bereits teilweise von diplomierten Pflegekräften gelegt wurden.

Standort Waidhofen

(1) Für den Standort Waidhofen wurde bedingt durch den anhaltenden Turnusärztemangel 2011 ein neues Team im Pflegebereich geschaffen, dessen konkrete Funktion die Übernahme grundsätzlich aller Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich war. Dementsprechend war die Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG (Anhang 5) anders ausgestaltet als am Standort Gmünd; darin wurde vor allem festgehalten, in welchen Bereichen das neue Pflegepersonalteam nicht oder nur eingeschränkt tätig werden sollte. Ausschließlich von Ärzten vorzunehmen war laut Richtlinie das Legen von Magensonden.

(2) Auch für den Standort Waidhofen ergab die Abfrage eine vollständige Umsetzung der vereinbarten Aufteilung.¹⁶²

Standort Zwettl

(1) Am Standort Zwettl war eine ursprünglich im Mai 2009 abgeschlossene und danach 2010 sowie 2012 erweiterte Vereinbarung zur Umsetzung des § 15 GuKG in Kraft (Anhang 6), die zusätzlich zu den in § 15

¹⁵⁹ das Spülen von Venenzugängen, das Legen von peripheren Venenverweilkanülen, das Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen sowie von Nähten und Klammern

¹⁶⁰ Blasenkatheder wurden – anders als in der Vereinbarung geregelt – bei Männern nicht vom Pflegepersonal, sondern von den Ärzten gesetzt. Dafür wurde andererseits laut Abfrage mittlerweile auch das Legen von Magensonden zum Teil von diplomierten Pflegekräften übernommen.

¹⁶¹ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

¹⁶² Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten noch zwei¹⁶³ weitere umfasste. Eine davon – das Legen von peripheren Venenverweilkanülen – war jedoch weiterhin ausschließlich von Ärzten durchzuführen.

(2) Die Abfrage für den Standort Zwettl zeigte eine vollständige Übereinstimmung zwischen der Vereinbarung und dem Stand der Aufteilung zum April 2014.¹⁶⁴

- 36.2** Der RH stellte positiv fest, dass für das LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl Richtlinien bzw. Vereinbarungen über die ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit galten. Neben den in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich angeführten umfassten diese insgesamt noch fünf weitere Tätigkeiten, die allesamt den Kriterien für eine Zuordnung zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich entsprachen.

Weiters hob der RH die Übereinstimmung zwischen Praxis und Vereinbarung am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl positiv hervor.

Bezüglich des Legens von Magensonden empfahl der RH den Standorten Gmünd und Waidhofen, für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war.

- 36.3** *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass die angeführten Tätigkeiten ab dem Umsetzungsstart nach entsprechenden Schulungsmaßnahmen auch von der Pflege durchgeführt würden.*

Grad der Umsetzung des § 15 Abs. 5 GuKG

- 37.1** Vor dem Hintergrund der Neuerungen im ÄrzteG 1998, wonach die Gewährleistung der Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten durch das diplomierte Pflegepersonal Bedingung für die Anerkennung als Ausbildungsstätte war, verglich der RH die Aufteilung dieser sieben Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten anhand der Ergebnisse der Statuserhebungen, Evaluierungen und Abfragen (siehe TZ 31 bis 36).

Zusammengefasst stellte sich die Aufteilung der Durchführungsverantwortung in den überprüften Krankenanstalten wie folgt dar:

¹⁶³ das Legen von peripheren Venenverweilkanülen und die Durchführung des EKG

¹⁶⁴ Berücksichtigt wurden die Angaben zum allgemeinen Bettenbereich.

Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen

Abbildung 5: Vergleich der Umsetzung der in § 15 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten in den überprüften Krankenanstalten

AKH Wien

KIM I	1	4b	5	6	2a	2b	2c	3	4a	7
KIM II	1	2a	4b	6	2c	3	4a	5	7	2b
KIM III	1	4b	6	2a	2c	3	5	2b	4a	7

LKH Innsbruck

IM I, II, III, VI	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	2b	7
IM IV, V	1	2a	2c	4a	4b	6	3	5	7	2b

LK St. Pölten/ Lilienfeld

	1	2a	4b	6	3	4a	5	7	2b	2c
--	---	----	----	---	---	----	---	---	----	----

LK G/W/Z

Gmünd	1	2a	3	4b	6	2b	2c	4a	5	7
Waidhofen	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	5	7
Zwettl	1	2a	2b	2c	3	4a	4b	6	7	5

Legende

	diplombiertes Pflegepersonal		sowohl Ärzte als auch diplomiertes Pflegepersonal		ausschließlich Ärzte
--	------------------------------	--	---	--	----------------------

1. Verabreichung von Arzneimitteln
- 2a. Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen Injektionen
- 2b. Vorbereitung und Verabreichung von intramuskulären Injektionen
- 2c. Vorbereitung und Verabreichung von intravenösen Injektionen
3. Vorbereitung und Anschluss von Infusionen
- 4a. Blutentnahme aus der Vene
- 4b. Blutentnahme aus den Kapillaren
5. Setzen von transurethralen Blasenkathetern
6. Durchführung von Darmeinläufen
7. Legen von Magensonden

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; NÖ Landeskliniken-Holding; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Wie die Grafik zeigt, erfolgte die Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 Abs. 5 GuKG sowohl zwischen den überprüften Krankenanstalten als auch innerhalb von Krankenanstalten zwischen den Universitätskliniken für Innere Medizin (AKH Wien und LKH Innsbruck) bzw. den Standorten (Gmünd, Waidhofen, Zwettl) unterschiedlich. Die Unterschiede waren auf spezifische Voraussetzungen in den jeweiligen Krankenanstalten bzw. an den jeweiligen Abteilungen/Kliniken zurückzuführen.

Insgesamt gesehen erwies sich eine bedarfsgerechte pflegerische Personalausstattung mit angemessenem Skill-Mix zwischen diplomierten Pflegekräften, Pflegehilfskräften und Abteilungsgehilfen als

ein Erfolgsfaktor; deren Fehlen stellte hingegen ein Hindernis bei der Umsetzung des § 15 Abs. 5 GuKG dar. Gleiches galt für die Unterstützung der Organisationseinheiten in organisatorischen Belangen durch neue Berufsgruppen wie medizinische Organisationsassistenten oder Stationssekretäre.

Die im ÄrzteG 1998 für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte nunmehr geforderte Durchführung der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten (zumindest auch) durch diplomiertes Pflegepersonal war an der KIM I des AKH Wien und an den Standorten Gmünd und Zwettl gewährleistet. An der KIM II des AKH Wien wurden eine, an der KIM III drei, am LKH Innsbruck je nach Klinik ein bzw. zwei, am LK St. Pölten/ Lilienfeld zwei sowie am Standort Waidhofen eine der in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten hingegen nach wie vor ausschließlich von Ärzten durchgeführt.

- 37.2** Der RH anerkannte, dass der Vergleich der Umsetzung des § 15 GuKG in allen überprüften Krankenanstalten das Bemühen erkennen ließ, die Möglichkeiten des mitverantwortlichen Tätigwerdens zu nutzen und die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen zu stärken.

Der RH beurteilte dies im Hinblick auf die Ausbildungspraxis positiv, weil dadurch wichtige Schritte zur Entlastung der Turnusärzte von Routinetätigkeiten gesetzt wurden. Unter Hinweis auf die in der ÄrzteG–Novelle vorgesehene Bedingung für eine Neuankennung als Ausbildungsstätte empfahl er jedoch insbesondere der KIM II und der KIM III des AKH Wien, dem LKH Innsbruck, dem LK St. Pölten/Lilienfeld und dem Standort Waidhofen, die mitverantwortliche Durchführung aller ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG genannten Tätigkeiten sicherzustellen.

- 37.3** (1) *Laut Stellungnahme der Stadt Wien sei die Umsetzung der Empfehlungen des RH bereits im Gange.*

Die MedUni Wien teilte mit, sie unterstütze die Bemühungen um eine effektivere Umsetzung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs auf Basis der Rahmenvereinbarung.

(2) Die TILAK und die MedUni Innsbruck sagten die Umsetzung der Empfehlung bis Ende 2015 zu.

(3) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich gebe es eine mit allen Landeskliniken akkordierte Rahmenleitlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG. Im Zuge der Beantragung der Ausbildungsstellen für die Ärzteausbildung NEU werde diese Rahmenleitlinie mit Unterschrift aller

Pflegedirektionen und ärztlichen Direktionen als Ausdruck der Verbindlichkeit an die Ausbildungskommission sowie an das BMG übermittelt und die Umsetzung stichprobenartig durch die interne Revision überprüft werden.

Rasterzeugnisse

Administration der
Rasterzeugnisse

38.1 Über den Erfolg der Ausbildung war ein Rasterzeugnis vorzulegen (§ 26 ÄrzteG 1998). Gemäß ÄAO hatte der Ausbildungsverantwortliche nach Zurücklegung der jeweiligen Mindestausbildungszeiten und Durchführung eines Evaluierungsgesprächs (TZ 40) unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen. Betrug die Dauer eines Ausbildungsfachs jedoch mehr als ein Jahr, war auch am Ende jedes Ausbildungsjahrs unverzüglich ein Rasterzeugnis auszustellen.

Das Rasterzeugnis bestand aus einem Deckblatt¹⁶⁵, einem Bereich mit der Beschreibung der zu erreichenden Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten¹⁶⁶ und einem Teil mit Freitextfeldern¹⁶⁷. Das Datum des Evaluierungsgesprächs war einzutragen.¹⁶⁸

Zur Beurteilung der Einhaltung der Vorgaben bezüglich der Rasterzeugnisse an den überprüften Krankenanstalten wählte der RH beispielhaft mindestens 30 % der TÄ/A und TÄ/F für Innere Medizin aus, die ihre Ausbildung in den Jahren 2011 bis 2013 abgeschlossen hatten.

AKH Wien

(1) Das AKH Wien verfügte über eine Leitlinie zur Ausstellung von Rasterzeugnissen. Die Leitlinie führte allerdings aus, dass Ausbildungsverantwortliche über Verlangen des TA/F ein Rasterzeugnis auszustellen hatten. Dies entsprach nicht den aktuellen Bestimmungen der ÄAO. Geregelt war weiters, dass Rasterzeugnisse nicht handschriftlich ausgefüllt werden durften und nicht relevante Punkte bzw. Felder zu streichen waren.

¹⁶⁵ Auf diesem waren Name und Geburtsdatum des Turnusarztes, Dauer der Ausbildung sowie Abteilung anzugeben.

¹⁶⁶ Diese waren vom Ausbildungsverantwortlichen mit Datum und Unterschrift zu bestätigen. Nicht positiv beurteilte Inhalte waren zu begründen.

¹⁶⁷ Freitextfelder gab es bspw. zu absolvierten, theoretischen Unterweisungen, allfälligen fachspezifischen Projekten und allfälligen Anmerkungen des Ausbildungsverantwortlichen.

¹⁶⁸ vergleiche § 23 ÄAO

(2) Die vom RH beispielhaft ausgewählten TÄ/F für Innere Medizin erhielten am AKH Wien Rasterzeugnisse, die weitaus überwiegend unverzüglich nach Ausbildungsende ausgestellt wurden. Entgegen den Vorgaben der ÄAO stellte das AKH Wien jedoch keine jährlichen Rasterzeugnisse aus.¹⁶⁹

(3) Evaluierungsgespräche waren nur in einem Viertel der Fälle mit Datum am Rasterzeugnis vermerkt.

(4) Bezogen auf alle Kliniken führte die Abteilung Medizinischer Betrieb vor der Unterzeichnung der Rasterzeugnisse durch den Ärztlichen Direktor eine Kontrolle der Formalkriterien¹⁷⁰ sowie eine inhaltliche Plausibilitätskontrolle hinsichtlich frei gestalteter Texte der Rasterzeugnisse durch. Eine Überprüfung z.B. der Schlüssigkeit der in den Rasterzeugnissen bestätigten OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen bzw. Kliniken war nicht vorgesehen (TZ 39). Der vorgelegte Entwurf (TZ 20) sah jedoch eine Verpflichtung zur Dokumentation der von den TÄ/F durchgeführten Eingriffe sowie ihre Übermittlung an bzw. Archivierung durch die Ärztliche Direktion vor.

LKH Innsbruck

(1) Im Gegensatz zum AKH Wien verfügte das LKH Innsbruck über keine Vorgaben zur Ausstellung von Rasterzeugnissen.

(2) Erst ab Mitte 2014, im Zusammenhang mit der Gebarungsüberprüfung durch den RH, archivierte das LKH Innsbruck Kopien der Rasterzeugnisse in der Ärztlichen Direktion. Nur an den einzelnen Universitätskliniken waren die Rasterzeugnisse zum Teil vorhanden.

In den vom RH ausgewählten Fällen wurden die Rasterzeugnisse der TÄ/A in mehr als zwei Drittel der Fälle unverzüglich, bis zu einem Monat nach Beendigung des Ausbildungsfaches, ausgestellt. Entgegen den Vorgaben der ÄAO stellte das LKH Innsbruck für TÄ/F keine jährlichen Rasterzeugnisse aus.

¹⁶⁹ Von den einzelnen Kliniken, zu denen die TÄ/F im Laufe der Ausbildung laut Rotationskonzept rotierten erhielten sie ein Bestätigungsschreiben. Diese Bestätigungsschreiben wurden in den überwiegenden Fällen zeitnah ausgestellt.

¹⁷⁰ Stammdaten, Ausbildungsberechtigung, Unterschrift des Klinikvorstands; Arbeitsanweisung zur Ausstellung von Ausbildungszeugnissen, ADR-AMB-AA

Rasterzeugnisse

(3) Für die Evaluierungsgespräche der ausgewählten TÄ/A war mehrheitlich ein Datum spätestens bei Beendigung des Ausbildungsabschnitts angegeben. In rd. 20 % war aber kein Datum auf dem Rasterzeugnis vermerkt.

Die Evaluierungsgespräche der TÄ/F waren auf allen Zeugnisformularen angegeben¹⁷¹; in drei Fällen wiesen die Evaluierungsgespräche ein Datum auf, das nach Beendigung der Ausbildung lag.

(4) Bezogen auf alle Kliniken nahm der Stellvertreter der Ärztlichen Direktorin vor deren Unterschriftsleistung eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse hinsichtlich An- und Abwesenheiten, Datum sowie Unterschriften vor. Eine Überprüfung der Plausibilität der in manchen Rasterzeugnissen bestätigten OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen bzw. Kliniken war nicht vorgesehen.

LK St. Pölten/Lilienfeld

(1) In der Anstaltsordnung des LK St. Pölten/Lilienfeld war explizit vorgegeben, dass Rasterzeugnisse gemäß der ÄAO auszustellen waren.

Nur für den Standort St. Pölten galt seit Juni 2013 die Richtlinie „Dokumentation Ärzteausbildung“. Diese stellte eine Ausfüllhilfe für die Rasterzeugniserstellung dar und legte fest, dass Zeugnisse zeitnah bzw. im Bereich der Facharztausbildung jährlich auszustellen waren. Auch die elektronische Ablage aller Zeugnisse war vorgesehen. Nicht geregelt war dagegen, dass Zeugnisse nur elektronisch oder maschinenschriftlich auszufüllen und nicht relevante Punkte bzw. freibleibende Abschnitte zu streichen waren.

(2) Am Standort St. Pölten wurden rund zwei Drittel bzw. rund die Hälfte der Rasterzeugnisse für TÄ/A bzw. TÄ/F für Innere Medizin unverzüglich ausgestellt. Am Standort Lilienfeld war dies hingegen mehrheitlich nicht der Fall.

(3) Am LK St. Pölten/Lilienfeld lag das Datum der Evaluierungsgespräche mehrheitlich vor oder am Tag der Ausstellung des Rasterzeugnisses. In einigen Fällen war kein Datum eingetragen. Am Standort Lilienfeld lag das Datum der Evaluierungsgespräche in etlichen Fällen aber nach dem Ausstellungsdatum der Rasterzeugnisse. An beiden Standorten wurden die Daten überwiegend handschriftlich vermerkt.

¹⁷¹ In drei Fällen wurde die Ausbildung vor Februar 2007 begonnen und ein altes Rasterzeugnisformular – auf dem Evaluierungsgespräche noch nicht zu vermerken waren – verwendet.

(4) Die Anzahl der Ausbildungstage durch den Konsiliararzt lag zwischen mindestens fünf bis höchstens 14 Tage. Im Durchschnitt waren die TÄ/A 9,5 Tage in Konsiliarausbildung¹⁷². Die Konsiliarausbildung fand überwiegend nicht geblockt, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg statt (oftmals sogar über ein Jahr hinausgehend).

LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Am LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl gab es keine Richtlinie zur Ausstellung der Rasterzeugnisse.

(2) Auch die Anstaltsordnung des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl sah explizit vor, die Rasterzeugnisse gemäß ÄAO auszustellen.

(3) Am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse archiviert.¹⁷³ Der RH erhielt daher die Rasterzeugnisse im Wege der Niederösterreichischen Ärztekammer. Demnach wurden die Zeugnisse am Standort Gmünd für TÄ/A unverzüglich, für TÄ/F jedoch – entgegen den rechtlichen Vorgaben – nicht jährlich ausgestellt.

An den Standorten Waidhofen und Zwettl wurde die Mehrheit der Rasterzeugnisse der TÄ/A und TÄ/F nicht unverzüglich ausgestellt, manche sogar erst nach über einem Jahr.

(3) Das Datum des Evaluierungsgesprächs war auf allen Zeugnissen vermerkt, in rund der Hälfte der Fälle aber ident mit dem letzten Tag der Ausbildung oder lag sogar nach ihrer Beendigung.

(4) An den Standorten des LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl lagen die Konsiliarlisten nicht für alle von Konsiliarärzten abgedeckten Ausbildungsfächer den Rasterzeugnissen bei. Daher war eine gesamthafte Aussage über die Anzahl der Ausbildungstage nicht möglich. Die vorliegenden Konsiliarlisten entsprachen hinsichtlich der Mindestanzahl an Konsiliarterminen¹⁷⁴ den Vorgaben der Niederösterreichischen Ärztekammer. Insbesondere an den Standorten Waidhofen und Zwettl fand die Konsiliarausbildung überwiegend nicht geblockt, sondern über einen längeren Zeitraum hinweg statt (oftmals sogar im Zeitraum eines halben Jahres).

¹⁷² Die Niederösterreichische Ärztekammer empfahl auf ihrer Homepage aber zehn bis 15 Termine mit dem Konsiliararzt.

¹⁷³ Acht TÄ/A haben die Ausbildung zwischen 2011 bis 2013 abgeschlossen.

¹⁷⁴ Die Niederösterreichische Ärztekammer forderte zehn bis 15 Termine mit dem Konsiliararzt.

Rasterzeugnisse

Auch in allen überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten – mit Ausnahme des Standortes St. Pölten – erfolgte grundsätzlich eine Überprüfung der Rasterzeugnisse vor Unterzeichnung durch den Standortleiter nur hinsichtlich formaler Kriterien, so auch grundsätzlich keine Überprüfung z.B. der Plausibilität von OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen. Am Standort St. Pölten war die Beilage eines OP-Kataloges nicht ausreichend; die Operationsarten waren im Einzelnen unter Angabe der jeweiligen Anzahl zu bestätigen.

Ärzteausbildung NEU

Das novellierte ÄrzteG sah umfassendere Regelungen für die Konsiliarausbildung vor (§ 9 Abs. 11). Der Bericht des Gesundheitsausschusses führte dazu Folgendes aus:

„Da in einem solchen Fall keine entsprechende Abteilung oder sonstige Organisationseinheit besteht, ist von der ÖÄK die Krankenanstalt als Ausbildungsstätte für dieses Fachgebiet¹⁷⁵ anzuerkennen und eine Ausbildungsstelle festzusetzen. Dabei muss gewährleistet sein, dass die Ausbildung eines Turnusarztes im Ausmaß von zumindest 30 Wochenstunden unter Anleitung und Aufsicht des Konsiliararztes erfolgt. Sofern der Konsiliararzt neben der Tätigkeit in der Krankenanstalt Lehrpraxisinhaber oder Gesellschafter einer Lehrgruppenpraxis ist, darf der Turnusarzt auch dort tätig werden, sofern die Anleitung und Aufsicht durch den Konsiliararzt als Ausbildungsverantwortlichen gegeben ist. Die Bestimmungen hinsichtlich Ausbildungsstätten sowie die Wahrung der Ausbildungsqualität sind sinngemäß anzuwenden.“

38.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Vorgangsweisen im Zusammenhang mit der Ausstellung der Rasterzeugnisse, dem wesentlichsten Ausbildungs-Erfolgsnachweis, häufig nicht den Vorgaben der ÄAO entsprachen und die Kontrollen unzureichend waren:

- So wurden etwa die Rasterzeugnisse für TÄ/F am AKH Wien, am LKH Innsbruck und am Standort Gmünd entgegen den Vorgaben der ÄAO nicht jährlich ausgestellt.
- Teilweise (insbesondere an den Standorten Lilienfeld, Waidhofen und Zwettl) erfolgte die Ausstellung der Rasterzeugnisse – entgegen den Bestimmungen der ÄAO – nicht unverzüglich nach Ausbildungsende, manche wurden sogar erst nach über einem Jahr ausgestellt.

¹⁷⁵ Die Fachgebiete waren in der ÄAO festzulegen (z.B. Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kinder- und Jugendheilkunde etc.).

- Die Evaluierungsgespräche, die ein zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle darstellen (TZ 40), waren oftmals gar nicht vermerkt oder – entgegen den Vorgaben der ÄAO – nach dem Ausbildungsende datiert.
- Eine Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen lag neben dem AKH Wien nur am LK St. Pölten/Lilienfeld¹⁷⁶ für den Standort St. Pölten vor; die Richtlinie des AKH Wien entsprach teilweise nicht den Bestimmungen der ÄAO.
- In der Ärztlichen Direktion erfolgte zumeist nur eine formale Überprüfung der Rasterzeugnisse. Eine Prüfung z.B. der Plausibilität von OP-Zahlen im Hinblick auf das Leistungsspektrum der Abteilungen war – mit Ausnahme des Standortes St. Pölten, wo zumindest detaillierte Angaben gefordert wurden – bis zur Gebärungsüberprüfung nicht vorgesehen.
- Am LKH Innsbruck erfolgte eine Archivierung der Rasterzeugniskopien in der Ärztlichen Direktion erst ab Mitte 2014; am Standort Gmünd wurden keine Kopien der Rasterzeugnisse aufbewahrt.

Im Hinblick auf die festgestellte – wenig zufriedenstellende – Praxis betreffend die Konsiliarausbildung (z.B. mangelhafte Dokumentation, zu wenige Ausbildungstermine, siehe auch TZ 28) bewertete der RH die umfassendere Regelung sowie die Bindung an Qualitätsvorgaben in der Ärzteausbildung NEU positiv.

Im Zusammenhang mit den Rasterzeugnissen sprach der RH folgende Empfehlungen aus:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Im Hinblick auf die in der ÄAO vorgesehene jährliche Zeugnisausstellung empfahl der RH dem AKH Wien und dem LKH Innsbruck – auch unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU – eine rechtskonforme Vorgehensweise. Überdies empfahl der RH dem AKH Wien, die Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse entsprechend anzupassen. Weiters wäre das Datum des – mit TÄ/F jährlich zu führenden – Evaluierungsgesprächs in den Rasterzeugnissen zu vermerken.

¹⁷⁶ Am Standort Lilienfeld war eine Einführung geplant.

Rasterzeugnisse

Dem LKH Innsbruck empfahl der RH, in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU eine Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse zu erlassen; diese sollte u.a. regeln, dass die Rasterzeugnisse regelmäßig auszustellen und die Evaluierungsgespräche zu vermerken sowie die Rasterzeugnisse zu archivieren waren (einschließlich Aufbewahrungsdauer).

LK St Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding empfahl der RH – etwa unter Heranziehung der bereits vorliegenden Richtlinie des LK St. Pölten/Lilienfeld in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU – Vorgaben für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu erlassen. Auch darin sollte u.a. geregelt sein, dass Rasterzeugnisse zu archivieren und unverzüglich nach Beendigung des Ausbildungsabschnitts (TÄ/A) bzw. nach Ablauf eines Ausbildungsjahrs (TÄ/F) auszustellen sowie die Evaluierungsgespräche zu vermerken waren.

Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Trägers bzw. des Ärztlichen Direktors empfahl der RH allen überprüften Krankenanstalten eine vertiefte – zumindest stichprobenartige – Kontrolle der Rasterzeugnisse, bspw. im Hinblick auf die tatsächliche Erfüllung der Vorgaben in den Rasterzeugnissen oder die rechtlich vorgegebene Dokumentation der Evaluierungsgespräche. (TZ 40)

Hinsichtlich der Konsiliarausbildung empfahl der RH dem Land Niederösterreich, der NÖ Landeskliniken-Holding, dem LK St. Pölten/Lilienfeld sowie dem LK Gmünd/Waidhofen/ Zwettl, die rechtlichen Vorgaben entsprechend umzusetzen. Im Interesse einer durchgängig qualitätsgesicherten Ausbildung empfahl der RH dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, in diesem Zusammenhang auch für die Konsiliarausbildung einheitliche Vorgaben (Tätigkeits- und Aufgabenprofil, Administration der Rasterzeugnisse etc.) zu schaffen.

- 38.3** *(1) Laut Mitteilung der Stadt Wien habe das AKH Wien von der Ärztekammer Wien bisher die Information erhalten, dass die Ausstellung von Rasterzeugnissen nicht jährlich erfolgen müsse. Die Empfehlung des RH werde mit der Ärztekammer Wien nochmals behandelt, sodass eine akkordierte Vorgangsweise in Bezug auf den Zyklus der Ausstellung der Rasterzeugnisse vorliege.*

Weiters sei der Inhalt der Richtlinie für die Administration von Rasterzeugnissen in Abstimmung mit der Ärztekammer Wien erfolgt. Aufgrund der derzeitigen neuen Definition der Vorgehensweise und Einarbeitung der Ärzteausbildung NEU werde die Richtlinie überarbeitet. Eine vertiefte inhaltliche Kontrolle der Rasterzeugnisse werde im Rahmen der geplanten Audits stattfinden. Ferner sei die Überprüfung des datierten Evaluierungsgesprächs der Checkliste zur Überprüfung der Rasterzeugnisse hinzugefügt worden.

(2) Laut Stellungnahme der TILAK erfolge die empfohlene Kontrolle, dass die Evaluierungsgespräche durchgeführt wurden, über das dafür implementierte IT-Tool. Eine inhaltliche Kontrolle, ob die vorgegebenen Themenbereiche auch tatsächlich behandelt wurden, könne nur stichprobenartig erfolgen. Die Rasterzeugnisse würden von der Ärztlichen Direktion elektronisch gespeichert. Ziel sei es, die Rasterzeugnisse im Ausbildungs-IT-Tool zu speichern; die technische Umsetzung müsse noch abgeklärt werden.

(3) Das Land Niederösterreich führte aus, dass eine Kontrolle der Rasterzeugnisvorgaben und Fallzahlen durch das BMG auf Grundlage der gemeldeten LKF-Leistungszahlen vorgesehen sei. Die Umsetzung der Empfehlung des RH betreffend Vorgaben für die Administration der Rasterzeugnisse werde analog der Vorgehensweise am LK St. Pölten/Lilienfeld an die Klinik- und Abteilungsleitungen kommuniziert und durch die interne Revision der NÖ Landeskliniken-Holding überprüft werden.

Weiters sagte das Land Niederösterreich die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben für die Konsiliarausbildung mit Inkrafttreten der ÄAO-Novelle zu. Wo die zeitliche Verfügbarkeit der Konsiliarärzte nicht in ausreichendem Maß gewährleistet sei, um die Jungärzte vorgabenkonform anleiten und ausbilden zu können, würden Rotationen zu entsprechenden Fachabteilungen anderer Klinikstandorte eingerichtet. Die Konsiliarärzte würden in Abstimmung mit dem ärztlichen Direktor ein Ausbildungskonzept für die Konsiliarausbildung erstellen. Sofern dieses von der Ärztekammer als unzureichend abgelehnt würde, sei eine Rotation an die Fachabteilung eines anderen Standorts zu koordinieren. Bereits jetzt sei in den Ausschreibungen für die Neubesetzung von Konsiliarärzten die Ausbildung von Jungmedizinerinnen Teil des Aufgabenprofils und werde bei der Auswahl der Bewerber stark gewichtet.

- 38.4** Der RH wies die überprüften Krankenanstaltenträger und die Med-Uni Innsbruck darauf hin, dass er in seiner Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 angemerkt hatte, dass die ÄAO 2015 eine Neuregelung betreffend die Häufigkeit bzw. die Zeitpunkte der

Rasterzeugnisse

Ausstellung der Rasterzeugnisse und – damit im Zusammenhang – die Führung von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO 2015) vorsah; Häufigkeit bzw. Zeitpunkte variieren je nach Ausgestaltung der jeweiligen Ausbildungsabschnitte bzw. der Sonderfach Grundausbildung und Sonderfach Schwerpunktausbildung.

Um sicherzustellen, dass die Rasterzeugnisse verordnungsgemäß ausgestellt und die Evaluierungsgespräche – als zentrale Instrumente der Lernfortschrittskontrolle – zeitnah vor Ausstellung der Rasterzeugnisse geführt werden, hatte der RH in dieser Stellungnahme zur KEF und RZ VO 2015 angeregt, die entsprechenden Zeitpunkte im Sinne des § 23 ÄAO 2015 auf den jeweiligen Rasterzeugnisformularen ausdrücklich anzuführen.

Weiters hatte der RH in dieser Stellungnahme angeregt, zur Sicherstellung der Einhaltung der Dokumentationspflicht von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO) durch den Ausbildungsverantwortlichen, in den (Muster)Rasterzeugnissen bzw. in den Rasterzeugnisformularen die Beilage eines entsprechenden Nachweises vorzusehen.

Der Stadt Wien gegenüber hielt der RH weiters fest, dass die Zeitpunkte für die verpflichtende Ausstellung der Rasterzeugnisse und die ebenso verpflichtende Abhaltung der Evaluierungsgespräche in der ÄAO 2015 (§ 23) klar und eindeutig geregelt waren. Vor dem Hintergrund der Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters hielt der RH eine vertiefte Prüfung der Rasterzeugnisse nur dann für wirkungsvoll und qualitätssichernd, wenn sie regelmäßig und standardisiert erfolgt.

Gegenüber der TILAK wiederholte der RH im Sinne der Qualitätssicherung seine Empfehlungen nach Erlassung einer Richtlinie betreffend die Administration der Rasterzeugnisse und deren vertiefte Kontrolle auch im Hinblick auf die Erfüllbarkeit der darin normierten Vorgaben (z.B. Richtzahlen).

Gegenüber dem Land Niederösterreich stellte der RH klar, dass die Verantwortung für die Vermittlung der erforderlichen Erfahrungen, Kenntnisse und Fertigkeiten vor allem beim Ausbildungsverantwortlichen lag; den Ausbildungserfolg hat in der Regel dieser durch seine Unterschrift zu bestätigen. Die Ausbildungsverantwortung der Krankenanstalt umfasste aus Sicht des RH jedoch jedenfalls auch eine Überprüfung der tatsächlichen Erfüllbarkeit der geforderten bzw. bestätigten Richt- bzw. Fallzahlen durch diese selbst. Betreffend Vorgaben für die Administration der Rasterzeugnisse waren zur Gewährleistung der Umsetzung sowie im Sinne der Nachvollziehbarkeit und Trans-

parenz jedenfalls schriftliche Festlegungen (auch für Konsiliarärzte) erforderlich.

Erfüllbarkeit der
Rasterzeugnis-
vorgaben

39.1 (1) Für die Erstellung der Rasterzeugnisse griff die ÖÄK über ihre Fachgruppen auf die von ihr akkreditierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zurück. Diese entwickelten u.a. die in den Rasterzeugnissen für sogenannte „schneidende Fächer“ enthaltenen Operationskataloge. Darin waren für bestimmte Eingriffe Fallzahlen vorgesehen, die der Turnusarzt zu erbringen hatte, um seine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können.

Da die Rasterzeugnisse für den schwerpunktmäßig überprüften Fachbereich Innere Medizin keine quantitativen Vorgaben enthielten, analysierte der RH die Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben in den Sonderfächern Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Sonderfach Chirurgie

Das Rasterzeugnis für das Sonderfach Chirurgie enthielt einen OP-Katalog, der für die vierjährige Ausbildung im Hauptfach die Durchführung von insgesamt 420 Operationen und/oder diagnostischen/therapeutischen Eingriffen vorsah. Der Katalog war nach Körperregionen (Kopf/Hals, Brustwand/Brusthöhle, Bauchwand/Bauchhöhle, Weichteile/ Stütz- und Bewegungsapparat, Gefäße/Nervensystem) aufgeteilt und enthielt Richtzahlen für einzelne Eingriffsarten.

Tabelle 12: Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Chirurgie

	Appendektomien	Hernien-OP	Cholezystektomien	Schilddrüsen- resektionen
Richtzahl	35	35	30	10

Quellen: Rasterzeugnisse der ÖÄK

Diese Richtzahlen konnten um maximal 20 % unterschritten werden, wenn dies durch zusätzliche Eingriffe in einer oder mehreren anderen Regionen ausgeglichen wurde. Die Gesamtzahl von 420 Operationen war jedenfalls zu erreichen. Die Grundlagen für die konkreten Zahlen waren nicht transparent dargelegt.

Rasterzeugnisse

Ebenso wenig wurde die Anpassung des OP-Katalogs im Rahmen der – 2008 erfolgten – zweiten Novelle der KEF-VO¹⁷⁷, in der die Gesamttrichtzahl von 400 auf 420 und bspw. die Richtzahl für Appendektomien (Blinddarmoperation) von 30 auf 35 und für Schilddrüsenresektionen von fünf auf zehn erhöht wurde, begründet.

(2) Der RH überprüfte – anhand einer Gegenüberstellung der Anzahl der an der/den jeweiligen Abteilung/-en bzw. Klinik/-en für Chirurgie tätigen Ärzte einschließlich der TÄ/F mit der Anzahl der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe –, wie realistisch eine Erreichung dieser Richtzahlen war.

Unter der theoretischen Annahme einer gleichmäßigen Verteilung der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe auf alle Ärzte der Abteilung/-en bzw. Klinik/-en lag etwa die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Appendektomien in fünf von sieben Krankenanstalten unterhalb der Schwelle von 80 % (28) der Richtfallzahl (35), wie die folgenden Tabelle zeigt:

Tabelle 13: Appendektomien an den Abteilungen bzw. Kliniken für Chirurgie 2010 bis 2013								
	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen ¹	Appendektomien					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	145	53 / –	373	400	376	372	1.521	10,5
LKH Innsbruck	93	41 / –	450	414	396	429	1.689	18,2
Standort St. Pölten	27	7 / 9	262	189	184	207	842	31,2
Standort Lilienfeld	7	2 / 2	69	81	69	53	272	38,9
Standort Gmünd	7	2 / 2	18	28	35	29	110	15,7
Standort Waidhofen	9	2 / 3	67	45	51	55	218	24,2
Standort Zwettl	10	3 / 3	56	71	58	67	252	25,2

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

¹⁷⁷ Verordnung der ÖÄK über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt sowie über die Ausgestaltung und Form der Rasterzeugnisse und Prüfungszertifikate

Einer der Gründe hierfür war, dass die Anzahl der erbrachten Appendektomien seit dem Jahr 2001 österreichweit um rund ein Drittel zurückgegangen war. Seit der Erlassung der KEF-VO im Jahr 2007 betrug der Rückgang rd. 14 %. Dennoch war die Richtzahl im Jahr 2008 von 30 auf 35 erhöht und danach auch nicht mehr reduziert worden.

Die Abweichung zwischen der ermittelten Anzahl der theoretisch auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Eingriffe bei gleichmäßiger Verteilung über vier Jahre hinweg und der Richtzahl bedeutete jedoch nicht, dass die Vorgabe aus dem Rasterzeugnis keinesfalls zu erreichen war. Allerdings war der Ausbildungsaspekt bei der Operationsplanung entsprechend zu berücksichtigen und Fachärzte mussten den TÄ/F wenn notwendig den Vortritt lassen, um dies dennoch zu ermöglichen. Insbesondere an den Universitätskliniken war darüber hinaus ein sehr hoher Spezialisierungsgrad gegeben, der in der Regel dazu führte, dass nur eine bestimmte Teilmenge der chirurgischen Fachärzte überhaupt für die Durchführung einer Appendektomie in Frage kam.

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im Rasterzeugnis für die Ausbildung zum Facharzt im Sonderfach Frauenheilkunde und Geburtshilfe war ebenfalls ein OP-Katalog – untergliedert in die Kategorien Geburtshilfe, diagnostische Untersuchungen und Gynäkologie – enthalten. Dieser sah zwar auch Richtwerte für die Anzahl der im Rahmen der vierjährigen Ausbildung im Hauptfach zu erbringenden Operationen, aber keine Gesamtzahl und keine 80 %-Regelung vor. Ebenso wenig wie für den Fachbereich Chirurgie fand sich in der KEF-VO bzw. im Rasterzeugnis selbst eine Grundlage für die konkreten Zahlen bzw. eine Begründung für die Anpassung einzelner Richtzahlen des OP-Katalogs im Rahmen der 3. Novelle der KEF-VO (2010).

Tabelle 14: Ausgewählte Richtzahlen im Rasterzeugnis für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

	Leitung normaler Geburten	Kaiserschnitte	Curettagen
Richtzahl	200	40	100

Quellen: Rasterzeugnisse der ÖÄK

Auch hier überprüfte der RH, inwieweit diese Richtzahlen grundsätzlich erreichbar waren, indem er die Anzahl der an der/den jeweiligen Abteilung/-en bzw. Klinik/-en für Frauenheilkunde und Geburtshilfe tätigen Ärzte einschließlich der TÄ/F der Anzahl der über vier Jahre hinweg erbrachten Eingriffe gegenüberstellte.

Rasterzeugnisse

Unter der theoretischen Annahme einer gleichmäßigen Verteilung der über vier Jahre hinweg durchgeführten Eingriffe auf alle Ärzte der Abteilung/-en bzw. Klinik/-en lag etwa die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden normalen Geburten in allen überprüften Krankenanstalten deutlich unterhalb der Richtfallzahl (200), wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 15: Normale Geburten an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013

	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen ¹	normale Geburten					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	89	22 / –	1.139	855	967	1.332	4.293	48,2
LKH Innsbruck	47	22 / –	1.057	1.073	1.080	1.125	4.335	92,2
Standort St. Pölten	15	4 / 4	587	536	513	549	2.185	145,7
Standort Lilienfeld	8	2 / 2	289	261	306	260	1.116	139,5
Standort Waidhofen	9	1 / 1	223	227	208	199	857	95,2
Standort Zwettl	9	2 / 2	347	410	364	367	1.488	165,3

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

Auch hier galt grundsätzlich, dass die Erreichung der Richtzahl nicht auszuschließen war, sofern der Ausbildungsaspekt bei der Operationsplanung entsprechend berücksichtigt wurde und Fachärzte den TÄ/F wenn notwendig den Vortritt ließen.

Für die Eingriffsart Kaiserschnitt fiel das Ergebnis der Gegenüberstellung genau umgekehrt aus. Hier lag die Anzahl der auf jeden einzelnen Arzt entfallenden Eingriffe nur bei einer Krankenanstalt deutlich unter der Richtfallzahl (40). Eine weitere Krankenanstalt unterschritt diese nur knapp. Alle anderen erfüllten die Anforderung eindeutig, wie die folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 16: Kaiserschnitte an den Abteilungen bzw. Kliniken für Frauenheilkunde 2010 bis 2013

	Ärzte gesamt	TÄ/F/ Stellen ¹	Kaiserschnitte					Fallzahl/ Arzt
			2010	2011	2012	2013	2010 bis 2013	
			Anzahl					
AKH Wien	89	22 / –	1.177	1.031	1.151	1.351	4.710	52,9
LKH Innsbruck	47	22 / –	829	753	851	822	3.255	69,3
Standort St. Pölten	15	4 / 4	315	272	277	303	1.167	77,8
Standort Lilienfeld	8	2 / 2	69	56	57	50	232	29
Standort Waidhofen	9	1 / 1	68	80	93	85	326	36,2
Standort Zwettl	9	2 / 2	177	221	208	208	814	90,4

¹ Stand zum 31. Dezember 2013

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl; DIAG; Rasterzeugnisse der ÖÄK

Grund hierfür war, dass die Richtzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten im Vergleich zu der Richtzahl von 40 für Kaiserschnitte – dies entsprach einem Verhältnis von 83:17 – sehr hoch war. In fünf von sechs Krankenanstalten spiegelte das tatsächliche Leistungsgeschehen zwischen 2010 und 2013 diese Werte nicht wider; das Verhältnis zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten lag für diesen Zeitraum zwischen 72:28 und 48:52 und wich damit deutlich von dem Verhältnis der Richtzahlen ab.

39.2 Der RH stellte anhand von Beispielen aus den OP-Katalogen für Chirurgie (Appendektomien) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (normale Geburten/Kaiserschnitte) kritisch fest, dass die darin enthaltenen Richtzahlen dem tatsächlichen Leistungsgeschehen nicht gerecht wurden.

So wurde die Richtzahl für Appendektomien ein Jahr nach Erlassung der KEF-VO angehoben, obwohl bei den Appendektomien österreichweit seit längerem ein signifikanter Rückgang – um rund minus ein Drittel seit 2001 – zu beobachten war. Auch die Richtzahl von 200 für die Leitung normaler Geburten war im Vergleich zu der Richtzahl von 40 für Kaiserschnitte zu hoch. Dem Verhältnis der Richtzahlen von 83:17 standen in fünf von sechs Krankenanstalten tatsächliche Verhältnisse zwischen normalen Geburten und Kaiserschnitten von 72:28 bis 48:52 gegenüber.

Rasterzeugnisse

Aus der Sicht des RH deutete dies auf die Notwendigkeit einer Anpassung der Richtzahlen hin. Unter Verweis auf die Verpflichtung in § 24 Abs. 2 ÄrzteG 1998, die KEF-VO unter Beachtung aktueller Entwicklungen regelmäßig anzupassen, empfahl er dem BMG, darauf hinzuwirken, dass den Entwicklungen bei den Appendektomien und der Geburtshilfe Rechnung getragen wird und die OP-Kataloge entsprechend aktualisiert werden. Zusätzlich wären auch die Richtzahlen für andere Eingriffe vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung und dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu evaluieren.

39.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme auf die KEF-VO, die gemäß ÄrzteG 1998 von der ÖÄK unter Beachtung des aktuellen Stands der medizinischen Wissenschaft und der internationalen Entwicklung zu erlassen sei. Darauf aufbauend seien die entsprechenden Rasterzeugnisse und Logbücher zu erstellen. Richtzahlen würden grundsätzlich von den jeweiligen Fachgesellschaften erarbeitet. Die Kommission für die ärztliche Ausbildung setze sich zusätzlich mit diesen Fragen auseinander.*

39.4 Gegenüber dem BMG verwies der RH auf seine Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015. Darin hatte der RH u.a. angeregt, die Grundlagen der in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 enthaltenen Vorgaben insbesondere betreffend OP-Kataloge bzw. Fertigkeiten und Richtzahlen darzulegen, weil nicht beurteilt werden konnte, ob die Festlegungen der ÖÄK dem jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft entsprachen (§ 24 ÄrzteG 1998). Darüber hinaus hatte der RH in seiner Stellungnahme im Begutachtungsverfahren u.a. ausgeführt, dass die Vorgaben zur Erreichung der Richtzahlen – insbesondere in den Operationskatalogen und betreffend die zu erlangenden Fertigkeiten – in den Anlagen zur KEF und RZ VO 2015 von Fachbereich zu Fachbereich unterschiedlich genau determiniert bzw. (teilweise) gar keine Richtzahlen für Operationen bzw. Fertigkeiten vorgesehen waren. Der RH hatte – vor allem auch vor dem Hintergrund der Sicherstellung einer qualitätsgesicherten Ärzteausbildung – daher aussagekräftige Erläuterungen bzw. entsprechende Überarbeitungen der Anlagen der KEF und RZ VO 2015 angeregt.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Lernfortschritts-
kontrollen

40.1 Ein Instrument zur Lernfortschrittskontrolle von Turnusärzten waren die in der ÄAO vorgeschriebenen sogenannten Evaluierungsgespräche¹⁷⁸. Diese Gespräche waren vor Ausstellung der Rasterzeugnisse (siehe TZ 38) vom Ausbildungsverantwortlichen mit dem Turnusarzt zu führen und zu dokumentieren.

Nach den Erläuterungen zur ÄAO sollen sie einen Beitrag zur Qualitätsoptimierung in der ärztlichen Ausbildung leisten; in diesem Zusammenhang verwiesen die Erläuterungen auf das einmal jährlich verpflichtend zu führende Mitarbeitergespräch¹⁷⁹, ohne das Verhältnis dieser beiden Instrumente zueinander zu definieren bzw. diese klar voneinander abzugrenzen.

In der Praxis bestand Unklarheit; es wurde teilweise davon ausgegangen, dass das Mitarbeitergespräch mit dem Evaluierungsgespräch gleichzusetzen war bzw. dieses ersetzte.

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Betreffend die TÄ/A am LKH Innsbruck konnte dem RH keine Dokumentation der Evaluierungsgespräche zwischen beispielhaft ausgewählten TÄ/A und den jeweiligen Ausbildungsverantwortlichen vorgelegt werden.

Allerdings führte das AZW regelmäßig strukturierte Gespräche¹⁸⁰ mit den TÄ/A des LKH Innsbruck. Ziele des verpflichtend einmal jährlich stattfindenden Zwischengesprächs waren die Rückmeldung über den bisherigen Verlauf sowie die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen und Plänen für das folgende Jahr. Die Themen umfassten u.a. die Ausbildungsinhalte der Rasterzeugnisse, die Verwendung des Logbuchs, Fortbildungen und die Frage nach dem Tätigwerden der Mentoren. Im Abschlussgespräch erfolgte eine Gesamtevaluierung über die Ausbil-

¹⁷⁸ Gemäß § 23 ÄAO hat der Ausstellung der Rasterzeugnisse ein Evaluierungsgespräch über den jeweiligen Ausbildungsabschnitt zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Turnusarzt voranzugehen, das von dem Ausbildungsverantwortlichen zu dokumentieren ist.

¹⁷⁹ gemäß § 45a Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979 bzw. § 5 Vertragsbedienstetengesetz 1948; gemäß Universitätsgesetz 2002 und dem Kollektivvertrag für die Arbeitnehmer der Universitäten war das Mitarbeitergespräch vom Leiter einer Organisationseinheit einmal im Kalenderjahr nachweislich mit den ihm unterstellten Arbeitnehmern (hier TÄ/F der MedUni Wien/MedUni Innsbruck) verpflichtend zu führen

¹⁸⁰ so genannte Zwischen- und Abschlussgespräche

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

dungszeit. Dazu wurden dem RH zu beispielhaft ausgewählten TÄ/A die entsprechenden Formblätter vorgelegt.

(2) Hinsichtlich der am AKH Wien und am LKH Innsbruck tätigen vom RH ausgewählten TÄ/F, die bei der MedUni Wien bzw. der Med-Uni Innsbruck beschäftigt waren, fehlte ebenfalls eine Dokumentation der Evaluierungsgespräche mit den Ausbildungsverantwortlichen. Mitarbeitergespräche waren nur teilweise dokumentiert.

Für TILAK-TÄ/F waren gemäß Betriebsvereinbarung formalisierte Gespräche¹⁸¹ vorgesehen, die zu Beginn der Ausbildung, vor Ablauf des befristet abgeschlossenen ersten Ausbildungsjahres und ein halbes Jahr vor Ablauf des sechsten Ausbildungsjahres zu führen waren. Dazu konnten dem RH zu beispielhaft ausgewählten TÄ/F nur teilweise dokumentierte Ausbildungsgespräche¹⁸² vorgelegt werden.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Auch die überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten verfügten über keine Dokumentation der Evaluierungsgespräche. Mitarbeitergespräche waren erst ab 1. Jänner 2014 verbindlich vorgesehen.

40.2 Der RH erachtete das in der ÄAO verpflichtend vorgesehene Evaluierungsgespräch als zentrales Instrument der Lernfortschrittskontrolle im Rahmen der Ärzteausbildung. Er stellte kritisch fest, dass in keiner der von ihm überprüften Krankenanstalten eine Dokumentation über geführte Evaluierungsgespräche vorgelegt werden konnte.

In diesem Zusammenhang war aus seiner Sicht jedoch auch der Verweis auf das Mitarbeitergespräch in den Erläuterungen zur ÄAO unklar; er ließ offen, ob etwa für den Fall, dass insbesondere ein TÄ/F mehrere Jahre in einer Abteilung/Klinik tätig war, ein Evaluierungsgespräch auch im Rahmen eines Mitarbeitergesprächs geführt werden konnte. Hiezu stellte er kritisch fest, dass auch die Mitarbeitergespräche nicht immer lückenlos dokumentiert waren.

¹⁸¹ Im Zielvereinbarungsgespräch sollten neben der Festlegung eines individuellen Ausbildungsplans evaluierbare Lernziele pro Bereich (Stationen, Ambulanzen, OP) und die dort jeweils zu verbringende Zeitdauer bestimmt werden. Im ersten Jahr sollte nach einer Ziele-Evaluierung die Frage der persönlichen Eignung und der für das Fach sowie die Auswahl der Gegenfächer inklusive einer Mitarbeiterbeurteilung Inhalt des Ausbildungsgesprächs sein. In einem Abschlussgespräch sollte die Ausbildung gegenseitig reflektiert und zum Zweck der Qualitätssicherung der Ausbildung analysiert werden.

¹⁸² z.B. Innere Medizin I und V

Wenn sie auch die Evaluierungsgespräche zwischen den Ausbildungsverantwortlichen und den Turnusärzten nicht ersetzten, bewertete der RH die am AZW mit den TÄ/A regelmäßig geführten und dokumentierten Evaluierungsgespräche positiv; auch diese ermöglichten eine Qualitätskontrolle.

Der RH, der keinen inhaltlichen Zusammenhang sah, empfahl dem BMG, das Verhältnis zwischen Evaluierungsgespräch und Mitarbeitergespräch klarzustellen.

Dieser Klarstellung entsprechend empfahl er den Krankenanstalten-trägern bzw. den Medizinischen Universitäten, nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Ausbildungsverantwortlichen die Evaluierungsgespräche regelmäßig und rechtzeitig (siehe TZ 38) führen sowie diese auch dokumentieren. Der RH empfahl ihnen weiters, Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche (etwa in Form einer Richtlinie) einheitlich zu regeln. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben wären geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen festzulegen.

40.3 *(1) Laut Stellungnahme des BMG würden Evaluierungsgespräche eine spezielle Auseinandersetzung mit der Entwicklung der Kompetenzen im Hinblick auf die Ausbildung vorsehen. Mitarbeitergespräche hingegen beruhten auf dem Dienstverhältnis und dienten einer Reflexion der damit zusammenhängenden Komponenten.*

(2) Die Stadt Wien teilte mit, dass die Überprüfung des datierten Evaluierungsgesprächs der Checkliste zur Überprüfung der Rasterzeugnisse hinzugefügt worden sei. Die Empfehlungen des RH seien bereits umgesetzt.

Die MedUni Wien teilte mit, dass in Umsetzung der Empfehlungen des RH die Evaluierungsgespräche bei der kommenden Überarbeitung des „Leitfadens für Führungskräfte und Mitarbeiterinnen zur Durchführung von Mitarbeiterinnengesprächen“ mitaufgenommen würden, wobei die Evaluierungsgespräche bei den Ärzten in Facharztausbildung sinnvollerweise in die Mitarbeitergespräche integriert würden. Im Leitfaden würden entsprechende Ergänzungen hinsichtlich Ablaufs, Themen und Dokumentation vorgenommen.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck laufe derzeit das Projekt „Mitarbeitergespräch mit ÄrztInnen“, in dem auch die Vorgaben bezüglich zeitlichen Ablaufs und Inhalte des ÄrzteG 1998 sowie der ÄAO 2015 berücksichtigt würden. Mit Beginn der neuen ÄAO würden die neuen bzw. überarbeiteten Formate eingeführt und

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

allen Ärzten elektronisch zur Verfügung gestellt. Die Ergebnisse der Gespräche würden einerseits im Rasterzeugnis festgehalten, andererseits in den entsprechenden Formularen. Die empfohlene Kontrolle, dass die Evaluierungsgespräche durchgeführt wurden, erfolge über das dafür implementierte IT-Tool. Eine inhaltliche Kontrolle, ob die vorgegebenen Themenbereiche auch tatsächlich behandelt wurden, könne nur stichprobenartig erfolgen. Für den Umgang mit den Ergebnissen aus der Evaluation werde ein hausinternes Procedere ausgearbeitet. Sobald eventuelle Vorgaben aus der ÄAO bzw. der ÖÄK vorlägen, würden auch diese in das Konzept Eingang finden.

(4) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich sei die Durchführung von Evaluierungsgesprächen und eine entsprechende Dokumentation durch die Ausbildungsverantwortlichen künftig vorgesehen und werde den Klinikleitungen und Primärärzten kommuniziert werden. Die Regelung über den Ablauf und die Inhalte der Evaluierungsgespräche sollten von der Ärztekammer analog der Ärztekammervorgabe für die Ausbildungskonzepte erstellt und zur Verfügung gestellt werden. Diese würden dann sobald diese verfügbar seien, umgesetzt werden. Stichprobenartige Überprüfungen durch die Abteilung „Revision“ der NÖ Landeskliniken-Holding seien in weiterer Folge geplant.

- 40.4** Der RH wies gegenüber dem BMG, den überprüften Krankenanstalten-trägern und den Medizinischen Universitäten auf seine Stellungnahmen zu den Entwürfen der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 hin. Betreffend die ÄAO 2015 hatte der RH in seiner Stellungnahme u.a. angeregt, das Ziel des Evaluierungsgesprächs in der ÄAO 2015 zu definieren, um dieses bspw. von einem regulären Mitarbeitergespräch abzugrenzen. Diese Anregung wurde in der im Mai 2015 veröffentlichten ÄAO 2015 nicht berücksichtigt.

Wie unter TZ 38 ausgeführt, hatte der RH in seiner Stellungnahme zum Entwurf der KEF und RZ VO 2015 angeregt, die entsprechenden Zeitpunkte im Sinne des § 23 ÄAO 2015 auf den jeweiligen Rasterzeugnisformularen ausdrücklich anzuführen, um sicherzustellen, dass die Rasterzeugnisse ordnungsgemäß ausgestellt und die Evaluierungsgespräche, als zentrale Instrumente der Lernfortschrittskontrolle, zeitnah vor Ausstellung der Rasterzeugnisse geführt werden. Weiters hatte der RH in dieser Stellungnahme angeregt, zur Sicherstellung der Einhaltung der Dokumentationspflicht von Evaluierungsgesprächen (§ 22 ÄAO) durch den Ausbildungsverantwortlichen, in den (Muster) Rasterzeugnissen bzw. in den Rasterzeugnisformularen die Beilage eines entsprechenden Nachweises vorzusehen.

Darüber hinaus wies der RH das BMG, die Stadt Wien und die Med-Uni Wien sowie die TILAK und die MedUni Innsbruck auf die Anregung des Landes Niederösterreich hin, dass die ÖÄK Vorgaben zur Abhaltung von Evaluierungsgesprächen erstellen sollte. Aus Sicht des RH wären solche – gemeinsam mit dem BMG erstellten – Vorgaben zweckmäßig, um im Sinne der Qualitätssicherung österreichweit eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen.

Der RH anerkannte die Maßnahmen der Stadt Wien und der Med-Uni Wien sowie der TILAK und der MedUni Innsbruck. Er wies sie weiters auf die Ausführungen des BMG zum Unterschied zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch hin und betonte das unbedingte Erfordernis einer – zumindest inhaltlichen – strikten Trennung dieser beiden Instrumente; das Evaluierungsgespräch diene der ärztlichen Ausbildung und war ein wesentliches Instrument der Lernfortschrittskontrolle. Im Sinne der Qualitätssicherung wiederholte der RH gegenüber der Stadt Wien und der MedUni Wien darüber hinaus seine Empfehlung nach geeigneten Umsetzungs- und Kontrollmechanismen zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben für Evaluierungsgespräche.

Auch das Land Niederösterreich wies der RH auf die Ausführungen des BMG betreffend Unterschied zwischen Evaluierungs- und Mitarbeitergespräch hin. Bis zum Vorliegen etwaiger Vorgaben durch das BMG bzw. die ÖÄK wiederholte der RH dem Land Niederösterreich gegenüber seine Empfehlung, Ablauf, zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche sowie geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen zu definieren, um im Sinne der Qualitätssicherung in allen niederösterreichischen Landeskliniken eine einheitliche Vorgangsweise sicherzustellen.

Facharztanwesenheit **41.1** (1) Die folgende Tabelle zeigt die gesetzlichen Anforderungen gemäß KAKuG¹⁸³ an die Ausgestaltung des ärztlichen Dienstes in den verschiedenen Versorgungsstufen:

¹⁸³ § 8 Abs. 1 KAKuG

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Tabelle 17: Vorgaben des KAKuG hinsichtlich der Facharztanwesenheit

	Tagdienst	Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst
Zentralkrankenanstalt ¹	uneingeschränkte Anwesenheit von Fachärzten aller in Betracht kommenden Sonderfächer	
Schwerpunktkrankenanstalt ²	jedenfalls in Abteilungen und Organisationseinheiten für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Chirurgie, Innere Medizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendheilkunde, Neurochirurgie, Psychiatrie und Unfallchirurgie ein Facharzt des betreffenden Sonderfaches in der Anstalt dauernd anwesend	
		im Nacht- sowie vorübergehend im Wochenend- und Feiertagsdienst kann von einer ständigen Anwesenheit von Fachärzten der sonst in Betracht kommenden Sonderfächer abgesehen werden, wenn statt dessen eine Rufbereitschaft eingerichtet ist
Standardkrankenanstalt ³	Fachärzte der in Betracht kommenden Sonderfächer dauernd anwesend	jederzeit eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen in der Krankenanstalt anwesenden Facharzt aus den Sonderfächern Anästhesiologie und Intensivmedizin oder Chirurgie oder Innere Medizin oder Unfallchirurgie zu gewährleisten sowie eine Rufbereitschaft von Fachärzten der jeweiligen sonst in Betracht kommenden Sonderfächer

¹ z.B. AKH Wien, LKH Innsbruck

² z.B. Standort St. Pölten

³ z.B. Standorte Gmünd, Waidhofen, Zwettl, Lilienfeld

Quelle: KAKuG

Aufgrund dieser rechtlichen Vorgaben war in Standardkrankenanstalten nach § 8 Abs. 1 Z 4 KAKuG nur im Tagdienst eine ständige Facharztpräsenz in allen Abteilungen bzw. Organisationseinheiten erforderlich. Im Nachtdienst (und im Wochenend- und Feiertagsdienst) hingegen musste lediglich eine sofortige notfallmedizinische Versorgung durch einen anwesenden Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin oder für Chirurgie oder für Innere Medizin oder für Unfallchirurgie, bei gleichzeitiger Rufbereitschaft von Fachärzten der anderen Sonderfächer, gewährleistet sein.

Wenn krankenanstaltenrechtlich keine dauernde Facharztanwesenheit erforderlich, sondern eine Rufbereitschaft ausreichend war, erlaubte § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 eine vorübergehende Tätigkeit von Turnusärzten auch ohne Aufsicht eines für die Ausbildung verantwortlichen Facharztes, dies allerdings nur sofern:

- sich die Tätigkeit auf eine Abteilung oder eine sonstige Organisationseinheit beschränkte,
- die Turnusärzte im betreffenden Sonderfach bereits hinreichend ausgebildet worden waren und
- über die für ein vorübergehendes Tätigwerden ohne Aufsicht entsprechenden Kenntnisse und Fertigkeiten verfügten.

Damit bestand grundsätzlich die Möglichkeit, Turnusärzte für Nacht- und Wochenenddienste an einer Abteilung einzuteilen, auch wenn ein für die Ausbildung verantwortlicher Facharzt nicht anwesend, sondern lediglich in Rufbereitschaft war. Allerdings hing dies immer vom entsprechenden Ausbildungsstand des jeweiligen Turnusarztes ab.

Hierzu stellten die erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage der 14. ÄrzteG–Novelle im Jahr 2010, mit der § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 umformuliert worden war, klar, dass im Regelfall für eine solche vorübergehende Tätigkeit ohne Aufsicht die Absolvierung der Hälfte der vorgeschriebenen Ausbildungszeit zu verlangen sein werde; dabei habe jedenfalls gesichert zu sein, dass der Turnusarzt über die geforderten Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten verfüge. Daher könne diese Regelung nur bei TÄ/F zum Tragen kommen.

Diese Klarstellung war vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Regelung des § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 insofern im Widerspruch zum allgemeinen ärztlichen Berufsrecht¹⁸⁴ stand, als sie Tätigkeiten im Rahmen von Wochenend- und Nachtdiensten erlaubte, die an Werktagen verboten waren.

(2) Dieses Spannungsverhältnis war auch für den einzelnen Krankenanstaltenträger von besonderer Bedeutung, weil diesen eine auf dem zivilrechtlichen Behandlungsvertrag mit dem Patienten begründete Pflicht trifft, sicherzustellen, dass die personellen und sachlichen Ressourcen seiner Krankenanstalt einen gewissen Behandlungsstandard (vgl. auch § 8 Abs. 2 KAKuG) gewährleisten.¹⁸⁵ Von der Möglichkeit, auf die Anwesenheit eines Facharztes zugunsten einer Rufbereitschaft zu verzichten, durfte ein Träger demnach nur Gebrauch machen, wenn

¹⁸⁴ § 3 Abs. 3 Satz 1 ÄrzteG 1998 sah für Turnusärzte nur eine unselbstständige Tätigkeit unter fachärztlicher Anleitung und Aufsicht vor.

¹⁸⁵ OGH 9. September 1986, 2 Ob 599/85, siehe auch JBl 1987, 104 (106): „sachgemäße, daher aber von dem Gesetz entsprechend ausgebildeten und erfahrenen Ärzten vorzunehmende, Heilbehandlung“

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

entsprechend qualifizierte Turnusärzte vorhanden waren, die im Nachdienst vorübergehend auch ohne Aufsicht tätig werden konnten.¹⁸⁶

Zwar war für die konkrete Umsetzung bei der Organisation des ärztlichen Dienstes der jeweilige ärztliche Leiter einer Krankenanstalt verantwortlich,¹⁸⁷ ein Organisationsverschulden trifft den Träger in diesem Zusammenhang aber dennoch, wenn er keine ausreichenden Rahmenvorgaben für die Kontrolle der Qualifikation der ohne Aufsicht eingesetzten Turnusärzte vorgibt oder die Auswahlentscheidungen des Ausbildungsverantwortlichen nicht einmal stichprobenartig kontrolliert.¹⁸⁸

(3) Eine Analyse der Dienstpläne der Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin für den März 2014 zeigte, dass sich die Träger bzw. die Ärztlichen Leiter der überprüften Krankenanstalten dieser Verantwortung bewusst waren. Sie ergab, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war.

(4) Das neue ÄrzteG sah sowohl in § 7 Abs. 3 als auch in § 8 Abs. 2¹⁸⁹ nunmehr auch die Möglichkeit vor, Turnusärzte, die bereits die neunmonatige Basisausbildung abgeschlossen hatten, außerhalb der Kernausbildungszeit für eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit einzusetzen.¹⁹⁰

Dafür galten allerdings strenge Voraussetzungen: So durften von den Turnusärzten ausschließlich Tätigkeiten ausgeübt werden, die den im Rahmen der Basisausbildung erworbenen Kompetenzen entsprachen.¹⁹¹ Auch hatte deshalb zu jedem Zeitpunkt ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standort der Krankenanstalt zur Verfügung zu ste-

¹⁸⁶ Zahrl, ÖÄZ 1997/18 vom 25. September 1997, S. 40 (41).

¹⁸⁷ Er hat die Dienstpläne speziell außerhalb der Kernarbeitszeit und im Fall von Rufbereitschaft so zu gestalten, dass Patienten nicht durch den Einsatz unzureichend qualifizierter Ärzte Schaden nehmen. Wimmer, Rechtsfragen im Turnusarztverhältnis, 2000, S. 75.

¹⁸⁸ ebenda, S. 76

¹⁸⁹ Diese Bestimmungen waren im Begutachtungsentwurf noch nicht, sondern erst in der endgültigen Regierungsvorlage enthalten und daher auch nicht Gegenstand der Stellungnahme des RH.

¹⁹⁰ Die Gesamtzahl der auf den einzelnen Turnusarzt entfallenden Betten durfte bei Tätigwerden in zwei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 60, bei Tätigwerden in drei Abteilungen oder sonstigen Organisationseinheiten 45 nicht überschreiten. Eine abteilungs- oder organisationseinheitenübergreifende Tätigkeit in Ambulanzen war unzulässig.

¹⁹¹ Durch organisatorische Maßnahmen war darüber hinaus sicherzustellen, dass die sich aus dieser Tätigkeit ergebenden qualitativen und quantitativen Anforderungen an die Turnusärzte sowie an deren Ausbildungsziele verhältnismäßig sind.

hen, wodurch eine Rufbereitschaft des zuständigen Facharztes, wie sie § 3 Abs. 3 Satz 2 ÄrzteG 1998 ermöglichte, in diesem Fall ausgeschlossen war.

- 41.2** Der RH beurteilte positiv, dass das krankenanstaltenrechtliche Erfordernis der Anwesenheit eines Facharztes an allen überprüften Abteilungen für Innere Medizin erfüllt war.

Zu der nunmehr im novellierten ÄrzteG 1998 verankerten Möglichkeit einer abteilungsübergreifenden Tätigkeit von Turnusärzten außerhalb der Kernausbildungszeit vertrat der RH die Auffassung, dass insbesondere in Nachtdiensten auch mit komplexen medizinischen Situationen zu rechnen war, die einen – noch dazu „fachfremden“ – Turnusarzt überfordern könnten, zumindest aber einer Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 bedurften. Er beurteilte daher die Bedingung positiv, wonach Turnusärzte nur dann abteilungsübergreifend eingesetzt werden durften, wenn zu jedem Zeitpunkt ein fachlich verantwortlicher Arzt am jeweiligen Standort der Krankenanstalt zur Verfügung stand.

Den Krankenanstaltenträgern empfahl der RH in diesem Zusammenhang, mit organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, dass der verantwortliche Facharzt bei Bedarf zumindest die Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch tatsächlich ohne Verzögerung übernehmen kann.

- 41.3** (1) *Die Stadt Wien wies darauf hin, dass im AKH Wien als Zentral-krankenanstalt eine uneingeschränkte Anwesenheit von Fachärzten in allen in Betracht kommenden Sonderfächern gegeben sei.*

(2) *Das Land Niederösterreich teilte mit, dass Turnusärztepooledienste nur dann vorgesehen würden, wenn Facharztanwesenheitsdienste eingerichtet seien. Sofern Facharzttrufbereitschaften bestünden, würden Turnusärzte nicht abteilungsübergreifend eingesetzt.*

Evaluierungen durch die Träger bzw. die überprüften Krankenanstalten

- 42.1** Der RH überprüfte auch die Evaluierungsmaßnahmen der überprüften Träger bzw. Krankenanstalten im Hinblick auf die Ärzteausbildung:

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Das AKH Wien führte bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Evaluierung der Ärzteausbildung für die gesamte Krankenanstalt durch. Der vorgelegte Entwurf (TZ 20) sah regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben sowie eine Evaluierung der Zufriedenheit der TÄ/F alle zwei Jahre vor; nicht zufriedenstellende Ergebnisse sollten eine Maßnahmenvereinbarung zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Ärztlichen Direktor zur Folge haben.

(2) Das LKH Innsbruck führte im Frühjahr 2014 eine Online-Umfrage im Auftrag der Ärztlichen Direktion¹⁹² – abgestimmt mit der Med-Uni Innsbruck und dem AZW – mit dem Ziel durch, die Ausbildung der Ärzte¹⁹³ am LKH Innsbruck im Sinne einer internen qualitätssichernden Maßnahme zu evaluieren und Optimierungspotenziale zu identifizieren.¹⁹⁴

Geplant war, dass jeder Klinikdirektor die seinen Bereich betreffenden Freitext-Rückmeldungen sowie den anonymisierten Bewertungsteil erhielt. Auf Basis der vom AZW mit den Klinik-Direktoren in der Folge geführten Gespräche sollten „best practice-Beispiele“ sowie besondere Anforderungen identifiziert und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden.

Der Betriebsrat der MedUni Innsbruck stimmte – bezogen auf die Turnusärzte der MedUni Innsbruck – dieser Vorgangsweise allerdings nicht zu. Obwohl sich dadurch die weitere Umsetzung für das LKH Innsbruck – im Hinblick auf die Wahrung der Anonymität wegen der geringeren Zahl an verwertbaren Antworten (nämlich nur jener der TILAK-Turnusärzte) – schwieriger gestaltete, waren auch weitere Evaluierungen vorgesehen. Darüber hinaus war auch eine Evaluierung der künftigen Basisausbildung geplant.

¹⁹² unter Freigabe der TILAK

¹⁹³ obwohl zum Allgemeinmediziner als auch zum Facharzt

¹⁹⁴ Auslöser, das Ausbildungsthema in strukturierter und umfassender Form vertiefend abzufragen, war die anlässlich der „LandesärztlInnenumfrage Arbeitsplatzzufriedenheit“ aus dem Jahr 2013 aus den Freitextantworten hervorgegangene Unzufriedenheit der TÄ/A und TÄ/F mit einzelnen Aspekten der Ärzteausbildung.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Am Standort Waidhofen wurde 2012 ein Evaluierungsprojekt für die TÄ/A-Ausbildung extern begleitet; als Folge wurden u.a. die Turnusärzte durch Übernahme von Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs durch das diplomierte Pflegepersonal entlastet (TZ 36) oder ein Ausbildungskonzept erstellt (TZ 26). Im LK St. Pölten/Lilienfeld sowie an den Standorten Gmünd und Zwettl fanden keine Ausbildungsevaluierungen statt.

(2) Für andere als die vom RH überprüften Krankenanstalten beauftragte die NÖ Landeskliniken-Holding¹⁹⁵ eine Fachhochschule, Potenziale für eine Delegation und Umverteilung von Aufgaben zur Entlastung der Turnusärzte zu erheben (Herbst 2011 bis Februar 2013); an zwei Krankenanstalten wurde zusätzlich auch die Arbeitszufriedenheit der Turnusärzte erhoben.

Damit wurde auf die von Turnusärzten und Spitalsärztevertretern wiederholt geäußerte Kritik reagiert, dass zu viele administrative Tätigkeiten eine zufriedenstellende TÄ/A-Ausbildung behinderten.¹⁹⁶ In der Folge wurden von den evaluierten Krankenanstalten konkrete Maßnahmen gesetzt (z.B. wöchentliche „case reports“ der TÄ/A oder Führen und Begleiten eines Patienten durch die gesamte Diagnostik und Therapie etc.) bzw. diese den anderen Krankenanstalten mitgeteilt.

42.2 Der RH wertete die in den überprüften Krankenanstalten bzw. von deren Trägern durchgeführten bzw. geplanten Evaluierungen positiv; kritisch sah er, dass das AKH Wien bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Evaluierung der Ärzteausbildung für die gesamte Krankenanstalt durchgeführt hatte. Aus seiner Sicht waren regelmäßige Erhebungen und Auswertungen der Ausbildungsqualität notwendig, um Verbesserungspotenziale identifizieren und zeitnah entsprechende Maßnahmen setzen zu können.

¹⁹⁵ Abteilung für medizinische und pflegerische Betriebsunterstützung

¹⁹⁶ So wurde an jeweils einer Krankenanstalt (Krems, Horn, Baden-Mödling, Mistelbach, Scheibbs) einer Region eine Zeitmessung der Turnusärztetätigkeit inklusive einer Re-Evaluierung an einer dieser Krankenanstalten im Zeitraum vom Herbst 2011 bis Februar 2013 durchgeführt. Mit dem Ziel etwaige Ausbildungsprobleme, Defizite und deren Ursachen zu eruieren, wurde an zwei Krankenanstalten (Krems und Horn) auch die Ausbildungszufriedenheit der Turnusärzte von besagter Fachhochschule im Auftrag der NÖ Landeskliniken-Holding erhoben.

Angesichts der Ähnlichkeit der Ergebnisse der untersuchten Krankenanstalten wurde von einer Ausweitung der Evaluierung auf weitere Landeskliniken aufgrund des administrativen und finanziellen Aufwands Abstand genommen.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

Dem AKH Wien empfahl der RH daher, die geplanten Evaluierungen gemeinsam mit der MedUni Wien zügig umzusetzen; dabei erachtete der RH auch folgende Faktoren als wesentlich:

- Einbeziehung von Ausbildungsverantwortlichen und Turnusärzten in den gesamten Evaluierungsprozess, um eine größtmögliche Akzeptanz sicherzustellen,
- Transparenz der Ergebnisse gegenüber den Betroffenen sowie
- Begleitung und Kontrolle des Verbesserungsprozesses z.B. durch das Qualitätsmanagement.

Den anderen überprüften Trägern bzw. Krankenanstalten empfahl der RH – beim LKH Innsbruck idealerweise gemeinsam mit der MedUni Innsbruck –, regelmäßige Evaluierungen der Ärzteausbildung durchzuführen und einen zweckmäßigen Umsetzungsmechanismus zu etablieren. Allen überprüften Trägern bzw. Krankenanstalten empfahl er, auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen.

42.3 *(1) Die Stadt Wien und die MedUni Wien sagten die Umsetzung der Empfehlung zu. Sie teilten mit, dass innerhalb der vorgelegten Grundstruktur für die zukünftige Ärzteausbildung bereits Audits und Evaluierungsgespräche dargestellt seien. Die Details der Evaluierung und insbesondere auch die Sicherstellung eines validen Fragenkatalogs würden innerhalb des neuen Gremiums für die Ärzteausbildung festgelegt. Geplant sei jedenfalls eine regelmäßige Evaluierung einschließlich Maßnahmenvereinbarung. Die Einbeziehung sowohl der Auszubildenden als auch der Auszubildenden sei ebenfalls bereits im Entwurf dargestellt; überdies würden darin Fragen zu den didaktischen führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildung aufgenommen. Die MedUni Wien teilte ergänzend mit, dass die Evaluierungsergebnisse transparent darzustellen und den Betroffenen zur Verfügung zu stellen sowie die Umsetzung des Maßnahmenkataloges zu begleiten sein würden. Die Stadt Wien wies im Übrigen darauf hin, dass die MedUni Wien eine im Jahr 2010 geplante Evaluierung abgelehnt hätte.*

(2) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck würden die vorhandenen Evaluierungsinstrumente und Feedbackschlaufen angepasst. Nicht zufriedenstellende Ergebnisse und Nichteinhalten müssten nach der Identifikation mit entsprechenden Maßnahmen (Konzept mit Maßnahmenkatalog wird in Auftrag gegeben) verbessert werden. Auch zu didaktischen und führungstechnischen Fortbildungen gebe es bereits ein Projekt.

(3) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich würde die regelmäßige Evaluierung der Ärzteausbildung im Rahmen der Zertifizierungen und Rezertifizierungen durch die Ärztekammer durchgeführt. Die führungs-technischen Kompetenzen seien Inhalte des Leadershipprogramms und der Führungskräfteentwicklung der niederösterreichischen Landeskliniken und würden bei Neubesetzungen von Abteilungsleitungen sehr prominent gewichtet.

42.4 Der RH entgegnete dem Land Niederösterreich, dass laufende Evaluierungen der Ärzteausbildung durch die Krankenanstaltenträger bzw. die Krankenanstalten notwendig waren, um die Ausbildungsqualität kontinuierlich sicherzustellen, zeitnah notwendige Maßnahmen setzen und die Ausbildungsverantwortung umfassend wahrnehmen zu können. Der RH verblieb daher – unabhängig von den Evaluierungen durch die Ärztekammern – bei seiner Empfehlung nach regelmäßigen Evaluierungen durch die Krankenanstalten bzw. die Träger selbst und die Etablierung eines zweckmäßigen Umsetzungsmechanismus.

Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK

43.1 (1) Bis Ende 2009 war die Überprüfung der Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten durch Visitationen an Ort und Stelle in der Zuständigkeit der in den Landesärztekammern eingerichteten Ausbildungskommissionen gelegen, die dabei nach einer von der ÖÄK im Jahr 2006 per Verordnung festgelegten Richtlinie vorzugehen hatten.¹⁹⁷

(2) Allerdings wurden die Ausbildungskommissionen in den Landesärztekammern 2009 im Zuge einer Anpassung der im ÄrzteG 1998 verankerten Kammerordnung¹⁹⁸ abgeschafft und zu beratenden Ausschüsse für länderspezifische Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Qualitätssicherung umgewandelt.¹⁹⁹ Seither war daher

¹⁹⁷ Richtlinie zur Durchführung von Visitationen von Ausbildungsstätten am 23./24. Juni 2006 auf Grundlage der damaligen §§ 82 Abs. 4 und 118 Abs. 2 Z 14 ÄrzteG 1998 von der Vollversammlung der ÖÄK beschlossen und am 10. Oktober 2006 in Kraft getreten

¹⁹⁸ Die in der 13. ÄrzteG-Novelle (BGBl. I Nr. 144/2009) enthaltenen Änderungen waren notwendig geworden, weil zwischenzeitlich (BGBl. I Nr. 2/2008) mit Art. 120b B-VG eine neue Verfassungsbestimmung eingeführt worden war, wonach die Aufgaben eines Selbstverwaltungskörpers per Gesetz zum eigenen und zum übertragenen Wirkungsbereich zuzuordnen und eine Weisungsbindung für die Besorgung der Aufgaben im übertragenen Wirkungsbereich zu normieren waren.

¹⁹⁹ Laut den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage (467 der Beilagen XXIV. GP) war die Übertragung von Aufgaben des Gesundheitswesens (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) auf die Ärztekammern in den Bundesländern, die im Rahmen der Landesvollziehung (aufgrund des Art. 11 Abs. 1 Z 2 B-VG) eingerichtet sind, mit dem Grundsatz der Trennung der Vollziehungsbereiche von Bund und Ländern unvereinbar. Vergleiche dazu auch VfGH in VfSlg 4413/1963.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

allein die Ausbildungskommission der Österreichischen Ärztekammer für die Durchführung von Visitationen zuständig (§ 128a Abs. 5 Z 3 ÄrzteG 1998). Sie konnte sich dabei aber gegebenenfalls von den beratenden Ausschüssen in den Landesärztekammern unterstützen lassen.

Die 2006 mit Verordnung erlassene Richtlinie zur Durchführung von Visitationen von Ausbildungsstätten entsprach damit nicht mehr den Anforderungen des im Jahr 2009 novellierten ÄrzteG 1998. Diese war aber seither auch nicht novelliert oder ersetzt worden, obwohl der ÖÄK die Erlassung einer Verordnung über die von ihr durchzuführenden Visitationen im übertragenen Wirkungsbereich oblag (§ 117c Abs. 2 Z 9). Damit fehlte eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Festlegung der erforderlichen Verfahrensschritte für eine Visitation an anerkannten Ausbildungsstätten in einer Verordnung. Zwar erarbeitete die ÖÄK eine Anpassung der alten Richtlinie, diese trat aber – mangels eines gültigen Beschlusses in der Vollversammlung – nie in Geltung.

Dies hatte zur Folge, dass – seit der ÖÄK die Kompetenz zur Durchführung von Visitationen im ÄrzteG 1998 übertragen wurde – keine externe Kontrolle der Ärzteausbildung vor Ort an den Ausbildungsstätten in Form von Visitationen mehr stattgefunden hatte.

(3) Im Zuge der Novellierung des ÄrzteG 1998 im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU wurde eine neue Regelung (vgl. § 13a) eingeführt, wonach die ÖÄK die Voraussetzungen der Anerkennung anhand der von der Kommission für die ärztliche Ausbildung²⁰⁰ festgelegten Kriterien laufend zu evaluieren hat. Die Evaluierungsergebnisse sollen als Basis für die Verfahren zur Verlängerung der Anerkennung als Ausbildungsstätte nach sieben Jahren dienen.

- 43.2** Der RH kritisierte, dass die Ausbildungskommission der ÖÄK die Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten nicht – wie gesetzlich vorgesehen – im Rahmen von Visitationen überprüfte, wodurch seit rund fünf Jahren jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte.

Eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation, deren Erlassung der ÖÄK im übertragenen Wirkungsbereich oblag, war nicht vorhanden.

²⁰⁰ Kommission für die ärztliche Ausbildung gemäß Art. 44 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der Fassung BGBl. I Nr. 199/2013

Der RH empfahl dem BMG, raschestmöglich auf die Schaffung von Standards und Regeln für Visitationen durch die ÖÄK hinzuwirken, um eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Vor-Ort-Kontrolle der Ausbildungsqualität zu gewährleisten. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass im neuen ÄrzteG laufende Evaluierungen im Zusammenhang mit der nur mehr auf sieben Jahre befristet ausgesprochenen Anerkennung von Ausbildungsstätten vorgesehen waren.

43.3 *Das BMG teilte mit, dass – nach Erlassung der ÄAO 2015 sowie der KEF und RZ VO 2015 – in weiterer Folge die Erarbeitung und Erlassung einer Visitations-Richtlinie durch die ÖÄK unter entsprechender Einbeziehung des BMG zu erfolgen habe.*

Evaluierungen durch
die Ärztekammer

44.1 (1) Im Rahmen der Ärztekammern wurden insbesondere folgende Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt:

Evaluierung der allgemeinmedizinischen Ausbildung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin²⁰¹ führte seit August 2011²⁰² für die ÖÄK kontinuierlich eine österreichweite²⁰³ Evaluierung der TÄ/A-Ausbildung durch. Die Befragung erfolgte über einen Online-Fragebogen²⁰⁴. Mit dem System der kontinuierlichen Bewertung sollten möglichst alle Abteilungen und Ausbildungsabschnitte abgedeckt werden. Die Rücklaufquote betrug sowohl im Jahr 2012 als auch im Jahr 2013 rd. 44 %.

Ziel der Evaluierung war, konkrete Verbesserungspotenziale aufzuzeigen. Aufgrund der länderspezifischen Auswertungen verfügten die Ärztekammern der Länder über die Ergebnisse der einzelnen Krankenanstaltenabteilungen. Nach Angaben der überprüften Krankenanstalten bzw. Träger wurden die konkreten Informationen aber in der Regel nicht an die betroffenen Abteilungen und an die Ärztlichen Direktoren der einzelnen Krankenanstalten bzw. die Träger weiterge-

²⁰¹ Organisation der Ärztekammer für Oberösterreich im Bereich medizinischer Qualitätssicherung

²⁰² Drei-Jahresprojekt bis Herbst 2014 mit zwei Zwischenberichten

²⁰³ Die Evaluierung erfolgt nach einer österreichweit einheitlichen Methodik. Dadurch stehen für die Interpretation der Ergebnisse Vergleiche auf Bundes- und Landesebene zur Verfügung.

²⁰⁴ Die Befragung erfolgt über einen Online-Fragebogen, erstellt auf Basis bereits erprobter Fragebögen und der inhaltlichen Expertise durch die Turnusärztevertreter. Um sicherzustellen, dass eine Abteilung von jedem Turnusarzt nur einmal bewertet werden kann, werden jeweils individuelle Zugangslinks generiert und per E-Mail verschickt.

Qualitätssicherung der Ärzteausbildung

geben. Veröffentlicht und ausgezeichnet wurden meist²⁰⁵ nur die fünf besten Abteilungen je Bundesland.

Evaluierung der Facharztausbildung

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin führte weiters im Auftrag der Ärztekammer für Wien im Herbst 2013 eine Evaluierung der Facharztausbildung an der MedUni Wien als Online-Befragung durch. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 42,6 %. Dieser Auswertungsbericht wurde ins Internet gestellt und war somit allen zugänglich. Die MedUni Wien bezweifelte allerdings die Validität diese Studie (z.B. aufgrund der Art der Fragestellungen).

Auf Ebene der Universitätskliniken für Innere Medizin wurden in der Folge zum Teil Maßnahmen geplant (u.a. häufigere Übertragung eigenständiger Tätigkeiten²⁰⁶ oder Einsatz eigener Facharzt-Kontroll-Oberärzte sowie Vorgaben wie im Klinisch-Praktischen Jahr).

(2) In der Schweiz führte das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung in Zusammenarbeit mit der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich seit 2003 jährlich mittels Fragebogens freiwillige Befragungen der Ausbildungsärzte zur Evaluierung der Ausbildungsstätten durch (Rücklaufquote im Jahr 2013: 69 %). Die Ergebnisse waren im Internet abrufbar.²⁰⁷ Dabei konnten Vergleiche mit dem Benchmark sowie mit dem Vorjahresergebnis der Ausbildungsstätte/der Ausbilder gezogen werden. Zusätzlich erhielten die Abteilungsleiter eine Rückmeldung in Form zusammengefasster Daten (Mittelwerte, bei mehr als vier ausgefüllten Fragebogen auch Minimum und Maximum).

Ein Vergleich der Fragebögen ergab u.a., dass der Schweizer Fragebogen mehr und konkretere Fragestellungen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder enthielt als die österreichischen Fragebögen.

²⁰⁵ In ihrer Zeitschrift „Mitteilungen der Ärztekammer für Tirol“ veröffentlichte diese auch die beiden am schlechtesten bewerteten Abteilungen von Tirol.

²⁰⁶ mitverantwortliche Visiten mit Niederschrift, selbstständige Führung von Patienten/Zimmer, Therapieentscheidungen, Bettenvergabe, jeder TÄ/F muss alle Patienten kennen

²⁰⁷ <http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung/allgemein/weiterbildungsqualitaet/auswertung-2013.html>

44.2 Der RH wertete externe Evaluierungen der Ärzteausbildung im Sinne der Qualitätssicherung grundsätzlich positiv. Er stellte aber kritisch fest, dass aufgrund der meist fehlenden Offenlegung der konkreten Ergebnisse der Auswertungsberichte über die TÄ/A-Ausbildung gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern entsprechende Maßnahmen kaum möglich waren.

Der RH empfahl dem BMG – auch im Hinblick auf die nach dem neuen ÄrzteG durchzuführenden Evaluierungen der Ausbildungsstätten – darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit den Auswertungsergebnissen transparenter gestaltet wird. Die Krankenanstaltenträger und die Ärztlichen Leiter sollten über das gesamte Ergebnis verfügen, um gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können.

Der RH empfahl dem BMG weiters, darauf hinzuwirken, dass vermehrt konkrete Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildner in die Evaluierungsfragebögen aufgenommen werden.

44.3 *Das BMG teilte mit, dass im Rahmen der vorgesehenen Evaluierung bei der Rezertifizierung von Ausbildungsstätten (§ 13a ÄrzteG 1998) auch die Ausbildungsqualität eine Rolle spielen werde. Zur Frage der didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildner sei in Aussicht genommen, die Kommission für die ärztliche Ausbildung zu befassen.*

44.4 Der RH hielt fest, dass aus seiner Sicht sowohl das Anerkennungs- als auch das Rezertifizierungsverfahren von Ausbildungsstätten dazu dienen, die Qualität der Ärzteausbildung umfassend sicherzustellen. Er wiederholte seine Empfehlung nach einem transparenteren Umgang mit Evaluierungsergebnissen, um den Krankenanstaltenträgern und den Ärztlichen Leitern zu ermöglichen, gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

Allgemeines

- 45** Für die Arbeitszeit von Turnusärzten gab es gesetzlich vorgegebene Ober- und Untergrenzen. Im KA-AZG ²⁰⁸ waren Höchstarbeitszeiten festgelegt. Auch das Arbeitsruhegesetz²⁰⁹ begrenzte die Arbeitszeit insoweit, als z.B. für einen Wochenenddienst jedenfalls ein Wochentag freizunehmen war, um die vorgegebenen Ruhezeiten einzuhalten. Das ÄrzteG 1998²¹⁰ enthielt Mindestanwesenheitszeiten für Turnusärzte.

Höchstarbeitszeiten

Rechtsgrundlagen

- 46** (1) Die in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte hatten nach dem Arbeitsruhegesetz einen Anspruch auf eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens 36 Stunden pro Woche. Ihre wöchentliche Arbeitszeit war daher insoweit begrenzt, als z.B. für einen Wochenenddienst jedenfalls ein Wochentag frei zu nehmen war, um die Vorgabe des Arbeitsruhegesetzes zu erfüllen.

(2) Das KA-AZG begrenzte die Tagesarbeitszeit grundsätzlich mit maximal 13 Stunden und die Wochenarbeitszeit grundsätzlich mit durchschnittlich 48 Stunden (§ 3 Abs. 1 und 2 KA-AZG). Durch Abschluss einer entsprechenden Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung war es jedoch möglich, diese Grenzen auf bis zu 49 Stunden für einen verlängerten Dienst bzw. 72 Stunden Wochenarbeitszeit auszudehnen (§ 4 Abs. 4 KA-AZG), sofern dies aus wichtigen organisatorischen Gründen unbedingt notwendig war und die Ärzte während der Arbeitszeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden (§ 4 Abs. 1 KA-AZG).

Im Gegensatz dazu normierte die EU-Arbeitszeitrichtlinie²¹¹ für in Krankenanstalten beschäftigte Ärzte eine zwingende wöchentliche Höchstarbeitszeitgrenze von durchschnittlich 48 Stunden innerhalb des Durchrechnungszeitraums. Auf diese Grenze war laut EuGH²¹² auch die Arbeitsbereitschaft während eines Nachtdienstes im Spital in

²⁰⁸ BGBl. I Nr. 8/1997 i.d.g.F.

²⁰⁹ BGBl. Nr. 144/1983 i.d.g.F.

²¹⁰ Gleichlautende Bestimmungen in § 9 Abs. 6 für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, § 10 Abs. 7 für die Ausbildung zum Facharzt, § 11 Abs. 6 für die spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet des Sonderfaches und § 13 Abs. 6 für die Ausbildung in Lehrambulatorien

²¹¹ Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung, ABl Nr. L 299 vom 18. November 2003, S. 0009 – 0019

²¹² siehe dazu bspw. das Grundsatzurteil vom 3. Oktober 2000, Rs. C-303/98 (SIMAP)

vollem Umfang anzurechnen, selbst wenn der Arzt in dieser Zeit nicht durchgehend in Anspruch genommen wurde.²¹³

Die Europäische Kommission hatte die ordnungsgemäße Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie durch das österreichische KA-AZG in Zweifel gezogen und die österreichische Bundesregierung im Februar 2014 in einem Mahnschreiben aufgefordert, einen Vorschlag zur Reduzierung der Arbeitszeit der Ärzte vorzulegen.²¹⁴ Vor diesem Hintergrund wurde das KA-AZG im Herbst 2014 novelliert und eine schrittweise Senkung der Arbeitszeiten von den bisher erlaubten 72 Stunden pro Woche auf 60 Stunden ab 2015, 55 Stunden ab 2018 und letztendlich 48 Stunden ab Mitte 2021 beschlossen.

Das KA-AZG beschränkte auch die Zahl der pro Monat erbringbaren verlängerten Dienste auf sechs bzw. bei entsprechender Regelung im Rahmen einer Betriebsvereinbarung auf acht Dienste (§ 4 Abs. 5 KA-AZG). Ein verlängerter Dienst, der mehr als 32 Stunden umfasste, war für diese Berechnung wie zwei Dienste zu zählen.

Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen

- 47.1** (1) Von der Möglichkeit, die Höchstarbeitszeitgrenzen per Betriebsvereinbarung auszudehnen, machten alle überprüften Krankenanstalten Gebrauch:

AKH Wien

Die von der MedUni Wien als Dienstgeberin der im AKH Wien tätigen Ärzte mit dem Betriebsrat abgeschlossene Arbeitszeit-Betriebsvereinbarung sah einheitliche Höchstarbeitszeitgrenzen vor.

²¹³ Rufbereitschaft, bei der der Arzt seinen Aufenthaltsort frei wählen konnte, war hingegen nach Meinung des EuGH keine Arbeitszeit und daher nur bei einem Tätigwerden des Arztes als Arbeitszeit zu werten.

²¹⁴ Die Europäische Kommission hatte von Österreich Informationen hinsichtlich der ihrer Meinung nach nicht richtigen Umsetzung der Arbeitszeitrichtlinie durch das österreichische KA-AZG gefordert.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

LKH Innsbruck

Für die am LKH Innsbruck tätigen Ärzte galten je nach Dienstgeber (MedUni Innsbruck oder Land Tirol) unterschiedliche Betriebsvereinbarungen. Wie im AKH Wien sahen die Betriebsvereinbarungen jeweils nur ein Modell an Höchstarbeitsgrenzen vor.

LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(1) Die Betriebsvereinbarungen der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten enthielten mehrere Arbeitszeitmodelle, aus denen die Ärzte wählen konnten; ein Wechsel zwischen den Modellen war einmal pro Jahr möglich. Die Modelle unterschieden sich hinsichtlich der maximalen Wochenarbeitszeit in der Einzelwoche (zwischen 48 und 72 Stunden), der maximalen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit im Durchrechnungszeitraum (zwischen 40 und 60 Stunden) sowie der Höchstzahl der verlängerten Dienste pro Monat (zwischen vier und acht).

(2) Alle in den Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten vereinbarten Höchstarbeitszeitgrenzen entsprachen den Vorgaben des KA-AZG. Wie die folgende Tabelle zeigt, lagen die getroffenen Regelungen teilweise bereits deutlich unter den zulässigen Höchstarbeitszeitgrenzen:

Tabelle 18: Höchstarbeitszeitgrenzen gemäß Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten								
	Vorgaben KA-AZG	AKH Wien	LKH Innsbruck		LK St. Pölten/Lilienfeld		LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl	
			MedUni Innsbruck	Land	von	bis	von	bis
max. Wochenarbeitszeit (Stunden)	72	67 (72 ¹)	72	72	50	72	48	72
max. durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden)	60	58 (60 ¹)	60	–	42	56	40	60
max. Dauer verlängerter Dienst (Stunden)	49	25 (49 ²)	25 (32 ¹)	25	32	49 ²	32	49 ²
max. Anzahl verlängerte Dienste pro Monat	8	6	6	–	4	8	4	8

¹ einschließlich Zeiten für nicht patientenbezogene Tätigkeiten in Forschung und Lehre

² verlängerte Dienste an Wochenenden und vor Feiertagen

Quellen: AKH Wien; LKH Innsbruck; LK St. Pölten/Lilienfeld; LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl



Arbeitszeiten von Turnusärzten



Ärzteausbildung

(3) Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste waren nur im LKH Innsbruck bezüglich jener Ärzte, die beim Land Tirol angestellt waren, vorhanden. Nur in der für diese Ärzte geltenden Betriebsvereinbarung (sogenanntes „Modell Tirol“) war eine andere Abgeltung für patientenbezogene Einsätze während der Dienste vorgesehen, als für die bloße Bereitschaft, weshalb die Einsätze auch im Zeiterfassungssystem dokumentiert wurden.

Eine anhand von Fallbeispielen vorgenommene Überprüfung dieser Aufzeichnungen in den Kliniken für Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergab, dass die Ärzte in den verlängerten Diensten – den Vorgaben des KA-AZG entsprechend – nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden.

Für die bei der MedUni Innsbruck angestellten Ärzte des LKH Innsbruck und für die anderen überprüften Krankenanstalten konnte die tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der von ihnen geleisteten verlängerten Dienste mangels Aufzeichnungen nicht überprüft werden.

47.2 Der RH stellte fest, dass die Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten auf die Vorgaben des KA-AZG Bedacht nahmen, ohne die grundsätzlich möglichen Höchstarbeitszeitgrenzen in vollem Ausmaß auszuschöpfen. Insbesondere einige Arbeitszeitmodelle in den niederösterreichischen Landeskliniken lagen deutlich unterhalb dieser Grenzen.

Mit der Vereinbarung von niedrigeren Höchstarbeitszeitgrenzen setzten die überprüften Krankenanstalten bereits einen Schritt in Richtung der – mit der Novelle des KA-AZG eingeführten – sukzessiven Verkürzung der möglichen Höchstarbeitszeiten für Spitalsärzte ab dem Jahr 2015.

Kritisch beurteilte er hingegen die mangelnde Datenlage bezüglich der tatsächlichen Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste. Ohne Aufzeichnungen darüber war es dem Dienstgeber nicht möglich, die Einhaltung der KA-AZG Vorgaben zu überwachen bzw. zu überprüfen. Wie die im LKH Innsbruck von den beim Land Tirol beschäftigten Ärzten praktizierte Erfassung bewies, waren solche Aufzeichnungen ohne großen Aufwand realisierbar.

Der RH empfahl daher auch den beiden Medizinischen Universitäten und dem Land Niederösterreich, die Auslastung bzw. Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste zu erfassen.

Arbeitszeiten von Turnusärzten

47.3 (1) Die MedUni Wien sagte die Umsetzung der Empfehlung zu und teilte mit, dass bisher die Auslastung bzw. tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste im AKH Wien nicht erfasst würden. Im Rahmen der aufgrund der Novelle zum Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz notwendigen Neustrukturierung der Dienstzeitmodelle werde ein Konzept für die Erfassung der Auslastung bzw. tatsächlichen Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste (Journaldienste) entwickelt und umgesetzt.

(2) Das Land Niederösterreich führte aus, dass die NÖ Landeskliniken-Holding mit Implementierung des Arbeits- und Ruhezeitenmonitors bereits systematisch die Auslastung des ärztlichen Personals überprüfe. Ein weitergehendes Monitoring der Ruhezeiten während verlängerter Dienste sei aufgrund des hohen administrativen und finanziellen Aufwandes noch nicht angedacht. In diesem Zusammenhang würden die Führungskräfte jedoch stets angehalten, speziell die Einhaltung der Ruhezeiten während verlängerter Dienste sicherzustellen.

47.4 Gegenüber dem Land Niederösterreich wies der RH erneut auf die im LKH Innsbruck praktizierte Erfassung hin; diese bewies, dass Aufzeichnungen über die tatsächliche Inanspruchnahme während der verlängerten Dienste grundsätzlich auch ohne großen administrativen und finanziellen Aufwand realisierbar waren. Der RH hielt daher seine Empfehlung aufrecht.

Mindest-
anwesenheitszeiten

48.1 (1) Die im ÄrzteG 1998²¹⁵ enthaltenen Vorgaben über die Arbeits- bzw. Ausbildungszeit der Turnusärzte sahen tägliche Mindestanwesenheitszeiten zugunsten einer gleichmäßigen Verteilung der Wochendienstzeit von 35 Stunden zwischen Montag und Freitag vor. Demnach waren von den 35 Wochenstunden laut ÄrzteG 1998 jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr (Kernarbeitszeit) zu absolvieren.

Dadurch sollte gewährleistet werden, dass die Ausbildung möglichst in den Hauptdienstzeiten, in denen der überwiegende Teil des fachärztlichen Stammpersonals anwesend war, erfolgte. Nachtdienste sowie Wochenend- und Feiertagsdienste, die – sofern fachlich erforderlich – zu leisten waren, konnten daher nur zusätzlich im Ausmaß von zehn Stunden angerechnet werden.

²¹⁵ Gleichlautende Bestimmungen in § 9 Abs. 6 für die Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, § 10 Abs. 7 für die Ausbildung zum Facharzt, § 11 Abs. 6 für die spezielle Ausbildung auf einem Teilgebiet des Sonderfaches und § 13 Abs. 6 für die Ausbildung in Lehrambulatorien

Diese Mindestanwesenheitszeiten führten in Zusammenhang mit den Vorschriften des Arbeitsruhegesetzes und des KA-AZG zu Beschränkungen bei der Einteilung²¹⁶ der Turnusärzte für verlängerte Dienste. So konnten von Turnusärzten grundsätzlich keine Wochenend- bzw. Feiertagsdienste geleistet werden, weil das Arbeitsruhegesetz im Fall eines Arbeitseinsatzes an Wochenenden (der den Sonntag mitumfasste) und Feiertagen als Ersatz eine 36-stündige Ruhezeit vorsah, die einen ganzen Wochentag einzuschließen und darum eine Abwesenheit in der Kernarbeitszeit zur Folge hatte.

Da dies einen Verstoß gegen die Bestimmungen des ÄrzteG 1998 darstellte, war für diese Zeit lediglich in Ausnahmefällen, wenn ein entsprechender Dienst unumgänglich war, eine Anrechnung auf die Ausbildungszeit möglich.²¹⁷

(2) Wie eine Auswertung der Dienstpläne der Abteilungen/Kliniken für Innere Medizin der überprüften Krankenanstalten vom März 2014 zeigte, kamen durch das Arbeitsruhegesetz bzw. das KA-AZG bedingte Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit häufig vor und umfassten je Turnusarzt zwischen einem und sieben Tagen pro Monat.

(3) Auf diesen Umstand sollte im Rahmen der Novellierung des ÄrzteG 1998 reagiert werden, indem – im Interesse einer besseren und flexibleren Einteilung der Ausbildungszeiten – nunmehr die Kernausbildungszeit als jener Zeitraum definiert war, in dem der überwiegende Teil des fachärztlichen Personals in der anerkannten Ausbildungsstätte anwesend war.

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens hatte der RH darauf hingewiesen, dass dies in der Praxis nur für einen Zeitraum zutraf, der im Wesentlichen den bisher vorgegebenen 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr entsprach. Allerdings wurde mit der endgültig beschlossenen Novelle auch der Zeitraum ausgedehnt, in dem 25 der 35 Wochenstunden zu absolvieren waren; nach der neuen Rechtslage war dies zwischen 7.00 Uhr und 16.00 Uhr möglich.

48.2 Der RH sah die jahrelange Einschränkung der anrechenbaren Ausbildungszeit auf die Kernarbeitszeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr an Wochentagen kritisch, weil dies aus seiner Sicht zur Sicherung der

²¹⁶ Gemäß dieser ärztgesetzblichen Bestimmungen und § 8 Abs. 10 KAKuG, wonach der ärztliche Dienst so einzurichten war, dass die Ausbildung der Turnusärzte gewährleistet ist, war daher – in letzter Konsequenz vom ärztlichen Leiter – auf eine entsprechende Dienstenteilung der Turnusärzte zu achten.

²¹⁷ Regierungsvorlage 306 BlgNR XXII. Gesetzgebungsperiode

Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar war.

Er erachtete daher die Möglichkeit einer besseren Einteilung der Ausbildungszeiten für sinnvoll und hob insbesondere die Ausdehnung des bisher vorgegebenen Zeitraums auf 7.00 Uhr bis 16.00 Uhr positiv hervor.

Entlohnung der Turnusärzte

Rechtliche Rahmenbedingungen

- 49** (1) Die Entlohnung der TÄ/A und der TÄ/F in den überprüften Krankenanstalten erfolgte auf Grundlage der nachstehenden Bestimmungen:

AKH Wien und LKH Innsbruck

Alle am AKH Wien tätigen Ärzte, somit auch die TÄ/F, waren wie erwähnt Bedienstete der MedUni Wien. Im LKH Innsbruck war die MedUni Innsbruck Dienstgeberin etwa der Hälfte der dort tätigen Fachärzte bzw. TÄ/F. Für diese erfolgte die Entlohnung auf Grundlage der Bestimmungen des Kollektivvertrags für die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Universitäten.

Für die anderen im LKH Innsbruck beschäftigten Ärzte (darunter waren auch alle TÄ/A) war Dienstgeber das Land Tirol. Für die Entlohnung der Turnusärzte des Landes Tirol waren die Bestimmungen des Tiroler Landesbedienstetengesetzes²¹⁸ sowie jene des sogenannten Modells Tirol bindend. Dieses Modell war eine Betriebsvereinbarung zwischen der TILAK und dem Zentralbetriebsrat, in der u.a. die Bewertung von Überstunden geregelt wurde.

LK St. Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Alle Ärzte der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten waren Bedienstete des Landes Niederösterreich; für ihre Entlohnung waren die Bestimmungen des NÖ Spitalsärztegesetzes 1992 anzuwenden.

- (2) Aufgrund von internen Vereinbarungen erhielten die Turnusärzte an fast allen überprüften Kliniken bzw. Abteilungen für Innere Medizin einen Anteil an den Sondergebühren.

²¹⁸ LGBl. Nr. 2/2001 i.d.g.F.

Gehälter

- 50 (1) Um trotz der beschriebenen unterschiedlichen Gehalts- bzw. Arbeitszeitregelungen einen Gehaltsvergleich anstellen zu können, stützte sich der RH auf eine – mit den Dienstgebern der in den überprüften Krankenanstalten tätigen Turnusärzte akkordierte – Modellrechnung.

Dazu zog er das jeweilige Grundgehalt entsprechend der Einstufung sowie regelmäßige Zulagen heran; die gesetzlich vorgesehenen Sonderzahlungen (13. und 14. Gehalt) nahm der RH ebenfalls in die Modellrechnung des Jahresgehalts auf.²¹⁹

Einen wesentlichen Gehaltsbestandteil der Ärzte bildete die zu leistende Mehrarbeit in Form von verlängerten Diensten (Nachtdienste, Dienste an Wochenenden). Da bei den überprüften Rechtsträgern bzw. Krankenanstalten unterschiedliche Arbeitszeitmodelle zur Anwendung kamen, die aus verschiedenen Gründen (z.B. Anzahl der Dienste bzw. der Überstunden, Freizeitausgleich etc.) nur eingeschränkt vergleichbar waren, ging der RH in seinem Rechenmodell davon aus, dass

- jeder Turnusarzt die gleiche Anzahl und Art von verlängerten Diensten im Jahr leistete,
- die Dauer der einzelnen Dienste gleich war,
- keine Überstunden außerhalb der verlängerten Dienste geleistet wurden sowie
- alle geleisteten Stunden bzw. zuerkannten Zeitguthaben monetär abgegolten wurden.

(2) Für die Modellrechnung wurde angenommen, dass die Turnusärzte zusätzlich zur Normalarbeitszeit insgesamt 40 verlängerte Dienste im Jahr zu erbringen hatten, was alle Krankenanstaltenträger als realistisch erachteten. Die Abgeltung der Dienste war abhängig von der Dauer und ob sie wochentags oder am Wochenende geleistet wurden. Für die 40 verlängerten Dienste ging der RH deshalb einheitlich von folgender Verteilung aus:

²¹⁹ Nicht berücksichtigt wurden hingegen Zulagen, welche abhängig von der persönlichen Situation zur Auszahlung gelangten, wie z. B. die Kinderzulage oder der Fahrtkostenzuschuss.

Entlohnung der Turnusärzte

- 28 verlängerte Dienste jeweils zwischen Montag und Freitag (Dauer von 16 Stunden),
- sechs verlängerte Dienste jeweils von Samstag auf Sonntag (Dauer von 24 Stunden) und
- sechs verlängerte Dienste jeweils von Sonntag auf Montag mit einer Dauer von ebenfalls 24 Stunden.²²⁰

Geringfügige Abweichungen in einzelnen Krankenanstalten bei der Dauer der Dienste (wie z.B. 17 Stunden anstatt 16 Stunden bei den Diensten wochentags oder 25 Stunden anstatt 24 Stunden bei den Wochenenddiensten) wurden in dieser Modellrechnung nicht berücksichtigt.

(3) Um auch einen internationalen Vergleichswert zu erhalten und vor dem Hintergrund der immer wieder ins Treffen geführten Abwanderung von Turnusärzten ins Ausland, berechnete der RH auch die Abgeltung von angestellten Ärzten in Deutschland nach Tarifverträgen des Marburger Bundes für Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Krankenhäusern und an Universitätskliniken²²¹ unter Heranziehung seiner Modellrechnung. Daneben gab es allerdings noch eine Vielzahl weiterer Tarifverträge etwa mit privaten Klinikkonzernen.²²²

Der Marburger Bund war der Verband der angestellten und beamteten Ärzte Deutschlands und deren gewerkschaftliche sowie berufspolitische Vertretung sowie die Interessenvertretung der Medizinstudierenden.

Vergleichbare Vertragswerke für Schweizer Ärzte gab es nicht. Eine mit den Berechnungen auf Basis von Tarifverträgen des Marburger Bundes vergleichbare Rechnung für die Schweiz war daher nicht möglich.

²²⁰ Wochenenddienste waren von Turnusärzten aufgrund der Kernarbeitszeitregelung grundsätzlich nur in Ausnahmefällen absolvierbar. Die Annahme von insgesamt zwölf Wochenenddiensten pro Jahr wurde vor dem Hintergrund getroffen, dass eine Auswertung der Dienstpläne für Innere Medizin regelmäßige Abwesenheiten in der Kernarbeitszeit zwischen einem und sieben Tagen pro Monat ergeben hatte (siehe TZ 48). Um ein realistisches Gehaltsmodell zu erstellen, war es daher notwendig, diese Praxis zu berücksichtigen. Allerdings wurde – im Sinne des Ausnahmetatbestands der Kernarbeitszeitregelung – mit einem Wochenenddienst pro Monat der niedrigste Wert dieser Bandbreite angenommen.

²²¹ Gilt für rd. 550 kommunale Kliniken bzw. 20 Universitätskliniken.

²²² In Deutschland gab es 2012 rd. 2.020 Krankenanstalten, davon waren nur rd. 30 % öffentliche Krankenanstalten (Träger: Bund, Länder, Kreise, Städte etc.); rd. 35 % waren freigemeinnützige Krankenanstalten (Träger: Kirchen, Wohlfahrtsverbände etc.) und rd. 35 % private Krankenanstalten (z.B. Helios Kliniken).

51.1 (1) Die Gehälter der TÄ/A und TÄ/F stellten sich zur Zeit der Gebärungsüberprüfung im Jahr 2014 im Überblick für beide zusammengefasst wie folgt dar:

Tabelle 19: Entlohnung der TÄ/A und TÄ/F – Bandbreiten (Modellrechnung)				
Bandbreite	Ausbildungsbeginn		Ausbildungsende	
	von	bis zu	TÄ/A bis zu ¹	TÄ/F bis zu ²
	in EUR			
Jahresbrutto samt Sonderzahlungen	40.840	45.660	44.870	51.020
Entgelt für 40 Dienste	16.580	23.170	20.210	23.690
Gesamtgehälter	60.400	67.800	62.490	74.190

¹ im dritten Ausbildungsjahr

² im sechsten Ausbildungsjahr, ausgehend von der Annahme, dass davor keine Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolviert wurde, sonst Gehalt bis zu rd. 75.260 EUR

Quellen: Berechnungen RH

- Die unterschiedlichen Gehaltshöhen zu Ausbildungsbeginn waren auch darauf zurückzuführen, dass TÄ/A und TÄ/F teilweise uneinheitlich eingestuft wurden (auch durch Anrechnung von Vordiensten).
- Die unterschiedlichen Gehälter zum Ausbildungsende waren insbesondere dadurch bedingt, dass in der Modellrechnung – entsprechend den gesetzlich vorgesehenen Mindestausbildungszeiten – eine Ausbildungsdauer für TÄ/A von drei Jahren und für TÄ/F von sechs Jahren angenommen wurde.
- Die Abgeltung der verlängerten Dienste war u.a. auch insofern unterschiedlich, als das Entgelt für Dienste teilweise vom tatsächlichen Einsatz abhängig war. Als Einsatzzeiten galten in diesem Fall ausschließlich patientenbezogene ärztliche Tätigkeiten (nicht Dokumentations- bzw. Verwaltungsaufgaben), genaue Zeitaufzeichnungen darüber waren verpflichtend.

(2) Die TILAK sah ab dem Jahr 2015 eine Gehaltsreform vor.²²³ Einer der Gründe hierfür war, dass das bestehende Gehaltssystem insbesondere bei jüngeren Ärzten als nicht marktgerecht angesehen wurde.

(3) Die genannten Tarifverträge des Marburger Bundes (siehe TZ 50) wiesen auf Basis der Modellrechnung des RH für Ausbildungsärzte in

²²³ Niederösterreich hatte 2012 eine Gehaltsreform durchgeführt.

Entlohnung der Turnusärzte

Deutschland im Vergleich zu Österreich teilweise höhere Gehälter²²⁴ aus. Wie unter TZ 6 ausgeführt, waren deutlich mehr österreichische Ärzte in Deutschland tätig als umgekehrt und in den letzten Jahren eine stetig steigende Tendenz erkennbar.

Trotzdem gab es auch eine nicht unbeträchtliche Anzahl deutscher Ärzte in Österreich. Eine deutsche Fallstudie²²⁵ untersuchte – vor dem Hintergrund des dort bestehenden Ärztemangels²²⁶ – die Gründe für die Abwanderung deutscher Ärzte nach Österreich.

Als wesentlichste Beweggründe für einen Wechsel nach Österreich wurden – trotz niedrigeren Gehalts – bessere Arbeitsbedingungen (Arbeitszeiten, höhere Ärztedichte in den Krankenanstalten etc.), eine vertraglich stabilere Situation und eine bessere Work-Life-Balance angegeben. Als negativer Faktor wurde etwa die schlechtere Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal gesehen.

- 51.2** Der RH hielt kritisch fest, dass die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten intransparent war und nur unter Zuhilfenahme von Annahmen vergleichbar gemacht werden konnte.

Grund dafür war insbesondere, dass den Gehältern der im AKH Wien, im LKH Innsbruck und in den niederösterreichischen Krankenanstalten tätigen Turnusärzte unterschiedliche Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten zugrunde lagen; im LKH Innsbruck wurden die dort tätigen TÄ/F – abhängig vom Dienstgeber – unterschiedlich entlohnt.

Was die – sich aufgrund von beispielhaft ausgewählten Tarifverträgen ergebenden – teilweise höheren Gehälter in Deutschland betrifft, so können diese nach Auffassung des RH mit ein Grund sein, dass mehr österreichische Ärzte dort tätig waren als deutsche Ärzte in Österreich. Nach Ansicht des RH war das Gehalt jedoch nur einer von vielen Faktoren, um Turnusärzte zur Absolvierung ihrer Ausbildung in Österreich zu motivieren.

²²⁴ – Ärzte an kommunalen Krankenhäusern: bis zu rd. 81.200 EUR (im sechsten Ausbildungsjahr)
– Ärzte an Universitätskliniken: bis zu rd. 85.200 EUR (im sechsten Ausbildungsjahr)

²²⁵ A.E. Schmidt, E. Klambauer, Zwischen Ökonomisierung und Work-Life-Balance – Perspektiven zur Abwanderung von deutschem Gesundheitspersonal nach Österreich, Georg Thieme Verlag

²²⁶ Laut Berechnungen der EU-Kommission fehlten im Jahr 2010 in Deutschland bereits 17.000 Ärzte, eine Zahl, die bis 2030 auf 165.000 ansteigen könnte.

Wesentlich waren aus seiner Sicht auch bestmögliche Umfeldbedingungen innerhalb der Krankenanstalt, wie etwa das Engagement der Ausbilder und die Unterstützung durch diese, ein durchgängig strukturierter Ausbildungsverlauf, die Integration in das Team und entsprechende Wertschätzung sowie eine optimale Aufteilung zwischen den Berufsgruppen.

Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung nach einer regelmäßigen – von den zuständigen Institutionen gemeinsam durchgeführten – Erhebung der Abwanderungsgründe und -zahlen von Absolventen eines Medizinstudiums bzw. von Turnusärzten und deren Drop-out-Gründe (TZ 5), um auf Basis gesicherter Daten die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können.

Maßnahmen zur Korruptions- prävention

52.1 Der Besuch externer Aus- und Fortbildungsveranstaltungen durch (Turnus)Ärzte wurde in den überprüften Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß finanziell gefördert.²²⁷ Für darüber hinausgehende Kosten mussten die Ärzte teilweise selbst aufkommen. Eine weitere oder zusätzliche Möglichkeit waren Unterstützungszahlungen für Aus- und Fortbildungen von dritter Seite (z.B. Pharmaunternehmen).

Insbesondere vor dem Hintergrund der strafrechtlichen Bestimmungen betreffend Korruption²²⁸ überprüfte der RH, ob bzw. welche Verhaltensregeln für die Ärzte in den vier Krankenanstalten hinsichtlich der Annahme von (Unterstützungs)Leistungen von Dritten vorgesehen waren:

AKH Wien und LKH Innsbruck

(1) Die MedUni Wien erließ bereits im Oktober 2008 bezugnehmend auf das mit 1. Jänner 2008 in Kraft getretene Strafrechtsänderungsgesetz 2008²²⁹ „Richtlinien zur Vermeidung von Strafbarkeit bei Geschenkannahme (Antikorruptionsrichtlinien)“; diese waren auf der Homepage der MedUni Wien abrufbar. Die MedUni Innsbruck beschloss im Dezember 2008 die Anwendung der Richtlinien der MedUni Wien; diese waren im Intranet der MedUni Innsbruck verfügbar.²³⁰

²²⁷ zum Beispiel durch Drittmittel, Ausbildungsmillion des Landes Niederösterreich etc.

²²⁸ §§ 304 ff. Strafgesetzbuch (StGB), Strafbare Verletzungen der Amtspflicht, Korruption und verwandte strafbare Handlungen

²²⁹ BGBl. I Nr. 109/2007

²³⁰ Unabhängig von der Richtlinie verlangten oft Unternehmen selbst, Antikorruptionserklärungen von den Universitäten. Solche wurden dann von den Rechtsabteilungen geprüft und freigegeben.

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

Die an beiden Medizinischen Universitäten geltenden Richtlinien legten u.a. Folgendes fest:

- Die Annahme von Geschenken, Einladungen etc. durch den Mitarbeiter selbst war unzulässig; erlaubt waren entsprechende Leistungen an die Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit.
- Einladungen zu Kongressen ohne Vortragstätigkeit bzw. Tagungsvorsitz sowie zu Firmenproduktveranstaltungen waren jedenfalls an die Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit zu richten; diese entschied, welcher Mitarbeiter teilnehmen durfte. Hinsichtlich des Reisekostenzuschusses waren drei Varianten vorgesehen.²³¹
- Einladungen zu Kongressen mit Vortragstätigkeit bzw. Tagungsvorsitz durften von den Mitarbeitern selbst angenommen werden; die Übernahme der Reisekosten wurde als „Honorarleistung“ betrachtet. Die „Verhältnismäßigkeit“ musste gegeben sein.
- Betreffend Essenseinladungen bzw. Weihnachtsfeiern war – laut den Richtlinien – zwar eine direkte Kostenübernahme durch ein Unternehmen unzulässig, eine Refundierung der Kosten durch dieses über ein Drittmittelkonto der Medizinischen Universitäten aber erlaubt.

Weitere Festlegungen, wie etwa eine detaillierte Regelung des einzuhaltenden Prozesses samt transparenter Dokumentation sowie Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten, klare Begriffsdefinitionen, die von leitenden Mitarbeitern (Klinikvorstände, Abteilungsleiter etc.) einzuhaltende Vorgangsweise, Sanktionsmechanismen etc. fehlten.

Weder die MedUni Wien noch die MedUni Innsbruck hatten im Vorfeld eine nachvollziehbare Korruptionsrisikoanalyse²³² durchgeführt; die MedUni Wien orientierte sich an aus ihrer Sicht typischen Fallkonstellationen. Obwohl in den vergangenen sechs Jahren zwei relevante Gesetzesnovellen²³³ erfolgten, blieben die genannten Richtlinien bis zur Zeit der Gebarungüberprüfung unverändert.

²³¹ 1) Refundierung auf ein allgemeines Reise- und Kongresskonto der Universität bzw. Organisationseinheit,

2) „unrestricted Grants“ von „Grant-Gebern“ für Fortbildungen und Kongressreisen und
3) direkte Reisebuchung durch die Firma (mit Dokumentationspflicht)

²³² Ziel einer Risikoanalyse ist es, potenzielle Gefahren für die Organisation (bspw. materielle oder immaterielle Schäden), aber auch entgangene (Ertrags-)Chancen zu ermitteln und hieraus geeignete Maßnahmen zur Risikominderung abzuleiten.

²³³ Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2009, BGBl. I Nr. 98/2009, Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2012, BGBl. I Nr. 61/2012

(2) Im LKH Innsbruck war Folgendes geregelt:

- Der Ärztliche Direktor des LKH Innsbruck erließ für die TILAK-Ärzte des LKH Innsbruck im Februar 2009 eine „Richtlinie zur Vorbeugung von Vorteilsannahme und Korruption“. Die Festlegungen betreffend „Annahme von Dienstleistungen und Einladungen“ (Punkt 4.2.) entsprachen im Wesentlichen jenen in den Richtlinien der MedUni Wien; allerdings waren Sanktionen bis zum Verlust des Arbeitsplatzes vorgesehen. Eine vorgängige Korruptionsrisikoaanalyse fehlte auch hier.
- Im Oktober 2013 erfolgte ein neuerliches Rundschreiben an alle TILAK-Ärzte am LKH Innsbruck, in dem, gemeinsam mit Festlegungen betreffend klinische Studien und Beraterverträge, die Bestimmungen über die Kongressteilnahme – jedoch in einigen Punkten abgeändert – noch einmal zur Kenntnis gebracht wurden. So waren etwa die auch in den MedUni Wien-Richtlinien getroffene Festlegung, wonach „die Teilnahme an Veranstaltungen und Feiern dann unproblematisch sei, wenn nicht ausschließlich Mitarbeiter einer Universitätsklinik bzw. Organisationseinheit teilnahmen, sondern ein darüber hinausgehender größerer Personenkreis“ sowie die Sanktionsbestimmungen nicht mehr enthalten. Das Schreiben sah weiters umfassendere Dokumentationsbestimmungen vor.

Nach Angaben des LKH Innsbruck seien sowohl die Richtlinie vom Februar 2009 als auch das Schreiben vom Oktober 2013 gültig und würden einander ergänzen.

- Im Laufe des Jahres 2014 entwickelte das LKH Innsbruck ein eigenes Meldeformular²³⁴, das von dem an der Veranstaltung teilnehmenden Mitarbeiter (auch z.B. im Fall von eigener Vortragstätigkeit), vom Klinikvorstand, der Kollegialen Führung und dem unterstützenden Unternehmen zu unterzeichnen war; Angaben zum Wert der Unterstützungsleistungen waren nicht vorgesehen. Mit der Erklärung sollten die Erwartung jeglicher Gegenleistung und eine Beeinflussung ausgeschlossen werden.

Ein entsprechendes Verfahren zum Umgang damit war nicht schriftlich festgelegt. Das LKH Innsbruck gab an, dass diese Erklärungen sowohl in der Ärztlichen Direktion als auch in den Kliniken aufbewahrt würden.

²³⁴ Erklärung zu den TILAK-Antikorruptionsrichtlinien

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

(3) Das AKH Wien, das LKH Innsbruck und die beiden Medizinischen Universitäten planten Folgendes:

- Die MedUni Wien beabsichtigte eine Überarbeitung ihrer Antikorrupsionsrichtlinien auch unter Beachtung der von der Österreichischen Universitätenkonferenz im Oktober 2013 herausgegebenen Richtlinie „Leitlinie im Umgang mit allfälligen Korruptionssachverhalten an Universitäten“. Im Rahmen der geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit dem AKH Wien war weiters eine gemeinsame Risikomanagement-Strategie vorgesehen.
- Das LKH Innsbruck und die MedUni Innsbruck hatten vor, durch eine Zusammenführung ihrer Dokumente, einheitliche Antikorrupsionsbestimmungen zu schaffen.

LK St Pölten/Lilienfeld und LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

Das Land Niederösterreich als Dienstgeberin der Ärzte in den überprüften Krankenanstalten hatte keine speziellen Regelungen für die Vorgehensweise bei Kongresseinladungen etc. an Ärzte festgelegt²³⁵.

Die NÖ Landeskliniken-Holding erstellte im Jahr 2010 ausgehend von aus ihrer Sicht relevanten Fallkonstellationen zur Vermeidung von Korruption eine Reihe von Vorgaben (Formulare, Prozessbeschreibungen). So war etwa die (Teil)Finanzierung der Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch Ärzte – auch bei aktiven Beiträgen des Teilnehmenden selbst – anhand von Formularen sowohl von der Ärztlichen Direktion als auch von der NÖ Landeskliniken-Holding zu genehmigen. Auch jede Art von Sponsoring war genehmigungspflichtig.

Eine umfassende Risikoanalyse im Vorfeld fehlte jedoch auch hier. Die Anweisungen entsprachen nicht vollständig der aktuellen Rechtslage²³⁶; in den Formularen war zum Teil nicht vorgesehen, dass der Gegenwert der Unterstützungsleistung zu vermerken war.

52.2 Der RH anerkannte grundsätzlich die Bemühungen der überprüften Krankenanstalten und Krankenanstaltenträger bzw. der Medizinischen Universitäten um die Vermeidung von Korruption im Zusammenhang

²³⁵ Es bestanden jedoch Dienstanweisungen betreffend verbotene Geschenkkannahme und Korruptionsbekämpfung etc.

²³⁶ So stellte bspw. das Dokument „Sponsoringvereinbarung“ nicht auf den – mit dem Korruptionsstrafrechtsänderungsgesetz 2012 eingeführten – „ungebührlichen Vorteil“ im Sinne des § 305 StGB ab.

mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung, wenngleich die Regelungen teilweise unterschiedlich ausgestaltet waren.

Kritisch stellte der RH fest, dass im Vorfeld der bestehenden Korruptionspräventionsregelungen keine schriftlich nachvollziehbaren Korruptionsrisikoanalysen durchgeführt worden waren.

Bezüglich aller überprüften Krankenanstalten erachtete der RH die erlassenen Vorgaben insofern als nicht ausreichend, weil sie u.a. die aktuelle Rechtslage nicht immer abbildeten sowie teilweise wesentliche Begriffe und Prozesse nicht abschließend und klar definierten; auch Dokumentationserfordernisse und Kontrollmechanismen waren aus Sicht des RH zum Teil unzureichend geregelt.

Positiv hob der RH die vom LKH Innsbruck und der NÖ Landeskliniken-Holding konzipierten Formulare hervor; er hielt jedoch im LKH Innsbruck eine nachvollziehbare Verfahrensordnung für erforderlich.

Zur Unterstützung der Krankenanstalten(träger) und der (Medizinischen) Universitäten empfahl der RH dem BMG, gemeinsam mit dem BMWWF und der ÖÄK – nach einer Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen – Vorgaben zur Korruptionsprävention bzw. Good-Practice-Beispiele (z.B. Musterformulare) zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen.

Der RH empfahl dem AKH Wien gemeinsam mit der MedUni Wien, dem LKH Innsbruck bzw. der TILAK gemeinsam mit der MedUni Innsbruck sowie dem Land Niederösterreich bzw. der NÖ Landeskliniken-Holding, nach Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse die (geplante) Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben²³⁷ im Sinne der geltenden Rechtslage sowie ihre laufende Aktualisierung; im Interesse der Übersichtlichkeit sollte jeweils ein Gesamtdokument erstellt werden.

Nach Ansicht des RH wäre in diesem Zusammenhang vom AKH Wien, der TILAK bzw. dem LKH Innsbruck und den Medizinischen Universitäten Folgendes zu regeln:

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Genehmigungsprozesses für alle Einladungen an Mitarbeiter, auch an Leitungsorgane (mit und ohne aktiven Beitrag, Feiern und sonstige Veranstaltungen etc.),

²³⁷ In den Formularen wäre auch die Angabe des Werts der Unterstützungsleistung vorzusehen.

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Verfahrens über die Abwicklung von Geldflüssen; Verbot von „Umgehungsgeschäften“ (z.B. der Refundierung der Kosten für eine Weihnachtsfeier auf ein Drittmittelkonto),
- klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen (bspw. allenfalls unter Festlegung von Wertgrenzen) sowie
- Einrichtung von geeigneten Kontroll- und Informationsmechanismen, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen.

52.3 (1) Laut Stellungnahme des BMG sehe es im Hinblick auf eine Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen keine Zuständigkeit.

(2) Die Stadt Wien verwies auf die Zuständigkeit der MedUni Wien. Für die Mitarbeiter der Stadt Wien seien im AKH Wien transparente und nachvollziehbare Genehmigungsprozesse sowie die Verantwortlichkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen festgelegt. Darüber hinaus seien Kontroll- und Informationsmechanismen eingerichtet. Eine gemeinsame Korruptionsrisikoanalyse sei nur im Zusammenwirken mit der MedUni Wien möglich. Diesbezüglich werde auf die geplante Umsetzung des neuen Zusammenarbeitsvertrags verwiesen. Seitens der TU-AKH Wien werde die Empfehlung des RH umgesetzt.

Die MedUni Wien sagte die Umsetzung ebenfalls zu. Sie teilte mit, dass im Zusammenhang mit der damaligen Erstellung der Richtlinie die Auswirkungen der Strafrechtsnovelle auf die MedUni Wien vor allem hinsichtlich Amtsträgerbegriff und „Anfütterungsverbot“ analysiert, verschiedenste Fallkonstellationen gebildet und Maßnahmen für eine rechtskonforme Vorgangsweise definiert worden seien. Die Drittmittelgebarung der Organisationseinheiten der MedUni Wien werde regelmäßig durch die interne Revision geprüft. Dabei würden auch die Prozesse bezüglich Zuwendungen Dritter und die Einhaltung der Antikorruptionsregelungen beleuchtet.

Eine Aktualisierung der Antikorruptionsrichtlinien sei gerade in Arbeit. Diese beinhalte eine Anpassung der beiliegenden Gesetzesbestimmungen, die Festlegung der Zuständigkeiten, die ergänzende Darstellung des Genehmigungsprozesses, einheitliche Vorgaben hinsichtlich Abwicklung und Dokumentation sowie Kontrollmechanismen. Die von einer Arbeitsgruppe der Universitätenkonferenz erstellten Leitlinien im Umgang mit allfälligen Korruptionssachverhalten an Universitäten würden bei der Überarbeitung der Richtlinien ebenso

berücksichtigt, wie die neuen Transparenzbestimmungen des PHARMIG-Kodex. Darüber hinaus würde im Entwurf des neuen Entwicklungsplans der MedUni Wien ein eigenes Kapitel zu Corporate Governance aufgenommen.

An der MedUni Wien sei ein Risikomanagement etabliert, das laufend eine Risikobetrachtung vornehme. Im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine gemeinsame Risikomanagement-Strategie mit Fokus auf die Risiken der gemeinsamen Betriebsführung vorgesehen. Es werde auch eine Korruptionsrisikoprüfung durchgeführt, die im Risikomanagementkonzept zu berücksichtigen sein werde.

(3) Laut Stellungnahme der TILAK und der MedUni Innsbruck habe die MedUni Innsbruck-TILAK-Kommission die Aktualisierung der derzeit gültigen Richtlinien zur Korruptionsprophylaxe vereinbart. Die TILAK und die MedUni Innsbruck würden aktuell diese Version vorbereiten, mit deren abschließender Behandlung durch die Kommission in den nächsten Wochen zu rechnen sei.

Die MedUni Innsbruck bekenne sich weiters zur Beachtung einschlägiger Regelungen bzw. gesetzlicher Bestimmungen, etwa im Zusammenhang mit der Durchführung klinischer Studien bzw. der wissenschaftlichen Forschung.

(4) Laut Mitteilung des Landes Niederösterreich seien Vorarbeiten zur rechtlichen Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben zur Korruptionsprävention bereits geleistet worden. Der Prüfplan für 2015 der Stabsstelle Revision der NÖ Landeskliniken-Holding sehe die Prüfung der Anzahl und des monetären Ausmaßes von Firmen gesponserter Aus- und Fortbildungen vor; als deren Ergebnis würden Rückschlüsse bzw. Empfehlungen der Revision im Sinne einer Korruptionsrisikoprüfung erwartet, die in die geplante Überarbeitung der Vorgaben einfließen würden. Weitere Richtlinien, die zur Korruptionsprävention beitragen würden, befänden sich bereits in Ausarbeitung (z.B. Richtlinie über die Beschaffung neuer Produkte).

- 52.4** Der RH entgegnete dem BMG, dass die Schaffung eines öffentlichen Bewusstseins für die Gefahren mangelnder Transparenz im Gesundheitswesen auch im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung eine Grundvoraussetzung für die Bekämpfung von Korruption war, die eine möglichst hohe Qualität des Gesundheitswesens beeinträchtigt. Da die Gewährleistung der Qualität des Gesundheitswesens eine wesentliche Aufgabe des BMG darstellte, sollte ein koordinierter Korruptionspräventionsansatz mit einheitlichen Vorgaben im Interesse

Maßnahmen zur Korruptionsprävention

des BMG liegen. Der RH hielt daher seine Empfehlung gegenüber dem BMG aufrecht.

Der RH anerkannte die geplanten Maßnahmen der MedUni Wien, der TILAK und der MedUni Innsbruck sowie des Landes Niederösterreich.

Gegenüber der TILAK bzw. MedUni Innsbruck und dem Land Niederösterreich hielt der RH fest, dass das Ziel einer Korruptionsrisikoanalyse war, potenzielle Gefahren für die Organisation zu ermitteln und hieraus geeignete Maßnahmen zur Risikominderung abzuleiten. Dazu waren auch die klare Zuordnung der Aufgabenwahrnehmung bezüglich des Prozesses der Risikoanalyse und der Risikoverantwortlichkeit sowie eine zentrale Steuerung durch eine verantwortliche Person notwendig.

Zur Korruptionsprävention bedurfte es einer Identifikation der besonders korruptionsgefährdeten Aufgabenbereiche und Entscheidungsprozesse unter Berücksichtigung insbesondere der Eintrittswahrscheinlichkeit und der Höhe eines möglichen Schadens. In die Ermittlung und Bewertung der Risiken sollten alle Hierarchie-Ebenen eingebunden sein. Die durch die Analyse erfassten Korruptionsrisiken waren organisationsweit entsprechend ihrem Umfang und Gewicht zu bewerten bzw. zu priorisieren und bildeten die Grundlage für geeignete Präventionsmaßnahmen. Im Sinne dieser Ausführungen wiederholte der RH daher seine Empfehlung nach der Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse.

Gegenüber der TILAK und der MedUni Innsbruck wiederholte der RH im Hinblick auf die Bedeutung umfassender Korruptionspräventionsmaßnahmen darüber hinaus die von ihm empfohlenen Festlegungen (z.B.: transparenter und nachvollziehbar dokumentierter Genehmigungsprozess, transparentes und nachvollziehbar dokumentiertes Verfahren über die Abwicklung von Geldflüssen, klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten sowie geeignete Kontroll- und Informationsmechanismen).

Zusammenfassung

- 53** Der RH anerkannte, dass im Bereich der Ärzteausbildung in den letzten Jahren sowohl im Bereich der rechtlichen Grundlagen als auch in den überprüften Krankenanstalten selbst eine deutliche Entwicklung erkennbar war.

Allerdings stellte der RH im Rahmen seiner Überprüfung erheblichen Handlungsbedarf fest, um künftig eine qualitätsgesicherte, durchgängig einheitlich strukturierte sowie zeitlich durchgeplante Ausbildung von Ärzten nachhaltig sicherzustellen. Dies insbesondere vor dem Hinter-

grund, dass – Daten aus den letzten Jahren zufolge – bis zu 40 % der Absolventen des Studiums der Humanmedizin für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung standen und insbesondere in peripher gelegenen Krankenanstalten ein Mangel an TÄ/A erkennbar war.

(1) Zu den Grundlagen der Ärzteausbildung

Das ÄrzteG 1998 und die darauf basierenden Verordnungen (insbesondere die ÄAO und die KEF-VO) stellen wesentliche rechtliche Grundlagen für die Ärzteausbildung in Österreich dar. Diese beurteilte der RH im Überblick wie folgt:

(a) Die grundsätzliche Ausgestaltung der Ärzteausbildung blieb in den letzten Jahrzehnten in Österreich im Wesentlichen unverändert. Gemeinsam mit dem Umstand, dass in den vergangenen Jahren rd. 50 % der Turnusärzte vor der Facharztausbildung – aus verschiedensten Gründen – auch die mindestens dreijährige Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin absolvierten, konnte dies zu einer insgesamt mindestens zwölfjährigen ärztlichen Ausbildung führen. (TZ 2, 3)

Die Datenlage etwa betreffend Ausbildungsdauern bzw. Verlängerungsgründe war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unzureichend; manche rechtlichen Begriffe ließen Fragen offen. Die – bis zur Ärzteausbildung NEU jahrelang geltende – gesetzliche Einschränkung der anrechenbaren Ausbildungszeit auf die Kernarbeitszeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr an Wochentagen war zur Sicherung der Ausbildungsqualität weder erforderlich noch in der Praxis durchgängig umsetzbar. (TZ 29, 40, 48)

(b) Die mit der aktuellen Novelle zum ÄrzteG 1998 vorgenommene Neugestaltung der Ärzteausbildung, beschlossen im Oktober 2014, sah der RH zwar grundsätzlich positiv; seine bereits im Begutachtungsverfahren zu dieser Novelle geäußerten Bedenken hielt er jedoch aufrecht. Er hielt u.a. (auch weiterhin) fest, dass

- die Novelle noch stärker als bisher die Regelung bestimmter Inhalte von der Gesetzgebung auf die Verordnungsebene verschob und die finanziellen Auswirkungen etwa der verpflichtenden Lehrpraxis nicht ausreichend dargestellt waren (TZ 3, 8),
- die Grundlagen für die umfassende Neugestaltung sowie die Eignung der getroffenen Maßnahmen für die Schaffung einer modernen und bedarfsgerechten Ärzteausbildung für den RH nicht nachvollziehbar und die Verlängerung der allgemeinmedizinischen Ausbildung

Zusammenfassung

bzw. mögliche Konsequenzen daraus nicht ausreichend begründet bzw. erläutert waren (TZ 3, 11),

- wesentliche Daten bzw. Entscheidungsgrundlagen (wie etwa betreffend die Drop-Out-Gründe von Turnusärzten, der Rückgang von Allgemeinmediziner*innen mit eigenen Ordinationen, etc.), die erforderlich wären, um nachhaltig geeignete Voraussetzungen für den Verbleib von (Turnus)Ärzt*innen in Österreich zu schaffen, fehlten (TZ 5, 6),
- die Novelle keine Qualitätssicherungsmaßnahmen für die Basisausbildung vorsah (TZ 8),
- der konkrete quantitative Bedarf an (Turnus)Ärzt*innen bisher vom Gesetzgeber unberücksichtigt geblieben war und für die nunmehr festgelegte Bedarfsorientierung im Bereich der allgemeinmedizinischen Ausbildung keine Kennzahlen vorlagen sowie auch konkrete Vorgaben dafür fehlten, wer diese auf welche Weise erheben sollte (TZ 9),
- in der Novelle notwendige Festlegungen betreffend die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten des Ärztlichen Leiters und des Ausbildungsverantwortlichen fehlten (TZ 19, 23),
- für mit der Novelle erstmals verpflichtend festgelegte wichtige Qualitätssicherungs- bzw. Planungsinstrumente (z.B. Ausbildungskonzept, Ausbildungsplan) konkrete und klare Definitionen fehlten (TZ 26, 27),
- trotz der Bedeutung von (krankenanstaltsüberschreitenden) Rotationen auch im Rahmen der Ärzteausbildung NEU die Vorlage eines Rotationskonzeptes als Anerkennungsvoraussetzung für eine Ausbildungsstätte nicht vorgesehen war (TZ 27) und
- der Umsetzungszeitraum für die Neugestaltung kurz bemessen, etwaige Folgen bspw. der nunmehr aufbauenden Ausbildungsstruktur nicht ausreichend thematisiert sowie keine umfassende Evaluierung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen waren (TZ 3).

(c) Manche Rasterzeugnisse enthielten OP-Kataloge mit Fallzahlen für – etwa von den TÄ/F der Chirurgie oder der Frauenheilkunde und Geburtshilfe – durchzuführende Eingriffe (z.B. Appendektomien, normale Geburten, Kaiserschnitte), die dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den Krankenanstalten nicht gerecht wurden. (TZ 39)

(2) Zur ärztlichen Ausbildung in den überprüften Krankenanstalten

Im Rahmen der Überprüfung der praktischen Ausgestaltung der Ärzteausbildung in den vier überprüften Krankenanstalten kam der RH zum Ergebnis, dass die im ÄrzteG 1998 normierte dreistufige Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinik- bzw. Abteilungsleiter) von den überprüften Krankenanstalten bzw. deren Trägern in unterschiedlichem Ausmaß, jedoch in keiner Krankenanstalt ausreichend wahrgenommen wurde.

Die Universitätskliniken AKH Wien und LKH Innsbruck stellten dabei einen Sonderfall dar, weil hier die Rollen des Dienstgebers (Med-Uni Wien bzw. MedUni Innsbruck) und des Krankenanstaltenträgers (teilweise) auseinanderfielen und der Träger formal keine Diensthoheit über die funktionstragenden Ärzte innehatte.

Wenngleich bei den überprüften Krankenanstalten bzw. Trägern teilweise bereits entsprechende Bemühungen bzw. Planungen zur Verbesserung der Ausgestaltung der ärztlichen Ausbildung bestanden, kam der RH im Rahmen seiner Überprüfung zusammengefasst zum Ergebnis, dass:

(a) ein durchgängig einheitlich strukturierter, qualitätsgesicherter Ausbildungsprozess für die Turnusärzte während der gesamten mehrjährigen Ausbildungsdauer zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an keiner der überprüften Krankenanstalten bzw. Klinik/Abteilung für Innere Medizin gewährleistet war, weil

- teilweise keine konkreten strategischen Ausbildungsziele der Krankenanstaltenträger für die Ärzteausbildung bestanden (TZ 17),
- Zielvereinbarungen (zwischen Träger, Ärztlichem Leiter und Klinik- bzw. Abteilungsleitern) entweder gänzlich fehlten oder diese überwiegend nicht für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt wurden (TZ 17, 23),
- gar keine bzw. zu wenige Vorgaben der Krankenanstaltenträger für die Ärzteausbildung bestanden (TZ 18),
- trotz der gesetzlich normierten Zuständigkeit des Ärztlichen Leiters entweder eine Verlagerung der gesamten Ausbildungsverantwortung auf die Ausbildungsverantwortlichen vorgesehen war oder die von den Ärztlichen Leitern getroffenen Maßnahmen nicht ausreichten, um die Wahrnehmung ihrer Ausbildungsverantwortung sicherzustellen (TZ 20),

Zusammenfassung

- zur Sicherstellung eines reibungslosen Verlaufs der Ausbildung von Ärzten im organisatorischen Bereich zum Teil Verbesserungspotenzial bestand (TZ 21),
- bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kaum von der Leitung vorgegebene (umfassende) Aufgaben- und Tätigkeitsprofile für die Ausbildungsverantwortlichen vorlagen (TZ 23),
- normierte „Ausbildungsassistenten“ bzw. Mentoren nicht ausreichend eingesetzt waren (TZ 24),
- die für eine kontinuierliche Qualitätssteuerung wesentlichen Logbücher teilweise entweder nicht vorhanden waren, qualitativ den Zweck eines Logbuchs nicht ausreichend erfüllten und/oder nicht als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse herangezogen wurden (TZ 25),
- schriftliche Ausbildungskonzepte als zentrale Instrumente für die Qualitätssicherung in der Ärzteausbildung fehlten oder die vorgelegten Dokumente nicht alle vom RH als zweckmäßig erachteten Inhalte umfassten (TZ 26),
- die Rotationseinteilung der Turnusärzte teilweise von diesen selbst durchgeführt wurde (TZ 28),
- mit Ausnahme des LKH Innsbruck (für TÄ/A) keine schriftlichen Ausbildungspläne erstellt wurden (TZ 28),
- Kooperationsvereinbarungen betreffend Rotationen von Turnusärzten soweit erforderlich nur mündlich vorlagen bzw. anstaltsübergreifende Rotationen nicht etabliert waren (TZ 28),
- die Konsiliarausbildung teilweise nicht im erforderlichen Ausmaß durchgeführt wurde und unzureichend dokumentiert war (TZ 28, 38),
- die Administration der Rasterzeugnisse an allen überprüften Krankenanstalten mangelhaft war (z.B. teilweise: keine rechtskonforme bzw. verspätete Ausstellung, kein Vermerk der von der ÄAO vorgeschriebenen Evaluierungsgespräche oder fehlende Archivierung etc.) sowie eine Dokumentation der Evaluierungsgespräche fehlte (TZ 38, 40),

- nicht alle überprüften Krankenanstalten bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt hatten (TZ 42) und
- auf allen drei Ebenen der Ausbildungsverantwortung (Krankenanstaltenträger, Ärztlicher Leiter, Klinik- bzw. Abteilungsleiter) für die beschriebenen notwendigen Qualitätssicherungs- und Planungsmaßnahmen ausreichende Umsetzungs-, Kontroll- bzw. Evaluierungsmechanismen (mit anschließender Maßnahmensetzung) fehlten (TZ 18, 24, 25, 26, 28, 38, 40).

(b) die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal im Rahmen des so genannten mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs (§ 15 Abs. 5 GuKG) in allen überprüften Krankenanstalten bereits weit vorangeschritten war, jedoch weiterhin Handlungsbedarf bestand, weil:

- die Rahmenvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten teilweise Tätigkeiten enthielten, die nicht zum mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich gehörten (TZ 31, 33),
- zum Teil die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprach bzw. bestimmte mitverantwortliche Tätigkeiten nach wie vor ausschließlich von Ärzten vorgenommen wurden (TZ 32, 34, 35, 36) und
- die im Zusammenhang mit dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich im neuen ÄrzteG normierte Anerkennungsvoraussetzung für Ausbildungsstätten mehrheitlich noch nicht vollständig erfüllt war (TZ 37).

(c) hinsichtlich der Arbeitszeiten die tatsächliche Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste – mit Ausnahme im LKH Innsbruck – nicht dokumentiert wurde, wodurch die Einhaltung der Vorgaben des KA-AZG nicht überwacht bzw. überprüfbar war (TZ 47),

(d) die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten aufgrund von unterschiedlichen Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten intransparent war und nur unter Zuhilfenahme von Annahmen vergleichbar gemacht werden konnte (TZ 49 bis 51) und

(e) die Maßnahmen zur Korruptionsprävention im Zusammenhang mit der ärztlichen Aus- und Fortbildung an keiner der überprüften Krankenanstalten ausreichend waren bzw. der aktuellen Rechtslage

Zusammenfassung

entsprachen sowie überall eine vorgängige umfassende Risikoanalyse fehlte (TZ 52).

(3) Zur Ausbildungskontrolle und zu den Evaluierungen durch die Ärztekammer

Betreffend die hoheitliche Ausbildungskontrolle und die Durchführung von Evaluierungen durch die Ärztekammer stellte der RH fest, dass

(a) bis zur Ärzteausbildung NEU die von der ÖÄK auf Antrag der Rechtsträger der Krankenanstalten per Bescheid erteilten Anerkennungen der Ausbildungsstätten unbefristet galten und verpflichtende Evaluierungen der Ausbildungsstätten nicht vorgesehen waren (TZ 8),

(b) die Ausbildungskommission der ÖÄK die Qualität der Ausbildung von Ärzten in anerkannten Ausbildungsstätten nicht – wie gesetzlich vorgesehen – im Rahmen von Visitationen überprüfte, wodurch seit rund fünf Jahren jegliche hoheitliche Ausbildungskontrolle vor Ort fehlte und eine den aktuellen Rechtsgrundlagen entsprechende Verordnung über die Visitation nicht vorhanden war (TZ 43) und

(c) die konkreten Ergebnisse der für die ÖÄK durchgeführten Evaluierungen der TÄ/A-Ausbildung gegenüber den betroffenen Abteilungen und Krankenanstaltenleitungen bzw. Trägern meist nicht offengelegt wurden, wodurch entsprechende Maßnahmen kaum möglich waren (TZ 44).

Schlussempfehlungen

54 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMG

(1) Insbesondere gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wäre standardmäßig dafür zu sorgen, dass die Anzahl der abwandernden Absolventen bzw. Turnusärzte sowie die Abwanderungsgründe erhoben und umfassend ausgewertet werden. Für eine Verbesserung der Datenlage wäre verstärkt mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen (z.B. deutsche Landesärztekammern) zusammenzuarbeiten. (TZ 5, 6)

(2) Gemeinsam mit dem BMWFW, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wären regelmäßige Erhebungen zu den Gründen, warum keine postpromotionelle Ausbildung begonnen wurde bzw. zu den „Drop-out-Gründen“ von Turnusärzten durchzuführen, um gegebenenfalls zeitnah die notwendigen (Ausbildungs)Maßnahmen treffen zu können. (TZ 5)

(3) Hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs an Ärzten für Allgemeinmedizin wären im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit raschestmöglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken. (TZ 9)

(4) Unter Berücksichtigung der mit der Ärzteausbildung NEU erfolgten Änderungen wären zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Musterlogbücher (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 25)

(5) Zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger wären gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Muster-Ausbildungskonzepte (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 26)

(6) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Ausbildungsplan in den rechtlichen Vorgaben genauer definiert wird. Für zukünftige Anerkennungsverfahren sollte auch das Vorliegen eines Rotationskon-

Schlussempfehlungen

zepts als Anerkennungsvoraussetzung normiert werden, um einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung sicherzustellen. (TZ 27)

(7) Bis zur Vornahme einer rechtlichen Definition wäre eine Klarstellung über Inhalt und Umfang des Ausbildungsplans vorzunehmen und den Trägern zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte auch auf die Problematik der Limitierung der Ausbildungsstellen eingegangen werden. (TZ 27)

(8) Im Zusammenhang mit der im Zuge der Ärzteausbildung NEU eingeführten standardisierten Ausbildungsstellenverwaltung wäre gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer eine regelmäßige Berichterstattung festzulegen, um u.a. Informationen über die Entwicklung der Ausbildungsdauern zu erhalten, gegebenenfalls zeitgerecht Maßnahmen setzen und die in der Stellungnahme des RH zum Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Evaluierung (TZ 3) durchführen zu können. (TZ 29)

(9) Es wäre darauf hinzuwirken, dass im Rahmen der Rasterzeugnisse den Entwicklungen bei den Appendektomien und der Geburtshilfe Rechnung getragen wird und die OP-Kataloge entsprechend aktualisiert werden. Zusätzlich wären auch die Richtzahlen für andere Eingriffe vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung und dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu evaluieren. (TZ 39)

(10) Das Verhältnis zwischen laut Ärzteausbildungsordnung zu führendem Evaluierungsgespräch und Mitarbeitergespräch wäre klarzustellen. (TZ 40)

(11) Es wäre raschestmöglich auf die Schaffung von Standards und Regeln für Visitationen durch die Österreichische Ärztekammer hinzuwirken, um eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Vor-Ort-Kontrolle der Ausbildungsqualität zu gewährleisten. (TZ 43)

(12) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit den Auswertungsergebnissen von Evaluierungen der Ärzteausbildung transparenter gestaltet wird. Die Krankenanstaltenträger und die Ärztlichen Leiter sollten über das gesamte Ergebnis verfügen, um gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können. (TZ 44)

(13) Weiters wäre darauf hinzuwirken, dass vermehrt konkrete Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder in die Evaluierungsfragebögen aufgenommen werden. (TZ 44)

(14) Zur Unterstützung der Krankenanstalten(träger) und der (Medizinischen) Universitäten wären gemeinsam mit dem BMWFW und der Österreichischen Ärztekammer – nach einer Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen – Vorgaben zur Korruptionsprävention bzw. Good-Practice-Beispiele (z.B. Musterformulare) zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. (TZ 52)

**Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, AKH Wien
TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH,
LKH Innsbruck, Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl**

(15) Der Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen wäre einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen. (TZ 26)

(16) In Abhängigkeit von der „neuen“ Ärzteausbildungsordnung und den sich daraus ergebenden Rotationserfordernissen wären

- die internen Rotationskonzepte gegebenenfalls zu überarbeiten bzw. zu ergänzen,
- erforderlichenfalls anstaltsübergreifende Rotationskonzepte zu entwickeln und schriftliche Kooperationsverträge zu schließen. (TZ 28)

**Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund,
Medizinische Universität Wien,
TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH,
Medizinische Universität Innsbruck,
Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding**

(17) Der Klarstellung des BMG entsprechend wäre nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Ausbildungsverantwortlichen die Evaluierungsgespräche regelmäßig und rechtzeitig führen sowie diese auch dokumentieren. (TZ 40)

(18) Weiters wären Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche (etwa in Form einer Richtlinie) einheitlich zu regeln. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben wären geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen festzulegen. (TZ 40)

Schlussempfehlungen

**Stadt Wien, Wiener
Krankenanstalten-
verbund,
TILAK – Tiroler
Landeskranken-
anstalten GmbH,
Land Niederöster-
reich, NÖ Landes-
kliniken-Holding**

(19) Die nunmehr gesetzlich vorgesehenen Ausbildungspläne wären zu erstellen bzw. dafür Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen zu definieren. (TZ 28)

(20) Es wären entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die Umsetzung der bestehenden bzw. vom RH empfohlenen zentralen Ausbildungsvorgaben (z.B. TZ 25, 26) durch die Ärztlichen Leiter sowie die Abteilungs- bzw. Klinikleiter im Interesse eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses sicherstellen zu können. Im Fall des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus könnten entsprechende Schritte im Rahmen der ab 2015 geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit der Medizinischen Universität Wien gesetzt werden. Hinsichtlich des Landeskrankenhauses – Universitätskliniken Innsbruck könnte damit bspw. die im Rahmen des Zusammenarbeitsvertrags eingerichtete Medizinische Universität Innsbruck –TILAK-Kommission beauftragt werden. (TZ 18)

(21) Die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern wären zur Sicherstellung der Umsetzung der Ausbildungsvorgaben zu nutzen. (TZ 18)

(22) Die vom Ärztlichen Leiter wahrzunehmenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wären ausdrücklich festzulegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dem Ärztlichen Leiter in Zukunft bspw. aufgrund vermehrt notwendig werdender Rotationen und höherer Qualitätsvorgaben eine noch größere Bedeutung zukommen könnte. (TZ 19)

(23) Im Zusammenhang mit der nunmehr im novellierten ÄrzteG 1998 verankerten Möglichkeit einer abteilungsübergreifenden Tätigkeit von Turnusärzten außerhalb der Kernausbildungszeit wäre mit organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, dass der verantwortliche Facharzt bei Bedarf zumindest die Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch tatsächlich ohne Verzögerung übernehmen kann. (TZ 41)

**Stadt Wien, Wiener
Krankenanstalten-
verbund,
Medizinische
Universität Wien**

(24) Entsprechend der künftigen konkreten Ausgestaltung der Leitungsstruktur des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien – Medizinischer Universitätscampus im Rahmen der gemeinsamen Betriebsführung wäre die Ärzteausbildung in Zielvereinbarungen mit der Ärztlichen Leitung vorzusehen. (TZ 17)



Schlussempfehlungen

BMG

Ärzteausbildung

AKH Wien, Medizinische Universität Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH, LKH Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck, Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding

(25) Nach Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse wären die (geplante) Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben zur Korruptionsprävention im Sinne der geltenden Rechtslage sowie ihre laufende Aktualisierung vorzunehmen; im Interesse der Übersichtlichkeit sollte jeweils ein Gesamtdokument erstellt werden. (TZ 52)

AKH Wien, Medizinische Universität Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH, LKH Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck

(26) Im Zusammenhang mit den empfohlenen Korruptionspräventionsmaßnahmen (Schlussempfehlung 25) wäre Folgendes zu regeln:

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Genehmigungsprozesses für alle Einladungen an Mitarbeiter, auch an Leitungsorgane (mit und ohne aktiven Beitrag, Feiern und sonstige Veranstaltungen etc.),
- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Verfahrens über die Abwicklung von Geldflüssen; Verbot von „Umgehungsgeschäften“ (z.B. der Refundierung der Kosten für eine Weihnachtsfeier auf ein Drittmittelkonto),
- klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen (bspw. allenfalls unter Festlegung von Wertgrenzen) sowie
- Einrichtung von geeigneten Kontroll- und Informationsmechanismen, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen. (TZ 52)

AKH Wien, TILAK – Tiroler Landeskrankenhäuser GmbH, LKH Innsbruck, NÖ Landeskliniken-Holding

(27) Auf Basis der Musterlogbücher des BMG wären Logbücher für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu erstellen bzw. zu überarbeiten. (TZ 25)

Schlussempfehlungen

**TILAK – Tiroler
Landeskranken-
anstalten GmbH,
LKH Innsbruck,
Land Niederöster-
reich, NÖ Landes-
kliniken–Holding,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/Waid-
hofen/Zwettl**

(28) Betreffend die Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären klare Festlegungen vorzusehen. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)

(29) Es wären regelmäßige Evaluierungen der Ärzteausbildung durchzuführen und ein zweckmäßiger Umsetzungsmechanismus zu etablieren. Dabei wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen. (TZ 42)

**TILAK – Tiroler
Landeskranken-
anstalten GmbH,
Land Niederöster-
reich, NÖ Landes-
kliniken–Holding**

(30) Entsprechend den dafür noch zu erlassenden Vorgaben bzw. zu erstellenden Kennzahlen betreffend den Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin (TZ 9) wäre für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung zu sorgen. (TZ 11)

**TILAK – Tiroler
Landeskranken-
anstalten GmbH**

(31) Eine Ausweitung der Zuständigkeiten des Ausbildungszentrums West für Gesundheitsberufe auf zusätzliche Bereiche der Facharztausbildung wäre zu prüfen. (TZ 21)

(32) Die Ärzteausbildung wäre in künftigen Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern zu thematisieren. (TZ 17)

**Medizinische
Universitäten Wien
und Innsbruck,
Land Nieder-
österreich**

(33) Die Auslastung bzw. Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste wäre zu erfassen, um die Einhaltung der Vorgaben des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes überwachen bzw. überprüfen zu können. (TZ 47)

**Land Niederöster-
reich, NÖ Landes-
kliniken–Holding,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/Waid-
hofen/Zwettl**

(34) Hinsichtlich der Konsiliarbildung wären die rechtlichen Vorgaben der Ärzteausbildung NEU entsprechend umzusetzen. (TZ 38)



Schlussempfehlungen

BMG

Ärzteausbildung

Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding

(35) Im Hinblick auf die mit der Ärzteausbildung NEU verbundenen größeren Herausforderungen gerade für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung (z.B. mehr Rotationen aufgrund von mehr Teilerkennungen etc.) wären verstärkte individuelle Unterstützungs-, Koordinations- und Kontrollmaßnahmen zu setzen. (TZ 21)

(36) Etwa unter Heranziehung der bereits vorliegenden Richtlinie des Landesklinikums St. Pölten/Lilienfeld wären in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU Vorgaben für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu erlassen. Darin sollte u.a. geregelt sein, dass Rasterzeugnisse zu archivieren und unverzüglich nach Beendigung des Ausbildungsabschnitts bzw. nach Ablauf eines Ausbildungsjahrs auszustellen sowie das Evaluierungsgespräch zu vermerken waren. (TZ 38)

(37) Für die Konsiliarausbildung wären einheitliche Vorgaben (Tätigkeits- und Aufgabenprofil, Administration der Rasterzeugnisse etc.) zu schaffen. (TZ 38)

LKH Innsbruck, NÖ Landeskliniken-Holding

(38) Für die Verpflichtung der Universitätskliniken bzw. Abteilungen, Logbücher zu verwenden, wären zentrale Rahmenvorgaben vorzusehen. Diese Rahmenvorgaben sollten den Umgang mit dem Logbuch (z.B. Unterzeichnung der jeweils absolvierten Ausbildungsteile durch den Auszubildenden, Archivierung von Kopien etc.) regeln, die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen enthalten, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen sowie einen geeigneten Kontrollmechanismus durch die Ärztliche Direktion zur Überprüfung der Einhaltung dieser Rahmenvorgaben festlegen. Für den Fall, dass Logbücher für Turnusärzte in Facharztausbildung dezentral entwickelt werden, sollte deren Freigabe durch die Ärztliche Direktion vorgeesehen werden. (TZ 25)

AKH Wien, LKH Innsbruck, LK St. Pölten/Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl

(39) Sowohl „Ausbildungsassistenten“ als auch Mentoren wären verstärkt einzusetzen sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich festzulegen bzw. zu aktualisieren. (TZ 24)

(40) Auf Basis der Musterkonzepte des BMG wären die Ausbildungskonzepte für die verschiedenen Ausbildungsphasen (Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ausbildung, Sonderfachausbildung (Grund- und Schwerpunktausbildung)) zu erstellen bzw. den Anforderungen der Ärzteausbildung NEU anzupassen. (TZ 26)

Schlussempfehlungen

- (41) Es wäre eine vertiefte – zumindest stichprobenartige – Kontrolle der Rasterzeugnisse, bspw. im Hinblick auf die tatsächliche Erfüllbarkeit der Vorgaben in den Rasterzeugnissen oder die rechtlich vorgegebene Dokumentation der Evaluierungsgespräche, vorzunehmen. (TZ 38)
- AKH Wien,
LKH Innsbruck,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/
Waidhofen/Zwettl
(Standort Waidhofen)
- (42) Die mitverantwortliche Durchführung aller ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG genannten Tätigkeiten wäre sicherzustellen. (TZ 37)
- AKH Wien,
LK St. Pölten/
Lilienfeld,
LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl
(Standorte Gmünd und Waidhofen)
- (43) Mit der Rotationsplanung wären Mitarbeiter zu betrauen, die längerfristig dieser Aufgabe nachkommen können (z.B. einen Oberarzt) und selbst nicht am Rotationssystem teilnehmen. (TZ 28)
- AKH Wien,
LKH Innsbruck
- (44) Im Hinblick auf die in der Ärzteausbildungsordnung vorgesehene jährliche Zeugnisausstellung wäre – auch unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU – eine rechtskonforme Vorgehensweise sicherzustellen. (TZ 38)
- AKH Wien, Medizinische Universität Wien,
LKH Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck
- (45) Im Rahmen der (geplanten) institutionalisierten Zusammenarbeit wären gemeinsam strategische Ziele für die Ärzteausbildung zu erarbeiten. Als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen. (TZ 17)



Schlussempfehlungen



Ärzteausbildung

**AKH Wien,
Medizinische
Universität Wien**

(46) Vor der Hintergrund der geplanten gemeinsamen Betriebsführung wären auch gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu prüfen, um u.a. die vom RH empfohlenen zentralen Vorgaben (z.B. TZ 25, 26) schaffen bzw. deren Umsetzung sicherstellen und die Turnusärzte in Facharztausbildung dementsprechend stärker unterstützen zu können (etwa im Rahmen der Ausbildungsplanung). (TZ 21)

AKH Wien

(47) Die im Entwurf (TZ 20) angeführten Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären gegebenenfalls im Sinne der neuen Ausbildungsbestimmungen zu konkretisieren. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)

(48) Der dem RH im November 2014 vorgelegte Entwurf (TZ 20) wäre um die Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion und die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen, zu ergänzen. (TZ 25)

(49) Die Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wäre auf die Maßnahmen gemäß § 15 GuKG zu beschränken. (TZ 31)

(50) Da an den Kliniken für Innere Medizin II und III hinsichtlich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprach, wäre die Umsetzung an diesen beiden Kliniken noch stärker voranzutreiben. (TZ 32)

(51) Da in den Vereinbarungen der Kliniken für Innere Medizin II und III für einzelne Tätigkeiten nach wie vor keine mitverantwortliche, sondern eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war und dies dem vom AKH Wien mit der Rahmenvereinbarung verfolgten Ziel, die mitverantwortlichen Vornahme aller enthalten Tätigkeiten schrittweise umzusetzen, widersprach, wäre an den beiden Kliniken auf eine mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten hinzuwirken. (TZ 32)

(52) Die Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse wäre der Ärzteausbildungsordnung entsprechend anzupassen. Weiters wäre das Datum des Evaluierungsgesprächs in den Rasterzeugnissen zu vermerken. (TZ 38)

Schlussempfehlungen

(53) Die geplanten Evaluierungen der Ärzteausbildung wären gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien zügig umzusetzen; dabei wären auch folgende Faktoren wesentlich: Einbeziehung von Ausbildungsverantwortlichen und Turnusärzten in den gesamten Evaluierungsprozess, Transparenz der Ergebnisse gegenüber den Betroffenen sowie Begleitung und Kontrolle des Verbesserungsprozesses z.B. durch das Qualitätsmanagement. Weiters wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildner aufzunehmen. (TZ 42)

LKH Innsbruck

(54) Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle zwei der in der Muster-Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorgesehenen Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege zuzuordnen waren bzw. es sich bei vom Pflegepersonal durchzuführenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelte, wäre die Rahmenvereinbarung zu adaptieren. (TZ 33)

(55) An der Universitätsklinik für Innere Medizin IV wäre für eine rasche und umfassende Umsetzung der Vereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu sorgen. (TZ 34)

(56) Da im Gegensatz zur Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich für das Injizieren von intramuskulären Medikationen an allen und für das Setzen von Magensonden an vier von sechs Kliniken nach wie vor eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war, wäre eine zukünftige mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten zu prüfen. (TZ 34)

(57) Es wäre in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU eine Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse zu erlassen; diese sollte u.a. regeln, dass die Rasterzeugnisse regelmäßig auszustellen und die Evaluierungsgespräche zu vermerken sowie die Rasterzeugnisse zu archivieren sind. (TZ 38)

LK St. Pölten/ Lilienfeld

(58) Bezüglich des Injizierens von intramuskulären und intravenösen Medikationen wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. (TZ 35)

**Schlussempfehlungen****Ärzteausbildung**

**LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl
(Standorte Gmünd
und Waidhofen)**

(59) Bezüglich des Legens von Magensonden wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war. (TZ 36)



ANHANG

- Anhang 1:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Rahmenvereinbarung, AKH Wien
- Anhang 2:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Betriebs- bzw. Rahmenvereinbarung, LKH Innsbruck
- Anhang 3:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am LK St. Pölten/Lilienfeld
- Anhang 4:** Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Gmünd
- Anhang 5:** Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Waidhofen
- Anhang 6:** Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Zwettl
- Anhang 7:** Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

Anhang 1

Anhang 1: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Rahmenvereinbarung, AKH Wien		
Aufgaben		Durchführung
1	kapillare Blutabnahme	DP
2	Punktion von Venen zwecks Abnahme von Blut	DP
3	Punktion von Venen zwecks Setzen von peripheren Venenverweilkanülen	DP
4	subkutane Injektionen	DP
5	Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen/Injizieren von intravenösen Medikationen/Spülen von Venenzugängen bei liegendem Gefäßzugang	DP
6	Injizieren von intramuskulären Medikationen	DP
7	Setzen von Magensonden	DP
8	Setzen von Dauerkathetern	DP
9	Absaugen der oberen Atemwege	DP
10	Stuhlprovokation durch Darmeinläufe	DP
11	Anstechen von Port-a-Cath	DP
12	Vitalzeichenkontrolle	DP
13	Verabreichung von Arzneimitteln (oral, dermal)	DP

DP = diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Rahmenvereinbarung des AKH Wien zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse entsprechend § 15 GuKG vom 7. Juni 2013

Anhang 2: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG laut Betriebs- bzw. Rahmenvereinbarung, LKH Innsbruck		
Aufgaben		Durchführung
1	kapillare Blutabnahme zur Blutzuckerbestimmung	DP
2	Punktion von Venen zur Abnahme von Blut	DP
3	Punktion von Venen zum Setzen von peripheren Venenverweilkanülen bzw. Entfernen von Venenverweilkanülen	DP
4	Verweilkanüle Port-a-Cath-System	Setzen
		Entfernen
5	venöse Blutabnahme bei liegenden Gefäßzugängen	DP
6	subkutane Injektionen	DP
7	Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen ohne Arzneimittelzusatz	A, DP
8	Anhängen und Wechseln von Infusionslösungen mit Arzneimittelzusatz	A, DP
9	Injizieren von intravenösen Medikationen laut Liste	A, DP
10	Injizieren von intramuskulären Medikationen	DP
11	Spülen von Venenzugängen	DP
12	Routine Vitalzeichen	DP
13	Setzen von Magensonden	A, DP
14	Setzen von Dauerkathetern	A, DP
15	Absaugen der oberen Atemwege	DP
16	Stuhlprovokation durch Darmeinläufe	DP
17	Medikation zur Schmerztherapie nach Verschreibung	DP
18	Verabreichung von Antibiotika	A, DP
19	Verabreichung von Medikamenten	DP
20	Vornahme von freiheitsbeschränkenden und einschränkenden Maßnahmen	A, DP

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: LKH Innsbruck, Vereinbarung zur Aufgabenverteilung der Arbeitsprozesse betreffend die Aufgaben des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs

Anhang 3

Anhang 3: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am LK St. Pölten/Lilienfeld		
Aufgaben		Durchführung
1	Verabreichung oraler Arzneimittel und Suppositorien	DP
2	Vorbereiten von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen	DP
	Verabreichen von Injektionen	subkutan
		intramuskulär
		intravenös
3	Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen	DP
4	Spülen von Venenzugängen und von Port-a-Cath-Systemen	DP
5	kapillare Blutabnahme	DP
6	venöse Blutabnahme	A, DP
7	Legen von peripheren Venenverweilkanülen	A, DP
8	Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung	A, DP
9	Durchführen von Darmeinläufen	DP
10	Legen von Magensonden	A, DP
11	Entfernen von Sonden und Drainagen, Streifen	A, DP
12	Entfernen von Nähten und Klammern	DP
13	EKG	DP

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: LK St. Pölten/Lilienfeld, Richtlinie über ärztliche-pflegerische Zusammenarbeit

Anhang 4: Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Gmünd		
Aufgaben		Durchführung
1	Verabreichung von Arzneimitteln	DP
2	Vorbereiten und Verabreichen von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen	A, DP
3	Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen	DP
	Spülen von Venenzugängen	DP
4	Blutentnahme	aus den Venen A, DP
		aus den Kapillaren DP
	Legen von peripheren Venenverweilkanülen	A, DP
5	Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung	DP
6	Durchführen von Darmeinläufen	DP
7	Legen von Magensonden	A
	Vorbereitung, Assistenz, Spülung, Entfernung	DP
11	Entfernen von Drainagen und Streifen aus Wunden	A, DP
12	Entfernen von Nähten und Klammern	DP

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Standort Gmünd, Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG

Anhang 5

Anhang 5: Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Waidhofen		
Aufgaben		Durchführung
1	Blutabnahmen	A, DP
2	Verabreichen von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen und von Infusionen, ausgenommen Blutkonserven	DP
3	EKG	DP
4	Setzen von Blasenkathetern	A, DP
5	Legen von Magensonden	A

A = Arzt

DP = Diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Standort Waidhofen, Richtlinie zur Umsetzung des § 15 GuKG, NÖ Landeskliniken-Holding

Anhang 6: Aufteilung der Tätigkeiten gemäß § 15 GuKG am Standort Zwettl		
Aufgaben		Durchführung
1	Verabreichung von Arzneimitteln	DP
2	Vorbereitung und Verabreichung von subkutanen, intramuskulären und intravenösen Injektionen	A, DP
3	Vorbereitung und Anschluss von Infusionen bei liegendem Gefäßzugang, ausgenommen Transfusionen	DP
4	Blutentnahme	aus den Venen
		aus den Kapillaren
	Legen von peripheren Venenverweilkanülen	A
5	Setzen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Instillation und Spülung	A, DP
6	Durchführen von Darmeinläufen	DP
7	Legen von Magensonden	A, DP
8	EKG	DP

A = Arzt

DP = diplomiertes Pflegepersonal

Quelle: Standort Zwettl, Vereinbarung zur Umsetzung des § 15 GuKG





Anhang 7
Entscheidungsträger

**Entscheidungsträger
des überprüften Unternehmens**

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in [Blaudruck](#)

TILAK – Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH¹**Aufsichtsrat**

Vorsitzender [Dr. Dietmar SCHENNACH](#)
(seit 29. Juli 2009)

Stellvertreter des
Vorsitzenden [Dr. Christoph HUBER](#)
(seit 29. Juli 2009)

Geschäftsführung

Geschäftsführer [Dr. Herbert WEISSENBÖCK](#)
(12. Juni 2007 bis 1. Juni 2012)

[Mag. Andreas STEINER](#)
(1. Februar 2008 bis 1. Juni 2012)

[Mag. Stefan DEFLORIAN](#)
(seit 1. Juni 2012)

Prokuristen [Dr. Wolfgang BUCHBERGER](#)
(seit 1. Juni 2006)

[Mag. Dr. Markus SCHWAB](#)
(seit 1. Oktober 2009)

¹ ab 24. Juni 2015 Tirol Kliniken GmbH



Bericht des Rechnungshofes

Gewährung von Ausgleichszulagen in der Pensionsversicherung



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	224
Abkürzungsverzeichnis	226

BMASK
**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz**
**Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung**

KURZFASSUNG	230
Prüfungsablauf und -gegenstand	249
Basisinformationen zur Ausgleichszulage	250
Prüfungsmethodik und Aufbau des Prüfungsergebnisses	253
Probleme der Vollziehung für die Betroffenen	255
Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung	283
Grundsatzfragen der Ausgleichszulage	317
Zusammenfassung	384
Schlussempfehlungen	386

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Richtsätze im Jahr 2014 in EUR _____	251
Tabelle 2:	Unterschiede in der Vollziehung zwischen PVA und SVB _____	259
Tabelle 3:	Unterschiedliche zeitliche Wirksamkeit von Änderungen der Ausgleichszulage (AZ) – Beispiel ____	267
Tabelle 4:	Ausgleichszulagenbezogene Fallcodes je 1.000 Aus- gleichszulagenbezieher im Jahr 2013 _____	285
Tabelle 5:	Mit Ausgleichszulage befasste Mitarbeiter bei der PVA und der SVB im Jahr 2013 _____	289
Tabelle 6:	Rechnerische Bearbeitungszeit im Jahr 2013 _____	290
Tabelle 7:	Verwaltungskosten der Ausgleichszulage im Jahr 2013 _____	290
Tabelle 8:	Prüfquoten im Vergleich zwischen PVA und SVB ____	304
Abbildung 1:	Ausgleichszulagen-Ausgabenentwicklung seit dem Jahr 1973 _____	317
Tabelle 9:	Entwicklung der Ausgaben für Ausgleichszulagen ____	318
Abbildung 2:	Entwicklung der Anzahl der Ausgleichszulagen- bezieher seit 1973 _____	319
Abbildung 3:	Entwicklung Ausgleichszulagenrichtsätze, Verbraucherpreisindex und Pensionsanpassung ____	320
Tabelle 10:	Auswirkung der unterschiedlichen Erhöhung von Pension und Ausgleichszulagenrichtsatz; Beispielsfall _____	321
Abbildung 4:	Auswirkung der unterschiedlichen Erhöhung von Pension und Ausgleichszulagenrichtsatz; Modell ____	322

Tabellen Abbildungen

Tabelle 11:	Unterschiede zwischen Ausgleichszulage und Kriegsopferversorgungsleistungen _____	329
Tabelle 12:	Unterschiede zwischen Ausgleichszulage und Bedarfsorientierter Mindestsicherung _____	334
Tabelle 13:	Unterschiede zwischen Ausgleichszulage und Notstandshilfe _____	338
Tabelle 14:	Bundesbeitrag in der Pensionsversicherung 2006 bis 2012 nach Geschlecht _____	349
Tabelle 15:	Kennzahlen für das Wirkungsziel 3 der UG 22 _____	355
Tabelle 16:	Beitragsdeckung der durchschnittlichen Pension nach Berufsgruppen in den Jahren 2009 bis 2013 _____	365
Abbildung 5:	Anteil der Ausgleichszulagenbezieher an allen Pensionisten _____	366
Tabelle 17:	Durchschnittliche Ausgleichszulage im Dezember 2012 nach Pensionsart und Versicherungsträger _____	367
Abbildung 6:	Mindestbeitragsgrundlage nach dem BSVG _____	368
Tabelle 18:	Probleme der Brutto/Netto-Berücksichtigung beim Zusammenfallen mehrerer Pensionen _____	378
Tabelle 19:	Sonderkonstellation Heimaufenthalt _____	380

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union
AktG	Aktiengesetz
AlVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
AMS	Arbeitsmarktservice
Art.	Artikel
ASGG	Arbeits- und Sozialgerichtsgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991
AZ	Ausgleichszulage
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BFA	Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl
BFG	Bundesfinanzgesetz
BHG	Bundeshaushaltsgesetz
BHV	Bundeshaushaltsverordnung
BJA	Bundeskanzleramt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BRA	Bundesrechnungsabschluss
bspw.	beispielsweise
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
FAG	Finanzausgleichsgesetz
f./ff.	folgende
FSVG	Bundesgesetz über die Sozialversicherung freiberuflich selbstständig Erwerbstätiger

Abkürzungen

GmbHG	Gesetz über Gesellschaften mit beschränkter Haftung
GSVG	Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IKS	Internes Kontrollsystem
IKT	Informations- und Kommunikationstechnik
inkl.	inklusive
IT	Informationstechnologie
i.V.m.	in Verbindung mit
KOVG 1957	Kriegsopferversorgungsgesetz 1957
KV	Krankenversicherung
lit.	litera (Buchstabe)
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
MRK	Menschenrechtskonvention
NAG	Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz
Nr.	Nummer
n.v.	nicht verfügbar
OGH	Oberster Gerichtshof
p.a.	per anno
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
PV-Träger	Pensionsversicherungsträger
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite(n)
SRÄG 2014	Sozialrechtsänderungsgesetz 2014
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SV-Träger	Sozialversicherungsträger
tlw.	teilweise
TZ	Textzahl(en)

Abkürzungen



u.a.	unter anderem
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VO	Verordnung
VPI	Verbraucherpreisindex
VZÄ	Vollzeitäquivalente
vgl.	vergleiche
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
ZMR	Zentrales Melderegister
z.T.	zum Teil

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Gewährung von Ausgleichszulagen in der Pensionsversicherung

Die Ausgleichszulage war im Jahr 2012 mit einem Gebarungsvolumen von rd. 1 Mrd. EUR die bedeutendste einkommensabhängige Geldleistung im Sozialsystem Österreichs. Trotz zahlreicher Änderungen von Rahmenbedingungen – z.B. im Familien- und Geschlechterbild, einer zunehmenden Internationalisierung und Weiterentwicklungen bei anderen Sozialleistungen wie der bedarfsorientierten Mindestsicherung – fehlte eine Strategie über ihre künftige Weiterentwicklung.

Während zahlreiche Verfahren reibungslos vollzogen wurden, waren bei komplexeren Sachverhalten die Einheitlichkeit der Entscheidungen zwischen den Trägern, die Transparenz der Entscheidungen gegenüber der Partei und eine zeitnahe Entscheidung nicht in allen Fällen sichergestellt.

Wesentliche Elemente der Steuerung – wie z.B. eine Erledigungsstatistik und eine klare Ressourcenzuordnung – fehlten. Ein Internes Kontrollsystem im Sinne der sich entwickelnden internationalen Standards lag nicht vor, insbesondere fehlten eine Risikoorientierung und eine regelmäßige Evaluierung der Funktionsfähigkeit der Kontrollen. Eine wirksame Prüfung der Vollziehung konnten die Aufsichtsbehörden – auch aufgrund der mit einer halben Vollzeitkraft zu gering bemessenen Ressourcen – nicht sicherstellen, obwohl der Bund den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulage trug.

Die im Verhältnis zu anderen bedarfsorientierten Geldleistungen (bedarfsorientierte Mindestsicherung, Notstandshilfe, Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz) anders ausgestalteten Regelungen – z.B. bei der Einkommensanrechnung – führten zu vermehrtem Verwaltungsaufwand und schwer nachvollziehbaren Differenzierungen.

Die wirkungsorientierte Steuerung war im Hinblick auf die unterschiedlichen Auswirkungen der Ausgleichszulage in wesentlichen Dimensionen (Geschlechterverhältnis, Berufsgruppen, Bezieher

inländischer und ausländischer Pensionen) noch nicht ausreichend aussagekräftig. Die aktuelle Rechtslage wies einige Besonderheiten (z.B. bei Zusammentreffen mehrerer Leistungen, bei Heimaufenthalten, bei schwankenden Einkommen und bei der Befreiung von Rezeptgebühren im Zusammenhang mit Aufgabepauschalen für landwirtschaftliche Betriebe) auf, deren sachliche Rechtfertigung zu evaluieren wäre.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Einheitlichkeit, Geschwindigkeit und Transparenz der Vollziehung der Ausgleichszulage bei den Pensionsversicherungsträgern Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), der Effizienz der Steuerung der Vollziehung und der Internen Kontrollsysteme, der Einordnung der Ausgleichszulage im System der einkommensabhängigen Sozialleistungen sowie der Wirkungen der Gewährung der Ausgleichszulage insbesondere in Relation zu den gesetzten Wirkungszielen. (TZ 1)

Basisinformationen zur Ausgleichszulage

Die Ausgleichszulage gewährte im Rahmen der gesetzlichen Pensionsversicherung bei niedrigen Pensionen eine Zuzahlung auf einen gewissen Schwellenwert (sogenannter Ausgleichszulagenrichtsatz; im Jahr 2014 lag dieser bei 857,73 EUR monatlich). Sie war im Jahr 2012 nach Angaben des BMASK mit einem Gebarungsvolumen von rd. 1 Mrd. EUR bzw. rd. 230.000 Beziehern die bedeutendste einkommensabhängige Geldleistung im Sozialsystem Österreichs. Die durchschnittliche Ausgleichszulage betrug im Dezember 2013 rd. 295 EUR. (TZ 2)

Die PVA war für die Vollziehung bei den unselbstständig Erwerbstätigen, die SVB bei den Bauern zuständig. Eine Ausgleichszulage wurde nur auf Antrag gewährt, wobei ein Pensionsantrag auch als Antrag auf Gewährung einer Ausgleichszulage galt. (TZ 2)

Den Aufwand für die Ausgleichszulage trug zur Gänze der Bund. Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) war seit über 50 Jahren für die Ausgleichszulage eine andere Finanzierungsregelung vorgesehen (Tragung des Aufwands durch die Länder) als in den jeweils befristeten Finanzausgleichsgesetzen (FAG) (Tragung des Aufwands durch den Bund). (TZ 2, 28)



Kurzfassung

B MASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung**Probleme der
Vollziehung für die
Betroffenen****Überblick**

Aus Sicht der Betroffenen verlief der Bezug der Ausgleichszulagen in den meisten Fällen ohne Auffälligkeiten: 61 % der Ausgleichszulagenbezieher bei der PVA und 73 % der Ausgleichszulagenbezieher bei der SVB erhielten im Prüfungszeitraum 2011 bis 2013 ihre Leistung, ohne dass eine Eingabe durch einen Sachbearbeiter in der Verwaltungsapplikation erfolgte. In zahlreichen Fällen waren jedoch komplexe Sachverhalte zu ermitteln, z.B. hinsichtlich des familiären Umfelds der Betroffenen und deren sonstigen Einkünfte. In diesen Fällen traten Probleme hinsichtlich der einheitlichen Vollziehung, der zeitgerechten Entscheidung (Verfahrensdauer) und der ausreichenden Information der Betroffenen (Transparenz gegenüber den Parteien) auf. (TZ 2, 4)

In Einzelfällen kam es zu Problemen im Vollzug. Beispielsweise entschied der Pensionsversicherungsträger über sechs Jahre hinweg nicht endgültig über den Anspruch der Betroffenen, diese hatte somit keine Rechtssicherheit über die zustehende Leistung. Sie erhielt zwischen den Jahren 2008 und 2013 insgesamt rd. 7.300 EUR mehrere Jahre verspätet als Nachzahlung überwiesen (ohne Verzugszinsen). Die Mitteilungen bzw. Bescheide ermöglichten den Betroffenen nicht, die maßgeblichen Überlegungen, z.B. für die Verzögerung der endgültigen Entscheidung und die Leistungshöhe nachzuvollziehen. Die für PVA und SVB identen maßgeblichen Rechtsgrundlagen wurden seitens der PVA und der SVB unterschiedlich interpretiert, so dass insofern die Leistungshöhe davon abhing, welcher Pensionsversicherungsträger zuständig war. (TZ 4)

Einheitlichkeit der Vollziehung

Eine zwischen den Pensionsversicherungsträgern einheitliche Vollziehung war in mehreren Punkten nicht gewährleistet. (TZ 5) Dies betraf

- die Auslegung des Antragsprinzips: Die PVA war der Rechtsansicht, dass auch bei bereits laufender Ausgleichszulage nur eine Gewährung ab dem Monatsersten vor dem Antrag zu erfolgen habe. Die SVB war hingegen der Rechtsansicht, dass für den Leistungsbezieher günstige Sachverhaltsänderungen auch rückwirkend zu berücksichtigen waren; (TZ 6)

Kurzfassung

- die Berücksichtigung von Unterhaltsansprüchen: Die PVA rechnete z.B. bei getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten den gebührenden Unterhalt an, die SVB lediglich den tatsächlich geleisteten; (TZ 7)
- Detailfragen der anrechenbaren Einkommen: Die PVA berücksichtigte z.B. Betriebsratsumlagen als Abzugsposten vom weiteren Einkommen, die SVB nicht; (TZ 8)
- den Wegfall der Leistung bei Auslandsaufenthalten: Auslandsaufenthalte, die in Summe 60 Tage im Kalenderjahr überschritten, führten bei der PVA ab dem 61. Tag zum Wegfall der Ausgleichszulage. Bei der SVB führte nur ein Auslandsaufenthalt, der ununterbrochen länger als zwei Monate im Kalenderjahr dauerte, zum Wegfall der Leistung. (TZ 9)

Obwohl der „Arbeitskreis Pensionsversicherung“ zur Klärung von Rechtsfragen und Problemen in der Vollziehung im Hauptverband eingerichtet war, wurden diese Punkte dort nicht erörtert. Eine systematische Überprüfung, ob die Vollziehung einheitlich war, erfolgte weder durch den Träger noch den Hauptverband noch das BMASK. Zu beanstanden war, dass der Bund zwar den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulagen trug, aber weder ein inhaltliches Weisungsrecht zur Vollzugspraxis hatte, noch Ressourcen bereitstellte, um diese regelmäßig zu überprüfen und die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. (TZ 10)

Verfahrensdauer

Auswertungen über die Erledigungsdauer der Ausgleichszulage waren weder bei der PVA noch der SVB verfügbar, obwohl die Ausgleichszulage ein Mindesteinkommen armutsgefährdeter Menschen sichern sollte und daher zeitnahe Entscheidungen und die regelmäßige Überprüfung der Erledigungsdauern unbedingt erforderlich wären. In den untersuchten Einzelfällen reagierten die PVA und die SVB grundsätzlich zeitnah auf die Eingaben der Parteien. Dennoch nahm die endgültige Entscheidung bei 12 % (PVA) bzw. 15 % der Fälle (SVB) mehr als sechs Monate in Anspruch. In Einzelfällen vergingen mehrere Jahre zwischen dem Antrag und der endgültigen Entscheidung. (TZ 11)

Im Falle langer Verfahrensdauern war die Gewährung vorläufiger Leistungen (Vorschüsse) vorgesehen. Die Pensionsversicherungsträger gewährten die Vorschüsse jedoch nicht in allen Fällen und

setzten dieses Instrument auch ein, wenn Sachverhalte ihrer Natur nach erst im Nachhinein überprüfbar (z.B. Zinseinkünfte) oder häufige Änderungen wahrscheinlich waren (z.B. Einkünfte aus bestimmten unselbstständigen Erwerbstätigkeiten). Dies war eine wesentliche Einschränkung der Rechtssicherheit der Betroffenen und mit der verfahrensrechtlichen Vorgabe der Entscheidung binnen sechs Monaten unvereinbar. (TZ 12)

Die Höhe der vorläufigen Leistungen lag in der Regel unter der endgültigen Leistung, um Überzahlungen zu vermeiden. Ein Controlling über die Dauer und Notwendigkeit der Gewährung einer vorläufigen Leistung bzw. über die Abweichung der vorläufigen Leistung von der endgültigen Leistung war nicht eingerichtet. (TZ 12)

Transparenz der Entscheidung

Die Bescheide boten in vielen Fällen dem Adressaten ungenügende Information über wesentliche Elemente des Verfahrens. Die Pensionsversicherungsträger gingen zwar aufgrund vorgegebener Textbausteine ökonomisch vor, für die Betroffenen waren jedoch der konkret festgestellte Sachverhalt, die zugrunde liegende Beweiswürdigung und die rechtliche Würdigung häufig nicht nachvollziehbar. Es fehlte der Partei somit eine Grundlage, um entscheiden zu können, ob sie ein Rechtsmittel einlegen sollte. Dies wäre insbesondere auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Form der Erledigung gleichartiger Sachverhalte durch die beiden überprüften Pensionsversicherungsträger und die festgestellten Fehler in Einzelfällen besonders zweckmäßig. (TZ 13)

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Erledigungsstatistik

Eine Antrags- und Erledigungsstatistik über die Gewährung der Ausgleichszulage existierte nicht, es wurden lediglich Auswertungen aus den Eingaben der Sachbearbeiter in die Verwaltungsapplikation gebildet („Fallcodes“). Die PVA wies je Ausgleichszulagenempfänger mehr als doppelt so viele Fallcodes aus wie die SVB. Nur ein Teil dieses Unterschieds war auf sachliche Gründe – wie z.B. höheren Auslandsbezug, häufigere Änderungen in den zugrunde liegenden Lebenssachverhalten (sonstige Einkommen, Familienstand) etc. – zurückzuführen. Die Fallzahl laut Zählung der Fallcodes war daher nur bedingt aussagekräftig. Dies war insbesondere deshalb zu beanstanden, weil die Fallcodes eine wichtige Grundlage sowohl für die

Kurzfassung

PVA als auch für die SVB für Leistungsberichte, Personalbedarfsplanung und Prüf- und Freigabewesen bildeten. (TZ 15)

Ressourceneinsatz für die Verwaltung der Ausgleichszulage

Da es sich bei der Ausgleichszulage um die größte einkommensabhängige Geldleistung im österreichischen Sozialsystem handelte, bestand ein erhebliches Interesse an den Kosten ihrer Vollziehung. Der Ressourceneinsatz bzw. die zur Bearbeitung und Prüfung vorgesehene Zeit waren auch wichtige Kenngrößen für die interne Steuerung der Pensionsversicherungsträger. Dennoch waren die zur Vollziehung der Ausgleichszulage eingesetzten Ressourcen bei der PVA und der SVB weder in einer Kostenstelle noch in einer Kostenträgerrechnung ersichtlich. (TZ 16)

Laut den vom RH (entsprechend der von den Trägern vorgenommenen Gewichtungen) ermittelten Kennzahlen standen für die Bearbeitung eines Falls der PVA 30 Minuten, der SVB mehr als zwei Stunden zur Verfügung; für die Prüfungen der PVA sieben Minuten, der SVB 70 Minuten. Die Zahl der je Sachbearbeiter zu betreuenden Pensionisten lag bei der PVA mehr als doppelt so hoch wie bei der SVB. Die Höhe dieser Unterschiede erforderte nach Ansicht des RH eine Überprüfung sowohl der zugrunde liegenden Rohdaten (Fallzählung und Arbeitszeitschätzung) als auch der zugrunde liegenden Aufgabendefinitionen (z.B. der Aufgaben der Prüfer). (TZ 16)

Internes Kontrollsystem (IKS)

Die Verpflichtung zur Einführung eines Internen Kontrollsystems (IKS) bei den Sozialversicherungsträgern gab es nicht. Konzepte, wie ein IKS im Hinblick auf die Besonderheiten der Pensionsversicherungsträger (z.B. mit Rücksicht auf die Selbstverwaltung oder den bestehenden Rechtsschutz) konkret ausgestaltet sein sollte, lagen nicht vor. Auch konnte weder die PVA noch die SVB – als Grundlage eines IKS – eine Zieldokumentation oder Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage vorlegen. (TZ 17, 20)

Die Aufbauorganisation der PVA und SVB war infolge der Funktionstrennung zwischen Sachbearbeitung und Prüfung sowie der Trennung der Sachentscheidung von der Verbuchung bzw. Auszahlung grundsätzlich geeignet, eine korrekte Vollziehung der Ausgleichszulage sicherzustellen. Allerdings waren weder der Vorstand noch die Kontrollversammlung in Agenden der Ausgleichszulagen

eingebunden: Die Ergebnisse der internen Kontrollen (z.B. Prüfquoten, Fehlerquoten, Effektivität der Prüfungen etc.) wurden zwar innerhalb des Büros, aber nicht im Vorstand bzw. der Kontrollversammlung behandelt. Im Hinblick auf das hohe Gebarungsvolumen der Sozialversicherung (über 56 Mrd. EUR im Jahr 2014) war es auch für Sozialversicherungsträger notwendig, den Vorstand bzw. die Kontrollversammlung regelmäßig mit der Gestaltung des IKS und der Überprüfung von dessen Effektivität zu befassen. Der Vorstand hätte insbesondere die Aufgabe, bei der Definition der Organisationsziele und -risiken und der Kontrolle der Wirksamkeit des IKS strategische Vorgaben zu machen. (TZ 18)

Beide Pensionsversicherungsträger verfügten zwar über ein Prüf- und Freigabekonzept, durch das derzeitige Fehlen einer Workflow-orientierten Arbeitsbeschreibung und auswertbarer Prozessdokumentationen konnte eine Kontrolle jedoch nur durch Nachvollziehen des gesamten Entscheidungsprozesses im Einzelfall erfolgen. Die Nachvollziehbarkeit war – insbesondere für externe Überprüfungen – durch die Dokumentation in unterschiedlichen Medien (Papierakten, einem elektronischen Archivierungssystem und einer an der Zahlung orientierten Applikation) erschwert. (TZ 18, 19, 21)

Die PVA unterzog einen wesentlich höheren Anteil der Erledigungen einer Überprüfung nach dem Vier-Augen-Prinzip als die SVB: die PVA rd. 75 % der Fälle, die SVB rd. 50 % der Fälle. Die Quote der dabei festgestellten Fehler betrug bei der PVA rd. 11 %, bei der SVB rd. 22 %. Kritisch hervorzuheben war, dass die SVB trotz rund doppelt so hoher Fehlerquote nur halb so viele Fälle (nach Fallzahlen) einer Prüfung unterzog wie die PVA. Positiv war anzumerken, dass die SVB mit der Prüfung relativ weniger Fälle ein relativ hohes Gebarungsvolumen erfasste. Eine verstärkte Implementierung des Elements des betroffenen Volumens in die Automatik des Zufallsgenerators wäre daher sinnvoll. (TZ 21)

Weder die PVA noch die SVB nahm eine finanzielle Bewertung der festgestellten Fehler vor oder bewertete, ob festgestellte Fehler systemrelevant waren oder auf Einzelfälle beschränkt waren. Dies erschwerte eine inhaltliche Bewertung der Fehlerquoten. (TZ 21)

Es bestanden noch weitere Kontrollaktivitäten (z.B. zusätzliche Prüfung von Akten einzelner Mitarbeiter nach dem Ermessen der jeweiligen Vorgesetzten), diese waren jedoch nicht so dokumentiert, dass ein schlüssiger Vergleich, bei welchem Anteil von Fällen die Träger insgesamt ein Vier-Augen-Prinzip durchführten, möglich war.

Kurzfassung

Eine Kosten–Nutzen–Rechnung der unterschiedlichen Kontrollmechanismen gab es nicht. (TZ 21)

Die Internen Revisionen der PVA und der SVB hatten zuletzt im Jahr 2006 bzw. bei der PVA erneut im Jahr 2008 eine Überprüfung der Vollziehung der Ausgleichszulagen vorgenommen und dabei bei den überprüften Fällen eine ähnlich hohe Fehlerquote wie bei nicht überprüften Fällen festgestellt (zwischen 9 % und 13 %). Diese Fehlerquoten deuteten auf Mängel der Effektivität des Prüfsystems hin. Eine klare Analyse der finanziellen Auswirkungen war nicht erfolgt. Es fehlten auch eine klare Zielsetzung (z.B. hinsichtlich Fehlerquote) bzw. Vorgaben von der Geschäftsführung (keine Befassung des Vorstands bzw. der Kontrollversammlung). (TZ 22)

Die SVB dokumentierte jährlich auftretende Mehrbezüge – Fälle, in denen sie einen zu hohen Betrag ausbezahlt hatte und eine Rückforderung nicht möglich war – in einer zusammenfassenden Liste, die auch den Vorgesetzten vorzulegen war. Die PVA verfügte über keine entsprechende Dokumentation. (TZ 22)

Gemeinsam mit dem Umstand, dass die Fallzählung unplausibel war (TZ 15) und die pro Fall eingesetzte Zeit für die Prüfung stark abwich (TZ 16), wiesen die aufgezeigten Faktoren darauf hin, dass eine grundlegende Evaluierung des Prüf- und Freigabewesens angezeigt war. Die beiden Träger setzten sich in Arbeitskreisen zum Prüf- und Freigabewesen mit der Weiterentwicklung der Prüfkonzeppte auseinander, jedoch waren bei der SVB seit 2006 bzw. bei der PVA seit 2008 keine weiteren grundsätzlichen Analysen erfolgt, bei denen eine Fehlerquote ermittelt oder die Funktionsweise des Prüf- und Freigabewesens analysiert wurde. (TZ 23)

Abrechnung des Aufwands und Aufsicht des Bundes

Der Bund ersetzte den Aufwand für die Gewährung der Ausgleichszulage. Der Ersatz der Ausgleichszulagen betrug im Jahr 2013 rd. 1.005,26 Mio. EUR, davon rd. 688,32 Mio. EUR an die PVA und rd. 241,99 Mio. EUR an die SVB. Das BMASK bestätigte vor der Zahlung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Dies erfolgte auf Basis von Plausibilitätsprüfungen im Zeitverlauf, jedoch ohne stichprobenartige Belegprüfung oder Einsicht in die Buchhaltung bzw. Vorsysteme. Die vorgefundene Kontrolle der Vollziehung und Abrechnung war unzureichend. (TZ 24)

Die Aufsichtsbehörde (BMASK) hatte keinen systematischen Überblick über die internen Kontrollen der Pensionsversicherungsträger (d.h. die Prüf- und Freigabekonzepte), die Grundlagen ihrer Konzeption (z.B. hinsichtlich der Risikoeinschätzung) und ihre Funktionsfähigkeit (z.B. durch Berichte der Internen Revision). Dies auch deshalb, weil wesentliche Elemente eines IKS nicht ausreichend formuliert waren und im Vorstand und der Kontrollversammlung nicht erörtert wurden. Die Entsendung von Vertretern in die Sitzungen des Vorstands und der Kontrollversammlung konnte eine Information über bzw. eine Kontrolle der internen Überwachungsmechanismen nicht leisten, weil diese dort nicht besprochen wurden. (TZ 24)

Mit einem Prüfdienst von nur 0,5 VZÄ war das BMASK auch nach eigener Einschätzung nicht dafür ausgestattet, sich selbst durch Erhebungen vor Ort ein Bild über die korrekte Vollziehung und Verrechnung der Leistungen zu machen. Dafür typische Prüfhandlungen (z.B. Belegeinsicht, Überprüfung der Vorsysteme etc.) waren mit dieser Personalausstattung nicht möglich. (TZ 24)

Angesichts der Höhe und der Entwicklung der Beträge, die der Bund an die Pensionsversicherungsträger leistete, war diese Kontrolle der Vollziehung und Abrechnung unzureichend. (TZ 24)

Geplante Verbesserungen

Zahlreiche Verbesserungen waren potenziell im Rahmen eines umfassenden Projekts („ZEPTA“) zur Neugestaltung der Verwaltungsapplikation der Pensionsversicherungsträger geplant. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war jedoch keiner der Punkte in einer konkreten Projektplanung direkt angesprochen. (TZ 25)

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Entwicklung des Gebarungsumfangs, der Ausgleichszulagenbezieher und der Richtsätze

Das Gebarungsvolumen zur Ausgleichszulage war unter Berücksichtigung der Inflation zwischen den Jahren 1973 und 2013 um rd. 12,5 % gestiegen, obwohl die Anzahl der Bezieher einer Ausgleichszulage um rd. 40 % gesunken war. Dies war insbesondere auf die bei den Ausgleichszulagenrichtsätzen im Vergleich zu den Pensionen stärkere Steigerung zurückzuführen. (TZ 27)

Kurzfassung

Die Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher war zwar langfristig sinkend, die Entwicklung verlangsamte sich jedoch seit 1989; zwischen 1990 und 1994 sowie 2006 und 2008 war die Anzahl sogar gestiegen. Während die Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher in den Berufsgruppen der Bauern sowie der Arbeiter rückläufig war, stieg jene der Angestellten im gleichen Zeitraum an. Aufgrund der Verlängerung der Durchrechnungszeiträume im Rahmen der Einführung des Pensionskontos und der Zunahme von Teilzeitarbeit bzw. prekariistischen Arbeitsverhältnissen werden zunehmend auch Zeiten mit geringen Beitragszahlungen für die Pensionshöhe maßgeblich. Eine langfristige Prognose dazu existierte – entgegen einer Empfehlung des RH aus dem Jahr 2011 – nicht. (TZ 27)

Die Höhe der Ausgleichszulagenrichtsätze war seit dem Jahr 1973 wesentlich stärker gestiegen als der Verbraucherpreisindex oder die durchschnittliche jährliche Pensionsanpassung laut Anpassungsfaktor. (TZ 27)

Verhältnis zu anderen Leistungen

Neben der Ausgleichszulage bestanden noch weitere einkommensabhängige Leistungen zur Existenzsicherung, insbesondere die bedarfsorientierte Mindestsicherung, die Notstandshilfe, das Rehabilitationsgeld (seit dem Jahr 2014) und auch Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957). Dieselbe Person konnte diese Leistungen hintereinander und teilweise auch gleichzeitig beziehen. Für die Vollziehung bzw. Finanzierung dieser Leistungen waren jeweils andere Stellen zuständig. Obwohl die Länder grundsätzlich Kostentragungspflicht hatten und für den Bereich des Armenwesens zuständig waren, übernahm der Bund die Kosten für die Ausgleichszulage. (TZ 28)

Die Bestimmungen über die Leistungshöhe, die Berücksichtigung von Familienleistungen und zur Anrechnung weiterer Einkünfte waren unterschiedlich. Unterschiedliche Verwaltungsbehörden (unmittelbare Bundesverwaltung, Sozialversicherungen, das Arbeitsmarktservice und die Länder) hatten teilweise den gleichen Sachverhalt (z.B. Familiensituation) bzw. zusammenhängende Sachverhalte (Einkommen in der zeitlichen Abfolge) getrennt voneinander zu erheben. Idente Sachverhalte (z.B. derselbe landwirtschaftliche Betrieb, dasselbe Wohnrecht oder dieselbe Unfallrente) wurden in den einzelnen Rechtsbereichen in unterschiedlicher Weise bewertet. Wesentliche Fragen, wie z.B. die Geltung eines Anspannungsgrundsatzes für die Arbeitskraft oder die Instrumente zur Sachverhaltserhebung,

hingen nicht nur von sachlichen Kriterien (z.B. der Zumutbarkeit oder der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen), sondern maßgeblich vom vollzogenen Rechtsbereich ab. (TZ 29 bis 34)

Rund 4.500 Personen erhielten einkommensabhängige Leistungen nach dem KOVG 1957, was im Zusammenspiel mit der Ausgleichszulage zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand (doppelte Sachverhaltsermittlung und wechselseitige Abhängigkeiten) und sachlich nicht nachvollziehbaren Ungleichbehandlungen führte. Die Komplexität der notwendigen Erhebungen stellte auch eine Fehlerquelle dar. Es war nicht nachvollziehbar, worin die sachliche Rechtfertigung für die dargestellten Unterschiede (z.B. bei Zinsen, der Bewertung von Wohnrechten oder der Berücksichtigung des Kirchenbeitrags) lag. (TZ 29)

Positiv war, dass die Höhe des Richtsatzes zwischen Bedarfsorientierter Mindestsicherung und Ausgleichszulage – bereinigt um die Krankenversicherung – grundsätzlich aufeinander abgestimmt war. Jedoch lief die unterschiedliche Vorgehensweise bei Sonderzahlungen sowie bei Familien und bei den Wohnkosten dieser Abstimmung zuwider: Während die Ausgleichszulage 14-mal im Jahr anfiel, stand die Bedarfsorientierte Mindestsicherung (grundsätzlich) nur 12-mal im Jahr zu; während bei der Ausgleichszulage ein Familienrichtsatz nur bei aufrechter Ehe und gemeinsamem Haushalt gebührte, reichte bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung eine Lebensgemeinschaft; im Bereich der Ausgleichszulage waren die tatsächlichen Wohnkosten irrelevant, bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung wurden diese teilweise berücksichtigt. (TZ 30)

Daten zu den Überschneidungen zwischen Bedarfsorientierter Mindestsicherung und Ausgleichszulagen waren nicht verfügbar. (TZ 30)

Bei der Notstandshilfe waren z.B. Unterschiede bei der Berechnung von Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, die Berücksichtigung von Kriegsofferleistungen oder von Unfallrenten sachlich schwer nachvollziehbar. (TZ 31)

Die Reform der befristeten Berufsunfähigkeitspension diente dem Zweck, das Pensionsantrittsalter zu erhöhen. Es war daher nicht unmittelbar einsichtig, warum es Konstellationen gab, in denen durch das Rehabilitationsgeld eine höhere Geldleistung gebührte als vor der Reform. Dies insbesondere auch deshalb, weil dabei nicht auf einen höheren Bedarf Rücksicht genommen wurde, sondern lediglich auf die Anwendung des Familienrichtsatzes bzw. auf die Anrechnung weiterer Einkommen verzichtet wurde. (TZ 32)

Kurzfassung

Der Ausgleichszulagenrichtsatz war weder mit dem Existenzminimum nach der Exekutionsordnung noch mit den Lohnsteuergrenzen abgestimmt. So kam es einerseits dazu, dass der Bund über eine existenzsichernde Sozialleistung zur Deckung der Schulden der Ausgleichszulagenbezieher beitrug, andererseits zu zirkulären Zahlungsströmen zwischen Bund und Pensionsversicherung im Bereich der Lohnsteuer. (TZ 33)

Die Behörden hatten unterschiedliche Möglichkeiten, die maßgeblichen Sachverhalte zu erheben. Für unrichtige Meldungen waren keine Sanktionen vorgesehen. (TZ 34)

Einige für die Leistung der Ausgleichszulage maßgebliche Konstellationen waren mit den Erhebungsformen der Pensionsversicherungsträger insgesamt schwer überprüfbar (z.B. Vermögenseinkünfte, Auslandsaufenthalte, Lebensgemeinschaften). Hier wurden die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches innerhalb der Sozialversicherung und mit anderen Stellen noch nicht umfassend genutzt. (TZ 34)

Wirkungsziele zur Ausgleichszulage (Gleichstellungsziel)

Für das Jahr 2013 lagen nach den Vorgaben des neuen Bundeshaushaltsrechts erstmals Angaben zur Wirkungsorientierung beim Bund vor. Dies stellte eine wesentliche Neuerung dar. Von den maximal fünf verpflichtend festzulegenden Wirkungszielen sollte mindestens eines die Gleichstellung von Frauen und Männern betreffen. In der Untergliederung 22 „Pensionsversicherung“ entschied sich der Gesetzgeber für das Gleichstellungsziel, den Anteil der Frauen an den Ausgleichszulagenbeziehern zu reduzieren. Es erhielten nämlich wesentlich mehr Frauen (im Jahr 2013 154.378 Frauen, 636 Mio. EUR) eine Ausgleichszulage als Männer (74.988 Männer, 369 Mio. EUR). (TZ 36)

Die Gleichstellung von Frauen und Männern im Pensionsalter war ein strategisches Ziel im Konnex mit der Entwicklung der Pensionsysteme. Das Ziel stand daher grundsätzlich im Einklang mit den strategischen Prioritäten des Bundes. (TZ 36)

Die Unterschiede zwischen den Einkommen von Frauen und Männern waren allerdings generell bei Pensionen wesentlich höher als im Erwerbsleben. Warum nur jene Pensionisten, die Ausgleichszulage bezogen (rd. 10 % aller Pensionisten), hinsichtlich der Gleichstellung von Frauen und Männern für das Wirkungsziel herange-

zogen wurden, war in den Unterlagen zur Wirkungsorientierung nicht begründet. Weiters wären im Bereich der Ausgleichszulage auch andere als Gleichstellungsziele relevant gewesen, z.B. eine Klarstellung, welches Ziel die Ausgleichszulage letztlich verfolgte, im Hinblick auf die Entwicklung der Richtsätze im Vergleich zur Kaufkraftentwicklung, die Einordnung in das sich verändernde System anderer einkommensabhängiger Leistungen, die Treffsicherheit etwa im Vergleich verschiedener Berufsgruppen oder hinsichtlich der Einheitlichkeit und Steuerung der Vollziehung. Auch diesbezüglich war eine Begründung aus den vom BMASK übermittelten Unterlagen nicht ersichtlich. (TZ 36)

Die Formulierung des Wirkungsziels war nicht ausreichend präzise: Das Wirkungsziel beabsichtigte, dass Frauen aufgrund einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage keine Ausgleichszulage mehr benötigten und daher auch keine in Anspruch nahmen. Die Formulierung des Ziels bezog sich jedoch nur auf den Bezug und nicht auf den Bedarf. (TZ 36)

Die wirkungsorientierte Steuerung gerade im Zusammenhang mit dem Thema Ausgleichszulage war jedenfalls zu begrüßen. Eine Messung der Wirkungen des staatlichen Handelns in diesem Bereich war mehrfach entscheidend, z.B. im Hinblick auf die Effektivität und Treffsicherheit der Leistungen, die Abschätzung der Auswirkung von Gesetzesänderungen, die Abschätzung der Auswirkung von Änderungen in den tatsächlichen Lebensumständen. (TZ 36)

Als Maßnahmen waren einerseits die verstärkte Rehabilitation von Frauen vorgesehen, was den Pensionsantrittszeitpunkt hinausschieben und dadurch die Pensionshöhe steigern sollte, andererseits die Durchführung vertiefter Analysen zur Ableitung gezielter Maßnahmen. Die Ursachen für die erhöhte Inanspruchnahme der Ausgleichszulage waren jedoch vielfältig (z.B. geringerer Arbeitsverdienst, weniger Pensionsversicherungszeiten, Kinderbetreuung etc.) und überwiegend nur langfristig zu beeinflussen. Eine Darlegung bzw. Analyse des Wirkungsgefüges der einzelnen Faktoren, die zur Erreichung des Wirkungsziels beitragen würden, fehlte jedoch. Ohne eine solche Analyse war die Kohärenz zwischen den geplanten Maßnahmen und den Wirkungszielen problematisch. (TZ 37)

Der Indikator zur Erfolgsmessung war die absolute Anzahl der Frauen, die Ausgleichszulage bezogen, sowie deren Anteil. Der ausgewählte Indikator wies wesentliche Schwächen auf. Der Anteil der wirtschaftlich auf Ausgleichszulage angewiesenen Frauen war noch wesentlich höher als vom Indikator umfasst wurde. Bei die-

Kurzfassung

sem waren nämlich jene Frauen nicht berücksichtigt, die im Rahmen einer Ehe von Ausgleichszulage-Leistungen profitierten, die an den Ehemann ausbezahlt wurden. In den Familien erhielt nur ein geringer Anteil von Frauen die Auszahlungen der Ausgleichszulage, obwohl die entsprechende rechtliche Regelung für die Bedarfsorientierte Mindestsicherung aus dem Jahr 2010 eine anteilige Auszahlung an beide Ehepartner vorsah. (TZ 38)

Ein Teil des geschlechterspezifischen Unterschieds war eindeutig in der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern begründet. Insofern war eine nach Trägern differenzierte und altersbereinigte Betrachtung angezeigt. (TZ 38)

Da die Zielwerte eine bereits vorher bestehende Entwicklung fortgeschrieben, fehlte weiters eine Analyse, welcher Teil der Entwicklung ohne Maßnahmen und welcher Teil aufgrund der Maßnahmen erwartet wurde. Offen war auch, wie in der Messung der Kennzahl damit umzugehen war, dass zeitlich befristete berufsunfähige Personen ab dem Jahr 2014 keine Pension (und somit auch keine Ausgleichszulage), sondern Rehabilitationsgeld bezogen. Würden sie aus der Statistik fallen, so wären die Zahlen kaum mit den Vorjahren vergleichbar. (TZ 38)

Das BMASK gab an, dass die Angaben zur Wirkungsorientierung im Rahmen einer Sitzung der Abteilungsleiter relativ informell erarbeitet wurden. Ein ausführlicherer Prozess hätte zur Qualität dieser Angaben beigetragen. Dies betraf nicht nur die Konzipierung der Angaben zur Wirkungsorientierung (Ziele, Maßnahmen, Indikatoren, Zielwerte), sondern auch die Analyse des Wirkungsgefüges im Vergleich zu Wirkungszielen anderer Untergliederungen und die Ergebnisse der Evaluierung. Es wäre zweckmäßig, eine bereits absehbare Zielverfehlung 2014 (z.B. aufgrund der nicht erfolgten Beschlussfassung über das Sozialrechtsänderungsgesetz 2014 (SRÄG 2014)) in die Evaluierung des Jahres 2013 aufzunehmen, um eine zeitnahe Reaktion zu ermöglichen. Die Evaluierung der Zielerreichung 2013 reflektierte jedoch diesen Umstand nicht. (TZ 39)

Die Verfügbarkeit von Daten, um den Bedarf nach Ausgleichszulage und deren Wirkung beurteilen zu können, war eine wesentliche Voraussetzung für eine wirkungsorientierte Steuerung. Die Pensionsversicherungsträger erhoben und speicherten grundsätzlich Daten umfassend (rd. 2.500 Datenrelationen), allerdings werteten sie diese nicht systematisch aus. Die vorgefundene Beschränkung auf bestimmte, in den statistischen Weisungen des BMASK vorgesehene Auswertungen war angesichts der rd. 2.500 gespei-

cherten Datenrelationen und der Komplexität der unterschiedlichen Lebenssachverhalte nicht zweckmäßig; ein enger Dialog zwischen den Stellen, die am nächsten bei der Datenerfassung waren, und jenen Stellen, die mit der Festlegung der Angaben zur Wirkungsorientierung und entsprechenden Analysen betraut waren, war unabdingbar. Je nach den auftretenden statistischen Auffälligkeiten der Inanspruchnahme konnten unterschiedliche Ursachenanalysen erforderlich sein. (TZ 40)

Unterschiede zwischen Berufsständen

Der Finanzierungsanteil des Bundes lag bei den Pensionsversicherungsleistungen der Bauern wesentlich über jenem nach dem ASVG. Dies war einerseits auf soziodemographische Faktoren (z.B. einer höheren Quote von Leistungsempfängern zu Beitragszahlern), andererseits auch auf die Ausgestaltung des Pensions- und Ausgleichszulagenrechts (z.B. der Gewährung einer Partnerleistung) zurückzuführen. (TZ 42)

Beitragsdeckung der durchschnittlichen Pension nach Berufsgruppen in den Jahren 2009 bis 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013
	in EUR				
	Durchschnittspensionen ¹				
ASVG	957	982	1.001	1.013	1.066
GSVG/FSVG	1.088	1.121	1.146	1.162	1.223
BSVG	657	673	689	625	738
gesamt	941	967	987	993	1.052
	davon durch Beiträge gedeckt				
ASVG	763	789	808	808	850
GSVG/FSVG	522	510	554	557	675
BSVG	126	127	132	121	146
gesamt	688	710	731	728	779
	davon durch Bundesmittel gedeckt				
ASVG	194	193	193	206	216
GSVG/FSVG	566	611	592	606	549
BSVG	531	547	557	503	592
gesamt	254	257	256	266	274

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Inklusive Zulagen und Zuschüsse; die Werte beziehen sich auf den Dezember des jeweiligen Jahres.

Quellen: BMASK; Darstellung RH

Kurzfassung

Der Eigenfinanzierungsanteil der durchschnittlichen Pension lag im ASVG im Jahr 2013 bei rd. 80 % (850 EUR von 1.066 EUR), nach dem BSVG dagegen bei rd. 20 % (146 EUR von 738 EUR). (TZ 42)

Während der Anteil der Ausgleichszulagenempfänger bei Unselbstständigen im Schnitt bei rd. 10 % lag, betrug er bei Bauern rd. 25 % und war damit mehr als doppelt so hoch. Die durchschnittliche Höhe der Ausgleichszulage lag bei den Bauern um rd. 50 % über der durchschnittlichen Höhe bei der PVA. Je Pensionist lagen die Aufwendungen der Ausgleichszulage bei der SVB somit rund vier Mal so hoch wie bei der PVA. Dafür wesentliche Elemente der rechtlichen Regelung betrafen z.B. die Festlegung der Mindestbeitragsgrundlage und die Pauschalierung der Aufgabepauschale sowie anderer Leistungen (z.B. von Wohnrechten). Mehrere dieser Parameter wurden zwischen den Jahren 2000 und 2014 geändert, wodurch sich Auswirkungen im Bereich der Ausgaben für Pensionen und Ausgleichszulagen und ihrer Finanzierung ergaben. (TZ 42)

Durchschnittliche Ausgleichszulage im Dezember 2012 nach Pensionsart und Versicherungsträger					
	gesamt	zu Invaliditäts- pensionen	zu Alters- pensionen	zu Witwen- pensionen	zu Waisen- pensionen
	in EUR				
alle Pensionsversicherungsträger	286	290	288	281	278
PVA	261	281	264	240	250
davon					
Arbeiter	266	288	268	244	264
Angestellte	238	257	245	205	174
VAEB – Eisenbahnen	216	199	194	232	293
VAEB – Bergbau	192	237	190	169	309
SVA	295	305	275	315	311
SVB	386	418	373	394	424

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Eine Grundlage, auf deren Basis die sachliche Rechtfertigung bzw. die Balance zwischen den gesetzlichen Unterschieden und den zugrunde liegenden sozio-demographischen Unterschieden auch analytisch nachvollzogen werden kann, konnte nicht vorgelegt werden. Dies war insbesondere angesichts der hohen finanziellen Bedeutung der Finanzierung des Pensionssystems sowohl für die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen als auch für die Lebensplanung der Betroffenen zu beanstanden. (TZ 42)

Bezieher ausländischer Pensionen

Aufgrund der europarechtlichen Vorgaben konnten Personen, die in Österreich lebten und eine Pension nur aus einem anderen Mitgliedstaat des EWR bezogen, auch eine österreichische Ausgleichszulage beziehen. Im Jahr 2013 waren dies rd. 1.100 Personen. Gemäß der vom OGH im Anschluss an eine Vorabentscheidung des EuGH aus 2013 judizierten Vorgangsweise war eine Ausgleichszulage zu gewähren, wenn eine gültige Aufenthaltsbescheinigung bestand. Diese wäre zu entziehen, wenn aufgrund der Inanspruchnahme der Ausgleichszulage eine unangemessene Inanspruchnahme des österreichischen Sozialsystems vorlag; eine automatische Entziehung ohne Interessenabwägung war unzulässig. (TZ 43)

Es war wesentlich, dass die Entwicklung des Sozialsystems und die Entwicklung der Freizügigkeit des Personenverkehrs aufeinander abgestimmt erfolgten. Die umfassende Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts, die erfolgten gesetzlichen Anpassungen im Ausgleichszulagenrecht und die zeitnahen Gespräche zwischen BMI und PVA nach Entscheidungen des EuGH und des OGH waren daher ebenso positiv wie die Bemühungen des BMASK, im Rahmen der europäischen Gremien eine gut vollziehbare Lösung zu erreichen. (TZ 43)

Die Regelungen des Gesetzgebers aus dem Jahr 2011 zielten darauf ab, Ausgleichszulagen für Personen, die keine Pension aus Österreich bezogen, weitgehend auszuschließen. Diese Grundentscheidung erkannte der EuGH im Wesentlichen als europarechtskonform an. Diese zur Zeit der Gebarungsüberprüfung vorgesehene, aber noch nicht praktisch erprobte Vorgangsweise war mit einigen Schwierigkeiten in der Durchführung verbunden: Kriterien für die beiden erforderlichen Interessenabwägungen hatten sich noch nicht entwickelt. Die Verantwortung war auf drei Behörden (Sozialversicherungsträger, Bezirksverwaltungsbehörden bzw. Magistrat sowie Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl) aufgeteilt. Im Ergebnis bestand Rechtsunsicherheit für den Betroffenen und eine Leistungspflicht für die Ausgleichszulage während der gegebenenfalls nicht unerheblichen Verfahrensdauer. (TZ 43)

Die Regelung der Krankenversicherungsbeiträge führte dazu, dass Personen, die eine Ausgleichszulage zu einer ausländischen Pensionsleistung bezogen, netto eine höhere Summe zur Verfügung hatten als Ausgleichszulagenbezieher mit einer inländischen Pensionsleistung. (TZ 43)

Kurzfassung

Sonderkonstellationen

Bestimmte Sonderregelungen, insbesondere beim Zusammentreffen mehrerer Pensionen, bei Heimaufenthalten und hinsichtlich der Rezeptgebührenbefreiung bei Anrechnung von Aufgabepauschalen, führten zu sachlich nicht nachvollziehbaren Leistungshöhen. (TZ 44 bis 46)

Zusammenfassung

Obwohl die Ausgleichszulage die größte einkommensabhängige Geldleistung im österreichischen Sozialsystem war, fehlte eine Strategie bzw. eine langfristige Prognose über die weitere Entwicklung. Dies war insbesondere deshalb maßgeblich, weil sich wichtige Einflussfaktoren für die Ausgleichszulage veränderten, z.B. das Pensionsrecht (Verlängerung der Durchrechnungszeiten, Änderungen in den Mindestbeitragsgrundlagen etc.) oder die tatsächlichen Lebensumstände der Betroffenen (Familienkonstellationen, Teilzeitquoten etc.). (TZ 47)

Die bisherige Entwicklung war davon geprägt, dass trotz stark sinkender Zahl der Betroffenen das Gebahrungsvolumen leicht anstieg, weil die Richtsätze deutlich überproportional anstiegen. Es war jedoch nicht klar, ob die Anzahl der Betroffenen auch weiter sinken würde, da mittelfristig ungünstigere Regelungen des Pensionsrechts und veränderte Arbeitsbedingungen durchaus gegenläufig wirken könnten. (TZ 47)

Wesentliche statistische Auffälligkeiten, insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen Inanspruchnahme der Ausgleichszulage bei Frauen und Männern und zwischen den Berufsgruppe, sollten nach Ansicht des RH einer detaillierteren Analyse zugeführt werden. (TZ 47)

Die seit 2013 vorgesehene wirkungsorientierte Haushaltsführung hätte – auch bei der strategischen Weichenstellung für die Zukunft – eine wichtige Aufgabe im Bereich der Ausgleichszulage zu erfüllen. Die bestehenden Inhalte waren jedoch hinsichtlich der Relevanz der Ziele und der Kohärenz zwischen Zielen und Maßnahmen weiter zu verbessern. (TZ 47)

Obwohl der Bund den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulage trug, hatte er nur wenig Möglichkeiten, eine einheitliche Vollziehung zwischen den Pensionsversicherungsträgern sicherzustellen. Für eine umfassende Überprüfung der Vollziehung fehlten dem BMASK wesentliche Ressourcen. (TZ 47)

Die PVA und die SVB hatten zwar ein Prüf- und Freigabewesen eingerichtet, ein systematisches IKS, insbesondere eine Definition der Risiken und eine ausreichende Evaluierung der Wirksamkeit der internen Kontrollen, fehlte jedoch. (TZ 47)

Eine aktuelle Bewertung, wie viele Fälle nach Durchlauf der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen fehlerhaft waren, war aus den verfügbaren Daten nicht möglich. Die Innenrevisionen hatten zuletzt 2006 bzw. 2008 eine Fehlerquote von rd. 9 % bis 13 % ermittelt, allerdings keine finanzielle Bewertung vorgenommen. (TZ 47)

Zur internen Steuerung der Vollziehung fehlte weiters eine Erledigungsstatistik und eine klare Zuordnung der für die Ausgleichszulage eingesetzten Ressourcen. (TZ 47)

Aus Sicht der Parteien erfolgte der Bezug von Ausgleichszulage in den meisten Fällen ohne Auffälligkeiten. Wo jedoch komplexe Sachverhalte zu erheben waren, bestanden Probleme im Hinblick auf eine zeitnahe Erledigung, eine trägerübergreifende einheitliche Vollziehung und eine transparente Vorgehensweise. (TZ 47)

In bestimmten Konstellationen, insbesondere beim Zusammentreffen mehrerer Pensionen, bei Heimaufenthalten und hinsichtlich der Rezeptgebührenbefreiung bei Anrechnung von Aufgabepauschalen wäre die geltende Rechtslage zu evaluieren. (TZ 47)

Kenndaten zur Gewährung von Ausgleichszulagen (AZ) in der Pensionsversicherung				
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F. Bauern-Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 559/1978 i.d.g.F.			
	2011	2012	2013	Veränderung
AZ-Aufwand	in Mio. EUR			in %
alle SV-Träger gesamt	975,78	984,76	1.005,26	+ 3
<i>davon</i>				
Frauen	624,27	626,04	636,44	+ 2
Männer	351,51	358,72	368,82	+ 5
PVA	656,11	668,47	688,32	+ 5
<i>davon</i>				
Frauen	439,82	443,15	453,49	+ 3
Männer	216,28	225,31	234,83	+ 9
SVB	243,82	241,36	241,99	- 1
<i>davon</i>				
Frauen	134,71	133,94	134,76	0
Männer	109,11	107,41	107,23	- 2
AZ-Empfänger	Anzahl Personen ¹			
alle SV-Träger gesamt	234.671	229.186	229.366	- 2
Frauen gesamt	159.237	154.693	154.378	- 3
Männer gesamt	75.434	74.493	74.988	- 1
PVA	171.888	169.140	170.631	- 1
<i>davon</i>				
Frauen	119.853	117.111	117.592	- 2
Männer	52.035	52.029	53.039	+ 2
SVB	44.495	42.656	41.679	- 6
<i>davon</i>				
Frauen	26.855	25.789	25.340	- 6
Männer	17.640	16.867	16.339	- 7

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Anzahl der Personen bezieht sich auf den Stand Dezember des jeweiligen Jahres.

Quellen: Hauptverband – Statistische Daten aus der Sozialversicherung; Pensionsversicherung der Jahre 2011 bis 2013;
BMAK – Gendererfolgsrechnung

**Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung****Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH führte zwischen April und September 2014 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema „Gewährung von Ausgleichszulagen in der Pensionsversicherung“ durch. Prüfungshandlungen erfolgten bei der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) sowie beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und beim BMASK.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung

- der Einheitlichkeit, Geschwindigkeit und Transparenz der Vollziehung,
- der Effizienz der Steuerung der Vollziehung und der Internen Kontrollsysteme (IKS),
- der Einordnung der Ausgleichszulage (AZ) im System der einkommensabhängigen Geldleistungen im Sozialsystem in Österreich,
- der Wirkungen der Gewährung der Ausgleichszulage insbesondere in Relation zu den gesetzten Wirkungszielen.

(2) Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2011 bis 2013. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere bzw. aktuellere Entwicklungen Bezug.

(3) Zu dem im Jänner 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die PVA und die SVB im April 2015 sowie das BMASK und der Hauptverband im Mai 2015 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Juni 2015.

(4) Die Stellungnahmen von PVA, SVB, BMASK und Hauptverband enthielten folgende einleitende und TZ-übergreifende Ausführungen:

- Die PVA führte aus, sie nehme im Wesentlichen zu den Empfehlungen Stellung, da der Sachverhalt grundsätzlich richtig wiedergegeben sei.
- Die SVB führte aus, das Prüfungsergebnis gebe viele wertvolle Hinweise. Sie werde sämtliche in ihrem Verantwortungsbereich stehenden Feststellungen und Empfehlungen des RH intensiv diskutieren und mögliche Änderungen prüfen. Bei der Umsetzung, die programmtechnische Anpassungen erforderten, werde man jeweils im Einzelfall entscheiden müssen, ob entsprechende Umsetzungen im in der Ablösung befindlichen IKT-System „DANTE“ noch erfolgen sollten. Eine Umsetzung wäre dann aber jedenfalls im Rahmen des neuen Verwaltungssystems „ZEPTA“ vorzumerken.

- Der Hauptverband dankte dem RH für die eingehende Auseinandersetzung mit dem Prüfthema. Er nahm im Wesentlichen zu den Koordinierungsmöglichkeiten bei unterschiedlicher Vollziehung (TZ 10) und zu den Anmerkungen zur Rezeptgebührenbefreiung (TZ 46) Stellung.
- Das BMASK nahm zu den seinen Zuständigkeitsbereich betreffenden Empfehlungen Stellung. Es verwies insbesondere darauf, dass die Umsetzung von den personellen Ressourcen abhängt.

Basisinformationen zur Ausgleichs- zulage

2.1 (1) Die Ausgleichszulage war im Jahr 2012 nach Angaben des BMASK (Sozialschutzbericht) die bedeutendste einkommensabhängige Geldleistung im Sozialsystem Österreichs.¹ Von insgesamt rd. 2,8 Mrd. EUR an einkommensabhängigen Geldleistungen im Jahr 2012 entfielen rd. 1 Mrd. EUR auf die Ausgleichszulage, rd. 900 Mio. EUR auf die Notstandshilfe, rd. 600 Mio. EUR auf die bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) und rd. 200 Mio. EUR auf bedarfsorientierte Familienleistungen.² Im Jahr 2013 bezogen rd. 230.000 Personen in Österreich eine Ausgleichszulage. Den Aufwand für die Ausgleichszulage trug zur Gänze der Bund.

(2) Die Ausgleichszulage ergänzte im Rahmen der gesetzlichen Pensionsversicherung niedrige Pensionen durch eine Zuzahlung, um ein bestimmtes Einkommen, den sogenannten Ausgleichszulagenrichtsatz, zu erreichen. Lag die Summe aus Pension, sonstigen Nettoeinkünften und anzurechnenden Beträgen (z.B. Unterhaltsleistungen) unter diesem Richtsatz, so gebührte eine Ausgleichszulage in Höhe des Differenzbetrags.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die maßgeblichen Richtsätze im Jahr 2014:

¹ Rund 96 % der Geldleistungen der Sozialsysteme wurden lt. BMASK ohne Bedürftigkeitsprüfungen (Armutsvermeidung) gewährt.

² 0,1 Mrd. EUR sind Rundungsdifferenzen in der Darstellung. 0,4 Mrd. EUR an Wohn- und Mietbeihilfen wurden als Sachleistungen mit mindestsicherndem Charakter betrachtet.



Basisinformationen zur Ausgleichszulage

B MASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Tabelle 1: Richtsätze im Jahr 2014 in EUR	
Personenkreis	Richtsatz
	in EUR
Einzelrichtsatz	857,73
Familienrichtsatz (Ehepaare im gemeinsamen Haushalt)	1.286,03
Halbwaisen bis 24 Jahre	315,48
Halbwaisen über 24 Jahre	560,61
Vollwaisen bis 24 Jahre	473,70
Vollwaisen über 24 Jahre	857,73
Richtsatzerhöhung für Kinder	132,34

Quellen: PVA; SVB; Darstellung RH

Die durchschnittliche Ausgleichszulage betrug im Dezember 2013 rd. 295 EUR.

Die Ausgleichszulage war zwar in verschiedenen Gesetzen geregelt (im ASVG bzw. BSVG), die Bestimmungen waren jedoch wortgleich.³

Die PVA war für die Vollziehung bei den unselbstständig Erwerbstätigen, die SVB bei den Bauern zuständig. Eine Ausgleichszulage wurde nur auf Antrag gewährt, wobei ein Pensionsantrag auch als Antrag auf Gewährung einer Ausgleichszulage galt.

(3) Wesentliche Prüfschritte für die vollziehenden Stellen waren:

- Prüfung der Grundleistung (nur Bezieher einer Pension konnten Ausgleichszulage erhalten),
- Identifikation des maßgeblichen Richtsatzes (z.B. Einzel- oder Familienrichtsatz je nach Familienstand),
- Ermittlung der maßgeblichen Gesamteinkünfte (z.B. weitere Pensionsleistungen, Unterhaltsansprüche, Sachbezüge, Arbeitseinkommen, Vermögenseinkünfte etc.) unter Berücksichtigung von Ausnahmeregelungen und
- Beurteilung der maßgeblichen verfahrensrechtlichen Aspekte (Lag ein Antrag vor? Ab welchem Zeitpunkt waren die Leistungen zu gewähren?).

³ Im Folgenden wird jeweils nur das ASVG zitiert, die textgleichen Bestimmungen aus dem BSVG sind jeweils mitgemeint.

Basisinformationen zur Ausgleichszulage

(4) Aus Sicht der Betroffenen verlief der Bezug der Ausgleichszulagen in den meisten Fällen ohne Auffälligkeiten. Der RH stellte fest, dass 61 % der Ausgleichszulagenbezieher bei der PVA und 73 % der Ausgleichszulagenbezieher bei der SVB in dem drei Jahre umfassenden Prüfungszeitraum ihre Leistung erhielten, ohne dass eine Eingabe durch einen Sachbearbeiter in der Verwaltungsapplikation erfolgte (die jährliche Anpassung an den Richtsatz erfolgte automatisiert durch die Verwaltungsapplikation).⁴ Auch Fälle mit wenigen zu ermittelnden Sachverhaltselementen, z.B. wenn lediglich der Ausgleichszulagenrichtsatz einer einzigen bezogenen Pensionsleistung gegenüberzustellen war, führten zu keinen Problemen in der Abwicklung.

(5) Teilweise waren jedoch eine umfangreichere Erhebung und die rechtliche Beurteilung komplexer Lebenssachverhalte erforderlich.⁵ Dabei war nach den Feststellungen des RH eine erhebliche Bandbreite an Lebenssachverhalten zu beurteilen, wie die folgenden Fallbeispiele zeigen:

- Frau A bezog eine Berufsunfähigkeitspension unterhalb des Ausgleichszulagenrichtsatzes. Sie lebte mit einem Lebensgefährten und einem Sohn im gemeinsamen Haushalt. Ihr Anspruch auf Ausgleichszulage hing davon ab, wie die Beiträge ihrer Haushaltsmitglieder zu Miete, Nahrungsmitteln, Betriebskosten etc. beurteilt wurden.
- Frau B bezog nach dem Tod ihrer Mutter eine Waisenpension. Je nach dem Einkommen des Vaters änderte sich ihr Unterhaltsanspruch, was – ebenso wie ihre Ausbildungsverhältnisse und das Einkommen daraus – die Höhe ihrer Ausgleichszulage beeinflusste.
- Frau C kam aus Rumänien nach Österreich, um eine Verwandte zu pflegen. Sie bezog aus Rumänien eine Pension von rd. 80 EUR und beantragte Ausgleichszulage. Ihr Anspruch hing u.a. von ihrem fremdenrechtlichen Status ab.
- Frau D bezog Teilpensionen aus mehreren Ländern und hatte einen geschiedenen Ehegatten in Deutschland und Kinder in Ungarn. Für die Höhe der Ausgleichszulage war zu prüfen, wie häufig und lange

⁴ Der RH führte ein Screening der Prozesse zur Überprüfung der Verwaltungsapplikation bei Änderungen (z.B. der Pensionsanpassung) vor, nahm jedoch keine detaillierte IT-Prüfung hinsichtlich dieser Applikation vor.

⁵ Zum Beispiel lag bei der PVA im Jahr 2013 in rd. 29.000 Fällen ein (potenziell schwankendes) Einkommen aus Arbeitstätigkeit vor, in rd. 17.000 Fällen wurde eine vorläufige Leistung gewährt. Rund 30.000 Personen verursachten mehr als eine Erledigung im Jahr 2013.

sie sich zu Besuchen ihrer Kinder im Ausland aufhielt, wie sich die Wechselkurse entwickelten und ob Unterhaltsansprüche gegen den geschiedenen Ehemann im Ausland bestanden bzw. durchsetzbar waren.

- Herr E bezog eine Pension und hatte daneben auch Einkünfte aus unterschiedlichen Vermögensanlagen, die teilweise Zinsen ausschütteten und teilweise thesaurierten. Für einen etwaigen Anspruch auf Ausgleichszulage war zu beurteilen, welche Einkünfte ihm jeweils tatsächlich zur Verfügung standen.

2.2 Der RH wies darauf hin, dass die Ausgleichszulage nach dem Sozialschutzbericht des BMASK die finanziell bedeutendste einkommensabhängige Geldleistung im Sozialsystem in Österreich war. Er anerkannte, dass die Gewährung der Ausgleichszulage an einen großen Anteil der Ausgleichszulagenbezieher (61 % der PVA und 73 % der SVB) ohne Auffälligkeiten erfolgte.

Die Gewährung der Ausgleichszulage war allerdings durch eine hohe Anzahl von Fällen (rd. 230.000 Bezieher im Jahr 2013) bei sehr unterschiedlichen Konstellationen gekennzeichnet. Dies stellte nach Ansicht des RH eine Herausforderung für die Steuerung und Überwachung der Vollziehung dar, insbesondere im Hinblick auf die Sicherstellung ihrer Einheitlichkeit (siehe TZ 5 bis 10).

Prüfungsmethodik und Aufbau des Prüfungsergebnisses

3 (1) Im Interesse einer umfassenden Beurteilung wertete der RH Rohdaten aus der Verwaltungsapplikation der Pensionsversicherungsträger aus, untersuchte eine Aktenstichprobe, führte Gespräche mit Experten und überprüfte die Aufbau- und Ablauforganisation der PVA und der SVB anhand der verfügbaren Dokumentation.

- Zur Datenauswertung: Der RH analysierte mit Hilfe einer Datenbank- und Statistiksoftware zwei Gruppen von Daten: einerseits sozio-demographische Daten aller Personen, die zum Stichtag 30. November 2013 eine Pension unter dem Ausgleichszulagenrichtsatz bezogen, andererseits Verfahrensdaten zu allen Ausgleichszulage-bezogenen Vorgängen im Prüfungszeitraum 2011 bis 2013.⁶

⁶ Durch den Bezug auf die Pensionshöhe (und nicht auf die Ausgleichszulage) waren auch Ablehnungsfälle in den Analysen des RH enthalten. Aufgrund der hohen Zahl der benötigten Attribute der Personen war nur eine Stichtagsbetrachtung möglich. Die Verknüpfung von stichtagsbezogenen Daten und Daten mit Bezug auf einen Zeitraum bedingte bestimmte methodische Einschränkungen, die gesondert beschrieben werden, wo sie relevant sind (z.B. bezogen sich die Informationen über Einkommen auf den Stichtag, die Erledigungen konnten aber durch Einkommenslagen zu anderen Stichtagen bedingt sein).

Prüfungsmethodik und Aufbau des Prüfungsergebnisses

- Zur Aktenstichprobe: Der RH überprüfte drei Gruppen von Akten:
 - eine mit Hilfe einer Statistiksoftware gebildete Zufallsstichprobe,⁷
 - Akten im Rahmen einer Prozessanalyse („walk through“) und
 - Akten, die er aufgrund der Datenanalyse als auffällig beurteilte.
- Expertengespräche führte der RH sowohl innerhalb der vollziehenden Institutionen als auch mit externen Interessenvertretungen.
- Der RH überprüfte weiters die ihm von der PVA und der SVB zur Verfügung gestellten Unterlagen (z.B. Arbeitsanweisungen, Weisungen und sonstige Unterlagen bzw. Revisionsberichte und Protokolle von Arbeitskreisen etc.).

(2) Der RH stellt die Ergebnisse dieser Analysen in folgender Struktur dar:

- Probleme der Vollziehung, die direkt für die Betroffenen relevant sind (TZ 4 bis 14);
- Probleme der Steuerung der Vollziehung seitens der Behörden (TZ 15 bis 26);
- Entwicklung des Gebahrungsvolumens, der Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher und der Richtsätze (TZ 27);
- Vergleich der Ausgleichszulage mit den übrigen einkommensabhängigen Geldleistungen (TZ 28 bis 35);
- Auswirkungen der Ausgleichszulage auf unterschiedliche Gruppen, insbesondere im Hinblick auf die wirkungsorientierte Haushaltsführung (TZ 36 bis 41), auf verschiedene Berufsgruppen, im Konnex der europäischen Integration und in ausgewählten Sonderkonstellationen (TZ 42 bis 46).

Der RH richtete seine Empfehlungen zur Vollziehung grundsätzlich an die überprüften Pensionsversicherungsträger PVA und SVB. Soweit die Empfehlungen grundsätzliche Fragen der Vollziehung betrafen, empfahl der RH dem BMASK und dem Hauptverband, für deren Umsetzung zu sorgen und ihre Anwendbarkeit auch für die übrigen Pensi-

⁷ Als Grundgesamtheit verwendete der RH die Personen mit Pension unterhalb des Ausgleichszulagenrichtsatzes. Die Stichprobe umfasste 60 Akten, 30 bei der PVA und 30 bei der SVB.

**Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung**

onsversicherungsträger, insbesondere die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) zu prüfen.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

Überblick

4.1 (1) Aus Sicht der Betroffenen erwiesen sich vor allem die folgenden drei Bereiche im Rahmen der Gewährung der Ausgleichszulage als Herausforderungen:

- eine einheitliche Vollziehung,
- eine zeitgerechte Entscheidung und
- eine ausreichende Information der Betroffenen (Transparenz der Entscheidung).

Der RH stellt zunächst anhand des Einzelfalls der Familie B dar, wie diese Systemfragen zusammenwirken konnten und untersucht die relevanten Fragestellungen im Anschluss systematisch.

(2) Frau B verstarb im August 2007 im 44. Lebensjahr und hinterließ ihren Ehegatten und drei Kinder, davon zwei minderjährige Mädchen. Aus der Verlassenschaft erhielt der Ehegatte einen landwirtschaftlichen Betrieb, die beiden minderjährigen Kinder einen Geldbetrag, aus dem diese in weiterer Folge Zinseinkünfte lukrierten. Der Ehegatte führte den landwirtschaftlichen Betrieb weiter, erzielte Einkünfte aus Zimmervermietung und ging – in unregelmäßigen Zeiträumen – einer unselbstständigen Tätigkeit nach. Die folgende Darstellung beschreibt die Ansprüche einer Tochter.⁸

Einheitliche Vollziehung:

Für die Berechnung der Ausgleichszulage der Waisen war der anzurechnende Unterhaltsanspruch gegen den Vater maßgeblich, der grundsätzlich mit 12,5 % von dessen Einkommen pauschaliert war. Die PVA und die SVB hatten unterschiedliche Rechtsansichten zu den Voraussetzungen der Anrechnung und der Höhe der Bemessungsgrundlage (siehe dazu inhaltlich TZ 7). Der RH legte den vorliegenden Sachver-

⁸ Der Fall der zweiten minderjährigen Tochter war im Wesentlichen gleich gelagert. Die ältere Tochter war bereits selbst berufstätig und erhielt zu keinem Zeitpunkt eine Ausgleichszulage. Beim Ehegatten war ebenfalls eine sehr lange Dauer bis zur endgültigen Erledigung sowie eine zwischen PVA und SVB teilweise unterschiedliche Vollzugspraxis zu beobachten.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

halt sowohl der SVB als auch der PVA vor. Im überprüften Zeitraum führten die unterschiedlichen Rechtsansichten von PVA und SVB im Fall der Familie B bei rd. 20 % der Monate zu einem zwischen PVA und SVB unterschiedlichen Ergebnis für die Höhe der Ausgleichszulage.

Zeitgerechte Entscheidung:

Eine Tochter von Frau B erhielt zeitnah zum Tod der Mutter im August 2007 im Oktober 2007 von der SVB eine Waisenpension zuerkannt. Dabei wurde ihr mitgeteilt, dass über die Ausgleichszulage erst später entschieden werden könne. Bis dahin werde ein Vorschuss von 130,50 EUR monatlich gewährt. Schon zwei Monate später stellte die SVB aber die Vorschussleistung „zur Vermeidung von Überbezügen“ vorsorglich ein.

Die SVB fragte in der Folge mehrmals bei der Betroffenen nach zusätzlichen Unterlagen (z.B. Bankbestätigungen über Zinseinkünfte), ohne über die Ausgleichszulage zu entscheiden. Erst drei Jahre später, im Oktober 2010, übermittelte die SVB eine „Mitteilung“: Es könne erst „später“ über die Ausgleichszulage entschieden werden. Für die Vergangenheit werde ein „Vorschuss“ von 2.540 EUR gegen nachträgliche Verrechnung „nachgezahlt.“ Künftig würden 80 EUR im Monat als Vorschuss geleistet. Dieser Vorschuss wurde ab Jänner 2011 wieder eingestellt.

Ende Februar 2012 teilte die SVB erneut mit, sie könne über die Ausgleichszulage erst „später“ entscheiden. Wieder zahlte sie einen „Vorschuss“ (diesmal 70 EUR im Monat, insgesamt 830 EUR) gegen nachträgliche Verrechnung nach.

Im Juli 2013 erging ein Bescheid mit endgültiger Entscheidung über die Ausgleichszulage seit August 2007. Die SVB gewährte eine Nachzahlung von 3.944,43 EUR. Verzugszinsen zahlte sie nicht.

Zusammenfassend erfolgte daher eine endgültige Entscheidung rund sechs Jahre nach dem Anfall der Waisenpension. Vom zehnten bis zum 16. Lebensjahr bestand für die Betroffene keine Rechtssicherheit, die Zahlungen von in Summe rd. 7.300 EUR erhielt sie erheblich verspätet.⁹

⁹ rd. 4.000 EUR im Juli 2013, 830 EUR im Februar 2012 und rd. 2.500 EUR im Oktober 2010

Transparenz der Entscheidung:

Aufgrund der Mitteilungen bzw. des Bescheids an die Familie B war für sie nicht nachvollziehbar, warum die SVB zu welchem Zeitpunkt wie entschied:

- Bei den Vorschussleistungen für die Zukunft fehlte eine Begründung der Höhe und der Unmöglichkeit einer endgültigen Entscheidung.
- Bei den Einstellungen der Leistung war über den allgemeinen Hinweis „zur Vermeidung von Überbezügen“ hinaus keine Erläuterung enthalten.
- Die Nachzahlungen (sowohl bei den „Vorschüssen“ als auch bei der endgültigen Erledigung) enthielten zwar Aufstellungen, für welchen Zeitraum die SVB welchen Betrag leistete, aber keine weitere Begründung.

Weder der tatsächlich erhobene Sachverhalt (z.B. Höhe der berücksichtigten Zinseinkünfte, Höhe der zugrunde gelegten Einkünfte des Vaters) noch die maßgeblichen rechtlichen Überlegungen (z.B. Bemessungsgrundlage für die Unterhaltsberechnung, vorherige Prüfung des zivilrechtlichen Unterhaltsanspruchs) oder etwaige Ermessensentscheidungen (endgültige oder vorläufige Leistung, Höhe der vorläufigen Leistung etc.) waren in den Schreiben erläutert.¹⁰

4.2 Der RH stellte fest, dass der beschriebene Einzelfall folgende grundsätzliche Probleme aufzeigte:

- die mangelnde Einheitlichkeit der Vollziehung, da die PVA und die SVB die gesetzlichen Bestimmungen unterschiedlich vollzogen (TZ 7) und somit die ausbezahlte Leistung davon abhing, welcher Pensionsversicherungsträger zuständig war;
- die lange Verfahrensdauer und Probleme bei vorläufigen Leistungen, da die minderjährige Waise sechs Jahre lang nicht über die ihr zustehende Leistung verlässlich informiert war und insgesamt rd. 7.300 EUR erst mehrere Jahre verspätet zur Verfügung hatte;

¹⁰ Erläuterungen fanden sich teilweise in Schreiben an die Partei, in denen diese zur Übermittlung von Unterlagen aufgefordert wurde, z.B. im Mai 2010 ein Ersuchen um Bankbestätigungen über Zinseinkünfte (für den Zeitraum 2007 bis 2011) oder im Februar 2013 eine Aufforderung, Angaben über das Arbeitseinkommen zu machen bzw. den Dienstgeber nach Monat und getrennt nach Brutto- und Nettobeträgen Angaben dazu machen zu lassen. Diese Schreiben enthielten jedoch weder rechtliche Erläuterungen noch einen schlussendlich tatsächlich festgestellten Sachverhalt.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

- die mangelnde Transparenz der Vorgehensweisen, da die Mitteilungen bzw. Bescheide es den Betroffenen nicht ermöglichten, die maßgeblichen Überlegungen der SVB nachzuvollziehen.

Der RH hob ausdrücklich hervor, dass die Sachbearbeiter entsprechend der gültigen internen Weisungen vorgegangen waren.

4.3 *Die SVB führte in ihrer Stellungnahme aus, dass aufgrund der vielen Änderungen im Einkommen des Vaters – später auch der Töchter – und dem daraus resultierenden Unterhaltsanspruch sowie zusätzlich der komplizierten Anrechnung von Einkünften aus Wertpapieren eine besondere Konstellation hinsichtlich der Bearbeitung vorliege. Dennoch müsse die SVB einräumen, dass hier mehrmals eine unüblich lange Bearbeitungsdauer, verbunden mit zu niedriger Vorschussbemessung, zu – jedenfalls vorübergehenden – finanziellen Nachteilen für die beiden Waisen geführt habe.*

Einheitlichkeit der
Vollziehung

Übersicht

5.1 Der RH stellte anhand der Aktenstichprobe und der vorgelegten Arbeitsanweisungen folgende Unterschiede in der Vollziehung zwischen PVA und SVB fest:¹¹

¹¹ Da die Überprüfung auf einer – im Vergleich zur Gesamtheit der Vorgänge – kleinen Aktenstichprobe und den Arbeitsanleitungen (somit Soll-Vorgaben) basierte, kann nicht ausgeschlossen werden, dass weitere Unterschiede bestehen.

Tabelle 2: Unterschiede in der Vollziehung zwischen PVA und SVB		
	PVA	SVB
Antragsprinzip (TZ 6)	Erhöhungen bei laufender Ausgleichszulage:	
	bei laufender Ausgleichszulage gilt für Erhöhungen ein strenges Antragsprinzip	bei laufender Ausgleichszulage erfolgt für Erhöhungen eine amtswegige Berücksichtigung
Unterhalt (TZ 7)	bei getrennt lebenden oder geschiedenen Ehepartnern:	
	Anrechnung des geschuldeten Unterhalts	Anrechnung des tatsächlich geleisteten Unterhalts
	bei Kindern (Waisenpensionen):	
	die Bemessungsgrundlage umfasst nicht die Witwenpension des überlebenden Elternteils	die Bemessungsgrundlage umfasst auch eine Witwenpension des überlebenden Elternteils
	bei Lebensgefährten:	
	tlw. pauschale Anrechnung der halben Differenz zwischen Einzel- und Familienrichtsatz	keine Anrechnung
Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen (TZ 8)	Aufwandsentschädigung:	
	Einzelfallprüfung, ob nur Aufwand gedeckt wird oder ob ein Einkommen vorliegt	2/3 der Bruttobezüge gelten pauschal als Aufwand, 1/3 als Einkommen (Nachweis von Aufwendungen möglich)
	zeitliche Wirksamkeit von Änderungen:	
	Berücksichtigung aller Änderungen im ersten Monat bei einer gesetzlichen Änderung	Berücksichtigung höherer Leistungen erst im zweiten Monat auch bei gleichzeitigen gesetzlichen Änderungen anderer Einkommen
Auslandsaufenthalte (TZ 9)	Auslandsaufenthalte, die in Summe 60 Tage im Kalenderjahr überschreiten, führen ab dem 61. Tag zum Wegfall der Ausgleichszulage	nur Auslandsaufenthalte, die ununterbrochen länger als zwei Monate im Kalenderjahr dauern, führen zum Wegfall der Ausgleichszulage

Quellen: PVA; SVB; Identifikation und Darstellung RH

- 5.2** Der RH kritisierte die aufgezeigten Unterschiede in der Vollziehung und verweist zur ausführlichen Beurteilung derselben auf TZ 6 bis 9.

Er empfahl der PVA und der SVB, in regelmäßigen Abständen einen trägerübergreifenden Abgleich ihrer Vollzugspraxis vorzunehmen, um die Einheitlichkeit der Vollziehung sicherzustellen. Er empfahl weiters dem BMASK und dem Hauptverband, Maßnahmen zur Vereinheitlichung der Vollziehung zu setzen (siehe dazu auch TZ 10).

- 5.3** (1) Laut Stellungnahme der PVA bildeten ihre internen Weisungen zu den vom RH genannten Themen die gefestigte Vollzugspraxis ab, die mit den bestehenden gesetzlichen Vorschriften und der Judikatur im Hinblick auf eine möglichst soziale Rechtsanwendung in Einklang stehe. Die PVA werde daher die Praxis erst dann verändern, wenn dies durch

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

den Gesetzgeber, durch Erlässe des BMASK oder aufgrund einer verbindlichen Empfehlung des Hauptverbands vorgegeben werden sollte.

(2) Die SVB führte in ihrer Stellungnahme aus, sie sei von ihrer korrekten Vorgehensweise überzeugt. Der RH habe in keinem einzigen Punkt der SVB (oder der PVA) vorgeworfen, dass ihre Interpretation nicht dem Gesetz entspreche. Jeder Versicherungsträger sei zur Auslegung der von ihm anzuwendenden Normen berechtigt und verpflichtet. Dem Wesen der Selbstverwaltung entsprechend bestehe kein diesbezügliches Weisungsrecht gegenüber dem Versicherungsträger.

Darüber hinaus werde jedoch auch in vielfältiger Weise das Ziel einer möglichst einheitlichen Vollziehung der Gesetze – auch auf dem Gebiet der Ausgleichszulage – verfolgt. Die SVB verwies dazu auf den meritorischen Arbeitskreis der vier Träger der Pensionsversicherung sowie den Arbeitskreis Pensionsversicherung im Hauptverband, an dem auch Vertreter des Hauptverbands, des BMASK und der Sozialpartner teilnehmen würden. Darüber hinaus beteilige sich die SVB an weiteren Gesprächen mit den Pensionsversicherungsträgern, um eine einheitliche Vollziehung zu gewährleisten. Dies gelinge auch in der überwiegenden Zahl der Fälle.

Dennoch verblieben, wie vom RH aufgezeigt, offenbar geringfügige Unterschiede in der Verwaltungs- und Vollziehungspraxis zwischen den Versicherungsträgern, deren Angleichung bzw. Vereinheitlichung daher federführend vom BMASK gemeinsam mit dem Hauptverband betrieben werden müsse.

(3) Der Hauptverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass der Arbeitskreis Pensionsversicherung in den letzten Jahren hauptsächlich im Zuge der Begutachtung von Gesetzesentwürfen zur Abstimmung zwischen BMASK und Pensionsversicherungsträgern bzw. bisweilen auch der Pensionsversicherungsträger untereinander einberufen worden sei. Der Arbeitskreis sei jedoch ein geeignetes Forum zur Koordinierung; zumal hier auch das BMASK prominent vertreten sei.

Die angeregte „Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis“ (§ 31 Abs. 2 Z 3 ASVG) sei kritisch zu hinterfragen, da es sich bei der Ausgleichszulage um einen Wirkungsbereich handle, der insbesondere hinsichtlich seiner Finanzierung und deren Durchführung (vgl. § 299 ASVG) durch Rechtspositionen der Länder bzw. des Bundesministers geprägt sei.

(4) Das BMASK teilte in seiner Stellungnahme mit, die Koordinierung bzw. Sicherstellung einer einheitlichen Vollziehung sei Aufgabe des Hauptverbands. Dem BMASK seien eine einheitliche Vollzugspraxis und Verbesserungen in der Vollziehung ein großes Anliegen und es werde daher anregen, dass die diesbezüglichen Empfehlungen des RH in die Tagesordnung für eine Besprechung des beim Hauptverband eingerichteten Arbeitskreises Pensionsversicherung aufgenommen würden.

- 5.4 Der RH hielt es angesichts der Stellungnahmen nicht für gesichert, dass tatsächlich eine einheitliche Vollziehung sichergestellt wird: Die PVA und die SVB hielten jeweils an der eigenen Rechtsauffassung fest, das BMASK und der Hauptverband hielten den jeweils anderen für primär zuständig. Nach Auffassung des RH hätte das BMASK (gegebenenfalls durch entsprechenden Auftrag an den Hauptverband) nicht nur für die Aufnahme dieser Themen in die Tagesordnung eines Arbeitskreises zu sorgen, sondern tatsächlich für die einheitliche Vollziehung.

Antragsprinzip

- 6.1 (1) Grundsätzlich war die Ausgleichszulage nur auf Antrag zu gewähren, wobei ein Pensionsantrag auch als Antrag auf Ausgleichszulage galt. Lagen die Anspruchsvoraussetzungen bereits seit längerer Zeit vor der Antragstellung vor, wurde die Ausgleichszulage gemäß § 296 Abs. 2 ASVG erst ab dem Monatsersten vor der Antragstellung gewährt.¹² Nach § 296 Abs. 3 ASVG hatte bei laufender Ausgleichszulage bei einer Änderung der für die Zuerkennung der Ausgleichszulage maßgebenden Sach- und Rechtslage der Träger der Pensionsversicherung die Ausgleichszulage auf Antrag des Berechtigten oder von Amts wegen neu festzustellen.

Die PVA war der Rechtsansicht, dass auch bei bereits laufender Ausgleichszulage nur eine Gewährung ab dem Monatsersten vor dem Antrag, d.h. ab der Information der PVA über die Änderung im Sachverhalt, zu erfolgen habe. Die SVB war hingegen der Rechtsansicht, dass in dieser Konstellation für den Leistungsbezieher günstige Sachverhaltsänderungen auch rückwirkend zu berücksichtigen waren, und zwar unabhängig vom Zeitpunkt der Antragstellung.

¹² Es war daher durchaus häufig so, dass Personen, weil sie den Antrag zu spät stellten, für einige Monate keine Leistung erhielten, obwohl sie bereits einen Anspruch gehabt hätten.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

(2) Diese unterschiedliche Rechtsauffassung konnte sich in Einzelfällen finanziell erheblich auswirken, wie ein weiteres Fallbeispiel zeigt:

Frau F bezog seit dem Jahr 1991 eine Witwenpension und (mit Unterbrechungen) eine Ausgleichszulage. Ihr wurden ein Wohnrecht auf dem landwirtschaftlichen Betrieb ihres Sohnes (davor ihres verstorbenen Ehegatten) und der Geldwert von Nahrungsmitteln angerechnet, zu deren Lieferung ihr Sohn als Grundstückseigentümer verpflichtet war. Diese Verpflichtung war als Dienstbarkeit im Grundbuch eingetragen. Aufgrund schlechter wirtschaftlicher Erfolge verkaufte der Sohn im Jahr 2007 die Liegenschaft. Frau F verzichtete dabei auf die eingetragene Dienstbarkeit, um ihrem Sohn ein höheres Verkaufsergebnis zu ermöglichen. Sie erhielt ab diesem Zeitpunkt keine Nahrungsmittel mehr, was sie jedoch nicht an die SVB meldete (das Wohnrecht bestand weiter).

Nach Kenntnis des geänderten Sachverhalts im Jahr 2014 prüfte die SVB, ob der Verzicht auf Einkünfte (Nahrungsmittel als Ausgedingeleistungen) missbräuchlich erfolgt war. Dies verneinte sie, da das Hauptmotiv in der Hilfestellung an den Sohn gelegen sei. Sie gewährte Frau F eine Nachzahlung von über 3.000 EUR für den Zeitraum seit der Reduktion der Ausgedingeleistungen (nur mehr Wohnrecht, keine Nahrungsmittel mehr).

Die PVA hätte in diesem Fall keine rückwirkende Zahlung geleistet.

6.2 Der RH erneuerte seine unter TZ 5 geäußerte Kritik an der uneinheitlichen Vollziehung, die dazu führte, dass aufgrund der unterschiedlichen Interpretation von PVA und SVB Änderungen im Sachverhalt zu unterschiedlichen Zeitpunkten wirksam wurden. Er empfahl dem BMASK, der PVA und der SVB, für eine einheitliche Vollziehung insbesondere im Hinblick auf die Interpretation des Antragsprinzips zu sorgen.

6.3 *Wie unter TZ 5 bzw. TZ 10 ausgeführt, bestätigten die PVA und die SVB in ihren Stellungnahmen die Darstellung der jeweiligen Vollzugspraxis und hielten fest, sie seien jeweils von der Richtigkeit des eigenen Vorgehens überzeugt.*

Der Hauptverband sah – so seine Stellungnahme – die Verantwortung für die Vereinheitlichung beim BMASK, das BMASK laut seiner Stellungnahme beim Hauptverband. Man werde jedoch im Arbeitskreis Pensionsversicherung die Punkte auf die Tagesordnung bringen.

- 6.4 Der RH hielt es, wie schon in TZ 5 ausgeführt, angesichts der Stellungnahmen nicht für gesichert, dass tatsächlich eine einheitliche Vollziehung sichergestellt wird. Nach Auffassung des RH hätte das BMASK (gegebenfalls durch entsprechenden Auftrag an den Hauptverband) diese Themen nicht nur in die Tagesordnung eines Arbeitskreises aufzunehmen, sondern tatsächlich für die einheitliche Vollziehung zu sorgen.

Unterhalt

- 7.1 Der RH stellte bei der Anrechnung von Unterhaltsansprüchen¹³ wesentliche Unterschiede fest:

a) Getrennt lebende oder geschiedene Ehegatten

Die PVA rechnete bei getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten den gebührenden Unterhalt an, und zwar grundsätzlich unabhängig davon, ob dieser auch tatsächlich geleistet wurde. Welcher Unterhalt gebührte, ermittelte die PVA aus gerichtlichen Urteilen oder Vergleichen, vertraglichen Vereinbarungen oder nach bürgerlichem Recht.

Nach Ansicht der SVB war dagegen die pauschalierte Berücksichtigung eines Unterhalts nur mehr für Kinder vorgesehen. Für den Unterhalt aus getrennter oder geschiedener Ehe gelte die allgemeine Regelung des Nettoeinkommens in § 292 Abs. 3 ASVG.¹⁴ Es bestehe laut SVB keine Veranlassung, zivilrechtliche Ansprüche zu konstruieren.

Die Auswirkungen dieser Unterscheidung zeigt folgendes Beispiel:

Frau G bezog eine Berufsunfähigkeitspension und Ausgleichszulage. Sie lebte von ihrem geschiedenen Ehegatten getrennt. Zunächst bestand aufgrund des geringen Einkommens ihres Ehegatten kein anrechenbarer Unterhaltsanspruch. In der Folge stieg jedoch das Einkommen des Ehegatten im Sommer 2013 für einige Monate, bevor es wieder sank. Die PVA erhob nach dem Jahreswechsel 2014 im Nachhinein vom Dienstgeber das monatliche Einkommen, ermittelte einen Unterhaltsanspruch von Frau G und rechnete diesen rückwirkend auf die gewährte Ausgleichszulage an. Den so ermittelten Überbezug rechnete sie gegen die für die Zukunft anfallende Ausgleichszulage auf.

¹³ In insgesamt rd. 17.500 Fällen wurde Bezieher von Ausgleichszulagen ein Unterhaltsanspruch angerechnet.

¹⁴ „Nettoeinkommen ist die Summe sämtlicher Einkünfte in Geld oder Geldeswert nach Ausgleich von Verlusten und vermindert um die gesetzlich geregelten Abzüge.“

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

Die SVB hätte in diesem Fall lediglich tatsächlich geleistete Unterhaltszahlungen berücksichtigt.

b) Unterhaltsanspruch von Kindern (Waisenpensionen)

Nach § 294 ASVG waren Unterhaltsansprüche des Pensionsberechtigten gegen die Eltern pauschal mit 12,5 % des monatlichen Nettoeinkommens der Eltern zu berechnen. Die Bestimmung kam typischerweise bei der Prüfung von Ausgleichszulagen zu Waisenpensionen zur Anwendung.

Nach Ansicht der PVA war die Pauschalierung des § 294 ASVG unabhängig von einer Überprüfung zivilrechtlicher Unterhaltsansprüche anzuwenden.

Die SVB war dagegen der Ansicht, dass die Pauschalierung nur dann zur Anwendung kam, wenn überhaupt ein zivilrechtlicher Unterhaltsanspruch bestand. Dies sei dann der Fall, wenn das Einkommen des Kindes nicht 22 % (bzw. bei mehreren Unterhaltsberechtigten einen entsprechend niedrigeren Anteil) des Einkommens des unterhaltspflichtigen Elternteils überschreite.

Nach Weisungslage der PVA musste weiters die Witwenpension der Hinterbliebenen hinsichtlich ihrer Unterhaltspflicht gegenüber der Waise ausgeklammert bleiben. Andernfalls würde die Waise gegenüber dem verstorbenen Elternteil doppelt alimentiert.

Die SVB berücksichtigte dagegen auch eine etwaige Witwenpension in der Bemessungsgrundlage für den Unterhaltsanspruch.

c) Lebensgefährten

Bei im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehegatten galt der höhere Familienrichtsatz, dafür war nach § 292 Abs. 2 ASVG das gesamte Nettoeinkommen der beiden Ehegatten zu berücksichtigen. Für Lebensgefährten gab es dagegen keine entsprechende Regelung: In diesem Fall galt der Einzelrichtsatz, die Einkünfte des Lebensgefährten waren grundsätzlich nicht anrechenbar.

Zu berücksichtigen war jedoch, ob der Lebensgefährte dem Antragsteller Zuwendungen gewährte, z.B. zur Miete oder den Lebensmittelkosten beitrug. Diese Zuwendungen wären als „sonstiges“ Nettoeinkommen anzurechnen. Dies war im Einzelfall konkret zu erheben, womit jedoch Erhebungen in das Privatleben mit komplexer Beweiswürdigung erforderlich waren.

Die Grundsatzabteilung der PVA führte dazu im Jahr 2012 aus, sie unterstütze die jeweilige Landesstelle im Einzelfall, wenn die Erleichterungen, die durch das Eingehen einer Lebensgemeinschaft entstünden, bei der Ausgleichszulage berücksichtigt werden sollten. Wenn die konkreten Zuwendungen der Lebensgefährten nicht hinreichend geklärt werden konnten, war vorgesehen, die halbe Differenz vom doppelten Einzelrichtsatz auf den Familienrichtsatz (im Jahr 2012 rd. 204 EUR) „pauschal“ anzurechnen.¹⁵

Die SVB führte hingegen keine Anrechnung von „pauschal“ festgestellten Zuwendungen von Lebensgefährten durch.

7.2 Der RH kritisierte erneut die uneinheitliche Vollziehung, die bei gleichem Sachverhalt jedoch unterschiedlicher Rechtsauffassungen von PVA und SVB zu unterschiedlichen Anrechnungen von Unterhaltsansprüchen führen konnte. Er empfahl dem BMASK, der PVA und der SVB, eine einheitliche Vollziehung im Hinblick auf die Anrechnung von Unterhaltsansprüchen sicherzustellen, dies insbesondere betreffend die Berücksichtigung tatsächlicher oder geschuldeter Unterhaltsleistungen, die Einbeziehung der Witwenpension in die Bemessungsgrundlage für die anzurechnenden Unterhaltsansprüche von Waisen und die Bewertung von Leistungen von Lebensgefährten.

7.3 *Wie unter TZ 5 bzw. TZ 10 ausgeführt, bestätigten die PVA und die SVB in ihren Stellungnahmen die Darstellung der jeweiligen Vollzugspraxis und hielten fest, sie seien jeweils von der Richtigkeit des eigenen Vorgehens überzeugt.*

Der Hauptverband sah laut seiner Stellungnahme die Verantwortung für die Vereinheitlichung beim BMASK, das BMASK laut seiner Stellungnahme beim Hauptverband. Man werde jedoch im Arbeitskreis Pensionsversicherung die Punkte auf die Tagesordnung bringen.

7.4 Der RH hielt es, wie schon in TZ 5 ausgeführt, angesichts der Stellungnahmen nicht für gesichert, dass tatsächlich eine einheitliche Vollziehung sichergestellt wird. Nach Auffassung des RH hätte das BMASK (gegebenfalls durch entsprechenden Auftrag an den Hauptverband) diese Themen nicht nur in die Tagesordnung eines Arbeitskreises aufzunehmen, sondern tatsächlich für die einheitliche Vollziehung zu sorgen.

¹⁵ Die entsprechende Vorgehensweise fand auch praktische Anwendung. Der RH überprüfte im Zuge seiner Aktenstichprobe einen derartigen Fall aus der Landesstelle Kärnten. Die PVA hielt gegenüber dem RH fest, dass dort die Anrechnung bei Lebensgefährten in Zusammenarbeit mit der Hauptstelle schon lange vor Dezember 2013 praktiziert wurde.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen

8.1 (1) Bei der Berücksichtigung verschiedener anrechenbarer Einkommen waren besondere Fallkonstellationen zu berücksichtigen, bei denen die PVA und die SVB teilweise unterschiedlich vorgehen. So berücksichtigte die PVA Betriebsratsumlagen als Abzugsposten vom weiteren Einkommen, die SVB nicht. Die PVA rechnete Taschengelder für die Ausbildung zum Krankenpfleger an (unter Berücksichtigung des Freibetrags für Lehrlingsentschädigung), die SVB nicht. Bei Aufwandsentschädigungen (z.B. für politische Tätigkeiten) erhob die PVA in jedem Einzelfall, ob ein tatsächlicher Aufwand abgedeckt wurde oder ein Entgelt vorlag, während die SVB pauschal davon ausging, dass ein Drittel der Aufwandsentschädigung Entgeltcharakter hatte (ein Beweis höherer Aufwendungen war für den Betroffenen jedoch möglich).

(2) Von besonderer Bedeutung war die unterschiedliche Berücksichtigung der zeitlichen Wirksamkeit bei Änderungen im anrechenbaren Einkommen: Nach § 296 Abs. 2 ASVG gebührte die Ausgleichszulage ab dem Tag, an dem die Voraussetzungen für den Anspruch erfüllt waren. Wurde die Ausgleichszulage jedoch erst danach beantragt, so gebührte sie frühestens ab dem Beginn des vor der Antragstellung liegenden vollen Kalendermonats. Der Anspruch endete mit dem Ende des Monats, in dem die Voraussetzungen für den Anspruch wegfielen. Das Gleiche galt für die Erhöhung bzw. Herabsetzung der Ausgleichszulage: War die Herabsetzung der Ausgleichszulage durch eine gesetzliche Änderung der Pensionshöhe oder des Nettoeinkommens (§ 292 ASVG) begründet, so wurde sie mit dem Ende des der Änderung vorangehenden Monats wirksam. Bestimmte Erhöhungen (z.B. aufgrund der jährlichen Pensionsanpassung) waren von Amts wegen festzustellen.

Die PVA und die SVB interpretierten diese Bestimmungen über die zeitliche Wirksamkeit von Änderungen (z.B. beim Zusammentreffen gesetzlicher Änderungen mit Änderungen im Sachverhalt oder bei mehrfachen Schwankungen) unterschiedlich. Die folgende Tabelle zeigt dies exemplarisch anhand eines in den Arbeitsanweisungen der SVB verwendeten Beispiels auf:

Tabelle 3: Unterschiedliche zeitliche Wirksamkeit von Änderungen der Ausgleichszulage (AZ) – Beispiel

Monat	Pension	sonstiges Einkommen	Gesamt-einkommen	Anrechnung SVB	Anrechnung PVA
in EUR					
November	494,90	0,00	494,90	494,90	494,90
Dezember	494,90	43,60	538,51		
Jänner	509,44	50,87	560,31		
Februar	509,44	50,87	560,31	560,31	560,31
März	509,44	36,34	545,77	545,77	545,77
April	509,44	0,00	509,44	509,44	509,44
Mai	509,44	50,87	560,31		
Juni	509,44	58,14	567,57		
Juli	509,44	29,07	538,51	538,51	538,51
August	509,44	21,80	531,24	531,24	531,24
September	509,44	0,00	509,44	509,44	509,44
Oktober	509,44	14,53	523,97		

Quellen: SVB; PVA

Rot gefärbt sind jene Monate, in denen das angerechnete Einkommen vom tatsächlichen Einkommen abweicht. Grau eingefärbt sind jene Monate, bei denen die Ergebnisse der beiden Pensionsversicherungsträger aufgrund ihrer unterschiedlichen Interpretation voneinander abweichen.

(4) Die Bestimmungen über die zeitliche Wirksamkeit führten unabhängig von der unterschiedlichen Vollziehung zwischen PVA und SVB zu besonderen Effekten:

- Personen, die nur einzelne Monate arbeiteten (z.B. Studenten mit Waisenpension und Ausgleichszulage), erhielten je nach zeitlicher Lage der Arbeit (zwei aufeinanderfolgende Monate oder nicht) unterschiedliche Beträge.
- Wer ein Fremdenzimmer vermietete und daraus saisonbedingt unterschiedliche Einkommen erzielte, konnte wesentlich profitieren. Im Gegensatz dazu war das Einkommen bei Selbstständigen mit Einkommensteuerbescheid zu erfassen und auf die Monate aufzuteilen.

8.2 (1) Der RH kritisierte erneut die uneinheitliche Vollziehung, die dazu führen konnte, dass gleiche Einkommen unterschiedlich angerechnet wurden. Er empfahl dem BMASK, der PVA und der SVB, eine einheit-

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

liche Vollziehung im Hinblick auf Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen – z.B. Betriebsratsumlage, Aufwandsentschädigungen, Taschengelder während der Ausbildung zum Krankenpfleger, insbesondere jedoch bei der zeitlichen Wirksamkeit von Änderungen – sicherzustellen.

(2) Er hielt weiters die Ungleichbehandlung wirtschaftlich gleichartiger Sachverhalte durch die Regelung der zeitlichen Wirksamkeit von Sachverhaltsänderungen für nicht sachlich gerechtfertigt. Wer alle zwei Monate Einkommen bezog, sollte nach Ansicht des RH nicht grundsätzlich besser gestellt werden als jemand, der monatlich die Hälfte erhielt.

Der RH empfahl daher dem BMASK, mit dem Ziel einer sachlichen Gleichbehandlung auf eine Änderung der Bestimmungen über die zeitliche Wirksamkeit der Anrechnung von weiteren Einkommen hinzuwirken.

- 8.3** *(1) Wie unter TZ 5 bzw. TZ 10 ausgeführt, bestätigten die PVA und die SVB in ihren Stellungnahmen hinsichtlich der aufgezeigten Unterschiede in der Vollziehung die Darstellung der jeweiligen Vollzugspraxis und hielten fest, sie seien jeweils von der Richtigkeit des eigenen Vorgehens überzeugt.*

Der Hauptverband sah in seiner Stellungnahme die Verantwortung für die Vereinheitlichung beim BMASK, das BMASK in seiner Stellungnahme beim Hauptverband. Man werde jedoch im Arbeitskreis Pensionsversicherung die Punkte auf die Tagesordnung bringen.

(2) Hinsichtlich der zeitlichen Wirksamkeit der Anrechnung von weiteren Einkommen nahm das BMASK in seiner Stellungnahme die Anregungen des RH zur Kenntnis. Eine Prüfung dieser Anregungen bzw. deren tatsächliche legislative Umsetzung hänge allerdings von der konkreten personellen Ressourcenausstattung ab.

- 8.4** *(1) Der RH hielt es, wie schon in TZ 5 ausgeführt, angesichts der Stellungnahmen nicht für gesichert, dass tatsächlich eine einheitliche Vollziehung sichergestellt wird. Nach Auffassung des RH hätte das BMASK (gegebenenfalls durch entsprechenden Auftrag an den Hauptverband) diese Themen nicht nur in die Tagesordnung eines Arbeitskreises aufzunehmen, sondern tatsächlich für die einheitliche Vollziehung zu sorgen.*

(2) Hinsichtlich der Abhängigkeit einer legislativen Bereinigung der vom RH aufgezeigten Problemstellungen von den im BMASK vorhandenen personellen Ressourcen wies der RH auf das hohe Geba-

rungsvolumen der Ausgleichszulage (rd. 1,003 Mrd. EUR im Jahr 2013), die existenzsichernde Bedeutung dieser Leistung für die Empfänger, aber auch auf die unter TZ 28 ff. aufgezeigten Mehrfacherhebungen bestimmter Sachverhalte im Sozialsystem hin. Der RH hielt es daher – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, die legislative Umsetzung der Ausgleichszulage so zu gestalten, dass eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Vollziehung erreicht wird. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Auslandsaufenthalte

- 9.1** Der Bezug einer Ausgleichszulage setzte nach § 292 Abs. 1 ASVG einen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland voraus. Nach der Judikatur war jedoch auch von einem gewöhnlichen Aufenthalt im Inland auszugehen, wenn jemand weniger als 60 Tage im Ausland war.

Die PVA zählte einzelne Tage im Ausland zusammen. Auslandsaufenthalt(e), die in Summe 60 Tage im Kalenderjahr überschritten, führten ab dem 61. Tag zum Wegfall der Ausgleichszulage.

Die SVB ging anders vor: Nur ein Auslandsaufenthalt, der ununterbrochen länger als zwei Monate im Kalenderjahr dauerte, führte zum Wegfall der Ausgleichszulage.

- 9.2** Der RH kritisierte wiederholt die uneinheitliche Vollziehung, die dazu führen konnte, dass Auslandsaufenthalte bei der PVA zu einem Leistungswegfall führten, bei der SVB aber nicht. Er empfahl dem BMASK, der PVA und der SVB, eine einheitliche Vollziehung im Hinblick auf die Rechtsfolgen von Auslandsaufenthalten sicherzustellen.

- 9.3** *Wie unter TZ 5 bzw. TZ 10 ausgeführt, bestätigten die PVA und die SVB in ihren Stellungnahmen die Darstellung der jeweiligen Vollzugspraxis und hielten fest, sie seien jeweils von der Richtigkeit des eigenen Vorgehens überzeugt.*

Der Hauptverband sah in seiner Stellungnahme die Verantwortung für die Vereinheitlichung beim BMASK, das BMASK in seiner Stellungnahme beim Hauptverband. Man werde jedoch im Arbeitskreis Pensionsversicherung die Punkte auf die Tagesordnung bringen.

- 9.4** (1) Der RH hielt es, wie schon in TZ 5 ausgeführt, angesichts der Stellungnahmen nicht für gesichert, dass tatsächlich eine einheitliche Vollziehung sichergestellt wird. Nach Auffassung des RH hätte das BMASK (gegebenenfalls durch entsprechenden Auftrag an den Hauptverband)

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

diese Themen nicht nur in die Tagesordnung eines Arbeitskreises aufzunehmen, sondern tatsächlich für die einheitliche Vollziehung zu sorgen.

Maßnahmen zur Sicherstellung der Einheitlichkeit

10.1 (1) Beim Hauptverband war ein „Arbeitskreis Pensionsversicherung“ eingerichtet, bei dem bei Bedarf (im mehrjährigen Durchschnitt etwa halbjährig) die Pensionsversicherungsträger, das BMASK und verschiedene Interessenvertreter zusammentrafen. In diesem Rahmen konnten die Pensionsversicherungsträger unterschiedliche Ansichten erörtern und die Rechtsansicht des BMASK erfragen.

(2) Im Prüfungszeitraum war in den Protokollen zu diesem Arbeitskreis keine Befassung mit Fragen der Ausgleichszulagengewährung enthalten.

(3) Zu den Aufgaben des Hauptverbands gehörte nach § 31 Abs. 2 Z 3 ASVG die „Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis.“ Richtlinien im Bereich der Vollziehung der Ausgleichszulage bestanden nicht.

(4) Obwohl der Bund den Aufwand der Ausgleichszulage zur Gänze trug, konnte das BMASK der PVA und der SVB als Selbstverwaltungsträger keine Weisungen über die Auslegung von Bestimmungen des Ausgleichszulagenrechts erteilen. Bei rechtswidrigem Vorgehen konnte das BMASK jedoch aufsichtsbehördliche Maßnahmen setzen (siehe TZ 22, z.B. rechtswidrige Beschlüsse aufheben). Bei Unklarheiten konnte das BMASK legislative Maßnahmen zur Klärung offener Rechtsfragen vorschlagen.

Im Prüfungszeitraum stellte der RH keine aufsichtsbehördlichen Maßnahmen hinsichtlich Rechtsfragen zur einheitlichen Vollziehung der Ausgleichszulage fest.

(5) Weder die Pensionsversicherungsträger noch das BMASK oder der Hauptverband untersuchten im Prüfungszeitraum die Vollzugspraxis der Pensionsversicherungsträger systematisch im Hinblick auf Unterschiede. Im BMASK standen 0,5 VZÄ für Prüftätigkeiten im Bereich der Pensionsversicherung zur Verfügung (siehe TZ 22). Im Hauptverband standen für die Bearbeitung von Angelegenheiten der Pensionsversicherung 2,0 VZÄ zur Verfügung, die allerdings überwiegend mit Koordinationsmaßnahmen (z.B. hinsichtlich von Gesetzesbegutachtungen) befasst waren. Im Vergleich dazu waren alleine bei der PVA

auf den Kostenstellen Pensionsersterledigung und Pensionsbetreuung rd. 1.300 VZÄ ausgewiesen.

- 10.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Bund zwar den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulagen trug, aber weder ein inhaltliches Weisungsrecht zur Vollzugspraxis hatte, noch Ressourcen bereitstellte, um diese regelmäßig zu überprüfen und die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. Er verwies diesbezüglich auf seine Feststellungen und Empfehlungen zur Abrechnung des Aufwands und zur Aufsicht (TZ 22) sowie zur Einführung eines IKS bei den Pensionsversicherungsträgern (TZ 14 ff.).

Der RH wiederholte weiters seine Empfehlung an das BMASK, die PVA und die SVB, eine einheitliche Vollziehung im Hinblick auf die Rechtsfolgen von Auslandsaufenthalten sicherzustellen.

- 10.3** (1) *Laut Stellungnahme der PVA werde sie ihre Praxis erst dann verändern, wenn dies durch den Gesetzgeber, durch Erlässe des BMASK oder aufgrund einer verbindlichen Empfehlung des Hauptverbands vorgegeben werden sollte.*

(2) *Die SVB führte in ihrer Stellungnahme aus, sie verfolge in vielfältiger Weise das Ziel einer möglichst einheitlichen Vollziehung der Gesetze. Sie verwies dazu auf den meritorischen Arbeitskreis der vier Träger der Pensionsversicherung, den Arbeitskreis Pensionsversicherung im Hauptverband und auf Gespräche mit den Pensionsversicherungsträgern, um eine einheitliche Vollziehung zu gewährleisten. Dies gelinge auch in der überwiegenden Zahl der Fälle. Bei verbleibenden Unterschieden müsse die Vereinheitlichung federführend vom BMASK gemeinsam mit dem Hauptverband betrieben werden.*

(3) *Der Hauptverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass der Arbeitskreis Pensionsversicherung in den letzten Jahren hauptsächlich im Zuge der Begutachtung von Gesetzesentwürfen zur Abstimmung zwischen BMASK und Pensionsversicherungsträgern bzw. bisweilen auch der Pensionsversicherungsträger untereinander einberufen worden sei. Der Arbeitskreis sei jedoch ein geeignetes Forum zur Koordinierung; zumal hier auch das BMASK prominent vertreten sei.*

Die angeregte „Erstellung von Richtlinien zur Förderung oder Sicherstellung der Einheitlichkeit der Vollzugspraxis“ (§ 31 Abs. 2 Z 3 ASVG) sei kritisch zu hinterfragen, da es sich bei der Ausgleichszulage um einen Wirkungsbereich handle, der insbesondere hinsichtlich seiner Finanzierung und deren Durchführung (vgl. § 299 ASVG) durch Rechtspositionen der Länder bzw. des Bundesministers geprägt sei.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

(4) Das BMASK teilte in seiner Stellungnahme mit, die Koordinierung bzw. Sicherstellung einer einheitlichen Vollziehung sei Aufgabe des Hauptverbands. Dem BMASK seien eine einheitliche Vollzugspraxis und Verbesserungen in der Vollziehung ein großes Anliegen und es werde daher anregen, dass die diesbezüglichen Empfehlungen des RH in die Tagesordnung für eine Besprechung des beim Hauptverband eingerichteten Arbeitskreises Pensionsversicherung aufgenommen würden.

- 10.4** Der RH hielt es wiederholt (siehe TZ 5 bis 9) angesichts der Stellungnahmen nicht für gesichert, dass tatsächlich eine einheitliche Vollziehung sichergestellt wird. Nach Auffassung des RH hätte das BMASK (gegebenenfalls durch entsprechenden Auftrag an den Hauptverband) diese Themen nicht nur in die Tagesordnung eines Arbeitskreises aufzunehmen, sondern tatsächlich für die einheitliche Vollziehung zu sorgen.

Verfahrensdauer

Verfügbarkeit von Auswertungen

- 11.1** (1) Nach dem österreichischen Verwaltungsverfahrenrecht waren Anträge so rasch als möglich, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten zu entscheiden (§ 73 Abs. 1 AVG). Diese Regelung galt auch für Pensionsentscheidungen (§ 368 ASVG) und mangels besonderer Regelungen auch für Entscheidungen über Ausgleichszulagen (§ 295 ASVG).¹⁶ Bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) war dagegen aufgrund ihres existenzsichernden Charakters explizit eine kürzere Frist von drei Monaten vorgesehen.¹⁷

(2) Auswertungen der tatsächlichen Verfahrensdauern für die Ausgleichszulage waren weder bei der PVA noch bei der SVB verfügbar. Die gespeicherten Rohdaten ermöglichten keine aussagekräftigen automationsunterstützten Auswertungen, weil die gespeicherten Antragsdaten nicht valide waren.¹⁸

¹⁶ Nach § 295 ASVG waren die Bestimmungen über die Pensionen auf die Ausgleichszulage anzuwenden, soweit nichts anderes bestimmt war.

¹⁷ Art. 16 Abs. 2 Z 3 lit. b der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über eine bundesweite BMS: Ein Verfahrensrecht, das auf die besonderen Bedürfnisse und die Vulnerabilität der Leistungswerber und -bezieher Bedacht nimmt, gehörte nach den Erläuterungen aus der Sicht aller Armutsexperten zum (formalrechtlichen) Mindeststandard.

¹⁸ Teilweise war z.B. ein fiktives Antragsdatum zu speichern, um in der Verwaltungsapplikation die richtige Berechnung auszulösen. Vereinfacht gesagt wurde so gekennzeichnet, ob eine Änderung ab dem Antragsdatum oder ab der Sachverhaltsänderung erfolgen sollte. Bei vorläufigen Leistungen mit rückwirkenden endgültigen Leistungsbemessungen zum Jahreswechsel war jeweils der erste Antrag gespeichert.

Die überprüften Pensionsversicherungsträger wiesen darauf hin, dass die Erstellung von Statistiken durch Weisungen des BMASK geregelt war und diese keine Verpflichtung zur Ermittlung von Verfahrensdauern enthielten. Für Pensionen und Pflegegeld erstellten sie jedoch trotzdem Auswertungen über die Verfahrensdauer.

Die Pensionsversicherungsträger wiesen weiters darauf hin, dass eine Statistik über Verfahrensdauern konzeptionelle Schwierigkeiten zu lösen hätte (z.B. Definition von Antrag und Erledigung sowie Differenzierung verschiedener Verfahrenskategorien).¹⁹

In den vom RH untersuchten Einzelfällen reagierten die PVA und die SVB grundsätzlich zeitnah auf die Eingaben der Parteien.²⁰ Dennoch nahm die endgültige Entscheidung bei 12 % (PVA) bzw. 15 % der Fälle (SVB) mehr als sechs Monate in Anspruch. In Einzelfällen vergingen mehrere Jahre zwischen dem Antrag und der endgültigen Entscheidung.

- 11.2** Der RH hob hervor, dass die Ausgleichszulage ein Mindesteinkommen armutsgefährdeter Menschen sichern sollte. Der RH hielt daher zeitnahe Entscheidungen und die regelmäßige Überprüfung der Erledigungsdauern für unbedingt erforderlich und kritisierte, dass bei beiden überprüften Pensionsversicherungsträgern Auswertungen über die Verfahrensdauern nicht verfügbar waren.

Er räumte ein, dass eine derartige Verpflichtung nicht in den statistischen Weisungen des BMASK enthalten war, wies jedoch darauf hin, dass dies die Pensionsversicherungsträger nicht hinderte, für die Bearbeitung von Pensionen und Pflegegeldanträgen entsprechende Auswertungen zu erstellen. Der RH räumte weiters ein, dass für eine Statistik über die Erledigungsdauern bei der Ausgleichszulage eine Reihe von analytischen Vorarbeiten erforderlich wäre. Er hielt dies jedoch für eine typische Aufgabe bei der Entwicklung aussagekräftiger Statistiken.

¹⁹ So gelte jeder Antrag auf Pension auch als Antrag auf Ausgleichszulage, auch wenn schon die Pensionshöhe erkennen ließ, dass kein Anspruch auf Ausgleichszulage bestand. Eine Berücksichtigung dieser Fälle würde einen Durchschnittswert stark verzerren. Weiters wäre zu klären, wie mit vorläufigen Erledigungen umzugehen wäre, d.h., ob die Gewährung eines Vorschusses bereits als Erledigung eines Antrags zu werten wäre und wie bei regelmäßigen Änderungen des Sachverhalts bei laufendem Bezug von Ausgleichszulage vorzugehen sei.

²⁰ Dies war gerade im Sozialbereich keineswegs selbstverständlich. Der RH verwies z.B. auf seine Feststellung in seinem Bericht „Sozialabteilung der Landesregierung Steiermark und Bundessozialamt – Koordination und Parallelität“ (Reihe Bund 2012/12, TZ 23), wonach beim Land Steiermark bei der Vollziehung der Sozialhilfe ein Rückstau von über einem Jahrespensum bestand und die Abteilung selbst feststellte, dass eine gesetzeskonforme Vollziehung nicht sichergestellt war sowie das Risiko zivil- und strafrechtlicher Haftung bestand.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, aussagekräftige Statistiken über die Dauer der Erledigung von Anträgen auf Ausgleichszulage zu entwickeln und diese zeitnah zu erstellen.

11.3 (1) Die PVA beschrieb in ihrer Stellungnahme zunächst die Schwierigkeiten einer entsprechenden Statistik:

- Da jeder Pensionsantrag zugleich auch als Antrag auf Ausgleichszulage gelte, könne eine Antrags- und Erledigungsstatistik nur für die Ausgleichszulage erst nach Feststellung der gebührenden Pensionshöhe erstellt werden, da ein konkretes Ermittlungsverfahren zur Prüfung der Ausgleichszulage erst dann einsetzen könne.
- Die Überprüfung der Ausgleichszulage könne nicht als einmalig abgeschlossenes Verfahren gesehen werden, da immer wieder Faktoren auf den Anspruch auf Ausgleichszulage Einfluss nehmen würden. Jede Änderung von Einkommen (eigenes bzw. von Angehörigen), Familienstand, Familienverhältnissen, Wohnsitz (Ausland), aber auch die jährliche Pensionserhöhung erforderten die neuerliche Überprüfung der Ausgleichszulage, die von der PVA amtsweilig vorgenommen werde.
- Verminderungen würden sofort – ohne Beteiligung des Pensionsbeziehers – umgesetzt.
- Eine eindeutige Zuordnung einer Tätigkeit – als im Zusammenhang mit einem Antrag auf Ausgleichszulage vorgenommen – sei somit schwer möglich.

Die PVA hielt daher in Anbetracht der Komplexität der Umsetzung und der Priorität des Einsatzes des Verwaltungssystems „ZEPTA“ eine Umsetzung frühestens im Jahr 2017 für realistisch.

(2) Die SVB führte in ihrer Stellungnahme aus, sie sei grundsätzlich – in der Regel erfolgreich – bemüht, die Verfahren rasch abzuschließen. In Einzelfällen, vor allem bei sich andauernd ändernden Einkommensverhältnissen, gelinge das allerdings nicht immer.

In dem unter TZ 4 dargestellten Fall sei aufgrund der vielen Änderungen im Einkommen des Vaters und später auch der Töchter sowie der komplizierten Anrechnung von Einkünften aus Wertpapieren eine besondere Konstellation vorgelegen. Dennoch müsse die SVB einräumen, dass hier mehrmals eine unüblich lange Bearbeitungsdauer, verbunden mit zu niedriger Vorschussbemessung, zu – jedenfalls vorübergehenden – finanziellen Nachteilen für die beiden Waisen geführt habe.

- 11.4** Der RH erwiderte der PVA, dass sie zu den Schwierigkeiten der Statistik schon in der Stellungnahme mögliche Lösungen formuliert hatte (z.B. Unterscheidung zwischen Erstantrag bzw. Bearbeitung und späteren Änderungen, Differenzierung zwischen amtswegigen Änderungen ohne Beteiligung der Partei (Verminderungen) und Erhöhungsanträgen mit Rückfragen bei der Partei etc.). Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Vorläufige Leistungen

- 12.1** (1) Nach § 368 ASVG hatte der Versicherungsträger die Leistung zu bevorschussen, wenn er innerhalb der Sechsmonatsfrist keinen Bescheid erlassen konnte. Dies galt dann, wenn der Sachverhalt noch nicht genügend geklärt war, die Leistungspflicht aber dem Grunde nach feststand. Solche Vorschüsse konnte er auch schon vor Ablauf der Frist von sechs Monaten gewähren. Die vorläufige Leistung war grundsätzlich geringer als die erwartete endgültige Leistung, um etwaige Überzahlungen zu vermeiden.

(2) Die PVA und die SVB erledigten Vorschuss-Entscheidungen nicht mittels Bescheid, sondern mittels Mitteilung. Eine Begründung, welche Erhebungen noch offen waren und warum daher eine (geringere) vorläufige Leistung gewährt wurde, erfolgte in diesen Mitteilungen nicht. Ebenso wenig führten die Pensionsversicherungsträger aus, von welchem Sachverhalt sie bei der Bemessung des Vorschusses ausgingen. Sie informierten die Parteien in den Mitteilungen auch nicht, wie diese vorgehen konnten, wenn die vorläufige Leistung zur Bestreitung des Lebensunterhalts nicht ausreichend war.

(3) Nicht in allen Fällen längerer Erhebungen erfolgte die Zuerkennung einer vorläufigen Leistung. Zum Beispiel erhielt eine Pensionistin für acht Monate keine Ausgleichszulage, weil sie eine Scheidungsurkunde aus Deutschland nicht vorlegen konnte²¹ und die PVA ohne diese Unterlage nicht ausschloss, dass die vor mehr als 25 Jahren geschiedene Ehe zu Unterhaltsansprüchen führte (die Partei hatte dies ausdrücklich verneint und inzwischen wieder geheiratet). Die Pensionistin benötigte zu ihrer Pension von rd. 300 EUR ein zusätzliches Einkommen für ihren Lebensunterhalt. Sie ging daher zunächst neben ihrer Pension einer geringfügigen Beschäftigung als Reinigungskraft

²¹ Lange Verfahrensdauern waren häufig darauf zurückzuführen, dass der Pensionsversicherungsträger auf Entscheidungsvoraussetzungen außerhalb seines Einflussbereichs wartete, z.B. auf Einantwortungsurkunden (zur Feststellung, ob ein land- und forstwirtschaftlicher Betrieb eines Verstorbenen weitergeführt wurde), Bankauskünfte (zur Feststellung etwaiger Zinseinkünfte) oder Auskünfte ausländischer Dienstgeber.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

für rd. 375 EUR im Monat nach. Als das deutsche Standesamt keine Scheidungsurkunde zur Verfügung stellen konnte, sprach die Pensionistin bei der PVA vor und meldete eine Notlage. Die PVA gewährte daraufhin rückwirkend eine (vorläufige, siehe TZ 9) Ausgleichszulage, rechnete das Einkommen aus der Tätigkeit als Reinigungskraft (insgesamt rd. 2.800 EUR) jedoch an.

(4) Die PVA und die SVB gewährten vorläufige Leistungen umgekehrt nicht nur dann, wenn Erhebungen über abgeschlossene Sachverhalte längere Zeit in Anspruch nahmen. Sie nutzten dieses Instrument auch, wenn bestimmte Sachverhalte ihrer Natur nach erst im Nachhinein überprüfbar (z.B. die Gesamtzahl von im Ausland verbrachten Tagen in einem Jahr oder Zinseinkünfte) oder häufige Änderungen wahrscheinlich waren (z.B. Einkünfte aus bestimmten unselbstständigen Erwerbstätigkeiten).²²

Die oben angeführte Pensionistin erhielt z.B. nach der Gewährung der Ausgleichszulage für ein Jahr eine endgültige Leistung, danach für die nächsten 15 Monate eine vorläufige Leistung. Da sie Kinder in Ungarn hätte, bestünde eine gewisse Wahrscheinlichkeit für längere Auslandsaufenthalte der seit 13 Jahren in Österreich lebenden Frau. Die PVA verlangte am Ende des Jahres eine wahrheitsgemäße Äußerung über die Anzahl und Dauer der Auslandsaufenthalte. Danach entschied sie rückwirkend endgültig über die Ausgleichszulage des Vorjahres.

(5) Eine Statistik oder regelmäßige Auswertung über die Anzahl, Dauer und Begründung der vorläufigen Leistungen führten die PVA und die SVB nicht. Aus den dem RH zur Verfügung gestellten Daten ergab sich, dass rd. 17.000 Personen bei der PVA im Juli 2014 oder im November 2013 eine vorläufige Ausgleichszulage erhielten. Rund 8.500 Personen erhielten sowohl im November 2013 als auch im Juli 2014 eine vorläufige Leistung.²³ Diese Personen erhielten also entweder in zwei aufeinanderfolgenden Jahren aufgrund schwankender Sachverhalte nur eine vorläufige Leistung oder eine endgültige Erledigung war seit mehr als sechs Monaten nicht erfolgt. Eine Feststellung, ob eine end-

²² Die vorläufige Leistungsgewährung konnte auch in besonderen Konstellationen eingesetzt werden. War z.B. ein höherer Überbezug entstanden, der aufgrund der Aufrechnungsbestimmungen für endgültige Leistungen nur über einen größeren Zeitraum eingebracht werden konnte, bestand die Möglichkeit, die Leistung einzustellen und nur in verminderter Höhe vorläufig zu gewähren. Bei endgültiger Gewährung der Leistung entstand dann eine Nachzahlung, gegen die jedoch die Rückforderung aufrechenbar war.

²³ Die Datenauswertung des RH bezog sich auf den Stichtag 30. November 2013. Die PVA speicherte jedoch lediglich, ob aus Sicht des Abfragezeitpunkts (Juli 2014) die Ausgleichszulage für November 2013 vorläufig oder endgültig festgestellt war (hätte jemand in November 2013 vorläufige Leistungen bezogen, aber z.B. seit März 2014 eine endgültig festgestellte Leistung für 2013, so wäre er nicht mehr als vorläufige Leistung für November 2013 gespeichert).

gültige Entscheidung tatsächlich noch nicht möglich war, bzw. über die Unterschiede zwischen vorläufigen und endgültigen Leistungen erfolgte nur anhand von Fristvormerkungen im Einzelfall.

(6) Für das Problem, dass das für die Leistung maßgebliche Einkommen erst am Ende der geprüften Periode feststand (da jederzeit eine Änderung erfolgen konnte), die Leistung jedoch am Anfang erbracht werden musste (da sonst der Bedarf nicht gedeckt werden konnte), trafen verschiedene Rechtsbereiche unterschiedliche Lösungen:

- Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung sah einen (endgültigen) Bescheid binnen drei Monaten vor.
- Im Bereich der Notstandshilfe war z.B. bei schwankenden unselbstständigen Einkommen der Durchschnitt der vergangenen drei Monate für die kommenden zwölf Monate heranzuziehen (§ 36 Abs. 3 lit. b sublit. d) ALVG; bei anderen schwankenden Einkunftsarten wurde eine monatliche Erhebung durchgeführt.

Bei diesen Leistungen war charakteristisch, dass zusätzlich zur Geldleistung eine durchgehende persönliche Betreuung, insbesondere im Hinblick auf eine Vermittlung am Arbeitsmarkt vorgesehen und somit ein regelmäßiger Kontakt zu den Parteien vorausgesetzt war.

- Im Lohnsteuerrecht war grundsätzlich eine laufende „vorläufige“ Abführung von Lohnsteuer vorgesehen, die durch eine Arbeitnehmeranmeldung rückwirkend endgültig verändert werden konnte.

12.2 Der RH nahm zur Kenntnis, dass in bestimmten Konstellationen komplexe Erhebungen notwendig waren, um den Ausgleichszulagenanspruch festzustellen. Er übersah auch nicht die Bestrebungen der überprüften Pensionsversicherungsträger, einerseits Überbezüge zu vermeiden und andererseits den Betroffenen durch vorläufige Leistungen bereits Mittel zufließen zu lassen.

Der RH sah dennoch Verbesserungsbedarf bei der Nutzung des Instruments der vorläufigen Leistungen durch die Pensionsversicherungsträger:

- Einerseits erfolgte nicht in allen Fällen langer Verfahrensdauern eine entsprechende Vorschussleistung.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

- Andererseits führte die als Erleichterung für die Betroffenen konzipierte Vorschussmöglichkeit dazu, dass grundsätzlich in bestimmten Konstellationen mit schwankenden Änderungen über Jahre hinweg nur vorläufige Leistungen gewährt wurden. Dies hielt der RH aber für eine wesentliche Einschränkung der Rechtssicherheit der Betroffenen und mit der verfahrensrechtlichen Vorgabe – so rasch als möglich, aber jedenfalls in sechs Monaten endgültig zu entscheiden – für unvereinbar. Er wies darauf hin, dass die betreffenden Personen in der Regel mit einer niedrigeren Leistung auskommen mussten, bis die endgültige Leistung zuerkannt wurde.
- Er kritisierte weiters, dass kein Controlling über die Dauer und Notwendigkeit der Gewährung einer vorläufigen Leistung bzw. über die Abweichung der vorläufigen Leistung von der endgültigen Leistung eingerichtet war.

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, durch ein systematisches Controlling eine konsistente Anwendung der Möglichkeiten der Vorschussgewährung sicherzustellen. Er empfahl weiters dem BMASK, den Anwendungsbereich und die verfahrensrechtlichen Rahmenbedingungen der vorläufigen Gewährung der Leistungen gesetzlich klarzustellen.

12.3 *(1) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde durch geeignete Maßnahmen gewährleisten, dass eine Vorschussgewährung auch dann durchgeführt wird, wenn der Sachverhalt noch nicht zur Gänze geklärt sei, aber die Leistungspflicht dem Grunde nach feststehe. Dabei werde besonders darauf geachtet, nachträgliche Rückzahlungsverpflichtungen nach Möglichkeit zu vermeiden.*

(2) Laut Stellungnahme der SVB sei die für die betroffenen Versicherten eminent wichtige Rechtsfrage, ab welchem Grad der Wahrscheinlichkeit ein Vorschuss geleistet werden dürfe, lange bekannt und in vielen Gremien besprochen. Hier gelte es, zwischen zwei Zielen – der Existenzsicherung für die Versicherten sowie dem möglichst sparsamen Umgang mit öffentlichen Geldern – abzuwägen. Würde sich nämlich herausstellen, dass ein derartiger Vorschuss letztlich ohne Rechtsgrundlage bleibe, könne auch keine Rückforderung erfolgen. Somit könne der SVB ein nicht ordnungsgemäßer Umgang mit öffentlichen Geldern vorgeworfen werden.



Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

12.4 (1) Der RH begrüßte die Zusage der PVA.

(2) Hinsichtlich der Stellungnahme der SVB erinnerte er daran, dass er zunächst ein systematisches Controlling empfohlen hatte. Er konnte darin keine Gefahr eines nicht ordnungsgemäßen Umgangs mit öffentlichen Mitteln erkennen.

Transparenz der
Entscheidungen

13.1 (1) Grundsätzlich waren Anträge auf Ausgleichszulage durch Bescheid zu erledigen.²⁴ Die Bescheide hatten – wie generell im Verwaltungsvorhaben – die Ergebnisse des Ermittlungsverfahrens, die bei der Beweiswürdigung maßgeblichen Erwägungen und die darauf gestützte Beurteilung der Rechtsfrage zu enthalten.

Die PVA und die SVB standen vor der Herausforderung, eine große Zahl von Fällen effizient zu erledigen. Beide Träger erstellten daher in der Regel keine Bescheide, die durch individuelle Texte Beweise würdigten, einen Sachverhalt feststellten und die Rechtslage beschrieben. Sie verwendeten vielmehr Formblätter bzw. Textbausteine.

(2) Häufig ermöglichten diese Formblätter bzw. Textbausteine bei komplexeren Sachverhalten den Parteien nicht, nachzuvollziehen, welchen Sachverhalt die vollziehende Stelle angenommen und wie sie ihn rechtlich gewürdigt hatte.²⁵ Der RH stellte bspw. folgende daraus resultierende Grundprobleme fest:

- Die Bezeichnung der angerechneten Einkommen war teilweise unrichtig. Beispielsweise wurden Zahlungen aus Lebensversicherungen grundsätzlich unrichtig als „Einkünfte vom ehemaligen Dienstgeber“ bezeichnet, da in den Textbausteinen der Bescheide nur eine begrenzte Anzahl von unterschiedlichen Bezeichnungen für Einkünfte vorgesehen war.

²⁴ Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung dazu fehlte zwar, allerdings waren nach § 295 ASVG die Bestimmungen über die Pensionen auf die Ausgleichszulage anzuwenden, soweit nichts anderes bestimmt war. § 367 ASVG regelte für die wesentlichen Leistungsangelegenheiten der Pensionsversicherung eine Bescheidspflicht.

²⁵ Dies stellte z.B. auch die Volksanwaltschaft in ihrem Jahresbericht 2013 fest.

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

- Bei Mitteilungen zum Jahresausgleich²⁶ war nicht ersichtlich, welche Einkommen in welcher Höhe berücksichtigt und für welche Monate die Einkünfte auf welcher Basis ermittelt wurden.²⁷
 - Der Sachverhalt, insbesondere die Grundlagen zur Berechnung des angerechneten Einkommens, war nicht ausreichend beschrieben. Zum Beispiel unterblieb in Erledigungen der PVA und SVB die Nennung der Grundstücke, Einheitswerte und Berechnungsmethode, die die Pensionsversicherungsträger zur Ermittlung der Aufgabepauschale für einen landwirtschaftlichen Betrieb heranzogen.
- (3) Die PVA und die SVB verwendeten zwar die gleiche Verwaltungsapplikation zur Vollziehung der Ausgleichszulagen, dennoch hatte die SVB eigene Textbausteine erarbeitet. In mehreren Konstellationen ging sie im Schriftverkehr mit den Betroffenen anders vor als die PVA:
- Bei Durchführung eines Jahresausgleichs versendete die SVB im Falle einer Nachzahlung einen Bescheid, ohne Nachzahlung informierte sie die Partei nicht. Die PVA erstellte dagegen bei manuellen Jahresausgleichen sowohl bei positivem als auch bei negativem Ausgang eine „Mitteilung“ (jedoch in beiden Fällen keinen Bescheid).
 - Die PVA versendete über die jährliche Pensionserhöhung bzw. die Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze und die daraus resultierende Veränderung im Einzelfall jährlich eine Mitteilung, die SVB nicht.
 - Im Falle einer Pensionsteilung bei Heimaufenthalt entschied die SVB mit Bescheid, die PVA übermittelte eine „Mitteilung“.

²⁶ Bei unregelmäßigen Einkünften (z.B. schwankenden Einkommen aus unselbstständiger Erwerbstätigkeit) war nach § 296 Abs. 5 und 6 ASVG ein Jahresausgleich durchzuführen. Dabei war nach den gesetzlichen Vorgaben die Summe der Richtsätze der Summe der Einkünfte gegenüberzustellen.

²⁷ Die SVB führte die entsprechenden Beträge vor Umstellung auf das neue EDV-System Anfang des neuen Jahrtausends noch an.

(4) In einigen der vom RH überprüften Einzelfälle traten Fehler bei der Bescheiderstellung auf, wie z.B. die Verwendung unrichtiger Bescheidformulare,²⁸ die Erledigung nicht in Bescheid-, sondern in anderer Form oder die Angabe unrichtiger Aberkennungsgründe (Meldeverstoß statt Überschreitung des Richtsatzes).

(5) Der RH diskutierte mit Vertretern der überprüften Stellen bzw. Seniorenvertretern die Aussagekraft der Bescheide. Diese führten unterschiedliche Argumente an:

- Die Erfahrung zeige, dass die Parteien wenig Nutzen aus ausführlichen Bescheiden ziehen würden. Bei Bedarf könne der Pensionsversicherungsträger den Fall in einem persönlichen Gespräch erläutern.
- Angesichts der Qualität der Bescheide werde häufig erst in einem Gerichtsverfahren tatsächlich ersichtlich, wie eine Entscheidung zu Stande gekommen sei. Dies verursache allerdings höhere Kosten als eine ausführliche Bescheidebegründung.
- Bei Ausgleichszulagen bestehe eine sukzessive Kompetenz: Bei einem Rechtsmittel fiele der Bescheid automatisch weg und das Arbeits- und Sozialgericht müsse neu entscheiden.²⁹ Die Beschreibung des Sachverhalts bzw. eine rechtliche Würdigung sei daher nicht so wesentlich wie in anderen Verwaltungsverfahren.

13.2 Der RH verkannte nicht, dass die Pensionsversicherungsträger eine große Zahl von Fällen zu erledigen hatten. Er wies jedoch kritisch auf die ungenügende Information der Bescheide über wesentliche Elemente des Verfahrens hin, wie z.B. den konkret festgestellten Sachverhalt, die rechtliche Würdigung und die Beweiswürdigung. Für die Partei war in diesen Fällen nicht nachvollziehbar, wie der jeweilige Pensionsversicherungsträger vorgegangen war. Es fehlte der Partei somit eine Grundlage, um entscheiden zu können, ob sie ein Rechtsmittel einlegen sollte.

²⁸ Dies führte in vielen Fällen zu keiner Verschlechterung der Situation der Parteien. In manchen Fällen fehlten jedoch bestimmte Informationen, wie z.B. die Höhe der angerechneten Einkommen oder die Begründung für bestimmte Veränderungen. In einem Fall war z.B. die Gewährung nach einigen vorläufigen Entscheidungen nie Gegenstand eines Bescheidspruchs, sondern nur Teil einer „Information über die Anweisung“. Dementsprechend erfolgte auch nie eine konkrete Begründung. In einem Fall erhielt der Antragsteller zunächst eine Vorschussleistung und dann eine endgültige Entscheidung. Die ihm angerechneten Einkünfte waren nie in einem Bescheid angeführt.

²⁹ § 71 ASGG

Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

Der RH wies in diesem Zusammenhang auch kritisch auf die unterschiedliche Form der Erledigung gleichartiger Sachverhalte durch die beiden überprüften Pensionsversicherungsträger und auf die festgestellten Fehler in Einzelfällen hin.

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, bei Wahrung einer verwaltungsökonomischen Vorgangsweise den Schriftverkehr mit den Betroffenen korrekt, möglichst einheitlich und so aussagekräftig zu gestalten, dass den Betroffenen die Rechtsverfolgung möglich ist.

13.3 *(1) Die PVA bestätigte in ihrer Stellungnahme die vom RH beschriebene Vorgehensweise und führte aus, die Empfehlung des RH entspreche auch den Intentionen der PVA. Die Schriftstücke bezüglich Jahresausgleich und Anrechnung von Einkommen aus land- und forstwirtschaftlichen Grundstücken würden – obwohl bisher praktisch keine Kundenkritik vorhanden sei – einer kritischen Beurteilung unterzogen. Durch die umfassenden Gesetzesänderungen der letzten Jahre – vor allem die neue Invaliditätspension – seien die erforderlichen Personalressourcen nur eingeschränkt vorhanden.*

(2) Laut Stellungnahme der SVB sei sie selbstverständlich bemüht, ihren Versicherten Bescheide zu senden, die möglichst klar und verständlich seien. Da – wie vom RH ausgeführt – die überwiegende Zahl der Bescheidtexte auf standardisierten Textbausteinen beruhe, liege ein Spannungsverhältnis zu möglichst individuellen Begründungen vor. Überschießend komplexe Bescheidbegründungen seien für die Versicherten letztlich nicht hilfreich. So sei die lückenlose Auflistung des Einkommens bei weit zurückreichenden Änderungen der Ausgleichszulage aufgrund der Akzeptanz der Bescheide durch die Versicherten nicht erforderlich.

Letztlich sei durch das neue Verwaltungssystem „ZEPTA“ eine weitere Vereinheitlichung der Bescheide aller Träger der Pensionsversicherung zu erwarten. Eine Veränderung bereits im auslaufenden DANTE-System erscheine nicht zweckmäßig.

13.4 Der RH erinnerte hinsichtlich der Stellungnahme der SVB daran, dass er in seiner Empfehlung bewusst auch die Grundsätze der verwaltungsökonomischen Vorgehensweise angesprochen hatte und keineswegs „überschießend komplexe Bescheidbegründungen“ forderte. Er hielt jedoch daran fest, dass den Betroffenen die Rechtsverfolgung auf Basis des übermittelten Bescheides möglich sein sollte.



Probleme der Vollziehung für die Betroffenen

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Zusammenfassung

14 Zusammenfassend hielt der RH fest, dass dort, wo komplexe Sachverhalte zu erheben waren, Probleme in der Vollziehung auftraten:

- Eine zwischen den Pensionsversicherungsträgern einheitliche Vollziehung war in mehreren Bereichen nicht gewährleistet. Besonders galt dies für die Berücksichtigung von Unterhaltsansprüchen (TZ 7), aber auch für die zeitliche Wirksamkeit von Sachverhaltsänderungen (TZ 8) oder die Auslegung des Antragsprinzips (TZ 6).
- Eine zeitnahe, endgültige Erledigung war nicht durchgängig gewährleistet. Im Falle variabler Einkommen gewährten die Pensionsversicherungsträger die Ausgleichszulage oft nur vorläufig, so dass die Betroffenen über einen längeren Zeitraum keine Rechtssicherheit hatten und eine unter der gebührenden Leistung liegende Zahlung erhielten (TZ 11, 12).
- Die Partei verfügte aus den Mitteilungen und Bescheiden der Pensionsversicherungsträger nicht über die nötigen Informationen, um zu entscheiden, ob sie ein Rechtsmittel erheben sollte (TZ 13).

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Erledigungsstatistik

15.1 (1) Die PVA und die SVB verfügten über unterschiedliche Datengrundlagen, um den Arbeitsanfall zu erfassen und die Bearbeitung zu überwachen:

- Prüf- und Freigabestatistik: Durch ihre Eingaben lösten die Sachbearbeiter Rechenvorgänge in der Verwaltungsapplikation aus. Diese erfasste dabei sogenannte „Durchführungsgründe“ (Fallcodes), um mittels eines Zufallsgenerators zu entscheiden, ob eine Überprüfung der Eingaben durch eine weitere Person erfolgen sollte. Aufgrund der generierten Nummern war eine Zuordnung der Fälle zu Antrags- bzw. Erledigungstypen möglich.³⁰ Diese Zuordnung war jedoch nicht immer eindeutig.³¹

³⁰ Die Durchführungsgründe (Fallcodes) hatten acht Stellen. Die ersten beiden Stellen bezeichneten den Vollzugsbereich (z.B. 03 für Ausgleichszulage), die nächsten beiden eine nähere Beschreibung (z.B. 0301 Neugewährung einer Ausgleichszulage). Die Stellen fünf und sechs wurden nicht inhaltlich genutzt, die letzten beiden Stellen gaben an, in welche Kategorie der Freigabelogik eine Durchführung fiel.

³¹ Wenn eine Eingabe mehrere Rechenvorgänge auslöste, richtete sich der generierte Code nach jenem Vorgang, dem die höchste „Prüfquote“ zugeordnet war.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

- Leistungsberichte: Auswertungen dieser Fallcodes wurden für unterschiedliche Zwecke verwendet, z.B. für die Personalbedarfsplanung, für die Kostenrechnung oder für interne Leistungsvergleiche (siehe auch TZ 16).
- Antrags- und Erledigungsstatistik: In den Bereichen, in denen nach den Vorgaben des BMASK eine Statistik zu führen war (z.B. über die Anzahl von Pensionsanträgen), gab es eigene Statistikmasken in der EDV, die verlässliche Werte dafür liefern sollten.

(2) Eine offizielle Antrags- und Erledigungsstatistik für die Ausgleichszulage existierte nicht. Die Träger begründeten dies u.a. damit, dass die zu erstellenden Statistiken in einer Weisung des BMASK geregelt seien, welche eine derartige Anforderung nicht enthalte. Überdies stelle jeder Pensionsantrag auch einen Antrag auf Ausgleichszulage dar. Eine Statistik sei daher ohnedies nicht aussagekräftig.

(3) Die folgende Tabelle zeigt für das Jahr 2013, welche (nicht rein maschinell laufenden) Fallcodes der Jahre 2011 bis 2013 einen Ausgleichszulagenbezug aufwiesen:³²

³² Als spezifische Ausgleichszulagenfälle gekennzeichnet waren grundsätzlich jene Fälle, deren Fallcode mit „3“ begann. Eine Ausgleichszulage konnte aber auch als Folge anderer Fallcodes als der spezifisch gekennzeichneten gewährt oder neu bemessen werden oder wegfallen. In diesen Fällen erhob der RH mit den Trägern die Höhe der Ausgleichszulage vor der Erledigung und danach, um festzustellen, ob ein Ausgleichszulagen-Bezug vorlag. Aus dieser Auswertung ergab sich auch, dass die Bezeichnung bzw. Zusammenfassung der Fallcodes nur bedingt aussagekräftig war. Ein „Neuzugang“ konnte z.B. auch eine endgültige Entscheidung über eine bereits vorläufig gewährte Leistung darstellen oder auch die Ablehnung eines Antrags.

**Tabelle 4: Ausgleichszulagenbezogene Fallcodes je 1.000 Ausgleichszulagenbezieher
im Jahr 2013**

	PVA	SVB	Unterschied	Unterschied als Anteil am SVB-Wert
	Anzahl			in %
Entscheidung über „Neuzugang“	273	126	148	118
301 „Neuzugang“	270	109	162	149
davon ohne AZ-Erhöhung	154	67	88	132
davon mit AZ-Erhöhung	116	42	74	176
101 AZ und Pension	3	17	- 14	- 82
„Betreuung“	330	143	187	131
302 „Anweisung“	61	38	23	61
303 „Erhöhung“	83	38	45	118
304 „Herabsetzung“	65	31	34	110
313 „Jahresausgleich“	122	36	86	239
Entscheidung über Wegfall	103	63	40	63
335 „Wegfall AZ“	59	14	45	321
901 „Todesfall“	33	49	- 16	- 33
9912 „Sistierung“	11	0	11	
Sonstige	19	10	9	90
davon 9921 „Neufeststellung“	13	8	5	63
Summe	725	342	384	112
davon als AZ-Fall gekennzeichnet	659	283	377	133

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Rohdaten PVA; Auswertung RH anhand einer Volldatenauswertung

Wie die Tabelle zeigt, hatte die PVA bezogen auf die Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher mehr als doppelt so viele Fallcodes wie die SVB.

(4) Die PVA führte die höhere Anzahl an Fallcodes nicht auf Unterschiede in der Vorgehensweise der PVA bzw. der SVB, sondern auf Eigenschaften ihrer Versicherten zurück. Sie führte aus, dass bei diesen häufiger Änderungen ihrer Lebensumstände eintreten würden (z.B. durch Wechsel von Beschäftigungsverhältnissen) als bei den Versicherten der SVB. Sie seien im Schnitt auch jünger und hätten eher Bezüge zum Ausland als die Versicherten der SVB.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Nach der Prüfung des RH³³ trafen diese Umstände zwar zu, konnten aber höchstens die Hälfte des Unterschieds erklären. Der RH stellte jedoch auch Auffälligkeiten fest, die sich nicht auf die Eigenschaften der Versicherten, sondern auf interne Verwaltungsvorgänge bezogen:

- In einem Fall aus der Stichprobe des RH löste ein Sachbearbeiter am selben Tag für dieselbe Partei sechs unterschiedliche Fallcodes aus.
- Mehrere 1.000 Fallcodes erfolgten für Fälle, bei denen am selben Tag für dieselbe Person mehrere ausgleichszulagenbezogene Fallcodes gebildet wurden.³⁴
- In zwei Fällen erfasste die PVA jeweils über 30 ausgleichszulagenbezogene Fallcodes innerhalb weniger Jahre. Die Eingaben führten in keinem Fall zu einer Änderung der Auszahlung und waren nach der gemeinsamen Einschätzung der PVA und des RH für die Vollziehung nicht notwendig.

15.2 Der RH hob hervor, dass die PVA je Ausgleichszulagenbezieher mehr als doppelt so viele Fallcodes auswies wie die SVB. Er anerkannte, dass ein Teil dieses Unterschieds auf sachliche Gründe – wie z.B. einen höheren Auslandsbezug, häufigere Änderungen in den zugrunde liegenden Lebenssachverhalten (sonstige Einkommen, Familienstand) etc. – zurückzuführen war. Er wies jedoch darauf hin, dass ein nicht unwesentlicher Teil des Unterschieds nicht dadurch erklärlich war. In Verbindung mit seinen Einzelfall-Feststellungen (mehrere Fallcodes für einzelne Sachverhalte, Auslösung von Fallcodes ohne sachliche Notwendigkeit bei der Fallbearbeitung auch nach eigener Einschätzung des Trägers) bzw. seiner Datenauswertung hielt der RH daher die Fallzahl laut Zählung der Fallcodes nur für bedingt aussagekräftig.

Er kritisierte die mangelnde Aussagekraft der Fallcodes als Instrument zur Fallzählung insbesondere deshalb, weil die Fallcodes eine wichtige Grundlage sowohl für die PVA als auch für die SVB für Leistungsberichte, Personalbedarfsplanung und Prüf- und Freigabewesen bildeten, ihnen für diese Verwendungszwecke aber die ausreichende Aussagekraft fehlte.

³³ Der RH führte Regressionsanalysen zwischen den angeführten Ursachen und den Erledigungen durch. Selbst unter Berücksichtigung einer Bandbreite von Methoden lag ihre Erklärungswirkung unter 50 %.

³⁴ Rund 24.000 Durchführungsgründe der Jahre 2011 bis 2013 (rd. 10.000 Personen) bezogen sich bei der PVA auf Fälle, bei denen am selben Tag mehr als ein Durchführungsgrund für dieselbe Person gespeichert wurde. Bei der SVB fielen rd. 2.300 Fälle für rd. 900 Personen an.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, eine Antrags- und Erledigungsstatistik für die Ausgleichszulage einzuführen. Weiters empfahl der RH der PVA, die Ursachen für die vergleichsweise hohe Anzahl von Fallcodes bei der Ausgleichszulage näher zu analysieren.

15.3 *Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde der Empfehlung des RH entsprechen und eine Auswertung sowie Analyse veranlassen. Im Übrigen verwies sie auf die unter TZ 11 angeführten Schwierigkeiten einer entsprechenden Statistik. Da vordringlich der Einsatz des neuen Verwaltungssystems „ZEPTA“ gewährleistet werden müsse, sei eine Umsetzung frühestens im Jahr 2017 realistisch.*

(2) Die SVB teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass es bei der Ausgleichszulage nicht immer einen klaren und direkten Zusammenhang zwischen Antrag und Entscheidung gebe. Da jeder Pensionsantrag auch als Antrag auf Ausgleichszulage gelte, hänge es vom Pensionsantrag mit ab, wann der Ausgleichszulagen-Antrag erledigt werden könne. Weiters habe die SVB auch amtswegig Verfahren zu führen, die gar keinen Antrag aufwiesen. In Zukunft werde jedoch im Verwaltungssystem „ZEPTA“ eine eigenständige Antragserfassung für alle Leistungsteile, so auch für die Ausgleichszulage, vorgesehen sein.

Ressourceneinsatz für
die Verwaltung der
Ausgleichszulage

16.1 (1) Die Pensionsversicherungsträger führten keine eigene Kostenstelle für die Ausgleichszulage. Eine Kostenträgerrechnung existierte ebenfalls nicht. Somit war der Ressourceneinsatz für die Vollziehung der Ausgleichszulage aus der Kostenrechnung nicht direkt erkennbar. Die vom BMG erlassenen Vorschriften für die Kostenrechnung der Sozialversicherungsträger verpflichteten die Pensionsversicherungsträger auch nicht zu entsprechenden Aufzeichnungen.³⁵

(2) Bei seiner Überprüfung des Ressourceneinsatzes³⁶ zur Verwaltung der Ausgleichszulage konnte der RH bei der PVA an interne Unterlagen anknüpfen, die den Anteil der Ausgleichszulage für die relevanten Kostenstellen zeigten. Bei der SVB lagen derartige Berechnungen nicht vor.

(3) Mangels ausgleichszulagenspezifischer Kostenstellen- und Kostenträgerrechnung erhob der RH zunächst die Anzahl der Beschäftigten auf den jeweiligen Kostenstellen, ermittelte den Anteil der Ausgleichszu-

³⁵ Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes (Rechnungsvorschriften RV), 8. Teil

³⁶ Kostenrechnungen der PVA und SVB, Leistungsbericht der SVB, Arbeitskapazität, Dienstpostenpläne der PVA und SVB, Datenauswertungen aus der Verwaltungsapplikation „Dante“

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

lage an deren Tätigkeit auf Basis von gewichteten Fallzahlen und erhob so den Personaleinsatz. Mit demselben Anteil bewertete er anschließend die Kosten.³⁷ Dabei waren zwischen den Ausgangsdaten der Träger wesentliche Unterschiede festzustellen:

- Unabhängig von der Ausgleichszulage standen bei der SVB je Pensionsbezieher mehr Mitarbeiter für die Betreuung der Pensionisten zur Verfügung als bei der PVA: Die Anzahl der je Sachbearbeiter zu betreuenden Pensionisten betrug bei der PVA rd. 4.000 und bei der SVB rd. 1.600.
- Aufgrund von Unterschieden in der Aufbau- und Ablauforganisation waren für die Ausgleichszulage unterschiedliche Kostenstellen maßgeblich und auf diesen unterschiedliche Ressourcen zugeordnet.³⁸
- Wie unter TZ 15 beschrieben, erfasste die PVA mehr als doppelt so viele Fallcodes je Ausgleichszulagenbezieher wie die SVB.³⁹
- Die PVA gewichtete zum Zwecke der internen Steuerung die Ausgleichszulagenfälle mit einem Wert von 43 von 100, wobei 100 dem Aufwand einer Pensionsneuberechnung entsprach. Dieser Wert stammte aus einer Erhebung der tatsächlich benötigten Zeit. Die

³⁷ Den Anteil der Ausgleichszulage am Arbeitsaufwand ermittelte der RH grundsätzlich auf Basis der auf die Ausgleichszulage entfallenden Fallcodes bezogen auf deren Gesamtzahl, wobei er die von den Trägern geführten Gewichtungsfaktoren für die einzelnen Tätigkeiten heranzog. Zur besseren Vergleichbarkeit zog der RH nur Fälle heran, die zu einem Fallcode führten. Andere Tätigkeiten, wie die periodische Aussendung und Überprüfung von Fragebögen, gingen in die Berechnung nicht ein. Für die Kostenstellen „Pensionsersterledigung“ und „Prüfung Pensionsersterledigung“ der SVB zog der RH den Anteil der Pensionen unter dem Richtsatz heran.

³⁸ Die PVA erfasste die Kosten der Ausgleichszulage in den Kostenstellen „Pensionsbetreuung“ und „Prüfung Pensionsbetreuung“. Bei der SVB waren sie auch in den Kostenstellen „Pensionsersterledigung“ (und Prüfung) enthalten. Dies deshalb, da die SVB (die aufgrund der Einhebung von Beiträgen über mehr Informationen über ihre Versicherten verfügte als die PVA) öfter Ausgleichszulagenfälle gemeinsam mit dem Pensionsbescheid erledigte. Weiters war bei der PVA ein größerer Anteil (rd. 17 %) der Mitarbeiter der Kostenstelle „Pensionsbetreuung“ aus anderen Bereichen (Meritorik, Regresse, Exekutionen etc.) zugeordnet. Bei der SVB lag dieser Anteil bei rd. 1 %.

³⁹ Hinsichtlich der Fallzahlen legte die PVA die Anzahl der Fallcodes betreffend die Ausgleichszulage vor. Die SVB legte Werte aus dem Leistungsbericht vor, die letztlich auch auf dieser Quelle beruhten. Der Leistungsbericht stellte die Aktivitäten des Leistungswesens-Pensionsversicherung für Sachbearbeitung, Prüfung und Overhead dar. Er war Grundlage der Entwicklung des fortgeschriebenen Dienstpostenplans (entsprechend der Arbeitsentwicklung und der Arbeitsverteilung auf Regionalbüro-Ebene). Die SVB wies in der Gebarungsprüfung darauf hin, dass ihr Leistungsbericht nicht als Grundlage für eine Kostenträgerrechnung konzipiert war. Besser geeignete Werte zur Ermittlung des Ausgleichszulagen-Ressourceneinsatzes konnte die SVB jedoch nicht vorlegen.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

SVB gewichtete die Ausgleichszulagenfälle mit sieben von zehn⁴⁰ (hier gab der Wert 10 den Aufwand für eine Pensionsneuberechnung wieder). Eine Zeiterhebung lag bei der SVB dazu nicht vor.

- Neben den Mitarbeitern der Pensionsbetreuung befassten sich auch Mitarbeiter im Prüfdienst mit der Ausgleichszulage (siehe TZ 21). Für den Bereich der Prüfung schätzte die PVA den Anteil für den Ausgleichszulagen-Arbeitsaufwand gleich hoch ein wie für den Bereich Betreuung. Die SVB kalkulierte anhand eigener Fallzahlen und Gewichtungen einen fast doppelt so hohen Anteil bei der Prüfung wie bei der Betreuung.

Auf Basis dieser stark abweichenden Parameter ergab sich bei der PVA ein Ausgleichszulagen-Arbeitsanteil von rd. 14,5 % und bei der SVB von rd. 22,4 %.⁴¹

(4) Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der über diesen Anteil ermittelten, mit der Ausgleichszulage befassten Mitarbeiter:

Tabelle 5: Mit Ausgleichszulage befasste Mitarbeiter bei der PVA und der SVB im Jahr 2013		
	PVA	SVB
	Anzahl (in VZÄ ¹)	
Mitarbeiter Ausgleichszulage	115	39
<i>davon</i>		
in Bearbeitungskostenstellen ²	105	32
<i>davon</i>		
Sachbearbeiter Ausgleichszulage	57	24
<i>davon</i>		
in Kostenstellen „Prüfung“	10	8
<i>davon</i>		
Prüfer Ausgleichszulage	8	5

¹ gerundet auf volle VZÄ; Rundungsdifferenzen möglich

² Die Bearbeitungskostenstellen waren die Kostenstellen „Pensionsbetreuung“ (PVA, SVB) bzw. „Ersterledigung“ (SVB).

Quellen: PVA; SVB; Berechnung und Darstellung RH

⁴⁰ Wertklasse 1: geringster Aufwand, Wertklasse 10: höchster Aufwand

⁴¹ SVB: 18,2 % für die „Pensionsersterledigung“ und „Prüfung Pensionsersterledigung“, 20,7 % für die „Pensionsbetreuung“ bzw. 38,6 % für die „Prüfung Pensionsbetreuung“; insgesamt 22,4 %

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Daraus ergab sich folgende zur Bearbeitung bzw. Prüfung der einzelnen Fälle rechnerisch zur Verfügung stehende Zeit:⁴²

Tabelle 6: Rechnerische Bearbeitungszeit im Jahr 2013		
	PVA	SVB
Anzahl Sachbearbeiter Ausgleichszulage (in VZÄ)	57	24
im Jahr 2013 verfügbare Arbeitszeit in Minuten	3,5 Mio.	1,5 Mio.
Anzahl Fälle Sachbearbeiter	117.000	11.000
Minuten pro Fall Sachbearbeiter	30	130
Anzahl Prüfer Ausgleichszulage (in VZÄ)	8	5
im Jahr 2013 verfügbare Arbeitszeit in Minuten	575.000	370.000
Anzahl Fälle Prüfer	85.400	5.200
Minuten pro Fall Prüfer	7	70

Werte gerundet; Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: PVA; SVB; Berechnung und Darstellung RH

Demnach stand den Sachbearbeitern der PVA etwa eine halbe Stunde für die Bearbeitung eines (mit einer Eingabe in der Verwaltungsapplikation abgeschlossenen) Ausgleichszulagen-Falls zur Verfügung, den Sachbearbeitern bei der SVB mehr als zwei Stunden. Die Prüfer der Ausgleichszulage hatten bei der PVA sieben Minuten, bei der SVB 70 Minuten Zeit zur Prüfung eines Falls.

(5) Anhand des Anteils der Ausgleichszulage an allen Tätigkeiten ergaben sich folgende Kosten für die Vollziehung der Ausgleichszulage im Jahr 2013 bei PVA und SVB:

Tabelle 7: Verwaltungskosten der Ausgleichszulage im Jahr 2013		
	PVA	SVB
Gesamtkosten (in Mio. EUR)	12,73	3,90
je Ausgleichszulagenbezieher (in EUR)	74	92
je Fall (in EUR)	108	349

Quellen: PVA; SVB; Darstellung RH

⁴² Hinsichtlich der zur Verfügung stehenden Arbeitszeit zog der RH für die Sachbearbeiter einen von der PVA unabhängig von der Gebarungsüberprüfung ermittelten Wert heran. Die Arbeitszeit, die für die Erledigung der Fallcodes zur Verfügung stand, betrug demnach 60.900 Minuten im Jahr. Für Prüfer, die weniger Zeit im Kontakt mit Parteien bzw. Ermittlungspartnern (z.B. AMS; Hauptverband etc.) verbrachten, nahm der RH im Einvernehmen mit den Trägern einen Wert von rd. 70.000 Minuten an. Hinsichtlich der Fallzahl zog der RH eine Bandbreite zwischen den selbst im Rahmen der Volldatenauswertung ermittelten Ergebnissen und den vom jeweiligen Träger in den angegebenen Quellen berücksichtigten Fällen heran. Dabei ergaben sich Schwankungsbreiten von rd. 10 %, die jedoch am Ergebnis und den gezeigten Unterschieden nichts ändern.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Die Gesamtkosten der Vollziehung der Ausgleichszulage lagen demnach bei der PVA bei 12,73 Mio. EUR, bei der SVB bei 3,90 Mio. EUR. Bezogen auf den Ausgleichszulagenbezieher waren sie bei der SVB mit 92 EUR um 23 % höher als bei der PVA mit 74 EUR. Die Kosten je Fall lagen bei der SVB mit 349 EUR mehr als dreimal so hoch wie bei der PVA mit 108 EUR.⁴³

16.2 (1) Der RH kritisierte, dass die für die Verwaltung der Ausgleichszulage eingesetzten Ressourcen in den Kostenrechnungen der Pensionsversicherungsträger nicht abgebildet waren. Er wies darauf hin, dass es sich um die größte einkommensabhängige Geldleistung im österreichischen Sozialsystem handelte und sah somit ein erhebliches Interesse an den Kosten ihrer Vollziehung. Der Ressourceneinsatz bzw. die zur Bearbeitung und Prüfung vorgesehene Zeit waren nach Ansicht des RH auch wichtige Kenngrößen für die interne Steuerung der Pensionsversicherungsträger.

Der RH empfahl daher dem BMASK, darauf hinzuwirken, dass die Verwaltungskosten der Ausgleichszulage in den Kostenrechnungen der Pensionsversicherungsträger in vergleichbarer Weise ersichtlich sind. Dies könnte z.B. durch die Einführung einer Kostenträgerrechnung erfolgen.

(2) Der RH hob hervor, dass die Gegenüberstellung der aus den bei PVA und SVB verfügbaren Daten erstellten Auswertungen signifikante Unterschiede zeigte:

- Bereits die Zahl der je Sachbearbeiter zu betreuenden Pensionisten lag bei der PVA mehr als doppelt so hoch wie bei der SVB.
- Die Gewichtung des Aufwands für einen Ausgleichszulagen-Fall lag bei der SVB rund doppelt so hoch wie bei der PVA.
- Der von den Trägern angenommene Ausgleichszulagen-Arbeitsanteil lag bei der SVB im Bereich Prüfung doppelt so hoch wie im Bereich Betreuung, bei der PVA gleich hoch.
- Die PVA verzeichnete rund doppelt so viele Fallcodes wie die SVB (siehe TZ 15).

⁴³ Der Unterschied lag hauptsächlich in den Personalkosten begründet; bei den Sachkosten lag die SVB günstiger. Die Personalkosten der SVB (bezogen auf einen Ausgleichszulagenbezieher) lagen mit 56 EUR um 43 % höher als bei der PVA mit 38 EUR. Andererseits wies die SVB mit 5 EUR um 40 % niedrigere Sachkosten je Ausgleichszulagenbezieher auf als die PVA mit 8 EUR.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

- Als Konsequenz dieser unterschiedlichen Inputfaktoren würde rechnerisch die Bearbeitung eines Ausgleichszulagen-Falls bei der SVB rund viermal so lange dauern wie bei der PVA und über zwei Stunden in Anspruch nehmen. Für die Prüfung eines Falls stünden bei der PVA im Schnitt nur sieben Minuten zur Verfügung, bei der SVB rd. 70 Minuten.

Der RH hielt jedoch insbesondere weder die rund doppelt so hohe Anzahl der Fallcodes bei der PVA noch die wesentlich höhere Gewichtung der Ausgleichszulagen-Fälle bei der SVB auf Basis der vorgelegten Unterlagen für überzeugend. Die Höhe der Unterschiede im Ressourcenverbrauch ließ nach Ansicht des RH eine Überprüfung sowohl der zugrunde liegenden Rohdaten (Fallzählung und Arbeitszeitschätzung) als auch der zugrunde liegenden Prozesse (z.B. der Aufgaben der Prüfer und ob diese in sieben Minuten erledigt werden konnten) als zweckmäßig und geboten erscheinen.

Der RH hob hervor, dass die verwendeten Daten – abgesehen von der Auswertung durch den RH aus Anlass der Gebarungsüberprüfung – auch für die Personalbedarfsplanung bzw. das Prüf- und Freigabewesen der Träger eingesetzt wurden. Verlässliche Datengrundlagen waren daher essentiell.

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, kritisch zu hinterfragen, ob die Datengrundlagen (Zählung und Gewichtung der Fälle) ausreichend verlässlich waren und ob die den Mitarbeitern für die Bearbeitung bzw. Prüfung der Ausgleichszulage zur Verfügung stehende Zeit ihren Aufgaben angemessen war. Es wären geeignete Datengrundlagen zur Ermittlung des Aufwands für die Vollziehung der Ausgleichszulage festzulegen.

- 16.3** (1) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, sie evaluiere die erforderlichen Arbeitszeiten in regelmäßigen Abständen (zuletzt im Jahr 2012). Die Anregung des RH, die der Personalbedarfsberechnung zugrunde liegenden Fallcodes zu analysieren, werde aufgenommen.

Zur kurzen Zeit, die für die Prüfung vorgesehen sei, führte die PVA aus, dass die Personalermittlung für das Prüfsegment für mehrere Leistungsbereiche gemeinsam erfolge und nur auf Wunsch des RH für die Ausgleichszulage separat dargestellt worden sei. Die vom RH ermittelten Kennzahlen würden der PVA hinsichtlich Kosten und Produktivität ein äußerst positives Bild attestieren.

Der Aussage des RH, dass keine Kostenträgerrechnung existiere, könne nur insofern beigeprüft werden, als keine diesbezüglichen verbindlichen externen Vorgaben und damit trägerübergreifenden Vergleichsmöglichkeiten bestünden. Im eigenen Bereich werde das Instrument der Kostenträgerrechnung seit Jahren eingesetzt. Mangels zuordenbarer Einzelkosten könne eine Kostenträgerrechnung in der PVA zwar nur dadurch erfolgen, dass auf Kostenstellen gesammelte Kosten auf Kostenträger weiterverrechnet würden. Die Grundlage dafür bildeten maschinell erstellte Leistungsstatistiken. Die einzelnen Fallzahlen würden mit zeitlichen Gewichtungsfaktoren bewertet. Im Ergebnis würden in der PVA ein umfassender Kostenträgerkatalog und somit wichtige Kenngrößen für die interne Steuerung vorliegen. Die verwendeten Datengrundlagen würden gemeinsam mit den Fachbereichen festgelegt, maschinell erfasst und laufend evaluiert. Auf diese Weise sei ein Höchstmaß an Validität der Zahlen gewährleistet. Diese stünden im Gleichklang mit dem als Basis für die Personalbedarfsermittlung herangezogenen Bestand.

Die Forderung des RH nach für externe Stellen verfügbaren, zwischen den Trägern vergleichbaren Daten sei nachvollziehbar, die Umsetzung jedoch nicht im alleinigen Einflussbereich der PVA gelegen. Für den Bereich der in den Rechnungsvorschriften geregelten Kostenstellenstrukturen der Betriebsabrechnungsbögen seien bereits entsprechende Schritte gesetzt worden. Trotzdem bleibe – bedingt durch unterschiedliche Rahmenbedingungen, Praktiken und Auslegungen – stets erheblicher Erklärungsbedarf bestehen. Weiters wäre zu prüfen, ob abseits des aktuellen Prüfgegenstandes auch für weitere Materien eine separate Darstellung angezeigt erscheine.

(2) Laut Stellungnahme der SVB sei in Fällen, in denen die Ausgleichszulage gemeinsam mit einem Pensionsantrag bearbeitet werde, praktisch eine separate Erfassung des Zeitaufwandes nur für die Ausgleichszulagen-Bearbeitung nur sehr schwer möglich bzw. mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand verbunden. Ein „schlüsselmäßiges“ Herausrechnen würde wiederum wenig Aussagekraft besitzen. Die Schaffung einer eigenen Kostenstelle „Ausgleichszulagen-Bearbeitung“ (zusätzlich getrennt in Sachbearbeitung und Prüfung) müsse jedenfalls in den Rechnungsvorschriften verankert werden.

- 16.4** Der RH entgegnete der PVA und der SVB betreffend die Erstellung einer Kostenträgerrechnung, dass er es für die Steuerung der Pensionsversicherungsträger für entscheidend hielt, dass für die wesentlichen Leistungen – zu denen auch die Ausgleichszulage gehörte – der Ressourceneinsatz für die Verwaltung bekannt und auch zwischen den Trägern vergleichbar war. Er nahm zur Kenntnis, dass aufgrund gemeinsamer

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Arbeitsschritte zumindest teilweise eine Berechnung über Schlüssel erforderlich war.

Internes Kontrollsystem (IKS)

Grundsätzliches

- 17.1** (1) Die Verpflichtung der Verwaltung zur Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit (Art. 126b B-VG) beinhaltet auch die Verpflichtung zur Auseinandersetzung mit Risiken und zur Implementierung risikoorientierter Kontrollmechanismen.

Der RH hatte in der Vergangenheit daher mehrfach auf die Bedeutung effektiver interner Kontrollen im öffentlichen Bereich hingewiesen.⁴⁴ Dabei standen u.a. folgende Maßnahmen im Mittelpunkt:

- Implementierung des Vier-Augen-Prinzips: systematische Kontrollen im Arbeitsprozess;
- Schaffung von Transparenz: klare, transparente und schriftliche Regelungen für die Arbeitsabläufe;
- Funktionstrennung: insbesondere Trennung in den Bereichen Beauftragung und Genehmigung, Abrechnung und Verbuchung, Auszahlung und Kontrolle;
- Implementierung des Prinzips der minimalen Rechte: Beschränkung auf Zugriffsberechtigungen (insbesondere bei IT-Systemen), die zur Aufgabenerfüllung unbedingt erforderlich sind.

(2) Im letzten Jahrzehnt sahen gesetzliche Maßnahmen und internationale Standards zunehmend nicht nur traditionelle Kontrollmaßnahmen, sondern systematische, risikoorientierte Methoden („Interne Kontrollsysteme“) vor.⁴⁵ Das am weitesten verbreitete IKS-Modell, das COSO-Modell, zielte neben der Verlässlichkeit der Finanzberichterstattung u.a. auch ausdrücklich auf die wirksame Gestaltung der Tätig-

⁴⁴ siehe z.B. Bericht des RH, „Land Salzburg – Finanzielle Lage“ (Reihe Salzburg 2013/7)

⁴⁵ Im Jahr 2002 führte der Sarbanes-Oxley Act (SOX) einschlägige Verpflichtungen für in den USA börsennotierte Unternehmen ein. Deren Vorstandsvorsitzende und Finanzvorstände mussten schriftlich erklären, dass sie ein IKS eingerichtet hatten, das ihnen alle relevanten Informationen zur Verfügung stellte, und dass sie die Effektivität des IKS überprüft hatten. Sie mussten weiters die Ergebnisse dieser Prüfung im Jahresbericht offenlegen (Sect. 302 des Sarbanes-Oxley Act; http://www.sox-online.com/act_section_302.html); abgerufen am 20. Mai 2015).

keiten sowie die Einhaltung der gesetzlichen Regelungen ab.⁴⁶ Es sah fünf Ebenen vor:

- Kontrollumfeld,
- Risikobeurteilung,
- Kontrollaktivitäten,
- Information und Kommunikation sowie
- Überwachung.

(3) Im Jahr 2006 legte die EU fest, dass Abschlussprüfungen nach bestimmten Standards (z.B. ISA 315) zu erfolgen hatten. Als Eckpunkt dessen hatten Abschlussprüfer ein Verständnis darüber zu erlangen, ob ein IKS bestand, das die wesentlichen Risiken identifizierte und abschätzte.⁴⁷

Im Jahr 2008 übernahm Österreich diese EU-Richtlinie in nationales Recht. Das Aktien- und das GmbH-Recht enthielten Verpflichtungen, ein den Anforderungen des Unternehmens entsprechendes IKS einzurichten.⁴⁸ Unter bestimmten Voraussetzungen war zur Überwachung der Wirksamkeit des IKS ein Prüfungsausschuss (des Aufsichtsrats) einzurichten. Auch im Haushaltsrecht des Bundes bestand eine Verpflichtung zur Einrichtung und Führung eines IKS.⁴⁹

(4) Eine ausdrückliche gesetzliche Regelung über IKS bei Sozialversicherungsträgern existierte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht. Es bestand weder eine – über die allgemeine Verpflichtung zur Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit hinausgehende – Verpflichtung zur Einführung noch eine Regelung zur konkreten Ausgestaltung. Das Gebarungsvolumen der Sozialversicherung wird 2014 voraussichtlich rd. 56,553 Mrd. EUR betragen.

17.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass bisher keine Verpflichtung zur Einführung eines IKS für Sozialversicherungsträger existierte und eine konkrete Ausgestaltung des IKS für einen Selbstverwaltungskörper noch nicht konzipiert war.

⁴⁶ Das COSO-Modell wurde im Jahr 1992 durch ein US-amerikanisches Expertengremium veröffentlicht und zuletzt im Jahr 2013 aktualisiert.

⁴⁷ Insoweit griffen diese Prüfungsstandards und somit indirekt die EU-Richtlinie Elemente des COSO-Frameworks auf. Die Richtlinie führte weiters aus, dass ein IKS dazu beitragen konnte, betriebliche und finanzielle Risiken zu minimieren sowie das Risiko, gegen Vorschriften zu verstoßen, zu begrenzen.

⁴⁸ § 82 AktG, § 22 Abs. 1 GmbHG

⁴⁹ § 9 BHG 2013, §§ 2 und 20 BHV. Seit der Haushaltsrechtsreform 2013 war der Bundesrechnungsabschluss unter Berücksichtigung der genannten Prüfgrundsätze zum IKS zu prüfen.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Für die Gestaltung eines derartigen Kontrollsystems wären nach Ansicht des RH die Besonderheiten der gesetzlichen Pensionsversicherung („Kontrollumfeld“) zu berücksichtigen.

- Ein wesentlicher Teil ihrer Aufgaben, darunter auch die Abwicklung der Ausgleichszulagen, stellte eine hoheitliche Vollziehung der Gesetze dar.
- Dementsprechend stand den Betroffenen bei für sie ungünstigen Entscheidungen ein Rechtsschutzinstrumentarium zur Verfügung.
- Die gesetzliche Pensionsversicherung war aus öffentlichen Mitteln finanziert, und zwar einerseits aus Beiträgen der Dienstnehmer und Dienstgeber, andererseits gemäß § 80 ASVG aus einem Bundesbeitrag.
- Die Pensionsversicherungsträger waren als Selbstverwaltungskörper organisiert, d.h., es bestand kein direkter Weisungszusammenhang mit einem Bundesminister, aber eine eigene Vertretung der Versicherten in den Entscheidungsgremien der Pensionsversicherungsträger.

Der RH empfahl daher dem BMASK, auf die Schaffung einer Regelung für ein IKS in der Pensionsversicherung hinzuwirken. Er empfahl der PVA und der SVB, ein IKS im Sinne der sich entwickelnden internationalen Standards aufzubauen.

17.3 *(1) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, sie könne die Überlegungen des RH, dass für den Aufbau eines IKS nach den strategischen Vorgaben des Vorstandes Ziele und Risiken im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage auszuarbeiten wären und deren Erreichung bzw. Vermeidung zu kontrollieren wäre, grundsätzlich nachvollziehen. Die Ausführungen des RH darüber, wie ein derartiges IKS aufgebaut werden sollte (COSO-Modell), entsprächen den internationalen Standards. Die PVA verwies allerdings darauf, dass bisher keine Verpflichtung zur Einführung eines IKS für Sozialversicherungsträger existiere.*

Wenn die PVA auch kein standardisiertes IKS im Bereich der Ausgleichszulage eingerichtet habe, verfüge sie doch über eine Reihe von internen Kontroll- bzw. Überwachungsmechanismen (Vier-Augen-Prinzip, funktionsbezogene Aufgabenerfüllung, nachträgliche Kontrolle usw.) und habe zahlreiche Rechtsvorschriften (z.B. Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und beim Hauptverband – Rechnungsvorschriften) zu



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

beachten, die eine ordnungsgemäße Vollziehung (im Bereich der Ausgleichszulage) sicherstellten.

Dennoch werde das bestehende Prüf- und Freigabewesen im Laufe des nächsten Jahres im Hinblick auf die sich durch das neue Verwaltungssystem „ZEPTA“ ergebenden Neuerungen einer Überarbeitung zu unterziehen sein. Ein IKS könne jedenfalls nicht für die Ausgleichszulage alleine eingeführt werden. Es müsse ein durchgängiges umfassendes System für alle Geschäftsfälle mit finanzieller Auswirkung geschaffen werden.

(2) Die SVB verwies in ihrer Stellungnahme darauf, dass sie als ersten konkreten Schritt eine Erhebung des bestehenden IKS in drei großen Bereichen veranlasst habe – u.a. auch im Leistungsbereich der Pensionsversicherung. Über das Ergebnis werde es einen entsprechenden Bericht an den Vorstand geben. Weiters sei die Revision beauftragt worden, in ausgewählten weiteren Bereichen den jeweiligen Ist-Zustand des IKS zu erheben, diesbezügliche Mängel aufzuzeigen und allfällige Anpassungen vorzuschlagen.

(3) Das BMASK teilte in seiner Stellungnahme mit, es werde auch diese Frage im Rahmen des im Hauptverband eingerichteten diesbezüglich koordinierenden Arbeitskreises Pensionsversicherung zur Sprache bringen.

- 17.4** Der RH präzisierte zunächst, dass er – wie die PVA – ein IKS für die gesamte Organisation für zielführend hielt, im Zuge der gegenständlichen Prüfung jedoch aufgrund des beschränkten Prüfungsgegenstandes nur hinsichtlich der Ausgleichszulage eine Aussage getroffen hatte.

Er begrüßte die Zusage der PVA, im Rahmen der Neugestaltung der EDV im Projekt „ZEPTA“ die bestehende Kontrollsystematik einer Überarbeitung zu unterziehen und die Zusage der SVB, eine Erhebung des bestehenden IKS durchzuführen. Er hielt dennoch eine gesetzliche Regelung und einen systematischen Zugang zum IKS (über die Neugestaltung der EDV bzw. bestimmter Geschäftsprozesse hinaus) für erforderlich und wies insbesondere auf die Definition der wesentlichen Risiken und die Festlegung der Verantwortlichkeiten auch in der Führung hin. Der RH hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Aufbauorganisation, Funktionstrennung und Beteiligung der Geschäftsführung am IKS

18.1 (1) Sowohl die PVA als auch die SVB waren als Selbstverwaltungskörper organisiert, bei denen grundsätzlich der Vorstand, der sich aus Versicherungsvertretern zusammensetzte, das geschäftsführende Organ war (§ 434 ASVG). Der Vorstand konnte – unbeschadet seiner Verantwortung – bestimmte Bereiche der Vollziehung an Ausschüsse (z.B. Leistungsausschüsse) oder an Mitarbeiter („ein Büro“) delegieren. Zur Überwachung der Gebarung war die ebenfalls aus Versicherungsvertretern zusammengesetzte Kontrollversammlung berufen (§ 436 ASVG).

(2) Sowohl in der PVA als auch in der SVB hatte der Vorstand die Vollziehung der Ausgleichszulagen grundsätzlich vollständig an das Büro delegiert.⁵⁰ Die Leistungsausschüsse befassten sich nur in Ausnahmefällen mit Themen, die direkte Auswirkung auf Ausgleichszulagen-Entscheidungen haben konnten (insbesondere bei Anerkennung uneinbringlicher Unterhaltsansprüche).⁵¹

(3) Innerhalb des Büros waren bei der PVA unter der Führung eines Generaldirektor-Stellvertreters mehrere Bereiche für die Vollziehung der Ausgleichszulage zuständig: Einerseits verantworteten die Landesstellendirektoren die operative Durchführung, andererseits machte die Hauptstelle dazu grundsätzliche Vorgaben. Diese Aufgabe war wiederum zweigeteilt: Ein Bereich klärte grundsätzliche Rechtsfragen, ein anderer Bereich erarbeitete Arbeitsanleitungen zur praktischen Umsetzung im Massenverfahren.

In den Landesstellen waren einerseits Abteilungen eingesetzt, in denen Sachbearbeiter die einzelnen Fälle bearbeiteten. Andererseits gab es Abteilungen, in denen Prüfer eine Kontrolle der Erledigungen durchführten.

Die SVB war im Gegensatz zur PVA ein „Mehrspartenträger“, d.h., sie vollzog nicht nur Aufgaben der Pensionsversicherung, sondern auch der Unfall- und Krankenversicherung. Die gesamte „Sparte“ der Pensionsversicherung war einem Direktor und einem Abteilungsleiter zugeordnet. Diesem war in jedem Regionalbüro ein Bereichsleiter unterge-

⁵⁰ Im Unterschied zu der in Landesstellen organisierten PVA war die SVB eine zentrale Organisation, d.h., die Regionalstellen hatten keine eigenen Selbstverwaltungsgremien. Dies spielte jedoch aufgrund der umfassenden Delegation an das Büro keine praktische Rolle.

⁵¹ Die Leistungsausschüsse befassten sich mit dem Verzicht auf nicht einbringliche Unterhaltsansprüche (56 Fälle im Jahr 2013), Abschreibung von Überzahlung (38 Fälle) und Verzicht bei Überzahlungen (zwei Fälle). Ob diese Fälle sich auf Konstellationen der Ausgleichszulage bezogen, war nicht auswertbar.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung



Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

ordnet, unter dessen Verantwortung die Sachbearbeiter und Prüfer die Vollziehung der Ausgleichszulage erledigten.

(4) Sowohl bei der PVA als auch bei der SVB waren die Buchhaltung bzw. Auszahlung und die Sachentscheidung über die Ausgleichszulagen-Gewährung organisatorisch getrennt.

(5) Weder bei der PVA noch bei der SVB waren der Vorstand oder die Kontrollversammlung in die Gestaltung oder Prüfung der internen Kontrollen betreffend die Agenden der Ausgleichszulage maßgeblich involviert. Sie genehmigten zwar die Jahresabschlüsse bzw. die Abrechnung des Bundesbeitrags mit dem BMASK und trugen somit die Verantwortung für deren Richtigkeit. Eine inhaltliche Befassung mit der Festlegung der Prüfschritte (z.B. die Festlegung der Prüfprozentsätze) bzw. mit der Evaluierung von deren Effektivität (z.B. im Hinblick auf die einschlägigen Berichte der Innenrevision, siehe TZ 22) war jedoch in den Protokollen der jeweiligen Gremien nicht nachvollziehbar. Auf Nachfrage des RH erklärten die PVA bzw. die SVB, kein Vorstands- oder Kontrollversammlungsprotokoll im Prüfungszeitraum würde (über die Erwähnung im Rechnungsabschluss oder Statistiken hinaus) Ausführungen über die Ausgleichszulage enthalten.

18.2 Der RH beurteilte die Aufbauorganisation beider Träger als grundsätzlich geeignet, eine korrekte Vollziehung der Ausgleichszulage sicherzustellen, und verwies diesbezüglich auf die Funktionstrennung zwischen Sachbearbeitung und Prüfung sowie auf die Trennung der Sachentscheidung von der Verbuchung bzw. Auszahlung.

Er wies jedoch auch darauf hin, dass weder der Vorstand noch die Kontrollversammlung in Agenden der Ausgleichszulagen eingebunden und die Ergebnisse der internen Kontrollen (z.B. Prüfquoten, Fehlerquoten, Effektivität der Prüfungen etc.) zwar innerhalb des Büros, aber nicht im Vorstand bzw. der Kontrollversammlung behandelt wurden.

Im Hinblick auf die in TZ 14 genannten gesetzlichen Regelungen und das hohe Gebarungsvolumen der Sozialversicherung (über 56 Mrd. EUR im Jahr 2014) erachtete der RH es auch für Sozialversicherungsträger als notwendig, den Vorstand bzw. die Kontrollversammlung regelmäßig mit der Gestaltung des IKS und der Überprüfung von dessen Effektivität zu befassen. Der Vorstand hätte insbesondere die Aufgabe, bei der Definition der Organisationsziele und -risiken und der Kontrolle der Wirksamkeit des IKS strategische Vorgaben zu machen.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, die Maßnahmen der internen Kontrolle bei der Vollziehung der Ausgleichszulage, insbesondere die Definition der strategischen Risiken und die Effektivität der Kontrollmaßnahmen, verstärkt auch in den Selbstverwaltungsgremien zu besprechen.

18.3 *Die PVA und die SVB trafen in ihren Stellungnahmen, unter einem mit der Stellungnahme zu TZ 17, Aussagen betreffend die grundsätzliche Weiterentwicklung des IKS.*

18.4 Der RH hielt, wie schon in TZ 17 begründet, eine gesetzliche Regelung und einen systematischen Zugang zum IKS für erforderlich. Er hielt an seiner Empfehlung fest.

Ablauforganisation und Grundsatz der Transparenz

19.1 (1) Nach dem IKS-Grundsatz der Transparenz sollten die Geschäftsprozesse klar festgelegt und dokumentiert sein. Sowohl die PVA als auch die SVB hatten umfangreiche Arbeitsanleitungen erarbeitet, die für die Sachbearbeiter zusammenfassten, wie die Sachverhalte mit Bezug zur Ausgleichszulage zu beurteilen waren. Die PVA hatte darüber hinaus Entscheidungssammlungen bereitgestellt.⁵²

Eine Workflow-Lösung, die die Sachbearbeiter Schritt für Schritt durch die erforderlichen Erhebungen führte, war bei der PVA und der SVB weder in den Schulungsunterlagen noch in den Arbeitsanweisungen oder in der EDV vorgesehen.

Obwohl die Bearbeitung der Ausgleichszulage in der „Prozesslandkarte“ der PVA als ein Hauptprozess enthalten war, existierte keine weitergehende Prozess-Beschreibung. Elemente der Ausgleichszulage waren in zahlreichen anderen Prozess-Elementen enthalten.⁵³ Die SVB verfügte über keine entsprechende Prozesslandkarte.

(2) Die Bearbeitung der einzelnen Fälle war stark an der für die Auszahlung maßgeblichen EDV-Lösung „Dante“ orientiert.

⁵² Während die PVA in ihrer Ausbildungsphase für Pensionssachbearbeiter mehrere Theorie-Module mit spezifischen Inhalten zur Ausgleichszulage vorsah, erfolgte die Ausbildung in der SVB überwiegend im Rahmen der Arbeit an Einzelakten.

⁵³ Bei insgesamt 17 Prozessen in der PVA-Prozessbeschreibung waren entsprechende Elemente vorhanden.

In der Bearbeitung von Einzelfällen hatten die Sachbearbeiter anhand der eingelangten Schriftstücke (z.B. Pensionsanträge oder Anträge auf Ausgleichszulage) zu entscheiden, welche Erhebungen erforderlich waren, diese durchzuführen und die Ergebnisse dann in unterschiedlichen EDV-Masken einzutragen. Die Berechnung der gebührenden Ausgleichszulage erfolgte dann in der Regel durch die EDV-Lösung.

Um eine Einzelfallentscheidung nachvollziehen zu können, waren mindestens drei Quellen erforderlich:

- Originalbelege (z.B. unterfertigte Anträge oder Meldungen der Leistungsberechtigten bzw. Antragsteller) waren in Papierakten gesammelt. Die Akten enthielten auch Ausdrucke von sogenannten Änderungsverläufen, die anzeigten, dass eine Änderung der gespeicherten Daten erfolgt war.
- Elektronisch generierte Erledigungen und Berechnungsblätter waren grundsätzlich in einem elektronischen Archiv („Doxis“) gespeichert.
- Die konkrete Höhe der tatsächlichen Auszahlungen und die dafür maßgeblichen Eingaben waren in der Verwaltungsapplikation „Dante“ ersichtlich. Das Programm enthielt zahlreiche Eingabe- und Abfragemasken und erforderte detaillierte Spezialkenntnisse, um die gewünschten Informationen ablesen zu können.

(3) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung erfolgte die Aktenverfolgung bzw. Dokumentation der Aktenwege über ein zugekauftes System (Doxis), bei dem umfassende Auswertungen ohne Zusatzaufwand (Entgelt an den Anbieter) nicht möglich waren. Wenn Sachbearbeiter für einzelne Vorgänge Unterlagen aus dem Akt entnehmen, separat bearbeiteten und danach dem Akt wieder anschlossen, war die Dokumentation dieser Bearbeitungsvorgänge im Nachhinein nicht vollständig gegeben. Grundsätzlich erfolgten Eingaben in der EDV erst, wenn (Teil-)Erhebungen abgeschlossen waren. Welche Erhebungsschritte im Einzelnen erfolgt waren, war in der EDV nicht abgebildet und daher auch nicht auswertbar.⁵⁴

⁵⁴ Zusätzlich zur Verwaltungsapplikation „Dante“ stand ein Aktenverfolgungssystem zur Verfügung. Dieses zeigte im Einzelfall, welche Personen bzw. Abteilungen einen Akt zu welchem Zeitpunkt bearbeitet hatten. Für Erledigungen, für die nur einzelne Aktenstücke erforderlich waren, konnten aber Unterakten gebildet und nach Erledigung wieder aufgelöst werden. In diesem Fall wurden auch die Einträge im Aktenverfolgungssystem gelöscht. Systematische Auswertungen (z.B. über „typische“ Aktenwege, Bearbeitungsdauern etc.) erfolgten nicht.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

- 19.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass durch das derzeitige Fehlen einer workflow-orientierten Arbeitsbeschreibung und auswertbarer Prozessdokumentationen eine Kontrolle nur durch Nachvollziehen des gesamten Entscheidungsprozesses im Einzelfall erfolgen konnte (zu den diesbezüglichen Bemühungen siehe TZ 25). Die Nachvollziehbarkeit war – insbesondere für externe Überprüfungen – durch die Dokumentation in unterschiedlichen Medien (Papierakten, einem elektronischen Archivierungssystem und einer an der Zahlung orientierten Applikation) erschwert.
- 19.3** *Die PVA und die SVB trafen in ihren Stellungnahmen, unter einem mit der Stellungnahme zu TZ 17, Aussagen betreffend die grundsätzliche Weiterentwicklung des IKS.*
- 19.4** Der RH hielt, wie schon in TZ 17 begründet, eine gesetzliche Regelung und einen systematischen Zugang zum IKS für erforderlich.

Risikoeinschätzung

- 20.1** Die beiden Sozialversicherungsträger PVA und SVB konnten dem RH, trotz mehrfacher Aufforderung, keine umfassende Zieldokumentation oder Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage vorlegen. Sie übermittelten lediglich eine allgemeine Beschreibung von Betriebsrisiken (z.B. EDV-Ausfälle, Katastrophenfälle etc). Aus den unter TZ 21 beschriebenen Kontrollmaßnahmen ergaben sich implizit Rückschlüsse auf die wahrgenommenen Risiken (z.B. beschloss die PVA für Ablehnungen eine Prüfquote von 1 %, für Gewährungen von 25 %; siehe TZ 21, 22). Eine Ex-ante-Definition fehlte.
- 20.2** (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass weder die PVA noch die SVB eine Zieldokumentation oder Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage vorlegen konnte. Nach den sich entwickelnden internationalen Standards (TZ 17) wäre eine solche Risikoeinschätzung Grundlage des IKS.

Der RH empfahl der PVA und der SVB daher, Ziele und Risiken im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage auszuarbeiten sowie deren Erreichung bzw. Vermeidung zu kontrollieren. Er wies darauf hin, dass die internationalen Standards für IKS die Verantwortung für die Ziel- und Risikodefinition unmittelbar beim Vorstand ansiedelten.

(2) Der RH wies darauf hin, dass unterschiedliche strategische Ziel- und Risikosichten denkbar waren, z.B.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung



Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

- eine Orientierung an der Vermeidung ungerechtfertigter Auszahlungen oder an der Nichterreichung von Sozialschutzziele bzw.
- eine Orientierung am Akteninhalt (Risiko: aktenwidrige Bescheide) oder an der Wirklichkeit (Risiko: Akteninhalt entspricht nicht der Wirklichkeit).

Je nachdem wären die Kontrollmechanismen unterschiedlich zu gestalten.

Eine analytische Auswertung von operativen Risiken (z.B. Mehrbezüge, Fehler in der Vergangenheit) könnte zusätzlich eine Grundlage für die Risikoeinschätzung und Gestaltung der Prüfparameter bilden.

20.3 Die PVA und die SVB trafen in ihren Stellungnahmen, unter einem mit der Stellungnahme zu TZ 17, Aussagen betreffend die grundsätzliche Weiterentwicklung des IKS.

20.4 Der RH hielt, wie schon in TZ 17 begründet, eine gesetzliche Regelung und einen systematischen Zugang zum IKS für erforderlich. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Prüf- und Freigabekonzept („Vier-Augen-Prinzip“)

21.1 (1) Sowohl die PVA als auch die SVB hatten ein Prüf- bzw. Freigabekonzept, das regelte, ob und in welchen Fällen das Vier-Augen-Prinzip für Erledigungen galt.

Bei beiden Pensionsversicherungsträgern konnten Ausgleichszulagen-Erledigungen prüffrei oder durch einen Prüfer prüfpflichtig sein. In Abhängigkeit von der Art der Eingabe der Sachbearbeiter in die Verwaltungsapplikation („Fallcode“, TZ 15), von der Bewertung der Sachbearbeiter durch die jeweiligen Vorgesetzten und der finanziellen Auswirkung der Eingabe legten die Träger (auf unterschiedliche Weise) fest, welcher Prozentsatz der Erledigungen prüfpflichtig war. Auf dieser Basis stellte nach Abschluss der Eingabe durch den Sachbearbeiter ein Zufallsgenerator in der Verwaltungsapplikation für den Einzelfall fest, ob eine Prüfung zu erfolgen hatte.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

(2) Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung des Anteils der geprüften Ausgleichszulagen-Erledigungen (Prüfquoten) im Zeitraum 2011 bis 2013.⁵⁵

Tabelle 8: Prüfquoten im Vergleich zwischen PVA und SVB			
	PVA	SVB	Abweichung
	Prüfquote in %		in %
nach Fallzahl	73	49	+ 50
nach Veränderung der monatlichen AZ-Auszahlung	65	52	+ 25
nach Anweisungsvolumen (inkl. Nachzahlungen)	81	65	+ 24

Quellen: PVA; SVB; Darstellung RH

Die Tabelle zeigt, dass die PVA rund drei Viertel (73 %), die SVB rund die Hälfte (49 %) der Fälle prüfte. Die Prüfquote der PVA war somit um rd. 50 % höher als bei der SVB.

Auf Basis der Veränderung der monatlichen Auszahlungen bzw. des „Anweisungsvolumens“ (d.h. der aufgrund der Erledigung im Folge-monat ausbezahlten Beträge, z.B. Nachzahlungen) unterschieden sich die Prüfquoten nur etwa halb so stark.

(3) Die Prüfer stellten bei der PVA im Prüfungszeitraum in rd. 11 % der geprüften Fälle Fehler fest, bei der SVB in rd. 22 %. Die Quote der so entdeckten Fehler war somit bei der SVB rund doppelt so hoch wie bei der PVA.

Weder die PVA noch die SVB erfassten die von den Prüfern entdeckten Fehler so, dass sich erkennen ließ, ob sich ein Fehler finanziell ausgewirkt hatte,⁵⁶ ob dies zugunsten oder zu Lasten des Betroffenen erfolgt war, welcher Betrag betroffen war oder ob ein Fehler systemrelevant oder nur im Einzelfall relevant war.

⁵⁵ Die Prüfquote bezog sich auf jene Fallcodes, die einen direkten Bezug auf die Ausgleichszulage aufwiesen oder eine Veränderung im Dauerschick-AZ auslösten. Nicht aufgenommen waren die Jahresausgleiche (aufgrund des hohen maschinellen Anteils) und rein automatische Abläufe wie z.B. Pensionsanpassungen.

⁵⁶ In der PVA erfolgte die Kennzeichnung durch zweistellige Fehlerkategorien. Die erste Stelle der Fehlerkategorie gab die Durchführungskategorie an (also z.B. Ausgleichszulage), die zweite Stelle die Fehlerart. Dafür standen grundsätzlich 26 Möglichkeiten zur Verfügung (z.B. „Schriftverkehr“, „AZ-Richtsatz“). Die SVB verwendete einstellige Fehlerkategorien. Bei der SVB waren sieben Fehler mit (möglicher) materieller, buchhalterischer, temporaler und anweisungstechnischer bzw. statistischer Auswirkung sowie formale Fehler und Fehler bei Pflichteingaben definiert. Tatsächlich wurde mit ganz wenigen Ausnahmen nur zwischen Fehlern und fehlerfreien Fällen unterschieden. Im Ergebnis konnte im Prüfungszeitraum damit nur zwischen fehlerhaften und nicht fehlerhaften Fällen unterschieden werden.

Eine Zielvorgabe zur Fehlerquote existierte bei beiden Trägern nicht. Mündlich erläuterten die Träger dem RH, dass die Auswertungen regelmäßig beobachtet und starke Erhöhungen der Fehlerquoten zu Gegenmaßnahmen führen würden.

Eine Kosten-Nutzen-Rechnung, die die Kosten der Prüfabteilungen dem monetären oder sonstigen Nutzen der Prüfergebnisse gegenüberstellte, konnten die Pensionsversicherungsträger dem RH nicht vorlegen.

(4) Die Aufgabe der Prüfer war gemäß Dienstordnung (§ 37d Abs. 2 Z 8) die eigenverantwortliche Überprüfung der Arbeit des Sachbearbeiters auf sachliche und rechnerische Richtigkeit. Die PVA hatte dies in ihrer „Arbeitsanleitung Prüf- und Freigabesystem“ präzisiert: Der Prüfbereich hatte die Eingaben auf Vollständigkeit und die resultierenden Zahlungen bzw. Schriftstücke auf Plausibilität zu überprüfen. Wie unter TZ 16 beschrieben, stand zumindest nach den Aufzeichnungen der Pensionsversicherungsträger den Prüfern der PVA wesentlich weniger Zeit für eine Prüfung zur Verfügung als den Prüfern der SVB.

(5) Die Arbeit der Prüfer unterlag einer weiteren Kontrollebene. Bei der PVA waren Fachreferenten im Prüfbereich vorgesehen, deren Aufgaben u.a. die Vereinheitlichung der Prüfpraxis (inhaltlich und das Verfahren betreffend) bzw. die stichprobenartige, monatliche Kontrolle der Fehlerschlüsseldokumentation umfasste. Bei der SVB war im Zufalls-generator vorgesehen, dass Ausgleichszulage-Erledigungen unabhängig von einer Prüfpflicht mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit durch einen Vorgesetzten zu kontrollieren waren („Genehmigungspflicht“).

(6) Teilweise war das Vier-Augen-Prinzip durch weitere Mechanismen sichergestellt:

- So hatten die Sachbearbeiter beider Träger in bestimmten Fällen bereits im Rahmen der Erledigung die Zustimmung eines Vorgesetzten einzuholen (z.B. bei Abschluss von Ratenvereinbarungen).
- In besonderen Fällen (z.B. Rück- bzw. Nachzahlungen ab einer bestimmten Höhe) war die Zustimmung des Leistungsausschusses erforderlich.⁵⁷

⁵⁷ Bei der PVA betraf dies z.B. den Verzicht auf Rückforderungen, Abschreibungen von Rückforderungen (in einer bestimmten Höhe) und Entscheidung über Unterhaltsansprüche, wenn darüber lediglich eine Erklärung vorlag oder die Aussichtslosigkeit einer Verfolgung angenommen wurde. Im Jahr 2013 lagen rd. 100 derartige Entscheidungen vor (die allerdings nicht nur die Ausgleichszulage betrafen).

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

- In bestimmten Bereichen (z.B. bei der Bearbeitung der Antworten auf Routinefragebögen⁵⁸) war ein zusätzliches Vier-Augen-Prinzip vorgesehen (wobei nicht unbedingt Prüfer, sondern gegebenenfalls andere Sachbearbeiter oder Gruppenleiter eingesetzt wurden).
- Weiters konnten Vorgesetzte, z.B. Gruppenleiter, einzelnen Mitarbeitern die Vorlage aller oder bestimmter Arten von (prüffreien) Erledigungen anordnen. Einzelne derartige Korrekturen waren aus den dem RH vorgelegten Akten ersichtlich.⁵⁹

Die Häufigkeit dieser Kontrollen bzw. deren Ergebnisse waren nicht auswertbar dokumentiert.

- 21.2** (1) Der RH anerkannte ausdrücklich, dass die PVA und die SVB ein umfassendes Konzept zur Prüf- und Freigabelogik entwickelt hatten.

Er wies darauf hin, dass bei der Umsetzung des Vier-Augen-Prinzips große Unterschiede zwischen der PVA und der SVB bestanden. Dies betraf insbesondere die Frage, welche und wie viele Fälle geprüft wurden, wer diese Prüfung durchführte und welchen Auftrag bzw. welche Ressourcen die Prüfer hatten.

Während die PVA eine höhere Anzahl an Erledigungen einer Prüfpflicht unterwarf als die SVB, räumte diese den Prüfern nach den Aufzeichnungen der jeweiligen Träger mehr Zeit für die Prüfung ein. Der RH verwies diesbezüglich jedoch auf seine Bedenken zur Aussagekraft dieser Aufzeichnungen (siehe TZ 15).

Während die SVB eine um 50 % geringere Prüfquote nach Fällen hatte, erfasste sie mit dieser nur um 25 % weniger Gebarungsvolumen. Der RH erachtete es als sinnvoll, verstärkt das Element des betroffenen Volumens in die Automatik des Zufallsgenerators zu implementieren. Andererseits hob der RH kritisch hervor, dass die SVB trotz rund doppelt so hoher Fehlerquote laut Prüfstatistik nur halb so viele Fälle (nach Fallzahlen) einer Prüfung unterzog wie die PVA.

⁵⁸ Alle drei Jahre war nach § 298 ASVG vom Pensionsversicherungsträger jeder Ausgleichszulagenbezieher zu einer Meldung seines Nettoeinkommens und seiner Unterhaltsansprüche sowie aller Umstände, die für die Höhe des Richtsatzes maßgebend waren, zu verhalten. Bei Einlangen dieser Fragebögen erfolgte nicht grundsätzlich eine Eingabe in die Verwaltungsapplikation, die den Prüfgenerator in Gang setzte. Eine große Zahl von Meldungen gab nämlich an, dass keine Änderungen eingetreten waren. Bei der Bearbeitung dieser Fragebögen war ein besonderes Vier-Augen-Prinzip vorgesehen.

⁵⁹ Zum Beispiel erfolgte in einem Fall nach einer prüffreien Erledigung eine weitere, anderslautende Erledigung (eine rückwirkende Gewährung der Ausgleichszulage für einen längeren Zeitraum als zunächst vorgesehen) nur drei Tage später ohne weitere neue Meldung. Dies wurde dem RH damit erklärt, dass der Akt vor Ablage vom Gruppenleiter eingesehen worden sei und dieser eine entsprechende Korrektur angeordnet habe.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung



Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Der RH kritisierte weiters, dass der Einsatz bzw. die Ergebnisse der zusätzlichen Kontrollaktivitäten (z.B. der Überwachung der Mitarbeiter nach dem Ermessen der jeweiligen Vorgesetzten) nicht auswertbar dokumentiert waren. Insofern war ein schlüssiger Vergleich, bei welchem Anteil von Fällen die Träger ein Vier-Augen-Prinzip durchführten, nicht möglich. Der RH kritisierte auch, dass es keine Kosten-Nutzen-Rechnung der unterschiedlichen Kontrollmechanismen gab.

(2) Der RH stellte kritisch fest, dass bei der Fehlerquote ein großer Unterschied zwischen der PVA und der SVB bestand. Er wies kritisch darauf hin, dass die Fehlerquote der SVB bezogen auf die geprüften Fälle rund doppelt so hoch war wie jene der PVA.

Er hob auch kritisch hervor, dass die Fehlerquoten von 11 % bzw. 21 % nicht unbedeutend waren. Er wies darauf hin, dass die PVA rd. 25 % der Fälle bzw. die SVB rd. 50 % der Fälle keiner Prüfung unterzog. Der RH kritisierte in diesem Zusammenhang, dass weder die PVA noch die SVB eine finanzielle Bewertung der festgestellten Fehler vornahm bzw. bewertete, ob festgestellte Fehler systemrelevant waren oder auf Einzelfälle beschränkt waren. Dies erschwerte eine inhaltliche Bewertung der Fehlerquoten.

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, eine Fehlerbewertung hinsichtlich der finanziellen Risiken der Fehler einzuführen. Er empfahl weiters der SVB, zu überprüfen, warum ihre Fehlerquote rund doppelt so hoch lag wie jene der PVA.

21.3 (1) Die PVA und die SVB trafen in ihren Stellungnahmen, unter einem mit der Stellungnahme zu TZ 17, Aussagen betreffend die grundsätzliche Weiterentwicklung des IKS.

(2) Zudem teilte die SVB in ihrer Stellungnahme mit, dass hinsichtlich der unterschiedlichen Fehlerquoten eine entsprechende Begründung nur bei detaillierter Kenntnis beider Systeme möglich wäre. Jedenfalls werde in der SVB bei der Fehlerquote derzeit nicht nach der Art des Fehlers unterschieden, so dass auch Formal- und Bagatelldfehler die Quote massiv erhöhten. Künftig sei hierzu die Implementierung eines Systems der Fehlerkategorisierung geplant.

21.4 Der RH hielt, wie schon in TZ 17 begründet, eine gesetzliche Regelung und einen systematischen Zugang zum IKS für erforderlich. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Effektivität der Kontrollen

- 22.1** (1) Bei der PVA prüfte die Interne Revision in den Jahren 2006 und 2008 Angelegenheiten der Ausgleichszulage, bei der SVB in den Jahren 2006 und 2012.

Die Interne Revision der PVA stellte im Jahr 2006 fest, dass rd. 13 % der prüffreien Fälle und rd. 11 % der geprüften Fälle fehlerhaft waren. Sie merkte dazu an, dass „keine gravierenden Fehlerquoten“ festgestellt werden konnten. Eine Einschätzung der finanziellen Auswirkungen der Fehler war im Bericht der PVA nicht enthalten.

Die Interne Revision der SVB stellte im Jahr 2006 fest, dass 11 % der prüffreien Fälle fehlerhaft waren. Es waren weiters 9 % der geprüften Fälle auch nach ihrer Prüfung bzw. Genehmigung fehlerhaft. Sie merkte dazu an, dass die Fehlerquote der geprüften Fälle weit unter jener der prüffreien liegen sollte. Zur Auswirkung der Fehler gab die Interne Revision an, dass 41 % der Fehler Auswirkungen auf den Anweisungsbetrag hatten.

Weder die Interne Revision der PVA noch jene der SVB nahm eine Beurteilung vor, welche Fehlerquote im Sinne einer funktionierenden Kontrolle angestrebt werden sollte bzw. akzeptabel war.

Der Europäische Rechnungshof verweigerte – im Kontext eines überwiegend auf Förderungen bezogenen Budgets – im Jahr 2013 aufgrund einer Fehlerquote von 4,7 % eine Zuverlässigkeitserklärung für die Rechtmäßigkeit des Mitteleinsatzes, wobei er dabei nur die „relevanten“ Fehler berücksichtigte.

Zwischen den Überprüfungen der Internen Revision 2006 (SVB) bzw. 2008 (PVA) und der Gebarungsüberprüfung durch den RH 2014 fand keine erneute grundlegende Überprüfung der Vollziehung der Ausgleichszulage statt, bei der die Funktionsweise des Prüf- und Freibewesens analysiert wurde.⁶⁰

- (2) Die SVB führte eine Liste von Fällen, bei denen Betroffene mehr erhalten hatten, als ihnen tatsächlich zustand, jedoch eine Rückforderung nicht möglich war („Mehrbezugsliste“). Dies war z.B. dann der Fall, wenn der Träger selbst einen Fehler bei der Vollziehung gemacht

⁶⁰ Der Bericht der Internen Revision der SVB aus dem Jahr 2012 befasste sich mit den Ergebnissen der gesetzlich alle drei Jahre vorgesehenen Übersendung eines Fragebogens an die Ausgleichszulagenbezieher.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

hatte.⁶¹ Derartige Fälle waren den jeweiligen Vorgesetzten vorzulegen und abzuzeichnen. Die SVB erfasste die Ursachen des Mehrbezugs und dessen Höhe im ersten und letzten Monat. Die auf Ausgleichszulagen-Fälle bezogene Mehrbezugsliste des Jahres 2013 umfasste 83 Fälle. Die finanziellen Folgen betrugen nach Einschätzung des RH rd. 100.000 EUR.⁶² Anzumerken war, dass Mehrbezüge nicht durch den Prüfprozess auffielen (dieser wäre vor Freigabe erfolgt und hätte die entsprechende Auszahlung verhindert), sondern lediglich aus Anlass neuer Erledigungen.

Die PVA führte keine dementsprechende Liste über Mehrbezüge. Eine Erfassung bzw. Auswertung der Mehrbezüge in der Verwaltungsapplikation erfolgte nicht.

Bei den vom RH bei beiden Trägern geprüften insgesamt rd. 85 Akten waren drei Fälle mit dokumentierten Mehrbezügen enthalten.

(3) Der RH stellte bei seiner Aktenanalyse im Zuge der Gebarungsüberprüfung grundsätzlich fest, dass die Sachbearbeiter mit hoher Qualifikation, Motivation und Genauigkeit arbeiteten. Dennoch wiesen vier der 85 untersuchten Fälle (rd. 4,7 %) Auszahlungen in unrichtiger bzw. den geltenden Weisungen widersprechender Höhe auf.⁶³

⁶¹ Zum Beispiel gab ein Pensionist in einem routinemäßig übermittelten Fragebogen eine Erhöhung des von ihm bewirtschafteten Einheitswerts an. Die SVB berücksichtigte das zunächst nicht, sondern fehlerhafterweise erst zwei Jahre später im Zuge einer neuerlichen Erhebung. Der so entstandene Mehrbezug von rd. 1.000 EUR konnte nicht zurückgefordert werden.

⁶² Der RH bewertete die Anzahl der Monate, in denen der Mehrbezug vorgelegen hatte, mit dem Mittelwert der finanziellen Auswirkung des ersten und letzten Monats. Grundsätzlich könnten innerhalb dieses Zeitraums weitere Änderungen erfolgt sein, dies war jedoch aus der Mehrbezugsliste nicht erkennbar.

⁶³ In einem Fall rechnete die PVA Unterhaltszahlungen des getrennt lebenden Ehegatten der Ausgleichszulagenbezieherin nicht an. Diese Zahlungen erfolgten zwar aus einem sehr niedrigen Einkommen (ein Anspruch hätte nicht bestanden), sie wurden aber tatsächlich geleistet und wären somit nach der Weisungslage der PVA anzurechnen gewesen. Eine Rückforderung kam mangels Meldeverstößes nicht in Frage. Eine Pensionistin lebte mit ihrem Lebensgefährten und ihrem Sohn in einem gemeinsamen Haushalt und erhielt von diesen Zahlungen zur Bestreitung des Lebensunterhalts. Dieser Sachverhalt wurde erst längere Zeit nach dem Ausgleichszulagenbezug festgestellt, da die vorgesehene ZMR-Abfrage nicht bereits bei Antragstellung erfolgte. In diesem Fall erfolgte auch eine fehlerhafte Abrechnung gegenüber dem AMS über einen Zeitraum, in dem zunächst Notstandshilfe ausgezahlt und später rückwirkend eine Berufsunfähigkeitspension mit Ausgleichszulage zuerkannt wurde. Die SVB rechnete einer Pensionistin bei der Ausgleichszulagen-Ermittlung 20 % der Pauschalierung der vollen freien Station an. Tatsächlich lag jedoch nur ein Wohnrecht vor, so dass nur 10 % anzurechnen wären. Der Fehler wurde im Zuge der Einschau des RH korrigiert. In einem Fall rechnete die SVB irrtümlich ein Wohnrecht nicht als weiteres Einkommen auf die Ausgleichszulage an. Der Fehler wurde im Zuge der Einschau des RH pro futuro korrigiert.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

Darüber hinaus stellte der RH in einigen Fällen Auffälligkeiten fest, die im Sprachgebrauch der Träger „Fehler“ gewesen wären, aber sich nicht auf die Auszahlung auswirkten (z.B. Verwendung unrichtiger Bescheidformulare).⁶⁴ Insgesamt hielt der RH nach seiner Aktenanalyse die Einschätzung der Fehlerquote durch die Internen Revisionen der PVA und der SVB aus dem Jahr 2006 für realistisch. Aufgrund der Vielzahl von Konstellationen und der vergleichsweise kleinen Stichprobe verzichtete der RH auf eine eigene Hochrechnung einer Fehlerquote.

(4) Im Jahr 2007 diskutierte eine Arbeitsgruppe der PVA Änderungsbedarf bei den Prüfquoten. Mangels Einigung der Arbeitsgruppe⁶⁵ entschied der Generaldirektor-Stellvertreter und legte eine Prüfpflicht von 25 % u.a. bei Erhöhungen, Herabsetzungen und dem Wegfall der Ausgleichszulage bzw. von 1 % bei Ablehnungen von Ausgleichszulagen fest.

Im Jahr 2008 legte die Interne Revision der PVA einen Bericht vor, in dem bei rd. 100 geprüften Ausgleichszulagenakten (eine Unterscheidung nach geprüften und prüffreien Akten erfolgte nicht) in 22 Fällen „Auffälligkeiten“ ausgewiesen waren.

Die Vertreter einer Landesstelle forderten im Oktober 2011 eine 100 %ige Prüfpflicht im Bereich der Ausgleichszulagen.⁶⁶ Die Arbeitsgruppe beschloss 2012 jedoch einstimmig, die Prüfquoten nicht zu erhöhen, da im Ergebnis ohnedies rd. 68 % der Erstgewährungen geprüft wurden.⁶⁷

⁶⁴ Zum Beispiel wurde in einem Fall eine Ablehnung eines Ausgleichszulagen-Antrags nicht mit Bescheid, sondern mit „Mitteilung“ erledigt; in einem Fall war die Abrechnung zwischen PVA und AMS hinsichtlich eines Einbehalts eines Ersatzanspruchs nicht korrekt; in einem Fall war ein Einkommen (Lehrlingsentschädigung) falsch eingegeben, was sich aber nicht auf die Auszahlung auswirkte, da aus anderen Gründen keine Ausgleichszulage gebührte; es wurden unrichtige Bescheidformulare verwendet etc.

⁶⁵ Die Landesstelle Wien beanstandete den von der Arbeitsgruppe, bestehend aus Vertretern der Landesstellen Niederösterreich, Oberösterreich und Steiermark, ausgearbeiteten Vorschlag. Sie beantragte für bestimmte Neugewährungsfälle eine 100 %ige Prüfpflicht, während die Arbeitsgruppe lediglich eine Erhöhung um 5 % auf 25 % vorschlug. Für Erhöhungen, Herabsetzungen oder den Wegfall schlug die Landesstelle Wien eine Prüfquote von 50 % vor, die Arbeitsgruppe von 5 %. Bei Ablehnungen schlug die Landesstelle Wien 1 % Prüfpflicht vor, die Arbeitsgruppe 25 %.

⁶⁶ Im Oktober 2012 diskutierten die Landesstellendirektoren der PVA in einer Konferenz über diese Forderung. Sie kamen zu dem Ergebnis, zunächst aktuelle Fallzahlen zu erheben und anschließend über eine Erhöhung abzustimmen.

⁶⁷ Der Prozentsatz ergab sich aus der Kombination von drei bzw. fünf Prozentsätzen (jeweils einem für die Arbeitskategorie und den Arbeitsvorgang (bei SVB getrennte Prozentsätze), einem für die Erledigungsart und einem dritten für die Durchführungsart; bei der SVB war zusätzlich der Prozentsatz für das Bescheidsymbol relevant), wobei der höchste der Prozentsätze zum Tragen kam. In der Landesstellendirektoren-Konferenz im April 2013 wurde die Entwicklung der prüfpflichtigen Erstgewährungen der Ausgleichszulage des Jahres 2012 (69,45 %) und von Jänner und Februar 2013 (60,03 %) präsentiert.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung



Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

(5) Die SVB teilte dem RH mit, die Prüfquoten würden von einem Arbeitskreis „Weiterentwicklung der Prüffreistellung“ erarbeitet und vorgeschlagen. Die Anzahl der Tagungen richte sich nach dem Bedarf. Die letzte Änderung von Prüfquoten stamme aus dem Jahr 2010.

22.2 (1) Der RH merkte an, dass sich im Jahr 2006 bzw. 2008 sowohl bei der PVA als auch bei der SVB laut den entsprechenden Berichten der Internen Revision die Fehlerquoten der geprüften und der ungeprüften Fälle nicht stark unterschieden.

Weiters merkte er kritisch an, dass die Fehlerquote mit Werten zwischen 9 % und 13 % hoch war und auf Mängel der Effektivität des Prüfsystems hindeutete. Er kritisierte daher, dass dennoch keine klare Analyse der finanziellen Auswirkungen erfolgt war. Somit bestanden nach Ansicht des RH Zweifel an der Effektivität des Kontrollsystems.

(2) Der RH bewertete positiv, dass die SVB jährlich auftretende Mehrbezüge in einer zusammenfassenden Liste dokumentierte, die auch den Vorgesetzten vorzulegen war. Er kritisierte, dass die PVA aber über keine entsprechende Dokumentation verfügte.

Er empfahl daher der PVA, ihre Mehrbezüge ebenfalls zu dokumentieren und auszuwerten.

(3) Der RH anerkannte, dass beide Träger sich in Arbeitskreisen zum Prüf- und Freigabewesen mit der Weiterentwicklung der Prüfungskonzepte auseinandersetzten.

Er kritisierte jedoch, dass bei der SVB seit 2006 bzw. bei der PVA seit 2008 keine weiteren grundsätzlichen Analysen erfolgten, bei denen eine Fehlerquote ermittelt oder die Funktionsweise des Prüf- und Freigabewesens analysiert wurde. Es fehlten auch eine klare Zielsetzung (z.B. hinsichtlich Fehlerquote) bzw. Vorgaben von der Geschäftsführung (keine Befassung des Vorstands bzw. der Kontrollversammlung).

Der RH empfahl daher der PVA und der SVB, eine regelmäßige Evaluierung darüber sicherzustellen, ob das bestehende Prüf- und Freigabewesen tatsächlich effektiv die bestehenden Risiken umfasste.

22.3 *Die PVA und die SVB trafen in ihren Stellungnahmen, unter einem mit der Stellungnahme zu TZ 17, Aussagen betreffend die grundsätzliche Weiterentwicklung des IKS.*

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

22.4 Der RH hielt, wie schon in TZ 17 begründet, eine gesetzliche Regelung und einen systematischen Zugang zum IKS für erforderlich. Er hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Zusammenfassung

23 Zusammenfassend stellte der RH zum IKS Folgendes fest:

- Beide Pensionsversicherungsträger investierten erhebliche Mühe und Ressourcen in die korrekte Vollziehung (Prüfungen, Weisungen etc.).
- Beide Träger hatten kein systematisches IKS im Sinne der sich entwickelnden internationalen Standards und der für Unternehmen geltenden Bestimmungen in ihren Organisationen eingerichtet. Es fehlten etwa eine Festlegung der Ziele der Vollziehung, eine Bewertung der bestehenden Risiken und eine regelmäßige Evaluierung der Wirksamkeit der Kontrollen im Hinblick auf die definierten Risiken.
- Eine aktuelle Bewertung, wie viele Fälle nach Durchlauf der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen fehlerhaft waren, war aus den verfügbaren Daten nicht möglich. Die Internen Revisionen hatten zuletzt 2006 bzw. 2008 Fehlerquoten von rd. 9 % bis 13 % ermittelt, allerdings keine finanzielle Bewertung vorgenommen.
- Das Kontrollumfeld war spezifisch (z.B. die Gestaltung der Gremien als Selbstverwaltungskörper, Tragung des gesamten Aufwands durch den Bund, Brüche in der Dokumentation, fehlende Erledigungsstatistik, keine workflow-basierte Arbeitsunterstützung).
- Obwohl die Selbstverwaltungsgremien für die Rechnungsabschlüsse und durch ihre statutarische Zeichnung für die Abrechnung mit dem Bund die Verantwortung trugen, war eine inhaltliche Befassung dieser Gremien mit dem IKS und dessen Wirksamkeit nicht dokumentiert.

Abrechnung des Aufwands und Aufsicht des Bundes

24.1 (1) Der Aufwand für Ausgleichszulagen war den Pensionsversicherungsträgern vom Bund zu ersetzen. Außerdem hatte der Bund für jedes Geschäftsjahr einen Beitrag in der Höhe des Betrags, um den die Aufwendungen die Erträge überstiegen, zu leisten (§ 80 ASVG). Dazu gewährte der Bund monatliche Vorschüsse, die er jährlich mit dem Gesamtaufwand abrechnete.



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Die Summe der Versicherungsleistungen der PVA betrug im Jahr 2013 30,194 Mrd. EUR, jene der SVB in der Sparte Pensionsversicherung 2,172 Mrd. EUR. Die Bundesmittel betrugen im Jahr 2013 rd. 9,660 Mrd. EUR; im Jahr 2000 waren sie noch bei 4,895 Mrd. EUR gelegen.⁶⁸ Der Ersatz der Ausgleichszulagen betrug im Jahr 2013 rd. 1.005,26 Mio. EUR, davon rd. 688,32 Mio. EUR an die PVA und rd. 241,99 Mio. EUR an die SVB.

(2) Im Abrechnungsprozess übermittelten zunächst die Pensionsversicherungsträger vom Obmann und vom Generaldirektor gezeichnete Abrechnungsunterlagen. Das BMASK bestätigte als haushaltsführende Stelle die sachliche und rechnerische Richtigkeit, genehmigte die angeforderten Mittel und veranlasste eine entsprechende Überweisung.

Die Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit seitens des BMASK erfolgte anhand einer Plausibilitätskontrolle der Entwicklung der von den Pensionsversicherungsträgern gemeldeten Summen. Prüfungshandlungen – wie z.B. stichprobenartige Einsicht in Konten und Belegprüfung, Überprüfung der Überleitung von der Abrechnung zugrunde liegenden Vorsystemen in die Buchhaltung, Anwender- und Computerkontrollen im Rahmen einer Überprüfung der Funktionsfähigkeit des IKS der Träger – führte das BMASK nicht durch.

(3) Gemäß § 448 f. ASVG (bzw. § 208 f. BSVG für die SVB) unterlagen die Sozialversicherungsträger der Aufsicht des Bundes. Die Aufsicht über die Pensionsversicherungsträger lag im Wesentlichen beim BMASK.⁶⁹

Bei Sitzungen des Vorstands und der Kontrollversammlung nahm in der Regel ein Vertreter der Aufsichtsbehörden teil (§ 448 Abs. 3 ASVG). Wie unter TZ 18 beschrieben, war jedoch die Vollziehung der Ausgleichszulage in der Regel nicht Thema von substantiellen Erörterungen in diesen Gremien.

§ 449 ASVG sah Einschaurechte der Aufsichtsbehörden bzw. Vorlageverpflichtungen der Sozialversicherungsträger vor, wodurch sich

⁶⁸ <http://www.dnet.at/opis/Gebarung.aspx> (abgerufen am 14. Dezember 2014)

⁶⁹ Die Aufsicht über die Sozialversicherungsträger war zwischen BMASK und BMG aufgeteilt, weiters kamen auch dem BMF aufsichtsähnliche Befugnisse zur Wahrung der finanziellen Interessen des Bundes zu. Bei Überschneidungen war das Einvernehmen mit dem jeweils anderen Bundesminister herzustellen. Die Aufsicht über den Hauptverband, die PVA und die Pensionsinstitute war vom BMASK auszuüben, die Aufsicht über die sonstigen Versicherungsträger vom BMG. Soweit Angelegenheiten im Wirkungsbereich des jeweils anderen Bundesministers betroffen waren, war das Einvernehmen herzustellen. Das BMF konnte gegen Beschlüsse, welche die finanziellen Interessen des Bundes berührten, Einspruch mit aufschiebender Wirkung erheben.

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

die Aufsicht über die Vollziehung anhand von Unterlagen, Sitzungsteilnahmen und andere Kontakte ein aktuelles Bild machen konnte. Die Aufsicht war auch berechtigt, Prüfungen vor Ort durchzuführen.

Im Jahr 2013 standen für den Prüfdienst im BMASK für die gesamte Pensionsversicherung 0,5 VZÄ zur Verfügung. Mit diesen Ressourcen konnte das BMASK diesen Aufgabenbereich nach eigenen Angaben nur sehr eingeschränkt durchführen. Die Ausgleichszulage war (im Prüfungszeitraum) nicht Gegenstand einer eigenständigen Prüfung im Rahmen der Einschaütätigkeit des BMASK.

(4) Eine regelmäßige Meldung von Berichten der Internen Revision bzw. von Auswertungen über Prüf- und Fehlerquoten in der Vollziehung bzw. über Mehrbezüge erfolgte seitens der Träger an das BMASK nicht. Das BMASK hatte auch keine entsprechenden Anfragen gestellt.

- 24.2** Der RH hielt angesichts der Höhe und der Entwicklung der Beträge, die der Bund an die Pensionsversicherungsträger leistete, die vorgefundene Kontrolle der Vollziehung und Abrechnung für unzureichend.

Er stellte kritisch fest, dass die Aufsichtsbehörde keinen systematischen Überblick über die internen Kontrollen der Pensionsversicherungsträger (d.h. die Prüf- und Freigabekonzepte), die Grundlagen ihrer Konzeption (z.B. hinsichtlich der Risikoeinschätzung) und ihre Funktionsfähigkeit (z.B. durch Berichte der Internen Revision) hatte. Dies auch deshalb, weil wesentliche Elemente eines IKS nicht ausreichend formuliert waren (siehe TZ 20) und im Vorstand und der Kontrollversammlung nicht erörtert wurden (siehe TZ 18). Die Entsendung von Vertretern in die Sitzungen des Vorstands und der Kontrollversammlung konnte somit eine Information über bzw. eine Kontrolle der internen Überwachungsmechanismen nicht leisten.

Mit einem Prüfdienst von nur 0,5 VZÄ war das BMASK auch nach eigener Einschätzung nicht dafür ausgestattet, sich selbst durch Erhebungen vor Ort ein Bild über die korrekte Vollziehung und Verrechnung der Leistungen zu machen. Dafür typische Prüfhandlungen (z.B. Belegeinsicht, Überprüfung der Vorsysteme etc.) waren mit dieser Personalausstattung nicht möglich. Der RH hielt 0,5 VZÄ für die Überprüfung aller Pensionsversicherungsträger insbesondere im Hinblick auf das hohe Gebahrungsvolumen für unzureichend.

Der RH anerkannte, dass die spezifische Organisationsstruktur der Sozialversicherung Kontrollelemente enthielt, insbesondere die Einrichtung einer Kontrollversammlung. Er verwies jedoch auf die hohen Zuzahlungen des Bundes und hielt daher auch die Einrichtung eines



Steuerung der Vollziehung durch die
Verwaltung



Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

IKS durch die Pensionsversicherungsträger (TZ 26) und regelmäßige Bemühungen der Aufsichtsbehörde, sich von dessen Effektivität zu überzeugen, für wesentlich.

Der RH empfahl daher dem BMASK, sich angesichts der Höhe und der Entwicklung der zu überweisenden Beträge regelmäßig davon zu überzeugen, dass die Richtigkeit der vom BMASK an die Pensionsversicherungsträger auszubzahlenden Beträge durch ein wirksames IKS bei den Pensionsversicherungsträgern gewährleistet war. Er empfahl weiters dem BMASK als Aufsichtsbehörde, dafür vorzusorgen, dass der Prüfdienst seinen Aufgaben nachkommen kann.

24.3 *Das BMASK pflichtete in seiner Stellungnahme der Kritik des RH, wonach mit einem Prüfdienst von aktuell nur 0,5 VZÄ die Beibehaltung eines systematischen Überblicks über die internen Kontrollen der Pensionsversicherungsträger nur schwer im gebotenen Ausmaß möglich sei, grundsätzlich bei. Eine dauerhafte Aufstockung dieses Bereichs erscheine allerdings aufgrund des aktuellen Spardrucks auf der Verwaltung (u.a. Aufnahmestopp im öffentlichen Dienst) und der umfassenden Aufgaben der (auch neuen) Anforderungen an die Fachabteilungen (nicht zuletzt die diversen Anregungen aus dem gegenständlichen Bericht des RH) derzeit nicht realistisch.*

24.4 Der RH wies gegenüber dem BMASK nochmals auf das hohe Gebahrungsvolumen der PVA (30,194 Mrd. EUR) bzw. der SVB (in der Sparte Pensionsversicherung 2,172 Mrd. EUR) und die Bundesmittel von rd. 9,660 Mrd. EUR hin. Er hob weiters die existenzsichernde Bedeutung dieser Leistung für die Empfänger hervor. Der RH hielt es daher – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, dass der Bund einen ausreichenden Überblick auch durch Prüfungen vor Ort erzielen kann. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Geplante
Verbesserungen

25.1 (1) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war bei der PVA⁷⁰ das Projekt „ZEPTA“ im Gange, das die Verwaltungsapplikation umstellen und für zahlreiche der beschriebenen Bereiche der Vollziehung eine grundlegende Änderung bewirken sollte. Projektziele waren u.a.:

- ein workflow-orientiertes Vorgehen, d.h. eine Schritt-für-Schritt-Anleitung der Sachbearbeiter,
- eine Fachdokumentation ohne Medienbrüche („elektronischer Akt“),

⁷⁰ unter Beteiligung der übrigen Träger, da auch diese die Verwaltungsapplikation nutzen sollten

Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung

- die Weiterentwicklung der Aktenverfolgung für systematische Auswertungen und eine durchgängige Dokumentation der Aktenbewegungen,
- Statistiken über Anträge, Erledigungen und Verfahrensdauern,
- eine Überarbeitung des Prüf- und Freigabekonzepts, bei dem z.B. eine stärkere Differenzierung der Prüfquoten nach Ausbildungsstand erfolgen sollte und weitere Anpassungen an ein stärker Workflow-orientiertes Vorgehen vorgesehen waren,
- Abgleiche zwischen den Daten verschiedener Pensionsversicherungsträger hinsichtlich identer Personen bei Stammdaten (z.B. Adressen) und Leistungsdaten (z.B. anzurechnende weitere Einkommen).

(2) Die Grundplanung aus 2008 sah mehrere Teilprojekte vor. Im ersten Teilprojekt war die Ausgleichszulage nicht enthalten. Nach dessen Abschluss (voraussichtlich Ende 2015) plante die PVA eine Überarbeitung der weiteren Vorgehensweise und eine Festlegung der Inhalte des zweiten Teilprojekts. Aus zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aktueller Sicht sollte dabei auch die Ausgleichszulage umfasst sein. Die im zweiten Teilprojekt geplanten IKT-Lösungen könnten nach Ansicht der PVA Mitte 2017 einsetzbar sein.

(3) Die Implementierung des Projekts ZEPTA hatte eine Reihe unternehmensstrategischer Konsequenzen; z.B. würde durch elektronische Akten die Ortsgebundenheit der Bearbeitung wegfallen; eine Workflow-orientierte Arbeitsweise würde auch das Anforderungsprofil an die Mitarbeiter ändern, da gegebenenfalls nur noch einzelne Prozessschritte, aber nicht die vollständige Bearbeitung eines Falls gefordert wären.

25.2 Der RH anerkannte, dass wesentliche Elemente seiner Kritik und seiner Empfehlungen zur Vollziehung der Ausgleichszulage durch die geplanten Veränderungen der Abläufe im Rahmen des Projekts ZEPTA adressiert werden könnten. Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keiner der Punkte in einer konkreten Projektplanung direkt angesprochen war.

Zusammenfassung

26 Der RH stellte zusammenfassend fest, dass die interne Steuerung der Vollziehung durch Probleme in der Erfassung der Erledigungen (Fallzahlen) und der Zuordnung der Ressourcen sowie durch Mängel in der Systematik der internen Kontrollen bzw. der fehlenden Risikobeurtei-

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

lung erschwert war. Obwohl der Bund den getätigten Aufwand für die Ausgleichszulage ersetzte, stellte auch die externe Aufsicht durch das BMASK – schon aufgrund der geringen dazu bereit gestellten Ressourcen – keine umfassende Überprüfung sicher. Im Rahmen eines Projekts zur Umstellung der IKT-Unterstützung der Vollziehung waren zwar grundsätzlich wesentliche Verbesserungen in Aussicht genommen, ein konkreter Projektplan zu den Maßnahmen, die Ausgleichszulage betreffend, existierte jedoch noch nicht.

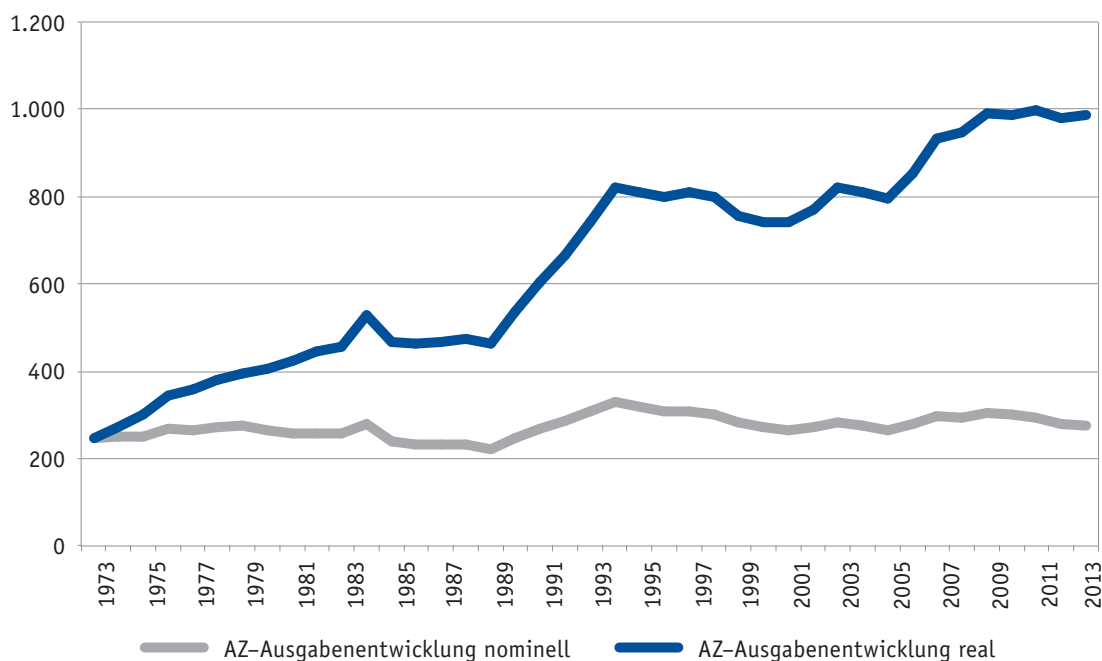
Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Entwicklung des
Gebarungsumfangs,
der Ausgleichszula-
genbezieher und der
Richtsätze

27.1 (1) Nachstehende Abbildung gibt einen Überblick über die nominelle und reale Entwicklung der Ausgaben für Ausgleichszulagen seit dem Jahr 1973.⁷¹

Abbildung 1: Ausgleichszulagen–Ausgabenentwicklung seit dem Jahr 1973

in Mio. EUR



Quellen: Bundesrechnungsabschluss; Darstellung RH

⁷¹ Die Ausgleichszulage war bereits in der Stammfassung des ASVG aus 1955 vorgesehen. Seit Einbeziehung der Bauern im Jahr 1971 waren alle Berufsgruppen anspruchsberechtigt. Der Text nimmt als Basis auf das Jahr 1973 Bezug, weil durch die 29. ASVG-Novelle zu diesem Zeitpunkt die bestehende Grundsystematik geschaffen wurde (BGBl. Nr. 31/1973). Die Beträge entsprechen den Nettoausgaben für Ausgleichszulagen. Seit dem Jahr 2001 sind die Beträge um den Wertausgleich bereinigt. Die Ermittlung der nominellen Ausgaben erfolgte auf Basis des VPI 1966 für das Jahr 1971.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Die Abbildung zeigt, dass der nominelle Aufwand von 246,23 Mio. EUR im Jahr 1973 auf 986,60 Mio. EUR im Jahr 2013 anstieg. Unter Berücksichtigung der Inflation betrug der reale Anstieg 12,5 % bzw. 0,29 % p.a.

Der Ausweis der Ausgleichszulagen-Ausgaben im Bundesrechnungsabschluss war in den Jahren 2001 bis 2005 verzerrt, weil Zahlungen für sogenannte „Wertausgleiche“ auf dem Ansatz für Ausgleichszulagen ausgewiesen waren. Dabei handelte es sich um Einmalzahlungen für Pensionisten zum Ausgleich für Kaufkraftverluste. Ein inhaltlicher Konnex zwischen Ausgleichszulage und Wertausgleich bestand nicht. Der gemeinsame Ausweis erfolgte, weil der Aufwand für Wertausgleiche gemäß § 80 ASVG nicht gemeinsam mit dem Bundesbeitrag ausgewiesen werden konnte und ein eigener finanzgesetzlicher Ansatz nicht geschaffen wurde.

Tabelle 9: Entwicklung der Ausgaben für Ausgleichszulagen			
	Summe lt. BRA¹	davon Wertausgleich	Summe ohne Wertausgleich
	in Mio. EUR		
2000	741,03	–	741,03
2001	875,98	132,94	743,04
2002	925,26	154,22	771,03
2003	1.106,21	286,97	819,24
2004	811,50	0,41	811,09
2005	794,08	0,13	793,95
2006	853,75	–	853,75

Rundungsdifferenzen möglich

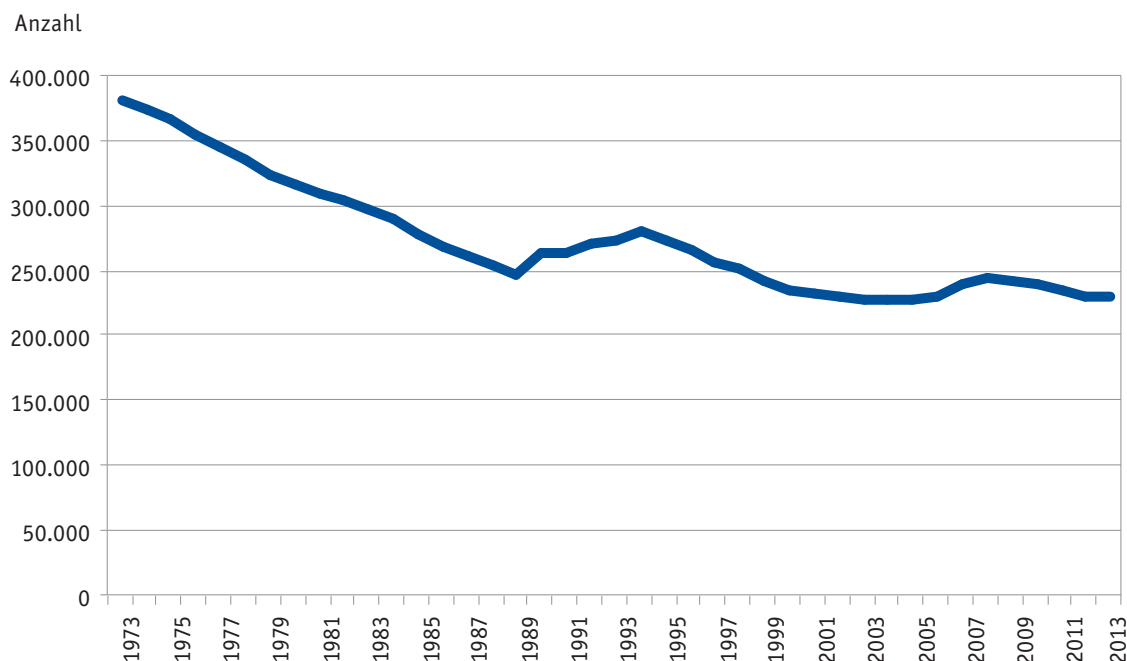
¹ Ausgaben abzüglich Einnahmen für Ausgleichszulagen lt. Bundesrechnungsabschluss (BRA)

Quellen: BRA und Erfolgsrechnungen der Pensionsversicherungsträger; Darstellung RH

In den Rechnungsabschlüssen der Pensionsversicherungsträger waren die Aufwendungen für Wertausgleiche mittels eigener Position in der Erfolgsrechnung separat ausgewiesen.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Anzahl der Bezieher von Ausgleichszulagen seit dem Jahr 1973:

Abbildung 2: Entwicklung der Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher¹ seit 1973



¹ Dezember des jeweiligen Jahres

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Die Zahl der Ausgleichszulagenbezieher sank von rd. 380.000 Personen im Jahr 1973 auf rd. 229.000 Personen im Jahr 2013, d.h. um rd. 40 % bzw. 151.000 Personen.

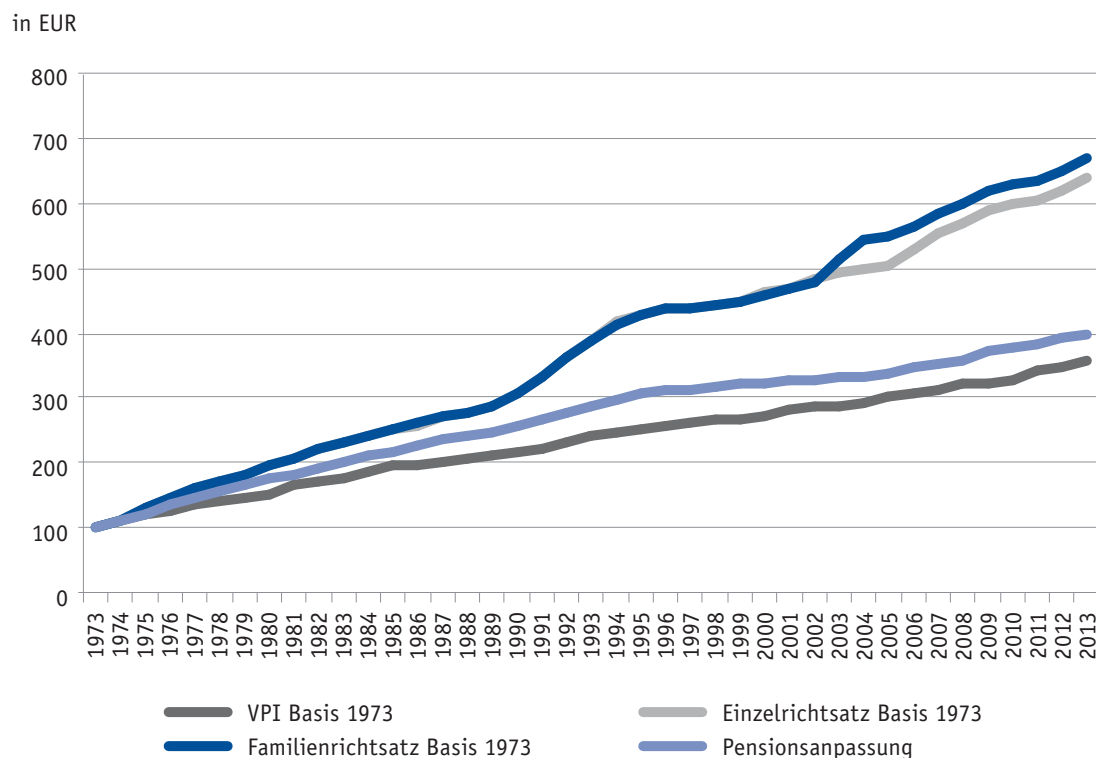
Bis zum Jahr 1989 war ein kontinuierlich starker Rückgang auf 245.000 Bezieher zu verzeichnen. Zwischen 1990 und 1994 stieg die Zahl der Bezieher auf rd. 280.000 Personen an. Nach einem erneuten Rückgang bis zum Jahr 2005 auf rd. 227.000 Betroffene gab es in den Jahren 2006 bis 2008 wieder einen Anstieg auf rd. 243.000 Personen. Seither ging die Anzahl auf rd. 229.000 Personen im Jahr 2013 zurück.

(3) Die nachstehende Abbildung zeigt, dass die Höhe der Ausgleichszulagenrichtsätze seit dem Jahr 1973 wesentlich stärker anstieg als der Verbraucherpreisindex und die jährliche Pensionsanpassung. Dies war

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

vor allem auf außerordentliche Richtsatz erhöhungen durch Gesetzesänderungen zurückzuführen:⁷²

Abbildung 3: Entwicklung Ausgleichszulagenrichtsätze, Verbraucherpreisindex und Pensionsanpassung



Quellen: BMASK; Darstellung RH

Während seit 1973 der Verbraucherpreisindex jährlich im Schnitt um rd. 3,2 % und die Pensionen um rd. 3,5 % angestiegen waren, lag der Anstieg beim Einzelrichtsatz für Ausgleichszulagen bei rd. 4,8 %. Kumuliert über den gesamten Zeitraum 1973 bis 2013 hätten sich 100 EUR im Jahr 1973

⁷² Im Jahr 2006 stieg der Einzelrichtsatz um + 4,1 %, die übrigen Richtsätze um + 2,5 %. Im Jahr 2007 stieg der Familienrichtsatz um 3,33 %, der Einzelrichtsatz um 5,22 %. Im Jahr 2008 wurden der Einzelrichtsatz um + 2,9 % und der Familienrichtsatz um + 2,6 % erhöht. Im Jahr 2009 wurden die Richtsätze um + 3,4 % erhöht. Im Jahr 2010 wurde die Richtsatzhöhung für Kinder an die BMS angepasst. Im Jahr 2013 wurden die Richtsätze zwar mit dem Pensionsanpassungsfaktor von 1,028 erhöht, die Pensionen aber nur um einen Faktor 1,018.



Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

B MASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

- aufgewertet mit dem Verbraucherpreisindex auf rd. 356 EUR erhöht,
- aufgewertet mit dem Pensionsanpassungsfaktor auf rd. 398 EUR,
- aber aufgewertet mit dem Ausgleichszulagen-Einzelrichtsatz auf rd. 640 EUR.

(4) Der RH zeigt die Auswirkungen der unterschiedlichen Erhöhungen zunächst anhand eines Beispielsfalls der SVB aus der überprüften Stichprobe und im Anschluss anhand einer Modellrechnung.

Tabelle 10: Auswirkung der unterschiedlichen Erhöhung von Pension und Ausgleichszulagenrichtsatz; Beispielsfall			
	1985	2013	Veränderung
	in EUR		in %
Pension	107	200,13	87
Aufgabepauschale¹	258	134,02	– 48
Summe	365	334,15	– 8
Richtsatz	328	837,63	155
Ausgleichszulage	–	503,48	

¹ Die Aufgabepauschale bildete nach § 292 ASVG die Vorteile ab, die bei Aufgabe eines landwirtschaftlichen Betriebs typischerweise vom Übernehmer für den Übergeber erbracht werden. Die Höhe dieser Pauschale nahm aufgrund von gesetzlichen Änderungen im Laufe der Zeit deutlich ab.

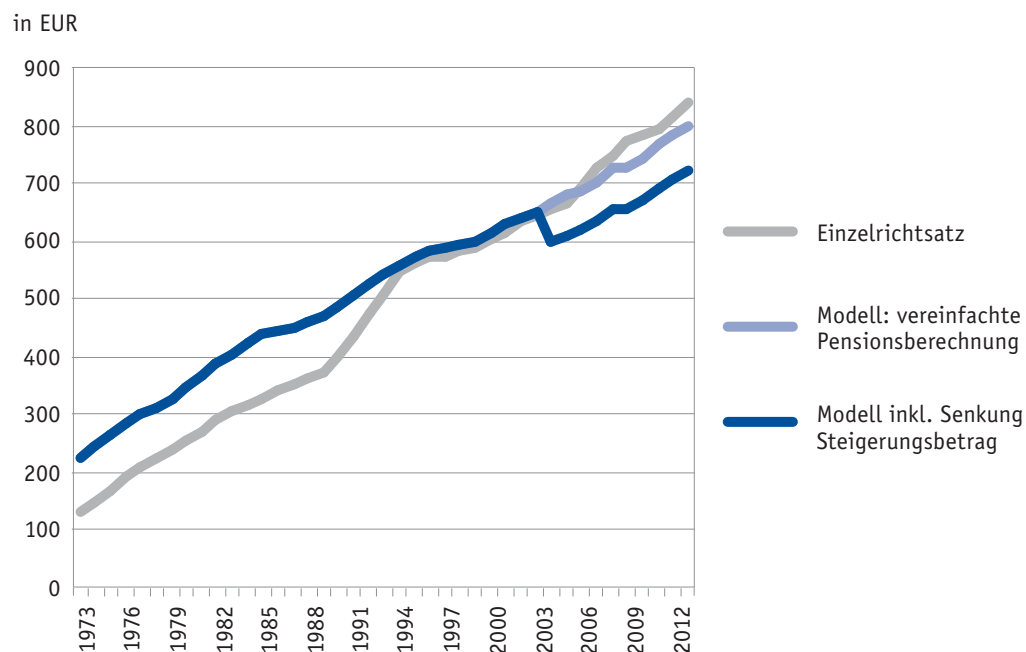
Quellen: SVB; Darstellung RH

Bei Pensionsantritt im Jahr 1985 lag die Summe aus Pension von 107 EUR und Aufgabepauschale von 258 EUR über dem Richtsatz, eine Ausgleichszulage wurde daher nicht gewährt. Durch die gesetzlichen Änderungen verschob sich die Beurteilung des ansonsten unveränderten Sachverhalts wesentlich: Im Jahr 2013 erhielt die Betroffene eine Ausgleichszulage in Höhe von 503 EUR, die mehr als doppelt so hoch war wie die Pension.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Der folgenden Modellrechnung⁷³ liegt die Annahme zugrunde, dass eine Person 40 Jahre lang das jeweilige Kaufkraftäquivalent von 1.000 EUR im Jahr 2013 verdiente:

Abbildung 4: Auswirkung der unterschiedlichen Erhöhung von Pension und Ausgleichszulagenrichtsatz; Modell



Quelle: RH

Im Jahr 1973 wäre das aus der Pension entstehende Einkommen noch wesentlich über dem Einzelrichtsatz gelegen (173 %). Im Jahr 2013 würde dagegen die Pension knapp unter dem Einzelrichtsatz liegen (96 %), so dass ein Anspruch auf Ausgleichszulage bestünde. Unter Berücksichtigung des Umstands, dass das Pensionsrecht nicht gleich blieb, sondern aufgrund der Pensionsreform 2003 nunmehr 45 Jahre Versicherungszeit für eine Ersatzrate von 80 % erforderlich sind, belief sich die Pension auf 86 % des Ausgleichszulagenrichtsatzes. Im Falle einer schwankenden Beitragsgrundlage (z.B. einer Teilzeitphase, einer

⁷³ Das Modell geht von der Annahme eines gleichen Pensionsrechts aus und nimmt dazu Bezug auf die Logik, nach 40 Versicherungsjahren beim Regelpensionsantrittsalter 80 % des Einkommens ersetzt zu erhalten. Diese Annahme eines gleichen Pensionsrechts in diesem Zeitraum ist stark vereinfacht; aufgrund der Kontoerstgutschrift, der früher existierenden Mindestprozentsätze und der diversen Übergangs- und Verlustdeckel-Regelungen wäre jedoch eine exakte Modellierung nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich. Von Zu- oder Abschlägen aufgrund eines Pensionsantritts zu einem anderen als dem Regelpensionsantrittsalter wird im Modell ebenso abstrahiert wie von einer vom VPI abweichenden Gehaltsentwicklung und von unterschiedlichen Versicherungsverläufen. Tatsächlich dürfte der durchschnittliche Steigerungsbetrag eher bei 70 % liegen, da im Schnitt weniger als 40 Versicherungsjahre erreicht werden, so dass der gezeigte Effekt sich tendenziell noch verstärkt.

Ausbildungszeit mit geringerem Einkommen, Krankengeld- oder Arbeitslosengeldbezügen) wäre die Pension – aufgrund der längeren Durchrechnungszeiten – noch niedriger.

Da ein Pensionsanspruch und damit ein Anspruch auf Ausgleichszulage bereits nach 15 Jahren Versicherungszeit bestand (zum Regelpensionsantrittsalter), entstünde für die Betroffenen – unter der Annahme, dass sie alleinstehend sind⁷⁴ – für die Zeit danach ein negativer Anreizeffekt: Sie würden nach 15 Jahren Arbeit ihre Beiträge bezahlen, ohne dass dadurch ihre zu erwartende Leistung erhöht würde.

Während im Jahr 1980⁷⁵ nur 10 % der weiblichen Arbeiter (das waren rd. 53.000 Frauen) ein Einkommen bezogen, bei dem bei Pensionierung mit 80 % dieses Einkommens ohne Partnereinkommen eine Ausgleichszulage angefallen wäre, lag dieser Anteil im Jahr 2013 bei 30 % bzw. 162.000 Personen (bei Zusammenfassung von Arbeiterinnen und weiblichen Angestellten waren es 20 % bzw. 350.000 Personen).⁷⁶ Seit 1980 war z.B. das Einkommen, unter dem 30 % der weiblichen Arbeiter lagen, um rd. 254 % gestiegen, der Ausgleichszulagenrichtsatz dagegen um 330 % (Einzelrichtsatz) bzw. 346 % (Familienrichtsatz).

(5) Die Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher war seit dem Jahr 1989 zwar insgesamt sowie bei Bauern und Arbeitern rückläufig. Bei Angestellten stieg sie jedoch an, und zwar – bezogen auf 1.000 Pensionen – um 36 %.⁷⁷ Dies war insbesondere deshalb maßgeblich, weil die Versichertengruppe der Angestellten immer bedeutsamer wurde.⁷⁸

⁷⁴ Unter der Annahme einer zum Zeitpunkt des Pensionsbezugs aufrechten Ehe mit einer Person, deren Einkommen eine Ausgleichszulage ausschließt, würde die Betroffene dagegen von einer höheren Pension profitieren.

⁷⁵ dem ersten Jahr, in dem die vom Hauptverband geführte Statistik über die Verteilung der beitragspflichtigen Monatseinkommen verfügbar waren

⁷⁶ Während im Jahr 1980 rd. 2,6 Mio. Personen in der Statistik erfasst waren, lag dieser Anteil 2013 bereits bei rd. 3,7 Mio. Personen. Vorbehaltlich einer vertieften Analyse könnte dies so interpretiert werden, dass insbesondere jene Personen von dem gezeigten Effekt eines vorhersehbaren Ausgleichszulagenbezugs betroffen sind, die früher gar nicht gearbeitet hätten (sondern im Familienverbund mitversorgt waren). Die Zahl der weiblichen Arbeiter blieb allerdings mit rd. 530.000 zwischen 1980 und 2013 etwa gleich.

⁷⁷ Dabei lag der Anstieg alleine seit dem Jahr 2000 bei rd. + 28 %. Demgegenüber betrug die Veränderung bei den Ausgleichszulagenbeziehern der SVB – 28 % und bei Arbeitern – 19 %.

⁷⁸ + 64 % in der Zeit von 1987 bis 2013. Im Vergleich dazu ging in der Zeit von 1987 bis 2013 die Versichertengruppe der Bauern um 16 % zurück, jene der Arbeiter wuchs um + 4 %. Im Jahr 2013 wies der Hauptverband rd. 2,1 Mio. Angestellte und rd. 1,6 Mio. Arbeiter als versicherungspflichtig aus.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Die künftige Inanspruchnahme der Ausgleichszulage wird von den bereits beobachtbaren Veränderungen im Arbeitsleben bzw. im Pensionsrecht beeinflusst sein:

- Einerseits steigen die Gehälter und somit auch die durchschnittlichen Pensionen. Zunehmend werden auch Versicherungslücken geschlossen, da Zeiten für Kindererziehung und Pflege für die Pensionsversicherung berücksichtigt werden.
- Andererseits steigt die Anzahl von Teilzeitkräften stark.⁷⁹ Aufgrund der längeren Durchrechnungszeiten im Rahmen des Pensionskontos werden zunehmend auch Zeiten mit geringen Beitragszahlungen für die Pensionshöhe maßgeblich.⁸⁰

(6) Der RH hatte in seinem Bericht „Grundlagen der Fiskalpolitik“ aus dem Jahr 2011⁸¹ empfohlen, auch die Aufwendungen für die Ausgleichszulagen in die Berechnungen der langfristigen Entwicklung der Pensionen miteinzubeziehen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung enthielt zwar das Gutachten zu den Jahren 2013 bis 2018 eine entsprechende Prognose, das Langfristgutachten vom Oktober 2013 jedoch nicht, weil „eine Prognose infolge der vielfältigen diskretionären Eingriffe kaum möglich sei“.⁸² Somit fehlte weiterhin eine langfristig orientierte Einschätzung über die weitere Entwicklung der größten bedarfsorientierten Geldleistung im österreichischen Sozialsystem.

27.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass die Ausgaben für Ausgleichszulagen im Zeitraum 1973 bis 2013 real um rd. 0,29 % pro Jahr gestiegen waren, obwohl die Zahl der Bezieher um rd. 40 % zurückgegangen war. Dies war insbesondere auf die bei den Ausgleichszulagenrichtsätzen im Vergleich zu den Pensionen stärkere Steigerung zurückzuführen.

Der RH merkte an, dass für die Zukunft ein weiteres Absinken der Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher nicht selbstverständlich ist, da aufgrund der längeren Durchrechnungszeiträume vermehrt auch Zeiten niedriger Beiträge (z.B. Teilzeit, Kindererziehungszeiten etc.) für die Pensionshöhe zum Tragen kommen werden. Bereits in der Vergangenheit hatte sich die Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher im

⁷⁹ + 97 % unselbstständige Erwerbstätige in Teilzeit in der Zeit von 1998 bis 2013

⁸⁰ statt der 15 besten Beitragsjahre letztlich volle Durchrechnung über den gesamten Erwerbszeitraum

⁸¹ siehe RH Reihe Bund 2011/5

⁸² Darüber hinaus müsste bekannt sein, wie viele der vielen kleinen zwischenstaatlichen Teilleistungen künftig an Personen mit Wohnsitz im Ausland oder im Inland gewährt werden.

zahlenmäßig bedeutenden Sektor der Angestellten erhöht. Schon aus demographischen Gründen könnte das Sinken der Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher bei den Bauern und Arbeitern für die Zukunft an Bedeutung verlieren.

Darüber hinaus wies der RH darauf hin, dass im Niedriglohnbereich zunehmend Personen mit langer Versicherungsdauer und Vollzeitbeschäftigung auf Ausgleichszulage angewiesen sein werden.

Der RH hielt daher die Entwicklung einer strategischen Perspektive für die Zukunft im Bereich der Ausgleichszulagen für notwendig. Er wies erneut auf seine bereits 2011 ausgesprochene dementsprechende Empfehlung hin. Dabei wären auch der Konnex zur Entwicklung der Pensionshöhe, die Einheitlichkeit der Vollziehung (TZ 5 ff.), das Verhältnis zu anderen Sozialleistungen (TZ 28 bis 35), die Wirkungsziele (TZ 36, 37), die unterschiedlichen Berufsgruppen (TZ 42) und die internationale Entwicklung (TZ 43) zu berücksichtigen.

Der RH empfahl daher dem BMASK, eine längerfristige Strategie zur weiteren Entwicklung der Ausgleichszulage unter Berücksichtigung der vom RH genannten Punkte zu entwickeln und die Auswirkungen auf die Gebarung in die Berechnungen der langfristigen Aufwendungen im Pensionsbereich miteinzubeziehen.

(2) Der RH wies weiters darauf hin, dass der Aufwand für Wertausgleiche zwar bei den Pensionsversicherungsträgern auf einer eigenen Position in den Erfolgsrechnungen verbucht wurde, im Bundesrechnungsabschluss aber 2001 bis 2005 unter dem Ansatz Ausgleichszulagen subsumiert war.

27.3 *Das BMASK führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine langfristige Prognose der zukünftigen Entwicklung der Ausgleichszulage deswegen unterbleibe, weil eine Prognose der Richtsätze seriös nicht möglich sei.*

27.4 Der RH hielt die Begründung des BMASK nicht für überzeugend. Er war der Ansicht, dass gerade in Bereichen, in denen eine Steuerung durch politische Entscheidungen (z.B. Festlegung des Richtsatzes) erfolgte, eine langfristige Prognose als Entscheidungsgrundlage wesentlich war. Er hielt die (den bestehenden Berechnungen im Pensionsbereich zugrunde liegende) Prognose der Wirtschaftsentwicklung für 30 Jahre nicht für einfacher als eine strategische Positionierung zur Entwicklung der Richtsätze.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Verhältnis zu anderen
Sozialleistungen

Allgemeines

28.1 (1) Neben der Ausgleichszulage bestand im österreichischen Sozialrecht noch eine Reihe weiterer einkommensabhängiger Leistungen. Diese konnten teilweise gleichzeitig oder hintereinander bezogen werden. Zum Beispiel konnte zur Notstandshilfe auch die bedarfsorientierte Mindestsicherung bezogen werden, wenn die Notstandshilfe nicht zur Deckung des Lebensbedarfs ausreichte. Zeitliche Überschneidungen zwischen Notstandshilfe und Ausgleichszulage waren möglich, da Letztere oft rückwirkend zuerkannt wurde und in der Zwischenzeit das AMS die Betroffenen versorgte (sobald bekannt war, ob der Pensionsversicherungsträger die Arbeitsunfähigkeit und das Vorliegen der Wartezeit bejahte, wurde die Leistung im Prüfungszeitraum als Pensionsvorschuss gewährt). Da die bedarfsorientierte Mindestsicherung Sonderbedarfe berücksichtigte, das Ausgleichszulagenrecht aber nicht, war auch ein gleichzeitiger Bezug dieser Leistungen grundsätzlich möglich, ebenso eine zeitliche Überschneidung bei rückwirkender Gewährung einer Ausgleichszulage. Wenn z.B. eine befristete Berufsunfähigkeitspension auslief und der Betroffene wieder auf den Arbeitsmarkt verwiesen wurde, konnten auch nach einer Ausgleichszulage die anderen Leistungen wieder folgen. Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957) konnten überhaupt parallel bezogen werden.

(2) Für die Vollziehung bzw. Finanzierung dieser Leistungen waren jeweils unterschiedliche Stellen zuständig:

- für die Ausgleichszulage die Pensionsversicherungsträger (finanziert durch den Bund),
- für die Kriegsopferversorgung die unmittelbare Bundesverwaltung bzw. das Sozialministeriumservice (finanziert durch den Bund),
- für die bedarfsorientierte Mindestsicherung die Länder (vollzogen durch die Bezirksverwaltungsbehörden) (siehe dazu den Bericht des RH „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“, Reihe Bund 2014/9),
- für die Notstandshilfe das AMS (im Wesentlichen finanziert durch die Arbeitslosenversicherung).

Die Leistungen veränderten sich im Laufe der Zeit: Im Jahr 2010 löste z.B. die bedarfsorientierte Mindestsicherung die zuvor bestehende Sozialhilfe teilweise ab.⁸³

(3) Zur Finanzierung der Ausgleichszulage bestimmte das Sozialversicherungsrecht, dass ihr Aufwand den Trägern der Pensionsversicherung vom jeweils zuständigen Land zu ersetzen war. Dies ergab sich auch deshalb, weil das „Armenwesen“ nach der Kompetenzverteilung der österreichischen Bundesverfassung bei den Ländern lag. Eine Beteiligung des Bundes richtete sich laut Sozialversicherungsrecht nach dem jeweiligen Finanzausgleichsgesetz (FAG).⁸⁴

Die Bestimmung zum Aufwandsersatz durch das Land war jedoch bereits seit dem Jahr 1959 obsolet.⁸⁵ Das jeweilige FAG regelte seither, dass der Bund den Aufwand für die Ausgleichszulagen zur Gänze zu tragen hatte.

28.2 (1) Der RH merkte kritisch an, dass im ASVG seit über 50 Jahren für die Ausgleichszulage eine andere Finanzierungsregelung vorgesehen war (Tragung des Aufwands durch die Länder) als in den jeweils befristeten FAG (Tragung des Aufwands durch den Bund). Obwohl die Länder eine grundsätzliche Kostentragungspflicht hatten und für den Bereich des Armenwesens zuständig waren, übernahm der Bund die Kosten.

Der RH empfahl dem BMASK, auf eine dauerhafte Finanzierungslösung für die Kosten der Ausgleichszulage hinzuwirken. Dabei sollte im Sinne eines aufgabenorientierten Finanzausgleichs auch eine systematische Abstimmung der Finanzierung der einkommensabhängigen Geldleistungen erfolgen.

(2) Im Übrigen wies der RH kritisch auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Finanzierungsquellen der genannten, einander teilweise ergänzenden einkommensabhängigen Leistungen hin.

Dazu, inwieweit die Leistungshöhe, die Anspruchsvoraussetzungen, die Anrechnung von Einkommen und die Berücksichtigung der jeweiligen Familienkonstellationen in den unterschiedlichen einkommensab-

⁸³ Im Jahr 2014 trat das Instrument des Rehabilitationsgeldes in Kraft. Das Rehabilitationsgeld war für sich genommen keine auf eine Notlage bezogene Leistung, hatte jedoch eine Untergrenze, die sich am Ausgleichszulagenrichtsatz orientierte (siehe dazu TZ 32).

⁸⁴ § 299 Abs. 1 ASVG bzw. § 147 BSVG. Zahlungspflichtig wäre das Land, in dem der Sitz des Trägers der Sozialhilfe (nunmehr BMS) liegt, der für den Empfänger der Ausgleichszulage zuständig wäre.

⁸⁵ Erstmals bestimmte Art. IV Abs. 2 FAG 1959 (BGBl. Nr. 97/1959), dass die durch § 299 ASVG den Ländern auferlegte Kostentragung der Bund übernimmt; zuletzt § 2 FAG 2008, BGBl. I Nr. 103/2007 i.d.g.F.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

hängigen Leistungen aufeinander abgestimmt waren, siehe die folgenden TZ.

Leistungen nach dem KOVG 1957

- 29.1** (1) Das KOVG 1957 regelte die Versorgung von Personen, die aus der Leistung militärischer Dienste im 1. bzw. 2. Weltkrieg Schädigungen davon getragen hatten. Dabei waren auch einkommensabhängige Leistungen vorgesehen.

Im Jahr 2013 bezogen laut Sozialministeriumservice rd. 4.500 Kriegsbeschädigte bzw. deren Hinterbliebene (Witwen und Waisen) einkommensabhängige Leistungen nach dem KOVG 1957. Wenn für diese Personen eine Leistung eines Pensionsversicherungsträgers in Frage kam, mussten sowohl dieser als auch das Sozialministeriumservice das Einkommen der Betroffenen ermitteln, um die Leistungshöhe festzustellen.

Die Pensionsversicherungsträger hatten weiters die einkommensabhängige Leistung nach dem KOVG 1957 nach Bemessung durch das Sozialministeriumservice anzurechnen und die Ausgleichszulage entsprechend zu verringern.

- (2) Die für die Berechnung der Leistungshöhe maßgeblichen Kriterien (insbesondere Richtsatzhöhe, Zu- und Abschläge und Anrechnung von weiteren Einkommen) waren dabei unterschiedlich:

Tabelle 11: Unterschiede zwischen Ausgleichszulage und Kriegsopfer-versorgungsleistungen

	Ausgleichszulage	Kriegsopferversorgungsleistungen
Zuständigkeit		
	Pensionsversicherungsträger	Sozialministeriumservice
Leistungshöhe bzw. Richtsätze 2014		
Leistungsempfänger	857,73 EUR („brutto“)	Grundrente 523,30 EUR, Zusatzrente gemäß § 12 Abs. 2 KOVG 796,60 EUR minus Einkommen aber maximal 273,30 EUR, sowie nach § 12 Abs. 3 zusätzlich 566,10 EUR minus Einkommen (maximal 839,40 EUR)
Witwen	857,73 EUR	857,73 EUR
Waisen	– einfach verwaist: bis 24 Jahre 315,48 EUR, über 24 Jahre 560,61 EUR; – doppelt verwaist 473,70 EUR bzw. 857,73 EUR	Grundrente einfach verwaist: 94,50 EUR; Grundrente doppelt verwaist: 188,30 EUR Zusatzrente bis zum Ausgleichszulagenrichtsatz
Zuschläge/Abzüge		
Krankenversicherung	5,1 % (=> Nettoleistung Einzelrichtsatz 813,99 EUR)	grundsätzlich kein KV-Beitrag
Kinderzuschlag	132,34 EUR	41,60 EUR zu Zusatzrente (§ 16 KOVG)
Familienrichtsatz	1.286,03 EUR	41,60 EUR zu Zusatzrente (§ 16 KOVG)
Sonderzahlungen	ja	ja
Sonderbedarfe	keine Berücksichtigung	spezifische Regelungen (z.B. Kuraufenthalte, Diätkosten)
Anrechnung weiterer Einkommen		
angerechnetes Einkommen	umfassende Anrechnung (aber Ausnahmekatalog)	Einkommensgrenze 796,60 EUR (darüber keine Zusatzrente)
Partnereinkommen	volles Einkommen des Ehepartners	30 % des Einkommens des Ehepartners bei Zusatzrente (§ 13 KOVG)
Zinsen/Vermögen	nur tatsächliche Zinsen, erst ab 54 EUR, Abzug von Sachwalterentschädigungen	auch fiktive Zinsen, keine Untergrenze, kein Abzug von Sachwalterentschädigungen
Besonderheiten		
Berücksichtigung von Beiträgen	keine	Kirchen- und Kriegsopferverbandsbeitrag
Wohnrecht	regelmäßige Anpassungen	fix 19,62 EUR

Quellen: PVA; Sozialministeriumservice

a) Bereits die grundsätzliche Leistungshöhe unterschied sich:

- Die sogenannte Beschädigtenrente nach dem KOVG 1957 sah neben einer einkommensunabhängigen Grundrente auch eine einkommensabhängige Zusatzrente vor.⁸⁶ Sie berechnete sich nach einem

⁸⁶ Die Grundrente für erwerbsunfähige Schwerbeschädigte betrug monatlich 523,30 EUR. Für erwerbsfähige Beschädigte wurde je nach Schwere nur ein prozentueller Anteil der Grundrente ausgezahlt.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

mehrstufigen Algorithmus, der völlig anders gestaltet war als bei der Ausgleichszulage.⁸⁷

- Die Summe aus Grund- und Zusatzrente für Waisen war gleich hoch wie der entsprechende Ausgleichszulagenrichtsatz, aber die Grundrente (183,90 EUR) erhielten die Waisen – anders als die Ausgleichszulage – unabhängig von etwaigen Anrechnungen.
- Im Gegensatz zur Ausgleichszulage war bei den Leistungen nach dem KOVG 1957 in der Regel kein Krankenversicherungsbeitrag zu zahlen. Insofern unterschied sich auch die Witwenrente nach dem KOVG 1957 von der Ausgleichszulage, obwohl die Höhe des Richtsatzes durch einen Verweis geregelt war.

Auch Zu- und Abschläge, insbesondere für die Versorgung von Kindern bzw. Ehepartnern, waren abweichend geregelt.

b) Bei der Anrechnung weiterer Einkommen auf diese Leistungshöhe ergaben sich weitere Unterschiede:⁸⁸

- Bei der Ausgleichszulage erfolgte die Anrechnung von Zinsen erst ab einer Bagatellgrenze von 54 EUR. Etwaige Kosten für einen Sachwalter verminderten den Zinsertrag. Bei den Leistungen nach dem KOVG 1957 gab es keine Bagatellgrenze für Zinsen und es konnten auch keine Kosten für einen Sachwalter den Zinsertrag vermindern. Nur nach dem KOVG 1957 wurden bei Ansparprodukten, die keine jährlichen Zinserträge auswiesen, fiktive Jahreszinsen berechnet und angerechnet.
- Kirchenbeiträge und Mitgliedsbeiträge für den Kriegsoffiziersverband minderten nach dem KOVG 1957 das anzurechnende Einkommen, nicht jedoch für die Ausgleichszulagen.

⁸⁷ Zunächst gebührte nach § 12 Abs. 2 KOVG ein Betrag von 777,90 EUR abzüglich des anzurechnenden Einkommens, jedoch maximal 273,30 EUR. Zusätzlich gebührte nach § 12 Abs. 3 KOVG ein Betrag von 552,40 EUR abzüglich des Einkommens. Die Zusatzrente betrug monatlich 273,30 EUR. Sie war – abgesehen von der in Abs. 4 enthaltenen Regelung – auf Antrag und nur insoweit zu zahlen, als das monatliche Einkommen (gemäß § 13 KOVG) des Schwerbeschädigten ohne Grundrente und Schwerstbeschädigtenzulage die Höhe der ihm bei Erwerbsunfähigkeit zustehenden Beschädigtenrente (Grundrente und Zusatzrente, jedoch ohne Berücksichtigung der Erhöhungen nach Abs. 3 und § 11 Abs. 2 und 3 KOVG) nicht erreichte. Diese Grenze erhöhte sich, falls Familienzulagen (gemäß §§ 16, 17 KOVG) gebührten, um je 41,60 EUR.

⁸⁸ Kriegsbeschädigte hatten neben Geldleistungen Anspruch auf unentgeltliche Heilfürsorge bei als Dienstbeschädigung anerkannten Gesundheitsstörungen und deren Folgen.



Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

- Der für ein Wohnrecht anzurechnende Betrag wurde für die Ausgleichszulage regelmäßig angepasst, während er für KOVG-Leistungen fix mit 19,62 EUR festgelegt wurde.

(3) Da beide Leistungssysteme die jeweils andere Leistung als weiteres Einkommen anrechneten, kam es zu wechselseitigen Abhängigkeiten. Insbesondere bei vorläufigen Leistungen (z.B. bei Zinseinkünften, die jeweils erst im Folgejahr feststanden) führte das zu einem beträchtlichen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für geringe Beträge. Ergab sich z.B. bei der Leistung nach dem KOVG 1957 aufgrund höherer Zinsen als bei der vorläufigen Leistung angenommen eine niedrigere Leistung, so bewirkte dies beim Pensionsversicherungsträger eine höhere Ausgleichszulage. Diese wiederum führte dort zu höheren Krankenversicherungsbeiträgen, die vom Pensionsversicherungsträger zu bemessen, aber vom Sozialministeriumservice als Abzugsposten von den weiteren Einkommen zu berücksichtigen waren. So hatte das Sozialministeriumservice nach Rückmeldung der neu bemessenen Ausgleichszulage bzw. der Krankenversicherungsbeiträge wiederum seine Leistung nach dem KOVG 1957 neu zu bemessen. Grundsätzlich konnte dies zu mehreren iterativen Änderungen der Leistungen führen, wobei die Träger bei Bagatellobeträgen die weitere Bearbeitung einstellen.

(4) In den vom RH überprüften Einzelfällen traten weitere Auffälligkeiten auf:

- Die doppelte Sachverhaltsermittlung durch Pensionsversicherungsträger und Sozialministeriumservice führte zu unterschiedlichen Ermittlungsergebnissen (z.B. hinsichtlich der Höhe der Zinsen für Vermögen).
- Ein Datenaustausch zwischen Pensionsversicherungsträger und Sozialministeriumservice fand nur über Teile des jeweils erhobenen Sachverhalts statt; es kam auch zu fehlerhaften Datenübernahmen.
- Bei der erstmaligen Zuerkennung der Leistungen konnte es zu Doppelbezügen kommen, da beim Zusammentreffen der Leistungen (anders als beim Zusammentreffen von Leistungen mehrerer Sozi-

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

alversicherungsträger) kein Einbehalt zur Aufrechnung mit Überbezügen der jeweils anderen Behörde vorgesehen war.⁸⁹

(5) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung entwickelte das Sozialministeriumservice eine neue IT-Unterstützung.⁹⁰

29.2 Der RH kritisierte, dass durch das Nebeneinander der beiden einkommensabhängigen Leistungen (Ausgleichszulage und Leistungen nach dem KOVG 1957) zusätzlicher Verwaltungsaufwand durch die doppelte Sachverhaltsermittlung bzw. die wechselseitigen Abhängigkeiten entstand.

Er kritisierte weiters die unterschiedlichen Kriterien; es war für den RH nicht nachvollziehbar, worin die sachliche Rechtfertigung für die vom RH dargestellten Unterschiede z.B. bei Zinsen, der Bewertung von Wohnrechten oder der Berücksichtigung des Kirchenbeitrags lag.

Die Komplexität der notwendigen Erhebungen stellte, wie die vom RH beschriebenen Einzelfälle zeigten, auch eine Fehlerquelle dar.

Der RH empfahl daher dem BMASK, darauf hinzuwirken, die Regelungen der einkommensabhängigen Leistungen nach dem KOVG 1957 und der Ausgleichszulage zu vereinheitlichen und die Vollziehung in einer Hand zu konzentrieren. So könnte der Aufwand zur Programmierung der komplexen Materie in der geplanten neuen IT-Unterstützung vermieden werden.

Zur Vereinheitlichung könnten einkommensabhängige Leistungen nach dem KOVG 1957 dem Muster der Ausgleichszulagenregelungen folgen. Unterschiede (z.B. hinsichtlich des Krankenversicherungsbeitrags) sollten nur dann bestehen, wenn eine sachliche Rechtfertigung

⁸⁹ Dies realisierte sich in einem Stichprobenfall des RH: Nach dem Tod ihres Ehegatten im Februar 2009 erhielt Frau I im April 2009 eine Witwenpension sowie eine Ausgleichszulage (ab Mai bzw. eine Nachzahlung für Februar bis April). Eine Leistung nach KOVG 1957 lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor und wurde daher auch nicht angerechnet. Einige Tage später gewährte das Sozialministeriumservice rückwirkend ab dem Tod des Ehegatten eine einkommensabhängige Witwenleistung und leistete eine entsprechende Nachzahlung. Die PVA rechnete zwar ab Mai die Leistung nach dem KOVG 1957 an, konnte jedoch für die bereits ausgezahlte Leistung keine Aufrechnung vornehmen. Da kein Meldeverstöß vorlag, war eine Rückforderung vom Bezieher nicht möglich. Das Sozialministeriumservice hatte umgekehrt keinen gesetzlichen Auftrag, von der später zuerkannten Leistung bzw. der Nachzahlung einen Betrag zur Aufrechnung mit der zu viel bezahlten Ausgleichszulage einzubehalten. Frau I erhielt so für Februar bis April sowohl die Leistung des Pensionsversicherungsträgers als auch des Sozialministeriumservices in voller Höhe (die Darstellung ist um das sogenannte Sterbeviertel vereinfacht).

⁹⁰ Projekt Pro-Fit

vorlag. Eine Konzentration der Vollziehung könnte z.B. beim Pensionsversicherungsträger erfolgen, der den Sachverhalt für die Prüfung der Ausgleichszulage ohnehin zu ermitteln hat. Nur in den Fällen, in denen eine alleinstehende Leistung gemäß KOVG 1957 erfolgte, verbliebe die Vollziehung beim Sozialministeriumservice.

29.3 *Laut Stellungnahme des BMASK nehme es die Anregungen des RH zur Kenntnis. Eine konkrete, den umfassenden Anregungen gerecht werdende inhaltliche Aufbereitung bedürfe allerdings einer umfassenden Vorbereitung, die nur nach Maßgabe der vorhandenen personellen Ressourcen sinnvoll in Angriff genommen werden könne.*

29.4 Der RH wies neuerlich auf das hohe Gebahrungsvolumen der Ausgleichszulage (rd. 1,003 Mrd. EUR im Jahr 2013) und die existenzsichernde Bedeutung dieser Leistung für die Empfänger hin, aber auch auf die aufgezeigten Mehrfacherhebungen bestimmter Sachverhalte im Sozialsystem. Er hielt es daher – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, das Zusammenspiel der verschiedenen Sozialleistungen so zu gestalten, dass eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Vollziehung erreicht wird. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Bedarfsorientierte Mindestsicherung

30.1 (1) Die Bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS) (siehe dazu auch den Bericht des RH „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“, Reihe Bund 2014/9) stellte das letzte Netz der sozialen Sicherheit für Personen dar, die ihren Lebensunterhalt sonst nicht bestreiten konnten. Im Jahr 2012 bezogen rd. 220.000 Personen (zu mindestens einem Zeitpunkt) Bedarfsorientierte Mindestsicherung, das Gebahrungsvolumen betrug rd. 500 Mio. EUR.

Die folgende Tabelle stellt wesentliche Charakteristika der Ausgleichszulage und der Bedarfsorientierten Mindestsicherung gegenüber:

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Tabelle 12: Unterschiede zwischen Ausgleichszulage und Bedarfsorientierter Mindestsicherung		
	Ausgleichszulage	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
Zuständigkeit		
	Pensionsversicherungsträger	Länder
Leistungshöhe bzw. Richtsätze 2014		
Leistungsempfänger	857,73 EUR („brutto“)	813,99 EUR („netto“)
Zuschläge/Abzüge		
Krankenversicherung	immer (5,1 % = 43,74 EUR), Nettoleistung Einzelrichtsatz 813,99 EUR	Versicherung wird bei Bedarf separat geleistet
Kinderzuschlag	132,34 EUR	zwischen 143,10 EUR und 214,63 EUR je nach Bundesland (2013)
Familienrichtsatz	nur Ehegatten	Ehegatten und Lebensgefährten
Sonderzahlungen	ja (Jahresleistung netto 11.395,86 EUR)	nein (Jahresleistung 9.767,88 EUR)
Sonderbedarfe	nein	ja, insbesondere Wohnkosten
Anrechnung weiterer Einkommen		
angerechnetes Einkommen	umfassende Anrechnung (aber Ausnahmekatalog)	umfassende Anrechnung (mit begrenzten Ausnahmen und landesspezifischen Erweiterungen)
Partnereinkommen	volles Einkommen des Ehepartners	volle Anrechnung, Ehegatte und Lebensgemeinschaft
Zinsen/Vermögen	nur Zinsen	Zinsen und Vermögen

Quellen: PVA; BMASK; Darstellung RH

(2) Die Leistungshöhe wies Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede auf:

- Während der monatliche Nettobetrag für Ausgleichszulage und Bedarfsorientierte Mindestsicherung gleich hoch war, unterschied sich der Bruttobetrag: Die Ausgleichszulagenbezieher hatten alle einen Krankenversicherungsbeitrag zu leisten. Empfänger der Bedarfsorientierten Mindestsicherung, die bereits aus anderen Gründen krankenversichert waren (z.B. durch eine Erwerbstätigkeit), dagegen nicht.
- Während die Ausgleichszulage 14-mal im Jahr anfiel, stand die Bedarfsorientierte Mindestsicherung (grundsätzlich) nur 12-mal im Jahr zu.⁹¹ So ergab sich bei gleichem Monatsbetrag ein unterschiedlicher Jahresbetrag.

⁹¹ In Wien galt dazu eine andere Regelung: Männer, die das 65. Lebensjahr bzw. Frauen, die das 60. Lebensjahr vollendet hatten, und volljährige Personen, die von einem Amtsarzt für mindestens ein Jahr für arbeitsunfähig befunden wurden, erhielten pro Jahr zusätzlich zwei Sonderzahlungen.

(3) Der Umgang mit Familienkonstellationen war bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung anders als bei der Ausgleichszulage:

- Während bei der Ausgleichszulage ein Familienrichtsatz nur gebührte, wenn eine aufrechte Ehe und ein gemeinsamer Haushalt bestanden, reichte bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung eine Lebensgemeinschaft.
- Bei der Ausgleichszulage erhielt lediglich ein Ehepartner den gesamten Betrag, bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung wurde der Betrag geteilt und beiden Anspruchsberechtigten getrennt angewiesen („emanzipatorischer Ansatz“).
- Die Erhöhung der Beträge für Kinder, die im gemeinsamen Haushalt lebten bzw. mit zu erhalten waren, betrug bei der Ausgleichszulage einheitlich 132,34 EUR. Bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung war der Erhöhungsbetrag länderspezifisch und lag zwischen 143,10 EUR und 214,63 EUR.

(4) Objektiv nachvollziehbare Sonderbedarfe (z.B. für Heilbehelfe) konnten im Rahmen der Bedarfsorientierten Mindestsicherung zu einer Erhöhung der Leistung führen. Dies galt für Ausgleichszulagenbezieher nicht. Insbesondere im Bereich der Wohnkosten bestanden erhebliche Unterschiede zwischen Ausgleichszulage und Bedarfsorientierter Mindestsicherung: Die tatsächlichen Wohnkosten waren im Bereich der Ausgleichszulage irrelevant. Bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung galt ein Teil des Richtsatzes als Ersatz für die Wohnkosten. Waren die tatsächlichen Wohnkosten höher, bezahlten einige Bundesländer dementsprechend höhere Leistungen. Waren die tatsächlichen Wohnkosten niedriger, bezahlten einige Bundesländer einen geringeren Betrag. Einige Bundesländer orientierten sich nicht an den tatsächlichen Wohnkosten, sondern an regional differenzierten Pauschalbeträgen.

(5) Bei Bezug der Bedarfsorientierten Mindestsicherung galt grundsätzlich der sogenannte Anspannungsgrundsatz: Die Leistung wurde nur insoweit gewährt, als die eigene Arbeitskraft nicht zu entsprechendem Arbeitseinkommen führte. Verweigerte ein Leistungsbezieher die Aufnahme einer zumutbaren Arbeit, konnte die Leistung gekürzt werden.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Bei der Ausgleichszulage galt dies nicht, obwohl der Ausgleichszulagenrichtsatz sich auch auf Personen beziehen konnte, die arbeitsfähig waren, z.B. Witwen jeden Alters oder Ehegatten von Pensionisten.⁹²

(6) Bezieher einer bedarfsorientierten Mindestsicherung mussten – von bestimmten Freibeiträgen bzw. Schutzbestimmungen für Eigenheime abgesehen – vorhandenes Vermögen verwerten. Dies galt für die Ausgleichszulage nicht.

(7) Während jede Behörde die Inanspruchnahme ihrer eigenen Leistungen statistisch erfasste, waren Daten zu den Überschneidungen zwischen den Leistungen nicht verfügbar. So gab z.B. die Statistik zur bedarfsorientierten Mindestsicherung an, dass rd. 10 % der Bezieher über dem gesetzlichen Pensionsantrittsalter lagen. Ob es sich dabei um Personen handelte, die keine Pension bezogen, oder um Pensionisten, bei denen die Ausgleichszulage aufgrund von Sonderbedarfen nicht ausreichte, um den tatsächlichen Lebensunterhalt zu decken, war jedoch nicht bekannt. Auch die Erhebungsdaten der Statistik Austria aus den entsprechenden Umfragen (EU – SILC SHARE) gaben dazu keine Auskunft.

30.2 (1) Der RH hob positiv hervor, dass die Höhe des Richtsatzes zwischen bedarfsorientierter Mindestsicherung und Ausgleichszulage – bereinigt um die Krankenversicherung – grundsätzlich aufeinander abgestimmt war. Er merkte jedoch kritisch an, dass die unterschiedliche Vorgehensweise bei Sonderzahlungen sowie bei Familien und bei den Wohnkosten dieser Abstimmung zuwider lief.

(2) Für den RH war es nicht einsichtig, dass die Folgen einer Lebensgemeinschaft und der Versorgung von Kindern sich stark unterschieden.

Der RH empfahl daher dem BMASK, im Einvernehmen mit den Ländern die Berücksichtigung von Familien- und Unterhaltsleistungen zu harmonisieren.

(3) Der RH kritisierte weiters, dass Daten zu den Überschneidungen zwischen bedarfsorientierter Mindestsicherung und Ausgleichszulage nicht verfügbar waren. Er verwies diesbezüglich auf seine Empfeh-

⁹² Dies soll an einem Beispiel dargestellt werden: Herr J bezog mit rd. 50 Jahren eine Berufsunfähigkeitspension. Er war mit einer rd. 45-jährigen Frau verheiratet, die in einer Wäscherei arbeitete. Als diese ihre Arbeit verlor, sank das Haushaltseinkommen aufgrund der Anwendung des Familienrichtsatzes nur um rd. 100 EUR. Während die Ehefrau für einen etwaigen Bezug von Arbeitslosengeld oder Notstandshilfe ihre Arbeitswilligkeit nachweisen musste, war dies für den Bezug des Familienrichtsatzes zur Ausgleichszulage nicht der Fall.



Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

lung (TZ 40) zur Verbesserung der Datengrundlagen für die wirkungsorientierte Steuerung.

30.3 *Wie bei TZ 29 verwies das BMASK in seiner Stellungnahme auf die zur Umsetzung der Empfehlungen notwendigen personellen Ressourcen.*

30.4 Wie in TZ 29 begründet, hielt es der RH – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, das Zusammenspiel der verschiedenen Sozialleistungen so zu gestalten, dass eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Vollziehung erreicht wird. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Notstandshilfe

31.1 (1) Die dritte bedarfsorientierte Leistung mit erheblichem Gebarungsvolumen war die Notstandshilfe – eine Leistung aus der Arbeitslosenversicherung. Notstandshilfe kam zur Anwendung, wenn kein Arbeitslosengeld mehr gebührte. Voraussetzung war das Vorliegen einer Notlage. Gemäß dem Geschäftsbericht 2013 des AMS bezogen im Jahr 2013 im Durchschnitt rd. 105.132 Personen Notstandshilfe, das Gebarungsvolumen betrug im Jahr 2013 rd. 1,218 Mrd. EUR.

(2) Wie die folgende Tabelle zeigt, bestanden auch zwischen Notstandshilfe und Ausgleichszulage Unterschiede bei der Bestimmung der Leistungshöhe und der Anrechnung von Einkommen:

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Tabelle 13: Unterschiede zwischen Ausgleichszulage und Notstandshilfe		
	Ausgleichszulage	Notstandshilfe
Zuständigkeit		
	Pensionsversicherungsträger	AMS
Leistungshöhe bzw. Richtsätze 2014		
Leistungsempfänger	857,73 EUR	keine Untergrenze (Bedarfsorientierte Mindestsicherung)
Zuschläge/Abzüge		
Krankenversicherung	5,1 %	ohne KV-Beitrag krankenversichert
Kinderzuschlag	132,34 EUR	Zuschlag für Kinder 0,97 EUR pro Kind und Tag
Familienrichtsatz	1.286,03 EUR	Zuschlag für Ehepartner (wenn minderjährige Kinder im Haushalt)
Sonderzahlungen	ja	nein (in monatlicher Leistung abgegolten)
Sonderbedarfe	keine Berücksichtigung	bei Freigrenze für Partnereinkommen, z.B. Krankheit, Darlehen, Unterhalt
Anrechnung weiterer Einkommen		
angerechnetes Einkommen	umfassende Anrechnung (aber Ausnahmekatalog)	grundsätzlich Geltung einer Geringfügigkeitsgrenze
Partnereinkommen	Ehepartner, kein Freibetrag, keine Anrechnungsgrenze (Mindesthaushaltseinkommen)	Ehepartner und Lebensgefährten, Freibetrag 624 EUR, Anrechnungsgrenze Einzelrichtsatz
Zinsen/Vermögen	bis 54 EUR keine Anrechnung, danach volle Anrechnung	volle Anrechnung, sobald das Einkommen Geringfügigkeitsgrenze überschreitet; darunter nicht
Besonderheiten		
Kriegsopferleistungen	Anrechnung von Zusatzrenten	keine Anrechnung
Arbeitseinkommen	volle Anrechnung ab 1. EUR, kein Wegfall ab bestimmter Höhe	keine Anrechnung unter Geringfügigkeitsgrenze; darüber Wegfall gesamter Leistung
Land- und Forstwirtschaft	70 % vom Versicherungswert (z.B. bei 1.000 EUR Einheitswert => 124,63 EUR)	3 % vom Einheitswert (z.B. bei 1.000 EUR Einheitswert => 30 EUR/Monat)
Unfallrenten	volle Anrechnung	Anrechnung zu 50 %, wenn 50 % > als Geringfügigkeitsgrenze

Quellen: AMS; PVA; Darstellung RH

(3) Die Notstandshilfe garantierte kein Mindesteinkommen, da die Leistung von der Höhe des vorher bezogenen Einkommens abhing. War die so ermittelte Leistung zu gering, um ein Auskommen zu sichern, konnte parallel Bedarfsorientierte Mindestsicherung bezogen werden.

Bei der Notstandshilfe waren im Gegensatz zum Ausgleichszulagenrecht unterschiedliche Sonderbedarfe zu berücksichtigen, dies jedoch nur bei der Bemessung des anzurechnenden Partnereinkommens.

(4) Auch die Familienkonstellation war unterschiedlich zu berücksichtigen. Im Gegensatz zur Ausgleichszulage war auch das Einkommen von Lebensgefährten relevant. Dabei galt jedoch eine Reihe von Spezialregelungen, insbesondere ein Freibeitrag. Kinder im gemeinsamen Haushalt führten zwar zu einer Leistungserhöhung, jedoch nicht im gleichen Ausmaß wie bei Bezug einer Ausgleichszulage.

(5) Bei den anzurechnenden Leistungen bestanden wesentliche Unterschiede, z.B. eine Freigrenze für unselbstständige Erwerbstätigkeit in Höhe der Geringfügigkeitsgrenze, eine unterschiedliche Berechnung von Einkommen aus Land- und Forstwirtschaft oder bei der Anrechnung von Unfallrenten.

31.2 Obwohl sich die Notstandshilfe in wesentlichen Elementen von der Ausgleichszulage unterschied, hielt der RH einige der aufgezeigten Unterschiede (z.B. bei der Berechnung von Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, die Berücksichtigung von Kriegsofferleistungen oder von Unfallrenten) für schwer nachvollziehbar.

Der RH empfahl dem BMASK, die Bewertung von Einkommen bzw. Abzugsposten, die gegebenenfalls auf die jeweilige Leistung anzurechnen waren, nach Möglichkeit zu vereinheitlichen (z.B. bei Wohnrechten, Unfallrenten, landwirtschaftlichen Betrieben, Zinseinkünften etc.).

31.3 *Wie bei TZ 29 verwies das BMASK in seiner Stellungnahme auf die zur Umsetzung der Empfehlung notwendigen personellen Ressourcen.*

31.4 Wie in TZ 29 begründet, hielt es der RH – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, das Zusammenspiel der verschiedenen Sozialleistungen so zu gestalten, dass eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Vollziehung erreicht wird. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Rehabilitationsgeld

32.1 (1) Rund 48.000 Ausgleichszulagen wurden Ende 2012 an Empfänger von Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionen ausbezahlt.⁹³ Die Zuerkennung dieser Pensionen erfolgte häufig zunächst (meist auf zwei Jahre) befristet und erst danach endgültig. Ende des Jahres 2013 erhielten rd. 37.000 Personen eine befristete Berufsunfähigkeitspension.

⁹³ In der Statistik werden Personen ab Erreichen des Regelpensionsantrittsalters nicht mehr als Berufsunfähigkeits- bzw. Invaliditätspensionisten gezählt.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Mit 1. Jänner 2014 wurde die Möglichkeit, eine befristete Berufsunfähigkeitspension zu beziehen, abgeschafft. Stattdessen bestand ab dem Jahr 2014 die Möglichkeit, Rehabilitationsgeld zu beziehen.⁹⁴

(2) Die Berechnung des Rehabilitationsgelds orientierte sich nicht an einer Pensionslogik, sondern an der Logik des Krankengelds.⁹⁵ Auszahlende Stelle war nicht die Pensionsversicherung, sondern die Krankenversicherung (wobei Letztere die Aufwendungen von der Pensionsversicherung rückerstattet erhielt). So sollte bereits konzeptionell eine Assoziation mit einer endgültigen Pensionierung vermieden werden. In Verbindung mit einem umfangreichen System der Betreuung durch Case Manager (gemäß § 143b ASVG) sowie einer Mitwirkungspflicht der Betroffenen an den Maßnahmen der Rehabilitation sollten frühe Pensionsanträge vermieden und das durchschnittliche Pensionsantrittsalter erhöht werden.

(3) Aufgrund der Krankengeldlogik war eine wesentlich kürzere Zeitphase vor der Erkrankung bzw. Berufsunfähigkeit für die Höhe der Leistung maßgeblich als nach einer Pensionslogik. Dies konnte sich auf die Leistungshöhe entweder positiv auswirken (wenn das Letztgehalt höher war als der Durchschnitt des Einkommens während der Durchrechnungszeit) oder negativ (wenn, z.B. aufgrund der Erkrankung, das Letztgehalt niedriger war).

Während zu einer befristeten Berufsunfähigkeitspension auch eine Ausgleichszulage gebühren konnte, galt dies für das Rehabilitationsgeld nicht.⁹⁶ Für dieses war zwar eine Mindesthöhe in Höhe des Einzelrichtsatzes zur Ausgleichszulage vorgesehen, dies führte jedoch keineswegs zu den gleichen Auswirkungen: Einerseits war kein Familienrichtsatz vorgesehen, andererseits erfolgte keine Anrechnung sonstiger Einkommen.

So lag z.B. bei gleichzeitigem Bezug von (Mindest-)Rehabilitationsgeld von zwei Ehegatten das Familieneinkommen bedeutend höher als nach der vorherigen Regelung (rd. 1.715 EUR statt rd. 1.286 EUR Familienrichtsatz). Bezog ein Anspruchsberechtigter die Versicherungsleistung neben anderen Einkünften (z.B. Einkünften aus Vermietung

⁹⁴ Sozialrechts-Änderungsgesetz 2012, BGBl. I Nr. 2013/3: Rehabilitationsgeld gebührte, wenn vorübergehende Invalidität vorlag und eine Verbesserung des Gesundheitszustands durch Maßnahmen der Rehabilitation nicht ausgeschlossen war.

⁹⁵ Rehabilitationsgeld gebührte grundsätzlich im Ausmaß von 50 % (ab dem 43. Tag 60 %) des beitragspflichtigen Bruttoarbeitsverdienstes. Sonderzahlungen wurden mit einem Zuschlag von 17 % berücksichtigt (§ 143a ASVG).

⁹⁶ Das Rehabilitationsgeld unterlag auch nicht dem § 324 ASVG, d.h. der Pensionsteilung im Falle einer Unterbringung in einem Pflegeheim.

oder Verpachtung), so begünstigte ihn die neue Regelung ebenso, da keine Anrechnung erfolgte.

- 32.2** Der RH wies darauf hin, dass die Reform der befristeten Berufsunfähigkeitspension dem Zweck diene, das Pensionsantrittsalter zu erhöhen. Es war daher nicht unmittelbar einsichtig, warum es Konstellationen gab, in denen durch das Rehabilitationsgeld eine höhere Geldleistung gebührte als vor der Reform. Dies insbesondere auch deshalb, weil dabei nicht auf einen höheren Bedarf Rücksicht genommen wurde, sondern lediglich auf die Anwendung des Familienrichtsatzes bzw. auf die Anrechnung weiterer Einkommen verzichtet wurde.

Der RH empfahl daher dem BMASK, die Auswirkungen der unterschiedlichen Berechnung von Rehabilitationsgeld und Berufsunfähigkeitspensionen gerade auch bei niedrigen Leistungen genau zu beobachten und zu evaluieren, ob diese Berechnungsunterschiede mit der Zielsetzung einer Anhebung des durchschnittlichen Pensionsantrittsalters vereinbar waren.

- 32.3** *Wie bei TZ 29 verwies das BMASK in seiner Stellungnahme auf die zur Umsetzung der Empfehlung notwendigen personellen Ressourcen.*

- 32.4** Wie in TZ 29 begründet hielt es der RH – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, das Zusammenspiel der verschiedenen Sozialleistungen so zu gestalten, dass eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Vollziehung erreicht wird. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Weitere Bereiche

- 33.1** (1) Die Höhe des Familienrichtsatzes lag im Prüfungszeitraum über der entsprechenden Exekutionsgrenze.⁹⁷ Das führte dazu, dass der Bund im Umfang der Differenz zwischen Exekutionsgrenze und dem Ausgleichszulagenrichtsatz durch eine Sozialleistung letztlich nicht die sozial Schutzbedürftigen finanzierte, sondern zur Abdeckung der Schulden der Ausgleichszulagenbezieher beitrug.

(2) Bezog eine Person eine Pension und Ausgleichszulage in Höhe des Familienrichtsatzes, so war Lohnsteuer abzuführen. In diesem Fall leistete zunächst der Pensionsversicherungsträger die Ausgleichszulage

⁹⁷ Für eine Person mit einer Unterhaltspflicht und einem Einkommen in Höhe des Familienrichtsatzes (1.286 EUR) lag der unpfändbare Betrag des Existenzminimums im Jahr 2014 bei 1.128,80 EUR. Für einen Bezieher einer Ausgleichszulage bis zum Einzelrichtsatz lag das Existenzminimum dagegen bei 857 EUR.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

und rechnete diese mit dem Bund ab, der Bund ersetzte die Aufwendungen dafür. Der Pensionsversicherungsträger hatte aber ebenso die Lohnsteuer zu bemessen und an den Bund abzuführen. Bei der PVA traf dies im dem RH übergebenen Datensatz auf 2.768 Personen zu, bei der SVB auf elf Personen.

Setzte sich das Familieneinkommen in Höhe des Familienrichtsatzes zur Ausgleichszulage anders zusammen (z.B. eine geringe Pension auch des anderen Ehepartners), fiel dagegen keine Lohnsteuer an.

- 33.2** Der RH merkte kritisch an, dass der Ausgleichszulagenrichtsatz weder mit dem Existenzminimum nach der Exekutionsordnung noch mit den Lohnsteuergrenzen abgestimmt war. So kam es einerseits dazu, dass der Bund über eine existenzsichernde Sozialleistung zur Deckung der Schulden der Ausgleichszulagenbezieher beitrug, andererseits zu zirkulären Zahlungsströmen zwischen Bund und Pensionsversicherung im Bereich der Lohnsteuer.

Der RH empfahl dem BMASK, im Einvernehmen mit dem BMF bzw. dem BMJ zu prüfen, ob die Ausgleichszulagenrichtsätze besser mit dem Existenzminimum nach der Exekutionsordnung und den Lohnsteuergrenzen abgestimmt werden könnten, um einerseits Vereinfachungen bei der Abwicklung und andererseits eine genauere Treffsicherheit der Leistungen zu erreichen.

- 33.3** *Wie bei TZ 29 verwies das BMASK in seiner Stellungnahme auf die zur Umsetzung der Empfehlung notwendigen personellen Ressourcen.*
- 33.4** Wie in TZ 29 begründet hielt es der RH – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, das Zusammenspiel der verschiedenen Sozialleistungen so zu gestalten, dass eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Vollziehung erreicht wird. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Ermittlungsverfahren und Datenaustausch

- 34.1** (1) Die Ermittlung des für die Ausgleichszulage maßgeblichen Sachverhalts erfolgte bei den Pensionsversicherungsträgern grundsätzlich durch Aussenden eines Fragebogens an die Antragsteller. Die Angaben der Antragsteller überprüften die Pensionsversicherungsträger – soweit möglich – anhand von Unterlagen bzw. Datenbanken oder durch Anfragen bei anderen Behörden. In weiterer Folge waren die Leistungsbezieher zur Meldung von Änderungen verpflichtet.

Dies entsprach dem Vorgehen bei Pensionsentscheidungen, bei denen Leistungen grundsätzlich auf Antrag gebührten, die Partei die Beweispflicht für das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen trug und in der Regel die Anspruchsvoraussetzungen anhand schriftlicher Unterlagen (Alter, Versicherungszeiten) überprüfbar waren.

Im Bereich der Ausgleichszulage war der Pensionsversicherungsträger allerdings für jene Einkommen beweispflichtig, die auf die Ausgleichszulage anzurechnen waren. Es bestanden zwar Mitwirkungspflichten der Partei, die Meldungen der Parteien auf den Fragebögen waren allerdings teilweise nicht mit dem Akteninhalt stimmig. Sanktionen für unrichtige Meldungen waren nicht vorgesehen.

Andere Behörden, die mit der Vollziehung einkommensabhängiger Leistungen befasst waren, verfügten aufgrund örtlicher Nähe (z.B. bei der Vollziehung der bedarfsorientierten Mindestsicherung) oder regelmäßigen persönlichen Kontakts mit den Betroffenen (z.B. AMS) über zusätzliche Möglichkeiten der Sachverhaltserhebung. Auch die rechtlichen Vorgaben anderer – auf jüngere Betroffene fokussierter – Leistungsbereiche waren teilweise besser auf veränderliche Lebensumstände abgestimmt (z.B. durch Durchschnittsregelungen, Pauschalierungen, Bagatellgrenzen etc.).

- (2) Einige Umstände konnten die Pensionsversicherungsträger durch automatisierten Datenaustausch mit anderen Behörden überprüfen (z.B. die Beschäftigungsverhältnisse mit dem Hauptverband oder den Wohnsitz mit dem Zentralen Melderegister (ZMR)). Die Möglichkeiten zum elektronischen Datenaustausch wurden jedoch nicht zwischen allen öffentlichen Stellen genutzt:

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

- Obwohl alle Pensionsversicherungsträger dieselbe Verwaltungsapplikation benutzten, erfolgte untereinander kein Abgleich der Stammdaten und der gespeicherten weiteren Einkommen.⁹⁸
- Bei ausländischen (Teil-)Pensionen war eine elektronische Meldung der jährlichen Pensionshöhe nur mit einigen Stellen (insbesondere Deutschland und der Schweiz) eingerichtet. Eine elektronische Meldung erfolgte auch nur, wenn bereits bekannt war, dass der Betroffene eine Pension bezog.
- Bei Beschäftigungsverhältnissen konnte zwar deren Bestehen, nicht aber die Höhe des Entgelts durch Datenaustausch geklärt werden.

(3) Die Pensionsversicherungsträger konnten die Parteien laden und Niederschriften aufnehmen. Es bestand auch die Möglichkeit, in Einzelfällen Amtshilfe der Gerichte (z.B. bei Fragen des Unterhalts) oder der Fremdenpolizei (z.B. bei Fragen des Aufenthalts) in Anspruch zu nehmen (z.B. § 459 ASVG). Ein eigener Erhebungsdienst, d.h. Personen, die sich vor Ort ein Bild über die Situation machten, war in der PVA nicht eingerichtet, bei der SVB schon.⁹⁹

34.2 (1) Der RH stellte kritisch fest, dass einige für die Leistung der Ausgleichszulage maßgebliche Konstellationen mit den Erhebungsformen der Pensionsversicherungsträger insgesamt schwer überprüfbar waren (z.B. Vermögenseinkünfte, Auslandsaufenthalte, Lebensgemeinschaften). Er empfahl daher der PVA und der SVB, diese Bereiche im Rahmen der Risikodefinition des IKS (siehe TZ 20) besonders zu berücksichtigen und Vorgaben zum Umgang mit diesen Risiken zu entwickeln.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches innerhalb der Sozialversicherung und mit anderen Stellen noch nicht umfassend genutzt wurden. Er empfahl daher der

⁹⁸ In einem Fall war z.B. die PVA für die Entscheidung über eine Ausgleichszulage zuständig, die SVB erhielt als beitragszuständiger Träger die Information, dass der landwirtschaftliche Betrieb aufgegeben wurde (und daher die weiteren Einkommen sanken). Auf Basis der zwar der SVB, nicht aber der PVA verfügbaren Informationen wäre der Betroffenen über mehrere Jahre Ausgleichszulage zugestanden. Die Übermittlung eines Fragebogens bzw. eine Information über das Antragsrecht erfolgte nicht, die Betroffene stellte daher keinen Antrag und erhielt auch keine Ausgleichszulage.

⁹⁹ Dies deshalb, weil die SVB als gemischter Träger auch für das Beitragswesen in der Krankenversicherung zuständig war. Dennoch stieß auch dieser Erhebungsdienst an seine Grenzen: In einem Fall wurde nachträglich bekannt, dass eine Partei über mehrere Jahre Ausgleichszulage bezog, aber Vermögenserträge nicht gemeldet hatte. Die Höhe dieser Erträge war nicht für alle Vorjahre bekannt, weitere Auskünfte verweigerte die betroffene Person bzw. der Sachwalter. Die Höhe der Rückforderung war somit kaum ermittelbar, die SVB nahm schließlich für mehrere Jahre ein identes Einkommen an wie in jenem Jahr, für das ausreichende Informationen vorlagen.

PVA und der SVB, die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches innerhalb der Sozialversicherung und mit anderen Stellen so weit als möglich zu nutzen.

(3) Schließlich merkte der RH an, dass aufgrund der den unterschiedlichen Behörden zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Sachverhaltsermittlung ein verstärkter Datenaustausch hilfreich für eine ganzheitliche Erfassung des Sachverhalts wäre. Der RH wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass keine Sanktionen für unrichtige Meldungen vorgesehen waren.

34.3 *Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass der Datenaustausch bereits existiere. Es werde vierteljährlich ein Datenabgleich zwischen den Pensionsversicherungsträgern durchgeführt. Dieser Abgleich beinhalte Änderungen der Leistungshöhen (Pension, Pflegegeld, Ausgleichszulage usw.), aber auch die gespeicherten sonstigen Einkünfte. Weiters werde zweimal jährlich (Jänner und April) ein Datenabgleich mit dem Sozialministeriumservice vorgenommen.*

Alle zu überprüfenden Daten würden den zuständigen Stellen der Träger zur Nachbearbeitung übergeben.

34.4 Der RH anerkannte gegenüber der PVA die laufenden Bemühungen zum Datenaustausch zwischen den Pensionsversicherungsträgern bzw. mit dem Sozialministeriumservice, wies allerdings erneut auf die aufgezeigten Schwächen (kein automatisierter Stammdatenabgleich, nur eingeschränkter elektronischer Austausch mit ausländischen Pensionen etc.) hin.

Zusammenfassung

35.1 Der RH hielt zunächst fest, dass ein und dieselbe Person hintereinander Notstandshilfe, bedarfsorientierte Mindestsicherung sowie Rehabilitationsgeld und Ausgleichszulage erhalten könnte. Weiters war jeweils gleichzeitig der Bezug einer Leistung nach dem KOVG 1957 möglich.

Der RH verkannte nicht, dass die Ausgleichszulage, die bedarfsorientierte Mindestsicherung und die Notstandshilfe ebenso wie das Rehabilitationsgeld und die Kriegsopferversorgung jeweils ihre eigenen historischen Wurzeln und die entsprechenden Regelungen ihre eigene sachliche Rechtfertigung hatten. Während die bedarfsorientierte Mindestsicherung ein letztes soziales Netz bieten sollte, wiesen die Ausgleichszulage und die Notstandshilfe sowie das Rehabilitationsgeld einen Bezug zu Versicherungssystemen mit Beitragszahlungen

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

auf. Die jeweils typischen Versorgungslagen ließen auch unterschiedliche Anreizwirkungen (z.B. im Hinblick auf die Nutzung der eigenen Arbeitskraft der Leistungsbezieher) als vordringlich erscheinen.

Dennoch war der RH der Ansicht, dass die genannten Leistungen letztlich den Zweck einer Existenzsicherung in einer Notlage verfolgten. Er kritisierte daher zusammenfassend, dass die Bestimmungen über die Leistungshöhe, die Berücksichtigung von Familienleistungen und die Anrechnung weiterer Einkünfte bei allen genannten Leistungen anders waren. Unterschiedliche Verwaltungsbehörden (unmittelbare Bundesverwaltung, Sozialversicherungen, das AMS und die Länder) hatten teilweise den gleichen Sachverhalt bzw. zusammenhängende Sachverhalte getrennt voneinander zu erheben. Idente Sachverhalte (z.B. derselbe landwirtschaftliche Betrieb, dasselbe Wohnrecht oder dieselbe Unfallrente) wurden in den einzelnen Rechtsbereichen in unterschiedlicher Weise bewertet. Wesentliche Fragen, wie z.B. die Geltung eines Anspannungsgrundsatzes für die Arbeitskraft, hingen nicht von der Zumutbarkeit oder der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, sondern maßgeblich vom vollzogenen Rechtsbereich ab.

35.2 Der RH hielt daher Vereinfachungen bzw. eine Harmonisierung in einigen Bereichen für geboten:

- Auf technischer Ebene sollte die Bewertung von Einkommen bzw. Abzugsposten, die gegebenenfalls auf die jeweilige Leistung anzurechnen waren, vereinheitlicht werden (z.B. bei Wohnrechten, Unfallrenten, landwirtschaftlichen Betrieben, Zinseinkünften etc.).
- Die Berücksichtigung von Familien- und Unterhaltsleistungen wäre nach Ansicht des RH ebenfalls zu harmonisieren.
- Unterschiede in der letztlich zur Sicherung des Lebensunterhalts dienenden Leistungshöhe sollten nach Ansicht des RH dahingehend evaluiert werden, ob sie noch sachlich gerechtfertigt waren (z.B. Existenzminimum, Lohnsteuergrenzen, Ausgleichszulagenrichtsatz).

Weiters sollten Möglichkeiten zur Vereinfachung der Verwaltungsabläufe weitestgehend genutzt, insbesondere idente Sachverhalte möglichst nur an einer Stelle erhoben werden. Aufgrund der den unterschiedlichen Behörden zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Sachverhaltsermittlung wäre ein verstärkter Datenaustausch für eine ganzheitliche Erfassung des Sachverhalts hilfreich.



Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Der RH empfahl daher dem BMASK, im Einvernehmen mit den Ländern auf eine Harmonisierung der einkommensabhängigen Leistungen hinzuwirken.

Wirkungsziele zur
Ausgleichszulage
(Gleichstellungsziel)

Grundlagen und Wirkungsziele

36.1 (1) Das ab dem Jahr 2013 geltende neue Haushaltsrecht des Bundes führte u.a. die Verpflichtung zur wirkungsorientierten Haushaltsführung ein. Damit sollte klar definiert werden, welche Wirkungen die Verwaltungstätigkeit erreichen und wie der Erfolg bei der Erreichung der definierten Wirkungsziele gemessen werden sollte. Für jede Untergliederung des Bundeshaushalts¹⁰⁰ waren ein Leitbild und maximal fünf Wirkungsziele festzulegen, wovon zumindest eines ein Gleichstellungsziel (zur Gleichstellung von Frauen und Männern) zu sein hatte.

Mit der Implementierung der wirkungsorientierten Haushaltsführung waren ein umfangreicher Veränderungsprozess und ein grundlegender Wandel der Steuerungskultur in Politik und Verwaltung beabsichtigt, weg von der Ressourcensteuerung hin zu einer verstärkten Orientierung an zu erzielenden Ergebnissen.

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lagen dem RH Informationen über die Festlegungen der Angaben zur Wirkungsorientierung (Ziele, Maßnahmen, Indikatoren) aus dem Jahr 2012 für das Jahr 2013 sowie aus dem Jahr 2013 für die zwei zeitnah beschlossenen Budgets 2014 und 2015 vor sowie der erste Wirkungscontrollingbericht über die Ergebnisse des Jahres 2013.

(3) Das Leitbild zur Untergliederung 22 „Pensionsversicherung“ lautete: „Wir sorgen für die Sicherheit des staatlichen Pensionssystems und damit für den Erhalt des Lebensstandards im Alter.“

¹⁰⁰ Der Bundeshaushalt war in Rubriken, Untergliederungen, Globalbudgets und Detailbudgets untergliedert. Die Ausgleichszulage war innerhalb der Rubrik Arbeit Soziales, Gesundheit und Familie in der Untergliederung 22 Pensionsversicherung enthalten. Diese sah für das Jahr 2013 Auszahlungen von 9,966 Mrd. EUR vor, davon betrafen 8,916 Mrd. EUR den Bundesbeitrag und die Partnerleistung und weitere 1,001 Mrd. EUR die Ausgleichszulage.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Dazu wiesen die Bundesfinanzgesetze (BFG) 2013, 2014 und 2015 folgende (identische) Wirkungsziele aus:

1. Nachhaltige Sicherung des staatlichen Pensionssystems für die Sozialversicherten.
2. Bürger [...] sind in der Pension [...] ausreichend finanziell versorgt und weniger armutsgefährdet.
3. Verringerung des Frauenanteils bei Ausgleichszulagenbeziehern.

Die Begründung für das Wirkungsziel 3 lautete: „Geringeres Einkommen, vermehrte Teilzeitbeschäftigung und geringere Versicherungszeiten führen dazu, dass Frauen vermehrt Bezieherinnen der Ausgleichszulage sind. Ein späterer Pensionsantritt bedeutet eine höhere Pension. Durch gezielte Maßnahmen ist eine vorzeitige Inanspruchnahme zu verhindern.“

Mit dem Wirkungsziel 3 war beabsichtigt, dass sich die wirtschaftliche Situation der Frauen verbessern sollte (z.B. durch höhere Pensionen) und diese daher weniger Ausgleichszulage benötigten.

(4) Fragen der Geschlechtergleichstellung waren im Pensionsrecht von hoher Bedeutung: Im Gefolge der Lissabon-Ziele entstand in der EU ein Whitepaper zu Nachhaltigkeit und Adäquanz der Leistungen im Pensionsrecht. Darin wurden auch die erheblichen geschlechtsspezifischen Unterschiede im Pensionsbezug reflektiert. Eine weitere EU-Studie befasste sich im Jahr 2013 mit dem „Gender Pension Gap“ (also dem Umstand, dass die Pensionen der Frauen im Durchschnitt wesentlich niedriger waren als die Pensionen der Männer). Die Studie gab diesen Unterschied in Österreich mit rd. 34 % an.

Auch das BMASK unternahm daraufhin Bemühungen zur Auseinandersetzung mit Gleichstellungsaspekten im Pensionsrecht. So lag – basierend auf Daten seit dem Jahr 2006 – eine genderdisaggregierte Erfolgsrechnung der SV-Träger (getrennt nach Frauen und Männern) vor. Im Jahr 2014 fand eine Konferenz zur Frage der Geschlechtergerechtigkeit im Pensionsrecht statt.¹⁰¹

(5) Das Themengebiet warf Fragestellungen mit hoher Relevanz für die Bürger, aber auch für die öffentliche Gebarung auf:

¹⁰¹ Altersrenten/-pensionen für Frauen – Ansprüche und Armutsvermeidung, am 3. und 4. April 2014

- Einerseits waren die Unterschiede zwischen den Einkommen von Frauen und Männern bei Pensionen noch wesentlich höher als im Erwerbsleben. Dies ergab sich vor allem daraus, dass zusätzlich zum Gender Pay Gap (also dem Umstand, dass Männer durchschnittlich ein höheres Aktiveinkommen bezogen als Frauen) auch eine höhere Teilzeitquote bei Frauen und längere Versicherungszeiten bei Männern wirksam wurden.
- Andererseits gingen auch erheblich höhere öffentliche Transferleistungen an Frauen. Beispielsweise zeigt die folgende Tabelle, dass bis zum Jahr 2008 die Pensionsversicherung der Unselbstständigen bei Männern mit einem positiven Saldo arbeitete, während für Frauen bereits damals ein Bundesbeitrag von rd. 3,96 Mrd. EUR benötigt wurde.¹⁰² Im Jahr 2013 unterstützte der Bund die Pensionsleistungen an Frauen mit rd. 4 Mrd. EUR mehr als jene an Männer.

Tabelle 14: Bundesbeitrag in der Pensionsversicherung 2006 bis 2012 nach Geschlecht				
	ASVG	GSVG/FSVG	BSVG	Summe
	in Mio. EUR			
Frauen				
2006	3.698,2	474,2	581,5	4.754,0
2007	3.713,7	698,7	595,1	5.007,5
2008	3.957,7	725,9	655,6	5.339,2
2009	4.309,1	748,3	701,9	5.759,3
2010	4.196,5	770,6	730,3	5.697,4
2011	4.312,5	753,3	749,6	5.815,4
2012	4.702,9	779,8	797,4	6.280,1
Männer				
2006	– 199,8	700,9	629,4	1.130,5
2007	– 211,2	524,5	665,0	978,2
2008	– 118,1	583,4	685,6	1.150,9
2009	482,3	615,1	708,0	1.805,4
2010	632,7	723,3	714,4	2.070,4
2011	610,5	707,6	713,8	2.031,9
2012	788,5	762,9	719,2	2.270,6

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMASK; Darstellung RH

¹⁰² Anzumerken war, dass dabei die Ausgaben für Witwenpensionen der Kategorie Frauen zugeordnet wurden, da diese die Leistungen erhielten (obwohl die verstorbenen Männer versichert waren).

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Auch im Bereich der Ausgleichszulagen erhielten im Jahr 2013 wesentlich mehr Frauen (154.378) eine Leistung als Männer (74.988). Die Zahlungen an Frauen (636 Mio. EUR im Jahr 2013) waren wesentlich höher als an Männer (369 Mio. EUR).

(6) Diese Unterschiede spiegelten teilweise das Berufsleben wider: Wer ein höheres Einkommen als Aktiver hatte, bezahlte höhere Beiträge und erhielt eine höhere Pension. Andererseits gestaltete das Pensionsrecht – und gerade das Ausgleichszulagenrecht – die Leistungshöhe auch nach anderen Kriterien und es konnte Unterschiede verstärken oder reduzieren. Dabei trafen unterschiedliche Elemente zusammen, z.B. wurde die Leistung für Frauen im Vergleich zu Männern vom unterschiedlichen Pensionsantrittsalter, von der Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten oder auch von Witwenleistungen beeinflusst, so dass die Gesamtwirkung einer Regelung auf bestimmte Personengruppen nicht immer zu bestimmen war.

36.2 (1) Der RH hob positiv hervor, dass für das Jahr 2013 erstmals Angaben zur Wirkungsorientierung beim Bund vorlagen und dass dies eine wesentliche Neuerung darstellte. Der RH anerkannte die darin liegende Herausforderung und sah die Erfahrungen aus den ersten Jahren auch als wichtigen Input zur Weiterentwicklung des Konzepts der Wirkungsorientierung.

Der RH begrüßte die wirkungsorientierte Steuerung gerade im Zusammenhang mit dem Thema Ausgleichszulage. Er hielt eine Messung der Wirkungen des staatlichen Handelns in diesem Bereich für mehrfach entscheidend, z.B. im Hinblick auf

- die Effektivität und Treffsicherheit der Leistungen (Wird Altersarmut effektiv bekämpft? Erhalten nur Personen mit tatsächlichem Bedarf eine Leistung? Werden einzelne Gruppen bevorzugt oder benachteiligt?);
- die Abschätzung der Auswirkung von Gesetzesänderungen (z.B. die jährliche Erhöhung eines Richtsatzes, die nicht nur bestehenden Leistungsbeziehern höhere Auszahlungen bringt, sondern potenziell auch weiteren Personen Zugang zur Leistung gewährt);
- die Abschätzung der Auswirkung von Änderungen in den tatsächlichen Lebensumständen (Wie wirkt sich eine höhere Scheidungsrate auf die Altersarmut und die Ausgleichszulage aus? Wie eine höhere internationale Mobilität? Eine höhere Frauenbeschäftigungsquote?).

(2) Der RH merkte weiters an, dass die Gleichstellung von Frauen und Männern im Pensionsalter ein strategisches Ziel im Konnex mit der Entwicklung der Pensionssysteme war, was sich in dem EU-Whitepaper oder auch in der Konferenz des BMASK widerspiegelte. Dieses Grundproblem zu adressieren, stand daher grundsätzlich im Einklang mit den strategischen Prioritäten des Bundes. Der RH anerkannte die Bemühungen des BMASK um die Auseinandersetzung mit der Geschlechtergleichstellung im Bereich der UG 22 und begrüßte insbesondere die vorliegende, zwischen Frauen und Männern getrennte Erfolgsrechnung.

(3) Der RH sah allerdings mehrere Punkte, in denen eine Verbesserung bzw. Weiterentwicklung erforderlich war:

Die Auswahl des Anteils der Frauen an den Ausgleichszulagenbeziehern als Wirkungsziel fokussierte die Fragestellung der Gleichstellung zwischen Frauen und Männern im Pensionssystem auf lediglich rd. 10 % der Pensionisten.¹⁰³ Eine Begründung dafür war aus den vom BMASK übermittelten Unterlagen nicht ersichtlich.

Weiters wären im Bereich der Ausgleichszulage auch andere als Gleichstellungsziele relevant gewesen, z.B. eine Klarstellung, welches Ziel die Ausgleichszulage letztlich verfolgte im Hinblick auf die Entwicklung der Richtsätze im Vergleich zur Kaufkraftentwicklung (siehe TZ 27), die Einordnung in das sich verändernde System anderer einkommensabhängiger Leistungen (siehe TZ 28 bis 35), die Treffsicherheit etwa im Vergleich verschiedener Berufsgruppen oder hinsichtlich der Einheitlichkeit und Steuerung der Vollziehung. Auch diesbezüglich war eine Begründung aus den vom BMASK übermittelten Unterlagen nicht ersichtlich.

(4) Die Formulierung des Wirkungsziels war nach Ansicht des RH nicht ausreichend präzise. Sie bezog sich nicht auf den Bedarf nach, sondern auf den Bezug von Ausgleichszulage. Somit beschrieb das Wirkungsziel nicht eine Verbesserung der Einkommenslage der Frauen im Pensionsalter und daraus resultierend einen geringeren Bedarf nach Unterstützung, sondern lediglich eine reduzierte Inanspruchnahme. Zum Beispiel führte eine Auszahlung der Ausgleichszulage in aufrechter Ehe an Männer statt an Frauen dazu, dass die Zahl der Frauen, die Ausgleichszulage bezogen, sank. Dies würde rechnerisch zur Zielerreichung beitragen, obwohl damit keine positive Veränderung der wirtschaftlichen Lage der Frauen erreicht würde. Die betroffenen Frauen wären vielmehr nach wie vor wirtschaftlich von der Ausgleichszu-

¹⁰³ Im Dezember 2013 bezogen rd. 2,3 Mio. Personen eine Pension, die Zahl der Ausgleichszulagenbezieher lag bei rd. 230.000. Somit bezog sich das Gleichstellungsziel auf rd. 10 % der Personen, die direkt als Leistungsempfänger von der UG 22 berührt wurden.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

lage und zusätzlich noch von der innerfamiliären Aufteilung der Mittel abhängig.

Der RH empfahl daher dem BMASK, bei der Weiterentwicklung der Instrumente und Inhalte der wirkungsorientierten Haushaltsführung die Begründung zur Relevanz der Wirkungsziele und die Präzision der sprachlichen Formulierung besonders zu berücksichtigen.

Der RH empfahl weiters dem BMASK, klarzustellen, wie die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern bei den übrigen Pensionsbeziehern verfolgt werden soll und ob sich das Ziel der Reduktion der Frauenquote auf den Bezug von oder den Bedarf nach Ausgleichszulage bezog.

36.3 *Das BMASK teilte in seiner Stellungnahme mit, seitens der zuständigen Fachsektion im BMASK seien die Wirkungsziele überarbeitet und bereits in den Strategiebericht 2016 bis 2019 eingearbeitet worden. Das Wirkungsziel in Bezug auf die Ausgleichszulage laute in Hinkunft: „Jährliche Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze in der Höhe des Anstieges des Verbraucherpreisindex.“*

36.4 Der RH erwiderte dem BMASK, dass das neue Wirkungsziel im Strategiebericht 2016 bis 2019 nicht in den Prüfungszeitraum des RH fiel und daher nicht Gegenstand der Prüfung war. Er hielt jedoch fest, dass die jährliche Erhöhung der Richtsätze in einer bestimmten Höhe eine Maßnahme und kein Wirkungsziel darstellte. Welche Wirkung bei den Leistungsbeziehern bzw. gesamtgesellschaftlich durch die Leistung von rd. 1 Mrd. EUR angestrebt wird (Armutsbekämpfung, Geschlechtergleichbehandlung etc.), wird durch die vom BMASK zitierte Formulierung nicht klargestellt.

Maßnahmen zur Umsetzung des Wirkungsziels 3

37.1 Zur Umsetzung des Wirkungsziels 3 zur Ausgleichszulage waren in den BFG 2013, 2014 und 2015 folgende Maßnahmen vorgesehen:

- a) Gezielte berufliche Rehabilitation, um die Notwendigkeit der Pension zu verhindern.
- b) Durchführung einer vertiefenden Gender-Analyse: Die nach Geschlecht erhobenen Daten werden dahin aufbereitet, dass damit gezielte Maßnahmen zur Verringerung der geschlechtsspezifischen Disparitäten abgeleitet werden können.

37.2 (1) Der RH beurteilte die Kohärenz zwischen dem gesetzten Ziel und den vorgesehenen Maßnahmen kritisch.

(2) Die Maßnahme der Rehabilitation, die den Zeitpunkt der Pensionierung nach hinten verschieben und so die Pensionshöhe steigern sollte, würde auch Männern zur Verfügung stehen. Insofern war nicht unmittelbar klar, warum der Anteil der Frauen an allen Ausgleichszulagenbeziehern durch diese Maßnahme sinken sollte. Die als zweite Maßnahme vorgesehenen weiteren Analysen werden für sich genommen nach Ansicht des RH den Anteil der Frauen mit Ausgleichszulage nicht verändern.

Die Gründe dafür, dass Frauen häufiger Ausgleichszulage bezogen, waren nach Ansicht des RH vielfältig und bezogen sich nicht nur auf den Pensionierungszeitpunkt. Im Vergleich zu Männern waren Frauen z.B. häufiger für die Kindererziehung und für Pflege und Betreuung von älteren Familienmitgliedern verantwortlich und deshalb häufiger in Teilzeitbeschäftigung oder ohne versicherungspflichtige Beschäftigung. Sie verdienten auch in der Aktivzeit im Durchschnitt weniger.

Diese Ursachen waren jedoch im Zeitraum 2013 bis 2015 kaum so zu beeinflussen, dass dies im gleichen Zeitraum bereits zu einer Absenkung des Frauenanteils bei der Ausgleichszulage führen konnte. Vor allem war eine solche Beeinflussung nicht durch Maßnahmen der Sozialversicherung bzw. des BMASK möglich. Relevant dafür könnten zwar generelle Maßnahmen der Gesellschaftspolitik (Kinderbetreuung etc.) sein, wie sie teilweise auch durch Gleichstellungsziele anderer Untergliederungen adressiert waren. Diese würden jedoch erst langfristig die Zahl der Frauen mit Ausgleichszulage verändern. Unmittelbar wirksam könnten lediglich Gesetzesänderungen sein.

Eine Maßnahme zur Zielerreichung, die auf die Erarbeitung gesetzlicher Änderungsvorschläge ausgerichtet war, war jedoch nicht vorgesehen. Der RH sah die Gefahr, dass der Eindruck entstehen könnte, die Vollziehung könnte bei bestehender Gesetzeslage Ergebnisse erreichen, die wesentlich Aufgabe des Gesetzgebers waren.

(3) Der RH vermisste daher eine Darlegung bzw. Analyse des Wirkungsgefüges der einzelnen Faktoren, die zur Erreichung des Wirkungsziels beitragen würden. Ohne eine solche Analyse hielt der RH die Kohärenz zwischen den geplanten Maßnahmen und den Wirkungszielen für problematisch.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Der RH empfahl daher dem BMASK, bei der Weiterentwicklung der Instrumente und Inhalte der wirkungsorientierten Haushaltsführung die Kohärenz zwischen Wirkungszielen und Maßnahmen besonders zu berücksichtigen. Weiters wäre klarzustellen, in welchem Ausmaß Maßnahmen der Vollziehung und in welchem Ausmaß Maßnahmen der Gesetzgebung für die Erreichung des Wirkungsziels erforderlich sind.

37.3 *Wie in TZ 36 verwies das BMASK in seiner Stellungnahme auf das im Strategiebericht 2016 bis 2019 überarbeitete Wirkungsziel in Bezug auf die Ausgleichszulage: „Jährliche Erhöhung der Richtsätze in der Höhe des Anstieges des Verbraucherpreisindex.“*

37.4 Der RH erwiderte dem BMASK, wie schon zu TZ 36, dass das neue Wirkungsziel im Strategiebericht 2016 bis 2019 nicht in den Prüfungszeitraum des RH fiel und daher nicht Gegenstand der Prüfung war. Er hielt jedoch fest, dass die jährliche Erhöhung der Richtsätze in einer bestimmten Höhe eine Maßnahme und kein Wirkungsziel darstellte. Welche Wirkung bei den Leistungsbeziehern bzw. gesamtgesellschaftlich durch die Leistung von rd. 1 Mrd. EUR angestrebt wird (Armutsbekämpfung, Geschlechtergleichbehandlung etc.), wird durch die vom BMASK zitierte Formulierung nicht klargestellt.

Indikatoren und Zielwerte

38.1 (1) Zur Messung des Erfolgs des Wirkungsziels 3 bzw. als Meilensteine war Folgendes vorgesehen:

a) Für die Maßnahme „gezielte berufliche Rehabilitation“ sollte im Jahr 2013 eine Evaluierung im jährlichen Rehabilitationsbericht des Hauptverbands erfolgen. Im Jahr 2014 war eine Analyse und Bewertung im Monitoringbericht über Rehab- und Umschulungsgeld vorgesehen. Dieser sollte im Frühling 2014 gesetzlich eingeführt und im 3. Quartal 2014 erstmals erstellt werden.

b) Die Maßnahme „Durchführung einer vertiefenden Gender-Analyse“ sollte im Jahr 2013 durch Aufbereitung und Analyse der Daten der Pensionsversicherungsträger auf Basis ihrer Erfolgsrechnungen erfolgen, im Jahr 2014 mittels nach Geschlecht getrennten Auswertungen im Monitoringbericht zum Pensionsantrittsalter bis zum Oktober 2014.

Der für die Maßnahmen des Jahres 2014 vorgesehene Monitoringbericht sollte durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2014 (SRÄG 2014) im Frühjahr 2014 neu geschaffen werden. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (bis Herbst 2014) war das Gesetz noch nicht in Kraft

getreten. Das BMASK erstellte im Herbst 2014 einen vom Umfang her reduzierten Monitoringbericht selbst.

(2) Als Kennzahlen für das Wirkungsziel 3 fungierten die absolute Anzahl der weiblichen und männlichen Ausgleichszulagenbezieher sowie der Anteil der Frauen, die Ausgleichszulage bezogen.

Tabelle 15: Kennzahlen für das Wirkungsziel 3 der UG 22

Kennzahlen	2010	2011	2012	2013	2014	2018	Veränderung
	Ist	Ist	Ist	Ziel	Ziel	Ziel	
	Anzahl						
AZ-Bezieher Frauen	163.304	160.255	156.870	158.788	152.346	142.901	– 12
AZ-Bezieher Männer	76.496	76.110	75.541	76.802	74.934	73.299	– 4
	in %						
Anteil Frauen	68,1	67,8	67,5	67,4	67,0	66,1	– 3

Anmerkung: Bei der Zieldefinition für 2013 waren die Ist-Werte für das Jahr 2012 nicht angeführt, im Teilheft 2014 war die Tabelle so abgebildet. Der Ist-Wert für Frauen für das Jahr 2013 war dort mit 154.981 angegeben, der Ist-Wert für Männer mit 75.429.

Quelle: BFG 2014 (Teilhefte)

(3) Die Statistik und auch das Wirkungsziel zur UG 22 stellten auf die Gesamtzahl der Frauen bzw. Männer ab, an die eine Ausgleichszulage ausgezahlt wurde. Zu beachten war jedoch, dass im Falle einer Auszahlung auf Basis eines Familienrichtsatzes nur eine Person die Zahlung erhielt, diese aber zur Versorgung beider Ehepartner gedacht war. Während somit bei einer Ausgleichszulage auf Basis des Einzelrichtsatzes der Empfänger der Zahlung auch die zu versorgende Partei war, war diese Logik bei einer Ausgleichszulage auf Basis des Familienrichtsatzes nicht zwingend gegeben.

Der RH wertete daher die Anzahl der Frauen und Männer getrennt nach Familien- und Einzelrichtsatz aus:¹⁰⁴

- Rund 18 % (PVA) bzw. rd. 20 % (SVB) der Bezieher von Familienrichtsätzen waren Frauen.¹⁰⁵
- Rund 76 % (PVA) bzw. rd. 80 % (SVB) der Bezieher von Einzelrichtsätzen waren Frauen.

¹⁰⁴ Dabei waren aufgrund der gewählten Datenbasis gewisse Unschärfen bei Personen mit besonders vielen Kinder-Richtsatzerhöhungen nicht auszuschließen. Dies konnte jedoch die Grundaussage der Auswertung nicht beeinträchtigen.

¹⁰⁵ Bei der PVA bezogen insgesamt rd. 22.600 Personen einen Familienrichtsatz, davon waren rd. 18.600 Männer und rd. 4.000 Frauen. Bei der SVB bezogen rd. 12.500 Personen einen Familienrichtsatz, davon waren rd. 9.900 Männer und rd. 2.600 Frauen.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Im Rahmen der Gespräche des RH mit den Vertretern der Pensionsversicherungsträger führten diese zur Erläuterung des hohen Männeranteils bei Ausgleichszulagen nach Familienrichtsätzen an, dass häufig Frauen früher in Pension gingen als Männer. Bei Pensionsantritt der Frau seien die Männer somit noch berufstätig, was oft aufgrund des noch höheren Einkommens die Gewährung einer Ausgleichszulage ausschließe. Bei Pensionsantritt des Mannes gelte dann dessen Pensionsantrag auch als Antrag auf Ausgleichszulage, so dass die Ausgleichszulage an ihn ausbezahlt würde.

Wie bereits unter TZ 30 angeführt, erfolgte die Auszahlung der bedarfsorientierten Mindestsicherung anders als jene der Ausgleichszulage in aufrechter Ehe anteilig direkt an beide Partner.

(4) Es gab zwar mehr weibliche Bezieher von Ausgleichszulagen, aber auch mehr weibliche Bezieher von Pensionen, da die Lebenserwartung der Männer niedriger war als die der Frauen. Der RH stellte fest,¹⁰⁶ dass bei der SVB nahezu der gesamte Geschlechterunterschied (rd. 60 % Frauenanteil im Jahr 2013) durch eine Bereinigung um diesen Umstand verschwand, bei der PVA (rd. 69 % Frauenanteil im Jahr 2013) dagegen nicht.

Dies konnte auch darin begründet sein, dass das Sozialversicherungsrecht der Bauern eine Reihe von Maßnahmen im Interesse einer Geschlechtergleichbehandlung setzte. So war z.B. die Bemessungsgrundlage der Pensionsbeiträge am Einheitswert orientiert, der sich nach der bewirtschafteten Liegenschaft und nicht nach der Person richtete (somit bestand im Gegensatz zu unselbstständigen Beschäftigungen keine Möglichkeit zu einer Geschlechterdiskriminierung bei der Bemessungsgrundlage). Weiters bestand bei gemeinsamer Bewirtschaftung ein Recht der Frau, (wie ihr Ehegatte) mit dem halben Versicherungswert versichert zu werden.

38.2 (1) Der RH merkte zunächst an, dass die Jahre 2010 bis 2012 – also bevor das Wirkungsziel galt – bereits eine etwa gleiche Entwicklung der maßgeblichen Kennzahlen aufwiesen, wie sie in den Zielwerten für die Jahre 2013 und 2014 zum Ausdruck kam. Insofern konnten die „Zielwerte“ lediglich als Fortschreibung der bisherigen Entwicklung aufgefasst werden.

¹⁰⁶ Der RH ermittelte die Gesamtzahl der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung in einer bestimmten Alterskohorte und bezog die Zahl der männlichen bzw. weiblichen Ausgleichszulagenbezieher jeweils auf diese Grundgesamtheit. Der sich ergebende Anteil der Ausgleichszulagenbezieher würde sich nicht wesentlich unterscheiden, wenn der gesamte Geschlechterunterschied auf die unterschiedliche Lebenserwartung zurückzuführen wäre.

Es war nicht ersichtlich, wie das BMASK die Entwicklung ohne Maßnahmen einschätzte und welcher Einfluss der vorgeschlagenen Maßnahmen auf die maßgeblichen Zielgrößen vorgesehen war. Offen war auch, wie in der Messung der Kennzahl damit umzugehen war, dass zeitlich befristete berufsunfähige Personen ab dem Jahr 2014 keine Pension (und somit auch keine Ausgleichszulage), sondern Rehabilitationsgeld bezogen (TZ 32). Würden sie aus der Statistik fallen, so wären die Zahlen kaum mit den Vorjahren vergleichbar.

(2) Der RH merkte weiters an, dass der gewählte Indikator der Frauen, die Ausgleichszulage bezogen, mehrere Schwächen aufwies:

Der Anteil der wirtschaftlich auf Ausgleichszulage angewiesenen Frauen war noch wesentlich höher, als vom Indikator erfasst wurde. Bei diesem waren nämlich jene Frauen nicht berücksichtigt, die im Rahmen einer Ehe von Ausgleichszulage-Leistungen profitierten, die an den Ehemann ausbezahlt wurden. Der RH beurteilte es eher als problematisch, dass in den Familien nur ein geringer Anteil von Frauen die Auszahlungen der Ausgleichszulage erhielten, und verwies diesbezüglich darauf, dass die entsprechende rechtliche Regelung für die bedarfsorientierte Mindestsicherung aus dem Jahr 2010 eine anteilige Auszahlung an beide Ehepartner vorsah.

Weiters war ein Teil des geschlechtsspezifischen Unterschieds eindeutig in der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern begründet. Insofern hielt der RH eine nach Trägern differenzierte und altersbereinigte Betrachtung für angezeigt.

Der RH empfahl daher dem BMASK, bei der Weiterentwicklung der Instrumente und Inhalte der wirkungsorientierten Haushaltsführung besondere Aufmerksamkeit auf die Auswahl richtiger, aussagekräftiger Indikatoren und die Quantifizierung (analytische Ableitung) der Zielwerte für diese Indikatoren zu legen.

Der RH empfahl weiters dem BMASK, klarzustellen, in welchem Ausmaß auch ohne Maßnahmen eine Reduktion des Frauenanteils bei der Ausgleichszulage zu erwarten ist und welche Wirkung den Maßnahmen zugeschrieben wird, eine getrennte Betrachtung von Beziehern von Einzel- und Familienrichtsätzen vorzunehmen und die Indikatoren auch altersstandardisiert zu analysieren.

38.3 *Wie in TZ 36 verwies das BMASK in seiner Stellungnahme auf das im Strategiebericht 2016 bis 2019 überarbeitete Wirkungsziel in Bezug auf die Ausgleichszulage: „Jährliche Erhöhung der Ausgleichszulagenrichtsätze in der Höhe des Anstieges des Verbraucherpreisindex.“*

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

38.4 Der RH erwiderte dem BMASK, wie schon zu TZ 36, dass das neue Wirkungsziel im Strategiebericht 2016 bis 2019 nicht in den Prüfungszeitraum des RH fiel und daher nicht Gegenstand der Prüfung war. Er hielt jedoch fest, dass die jährliche Erhöhung der Richtsätze in einer bestimmten Höhe eine Maßnahme und kein Wirkungsziel darstellte. Welche Wirkung bei den Leistungsbeziehern bzw. gesamtgesellschaftlich durch die Leistung von rd. 1 Mrd. EUR angestrebt wird (Armutsbekämpfung, Geschlechtergleichbehandlung etc.), wird durch die vom BMASK zitierte Formulierung nicht klargestellt.

Prozess zur Entwicklung der Angaben zur Wirkungsorientierung

39.1 (1) Das BKA hatte im Jahr 2011 das „Handbuch Wirkungsorientierte Steuerung“ erstellt, das den Prozess zur Erstellung (und Evaluierung) der Wirkungsziele umfassend beschrieb.

(2) Der RH ersuchte das BMASK um Übermittlung der Unterlagen zum Prozess, in dem die Angaben zur Wirkungsorientierung der UG 22 (das Wirkungsziel, die zugehörigen Maßnahmen und Indikatoren) festgelegt worden waren. Das BMASK übermittelte daraufhin eine E-Mail, die festhielt, dass die Festlegung der Wirkungsziele für die UG 22 im Rahmen einer Abteilungsleitersitzung erfolgt und Ergebnis einer intensiven Diskussion gewesen sei. Die Gleichbehandlungsbeauftragten seien eingebunden gewesen. Weitere Unterlagen würden dazu nicht existieren.

(3) Auch gleichstellungsbezogene Wirkungsziele anderer Untergliederungen (z.B. im Bereich Familie und Jugend) betrafen das Wirkungsgefüge zwischen Berufsleben, Erwerbsquote, Einkommenshöhe und der daraus resultierenden Pension bzw. dem Bedarf nach Ausgleichszulage. Nähere Angaben zum Zusammenspiel und der relativen Bedeutung der maßgeblichen Faktoren im Zeitablauf zur Erreichung der ausgleichszulagenbezogenen Ziele lagen nicht vor.

(4) Der erste Bericht an den Nationalrat über die Ergebnisse der Wirkungsorientierung erfolgte im Herbst 2014. Dieser wies aus, dass die Indikatoren für das Wirkungsziel 3 der UG 22 im Jahr 2013 zur Gänze erreicht worden waren. Der Bericht enthielt keinen Hinweis darauf, dass die für das Jahr 2014 vorgesehenen Maßnahmen im Konnex mit dem Monitoringbericht nicht erreichbar waren, weil mangels Beschlussfassung über das SRÄG 2014 dieser Bericht nicht im ursprünglich geplanten Umfang erstellt werden konnte.

39.2 (1) Der RH merkte kritisch an, dass nach der Darstellung des BMASK die Erarbeitung der Angaben zur Wirkungsorientierung relativ informell im Rahmen einer Sitzung erfolgt war. Ein ausführlicherer Prozess zur Erarbeitung und Formulierung des Wirkungsziels würde nach Auffassung des RH zur Qualität der Angaben zur Wirkungsorientierung beitragen.

(2) Der RH merkte insbesondere an, dass ein vertieftes Verständnis des Wirkungsgefüges zwischen den Wirkungszielen mehrerer Untergliederungen, z.B. betreffend Berufsleben, Erwerbsquote, Einkommenshöhe und der daraus resultierenden Pension bzw. dem Bedarf nach Ausgleichszulage wesentlich wäre, um die erfolgversprechendsten Maßnahmen zur Zielerreichung festzulegen.

(3) Nach Auffassung des RH wäre es weiters zweckmäßig, eine bereits absehbare Zielverfehlung 2014 (z.B. aufgrund der nicht erfolgten Beschlussfassung über das SRÄG 2014) in die Evaluierung des Jahres 2013 aufzunehmen, um eine zeitnahe Reaktion zu ermöglichen. Die Evaluierung der Zielerreichung 2013 reflektierte jedoch diesen Umstand nicht.

Der RH empfahl dem BMASK, den Prozess zur Entwicklung der Angaben zur Wirkungsorientierung (z.B. die zur Verfügung gestellte Zeit, die Anzahl der befassten Personen etc.) so zu gestalten, dass die Qualität der entwickelten Angaben ausreichend sichergestellt war. Er wies insbesondere auf die Notwendigkeit einer Untergliederungen-übergreifenden Abstimmung und einer rechtzeitigen Berücksichtigung auch ungünstiger Faktoren zur künftigen Zielerreichung hin.

Datenbasis

40.1 (1) Als Ausgangsbasis für die Gestaltung der Angaben zur Wirkungsorientierung standen verschiedene Datenquellen zur Verfügung: Das „statistische Handbuch“ des Hauptverbands zeigte je nach Geschlecht, Berufsstand und Pensionsart eine deutlich unterschiedliche Inanspruchnahme der Ausgleichszulage und eine unterschiedliche Entwicklung des Ausgleichszulagenrichtsatzes gegenüber der Entwicklung der Kaufkraft bzw. den jeweiligen Pensionsanpassungen. Studien über die Ursachen dieser Auffälligkeiten bzw. das Wirkungsgefüge zwischen den maßgeblichen Faktoren (z.B. Ursachen für unterschiedliche Beitragsleistungen, Versicherungszeiten, Ersatzzeiten etc.) wurden dem RH nicht vorgelegt.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

(2) Bei den Pensionsversicherungsträgern waren zahlreiche Informationen, z.B. über Familienstand, Versicherungsverläufe und weitere Einkommen verfügbar. Die dem RH übermittelte Übersicht der im Rahmen der Vollziehung verfügbaren Datenfelder bzw. Datenrelationen umfasste rd. 2.500 Einträge. Aus diesen gespeicherten Daten wären umfassende Auswertungen zu soziodemographischen Faktoren der Ausgleichszulagen-Inanspruchnahme möglich (z.B. eine Ursachenanalyse im Hinblick auf Familienstand, Pensionierungszeitpunkt bzw. Alter zu diesem Zeitpunkt, Versicherungsverlauf, Kindererziehungszeiten, Branche etc.)¹⁰⁷ Die PVA wies jedoch darauf hin, dass die Daten nicht zum Zweck derartiger Auswertungen erfasst bzw. aufbereitet seien. Die Speicherung und Auswertung der Daten erfolgte bei den Pensionsversicherungsträgern zum Zweck einer korrekten Vollziehung im Einzelfall.

(3) Direkte statistische Auswertungen erfolgten grundsätzlich nur im Umfang der vom BMASK erlassenen statistischen Weisungen. Die statistischen Weisungen waren nicht auf die Gewinnung von Daten zur wirkungsorientierten Verwaltungsführung ausgerichtet.

Nach Angaben der PVA sei jedoch ein Projekt „Datawarehouse“ beauftragt, im Zuge dessen entsprechende Vorarbeiten geprüft würden.

40.2 Der RH beurteilte die Verfügbarkeit von Daten, um den Bedarf nach Ausgleichszulage und deren Wirkung beurteilen zu können, als wesentliche Voraussetzung für eine wirkungsorientierte Steuerung. Im Bereich der Ausgleichszulage betraf dies einerseits die Frage, ob der tatsächliche Sachverhalt im Einzelnen überhaupt festgestellt werden konnte (siehe TZ 34). Andererseits stellte sich die Frage, ob die Daten so gespeichert waren, dass entsprechende Auswertungen möglich waren. Der RH hob in diesem Zusammenhang hervor, dass umfassende Daten grundsätzlich erhoben und gespeichert waren, allerdings nicht systematisch ausgewertet wurden.

Der RH war der Ansicht, dass ein enger Dialog zwischen den Stellen, die am nächsten bei der Datenerfassung waren, und jenen Stellen, die mit der Festlegung der Angaben zur Wirkungsorientierung und entsprechenden Analysen betraut waren, unabdingbar war. Eine Beschränkung auf bestimmte, in den statistischen Weisungen des BMASK vorgesehene

¹⁰⁷ Während der Gebarungsüberprüfung des RH erfolgte die Berechnung der Kontoerstgutschriften. Dies führte auch dazu, dass die Verwaltungsapplikation teilweise ausgelastet war bzw. auf Datenbestände zu den Versicherungsverläufen nicht zeitnah zugegriffen werden konnte. Teilweise wären für die Auswertungen umfangreiche konzeptionelle und datentechnische Vorbereitungsarbeiten erforderlich gewesen, so dass diese Auswertungen nicht im Rahmen der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung erfolgen konnten.

Auswertungen schien dem RH angesichts der rd. 2.500 gespeicherten Datenfelder und der Komplexität der unterschiedlichen Lebenssachverhalte nicht zweckmäßig. Er wies auch darauf hin, dass je nach den auftretenden statistischen Auffälligkeiten der Inanspruchnahme unterschiedliche Ursachenanalysen erforderlich sein könnten.

Der RH empfahl daher dem BMASK, der PVA und der SVB, die Verwaltungsdaten der Vollziehung der Pensionsversicherung und der Ausgleichszulage unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Grenzen so zu strukturieren, dass sie auch über den in den statistischen Weisungen vorgesehenen Umfang hinaus für Auswertungen im Rahmen der Wirkungsorientierung geeignet sind, sowie ein Konzept zur Nutzung der bei den Pensionsversicherungsträgern gespeicherten Daten zur Unterstützung der Wirkungsorientierung zu entwickeln.

40.3 *Die PVA bestätigte in ihrer Stellungnahme, dass sich im Zusammenspiel aller Daten, die bei einem Pensionisten gespeichert sind, umfassende Möglichkeiten für Auswertungen zu soziodemographischen Faktoren der Ausgleichszulagen-Inanspruchnahme ergäben. Die PVA als Vollziehungsorgan liefere alle Daten entsprechend ihrem gesetzlichen Auftrag. Sollten seitens des BMASK umfangreichere Anfragen an sie gestellt werden, sei die PVA selbstverständlich bemüht, diese zu beantworten, sofern dies aus der vorliegenden Datenlage möglich sei.*

40.4 Der RH hielt es nach dem Stellungnahmeverfahren nicht für gesichert, dass eine Neustrukturierung und verbesserte Nutzung der Daten erfolgen wird: Während die PVA auf das BMASK verwies, erstattete dieses keine Stellungnahme. Der RH hielt fest, dass eine Zusammenarbeit beider Stellen erforderlich war. Das BMASK hätte – auf Grundlage einer strategischen Perspektive – Ziele der Auswertungen zu definieren; die PVA hätte – aufgrund ihrer größeren Nähe zur Vollziehung bzw. zu den Daten – eine entsprechende Unterstützung zu leisten.

Zusammenfassung

41 (1) Zusammenfassend begrüßte der RH die Umsetzung der wirkungsorientierten Haushaltsführung und hielt die Formulierung eines Gleichstellungsziels im Bereich der UG 22 für besonders wichtig. Dies deshalb, da einerseits Frauen im Schnitt um rd. 34 % weniger Pension erhielten als Männer und andererseits der Bund um rd. 4 Mrd. EUR mehr für die Unterstützung der Pensionen für Frauen als jene der Männer verwendete.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

(2) Der RH hob jedoch folgende Punkte kritisch hervor:

- Die Auswahl eines relativ kleinen Segments der UG 22 für das Wirkungsziel (nur rd. 10 % der Betroffenen) war in den Unterlagen zur wirkungsorientierten Haushaltsführung nicht begründet (TZ 36).
- Die Ausrichtung des Wirkungsziels nicht am Bedarf, sondern am tatsächlichen Bezug der Ausgleichszulage, war nach Ansicht des RH missverständlich (TZ 36).
- Das Wirkungsgefüge zwischen den geplanten Maßnahmen und den angestrebten Zielen war letztlich nicht klar. Weder die (auch Männern zur Verfügung stehende) Rehabilitation noch das Vorhaben weiterer Analysen selbst schien dem RH geeignet, eine wesentliche Veränderung des Frauenanteils an der Ausgleichszulage zu bewirken. Das BMASK konnte nach Auffassung des RH durch Maßnahmen der Vollziehung im Bereich der Sozialversicherung nur einen kleinen Beitrag zur Erreichung des Wirkungsziels leisten. Gesetzliche Maßnahmen waren aber nicht als Maßnahmen vorgesehen (TZ 37).
- Der ausgewählte Indikator berücksichtigte nicht, dass Frauen auch im Rahmen des Familienrichtsatzes von Ausgleichszulagen profitieren konnten. Ebenso erfolgte keine Altersstandardisierung. Es war nicht klar, wie die Indikatoren an die Einführung des Rehabilitationsgelds angepasst werden sollten (TZ 38).
- Es war nicht klar, inwieweit die gewählten Zielwerte für die Indikatoren über eine Fortschreibung der bestehenden Trends hinausgingen (TZ 38).
- Hinsichtlich der Evaluierung der Zielerreichung kritisierte der RH, dass diese die fehlende Beschlussfassung über das SRÄG 2014 und deren Konsequenzen für den Monitoringbericht nicht angesprochen hatte (TZ 39).
- Der RH merkte kritisch an, dass nach der Darstellung des BMASK die Erarbeitung der Angaben zur Wirkungsorientierung relativ informell im Rahmen einer Sitzung erfolgt war. Ein ausführlicherer Prozess zur Erarbeitung und Formulierung des Wirkungsziels würde zur Genauigkeit der Formulierung beitragen (TZ 39).

(3) Insgesamt hielt der RH daher einerseits die grundlegenden Fragen der Gleichstellung von Frauen und Männern im Pensionsbereich durch die gewählten Wirkungsziele und Maßnahmen nicht für aus-



Grundsatzfragen der Ausgleichszulage



Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

reichend adressiert. Andererseits erachtete er die Formulierung des Wirkungsziels, die analytische Ableitung der angestrebten Indikatorwerte und die Kohärenz zwischen Maßnahmen und Wirkungsziel für verbesserungsfähig.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlungen an das BMASK, die Instrumente und Inhalte der wirkungsorientierten Haushaltsführung weiterzuentwickeln und dabei verstärkt Überlegungen anzustellen

- zur Begründung der Relevanz der Wirkungsziele und der sprachlichen Präzision ihrer Formulierung,
- zur Kohärenz zwischen Maßnahmen und Wirkungszielen,
- zur Auswahl richtiger, aussagekräftiger Indikatoren,
- zur analytischen Ableitung der angestrebten Indikatorwerte,
- zur Gestaltung des Prozesses zur Entwicklung der Angaben zur Wirkungsorientierung und
- zur auswertungstauglichen Strukturierung der vorhandenen Daten.

Er verwies weiters auf seine Empfehlungen (TZ 38), klarzustellen

- wie die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern bei den übrigen Pensionsbeziehern verfolgt werden soll,
- ob sich das Ziel der Reduktion der Frauenquote auf den Bezug von oder den Bedarf nach Ausgleichszulage bezog,
- in welchem Ausmaß auch ohne Maßnahmen eine Reduktion des Frauenanteils zu erwarten ist und welche Wirkung den Maßnahmen zugeschrieben wird,
- in welchem Ausmaß Maßnahmen der Vollziehung und in welchem Ausmaß Maßnahmen der Gesetzgebung für die Erreichung des Wirkungsziels erforderlich sind; sowie
- eine getrennte Betrachtung von Beziehern von Einzel- und Familienrichtsätzen vorzunehmen;
- die Indikatoren auch altersstandardisiert zu analysieren und

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

- ein Konzept zur Nutzung der bei den Pensionsversicherungsträgern gespeicherten Daten zur Unterstützung der Wirkungsorientierung zu entwickeln.

Unterschiede
zwischen Berufs-
ständen

42.1 (1) Seit der Pensionsharmonisierung im Jahr 2004 war ein gleicher Beitragssatz (22,8 %) für die gesamte gesetzliche Pensionsversicherung vorgesehen, d.h. sowohl für Gewerbetreibende und vom FSVG erfasste Freiberufler als auch für Bauern und Unselbstständige. Diesem gleichen Beitragssatz stand eine grundsätzlich gleiche Berechnung der Pension (Steigerungsbeträge und Bemessungsgrundlagen) gegenüber. Insofern galt für die davon erfassten Berufsgruppen ein harmonisiertes Pensionsrecht.

Dennoch bestanden im Einzelnen weiter erhebliche Unterschiede – z.B. die (teilweise unterschiedliche) Partnerleistung des Bundes für Gewerbetreibende, Freiberufler bzw. Bauern, die Anrechnung eines fiktiven Ausgedinges (Aufgabepauschale) oder die Berücksichtigung eines Solidaritätsbeitrags.

Auch die für die Finanzierung maßgeblichen faktischen Verhältnisse – z.B. das Verhältnis zwischen der Anzahl der Beitragszahler und der Leistungsempfänger – unterschieden sich erheblich zwischen den verschiedenen Versichertengruppen. Besonders bei der Berufsgruppe der Bauern stand einer hohen Anzahl von Leistungsbeziehern eine relativ geringe und weiter sinkende Anzahl von Beitragszahlern gegenüber. Darüber hinaus war die bäuerliche Altersversorgung immer noch von der Bezugnahme auf Ausgedingeleistungen vom Unternehmer von landwirtschaftlichen Betrieben geprägt.

(2) Daher unterschied sich die Finanzierung der durchschnittlichen Pensionen bei ASVG, BSVG und GSVG/FSVG erheblich. Die folgende Tabelle zeigt die durchschnittliche Pensionshöhe, den davon durch Beiträge gedeckten Teil und den davon durch Bundesmittel gedeckten Teil nach diesen Versicherungszweigen:

**Tabelle 16: Beitragsdeckung der durchschnittlichen Pension nach Berufsgruppen
in den Jahren 2009 bis 2013**

	2009	2010	2011	2012	2013
	in EUR				
	Durchschnittspensionen¹				
ASVG	957	982	1.001	1.013	1.066
GSVG/FSVG	1.088	1.121	1.146	1.162	1.223
BSVG	657	673	689	625	738
gesamt	941	967	987	993	1.052
	davon durch Beiträge gedeckt				
ASVG	763	789	808	808	850
GSVG/FSVG	522	510	554	557	675
BSVG	126	127	132	121	146
gesamt	688	710	731	728	779
	davon durch Bundesmittel gedeckt				
ASVG	194	193	193	206	216
GSVG/FSVG	566	611	592	606	549
BSVG	531	547	557	503	592
gesamt	254	257	256	266	274

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Inklusive Zulagen und Zuschüsse; die Werte beziehen sich auf den Dezember des jeweiligen Jahres.

Quellen: BMASK; Darstellung RH

Der Eigenfinanzierungsanteil der durchschnittlichen Pension lag im ASVG im Jahr 2013 bei rd. 80 % (850 EUR von 1.066 EUR), nach dem BSVG dagegen bei rd. 20 % (146 EUR von 738 EUR).

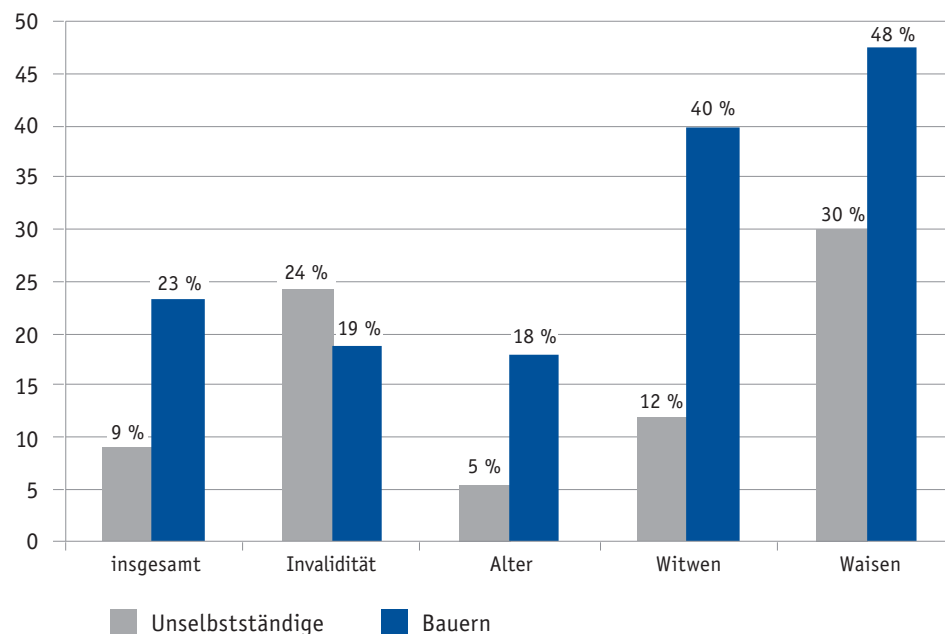
(3) Auch die finanzielle Belastung für den Bund aufgrund der Finanzierung der Ausgleichszulage stellte sich im Bereich des BSVG anders dar als im Bereich des ASVG.

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil der Ausgleichszulagenbezieher an allen Pensionisten im Vergleich zwischen Unselbstständigen (PVA nach ASVG) und Bauern (SVB nach BSVG), einerseits insgesamt, andererseits je nach Leistungsart (Alterspensionen, Invaliditätspensionen, Witwenpensionen und Waisenpensionen):

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Abbildung 5: Anteil der Ausgleichszulagenbezieher an allen Pensionisten

in %



Quelle: Hauptverband

Etwa jeder zehnte Pensionist im ASVG und etwa jeder vierte Pensionist im BSVG erhielten eine Ausgleichszulage. Besonders hoch war der Unterschied bei den Witwen- und Alterspensionen, etwas geringer bei den Waisenpensionen. Lediglich bei Invaliditätspensionen war der Anteil der Ausgleichszulagenbezieher bei der SVB niedriger als bei der PVA.¹⁰⁸

Darüber hinaus war die durchschnittliche Ausgleichszulage bei der SVB höher als bei allen anderen Berufsgruppen:

¹⁰⁸ Dazu ist anzumerken, dass im Bereich des BSVG erst ab 57 Jahren ein Berufsschutz bestand (§ 124 BSVG). Das für den Tätigkeitsschutz relevante Lebensalter wird bis zum Jahr 2017 stufenweise vom 57. auf das 60. Lebensjahr angehoben, und zwar in der Weise, dass in den Kalenderjahren 2013 und 2014 das vollendete 58. Lebensjahr und in den Kalenderjahren 2015 und 2016 das vollendete 59. Lebensjahr relevant ist (§ 334 Abs. 4 BSVG). Demgegenüber war ein Berufsschutz bei ASVG-Pensionisten bereits früher möglich (§ 255 ASVG).

Tabelle 17: Durchschnittliche Ausgleichszulage im Dezember 2012 nach Pensionsart und Versicherungsträger

	gesamt	zu Invaliditäts- pensionen	zu Alters- pensionen	zu Witwen- pensionen	zu Waisen- pensionen
	in EUR				
alle Pensionsversicherungsträger	286	290	288	281	278
PVA	261	281	264	240	250
davon					
Arbeiter	266	288	268	244	264
Angestellte	238	257	245	205	174
VAEB – Eisenbahnen	216	199	194	232	293
VAEB – Bergbau	192	237	190	169	309
SVA	295	305	275	315	311
SVB	386	418	373	394	424

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

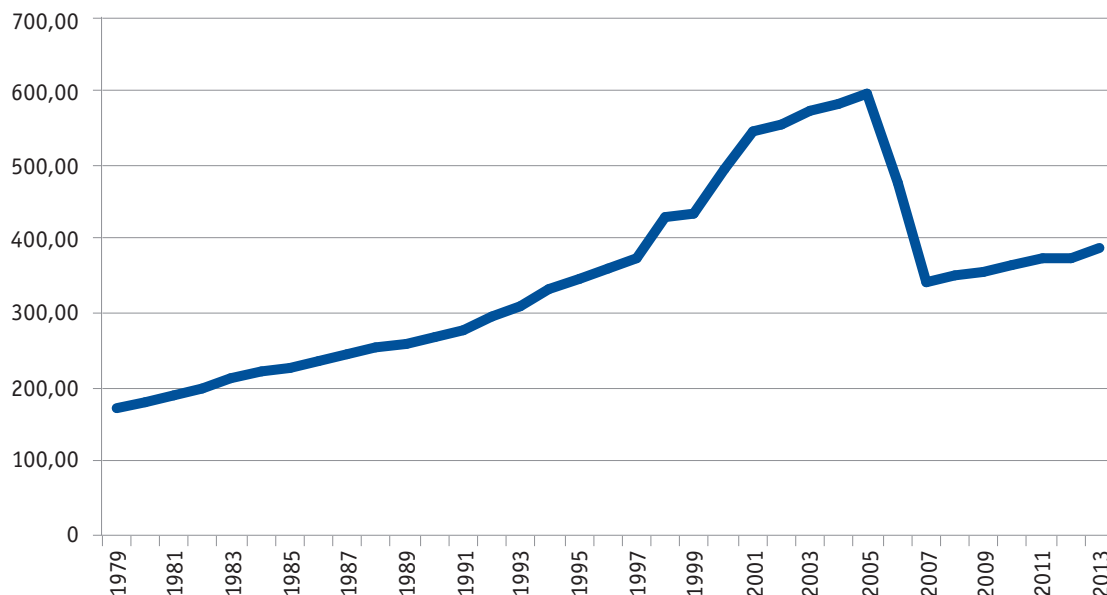
(4) Wie für die Pensionshöhe generell galt auch für die Ausgleichszulage, dass die Inanspruchnahme sowie die Höhe einerseits soziodemographische Verhältnisse widerspiegeln, andererseits von der Gestaltung des Pensions- und Ausgleichszulagenrechts abhängen.

a) Ein wichtiger Faktor war dabei die durchschnittliche Beitragshöhe, die bei der SVB deutlich unter jener der PVA lag. Ein wesentlicher Parameter war die Mindestbeitragsgrundlage bzw. die Grenze für die Versicherungspflicht bzw. Versicherungsmöglichkeit: Bestand eine niedrige Untergrenze für den Erwerb von Pensionsversicherungszeiten, so konnten auch Personen mit sehr geringem Einkommen Pensionsversicherungszeiten erwerben und so letztlich einen Anspruch auf eine Pension erhalten. Die Pension war dann zwar sehr niedrig, wurde aber auf den Ausgleichszulagenrichtsatz erhöht. Eine höhere Untergrenze für die Versicherungsmöglichkeit bzw. eine höhere Mindestbeitragsgrundlage schloss diese Personen dagegen vom Erwerb eines Pensionsanspruchs aus. Sie bekamen dann auch keine Ausgleichszulage. Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Mindestbeitragsgrundlage nach dem BSVG:

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Abbildung 6: Mindestbeitragsgrundlage nach dem BSVG

in EUR



Quelle: SVB

Zwischen den Jahren 1997 und 2006 lag ein erheblicher Anstieg der Mindestbeitragsgrundlage vor, dann eine starke Absenkung.

b) Ein weiterer wesentlicher Faktor des Pensionsrechts, der die Höhe der Ausgleichszulage beeinflusste, war die Art, wie weitere Einkommen berücksichtigt wurden. Im landwirtschaftlichen Bereich erfolgte dabei in zwei Bereichen eine Pauschalierung: Einerseits bei der Berücksichtigung der Bewirtschaftung eines landwirtschaftlichen Betriebs, andererseits bei der Berücksichtigung einer Aufgabepauschale („fiktives Ausgedinge“).

Wer einen landwirtschaftlichen Betrieb aufgab, dem wurde auf eine etwaige Ausgleichszulage ein bestimmter pauschalierter Betrag als Ausgedinge angerechnet, unabhängig davon, ob tatsächlich der Nachfolger in der Betriebsführung Ausgedingeleistungen erbrachte.¹⁰⁹ Die Höhe dieser Aufgabepauschale sank aufgrund der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen. Dies soll Veränderungen in der bäuerlichen Lebenswelt widerspiegeln: Einerseits gab es einen Konzentrationsprozess (viele Betriebe wurden nicht mehr innerhalb der Familie über-

¹⁰⁹ Dies ging darauf zurück, dass in der Vergangenheit Ausgedingeleistungen bei Betriebsübernahme üblich waren und die Einführung der gesetzlichen Pensionsversicherung für Bauern nicht dazu führen sollte, dass auf die Vereinbarung derartiger Leistungen zugunsten der Kinder aber zu Lasten der Öffentlichkeit verzichtet werden sollte.

geben), andererseits konnten kleinere Betriebe nicht mehr mehrere Generationen ernähren. Die Geschwindigkeit des Abschmelzens der Aufgabepauschale wurde in der Vergangenheit mehrmals angepasst.

(5) Eine analytische Grundlage, die zeigte, dass die Gestaltung – bzw. die aktuellen Änderungen – des Pensions- bzw. Ausgleichszulagenrechts ein gleiches Verhältnis von Beiträgen und Leistungen bzw. eine sachlich angemessene Gleichbehandlung im Hinblick auf den öffentlichen Finanzierungsanteil verwirklichten, konnte dem RH nicht vorgelegt werden. Mehrere Gesprächspartner des RH führten aus, dass im Rahmen der Pensionsreformen der Jahre 2003 und 2004 entsprechende Analysen stattgefunden hätten, die jedoch nicht abgeschlossen bzw. veröffentlicht worden seien. Elemente derartiger Berechnungen waren in Veröffentlichungen bzw. Pressemeldungen verschiedener Interessenvertretungen, z.B. des Bauernbundes oder der Arbeiterkammer, enthalten.

42.2 Zusammenfassend hielt der RH fest:

- Der Finanzierungsanteil des Bundes lag bei den Pensionsversicherungsleistungen der Bauern wesentlich über jenem nach ASVG.
- Dies war einerseits auf soziodemographische Faktoren (z.B. einer höheren Quote von Leistungsempfängern zu Beitragszahlern), andererseits auch auf die Ausgestaltung des Pensionsrechts (z.B. der Gewährung einer Partnerleistung) zurückzuführen.
- Während der Anteil der Ausgleichszulagenbezieher bei Unselbstständigen im Schnitt bei rd. 10 % lag, betrug er bei Bauern rd. 25 % und war damit mehr als doppelt so hoch. Die durchschnittliche Höhe der Ausgleichszulage lag bei den Bauern um rd. 50 % über der durchschnittlichen Höhe bei der PVA. Je Pensionist lagen die Aufwendungen der Ausgleichszulage bei der SVB somit rund vier Mal so hoch wie bei der PVA.
- Dafür wesentliche Elemente der rechtlichen Regelung betrafen z.B. die Festlegung der Mindestbeitragsgrundlage im BSVG und die Pauschalierung der Aufgabepauschale sowie anderer Leistungen (z.B. von Wohnrechten).
- Mehrere dieser Parameter wurden zwischen den Jahren 2000 und 2014 geändert, wodurch sich Auswirkungen im Bereich der Ausgaben für Pensionen und Ausgleichszulagen und ihrer Finanzierung ergaben.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

- Eine Grundlage, auf deren Basis die sachliche Rechtfertigung bzw. die Balance zwischen den gesetzlichen und den zugrunde liegenden soziodemographischen Unterschieden auch analytisch nachvollzogen werden könnte, konnte dem RH nicht vorgelegt werden.

Angesichts der hohen finanziellen Bedeutung der Finanzierung des Pensionssystems sowohl für die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen als auch für die Lebensplanung der Betroffenen kritisierte der RH, dass keine analytische Grundlage für die unterschiedliche Übernahme von finanziellen Lasten vorlag. Er hob hervor, dass für einen höheren öffentlichen Finanzierungsanteil für einzelne Berufsgruppen durchaus sachliche Rechtfertigungen vorliegen konnten (z.B. ein unterschiedliches Verhältnis zwischen Pensionisten und Beitragszahlern), wies aber auch darauf hin, dass auch die Ausgestaltung von pensionsrechtlichen Details (z.B. Mindestbeitragsgrundlagen und Pauschalierungen) diesbezüglich Auswirkungen hatte.

Der RH empfahl daher dem BMASK, eine analytische Grundlage zu entwickeln, die eine sachliche Analyse der Unterschiede im öffentlichen Finanzierungsanteil ermöglichte. Diese hätte einerseits Bezug auf soziodemographische Ursachen und andererseits Bezug auf Ursachen in der Ausgestaltung des Pensionsrechts zu nehmen.

42.3 *Laut Stellungnahme des BMASK sei der wesentlichste Bestimmungsgrund für die Unterschiede im öffentlichen Finanzierungsanteil zwischen den einzelnen Pensionsversicherungsträgern – wie vom RH im Sachverhalt angeführt – das unterschiedliche zahlenmäßige Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern. Die Anzahl der Beitragszahler und Leistungsempfänger sei jeweils bekannt. Vor 1992 hätte es für Bäuerinnen keine eigenständige Altersvorsorge gegeben. Daraus ergebe sich (auch in Verbindung mit den vergleichsweise niedrigen Pensionen der Männer) ein höheres Risiko, eine Ausgleichszulage zu beziehen.*

Die Ursachen sowohl für die Unterschiede im öffentlichen Finanzierungsanteil zwischen den Pensionsversicherungsträgern im Allgemeinen und für den unterschiedlichen Anteil der Ausgleichszulagenbezieher im Speziellen seien daher bekannt und bedürften keiner gesonderten Analyse.

42.4 Der RH erwiderte dem BMASK, dass das BMASK mit den von ihm hervorgehobenen Besonderheiten die Ausführungen des RH (TZ 42.1) bestätigte. Der RH hielt dem BMASK entgegen, dass die genannten Besonderheiten – wiewohl sie richtig und wesentlich waren – nicht ausschließlich ausschlaggebend waren.

Sie konnten zwei wesentliche Faktoren nicht analytisch begründen:

- die seit dem Jahr 2000 geänderten Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die mittelfristig notwendigen trägerspezifischen Bundesmittel (z.B. Änderung Mindestbeitragsgrundlage, Aufgabepauschale);
- die Ausprägung in Detailregelungen (z.B. Anrechnung von Wohnrechten mit sehr niedrigen Beträgen).

Der RH wies darauf hin, dass ohne konkrete Quantifizierung der Verweis auf das Verhältnis der Aktiven zu den Pensionisten bzw. die Rechte der Bäuerinnen vor 1992 eine Universalrechtfertigung für jede Differenzierung wäre. Er hielt daher eine analytische Grundlage, die die Auswirkungen der unterschiedlichen Regelungen und demographischen Basis auch quantitativ bewertete, für essentiell und hielt an seiner Empfehlung fest.

Bezieher ausländischer Pensionen

43.1 (1) Grundsätzlich war der Bezug einer Ausgleichszulage zwar nicht an die österreichische Staatsbürgerschaft, aber zunächst einerseits an einen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland und andererseits an den Bezug einer österreichischen Grundleistung (Pension) geknüpft (§ 292 ASVG).

Im Rahmen der Europäischen Integration stellte sich die Frage, ob diese Anforderungen angesichts einer zunehmenden internationalen Mobilität weiterhin gelten sollten und wie diese vollzogen werden konnten.

Bereits anlässlich des EU-Beitritts Österreichs im Jahr 1995 wurde klargestellt, dass zwar österreichische Pensionen auch dann ausbezahlt werden, wenn ein Pensionist in ein anderes Land übersiedelte, aber ein solcher „Export“ einer Ausgleichszulage nicht erfolgen sollte.¹¹⁰

¹¹⁰ Siehe die VO (EG) Nr. 1408/71 (insbesondere Art. 4 Abs. 2a), Art. 70 der VO (EG) Nr. 883/2004 i.V.m. Anhang 10 und das Urteil des EuGH in der Rechtssache C-160/02 Skalka: Die Ausgleichszulage ist eine beitragsunabhängige Sonderleistung. Zur besseren Vollziehbarkeit dieser Bestimmung regelte der Gesetzgeber im Jahr 2009 (SRÄG 2009, BGBl. I Nr. 147/2009), dass bei begründeten Zweifeln am gewöhnlichen Aufenthalt ein Verfahren zur Entziehung der Ausgleichszulage von Amts wegen einzuleiten war. In diesem Verfahren hatte der Berechtigte den Beweis für seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Inland zu erbringen (§ 292 Abs. 14 ASVG). Für die Dauer des Verfahrens konnte der Versicherungsträger die Leistung gemäß § 104 Abs. 6 ASVG auf Barzahlung umstellen. Weiters war eine Zusammenarbeit mit den Niederlassungs- und Aufenthaltsbehörden bzw. der Fremdenpolizei vorgesehen (§ 459 f. ASVG).

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

(2) Zur Klärung, ob der gewöhnliche Aufenthalt tatsächlich im Inland lag, beschränkte sich die PVA bei Zweifelsfällen keineswegs auf ZMR-Abfragen, sondern führte umfangreiche Erhebungen durch. Sie prüfte z.B. anhand von Mietverträgen, Rechnungen für Heizung, Strom oder Telefon, wo der Lebensmittelpunkt der betreffenden Personen lag. Gegebenenfalls nahm die PVA auch Amtshilfe der Fremdenpolizei für Befragungen bzw. für Erhebungen vor Ort in Anspruch (§ 459 f. ASVG).

Bestanden begründete Zweifel am gewöhnlichen Aufenthalt im Inland, so war gemäß § 292 Abs. 14 ASVG ein Verfahren zur Entziehung der Ausgleichszulage einzuleiten. In diesem Verfahren war der Beweis für den gewöhnlichen Aufenthalt im Inland von der pensionsbeziehenden Person zu erbringen.¹¹¹

(3) Als nach den EU-Erweiterungsrunden in den Jahren 2004 (z.B. Polen, Tschechien, Slowakei, Ungarn) und 2007 (Bulgarien, Rumänien) die Einkommensunterschiede innerhalb des EWR stiegen, wurde auch die Frage relevant, ob bzw. unter welchen Voraussetzungen Bezieher ausländischer Pensionen bei Wohnsitzverlegung ins Inland eine Ausgleichszulage beziehen konnten.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung erhielten rd. 1.100 Personen aus EWR-Ländern, die keine österreichische Teilpension bezogen, eine Ausgleichszulage in Österreich. Der größte Anteil dieser Personen stammte aus Deutschland, die am schnellsten wachsende Anzahl aus Bulgarien und Rumänien.¹¹²

Im Jahr 2010 traf der österreichische Gesetzgeber eine neue Regelung:¹¹³ Einerseits war für den Bezug einer Ausgleichszulage nunmehr nicht mehr nur der gewöhnliche Aufenthalt, sondern der rechtmäßige, gewöhnliche Aufenthalt erforderlich¹¹⁴ (§ 292 Abs. 1 ASVG). Andererseits war die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts grundsätzlich (für Personen, die nicht Arbeitnehmer, Auszubildende oder deren Familienangehörige waren und die nicht bereits länger als fünf Jahre in Österreich

¹¹¹ Dies galt seit dem SRÄG 2009, BGBl. I Nr. 147/2009. Weiters konnte der Pensionsversicherungsträger die Zahlung auf Barzahlung umstellen (§ 104 Abs. 6 ASVG).

¹¹² 1.127 Personen zum Stand Dezember 2013, davon 472 aus Deutschland, 115 aus Bulgarien und 241 aus Rumänien

¹¹³ Budgetbegleitgesetz 2011, BGBl. I Nr. 111/2010

¹¹⁴ Anzumerken war, dass für EWR-Bürger seitens der Bezirksverwaltungsbehörde eine Aufenthaltsbescheinigung auszustellen war, die den rechtmäßigen Aufenthalt bestätigte.

ihren Aufenthalt hatten) daran gebunden, dass die betreffende Person keine Ausgleichszulage bezog.¹¹⁵

Da die europarechtliche Grundlage dafür (Art. 7 der EU-Richtlinie 2004/38) nur Sozialhilfeleistungen, nicht aber die Ausgleichszulage erwähnte,¹¹⁶ war zunächst strittig, ob die österreichische Bestimmung europarechtskonform war.

(4) Im Jahr 2011 lehnte die PVA für einen deutschen Staatsbürger mit Wohnsitz in der Steiermark die Gewährung einer Ausgleichszulage mit der Begründung ab, dass er aufgrund seiner geringen Rentenhöhe nicht über ausreichende Existenzmittel verfüge, um einen rechtmäßigen Aufenthalt in Österreich zu begründen. Der zur Entscheidung angerufene OGH legte die europarechtliche Frage dem EuGH vor.

Der EuGH entschied im September 2013 sinngemäß, dass zwar die Ausgleichszulage auch als Sozialhilfeleistung im Sinne der EU-Richtlinie gelten könne (und die entsprechende österreichische Regelung daher nicht per se europarechtswidrig sei). Es könnte aber nicht jeder Bezug einer Ausgleichszulage die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts verhindern. Es sei vielmehr zu prüfen, ob eine unangemessene Belastung des nationalen Sozialsystems vorliege. Dabei sei einerseits auf individuelle Umstände (z.B. auf die Höhe und Regelmäßigkeit der Einkünfte sowie den voraussichtlichen Zeitraum der Sozialleistung) einzugehen, andererseits aber auch auf grundsätzlichere Fragestellungen, wie auf den Anteil der ausländischen Empfänger aus einem anderen Mitgliedstaat und die daraus resultierende Belastung für das nationale Sozialsystem.

Der OGH führte in seinem darauffolgenden Urteil vom Dezember 2013 aus, dass diese Beurteilung durch die für die Vollziehung des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes (NAG) zuständige Behörde (d.h. die Bezirksverwaltungsbehörde) zu erfolgen habe und nicht Aufgabe des Pensionsversicherungsträgers sei. Wer über eine Aufenthaltsbeschei-

¹¹⁵ § 51 Abs. 1 NAG (BGBl. I Nr. 100/2005 i.d.g.F.): Aufgrund der Freizügigkeitsrichtlinie waren EWR-Bürger zum Aufenthalt für mehr als drei Monate berechtigt, wenn sie in Österreich Arbeitnehmer oder Selbstständige waren; oder für sich und ihre Familienangehörigen über ausreichende Existenzmittel und einen umfassenden Krankenversicherungsschutz verfügten, so dass sie während ihres Aufenthalts weder Sozialhilfeleistungen noch die Ausgleichszulage in Anspruch nehmen mussten.

¹¹⁶ Die Bestimmung regelte (auf Basis von Art. 21 AEUV), dass jeder Unionsbürger das Recht auf Aufenthalt im Hoheitsgebiet eines anderen Mitgliedstaats für einen Zeitraum von über drei Monaten hatte, wenn er Arbeitnehmer oder Selbstständiger im Aufnahmemitgliedstaat war, oder für sich und seine Familienangehörigen über ausreichende Existenzmittel verfügte, so dass sie während ihres Aufenthalts keine Sozialhilfeleistungen des Aufnahmemitgliedstaats in Anspruch nehmen mussten [...], er eine Ausbildung oder Berufsausbildung absolvierte oder ein Familienangehöriger einer Person war, die die genannten Voraussetzungen erfüllte.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

nigung verfüge, habe auch Anspruch auf Ausgleichszulage. Wenn die PVA Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts habe, müsse sie die Aufenthaltsbehörde informieren, die gegebenenfalls die Aufenthaltsbescheinigung entziehen könne. Erst dann könne die Leistung eingestellt werden. Auch der OGH selbst entschied daher nicht darüber, ob im Anlassfall ein rechtmäßiger gewöhnlicher Aufenthalt im Sinne des ASVG vorlag oder nicht.

(5) Nach diesen Entscheidungen ergingen sowohl seitens der PVA als auch seitens des BMI (für die Vollziehung des NAG) nach entsprechenden Abstimmungsgesprächen Weisungen, wie nunmehr vorzugehen war. Daraus ergab sich folgende Vorgehensweise:

- Die PVA informierte die Aufenthaltsbehörden, wenn Personen mit Aufenthaltsbescheinigung einen Antrag auf Ausgleichszulage stellten und sie der Ansicht war, dass die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts mangels entsprechender Mittel zweifelhaft war.
- Die Aufenthaltsbehörde hatte dann die Rechtmäßigkeit des Aufenthalts zu prüfen und die nötige Interessenabwägung über die Inanspruchnahme des Sozialsystems vorzunehmen. Sie hatte weiters ein verbundenes Verfahren mit dem Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA) zu eröffnen. Dieses überprüfte, ob – im Falle eines rechtswidrigen Aufenthalts – eine Abschiebung möglich wäre (dafür war eine Abwägung aller beteiligten Interessen, insbesondere des Rechts auf Achtung des Privat- und Familienlebens nach Art. 8 Menschenrechtskonvention (MRK) erforderlich). Entschied das BFA zu Gunsten einer Abschiebung, entzog die Aufenthaltsbehörde dem Betroffenen die Aufenthaltsbescheinigung.
- In der Folge hatte die PVA mangels Rechtmäßigkeit des Aufenthalts die Auszahlung der Ausgleichszulage einzustellen. Solange jedoch eine gültige Aufenthaltsbescheinigung vorlag, hatte die PVA die Ausgleichszulage zu gewähren.

Die Aufenthaltsbehörde entschied bei Gewährung oder Entziehung der Aufenthaltsbescheinigung zeitpunktbezogen (prüfte also nur die Verfügbarkeit von Mitteln zum Zeitpunkt des Antrags). Auch wenn ein Antrag auf Ausgleichszulage unmittelbar nach der Ausstellung der Aufenthaltsbescheinigung gestellt wurde, war der Aufenthalt während des beschriebenen Verfahrens rechtmäßig und die Ausgleichszulage daher auszuzahlen.

(6) Laut Angaben der PVA erhielten 435 Personen seit dem Inkrafttreten der maßgeblichen Bestimmungen (seit 1. Jänner 2011) eine sogenannte „EWR-Ausgleichszulage“ zuerkannt. Die PVA hatte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch keine „Altfälle“ (Personen, die bis zum Urteil Brey und damit bis zum Feststehen der relevanten Kriterien Ausgleichszulage zuerkannt erhalten hatten) an die Aufenthaltsbehörden gemeldet, um eine Klärung der Rechtmäßigkeit des Aufenthalts zu erreichen. Die PVA teilte dem RH jedoch mit, die entsprechenden Meldungen noch im Herbst 2014 zu planen. Auch der Anlassfall für die Entscheidungen des OGH und des EuGH war noch nicht weiter verfolgt worden.

(7) Am 24. März 2014 fand in Wien auf Einladung des BMASK ein Workshop zu den Auswirkungen des Urteils des EuGH statt. Neben Österreich nahmen Experten aus 16 EWR-Staaten an den Gesprächen teil.

(8) Die Regelung, wonach ein rechtmäßiger Aufenthalt von mehr als drei Monaten ausreichende Mittel zur Existenzsicherung voraussetzt, galt nur für Personen, die ihr Aufenthaltsrecht aus der Unionsbürgerschaft und nicht aus der Grundfreiheit der Freizügigkeit ableiteten. Personen, die selbst Arbeitnehmer oder Familienangehörige eines bereits im Inland befindlichen Arbeitnehmers waren, mussten keine entsprechenden existenzsichernden Mittel nachweisen. Die Regelung galt weiters nur für einen Aufenthalt zwischen drei Monaten und fünf Jahren. Wer sich bereits fünf Jahre oder länger in Österreich aufhielt und eine Pension aus dem Ausland bezog, konnte in Österreich eine Ausgleichszulage beziehen. Wer eine österreichische Pension oder Teilleistung erhielt, konnte ebenfalls eine Ausgleichszulage beziehen.

(9) Eine besondere Konstellation betraf die Krankenversicherungsbeiträge für Bezieher von „EWR-Ausgleichszulagen“:

- Bezieher von Ausgleichszulagen hatten den Krankenversicherungsbeitrag von 5,1 % selbst zu tragen.
- Bezieher ausländischer Pensionsleistungen waren jedoch nach den Europäischen Koordinationsregelungen in jenem Land krankenversichert, von dem sie die Pensionsleistung bezogen. Dies hinderte nicht die Inanspruchnahme von Sachleistungen in Österreich, für diese hatten jedoch schlussendlich die ausländischen Krankenversicherungsträger einen Kostenersatz zu leisten. Von einer etwaigen, zusätzlich zur ausländischen Pension geleisteten Ausgleichszulage war daher ohne österreichische Pensionsleistung kein Krankenversicherungsbeitrag zu leisten.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Dies kann exemplarisch an folgendem Beispiel dargestellt werden: Ein österreichischer Ausgleichszulagenbezieher hätte von 857 EUR Pension und Ausgleichszulage 5,1 % Krankenversicherungsbeitrag (43,7 EUR) zu bezahlen und würde daher netto rd. 813 EUR erhalten. Eine Person, die aus Deutschland 100 EUR Pension bezieht, aber in Österreich einen rechtmäßigen gewöhnlichen Aufenthalt hat und daher die Differenz zum Richtsatz von 857 EUR an Ausgleichszulage erhält (757 EUR), hätte lediglich von ihrer deutschen Pension den deutschen Krankenversicherungsbeitrag abzuführen. Die österreichische Ausgleichszulage würde ohne Abzug von Krankenversicherungsbeiträgen abgeführt. Ein ausländischer Ausgleichszulagenbezieher würde so einen höheren Netto-Betrag erhalten als ein inländischer Ausgleichszulagenbezieher.

- 43.2** (1) Der RH hielt es für wesentlich, dass die Entwicklung des Sozialsystems und die Entwicklung der Freizügigkeit des Personenverkehrs aufeinander abgestimmt erfolgten. Er anerkannte daher die umfassende Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts, die erfolgten gesetzlichen Anpassungen im Ausgleichszulagenrecht und die zeitnahen Gespräche zwischen BMI und PVA nach den Entscheidungen des EuGH und des OGH. Er anerkannte auch die Bemühungen des BMASK, im Rahmen der europäischen Gremien eine gut vollziehbare Lösung zu erreichen.

Der RH wies darauf hin, dass die Regelungen des Gesetzgebers aus dem Jahr 2011 darauf abzielten, Ausgleichszulagen für Personen, die keine Pension aus Österreich bezogen, weitgehend auszuschließen. Diese Grundentscheidung erkannte der EuGH im Wesentlichen als europarechtskonform an. Die derzeit vorgesehene innerstaatliche Vorgangsweise zur Umsetzung dieser Grundsatzentscheidung war nach Ansicht des RH jedoch mit einigen Schwierigkeiten in der Durchführung verbunden:

Die Verantwortung war auf drei Behörden aufgeteilt (Pensionsversicherungsträger, Aufenthaltsbehörde (Bezirksverwaltungsbehörde) und BFA). Die eigentliche Entscheidung hing von zwei Interessenabwägungen ab (zur unverhältnismäßigen Inanspruchnahme des Sozialsystems und zur Zumutbarkeit einer Abschiebung), deren konkrete Ausgestaltung unklar war. Während des Verfahrens bestand Rechtsunsicherheit für den Betroffenen sowie – unabhängig vom Ausgang des Verfahrens – eine Leistungspflicht des Pensionsversicherungsträgers für die Ausgleichszulage. Der RH sah daher die Gefahr, dass die Zielsetzung des Gesetzgebers durch die Verteilung der Vollziehung auf unterschiedliche Behörden, mangelnde Abstimmung der Verfahren und unklare inhaltliche Vorgaben nicht erreicht werden könnte, obwohl die europarechtlichen Vorgaben eingehalten werden.



Grundsatzfragen der Ausgleichszulage



Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

Der RH empfahl daher dem BMASK, die Entwicklung der „EWR-Ausgleichszulagen“ weiter zu beobachten und zu evaluieren, ob die Zusammenarbeit der Behörden bei der Vollziehung (Pensionsversicherungsträger, Bezirksverwaltungsbehörde, BFA) dazu führte, dass die maßgeblichen Fälle ausreichend geprüft werden.

(2) Der RH wies weiters darauf hin, dass die 435 Fälle der Gewährung von „EWR-Ausgleichszulagen“ seit 2011 und sogar der Anlassfall der Entscheidungen des OGH und des EuGH (Fall Brey) noch keiner endgültigen Klärung nach den nunmehr festgelegten Kriterien zugeführt waren. Weder die Aufenthaltsbehörden noch der zuständige Pensionsversicherungsträger hatten das entsprechende Verfahren eingeleitet.

Der RH empfahl der PVA, die grundsätzlich festgelegte Vorgehensweise auch tatsächlich zeitnah zu vollziehen.

(3) Der RH hielt weiters kritisch fest, dass die Regelung der Krankenversicherungsbeiträge dazu führte, dass Personen, die eine Ausgleichszulage zu einer ausländischen Pensionsleistung bezogen, netto eine höhere Summe zur Verfügung hatten als Ausgleichszulagenbezieher mit einer inländischen Pensionsleistung.

43.3 (1) Die PVA führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde durch geeignete Maßnahmen das Bemühen um zeitnähere Erledigungen verstärken.

(2) Laut Stellungnahme des BMASK werde die Situation von der zuständigen Fachsektion weiterhin beobachtet und evaluiert.

Sonder-
konstellationen

Gleichzeitiger Bezug mehrerer Pensionsleistungen

44.1 (1) Grundsätzlich ergab sich die Ausgleichszulage als Differenz zwischen dem jeweiligen Richtsatz und der Bruttopension des Leistungsberechtigten. Da in der Regel (siehe aber TZ 33) aufgrund der geringen Höhe des Richtsatzes keine Lohnsteuer anfiel, war die Differenz zwischen Brutto- und Nettoleistung der Krankenversicherungsbeitrag. Diese Regelung bewirkte, dass die Ausgleichszulagenbezieher die Kosten ihrer Krankenversicherung selbst zu tragen hatten. Im Gegensatz dazu waren weitere Einkommen mit dem Nettobetrag anzurechnen (da nur der Nettobetrag tatsächlich zur Deckung der Lebensbedürfnisse zur Verfügung stand).

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

(2) Diese Regelung führte bei – keineswegs seltenem – Zusammenreffen von mehreren Pensionsleistungen (z.B. einer Eigenpension und einer Witwenpension) zu Ungleichbehandlungen. § 293 Abs. 3 ASVG regelte: „Hat eine Person Anspruch auf mehrere Pensionen [...], gebührt die Ausgleichszulage zu der Pension, zu der vor Anfall der weiteren Pension Anspruch auf Ausgleichszulage bestanden hat [...].“ Es ergab sich daher – je nachdem, ob die Witwen- oder die Eigenpension zuerst entstanden war – ein unterschiedlich hoher Anspruch.

Dieser Umstand soll anhand eines Beispiels aus dem Jahr 2010 dargestellt werden: In diesem Fall bezog die Leistungswerberin eine Eigenpension von 100 EUR und eine Witwenpension von 632,25 EUR brutto. Fällt die Eigenpension zuerst an, erhält sie 774,61 EUR netto; fällt die Witwenpension zuerst an, erhält sie nur 748,85 EUR netto:

Tabelle 18: Probleme der Brutto/Netto-Berücksichtigung beim Zusammenfallen mehrerer Pensionen

	AZ zur Eigenpension	AZ zur Witwenpension
	in EUR	
Eigenpension	100,00	100,00
für AZ angerechnet ¹	100,00	94,90
Witwenpension	632,25	632,25
für AZ angerechnet ¹	600,01	632,25
Summe für AZ	700,01	727,15
AZ-Richtsatz	783,99	783,99
Ausgleichszulage	83,98	56,84
Gesamtbezug brutto ²	816,23	789,09
KV-Beitrag	41,62	40,24
Gesamtbezug netto	774,61	748,85

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Zur Berechnung wird, wie im Text erläutert, jeweils bei der Pension, der die Ausgleichszulage (AZ) gewährt wird, die Bruttopension herangezogen, für weitere Pensionen die Nettopension (d.h. die Bruttopension abzüglich 5,1 % Krankenversicherungsbeitrag).

² Der Gesamtbezug ergibt sich aus Eigenpension, Witwenpension und Ausgleichszulage.

Quellen: Beck, Ausgleichszulage – im Spannungsfeld zwischen Sozialhilfe- und Versicherungsleistung, Soziale Sicherheit 2010, S. 546; Darstellung RH

44.2 Aus Sicht des RH war nicht nachvollziehbar, worin die sachliche Rechtfertigung für die unterschiedliche Leistungshöhe bestand: In beiden Fällen waren die Eigen- und Hinterbliebenenleistungen bzw. die soziale Bedürftigkeit gleich hoch.

Der RH empfahl daher dem BMASK, dem Gesetzgeber eine Bereinigung der Rechtslage vorzuschlagen.

44.3 *Das BMASK nahm in seiner Stellungnahme die Anregung des RH zur Kenntnis. Deren Prüfung bzw. tatsächliche legistische Umsetzung hänge allerdings von der konkreten personellen Ressourcenausstattung ab.*

44.4 Der RH wies auf das hohe Gebahrungsvolumen der Ausgleichszulage (rd. 1,003 Mrd. EUR im Jahr 2013) und die existenzsichernde Bedeutung dieser Leistung für die Empfänger hin, aber auch auf die unter TZ 28 ff. aufgezeigten Mehrfacherhebungen bestimmter Sachverhalte im Sozialsystem.

Der RH hielt es – trotz des notwendigen Ressourceneinsatzes – für essentiell, die legistische Umsetzung der Ausgleichszulage so zu gestalten, dass eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Vollziehung erreicht wird. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Heimaufenthalte

45.1 (1) Eine Ausgleichszulage unter Bezugnahme auf den Familienrichtsatz setzte nicht nur eine aufrechte Ehe, sondern auch einen gemeinsamen Wohnsitz voraus. Im Falle eines dauernden Heimaufenthalts eines Ehepartners bestand nach der Judikatur des OGH kein gemeinsamer Wohnsitz mehr (da keine Synergieeffekte aus einer gemeinsamen Haushaltsführung mehr erzielt werden konnten). Es galt somit nur ein Einzelrichtsatz.

(2) Der RH stellte jedoch anhand einer Datenauswertung fest, dass in einer Reihe von Fällen ein Familienrichtsatz zur Auszahlung kam, obwohl ein Ehegatte in einem Altersheim lebte.

Die PVA verwies daraufhin auf eine grundsätzliche Problematik, die der RH anhand der folgenden Tabelle darstellt:

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

Tabelle 19: Sonderkonstellation Heimaufenthalt			
	Einzelrichtsatz	Familienrichtsatz	PVA-Vorschlag
	in EUR		
zur Auszahlung gelangender Betrag			
Richtsatz	857,73	1.286,03	857,73
abzüglich Krankenversicherungsbeitrag	43,74	65,59	43,74
Nettoauszahlung	813,99	1.220,44	813,99
Verteilung zwischen Heimbewohner, Ehegatte und Sozialhilfeträger			
Taschengeld Heimbewohner (= 20 % der Nettoauszahlung)	162,80	244,09	162,80
verbleibende Auszahlung	651,19	976,35	651,19
davon für Partner (bis Einzelrichtsatz)	651,19	857,73	813,99 ¹
davon für Heim (Sozialhilfeträger)	–	118,62	0
Verteilung Finanzierungslast zwischen Bund und Land			
gegebenenfalls bedarfsorientierte Mindestsicherung für Partner (landesfinanziert)	162,80	0	0
Bezug des Sozialhilfeträgers (landesfinanziert)		118,62	0
Bund	857,73	1.286,03	1.020,53

¹ inklusive Zuschlag lt. PVA-Vorschlag

Quellen: PVA; Darstellung RH

a) Im Falle der Zuerkennung eines Einzelrichtsatzes (857,73 EUR) betrug die Nettoauszahlung abzüglich des Krankenversicherungsbeitrags 813,99 EUR. Gemäß § 324 ASVG waren im Falle eines Heimaufenthalts auf Kosten eines Sozialhilfeträgers (dies war bei Ausgleichszulagenbeziehern angesichts der hohen Heimkosten der Regelfall) 20 % der Pension (inklusive Ausgleichszulage) als Taschengeld an den Heimbewohner (somit 162,80 EUR) auszuzahlen.

Im Übrigen ging der Anspruch auf den Sozialhilfeträger über. Der vom Anspruchsübergang erfasste Betrag verminderte sich allerdings in dem Maß, als der dem unterhaltsberechtigten Angehörigen verbleibende Teil der Pension den Ausgleichszulagenrichtsatz nicht erreichte.¹¹⁷ Der zu Hause verbleibende Ehegatte war aber aufgrund der Taschengeldregelung auf maximal 80 % des Einzelrichtsatzes angewiesen (651,90 EUR). Für den Sozialhilfeträger verblieb kein Restbetrag.

¹¹⁷ Die dem Pensionsberechtigten für seine Angehörigen zu belassenden Beträge konnten vom Versicherungsträger unmittelbar an die Angehörigen ausgezahlt werden (§ 324 ASVG).

Der Betrag für den zu Hause verbleibenden Ehegatten war gering: Sogar im Falle eines Überbezugs aufgrund von Meldeverstößen standen einem Ausgleichszulagenbezieher 90 % des Einzelrichtsatzes zu.¹¹⁸ Bezog der zu Hause verbleibende Ehegatte keine eigene Pension, konnte er keine eigene Ausgleichszulage erhalten. Gegebenenfalls war ein Antrag auf bedarfsorientierte Mindestsicherung beim zuständigen Land möglich, dafür wäre aber Vermögen zu verwerten; ein Anspruch auf Sonderzahlungen bestand in der Regel im Gegensatz zur Ausgleichszulage nicht.

Die Volksanwaltschaft hatte bereits mehrfach auf diese Situation hingewiesen.

b) Gewährte der Pensionsversicherungsträger weiterhin einen Familienrichtsatz (1.286,03 EUR), so konnte ein Bezug für den zu Hause verbliebenen Ehegatten in Höhe des vollen Einzelrichtsatzes sichergestellt werden. Allerdings fiel für den Bund in dieser Konstellation eine höhere Zahlungspflicht an, da 118,62 EUR an den Sozialhilfeträger abzuführen waren und auch das Taschengeld für den Heimbewohner mit 244,09 EUR höher ausfiel.

c) Wie die Tabelle zeigt, unterschieden sich die Modelle nicht nur im Hinblick auf die Auszahlung für die Betroffenen, sondern auch im Hinblick auf die Finanzierungsbeiträge von Bund und Ländern.

(3) Die PVA schlug im Jahr 2008 im „Arbeitskreis Pensionsversicherung“ vor, einen Ergänzungsbeitrag zum Einzelrichtsatz einzuführen, um den zu Hause verbleibenden Partner auf den Einzelrichtsatz anzuheben. Ein entsprechender Beschluss bzw. eine gesetzliche Änderung erfolgte nicht. Die PVA hielt es für möglich, dass deshalb zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aus dem Gedanken einer sozialen Rechtsanwendung heraus in Einzelfällen weiterhin der Familienrichtsatz gewährt wurde.

45.2 Der RH wies darauf hin, dass im Fall einer Heimunterbringung des Ehepartners der zu Hause verbleibende Ehegatte unter jenen Betrag fiel, der selbst einer Person, die einen Meldeverstoß begangen hatte, als Mindestbetrag verbleiben musste. Er verwies weiters auf den zusätzlichen Verwaltungsaufwand für den Fall, dass der zu Hause verbleibende Ehegatte neben der vom Bund finanzierten und vom Pensionsversicherungsträger administrierten Ausgleichszulagenleistung auch

¹¹⁸ § 103 ASVG: Die Aufrechnung war nur bis zur Hälfte der zu erbringenden Geldleistung zulässig, wobei jedoch der anspruchsberechtigten Person ein Gesamteinkommen in der Höhe von 90 % des jeweils in Betracht kommenden Richtsatzes nach § 293 verbleiben musste.

Grundsatzfragen der Ausgleichszulage

eine vom Land finanzierte und administrierte Leistung der Bedarfsorientierten Mindestsicherung beantragte.

Rezeptgebührenbefreiung

46.1 (1) Gemäß § 31 Abs. 5 Z 16 ASVG legte der Hauptverband in Richtlinien die genauen Voraussetzungen für die Rezeptgebührenbefreiung fest. § 3 dieser Richtlinie regelte Befreiungen wegen sozialer Schutzbedürftigkeit und nannte dabei Bezieher einer Ausgleichszulage als anspruchsberechtigt. § 3 Abs. 2 dieser Richtlinie regelte dazu jedoch eine Besonderheit: Wenn eine Aufgabepauschale anfiel, bestand eine Rezeptgebührenbefreiung nur dann, wenn das Einkommen ohne Aufgabepauschale unter 81 %¹¹⁹ des Ausgleichszulagenrichtsatzes lag.¹²⁰ Die Krankenversicherungsträger als vollziehende Stellen der Rezeptgebührenbefreiung mussten die Höhe der Aufgabepauschale kennen, um die Berechtigung festzustellen.

(2) In einem Aktenvermerk aus dem Jahr 2001 über eine Besprechung im Hauptverband war festgehalten, dass die Krankenversicherungsträger (insbesondere die Gebietskrankenkassen)¹²¹ nicht über die entsprechenden Informationen verfügten. Sie wurden bei der Anmeldung von Pensionisten zur Krankenversicherung zwar über die Gewährung einer Ausgleichszulage informiert, aber nicht über die Höhe der Aufgabepauschale. Eine Nachfrage bei jedem Ausgleichszulagenbezieher sei aus verwaltungsökonomischen Gründen nicht sinnvoll. Eine Arbeitsgruppe sollte eine Lösung zur Information der Krankenversicherungsträger ermitteln. Die Situation war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung unverändert.

¹¹⁹ Dieser Prozentsatz erhöhte sich jeweils zum Jahresbeginn im Jahr 2012 um einen Prozentpunkt, im Jahr 2013 um zwei Prozentpunkte und im Jahr 2014 um einen Prozentpunkt.

¹²⁰ Dies kann beispielhaft wie folgt verstanden werden: Kam zu einer Pension von 600 EUR eine Aufgabepauschale von 200 EUR, fiel bei einem Ausgleichszulagenrichtsatz von 857 EUR eine Ausgleichszulage von 57 EUR an. Eine Rezeptgebührenbefreiung bestand, wenn Pension und Ausgleichszulage (in diesem Fall zusammen 657 EUR) unter dem maßgeblichen Wert lagen (im Jahr 2014 wären das 85 % vom Richtsatz von 857 EUR, somit rd. 728 EUR). Da dies im Beispielfall so war, lag eine Rezeptgebührenbefreiung vor. Wäre die Aufgabepauschale dagegen 100 EUR, würde die Ausgleichszulage auf 157 EUR steigen, somit lagen Pension und Ausgleichszulage zusammen bei 757 EUR, eine Rezeptgebührenbefreiung war ausgeschlossen.

¹²¹ Nebenerwerbsbauern, die neben einer bäuerlichen Tätigkeit auch als unselbstständig Erwerbstätige arbeiteten bzw. aus dieser Tätigkeit eine Pension bezogen, waren in der Regel bei den Gebietskrankenkassen versichert.

(3) Da die Aufgabepauschale sich im Zeitablauf änderte (durch Gesetzesänderungen geringer wurde), veränderten sich auch die Bemessungsgrundlagen für die Rezeptgebührenbefreiung. Dabei trat das Phänomen auf, dass Personen gerade durch die Gewährung der Ausgleichszulage (oder deren Erhöhung) ihre Rezeptgebührenbefreiung verlieren konnten.¹²² Die Betroffenen hatten dann abzuwägen, ob eine Ausgleichszulage oder eine Rezeptgebührenbefreiung für sie finanziell günstiger war und konnten dementsprechend auf die Ausgleichszulage „verzichten“ bzw. den entsprechenden Antrag nicht stellen. Nach Berechnungen der SVB waren z.B. im Jahr 2006 von diesen Überlegungen rd. 12.000 Personen betroffen.

Die SVB übermittelte mit dem (häufig nach Jahreswechsel anlässlich der Veränderungen der Richtsätze bzw. nach Inkrafttreten von gesetzlichen Änderungen versendeten) Erhebungsbogen zur Prüfung, ob eine Ausgleichszulage gebührte, ein Schreiben, das ausführte „Wichtiger Hinweis [...]: Gleichzeitig mit der Aussendung dieses Erhebungsbogens fällt Ihre Rezeptgebührenbefreiung weg“. Eine interne Information dazu führte aus, dieser Hinweis sei zwar „nicht wirklich wahr“, solle aber die betroffenen Personen zu einem raschen Handeln veranlassen.

- 46.2** Der RH kritisierte, dass nicht alle Krankenversicherungsträger die Regelung der Rezeptgebührenbefreiung für Personen mit Aufgabepauschale tatsächlich vollzogen. Es sollte entweder eine richtlinienkonforme Vollziehung sichergestellt, oder, falls dies nicht möglich war, eine vollziehbare Regelung gefunden werden. Es schien dem RH in diesem Zusammenhang bemerkenswert, dass die Aufgabepauschale zwar für die (vom Bund finanzierte) Ausgleichszulage herangezogen wurde, für die (von der Versichertengemeinschaft der Bauern finanzierte) Rezeptgebührenbefreiung dagegen nicht.

Weiters wies der RH darauf hin, dass die Ausgleichszulage und die Rezeptgebührenbefreiung in Konkurrenz zueinander standen.

Schließlich kritisierte der RH, dass die SVB sachlich unzutreffende Rechtsbelehrungen an die Parteien verwendete, um diese zu raschem Handeln zu motivieren (siehe auch TZ 13 zur Transparenz gegenüber den Parteien).

¹²² Wenn die anrechenbare Aufgabepauschale sank, stieg die Ausgleichszulage. Die Summe aus Ausgleichszulage und Pension war maßgeblich für die Gewährung der Rezeptgebührenbefreiung.

Der RH empfahl dem Hauptverband, die Regelung zur Rezeptgebührenbefreiung zu überprüfen. Er verwies weiters auf seine Empfehlung an die SVB, den Schriftverkehr mit den Parteien korrekt und aussagekräftig zu gestalten. (TZ 13)

46.3 *Der Hauptverband merkte dazu in seiner Stellungnahme an, dass aus seiner Sicht im Sinne der Empfehlung des RH vorzugehen sei.*

Zusammenfassung

47 Zusammenfassend waren aus Sicht des RH einerseits strategische Fragen der künftigen Gestaltung der Ausgleichszulage, andererseits operative Punkte in der Vollziehung maßgeblich. Strategisch wären folgende Punkte hervorzuheben:

- Obwohl die Ausgleichszulage die größte einkommensabhängige Geldleistung im österreichischen Sozialsystem war, fehlte eine Strategie bzw. eine langfristige Prognose über die weitere Entwicklung. (TZ 27)
- Dies war insbesondere deshalb maßgeblich, weil sich wichtige Einflussfaktoren für die Ausgleichszulage veränderten, z.B. das Pensionsrecht (Verlängerung der Durchrechnungszeiten, Änderungen in den Mindestbeitragsgrundlagen etc.) oder die tatsächlichen Lebensumstände der Betroffenen (Familienkonstellationen, Teilzeitquoten etc.). (TZ 27)
- Die bisherige Entwicklung war davon geprägt, dass trotz stark sinkender Zahl der Betroffenen das Gebahrungsvolumen leicht anstieg, weil die Richtsätze deutlich überproportional anstiegen. Es war jedoch nicht klar, ob die Anzahl der Betroffenen auch weiter sinken würde, da mittelfristig ungünstigere Regelungen des Pensionsrechts und veränderte Arbeitsbedingungen durchaus gegenläufig wirken könnten. (TZ 27)
- Wesentliche statistische Auffälligkeiten, insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen Inanspruchnahme der Ausgleichszulage bei Frauen und Männern und zwischen den Berufsgruppen, sollten nach Ansicht des RH einer detaillierteren Analyse zugeführt werden. (TZ 36 bis 42)
- Die seit 2013 vorgesehene wirkungsorientierte Haushaltsführung hätte – auch bei der strategischen Weichenstellung für die Zukunft – eine wichtige Aufgabe im Bereich der Ausgleichszulage zu erfüllen. Die bestehenden Inhalte waren jedoch hinsichtlich der

Relevanz der Ziele und der Kohärenz zwischen Zielen und Maßnahmen weiter zu verbessern. (TZ 36 bis 41)

Zur operativen Vollziehung waren folgende Punkte hervorzuheben:

- Obwohl der Bund den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulage trug, hatte er nur wenig Möglichkeiten, eine einheitliche Vollziehung zwischen den Pensionsversicherungsträgern sicherzustellen. Für eine umfassende Überprüfung der Vollziehung setzte das BMASK keine ausreichenden Ressourcen ein. (TZ 5, 10, 24)
- Die PVA und die SVB hatten zwar ein Prüf- und Freigabewesen eingerichtet, ein systematisches IKS, insbesondere eine Definition der Risiken und eine ausreichende Evaluierung der Wirksamkeit der internen Kontrollen, fehlte jedoch. (TZ 17 bis 26)
- Eine aktuelle Bewertung, wie viele Fälle nach Durchlauf der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen fehlerhaft waren, war aus den verfügbaren Daten nicht möglich. Die Innenrevisionen hatten zuletzt 2006 bzw. 2008 eine Fehlerquote von rd. 9 % bis 13 % ermittelt, allerdings keine finanzielle Bewertung vorgenommen.
- Zur internen Steuerung der Vollziehung fehlte weiters eine Erledigungsstatistik und eine klare Zuordnung der für die Ausgleichszulage eingesetzten Ressourcen. (TZ 15, 16)
- Aus Sicht der Parteien erfolgte der Bezug von Ausgleichszulage in den meisten Fällen ohne Auffälligkeiten. Wo jedoch komplexe Sachverhalte zu erheben waren, bestanden Probleme im Hinblick auf eine zeitnahe Erledigung, eine trägerübergreifende einheitliche Vollziehung und eine transparente Vorgehensweise. (TZ 4 bis 10)
- In bestimmten Konstellationen, insbesondere beim Zusammentreffen mehrerer Pensionen, bei Heimaufenthalten und hinsichtlich der Rezeptgebührenbefreiung bei Anrechnung von Aufgabepauschalen, wäre die geltende Rechtslage zu evaluieren. (TZ 44 bis 46)

Schlussempfehlungen

48 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMASK

(1) Es wäre auf die Verbesserung der Vollziehung der Ausgleichszulage durch die Pensionsversicherungsträger hinzuwirken, insbesondere

- a) Maßnahmen für eine Vereinheitlichung der Vollziehung durch die Pensionsversicherungsträger zu setzen, insbesondere im Hinblick auf die Interpretation des Antragsprinzips, auf die Anrechnung von Unterhaltsansprüchen, auf Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen und auf die Rechtsfolgen von Auslandsaufenthalten; (TZ 5 bis 10)
- b) bei vorläufigen Leistungen der Anwendungsbereich und die verfahrensrechtlichen Rahmenbedingungen der vorläufigen Gewährung der Leistungen gesetzlich klarzustellen. (TZ 12)
- c) auf die Schaffung einer Regelung für ein Internes Kontrollsystem (IKS) in der Pensionsversicherung hinzuwirken; (TZ 17)
- d) darauf hinzuwirken, dass die Verwaltungskosten der Ausgleichszulage in den Kostenrechnungen der Pensionsversicherungsträger in vergleichbarer Weise ersichtlich sind. (TZ 16)

(2) Es wäre im Sinne einer sachlichen Gleichbehandlung der Betroffenen auf eine Änderung der gesetzlichen Regelung folgender Bereiche hinzuwirken:

- a) der zeitlichen Wirksamkeit der Anrechnung von weiteren Einkommen, (TZ 8)
- b) der Gewährung der Ausgleichszulage bei gleichzeitigem Bezug von mehreren Pensionsleistungen. (TZ 44)

(3) Es wäre auf Vereinfachungen bzw. im Einvernehmen mit den Ländern auf eine Harmonisierung der einkommensabhängigen Leistungen hinzuwirken (TZ 35), und zwar insbesondere darauf, dass

- a) die Regelungen der einkommensabhängigen Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957) und der Ausgleichszulage vereinheitlicht und die Vollziehung in einer Hand konzentriert werden; (TZ 29)
 - b) die Ausgleichszulagenrichtsätze besser mit den Lohnsteuergrenzen und dem Existenzminimum nach der Exekutionsordnung abgestimmt werden; (TZ 33)
 - c) auf technischer Ebene die Bewertung von Einkommen bzw. Abzugsposten vereinheitlicht wird; (TZ 31, 35)
 - d) die Berücksichtigung von Familien- und Unterhaltsleistungen harmonisiert wird; (TZ 30)
 - e) Möglichkeiten zur Vereinfachung der Verwaltungsabläufe weitestgehend genutzt werden, insbesondere idente Sachverhalte möglichst nur an einer Stelle zu erheben sind; (TZ 35)
 - f) die Auswirkungen der unterschiedlichen Berechnung von Rehabilitationsgeld und Berufsunfähigkeitspension genau zu beobachten sind und zu evaluieren ist, ob diese Berechnungsunterschiede mit der Zielsetzung einer Anhebung des durchschnittlichen Pensionsantrittsalters vereinbar sind; (TZ 32)
 - g) eine dauerhafte Finanzierungslösung für die Kosten der Ausgleichszulage im Sinne eines aufgabenorientierten Finanzausgleichs geschaffen wird. (TZ 28)
- (4) Es wären die Instrumente und Inhalte der wirkungsorientierten Haushaltsführung weiterzuentwickeln (TZ 36 bis 38) und dabei verstärkt Überlegungen anzustellen
- a) zur Begründung der Relevanz der Wirkungsziele und zur sprachlichen Präzision ihrer Formulierung, (TZ 36)
 - b) zur Kohärenz zwischen Maßnahmen und Wirkungszielen, (TZ 37)
 - c) zur Auswahl richtiger, aussagekräftiger Indikatoren, (TZ 38)
 - d) zur analytischen Ableitung der Indikatorwerte (Zielwerte), (TZ 38)
 - e) zur Gestaltung des Prozesses zur Entwicklung der Angaben zur Wirkungsorientierung in einer Form, dass die Qualität der Angaben ausreichend sichergestellt ist, (TZ 39)

Schlussempfehlungen

- f) zur auswertungstauglichen Strukturierung der vorhandenen Daten zu Pensionsversicherung und Ausgleichszulage und (TZ 40)
- g) zur Entwicklung eines Konzepts zur Nutzung der bei den Pensionsversicherungsträgern gespeicherten Daten. (TZ 40)
- (5) Es wäre im Bereich der Wirkungsorientierung klarzustellen,
 - a) wie die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern bei den übrigen Pensionsbeziehern verfolgt werden soll, (TZ 36)
 - b) ob sich das Ziel der Reduktion der Frauenquote auf den Bezug von oder den Bedarf nach Ausgleichszulage bezieht, (TZ 36)
 - c) in welchem Ausmaß auch ohne Maßnahmen eine Reduktion des Frauenanteils bei der Ausgleichszulage zu erwarten ist und welche Wirkung den Maßnahmen zugeschrieben wird, (TZ 38)
 - d) in welchem Ausmaß Maßnahmen der Vollziehung und in welchem Ausmaß Maßnahmen der Gesetzgebung für die Erreichung des Wirkungsziels erforderlich sind. (TZ 37)
- (6) Es wäre eine analytische Grundlage zu entwickeln, die eine sachliche Analyse der Unterschiede im öffentlichen Finanzierungsanteil zwischen den einzelnen Pensionsversicherungsträgern ermöglicht. (TZ 42)
- (7) Es wäre die Entwicklung der Bezieher von Ausgleichszulagen zu ausländischen Pensionsleistungen (EWR-Ausgleichszulagen) weiter zu beobachten und zu evaluieren, ob die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Behörden bei der Vollziehung dazu führt, dass die maßgeblichen Fälle ausreichend geprüft werden. (TZ 43)
- (8) Es wäre eine längerfristige Strategie zur weiteren Entwicklung der Ausgleichszulage zu entwickeln – dies unter Beachtung der relativen Entwicklung von Kaufkraft, Pensionshöhe und Ausgleichszulagenrichtsatz (TZ 27), der Treffsicherheit der Leistungen auch im Hinblick auf die einheitliche Vollziehung (TZ 5 bis 10), des Verhältnisses zu anderen Sozialleistungen (TZ 28 bis 35), der Wirkungsziele (TZ 36, 37), der unterschiedlichen Berufsgruppen (TZ 42) und internationalen Entwicklungen (TZ 43) – und die Auswirkungen auf die Gebarung wären in die Berechnungen der langfristigen Aufwendungen im Pensionsbereich miteinzubeziehen. (TZ 27)



Schlussempfehlungen

BMASK

Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung

(9) Das BMASK sollte sich angesichts der Höhe und der Entwicklung der zu überweisenden Beträge regelmäßig davon überzeugen, dass die Richtigkeit der an die Pensionsversicherungsträger auszu-bezahlenden Beträge durch ein wirksames IKS bei den Pensionsversicherungsträgern gewährleistet war. (TZ 24)

(10) Im Sinne der Aufsichtskompetenz des BMASK wäre dafür vor-zusorgen, dass der Prüfdienst seinen Aufgaben nachkommen kann. (TZ 24)

Hauptverband

(11) Die Regelung zur Rezeptgebührenbefreiung von Ausgleichszu-lagenbeziehern wäre im Hinblick auf die Sonderregelung zur Auf-gabepauschale zu überprüfen. (TZ 46)

(12) Es wären Maßnahmen für eine Vereinheitlichung der Vollzie-hung durch die Pensionsversicherungsträger zu setzen, insbeson-der im Hinblick auf die Interpretation des Antragsprinzips, auf die Anrechnung von Unterhaltsansprüchen, auf Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen und auf die Rechtsfolgen von Auslands-aufenthalten. (TZ 5 bis 10)

Pensionsversiche-rungsanstalt und Sozialversicherungs-anstalt der Bauern

(13) Es wären Maßnahmen zur Verbesserung der Vollziehung gegen-über den Betroffenen vorzunehmen, insbesondere:

- a) In regelmäßigen Abständen wäre ein trägerübergreifender Abgleich der Vollzugspraxis durchzuführen und bei Unterschie-den bzw. Unklarheiten eine Vereinheitlichung bzw. Klärung her-beizuführen, insbesondere im Hinblick auf die Interpretation des Antragsprinzips, auf die Anrechnung von Unterhaltsansprüchen, auf Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen und auf die Rechtsfolgen von Auslandsaufenthalten. (TZ 5 bis 10)
- b) Bei Wahrung einer verwaltungsökonomischen Vorgangsweise wäre der Schriftverkehr mit den Betroffenen korrekt, möglichst einheitlich und so aussagekräftig zu gestalten, dass den Betrof-fenen die Rechtsverfolgung möglich ist. (TZ 13)
- c) Es wäre durch ein systematisches Controlling über die Dauer und Notwendigkeit der Gewährung einer vorläufigen Leistung eine konsistente Anwendung der Möglichkeiten der Vorschussgewäh-rung sicherzustellen. (TZ 12)

Schlussempfehlungen

(14) Es wären Maßnahmen zur Verbesserung der Verwaltungseffizienz vorzunehmen, insbesondere:

- a) Die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches innerhalb der Sozialversicherung und mit anderen Stellen wären so weit als möglich zu nutzen. (TZ 34)
- b) Die Verwaltungsdaten wären so zu strukturieren, dass sie auch über den in den statistischen Weisungen vorgesehenen Umfang hinaus für Auswertungen im Rahmen der Wirkungsorientierung geeignet sind. (TZ 40)
- c) Es wäre ein Konzept zur Nutzung der bei den Pensionsversicherungsträgern gespeicherten Daten zur Unterstützung der Wirkungsorientierung zu entwickeln. (TZ 40)
- d) Es wäre eine Antrags- und Erledigungsstatistik für die Ausgleichszulage einzuführen. (TZ 15)
- e) Es wären aussagekräftige Statistiken über die Dauer der Erledigung von Anträgen auf Ausgleichszulage zu entwickeln und diese zeitnah zu erstellen. (TZ 11)
- f) Es wäre kritisch zu hinterfragen, ob die Datengrundlagen der Ressourcenzuordnung (Zählung und Gewichtung der Fälle) ausreichend verlässlich sind und ob die den Mitarbeitern für die Bearbeitung bzw. Prüfung der Ausgleichszulage zur Verfügung stehende Zeit ihren Aufgaben angemessen ist. (TZ 16)
- g) Es wären geeignete Datengrundlagen zur Ermittlung des Aufwands für die Vollziehung der Ausgleichszulage festzulegen. (TZ 16)

(15) Es wäre ein IKS im Sinne der sich entwickelnden internationalen Standards einzuführen (TZ 17), insbesondere:

- a) Ziele und Risiken im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage wären auszuarbeiten und deren Erreichung bzw. Vermeidung wäre zu kontrollieren. (TZ 20)
- b) Maßgebliche, aber schwer überprüfbare Sachverhalte (z.B. Vermögenseinkünfte, Auslandsaufenthalte, Lebensgemeinschaften) wären besonders zu berücksichtigen und Vorgaben zum Umgang mit diesen Risiken zu entwickeln. (TZ 34)



Schlussempfehlungen

BMASK

**Gewährung von Ausgleichszulagen
in der Pensionsversicherung**

- c) Maßnahmen der internen Kontrolle bei der Vollziehung der Ausgleichszulage, insbesondere die Definition der strategischen Risiken und Effektivität der Kontrollmaßnahmen, wären verstärkt auch in den Selbstverwaltungsgremien zu besprechen. (TZ 18)
- d) Es wäre eine Fehlerbewertung hinsichtlich der finanziellen Risiken der Fehler einzuführen. (TZ 21)
- e) Durch eine regelmäßige Evaluierung wäre sicherzustellen, ob das bestehende Prüf- und Freigabewesen die Risiken effektiv adressiert. (TZ 22)

**Pensionsversiche-
rungsanstalt**

- (16) Die Ursachen für die hohe Anzahl von Fallcodes bei der Ausgleichszulage wären näher zu analysieren. (TZ 15)
- (17) Mehrbezüge wären zu dokumentieren und auszuwerten. (TZ 22)
- (18) Die festgelegte Vorgehensweise zur Prüfung der Anspruchsbe-
rechtigung von Beziehern ausländischer Pensionen wäre auch tat-
sächlich zeitnah umzusetzen. (TZ 43)

**Sozialversicherungs-
anstalt der Bauern**

- (19) Es wäre zu überprüfen, warum die Fehlerquote der Sozialver-
sicherungsanstalt der Bauern rund doppelt so hoch lag wie jene der
Pensionsversicherungsanstalt. (TZ 21)



Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften



Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	396
Abkürzungsverzeichnis	397

BMWFW**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft****Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

KURZFASSUNG	399
Prüfungsablauf und -gegenstand	407
Grundlagen	408
Organe	409
Ziele	417
Stiftungsvermögen	425
Verwaltungsaufwand	435
Schlussempfehlungen	438

Tabellen



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Entwicklung der Satzung der Sonnleitner-Stiftung _____	416
Tabelle 2:	Eckdaten Jubiläumsfonds und der ausgewählten von der ÖAW verwalteten Stiftungen _____	418
Tabelle 3:	Zuwendungen des Jubiläumsfonds 2009 bis 2013 _____	419
Tabelle 4:	Zuwendungen der Mayer-Gunthof-Stiftung _____	420
Tabelle 5:	Zuwendungen der Oelzelt-Newin'schen Stiftung 2009 bis 2013 _____	421
Tabelle 6:	Zuwendungen der Sonnleitner-Stiftung 2009 bis 2014 _____	424
Tabelle 7:	Entwicklung des Fondsvermögens des Jubiläums- fonds 2009 bis 2013 _____	428
Tabelle 8:	Entwicklung des Stiftungsvermögens der Mayer- Gunthof-Stiftung 2009 bis 2013 _____	428
Tabelle 9:	Entwicklung des Stiftungsvermögens der Oelzelt- Newin'schen Stiftung 2009 bis 2013 _____	429
Tabelle 10:	Entwicklung des Stiftungsvermögens der Sonnleitner- Stiftung 2009 bis 2013 _____	430
Tabelle 11:	Erträge des Jubiläumsfonds und der Stiftungen 2009 bis 2013 _____	432
Tabelle 12:	Aufwendungen der Stiftungen und Fonds 2009 bis 2013 _____	436

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

ATS	Österreichische Schilling
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMWWF	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
EUR	Euro
FWF	Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung
GMI	GMI – Gregor-Mendel-Institut für Mole- kulare Pflanzenbiologie GmbH
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
Jubiläumsfonds	Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissen- schaften
MA	Magistratsabteilung (der Stadt Wien)
Mayer-Gunthof-Stiftung	DDr. Franz Josef Mayer-Gunthof-Stiftung
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
ÖAW	Österreichische Akademie der Wissenschaften
Oelzelt-Newin'sche Stiftung	Dr. Anton Oelzelt-Newin'sche Stiftung
RM	Reichsmark
rd.	rund
RH	Rechnungshof
Sonnleitner-Stiftung	Dr. Alois Sonnleitner-Stiftung

Abkürzungen



TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
Verwaltungskommission	Verwaltungskommission für Stiftungen und Widmungen der ÖAW
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft

Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Während die Verwaltung des Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissenschaften gut funktionierte, traten bei den drei weiteren überprüften Stiftungen zahlreiche Mängel mangels einer gesamthaften Strategie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften für die Verwaltung der Stiftungen auf. Die Mittel der Stiftungen dienten teilweise dazu, Lücken in der Finanzierung von Forschungsprojekten oder eines Tochterunternehmens der Österreichischen Akademie der Wissenschaften zu schließen. Alle vier überprüften Einrichtungen werden nach Tilgung der derzeit in deren Portfolio befindlichen Anleihen in den Jahren 2016 bzw. 2017 und anschließender Neuveranlagung aufgrund der Zinsenentwicklung voraussichtlich mit gravierenden Ertragseinbußen zu rechnen haben.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Der RH überprüfte im September und Oktober 2014 die Gebarung von vier durch die Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW) verwalteten Einrichtungen. Die Prüfung umfasste den Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissenschaften (Jubiläumsfonds), die DDr. Franz Josef Mayer-Gunthof-Stiftung (Mayer-Gunthof-Stiftung), die Dr. Anton Oelzelt-Newin'sche Stiftung (Oelzelt-Newin'sche Stiftung) und die Dr. Alois Sonnleitner-Stiftung (Sonnleitner-Stiftung). Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung des Stiftungszwecks, der Veranlagung der Stiftungsmittel und der Verwaltung der Stiftungen. (TZ 1)

Die Einrichtungen wurden aufgrund einer Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dieses Verfahren bezieht auch Rechtsträger ein, die nach dem ansonsten risikoorientierten Auswahlverfahren (z.B. wegen ihres geringen Gebarungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH wendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken. (TZ 1)

Kurzfassung

Grundlagen

Die ÖAW war neben ihren Aufgaben als Gelehrtenengesellschaft und als Trägerorganisation von Forschungseinrichtungen auch als Forschungsförderungseinrichtung tätig. Die Aufgaben der Forschungsförderung übernahmen u.a. auch die Stiftungen, deren Verwaltung der ÖAW übertragen war. Insgesamt verwaltete die ÖAW neun Stiftungen und einen Fonds. (TZ 2)

Während die Verwaltung des Jubiläumsfonds gut funktionierte, traten bei den überprüften Stiftungen zahlreiche Mängel auf. Ursächlich war dies darauf zurückzuführen, dass die ÖAW keine gesamthafte Strategie für die Verwaltung der Stiftungen hatte. (TZ 2)

Organe

Die Organe des Jubiläumsfonds waren der Vorstand, das Kuratorium, der Generalsekretär und die Rechnungsprüfer. Aufgaben des Vorstands waren es, die Satzung und Satzungsänderungen zu beschließen sowie dem Kuratorium alljährlich einen Rechnungsabschluss über das abgelaufene Geschäftsjahr zur Genehmigung vorzulegen. Das Kuratorium des Jubiläumsfonds hatte die Aufgabe, das Fondsvermögen und dessen Erträge seiner satzungsgemäßen Bestimmung zuzuführen. Der Generalsekretär beriet und unterstützte das Kuratorium bei der Erfüllung des Zwecks des Jubiläumsfonds und vollzog dessen Beschlüsse. Die Organe des Jubiläumsfonds nahmen ihre Aufgaben entsprechend der Satzung wahr. (TZ 3)

Die Vertretung der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung nach außen oblag dem Präsidenten der ÖAW. (TZ 4)

Gemäß den Stiftungssatzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung war als Verwaltungsorgan der Stiftungen die Verwaltungskommission für Stiftungen und Widmungen bei der ÖAW (Verwaltungskommission) bestellt. (TZ 4)

Die ÖAW errichtete ihre Verwaltungskommission erstmals im Jahr 1956. Sie verabsäumte damals und in den folgenden Jahren die Regelung der Mitgliederanzahl und der Wahlperioden. Die ÖAW verfügte über keine auf die Verwaltungskommission abgestimmte Geschäftsordnung; Richtlinien sowie Verfahrensvorschriften für Förderungsnehmer fehlten. (TZ 5)

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

Die geringe Anzahl an Anträgen für Stiftungszuwendungen war eine Folge des unregelmäßigen Antragswesens und der nicht geregelten Auslobung von Stiftungszuwendungen. Erst während der Gebärungsüberprüfung an Ort und Stelle durch den RH führte die ÖAW ein geregeltes Antragswesen ein. (TZ 5)

Die Gesamtsitzung der ÖAW wählte im November 2012 eine neue Verwaltungskommission, die aus insgesamt acht Mitgliedern bestand. Demgegenüber sah die Stiftungssatzung der Mayer-Gunthof-Stiftung eine Verwaltungskommission aus fünf Mitgliedern vor. Die Stiftungssatzungen der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung sahen jeweils eine Verwaltungskommission aus neun Kommissionsmitgliedern vor. Die Stiftungssatzungen wurden daher in diesem Bereich nicht eingehalten. (TZ 5)

Die ÖAW hielt die in den Satzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung vorgesehenen Wahlperioden von drei Jahren nicht ein. Die ÖAW verzichtete von 1997 bis November 2012 sogar auf den dreijährigen Wahlrhythmus und ging von einer „stillschweigenden Verlängerung“ aus. (TZ 5)

Im Zeitraum Anfang 2009 bis Mitte 2014 tagte die Verwaltungskommission neun Mal. In fünf von neun Sitzungen waren weniger als die Hälfte der Kommissionsmitglieder anwesend, wodurch kein qualifiziertes Quorum zustandekam. Die ÖAW tolerierte die oftmalige – teils entschuldigte, teils unentschuldigte – Abwesenheit eines Kommissionsmitglieds. (TZ 5)

Die Sitzungsprotokolle waren nicht nummeriert und ihre Vollständigkeit schwer nachvollziehbar. Die Abwesenheit von Kommissionsmitgliedern war unvollständig erfasst. Vertretungsregelungen für die Mitglieder der Verwaltungskommission fehlten. (TZ 5)

Von Juni 2008 bis April 2014 war die Prüfung und Genehmigung der Jahresabschlüsse der Stiftungen kein Tagesordnungspunkt der Verwaltungskommission. Die Jahresabschlüsse der Stiftungen unterzeichnete der Präsident der ÖAW. (TZ 6)

Bei allen Stiftungen und beim Jubiläumsfonds wurden Satzungsänderungen vorgenommen. Diese waren lediglich beim Jubiläumsfonds ordnungsgemäß dokumentiert, bei den Stiftungen waren sie mangelhaft dokumentiert und daher nicht nachvollziehbar. So änderten sich bei der Sonnleitner-Stiftung das Verwaltungsorgan, der Stiftungszweck, die Dotation und der Vergaberhythmus. Diese Ände-

Kurzfassung

rungen waren jedoch mangels Dokumentation nicht nachvollziehbar. (TZ 7)

Ziele

Ziele des Jubiläumsfonds und der angeführten Stiftungen waren die Förderung und Unterstützung von wissenschaftlichen Arbeiten durch bspw.:

- die Vergabe von Preisen für bereits geleistete wissenschaftliche Forschungen,
- die Gewährung von Zuschüssen für die Drucklegung wissenschaftlicher Arbeiten,
- die Vergabe von Stipendien und Beihilfen für wissenschaftliche Arbeiten und
- den Ausbau der Forschungsmittel der ÖAW selbst. (TZ 8)

Der Jubiläumsfonds förderte themenbezogene Forschungsprojekte mit Bezug zur Stadt Wien und vergab seit 2009 Preise an die Autoren von bereits publizierten Forschungsarbeiten. Die Vergabe von Zuwendungen durch den Jubiläumsfonds lief ordnungsgemäß ab. (TZ 9)

Bei der Mayer-Gunthof-Stiftung war kein Gesamtüberblick über die tatsächlichen Projektkosten einzelner Projekte gegeben. Das im Jahr 2009 seitens der Mayer-Gunthof-Stiftung geförderte Forschungsprojekt war eine Anschlussfinanzierung für ein Forschungsprojekt, dessen Förderung vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) gekürzt worden war. Insgesamt erhielt dieses Forschungsprojekt zur Schließung von Finanzierungslücken – ohne Forschungsmittel des FWF – Zuwendungen aus Stiftungen der ÖAW in Höhe von rd. 63.600 EUR, ohne dass das Forschungsprojekt einer abschließenden Evaluierung unterzogen wurde. (TZ 10)

Die Oelzelt-Newin'sche Stiftung förderte im überprüften Zeitraum ausschließlich Forschungsprojekte. Für eine 2008 vergebene Zuwendung für ein Forschungsprojekt in Höhe von 36.500 EUR fehlte bis Oktober 2014 die Projektabrechnung. (TZ 11)

Die GMI – Gregor-Mendel-Institut für Molekulare Pflanzenbiologie GmbH, ein Tochterunternehmen der ÖAW, erhielt im Jahr 2010

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

eine Zuwendung der Oelzelt-Newin'schen Stiftung in Höhe von 250.000 EUR (beinahe 90 % der verfügbaren Stiftungsmittel). Mit dieser Vorgangsweise bedeckte die ÖAW finanzielle Lücken ihrer Tochterunternehmen durch als Forschungsprojekt ausgegebene Zuwendungen. (TZ 11)

Trotz Zweifel über den Forschungsausput ließ die ÖAW einem Forscher in acht Jahren Stiftungsmittel in Höhe von insgesamt 400.000 EUR zukommen. Für die geflossenen Mittel fand keine begleitende Kontrolle statt, auch wurden die Forschungsprojekte nicht evaluiert. (TZ 11)

Die Sonnleitner-Stiftung sah sowohl die Förderung von Forschungsprojekten als auch Publikationspreise für Forschungspublikationen im Bereich der Krebsforschung vor. Ein Forschungsprojekt erhielt im Jahr 2008 ohne öffentliche Auslobung eine Zuwendung in Höhe von 25.000 EUR. Die Ausschreibung von Publikationspreisen im Jahr 2013 erbrachte keine Anträge, die nach Ansicht der Vergabekommission die Ausschreibungskriterien erfüllten. Die Vergabekommission verzichtete daher auf eine Preisvergabe. (TZ 12)

Die Wirkungen der vom Jubiläumsfonds geförderten Forschungsprojekte und Publikationen ließ die ÖAW durch interne und externe Fachgutachten beurteilen. Die Zuwendungen der überprüften Stiftungen wurden im überprüften Zeitraum jedoch nicht auf ihre Wirkung evaluiert. Auch die Evaluation größerer Einzelprojekte unterblieb. Die Mittel der überprüften Stiftungen dienten teilweise dazu, Lücken in der Finanzierung von Forschungsprojekten oder eines Tochterunternehmens der ÖAW, außerhalb des in der Leistungsvereinbarung mit dem BMWWF festgelegten Finanzierungsrahmens, zu schließen. (TZ 13)

Stiftungsvermögen

Die Stadt Wien als Fondsgründerin widmete dem Jubiläumsfonds im Dezember 1997 einen Betrag in der Höhe von rd. 3,63 Mio. EUR. Nach einer Mittelaufstockung im Jahr 2006 betrug das Fondskapital ab dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2007 rd. 5,69 Mio. EUR. (TZ 14)

Das Stiftungskapital der Mayer-Gunthof-Stiftung betrug im überprüften Zeitraum rd. 128.000 EUR. Die ÖAW konnte die Differenz von rd. 40.000 EUR zwischen Stammvermögen und Stiftungskapital mangels Dokumentation nicht aufklären. (TZ 14)

Kurzfassung

Das Stiftungskapital der Oelzelt-Newin'schen Stiftung betrug im überprüften Zeitraum rd. 1,79 Mio. EUR, das der Sonnleitner-Stiftung rd. 94.000 EUR. (TZ 14)

Das Stiftungs- bzw. Fondsvermögen bestand bei den überprüften Einrichtungen überwiegend aus Wertpapieren und Bankguthaben und es war höher als das Stammkapital gemäß den jeweils gültigen Satzungen. Bei der Mayer-Gunthof-Stiftung und der Oelzelt-Newin'schen Stiftung verringerte sich das Stiftungsvermögen aufgrund von höheren Förderungsvergaben und Aufwendungen als Erträgen. Die Wertpapierkäufe im überprüften Zeitraum entsprachen den Veranlagungsrichtlinien der ÖAW. (TZ 15)

Die ÖAW konnte keine genaue Auskunft zur Anschaffung (vor dem überprüften Zeitraum) der Fondsanteile der Mayer-Gunthof-Stiftung geben, obwohl diese Veranlagung nicht den geltenden Veranlagungsrichtlinien entsprach. (TZ 16)

Die Zins- und Veranlagungserträge des Stiftungs- bzw. Fondsvermögens waren die wichtigsten Erträge bei den überprüften Einrichtungen; sie veränderten sich im überprüften Zeitraum nur geringfügig. (TZ 17)

Die Wertpapierbestände per 31. Dezember 2013 setzten sich – mit einer Ausnahme – aus österreichischen und deutschen Bundesanleihen mit Laufzeiten bis 2017 bzw. bis 2016 und einer fixen Verzinsung von 4,3 % bis 6 % zusammen. Die Zinssätze für neu ausgegebene festverzinsliche Wertpapiere, wie bspw. österreichische Bundesanleihen oder Bundesschatzscheine, lagen zur Zeit der Gebärungsüberprüfung deutlich unter diesen Werten. So lag die Verzinsung von Bundesschatzscheinen bzw. Bundesanleihen mit jeweils zehnjähriger Laufzeit im Oktober 2014 bei 1,35 % bzw. 1,65 %. Die überprüften Einrichtungen werden nach Tilgung der derzeit in deren Portfolio befindlichen Anleihen in den Jahren 2016 bzw. 2017 und anschließender Neuveranlagung voraussichtlich mit gravierenden Ertragseinbußen zu rechnen haben. (TZ 17)

Die überprüften Einrichtungen bildeten für ihre Wertpapierbestände Wertberichtigungen in unterschiedlicher Höhe. Die Oelzelt-Newin'sche Stiftung traf für die zu erwartende Abschreibung von rd. 90.000 EUR, die zwar durch höhere jährliche Wertpapiererträge gedeckt war, bei Tilgung der Anleihe im Jahr 2016 keine Vorsorge. (TZ 18)

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

Die ÖAW nahm erst 2011 Verhandlungen hinsichtlich günstigerer Depotgebühren auf. Allein beim Jubiläumsfonds hätte die Reduktion von 0,42 % auf 0,30 % (analog dem 2011 erzielten Ergebnis) – bei Betrachtung über den gesamten Zeitraum – zu einer weiteren Ersparnis von rd. 26.800 EUR geführt. (TZ 19)

Verwaltungsaufwand

Die Aufwendungen für die Verwaltung der Stiftungen und des Jubiläumsfonds gaben – mit Ausnahme der Depotgebühren – keinen Anlass zu Beanstandungen. (TZ 20)

In den Satzungen der überprüften Stiftungen waren keine Regelungen hinsichtlich der Aufwendungen für die Verwaltung der Stiftungen enthalten. Die ÖAW nahm die Verwaltung der Stiftungen unentgeltlich vor. Die ÖAW trug – entgegen den Bestimmungen der Satzung – einen Teil der durch die Verwaltung des Jubiläumsfonds entstandenen Aufwendungen. (TZ 21)

Kenndaten zu von der Österreichischen Akademie der Wissenschaften verwalteten Einrichtungen							
überprüfte Fonds und Stiftungen	Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissenschaften (Jubiläumsfonds)						
	DDr. Franz Josef Mayer–Gunthof–Stiftung bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (Mayer–Gunthof–Stiftung)						
	Dr. Anton Oelzelt–Newin’sche Stiftung bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (Oelzelt–Newin’sche Stiftung)						
	Dr. Alois Sonnleitner–Stiftung bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (Sonnleitner–Stiftung)						
Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz vom 27. November 1974 über Stiftungen und Fonds (Bundes–Stiftungs– und Fondsgesetz), BGBl. Nr. 11/1975 i.d.g.F.						
Geschäftsjahr	2009	2010	2011	2012	2013	Summe	Veränderung
	in 1.000 EUR						in %
Jubiläumsfonds							
Fondsvermögen ¹	5.925	6.033	6.014	6.052	6.101	–	+ 3,0
Zins– und Veranlagungserträge	297	294	296	294	294	1.475	– 1,3
Vergaben ²	167	46	282	87	264	847	+ 57,7
Mayer–Gunthof–Stiftung							
Stiftungsvermögen ¹	134	132	137	142	131	–	– 2,3
Zins– und Veranlagungserträge	10	8	8	9	10	45	– 0,1
Vergaben ²	27	7	–	–	14	47	– 47,9
Oelzelt–Newin’sche–Stiftung							
Stiftungsvermögen ¹	2.165	1.952	1.959	2.013	2.018	–	– 6,8
Zins– und Veranlagungserträge	103	102	101	101	101	508	– 1,2
Vergaben ²	–	308	66	148	–	523	–
Sonnleitner–Stiftung							
Stiftungsvermögen ¹	106	120	119	125	125	–	+ 17,0
Zins– und Veranlagungserträge	3	4	4	5	4	20	+ 12,6
Vergaben ²	4	4	4	–	–	11	– 100,0

Rundungsdifferenzen möglich

¹ enthielt Wertpapiere, Bankguthaben, Forderungen und Rechnungsabgrenzungen; Stand jeweils zum 31. Dezember

² enthielt Förderungen und Preise

Quellen: Jahresabschlüsse des Jubiläumsfonds bzw. der Stiftungen

Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte im September und Oktober 2014 die Gebarung von vier seitens der Österreichischen Akademie der Wissenschaften (ÖAW) verwalteten Einrichtungen. Die Gebarungsüberprüfung umfasste:

- den Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissenschaften (**Jubiläumsfonds**) mit der satzungsmäßigen Aufgabe der Förderung von Forschungen in allen wissenschaftlichen Disziplinen mit Bezug zur Stadt Wien,
- die DDr. Franz Josef Mayer–Gunthof–Stiftung (**Mayer–Gunthof–Stiftung**) mit der satzungsmäßigen Aufgabe der Förderung von wissenschaftlichen Arbeiten und deren Drucklegung (insbesondere der Geschichte und Kunstgeschichte),
- die Dr. Anton Oelzelt–Newin'sche Stiftung (**Oelzelt–Newin'sche Stiftung**) mit den satzungsmäßigen Aufgaben der Gewährung von Zuschüssen für die Drucklegung, Beihilfen und Stipendien sowie die Unterstützung von wissenschaftlichen Arbeiten und Forschungsreisen (insbesondere im Rahmen der mathematisch–naturwissenschaftlichen Klasse der ÖAW) und
- die Dr. Alois Sonnleitner–Stiftung (**Sonnleitner–Stiftung**) mit der satzungsmäßigen Aufgabe der Vergabe von Ehrenpreisen und Forschungsbeiträgen zur Erforschung der Ursachen der Krebskrankheit.

Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2009 bis 2013. In Einzelfällen berücksichtigte der RH auch Sachverhalte außerhalb dieses Zeitraums.

Die Einrichtungen wurden aufgrund einer Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dieses Verfahren bezieht auch Rechtsträger ein, die nach dem ansonsten risikoorientierten Auswahlverfahren (z.B. wegen ihres geringen Gebarungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH wendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken.

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung des Stiftungszwecks, der Veranlagung der Stiftungsmittel und der Verwaltung der Stiftungen.

Der RH übermittelte der ÖAW und dem BMWFW sein Prüfungsergebnis im März 2015. Die ÖAW und das BMWFW übermittelten dazu im April ihre Stellungnahmen. Das BMWFW teilte mit, dass sich keine der ausgesprochenen Empfehlungen an das BMWFW richte. Die Umsetzung der an die ÖAW gerichteten Empfehlungen werde es im Zuge des laufend durchgeführten Leistungsvereinbarungs-Monitorings thematisieren. Der RH erstattete der ÖAW seine Gegenäußerung im Juni 2015.

Grundlagen

2.1 (1) Die ÖAW war neben ihren Aufgaben als Gelehrten-gesellschaft und als Trägerorganisation von Forschungseinrichtungen auch als Forschungsförderungseinrichtung tätig. Die Aufgaben der Forschungsförderung übernahmen u.a. auch die Stiftungen und Fonds, deren Verwaltung der ÖAW übertragen war. Insgesamt verwaltete die ÖAW neun Stiftungen und einen Fonds.

Stiftungen unterliegen gemäß dem Bundes-Stiftungs- und Fondsgesetz der Aufsicht der Stiftungsbehörde. Diese hat die Erhaltung des Stammvermögens der Stiftung, die Erfüllung des Stiftungszwecks sowie die ordnungsgemäße Verwaltung der Stiftung sicherzustellen. Diese behördlichen Angelegenheiten für die Stiftungen der ÖAW nahm die Magistratsabteilung 62 (MA 62) des Amtes der Wiener Landesregierung wahr.¹

(2) Während die Verwaltung des Jubiläumsfonds gut funktionierte, stellte der RH zusammenfassend folgende Mängel bei den überprüften Stiftungen fest:

- fehlende Strategie für die von der ÖAW verwalteten Stiftungen,
- fehlende Regelungen (z.B. Geschäftsordnung) hinsichtlich der Verwaltungskommission für Stiftungen und Widmungen bei der ÖAW (Verwaltungskommission; siehe TZ 5),
- fehlende Richtlinien und Verfahrensvorschriften für die Förderungsanträge der Forscher bei der Verwaltungskommission (siehe TZ 5),
- fehlende Regelungen hinsichtlich der Auslobung von Stiftungszuwendungen (siehe TZ 11, 12),
- fehlende Evaluationen der vergebenen Zuwendungen der Stiftungen (siehe TZ 6, 10, 11, 13),

¹ Die zuständige Behörde ist gemäß § 39 Bundes-Stiftungs- und Fondsgesetz der Landeshauptmann

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

- Dokumentationsmängel (siehe TZ 7, 14) und
- Depotgebühren in unterschiedlicher Höhe für die Wertpapierdepots der Stiftungen (siehe TZ 19).

2.2 Der RH beanstandete, dass die ÖAW über keine gesamthafte Strategie hinsichtlich der von ihr verwalteten Stiftungen verfügte. Dies war nach Ansicht des RH ursächlich für eine Vielzahl der festgestellten Mängel im Bereich der Stiftungsverwaltung. Der RH empfahl der ÖAW, eine Strategie für die Verwaltung der Stiftungen zu erstellen, um deren effiziente Verwaltung und eine nachhaltige Wirkung der Stiftungsmittel zu gewährleisten.

2.3 *Die ÖAW teilte mit, dass mit der im Gang befindlichen organisatorischen Neuordnung der Abläufe in Zusammenhang mit den Stiftungen und Fonds eine Strategie erarbeitet werde, die sämtliche von der ÖAW verwalteten Stiftungen und Fonds erfassen soll.*

Organe
Jubiläumsfonds

3.1 (1) Die Organe des Jubiläumsfonds waren der Vorstand, das Kuratorium, der Generalsekretär und die Rechnungsprüfer.

(2) Aufgabe des Vorstands war es, die Satzung und Satzungsänderungen zu beschließen. Mitglieder des Vorstands des Jubiläumsfonds waren bis Mai 2012 der Bürgermeister der Stadt Wien, der für die Wissenschaftsförderung zuständige Stadtrat sowie der Präsident und der Generalsekretär der ÖAW. Zwischen 2009 und Mitte 2014 wurde die Satzung im Mai 2012 einmal geändert. Nach Änderung der Satzung wurden an Stelle des Generalsekretärs der Vizepräsident der ÖAW sowie die beiden Klassenpräsidenten der philosophisch-historischen und der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse an der ÖAW und der Magistratsdirektor sowie der Generalsekretär des Fonds zu Mitgliedern des Vorstands.

Weiters war es Aufgabe des Vorstands, dem Kuratorium alljährlich einen Rechnungsabschluss über das abgelaufene Geschäftsjahr zur Genehmigung vorzulegen. Der Generalsekretär des Jubiläumsfonds hatte dabei die Aufgabe, über die inhaltlichen und budgetären Angelegenheiten zu berichten.

(3) Das Kuratorium des Jubiläumsfonds hatte die Aufgabe, das Fondsvermögen und dessen Erträge seiner satzungsgemäßen Bestimmung zuzuführen. Es setzte sich aus dem Vorstand und 16 Mitgliedern

Organe

zusammen. Acht Mitglieder wurden auf Vorschlag des für Wissenschaftsförderung zuständigen Stadtrats bestellt und weitere acht auf Vorschlag der ÖAW. Das Kuratorium des Jubiläumsfonds tagte – wie in seiner Satzung vorgesehen – einmal jährlich (fünf Mal im überprüften Zeitraum).

(4) Die Rechnungsprüfer berichteten in den Sitzungen des Kuratoriums jeweils über die Prüfung der Rechnungsabschlüsse des Vorjahrs, die das Kuratorium in der Folge genehmigte. Ebenso wurde jeweils der Vorstand des Jubiläumsfonds entlastet.

(5) Der Generalsekretär war der für die Wissenschaft, die Forschungsförderung und die Stipendien zuständige Beamte der Stadt Wien. Er beriet und unterstützte das Kuratorium bei der Erfüllung des Zwecks des Jubiläumsfonds und vollzog dessen Beschlüsse.

- 3.2** Der RH stellte fest, dass die Organe des Jubiläumsfonds ihre Aufgaben entsprechend der Satzung wahrnahmen.

Mayer-Gunthof-Stiftung, Oelzelt-Newin'sche Stiftung und Sonnleitner-Stiftung

Geschäftsführung

- 4** Die Vertretung der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung nach außen oblag dem Präsidenten der ÖAW. Die Geschäfte der Stiftungen erledigte – aufgrund der Beschlüsse der Verwaltungskommission – die Geschäftsstelle der ÖAW.

Verwaltungskommission für Stiftungen und Widmungen

- 5.1** (1) Gemäß den Stiftungssatzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung war als Verwaltungsorgan der Stiftungen die Verwaltungskommission bestellt. Die ÖAW errichtete ihre Verwaltungskommission erstmals im Jahr 1956. Sie verabsäumte damals und in den folgenden Jahren

- die Regelung der Mitgliederanzahl und der Wahlperioden,
- die Erlassung einer Geschäftsordnung für die Verwaltungskommission sowie von
- Richtlinien und Verfahrensvorschriften für die Förderungsanträge der Forscher bei der Verwaltungskommission.

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

(2) Im Jahr 1956 bestand die Verwaltungskommission aus sieben Mitgliedern. Im Dezember 1997 wählte die ÖAW neun Kommissionsmitglieder in die Verwaltungskommission. Als im November 2000 ein Kommissionsmitglied verstarb, verzichtete die ÖAW bis November 2012 auf dessen Ersatz und tagte in der Folge mit acht Mitgliedern. Die Gesamtsitzung der ÖAW wählte im November 2012 eine neue Verwaltungskommission, die aus insgesamt acht Mitgliedern bestand.

Demgegenüber sah die Stiftungssatzung der Mayer-Gunthof-Stiftung eine Verwaltungskommission aus fünf Mitgliedern vor. Die Stiftungssatzungen der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung sahen jeweils eine Verwaltungskommission aus neun Kommissionsmitgliedern vor.

(3) Die Mayer-Gunthof-Stiftung, die Oelzelt-Newin'sche Stiftung und die Sonnleitner-Stiftung sahen in ihren Satzungen für die Verwaltungskommission eine Wahlperiode von drei Jahren vor.

Die ÖAW verzichtete von 1997 bis November 2012 auf eine Neuwahl der Mitglieder der Verwaltungskommission und ging von einer „stillschweigenden Verlängerung“ aus. In ihrer Gesamtsitzung im November 2012 wählte die ÖAW die Verwaltungskommission für die Dauer von fünf Jahren von Anfang 2013 bis Ende 2017. Die ÖAW teilte dazu mit, dass es sich um einen Irrtum handle, der bisher nicht bereinigt worden sei. Sie sagte zu, dies in einer der nächsten Gesamtsitzungen nachzuholen.

(4) Von Anfang 2009 bis Mitte 2014 tagte die Verwaltungskommission neun Mal. In fünf Sitzungen waren weniger als die Hälfte der Kommissionsmitglieder² anwesend. Das Kommissionsmitglied A blieb seit Anfang 2008 bis April 2012 allen Sitzungen – überwiegend unentschuldigt – fern und antwortete auch nicht auf Umlaufbeschlüsse. Ein weiteres Kommissionsmitglied B blieb altersbedingt seit Anfang 2012 den Sitzungen fern. Trotz Empfehlung der Verwaltungskommission, eine Nachbesetzung zu veranlassen, erfolgte diese nicht. Eine Vertretungsregelung fehlte mangels Geschäftsordnung. Bei der Mehrzahl der Sitzungen entstand daher keine entsprechende Diskussion über die Geschäftsfälle bzw. wurden die Beschlüsse erst durch Umlauf herbeigeführt. Das Ausbleiben von Antworten auf Umlaufbeschlüsse wurde seitens der Verwaltungskommission als Zustimmung gewertet.

² Laut Satzung der Dr. Anton Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Dr. Alois Sonnleitner-Stiftung Präsidium vier Mitglieder und fünf weitere Mitglieder, in Summe neun.

Organe

(5) Verfahrensvorschriften wie z.B. eine Geschäftsordnung für die Verwaltungskommission gab es nicht. Die Satzungen der Mayer-Gunt-hof-Stiftung und der Oelzelt-Newin'schen Stiftung sahen vor, dass „die einschlägigen Bestimmungen der Geschäftsordnung der Akademie“ galten. Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in Kraft befindliche Geschäftsordnung war auf wissenschaftliche Kommissionen abgestimmt; sie nahm nicht auf die Geschäfte der Stiftungen Bezug.

Die von der ÖAW dem RH vorgelegten Sitzungsprotokolle der Verwaltungskommission waren nicht nummeriert und ihre Vollständigkeit schwer nachvollziehbar. Die An- und Abwesenheit der Kommissionsmitglieder war unvollständig erfasst.

(6) Im überprüften Zeitraum hatte die Verwaltungskommission wiederholt auf die mangelnde Antragskultur hingewiesen und die Qualität der Anträge kritisiert. Die geringe Anzahl an Anträgen für Stiftungszuwendungen war eine Folge der nicht geregelten Auslobung von Stiftungszuwendungen. Dennoch dauerte es mehrere Jahre, bis die ÖAW im September 2014, während der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle durch den RH, ein geregeltes Antragswesen einführte.

5.2 Der RH kritisierte, dass die ÖAW über keine auf die Verwaltungskommission abgestimmte Geschäftsordnung verfügte und dass Richtlinien sowie Verfahrensvorschriften für Förderungsnehmer fehlten. Er wies weiters kritisch darauf hin, dass die Vollständigkeit der Protokoll-Sammlung schwer nachvollziehbar war und in den Protokollen die An- und Abwesenheit der Kommissionsmitglieder unvollständig erfasst waren. Er empfahl der ÖAW, eine auf die Verwaltungskommission abgestimmte Geschäftsordnung auszuarbeiten und diese schriftlich festzuhalten. Ferner empfahl der RH der ÖAW, auf die ordnungsgemäße Ablage der Protokolle zu achten und diese zu nummerieren.

Der RH kritisierte das unregelmäßige Antragswesen und die ungenügende Auslobung von Forschungsprojekten. Der RH wies darauf hin, dass die ÖAW erst anlässlich seiner Erhebungen an Ort und Stelle das Antragswesen und dessen Abläufe neu regelte. Er empfahl der ÖAW, Richtlinien und Verfahrensregeln für Förderungsnehmer für Zuwendungen aus Stiftungen zu schaffen, diese zu verschriftlichen und sie in der Gesamtsitzung der ÖAW zu genehmigen.

Weiters vermerkte der RH kritisch, dass in fünf von neun Sitzungen weniger als die Hälfte der Kommissionsmitglieder anwesend waren und sich somit kein qualifiziertes Quorum ergab. Er kritisierte, dass eine Vertretungsregelung fehlte und dass die ÖAW eine oftmalige Abwesenheit – teils entschuldigt, teils unentschuldigt – tolerierte. Der RH

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

empfahl der ÖAW, Vertretungsregelungen für die Mitglieder der Verwaltungskommission (z.B. im Rahmen der Geschäftsordnung) zu schaffen, auf die Anwesenheit der Mitglieder bei Sitzungen zu achten und bei längeren bzw. andauernden Absenzen neue Mitglieder zu bestellen.

Der RH stellte fest, dass die Satzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung zum Teil eine unterschiedliche Anzahl von Mitgliedern der Verwaltungskommission festlegten. Da die Verwaltungskommission seit dem Jahr 2000 durchgehend aus acht Mitgliedern bestand, einige Stiftungssatzungen jedoch neun Mitglieder festlegten, wurden in diesem Bereich die Stiftungssatzungen nicht eingehalten. Der RH empfahl der ÖAW, für die Harmonisierung der Satzungen hinsichtlich der Verwaltungskommission Sorge zu tragen und die Verwaltungskommission dementsprechend zu bestellen.

Ebenso wies der RH kritisch darauf hin, dass die ÖAW die in den Satzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung vorgesehenen Wahlperioden nicht einhielt. Der RH empfahl der ÖAW, künftig die Wahlperioden der Verwaltungskommission satzungskonform einzuhalten.

- 5.3** *Die ÖAW teilte mit, dass derzeit eine Geschäftsordnung für die Stiftungsverwaltungskommission in Ausarbeitung sei. Der Erstellungsprozess werde voraussichtlich im Frühjahr 2015 abgeschlossen sein, die Beschlussfassung über die Geschäftsordnung werde in der Gesamtsitzung der ÖAW im Juni 2015 erfolgen. In der Geschäftsordnung würden insbesondere die Zusammensetzung und Anzahl der Mitglieder in Abstimmung mit den Satzungen der Stiftungen sowie Regeln für die Beschlussfassung festgelegt werden. Weiters sei beabsichtigt, in der Gesamtsitzung im Juni 2015 die Mitglieder der Stiftungsverwaltungskommission neu zu wählen.*

Zu den fehlenden Richtlinien und Verfahrensvorschriften führte die ÖAW aus, dass im Herbst 2014 der Ablauf der Antragstellung und Begutachtung bzw. Beschlussfassung durch die Stiftungsverwaltungskommission neu strukturiert sowie Unterlagen für Antragsteller und Fördernehmer erstellt worden seien. Mittlerweile werde ein Antragsformular inklusive einer Aufstellung der geforderten Antragsunterlagen sowie ein Kostenformular verwendet. Zudem seien bereits Richtlinien für Fördernehmer erstellt worden, die u.a. auch Fristen für den Nachweis der zweckgebundenen Verwendung der Mittel (Bericht und Abrechnung) festlegen.

Organe

Hinsichtlich der Vollständigkeit der Protokoll-Sammlung teilte die ÖAW mit, dass im Rahmen der Prüfung durch den RH die Protokolle der Sitzungen der Stiftungsverwaltungskommission für die Jahre 2008 bis 2013 nachträglich vollständig erfasst und entsprechend abgelegt worden seien. Seit 2014 erfolge die Erfassung bzw. Ablage der Sitzungsprotokolle sowohl in elektronischer als auch in Papierform zentral in der für die Stiftungsverwaltungskommission zuständigen Abteilung für die Stipendien und Preise.

Zur mangelnden Harmonisierung der Satzungen der Verwaltungskommission, der Vertretungsregelungen und der Wahlperioden teilte die ÖAW mit, dass auch hier Anpassungen erfolgen würden, um in den Stiftungen satzungskonformes Vorgehen und um einen harmonisierten Ablauf in der Stiftungsverwaltungskommission zu gewährleisten.

Jahresabschlüsse

- 6.1** Die Satzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung sahen vor, dass über die Gebahrung der Stiftung jährliche Jahresabschlüsse zu erstellen und diese von der Verwaltungskommission zu prüfen³ und zu genehmigen waren. Rechnungsprüfer, wie z.B. beim Jubiläumsfonds, sahen die Satzungen dieser Stiftungen nicht vor.

Wie der RH aus den Protokollen von Juni 2008 bis April 2014 entnahm, war die Prüfung und Genehmigung der Jahresabschlüsse der Stiftungen kein Tagesordnungspunkt der Verwaltungskommission. Die Jahresabschlüsse der Stiftungen unterzeichnete der Präsident der ÖAW.

- 6.2** Der RH kritisierte, dass die Verwaltungskommission die Jahresabschlüsse nicht – wie in den Satzungen vorgesehen – prüfte und in ihren Sitzungen genehmigte. Der RH empfahl der ÖAW, die Jahresabschlüsse entsprechend den Satzungen zu prüfen und zu behandeln.
- 6.3** Die ÖAW teilte mit, dass eine Prüfungsinstanz durch die Geschäftsordnung der Stiftungsverwaltungskommission geschaffen werde.

³ Dr. Alois Sonnleitner-Stiftung § 7, Dr. Anton Oelzelt-Newin'schen Stiftung § 7, DDr. Franz Josef Mayer-Gunthofstiftung § 7

Satzungsänderungen

7.1 (1) Bei allen Stiftungen und beim Jubiläumsfonds wurden Satzungsänderungen vorgenommen. Diese waren lediglich beim Jubiläumsfonds ordnungsgemäß dokumentiert, bei den Stiftungen waren sie mangelhaft dokumentiert und daher nicht nachvollziehbar.

(2) Der Stiftungsbrief der Sonnleitner-Stiftung aus dem Dezember 1942 sah als Verwaltungsorgan ein dreigliedriges Kuratorium vor, das aus einem von der ÖAW entsandten Mitglied, das auch den Vorsitz zu führen hatte, dem Leiter der Wiener Gesellschaft zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit und einem von der medizinischen Fakultät der Universität Wien entsandten Mitglied bestand. Die Satzung der Sonnleitner-Stiftung wurde von 1942 bis 2014 fünf Mal geändert:

Organe

Tabelle 1: Entwicklung der Satzung der Sonnleitner-Stiftung						
Jahr	Bezeichnung	Vermögen	Vergabe	Dotation	Zweck	Verwaltung
1942	Stiftungsbrief der Sonnleitner-Stiftung bei der Akademie der Wissenschaften in Wien	in Satzung nicht erwähnt	alle zwei Jahre	Preis: RM 2.000 Forschungsbeitrag: RM 600	Erforschung der Ursache der Krebskrankheit	dreigliedriges Kuratorium bestehend aus: Vorsitz: ein Mitglied der ÖAW; der Leiter der Wiener Ges. z. z. Erforschung u. Bekämpfung der Krebskrankheit ein Mitglied der Medizinischen Fakultät der Universität Wien
ohne Angabe	Abschrift des Stiftungsbriefes	in Satzung nicht erwähnt	alle zwei Jahre	Preis: ATS 2.000 Forschungsbeitrag: ATS 10.000	Erforschung der Ursache der Krebskrankheit	dreigliedriges Kuratorium bestehend aus: Vorsitz: ein Mitglied der ÖAW; der Leiter der Wiener Ges. z. z. Erforschung u. Bekämpfung der Krebskrankheit ein Mitglied der Medizinischen Fakultät der Universität Wien
1964	Stiftungsbrief der Dr. Alois Sonnleitner-Stiftung bei der Akademie der Wissenschaften in Wien	in Satzung nicht erwähnt	alle zwei Jahre	Preis: ATS 30.000 Forschungsbeitrag: ATS 24.000	Erforschung der Ursache der Krebskrankheit	dreigliedriges Kuratorium bestehend aus: Vorsitz: ein Mitglied der ÖAW; der Leiter der Wiener Ges. z. z. Erforschung u. Bekämpfung der Krebskrankheit ein Mitglied der Medizinischen Fakultät der Universität Wien
1972	Stiftungsbrief der Sonnleitner-Stiftung bei der Akademie der Wissenschaften in Wien	in Satzung nicht erwähnt	alle zwei Jahre	Preis: ATS 30.000 Forschungsbeitrag: ATS 30.000	Erforschung der Ursache der Krebskrankheit	dreigliedriges Kuratorium bestehend aus: Vorsitz: ein Mitglied der ÖAW; der Leiter der Wiener Ges. z. z. Erforschung u. Bekämpfung der Krebskrankheit ein Mitglied der Medizinischen Fakultät der Universität Wien
1979	Stiftungssatzung der Sonnleitner-Stiftung bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften	in Satzung nicht erwähnt	alle zwei Jahre	Preis: ATS 50.000 Forschungsbeitrag: ATS 50.000	Erforschung der Ursache der Krebskrankheit	Verwaltungskommission für die Stiftungen und Widmungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften; Einsetzen einer Kommission durch die mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse der ÖAW zur Ausarbeitung von Vorschlägen für die Vergabe
1992	Stiftungssatzung der Dr. Sonnleitner-Stiftung bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften	ATS 1.751.396,43 (ab Dezember 1990)	nicht festgelegt	nicht festgelegt	Förderung wissenschaftlicher Untersuchungen auf dem Gebiet der Biomedizinischen Grundlagenforschung unter besonderer Berücksichtigung der Karzinogenese	Verwaltungskommission für die Stiftungen und Widmungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften; Einsetzen einer Kommission durch die mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse der ÖAW zur Ausarbeitung von Vorschlägen für die Vergabe

Schattierte Flächen geben eine Veränderung in der Satzung wieder

RM – Reichsmark

Quelle: ÖAW

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

Wesentliche Änderungen waren jene aus dem Jahr 1979, als das Kuratorium laut Stiftungsbrief durch die Verwaltungskommission für die Stiftungen und Widmungen bei der ÖAW ersetzt wurde und 1992, als der Stiftungszweck, die Dotation und der Vergaberhythmus geändert wurden. Die ÖAW verfügte über keine Dokumentation, ob die Überleitung des dreigliedrigen Kuratoriums laut Stifterwunsch in die alleinige Verwaltung der ÖAW auch die Zustimmung der beiden anderen Einrichtungen gefunden hatte.

7.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Sachverhalte betreffend die Entwicklung der Satzung der Sonnleitner-Stiftung nicht nachvollziehbar waren. Er wies kritisch darauf hin, dass bei der Sonnleitner-Stiftung das Verwaltungsorgan, der Stiftungszweck, die Dotation und der Vergaberhythmus geändert wurden. Der RH empfahl der ÖAW, künftig wesentliche Änderungen der Satzungen mit einer angemessenen Dokumentation zu hinterlegen.

7.3 Die ÖAW teilte mit, dass zwischenzeitig wesentliche Satzungsänderungen der Vergangenheit – soweit rekonstruierbar – dokumentiert und abgelegt worden seien. Die zukünftige Dokumentation der Satzungsänderungen erfolge zentral in der dafür zuständigen Abteilung Stipendien und Preise der ÖAW.

Ziele
Allgemeines

8 Ziele des Jubiläumsfonds und der überprüften Stiftungen waren die Förderung und Unterstützung von wissenschaftlichen Arbeiten durch bspw.:

- die Vergabe von Preisen für bereits geleistete wissenschaftliche Forschungen,
- die Gewährung von Zuschüssen für die Drucklegung wissenschaftlicher Arbeiten,
- die Vergabe von Stipendien und Beihilfen für wissenschaftliche Arbeiten und
- den Ausbau der Forschungsmittel der ÖAW selbst.

In der nachstehenden Tabelle werden der Zweck des Jubiläumsfonds und der überprüften Stiftungen, das jeweils vertretungsbefugte Organ sowie die Bilanzsumme dargestellt:

Ziele

Tabelle 2: Eckdaten Jubiläumsfonds und der ausgewählten von der ÖAW verwalteten Stiftungen			
	Bilanzsumme am 31. Dezember 2013		
Stiftung/Fonds	in 1.000 EUR	Zweck der Stiftung/Fonds	vertretungsbefugtes Organ
Jubiläumsfonds der Stadt Wien	6.101,14	Förderung von Forschungen in allen wissenschaftlichen Disziplinen mit Bezug zur Stadt Wien	Bürgermeister der Stadt Wien
Mayer-Gunthof-Stiftung	130,77	PH-Klasse ² , Prämierung, Druck österreichischer Forschungsarbeiten mit Bevorzugung der Geschichte und Kunstgeschichte	Präsident der ÖAW
Oelzelt-Newin'sche Stiftung	2.017,67	MN-Klasse ¹ , Förderung in beliebiger Form: Preise, Stipendien, Druck und Forschungsvorhaben	Präsident der ÖAW
Sonnleitner-Stiftung	124,59	MN-Klasse ¹ , Biomedizinische Grundlagenforschung, insbesondere Krebsforschung	Präsident der ÖAW

¹ Unterstützung im Rahmen der mathematisch-naturwissenschaftlichen Klasse der ÖAW

² Unterstützung im Rahmen der philosophisch-historischen Klasse der ÖAW

Quelle: ÖAW

Vergabe von Zuwendungen

Jubiläumsfonds

9.1 Der Jubiläumsfonds förderte themenbezogene Forschungsprojekte mit Bezug zur Stadt Wien und vergab seit 2009 Preise an die Autoren von bereits publizierten Forschungsarbeiten. Zur Förderungsvergabe schrieb der Jubiläumsfonds für Universitäten und außeruniversitäre Forschungseinrichtungen außerhalb der ÖAW folgende Themen aus:

- 2009: Kunst-, Kultur- und Stadtentwicklung,
- 2010: Strukturbildung – Structure Formation,
- 2011: Migration, kulturelle Diversität, Mehrfachidentität, Integration,
- 2012: Erneuerbare Energie, Nachhaltigkeit, Umweltentwicklung und
- 2014: Analyse großer Datenmengen in der historischen und aktuellen Demographie im Zusammenhang mit Populationsdynamik.

Ab 2013 führte der Jubiläumsfonds einen zweijährigen Vergaberhythmus ein. Die Ausschreibungen der Forschungsprojekthemen und

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

Publikationspreise veröffentlichte die ÖAW in Printmedien sowie auf den Websites der ÖAW und der Stadt Wien.

Die folgende Tabelle gibt die Zuwendungen des Jubiläumsfonds in den Jahren 2009 bis 2013 wieder:

Tabelle 3: Zuwendungen des Jubiläumsfonds 2009 bis 2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	Gesamt
	Anzahl					
eingelangte Projektanträge ¹	26	1	42	13	8	90
geförderte Projekte	3	1	4	1	4	13
	in EUR					
Fondsmittel für Projekte	160.000	39.143	274.835	79.597	249.135	802.710
	Anzahl					
eingelangte Publikationsanträge	43	21	31	31	20	146
Publikationspreise	2	2	2	2	4	12
	in EUR					
Fondsmittel für Publikationspreise	7.400	7.400	7.400	7.400	14.800	44.400
Fondsmittel gesamt	167.400	46.543	282.235	86.997	263.935	847.110

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Vergaben wurden im Herbst des Vorjahres eingereicht.

Quelle: ÖAW

Zur Auswahl der geförderten Forschungsprojekte und Publikationspreise hatte der Jubiläumsfonds je eine Vergabekommission für die mathematisch-naturwissenschaftliche und für die philosophisch-historische Klasse eingerichtet. Bei Vergabe der Förderungen für Forschungsprojekte und Publikationen wurden u.a. folgende Kriterien berücksichtigt:

- wissenschaftliche Qualifikation des/der Antragsteller/s,
- Relevanz des Themas für das Fachgebiet,
- Innovationsgrad der Publikation hinsichtlich des Inhalts oder der Methode,
- Erscheinungsort (Verlag) der Publikation und
- Lesbarkeit der Publikation.

Ziele

9.2 Der RH stellte fest, dass die Vergabe von Zuwendungen durch den Jubiläumsfonds ordnungsgemäß ablief.

Mayer-Gunthof-Stiftung

10.1 (1) Im Rahmen der Mayer-Gunthof-Stiftung förderte die ÖAW folgende Projekte:

- 2009: Projekt „Hofburg 16./17. Jahrhundert“
- 2010: Nachbesserung Projekt „Hofburg 16./17. Jahrhundert“
- 2013: Projekt „Wiener Weltausstellung 1873“

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Zuwendungen der Mayer-Gunthof-Stiftung in den Jahren 2009 bis 2013:

Tabelle 4: Zuwendungen der Mayer-Gunthof-Stiftung						
	2009	2010	2011	2012	2013	Gesamt
	Anzahl					
eingelangte Projektanträge	1	1	–	–	1	3
geförderte Projekte	1	1	–	–	1	3
	in EUR					
Zuwendungen für Projekte	27.000	6.649	–	–	13.925	47.574

Quelle: ÖAW

Das im Jahr 2009 seitens der Mayer-Gunthof-Stiftung geförderte Projekt war eine Anschlussfinanzierung für ein Forschungsprojekt, dessen Förderung vom FWF gekürzt worden war. Die ÖAW förderte das Projekt mit 27.000 EUR aus den Mitteln der Mayer-Gunthof-Stiftung und mit 30.000 EUR aus Mitteln einer Erbschaft. Im Jahr 2010 erhielt dieses Forschungsprojekt neuerlich rd. 6.600 EUR als „Nachbesserung des im Juni 2009 bewilligten Projekts, um den aus der Abrechnung sich ergebenden Fehlbetrag zu decken“. Insgesamt erhielt dieses Forschungsprojekt – ohne Forschungsmittel des FWF – Zuwendungen aus Stiftungen der ÖAW in Höhe von rd. 63.600 EUR, ohne dass das Forschungsprojekt einer abschließenden Evaluation unterzogen wurde. Da das Projekt „Hofburg 16./17. Jahrhundert“ von mehreren Förderungsgebern (FWF, ÖAW) finanziert wurde, war kein Gesamtüberblick über die Projektkosten vorhanden.

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

10.2 Der RH hielt kritisch fest, dass ein Gesamtüberblick über die tatsächlichen Projektkosten einzelner Projekte nicht gegeben war. Darüber hinaus kritisierte er, dass eine Evaluation und Beurteilung der Wirkung des dargestellten Forschungsprojekts unterblieb. Der RH empfahl der ÖAW, in ihren Richtlinien vorzusehen, dass Projekte in ihrer Gesamtheit einzureichen bzw. zu beurteilen sind, um ausreichend Transparenz und Kostenwahrheit sicherzustellen.

10.3 Die ÖAW teilte mit, dass bereits seit Herbst 2014 auf Basis der verfügbaren Mittel vor jedem Einreichtermin für jede Stiftung die Höchstgrenze pro Antrag festgelegt und an die Antragsteller kommuniziert werde. Die Antragsteller müssten außerdem angeben, ob und welche zusätzlichen Finanzierungen für das eingereichte Forschungsvorhaben beantragt bzw. erhalten wurden. Zudem seien im Herbst 2014 Richtlinien für Fördernehmer inklusive der Festlegung einer Frist für den Nachweis der zweckgebundenen Verwendung der Mittel (Bericht und Abrechnung) erstellt worden. Fehlende Abrechnungen für Förderungen, die in den Jahren vor 2014 genehmigt wurden, würden nachgefordert. Die Dokumentation und Ablage der Belege werde zentral in der Abteilung Stipendien und Preise der ÖAW vorgenommen.

Oelzelt–Newin'sche Stiftung

11.1 (1) Die Oelzelt–Newin'sche Stiftung förderte im überprüften Zeitraum ausschließlich Forschungsprojekte. Die folgende Tabelle gibt die Zuwendungen der Oelzelt–Newin'schen Stiftung in den Jahren 2009 bis 2013 wieder:

Tabelle 5: Zuwendungen der Oelzelt–Newin'schen Stiftung 2009 bis 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Gesamt
	Anzahl					
eingelangte Projektanträge	–	3	2	2	–	7
geförderte Projekte	–	3	2	2	–	7
	in EUR					
Zuwendungen für Projekte	–	308.030	66.378	148.200	–	522.608

Quelle: ÖAW

Für eine 2008 vergebene Zuwendung⁴ für ein Forschungsprojekt in Höhe von 36.500 EUR fehlte bis Oktober 2014 die Projektabrechnung. Die Ablage der Belege war ungeordnet.

⁴ Förderprojekt Riedl Studie; Zuwendung in Höhe von 36.500 EUR; Vergabe aus 2008 (nicht in Tabelle 5 enthalten)

Ziele

(2) Die Stiftungsbehörde regte im Jahr 2009 an, die relativ hohen verfügbaren Mittel (rd. 280.000 EUR, siehe Tabelle 9 in TZ 15) der Oelzelt-Newin'schen Stiftung zu vergeben. Da bis Ende des Jahres 2009 keine Projektanträge vorlagen, forderte die ÖAW alle dem Stiftungszweck entsprechenden Forschungseinrichtungen zur Bewerbung auf und leitete Anträge aus anderen von der ÖAW verwalteten Stiftungen (z.B. Sonnleitner-Stiftung) an die Oelzelt-Newin'schen Stiftung weiter.

Die ÖAW hatte im September 2010 beschlossen, dem GMI – Gregor-Mendel-Institut für Molekulare Pflanzenbiologie GmbH (GMI) eine außerordentliche Zuwendung in Höhe von 475.000 EUR zu gewähren, „um so einen ausgeglichenen Cash-Flow der GMI für das Geschäftsjahr 2010 sicherzustellen“. Mitte November 2010 überwies die ÖAW der GMI 475.000 EUR. Nahezu gleichzeitig richtete die GMI einen Forschungsantrag über 250.000 EUR an die Oelzelt-Newin'sche Stiftung zur Förderung ihrer Investition für das Projekt „HiSeq 2000 Systems von Illumina Netherland“.

Die Verwaltungskommission wies Mitte November 2010 den Antrag mit dem Hinweis zurück, dass er nicht ausreichend begründet und ein Expertengutachten zu erstellen sei. Nach Vorliegen des Expertengutachtens genehmigte die Verwaltungskommission Mitte Dezember 2010 den Antrag mittels Umlaufbeschluss (mit einer Gegenstimme) und bei zwei Dauerabsenzen (siehe TZ 5), von denen eine als Zustimmung gewertet wurde. Kurz danach überwies die ÖAW Mittel der Oelzelt-Newin'schen Stiftung in Höhe von 250.000 EUR (beinahe 90 % der verfügbaren Stiftungsmittel) an sich selbst. Wie der RH aus dem begleitenden Schriftverkehr entnahm, wählte die ÖAW den Weg der Projektförderung zur Sanierung der GMI, um der Forderung der Stiftungsbehörde nachzukommen.

(3) Im April 2014 diskutierte die Verwaltungskommission den Antrag eines Antragstellers, der in den letzten acht Jahren Stiftungsmittel der ÖAW in Höhe von insgesamt 400.000 EUR bekommen hatte, weil Zweifel über den Forschungsoutput vorlagen. Für die bisher geflossenen Mittel fand keine begleitende Kontrolle statt, auch wurden die Forschungsprojekte nicht evaluiert.

(4) Im Jahr 2014 bewarben sich fünf Forschergruppen um Zuwendungen für Forschungsprojekte aus den Stiftungsmitteln der seitens der ÖAW verwalteten Stiftungen. Aus der Oelzelt-Newin'schen Stiftung erhielt ein Projekt eine Zuwendung in Höhe von rd. 7.200 EUR,

Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

drei wurden aus einer anderen Stiftung⁵ gefördert, nur ein Projekt wurde abgelehnt.

11.2 (1) Der RH kritisierte die fehlende Projektabrechnung für die vergebene Zuwendung aus 2008. Er empfahl der ÖAW, generell die fehlenden Projektabrechnungen einzufordern sowie Regelungen für die Abrechnungen und die nicht zweckgemäße Verwendung von Stiftungsmitteln zu erlassen. Weiters wäre die Ablage von Belegen von Stiftungszuwendungen zu regeln.

(2) Der RH kritisierte die Vorgangsweise der ÖAW, finanzielle Lücken ihrer Tochterunternehmen durch als Forschungsprojekt ausgegebene Zuwendungen in Höhe von 250.000 EUR (beinahe 90 % der verfügbaren Stiftungsmittel) zu bedecken. Er empfahl der ÖAW, künftig Finanzlücken ihrer Tochterunternehmen nicht durch nachträglich eingebrachte Forschungsprojekte zu sanieren.

(3) Der RH kritisierte die vieljährige Vergabe von Mitteln, ohne dass eine begleitende Kontrolle erfolgte oder die Forschungsprojekte auf ihre Wirkung evaluiert wurden. Der RH empfahl der ÖAW, die Evaluierung von Projekten über einer bestimmten Wertgrenze vorzuschreiben.

11.3 *Zusätzlich zu seiner Stellungnahme in TZ 10 teilte die ÖAW zur Kritik, finanzielle Lücken ihrer Tochterunternehmen durch als Forschungsprojekt ausgegebene Zuwendungen zu bedecken, mit, dass dies einen Einzelfall im Jahr 2010 betroffen habe. Aufgrund der nunmehr getroffenen Maßnahmen sowohl zur Evaluierung als auch der geforderten Informationen zur Finanzierung werde dies in Zukunft ausgeschlossen sein.*

Sonnleitner-Stiftung

12.1 (1) Die Sonnleitner-Stiftung sah sowohl die Förderung von Forschungsprojekten als auch Publikationspreisen für Forschungspublikationen im Bereich der Krebsforschung vor. Ein Forschungsprojekt erhielt im Jahr 2008 ohne öffentliche Auslobung eine Zuwendung in Höhe von 25.000 EUR. Die Schlussrechnung und der Forschungsbericht lagen im Mai 2012 vor. Beide wurden stiftungsintern beurteilt.

(2) Die folgende Tabelle gibt die Zuwendungen der Sonnleitner-Stiftung in den Jahren 2009 bis 2013 wieder:

⁵ Stiftung der Familie Philipp Politzer

Ziele

Tabelle 6: Zuwendungen der Sonnleitner-Stiftung 2009 bis 2014						
	2009	2010	2011	2012	2013	Gesamt
	Anzahl					
Publikationsanträge	7	2	6	–	–	15
vergebene Publikationspreise	1	1	1	–	–	3
	in EUR					
vergebene Stiftungsmittel	3.700	3.700	3.700	–	–	11.100

Quelle: ÖAW

Die Sonnleitner-Stiftung vergab Publikationspreise in den Jahren 2009, 2010 und 2011. Die Ausschreibung im Jahr 2013 erbrachte keine Anträge, die nach Ansicht der Vergabekommission die Ausschreibungskriterien erfüllten. Sie verzichtete daher auf eine Preisvergabe.

12.2 Der RH befürwortete die Aussetzung der Publikationspreise bei qualitativ und quantitativ geringer Beteiligung, kritisierte aber die Zuwendung für das im Jahr 2008 vergebene Forschungsprojekt ohne Wettbewerb. Der RH empfahl der ÖAW, bei der Förderung von Forschungsprojekten auf einen ausreichenden Wettbewerb (z.B. durch öffentliche Auslobung) hinsichtlich der Fördermittel zu achten.

12.3 *Die ÖAW teilte mit, dass sie großen Wert darauf lege, dass Preise nur bei entsprechender Qualität der Projekte vergeben werden. Mittlerweile seien zwei Einreichtermine und zwei Sitzungstermine (etwa sechs bis acht Wochen nach dem Einreichtermin) pro Jahr festgelegt worden. Die Aufforderung zur Antragstellung werde jeweils acht bis zehn Wochen vor dem Einreichtermin an die Mitglieder der ÖAW per E-Mail versandt.*

Wirkung der
Stiftungsmittel

13.1 (1) Die Wirkungen der vom Jubiläumsfonds der Stadt Wien geförderten Forschungsprojekte und Publikationen ließ die ÖAW durch interne und externe Fachgutachten beurteilen.

Für die von der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newin'schen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung geförderten Forschungsprojekte lagen laut Angaben der ÖAW überwiegend Endberichte und Projektabrechnungen vor, die teilweise einer internen Beurteilung hinsichtlich des Projektablaufs durch die ÖAW unterzogen wurden. Die Zuwendungen der überprüften Stiftungen wurden im überprüften Zeitraum nicht auf ihre Wirkung evaluiert. Auch die Evaluierung größerer Einzelprojekte unterblieb.

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

(2) Die Mittel der überprüften Stiftungen dienten teilweise dazu, Lücken in der Finanzierung von Forschungsprojekten (siehe TZ 10) oder eines Tochterunternehmens der ÖAW (siehe TZ 11) außerhalb des in der Leistungsvereinbarung mit dem BMWFW festgelegten Finanzierungsrahmens zu schließen.

13.2 Der RH kritisierte generell den teilweisen Einsatz der Stiftungsmittel zum Füllen von Finanzierungslücken, wodurch die Nachhaltigkeit der Stiftungsmittel eingeschränkt war. Er empfahl der ÖAW, verstärkt Evaluierungen einzusetzen, um die Wirkungen und die Nachhaltigkeit der eingesetzten Stiftungsmittel zu beurteilen.

13.3 *Die ÖAW teilte mit, dass es sich um einen Einzelfall gehandelt habe. Aufgrund der nunmehr getroffenen Maßnahmen sowohl zur Evaluierung als auch der geforderten Informationen zur Finanzierung sei der Eintritt eines solchen Falls in Zukunft ausgeschlossen.*

Stiftungsvermögen

Entwicklung des
Stiftungsvermögens

Allgemeines

14.1 (1) Die jeweiligen Satzungen der überprüften Einrichtungen legten das Stammvermögen der Stiftungen bzw. des Jubiläumsfonds fest. Dieses Stammvermögen hatte in der bilanziellen Darstellung Eigenkapitalcharakter und trug die Bezeichnung Fonds- bzw. Stiftungskapital.

(2) Jubiläumsfonds: Die Stadt Wien als Fondsgründerin widmete dem Jubiläumsfonds im Dezember 1997 einen Betrag in der Höhe von rd. 3,63 Mio. EUR. Im Dezember 2006 stockte die Stadt Wien⁶ die Mittel des Jubiläumsfonds um 3,00 Mio. EUR auf. Dies erfolgte unter der Bedingung, „dass die fördernde Tätigkeit ab 1. Jänner 2007 ausschließlich aus den Erträgen des Fondskapitals bestritten werden soll.“ Vor 2007 war auch eine Fördermittelvergabe aus den Zuwendungen der Stadt Wien möglich.

Die ÖAW errechnete aus den Einnahmen und Ausgaben des Jubiläumsfonds das Fondskapital zum Bilanzstichtag 2006 mit rd. 2,69 Mio. EUR. Nach der Mittelaufstockung von 3,00 Mio. EUR betrug das Fondskapital ab dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2007 rd. 5,69 Mio. EUR.

⁶ mit Gemeinderatsbeschluss vom 15. Dezember 2006

Stiftungsvermögen

(3) Mayer-Gunthof-Stiftung: Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung vorliegende gültige Satzung⁷ der Mayer-Gunthof-Stiftung wies das Stammvermögen mit rd. 88.000 EUR aus. Das Stiftungskapital gemäß Bilanz betrug im überprüften Zeitraum rd. 128.000 EUR. Die ÖAW konnte die Differenz von rd. 40.000 EUR zwischen Stammvermögen und Stiftungskapital nicht aufklären.

(4) Oelzelt-Newin'sche Stiftung: Das Stiftungsvermögen der Oelzelt-Newin'schen Stiftung bestand gemäß der Satzung aus 1976 im Wesentlichen aus zwei Liegenschaften (Stiftungshäuser) im zweiten Wiener Gemeindebezirk. Nach dem Verkauf dieser Stiftungshäuser im Jahr 1999 um rd. 1,79 Mio. EUR bestand ein Stammvermögen von rd. 1,84 Mio. EUR. Gemäß einem Aktenvermerk über eine Besprechung zwischen Vertretern der ÖAW und der MA 62 im April 2007 war die Entstehung des Betrages von rd. 1,84 Mio. EUR nicht mehr nachvollziehbar.⁸ Die Vertreter der ÖAW und der MA 62 vereinbarten, das Stammvermögen in einer geänderten Satzung mit einem Betrag in Höhe des Verkaufserlöses von rd. 1,79 Mio. EUR festzulegen. Der Differenzbetrag von rd. 50.000 EUR fiel dem sonstigen Vermögen der Stiftung zu. Das Stiftungskapital der Oelzelt-Newin'schen Stiftung betrug im überprüften Zeitraum daher rd. 1,79 Mio. EUR.

(5) Sonnleitner-Stiftung: Die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung vorliegende gültige Satzung⁹ der Sonnleitner-Stiftung wies deren Stammvermögen mit rd. 93.000 EUR aus. Das Stiftungskapital gemäß Bilanz betrug im überprüften Zeitraum rd. 94.000 EUR. Die ÖAW konnte die Differenz von rd. 1.000 EUR zwischen Stammvermögen und Stiftungskapital nicht aufklären.

14.2 Der RH wies kritisch auf die Dokumentationsmängel hinsichtlich des Stammvermögens der überprüften Stiftungen hin, wodurch die Unterschiedsbeträge zwischen Stiftungskapital gemäß Bilanz und dem Stammvermögen gemäß Satzung bei der Mayer-Gunthof-Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung nicht aufklärbar waren. Er empfahl der ÖAW, die Entstehung und die Veränderungen sowohl des Stiftungskapitals als auch des Stammvermögens nachvollziehbar zu dokumentieren.

⁷ Die stiftungsbehördliche Genehmigung der Satzung der Mayer-Gunthof-Stiftung erfolgte am 11. Juli 1977; die Satzung selber weist kein Datum auf.

⁸ Auszug aus der Aktennotiz: „Eine stiftungsbehördliche Genehmigung über die Erhöhung des Stammvermögens (Satzungsänderung) hat es jedenfalls nie gegeben.“

⁹ Die stiftungsbehördliche Genehmigung der Satzung der Sonnleitner-Stiftung erfolgte am 28. März 1992; die Satzung selber weist kein Datum auf.

- 14.3** Die ÖAW teilte mit, dass aus systemtechnischen Gründen Dokumentationen aus dem Altsystem nicht vollständig hätten rekonstruiert werden können. Diese Problematik sei nunmehr behoben, weil die zukünftige Dokumentation zentral in der dafür zuständigen Abteilung Stipendien und Preise der ÖAW erfolge.

Entwicklung im Zeitablauf

- 15.1** (1) Das Stiftungs- bzw. Fondsvermögen bestand bei den überprüften Einrichtungen überwiegend aus Wertpapieren und Bankguthaben. In geringerem Umfang wiesen diese Einrichtungen Forderungen und Rechnungsabgrenzungen¹⁰ in den Jahresabschlüssen aus. Bei den überprüften Einrichtungen war das Stiftungs- bzw. Fondsvermögen höher als das Stammvermögen gemäß den jeweils gültigen Satzungen.

Der Bestand an Wertpapieren als bedeutendster Teil des Stiftungsvermögens veränderte sich im überprüften Zeitraum nur geringfügig. Bei allfälligen Tilgungen von Wertpapieren kauften der Jubiläumsfonds bzw. die Stiftungen festverzinsliche Bundesanleihen annähernd in der Höhe des Tilgungserlöses. Die Wertpapierkäufe im überprüften Zeitraum entsprachen den Veranlagungsrichtlinien der ÖAW.¹¹

Wesentliche Veränderungen wiesen die Bankguthaben auf, weil diese Position die im Zeitablauf unterschiedlich hohen Förderungsvergaben widerspiegelte.

- (2) Die Entwicklung des Vermögens des Jubiläumsfonds stellte sich für die Jahre 2009 bis 2013 wie folgt dar:

¹⁰ Die Forderungen und Rechnungsabgrenzungen bestanden aus anteiligen Wertpapiererträgen des laufenden Geschäftsjahres, die in den jeweiligen Folgejahren an die Stiftungen und Fonds flossen.

¹¹ „Veranlagungsrichtlinien für die ÖAW und die von ihr verwalteten Selbständigen Stiftungen“ aus dem Jahr 2004

Stiftungsvermögen

Tabelle 7: Entwicklung des Fondsvermögens des Jubiläumsfonds 2009 bis 2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung
	in 1.000 EUR					in %
Wertpapiere	5.512	5.436	5.359	5.282	5.206	– 5,6
Bankguthaben	287	471	528	644	769	168,0
Forderungen und Rechnungsabgrenzungen	126	126	127	126	126	–
Fondsvermögen¹	5.925	6.033	6.014	6.052	6.101	3,0

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Stand jeweils zum 31. Dezember

Quellen: Jahresabschlüsse des Jubiläumsfonds

Der Buchwert der Wertpapiere des Jubiläumsfonds veränderte sich durch regelmäßig vorgenommene Wertberichtigungen von jährlich rd. 77.000 EUR (siehe TZ 18). Die Bankguthaben des Jubiläumsfonds stiegen im überprüften Zeitraum von rd. 287.000 EUR auf rd. 769.000 EUR. Das gesamte Fondsvermögen des Jubiläumsfonds stieg von rd. 5.925.000 EUR auf rd. 6.101.000 EUR und somit um rd. 3,0 %.

(3) Die Entwicklung des Vermögens der Mayer–Gunthof–Stiftung stellte sich für die Jahre 2009 bis 2013 wie folgt dar:

Tabelle 8: Entwicklung des Stiftungsvermögens der Mayer–Gunthof–Stiftung 2009 bis 2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung
	in 1.000 EUR					in %
Wertpapiere	124	124	124	127	125	+ 1,1
Bankguthaben	9	6	11	14	5	– 44,2
Forderungen und Rechnungsabgrenzungen	1	2	2	1	1 ²	– 56,1
Stiftungsvermögen¹	134	132	137	142	131	– 2,3

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Stand jeweils zum 31. Dezember

² Die Forderungen der Mayer–Gunthof–Stiftung betrugen 2013 rd. 500 EUR; dadurch entstand die Veränderung von – 56,1 % gegenüber dem Wert von 2009.

Quellen: Jahresabschlüsse der Mayer–Gunthof–Stiftung

Die Bankguthaben der Mayer–Gunthof–Stiftung verringerten sich vom 31. Dezember 2009 bis zum 31. Dezember 2013 von rd. 9.000 EUR auf rd. 5.000 EUR, dies führte zu einer Reduktion des gesamten Stiftungsvermögens um rd. 2,3 %. Der Grund für den Rückgang des Stiftungsvermögens lag daran, dass die Mayer–Gunthof–Stiftung im über-



Stiftungsvermögen

BMWFW

Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

prüften Zeitraum höhere Förderungsvergaben und Aufwendungen als Erträge hatte.

(4) Die Entwicklung der Oelzelt-Newin'schen Stiftung stellt sich für die Jahre 2009 bis 2013 wie folgt dar:

Tabelle 9: Entwicklung des Stiftungsvermögens der Oelzelt-Newin'schen Stiftung 2009 bis 2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung
	in 1.000 EUR					in %
Wertpapiere	1.839	1.839	1.839	1.839	1.839	–
Bankguthaben	286	73	80	134	139	– 51,4
Forderungen und Rechnungsabgrenzungen	40	40	40	40	40	+ 0,1
Stiftungsvermögen¹	2.165	1.952	1.959	2.013	2.018	– 6,8

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Stand jeweils zum 31. Dezember

Quellen: Jahresabschlüsse der Oelzelt-Newin'schen Stiftung

Die Bankguthaben der Oelzelt-Newin'schen Stiftung verringerten sich vom 31. Dezember 2009 bis zum 31. Dezember 2013 von rd. 286.000 EUR auf rd. 139.000 EUR, dies führte zu einer Reduktion des gesamten Stiftungsvermögens um rd. 6,8 %. Der Grund für den Rückgang des Stiftungsvermögens lag darin, dass die Oelzelt-Newin'sche Stiftung im überprüften Zeitraum höhere Förderungsvergaben und Aufwendungen als Erträge hatte.

Stiftungsvermögen

(5) Die Entwicklung der Sonnleitner-Stiftung stellt sich für die Jahre 2009 bis 2013 wie folgt dar:

Tabelle 10: Entwicklung des Stiftungsvermögens der Sonnleitner-Stiftung 2009 bis 2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung
	in 1.000 EUR					in %
Wertpapiere	88	92	92	96	92	+ 4,8
Bankguthaben	16	26	25	28	32	+ 90,0
Forderungen und Rechnungsabgrenzungen	2	2	2	1	1	- 44,1
Stiftungsvermögen¹	106	120	119	125	125	+ 17,0

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Stand jeweils zum 31. Dezember

Quellen: Jahresabschlüsse der Sonnleitner-Stiftung

Die Sonnleitner-Stiftung erhöhte ihr Stiftungsvermögen vom 31. Dezember 2009 bis zum 31. Dezember 2013 um rd. 17,0 % bzw. um rd. 19.000 EUR. Dies war überwiegend auf die Übertragung des Vermögens einer aufgelösten Stiftung bei der ÖAW an die Sonnleitner-Stiftung zurückzuführen.¹²

15.2 Der RH wies darauf hin, dass sich das Stiftungsvermögen im überprüften Zeitraum bei der Mayer-Gunthof-Stiftung und bei der Oelzelt-Newin'schen Stiftung aufgrund von höheren Förderungsvergaben und Aufwendungen als Erträgen verringerte. Das Fonds- bzw. Stiftungsvermögen lag jedoch bei allen vier überprüften Einrichtungen über dem Stammvermögen gemäß den gültigen Satzungen.

Veranlagung des Stiftungsvermögens

Grundlagen

16.1 Die ÖAW veranlagte das Stiftungs- bzw. Fondsvermögen der vier überprüften Einrichtungen überwiegend in Wertpapieren. Der Wertpapierbestand zum 31. Dezember 2013 setzte sich bis auf eine Ausnahme aus fix verzinsten deutschen und österreichischen Bundesanleihen zusammen.

¹² Aufgelöst wurde die Wagner-Jauregg'sche Stiftung mit Wirkung vom 1. Jänner 2010; das übertragene Vermögen betrug insgesamt 12.926,56 EUR. Das Stiftungsvermögen der Sonnleitner-Stiftung hätte sich im überprüften Zeitraum auch ohne dieser Vermögensübertragung erhöht.

Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften

Die Mayer-Gunthof-Stiftung besaß neben einer österreichischen Bundesanleihe noch Anteile an einem niederländischen Investmentfonds,¹³ der international in Aktien großer renommierter Unternehmen mit überdurchschnittlichen Wachstumsaussichten investiert. Gemäß den Veranlagungsrichtlinien der ÖAW durfte sie keine Veranlagungen in Aktien oder Aktienfonds vornehmen. Aktien oder Aktienfonds konnten jedoch in Ausnahmefällen¹⁴ im Portfolio belassen werden. Über den Anschaffungszeitpunkt und die Art des Erwerbs dieser Fondsanteile konnte die ÖAW keine Auskunft erteilen, wodurch sie auch nicht beurteilen konnte, ob ein „Ausnahmefall“ gemäß den Veranlagungsrichtlinien vorlag. Gemäß Angabe der ÖAW seien diese Fondsanteile jedenfalls seit 1999 gehalten worden.

Neben den Veranlagungen in Wertpapieren bestanden noch Guthaben auf Bankkonten für die Abwicklung der laufenden Geschäfte des Jubiläumsfonds bzw. der Stiftungen.

- 16.2** Der RH kritisierte, dass die ÖAW keine genaue Auskunft zur Anschaffung der Fondsanteile der Mayer-Gunthof-Stiftung geben konnte, obwohl diese Veranlagung nicht den geltenden Veranlagungsrichtlinien entsprach. Der RH empfahl der ÖAW, über das Weiterhalten der Anteile am niederländischen Investmentfonds unter den Aspekten der Risikoabwägung und der Erhaltung des Stiftungsvermögens eine Entscheidung zu treffen.
- 16.3** *Die ÖAW teilte mit, dass die Anteile des angeführten Fonds bereits bei der Gründung in die Stiftung eingegangen seien. Dokumentationen zu Verkäufen oder Zukäufen dieser Anteile hätten selbst beim führenden Bankinstitut nicht angefordert werden können. Die Abteilung Rechnungswesen der ÖAW habe der Stiftungsverwaltungskommission den Verkauf der Anteile empfohlen.*

Veranlagungserträge

- 17.1** Die Zins- und Veranlagungserträge des Stiftungs- bzw. Fondsvermögens waren die wichtigsten Erträge bei den überprüften Einrichtungen. Sonstige Erträge entstanden durch den Rückfluss von nicht verbrauchten Fördermitteln, durch Erlöse aus Druckschriftenabrechnungen und

¹³ Der Buchwert der Wertpapiere gemäß Jahresabschluss zum 31. Dezember 2013 betrug rd. 125.000 EUR, der Kurswert gemäß Depotauszug zum 31. Dezember lag bei rd. 338.000 EUR und somit erheblich über dem Buchwert.

¹⁴ Ausnahmen wenn: „Stiftungskapital in Form von Aktien oder Aktienfonds eingebracht wird.“ oder „Ein Organ einer Selbständigen Stiftung (Stiftungsrat, Kuratorium etc.) den Kauf dieser Wertpapiere beschließt.“

Stiftungsvermögen

Wertpapierverkäufen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Erträge der überprüften Einrichtungen:

Tabelle 11: Erträge des Jubiläumsfonds und der Stiftungen 2009 bis 2013							
	2009	2010	2011	2012	2013	Summe	Veränderung
	in 1.000 EUR						in %
Jubiläumsfonds							
Zins- und Veranla- gungserträge	297	294	296	294	294	1.475 ¹	– 1,3
sonstige Erträge	–	1	–	4	–	5	–
Erträge Jubiläumsfonds	297	295	296	298	294	1.480	– 1,3
Mayer–Gunthof–Stiftung							
Zins- und Veranla- gungserträge	10	8	8	9	10	45	– 0,1
sonstige Erträge	–	–	–	2	–	2	–
Erträge Mayer– Gunthof–Stiftung	10	8	8	11	10	47	– 0,1
Oelzelt–Newin’sche Stiftung							
Zins- und Veranla- gungserträge	103	102	101	101	101	508	– 1,2
sonstige Erträge	–	–	–	20 ²	–	20	–
Erträge Oelzelt– Newin’sche Stiftung	103	102	101	121	101	528	– 1,2
Sonnleitner–Stiftung							
Zins- und Veranla- gungserträge	3	4	4	5	4	20	+ 12,6
sonstige Erträge	2	1	–	4	–	7	– 100,0
Erträge Sonnleitner– Stiftung	5	5	4	9	4	27	– 30,9

Rundungsdifferenzen möglich

¹ enthielten Erträge aus Wertpapieren (insgesamt rd. 1.467.000 EUR) und Zinserträge aus Bankguthaben (insgesamt rd. 8.000 EUR)

² sonstige Erträge der Oelzelt-Newin'schen Stiftung 2012: nicht verbrauchte Fördermittel

Quellen: Jahresabschlüsse des Jubiläumsfonds bzw. der drei Stiftungen

Die Zins- und Veranlagungserträge der überprüften Einrichtungen veränderten sich von 2009 auf 2013 nur geringfügig. Die Zinserträge für Bankguthaben verringerten sich bei den Stiftungen bzw. dem Jubiläumsfonds insgesamt von rd. 3.700 EUR (2009) auf rd. 1.100 EUR (2013) und waren dadurch für die Ertragslage von untergeordneter Bedeutung.¹⁵

¹⁵ 2008 betrugen die Zinserträge für Bankguthaben noch insgesamt rd. 23.300 EUR.

Die Wertpapierbestände per 31. Dezember 2013 setzten sich – mit einer Ausnahme (siehe TZ 16) – aus österreichischen und deutschen Bundesanleihen mit Laufzeiten bis 2017 bzw. bis 2016 und einer fixen Verzinsung von 4,3 % bis 6 % zusammen. Die Zinssätze für neu ausgegebene festverzinsliche Wertpapiere wie bspw. österreichische Bundesanleihen oder Bundesschatzscheine lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung deutlich unter diesen Werten. So lag die Verzinsung von Bundesschatzscheinen bzw. Bundesanleihen mit jeweils zehnjähriger Laufzeit im Oktober 2014 bei 1,35 % bzw. 1,65 %¹⁶.

17.2 Der RH wies darauf hin, dass die überprüften Einrichtungen nach Tilgung der derzeit in deren Portfolio befindlichen Anleihen in den Jahren 2016 bzw. 2017 und anschließender Neuveranlagung – nach derzeitigem Stand – mit gravierenden Ertragseinbußen zu rechnen haben werden. Er empfahl der ÖAW, diese allfälligen Ertragseinbußen bei zukünftigen Fördermittelvergaben rechtzeitig zu berücksichtigen.

17.3 *Die ÖAW sagte dies zu.*

Wertberichtigung zu Wertpapieren

18.1 (1) Die überprüften Einrichtungen bildeten für ihre Wertpapierbestände Wertberichtigungen in unterschiedlicher Höhe.

(2) Der Jubiläumsfonds besaß per 31. Dezember 2013 Anleihen im Nennwert von rd. 5,01 Mio. EUR. Der Anschaffungswert dieser Anleihen lag aufgrund eines höheren Kurses zum Zeitpunkt der Anschaffung über dem Nennwert. Um den voraussichtlichen Buchverlust zum Zeitpunkt der Tilgung der Anleihen zum Nennwert im Jahr 2016 über die gesamte Behaltedauer aufzuteilen, nahm der Jubiläumsfonds jährliche Wertberichtigungen von rd. 77.000 EUR vor. (Der hohe Kurs der Anleihen bei Anschaffung (über dem Nennwert) war auf entsprechend höhere Zinserträge (als zum Anschaffungszeitpunkt üblich) zurückzuführen; der Buchverlust ist daher kein echter Verlust, weil in der Zeit vor der Tilgung der Anleihe ein entsprechend höherer Zinsertrag erzielt wurde.) Von 2009 bis 2013 betrugen diese Wertberichtigungen insgesamt rd. 383.000 EUR bei Wertpapiererträgen von insgesamt rd. 1.467.000 EUR. Somit verblieben im überprüften Zeitraum von den Wertpapiererträgen rd. 1.084.000 EUR.

¹⁶ z.B.: Bundesanleihe 2014 vom 7. November 2014 bis 21. Oktober 2024: 1,65 % (Quelle: www.oebfa.at; Abfrage am 30. Oktober 2014); z.B.: Bundesschatzscheine, Laufzeit 120 Monate: 1,35 % (Quelle: www.bundesschatz.at; Abfrage am 30. Oktober 2014)

Stiftungsvermögen

Die Oelzelt-Newin'sche Stiftung besaß per 31. Dezember 2013 Anleihen im Nennwert von rd. 1,75 Mio. EUR. Der Buchwert dieser Anleihen lag zum Jahresabschluss per 31. Dezember 2013 bei rd. 1,84 Mio. EUR. Bei der Tilgung der Anleihen im Jahr 2016 ist daher mit einer Abschreibung von rd. 90.000 EUR zu rechnen. Die Wertpapiererträge bei der Oelzelt-Newin'schen Stiftung betrugen jährlich rd. 101.000 EUR und lagen daher über der – auf mehrere Jahre verteilbaren – voraussichtlichen Abschreibung von insgesamt rd. 90.000 EUR. Eine Wertberichtigung erfolgte bisher in Höhe von rd. 1.700 EUR. Ein vorzeitiger Verkauf der Anleihen zu einem höheren Kurswert war nach Angaben der ÖAW nicht vorgesehen.

- 18.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Oelzelt-Newin'sche Stiftung für die zu erwartende Abschreibung von rd. 90.000 EUR bei Tilgung der Anleihe im Jahr 2016 keine Vorsorge getroffen hatte. Er empfahl der ÖAW, bei der Oelzelt-Newin'schen Stiftung – analog zur Vorgangsweise beim Jubiläumsfonds – die zu erwartende Abschreibung bei Tilgung der Anleihe durch Wertberichtigungen auf die restliche Behaltendauer der Anleihen aufzuteilen.
- 18.3** *Die ÖAW teilte mit, dass die Empfehlung zur gleichmäßigen Abschreibung der Wertpapiere bereits mit den Jahresabschlüssen 2014 größtenteils umgesetzt worden sei. Mit den Jahresabschlüssen 2015 sei beabsichtigt, dies für alle Stiftungen der ÖAW umzusetzen.*

Depotgebühren

- 19.1** Für die Führung der Wertpapierdepots der Stiftungen bzw. des Jubiläumsfonds verrechneten die Kreditinstitute Depotgebühren, abhängig von der Art der Wertpapiere und vom Kurswert.

Der Jubiläumsfonds unterhielt Wertpapierdepots bei zwei Kreditinstituten, auf denen jeweils deutsche Bundesanleihen verwahrt wurden. Die Depotgebühren betrugen beim Jubiläumsfonds zwischen rd. 23.000 EUR (2013) und rd. 28.200 EUR (2010) jährlich bzw. im überprüften Zeitraum insgesamt rd. 125.000 EUR.

Auf Initiative der ÖAW konnte ab 2011 beim Kreditinstitut A eine Reduktion der Depotgebühr von 0,60 % auf 0,30 % erreicht werden; dies entsprach einer Reduktion von rd. 9.000 EUR (2010) auf rd. 4.400 EUR (2011). Bei Kreditinstitut B war kein Bemühen der ÖAW betreffend die Reduktion der Depotgebühr dokumentiert. Die durch Kreditinstitut B verrechneten Depotgebühren (0,42 %) betrugen von 2009 bis 2013 insgesamt rd. 94.000 EUR. Eine Reduktion von 0,42 % auf



Stiftungsvermögen

BMWFW

Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

0,30 % (analog zu Kreditinstitut A) hätte – bei Betrachtung über den gesamten Zeitraum – zu einer Ersparnis von rd. 26.800 EUR geführt.

Die Oelzelt-Newin'sche Stiftung unterhielt ein Wertpapierdepot bei einem weiteren Kreditinstitut. Die Depotgebühren betrugen rd. 0,30 % des Kurswertes der Anleihen bzw. im Zeitraum 2009 bis 2013 insgesamt rd. 31.000 EUR.

Die Depotgebühren für die Mayer-Gunthof-Stiftung und für die Sonnleitner-Stiftung betrugen im Zeitraum 2009 bis 2013 insgesamt rd. 1.700 EUR bzw. rd. 900 EUR und wiesen daher ein vergleichsweise geringes Einsparungspotenzial auf.

- 19.2** Der RH kritisierte, dass die ÖAW erst 2011 Verhandlungen um günstigere Depotgebühren aufnahm. Er empfahl der ÖAW aufgrund der Höhe der angefallenen Depotgebühren, mit allen betroffenen Kreditinstituten, insbesondere für den Jubiläumsfonds und für die Oelzelt-Newin'sche Stiftung, über niedrigere Depotgebühren zu verhandeln bzw. in weiterer Folge Wertpapierdepots auch kostengünstigeren Kreditinstituten zu übertragen.
- 19.3** *Die ÖAW teilte mit, dass mit der Bank A die letzte Nachverhandlung 2011 stattgefunden habe. Eine erneute Nachverhandlung werde von der ÖAW nach der Genehmigung durch die Stiftungsverwaltungskommission 2015 durchgeführt werden.*
- 19.4** Der RH stellte klar, dass seine Empfehlung insbesondere Verhandlungen mit der Bank B fokussierte. Bei diesem Kreditinstitut bestanden die höchsten Wertpapierdepots der vier überprüften Einrichtungen und es verrechnete – nach der Reduktion der Depotgebühren der Bank A im Jahr 2011 – höhere Depotgebühren als die anderen Kreditinstitute.

Verwaltungsaufwand

Aufwendungen bei den Stiftungen bzw. beim Jubiläumsfonds

- 20.1** Für die Verwaltung des Jubiläumsfonds bzw. der überprüften Stiftungen fielen Aufwendungen für bspw. Inserate, Druckkosten und Bankspesen an. Diese Aufwendungen bezahlten die Stiftungen aus den Erträgen des Stiftungsvermögens. Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über die beim Jubiläumsfonds bzw. bei den drei Stiftungen angefallenen Verwaltungsaufwendungen sowie über die in den jeweiligen Jahren zugesagten Förderungen:

Verwaltungsaufwand

Tabelle 12: Aufwendungen der Stiftungen und Fonds 2009 bis 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	Summe	Veränderung
	in 1.000 EUR						in %
Jubiläumsfonds							
Vergaben (Förderungen, Preise)	167	46	282	87	264	847	+ 57,7
betriebliche Aufwendungen ¹	43	37	34	37	25	177	– 40,3
Abschreibungen auf Wertpapiere ²	77	77	77	77	77	383	–
Aufwendungen Jubiläumsfonds	287	160	393	201	366	1.407	+ 27,7
Mayer–Gunthof–Stiftung							
Vergaben (Förderungen, Preise)	27	7	–	–	14	47	– 47,9
betriebliche Aufwendungen ¹	5	3	4	6	5	23	+ 11,7
Abschreibungen auf Wertpapiere	–	–	–	–	2	2	–
Aufwendungen Mayer–Gunthof–Stiftung	32	10	4	6	21	72	– 32,9
Oelzelt–Newin’sche Stiftung							
Vergaben (Förderungen, Preise)	–	308	66	148	–	523	–
betriebliche Aufwendungen ^{1, 3}	7	7	8	8	7	36	+ 12,6
Abschreibungen auf Wertpapiere	–	–	–	–	–	–	–
Aufwendungen Oelzelt–Newin’sche Stiftung	7	315	74	156	7	559	+ 12,6
Sonnleitner–Stiftung							
Vergaben (Förderungen, Preise)	4	4	4	–	–	11	– 100,0
betriebliche Aufwendungen ^{1, 4}	1	1	1	3	1	7	+ 6,9
Abschreibungen auf Wertpapiere	–	–	–	–	3	3	–
Aufwendungen Sonnleitner–Stiftung	5	5	5	3	4	21	– 12,0

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Aufgrund der teilweisen Kleinstbeträge sind in der Position „betriebliche Aufwendungen“ folgende Aufwendungen zusammengefasst: Inserate, Jahresabschlussprüfungen, Druckkosten, Bankspesen, Ertragssteuern für Wertpapiere, Stückzinsen beim Kauf von Wertpapieren.

² Den Abschreibungen (Wertberichtigungen) auf Wertpapiere beim Jubiläumsfonds stehen Wertpapiererträge von jährlich 5,625 % bzw. von 6 % gegenüber. Diese Wertpapiererträge betrugen von 2009 bis 2013 insgesamt rd. 1.467.000 EUR (siehe TZ 18).

³ Oelzelt-Newin'sche Stiftung: betriebliche Aufwendungen 2009: 6.617,43 EUR; 2013: 7.449,65 EUR; daher ergibt sich eine Veränderung von + 12,6 %.

⁴ Sonnleitner-Stiftung: betriebliche Aufwendungen 2009: 811,96 EUR; 2013: 867,84 EUR; daher ergibt sich eine Veränderung von + 6,9 %.

Quellen: Jahresabschlüsse der Stiftungen bzw. des Jubiläumsfonds



Verwaltungsaufwand



Ausgewählte Stiftungen bei der Österreichischen Akademie der Wissenschaften

20.2 Der RH stellte fest, dass die Aufwendungen für die Verwaltung der Stiftungen und des Jubiläumsfonds – mit Ausnahme der Depotgebühren (siehe TZ 19) – keinen Anlass zu Beanstandungen gaben.

Verwaltungsaufwand
bei der ÖAW

21.1 Zusätzlich zu den in Tabelle 12 dargestellten Aufwendungen entstanden bei der ÖAW Personalaufwendungen für die Verwaltung des Jubiläumsfonds bzw. der Stiftungen. Diese Aufwendungen gab die ÖAW im Oktober 2014 mit insgesamt rd. 337 Arbeitsstunden bzw. rd. 6.350 EUR pro Jahr an.¹⁷ Die Ermittlung des Zeitaufwands beruhte auf Schätzungen. Eine Aufteilung der geleisteten Stunden auf die einzelnen Stiftungen und Fonds erfolgte nur für den Anteil der Abteilung „Stiftungen & Preise“. Diese Abteilung leistete rd. 90 % der angegebenen Stunden für den Jubiläumsfonds und rd. 10 % für die Sonnleitner-Stiftung.

Gemäß der Satzung des Jubiläumsfonds waren die Kosten für seine Verwaltung ausschließlich aus den Erträgen des Fondskapitals zu bestreiten. In der Gewinn- und Verlustrechnung des Jubiläumsfonds waren Positionen wie bspw. Inerate, Wirtschaftsprüfer und Bankspesen als Aufwendungen verbucht. Die ÖAW verrechnete dem Jubiläumsfonds die Aufwendungen für die Verwaltung nicht.

In den Satzungen der überprüften Stiftungen waren keine Regelungen hinsichtlich der Aufwendungen für die Verwaltung der Stiftungen enthalten. Die ÖAW nahm die Verwaltung der Stiftungen unentgeltlich vor.

21.2 Der RH kritisierte, dass die ÖAW – entgegen den Bestimmungen der Satzung – einen Teil der durch die Verwaltung des Jubiläumsfonds entstandenen Aufwendungen trug. Er empfahl der ÖAW, die Personal- und Sachaufwendungen für die Verwaltung des Jubiläumsfonds zu ermitteln und an diesen zu verrechnen.

21.3 *Die ÖAW teilte mit, dass geplant sei, Personalaufwendungen, die in den Abteilungen Stipendien und Preise sowie Rechnungswesen in Zusammenhang mit Auswahl- und Begutachtungsverfahren bzw. mit der Abrechnung der Fördermittel anfallen, zu ermitteln und ebenfalls dem Jubiläumsfonds zu verrechnen.*

¹⁷ Der Betrag von 6.350 EUR enthielt auch die Lohnnebenkosten.

Schlussempfehlungen

22 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an die Österreichische Akademie der Wissenschaften hervor:

(1) Es wäre eine Strategie für die Verwaltung der Stiftungen zu erstellen, um eine effiziente Verwaltung und nachhaltige Wirkung der Stiftungsmittel zu gewährleisten. (TZ 2)

(2) Eine auf die Verwaltungskommission abgestimmte Geschäftsordnung sowie Richtlinien mit Verfahrensvorschriften für Förderungsnehmer wären zu schaffen, schriftlich festzuhalten und in der Gesamtsitzung der ÖAW zu genehmigen. (TZ 5)

(3) Auf die ordnungsgemäße Ablage der Protokolle der Verwaltungskommission wäre zu achten und diese wären zu nummerieren. (TZ 5)

(4) Vertretungsregelungen für die Mitglieder der Verwaltungskommission wären zu schaffen (z.B. im Rahmen der Geschäftsordnung), auf die Anwesenheit bei Sitzungen der Verwaltungskommission wäre zu achten und bei längerer Abwesenheit bzw. andauernden Absenzen wären neue Mitglieder zu bestellen. (TZ 5)

(5) Für die Harmonisierung der Satzungen hinsichtlich der Verwaltungskommission der Stiftungen wäre Sorge zu tragen und die Verwaltungskommission wäre dementsprechend zu bestellen. (TZ 5)

(6) Künftig wären die satzungskonformen Wahlperioden der Stiftungskommission einzuhalten. (TZ 5)

(7) Die Jahresabschlüsse der Stiftungen wären entsprechend den Satzungen zu prüfen und in den Sitzungen der Verwaltungskommission zu behandeln. (TZ 6)

(8) Wesentliche Änderungen der Satzungen wären mit einer angemessenen Dokumentation zu hinterlegen. (TZ 7)

**Ausgewählte Stiftungen bei der
Österreichischen Akademie der Wissenschaften**

(9) In den Richtlinien wäre vorzusehen, dass Projekte in ihrer Gesamtheit einzureichen bzw. zu beurteilen sind, um ausreichend Transparenz und Kostenwahrheit sicherzustellen. (TZ 10)

(10) Fehlende Projektabrechnungen wären generell einzufordern sowie Regelungen für die Abrechnungen und die nicht zweckgemäße Verwendung von Stiftungsmitteln zu erlassen. Weiters wäre die Ablage von Belegen von Stiftungszuwendungen zu regeln. (TZ 11)

(11) Finanzlücken der Tochterunternehmen der ÖAW wären nicht durch nachträglich eingebrachte Forschungsprojekte zu sanieren. (TZ 11)

(12) Die Evaluierung von Projekten über einer bestimmten Wertgrenze wäre vorzuschreiben, um die Wirkungen und die Nachhaltigkeit der eingesetzten Stiftungsmittel zu beurteilen. (TZ 11, 13)

(13) Bei der Förderung von Forschungsprojekten wäre auf einen ausreichenden Wettbewerb (z.B. durch öffentliche Auslobung) hinsichtlich der Fördermittel zu achten. (TZ 12)

(14) Die Entstehung und Veränderungen sowohl des Stiftungskapitals als auch des Stammvermögens der Stiftungen wären nachvollziehbar zu dokumentieren. (TZ 14)

(15) Über das Weiterhalten der Anteile am niederländischen Investmentfonds wäre unter den Aspekten der Risikoabwägung und der Erhaltung des Stiftungsvermögens eine Entscheidung zu treffen. (TZ 16)

(16) Allfällige Ertragseinbußen nach Tilgung der im Portfolio befindlichen Anleihen wären bei zukünftigen Fördermittelvergaben rechtzeitig zu berücksichtigen. (TZ 17)

(17) Bei der Oelzelt-Newin'schen Stiftung wäre – analog zur Vorgangsweise beim Jubiläumsfonds – die zu erwartende Abschreibung bei Tilgung der Anleihe durch Wertberichtigungen auf die restliche Behaltdauer der Anleihen aufzuteilen. (TZ 18)

Schlussempfehlungen

(18) Aufgrund der Höhe der angefallenen Depotgebühren, insbesondere für den Jubiläumsfonds und für die Oelzelt-Newin'sche Stiftung, wären mit allen betroffenen Kreditinstituten über niedrigere Depotgebühren zu verhandeln bzw. in weiterer Folge Wertpapierdepots auch kostengünstigeren Kreditinstituten zu übertragen. (TZ 19)

(19) Die Personal- und Sachaufwendungen für die Verwaltung des Jubiläumsfonds wären zu ermitteln und an diesen zu verrechnen. (TZ 21)

Wien, im Juli 2015

Der Präsident:

Dr. Josef Moser



Bisher erschienen:

- | | |
|-------------------|--|
| Reihe Bund 2015/1 | Bericht des Rechnungshofes <ul style="list-style-type: none"> – EU-Finanzbericht 2012 – Liegenschaftsverkauf Schloss Reifnitz – Schulversuche – Unterstützungsinstitut der Bundespolizei |
| Reihe Bund 2015/2 | Bericht des Rechnungshofes <ul style="list-style-type: none"> – Wirkungen rechtlicher und personalwirtschaftlicher Maßnahmen auf das Pensionsantrittsalter in ausgewählten Ressorts – Umbau des Palais Kaunitz für die Anti-Korruptionsakademie (IACA) in Laxenburg – Steuerung und Qualitätssicherung in gerichtlichen Strafverfahren am Beispiel ausgewählter Gerichte |
| Reihe Bund 2015/3 | Bericht des Rechnungshofes <ul style="list-style-type: none"> – Oesterreichische Nationalbank – Gold- und Pensionsreserven, Jubiläumsfonds sowie Sozialleistungen – Liegenschaftstransaktionen der Landwirtschaftlichen Bundesversuchswirtschaften GmbH mit der Republik Österreich, der Stadt Wien und der Wirtschaftsagentur Wien – Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA); Follow-up-Überprüfung – Standortentwicklung der Zentralleitung des Bundesministeriums für Finanzen und Generalsanierung des Standorts Himmelfortgasse 6 – 8; Follow-up-Überprüfung – Gendergesundheit in Österreich – Versorgung von Schlaganfallpatienten in der Steiermark; Follow-up-Überprüfung – Fonds zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation – Medientransparenz im MuseumsQuartier |
| Reihe Bund 2015/4 | Bericht des Rechnungshofes <ul style="list-style-type: none"> – Pensionsrecht der Bediensteten der ÖBB – Bundesimmobiliengesellschaft m.b.H.; Follow-up-Überprüfung – Landesstudios des Österreichischen Rundfunks |
| Reihe Bund 2015/5 | Bericht des Rechnungshofes <ul style="list-style-type: none"> – HYPO ALPE-ADRIA-BANK INTERNATIONAL AG: Verstaatlichung |

- | | |
|-------------------|--|
| Reihe Bund 2015/6 | <p>Bericht des Rechnungshofes</p> <ul style="list-style-type: none">– Internes Kontrollsystem bei Direktvergaben in ausgewählten Ressorts BMVIT und BMWFW– Technische Universität Wien – Finanzsituation– Österreichisches Patentamt; Follow-up-Überprüfung– Akademisches StartUp Netzwerk Oberösterreich (akostart oö) |
| Reihe Bund 2015/7 | <p>Bericht des Rechnungshofes</p> <ul style="list-style-type: none">– Haftungsobergrenzen im Bereich der Länder und Gemeinden– FFG und FWF – Interne Kontrollsysteme |
| Reihe Bund 2015/8 | <p>Bericht des Rechnungshofes</p> <ul style="list-style-type: none">– Prüfung von Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Sozialversicherung als Anspruchsvoraussetzung– Österreichischer Integrationsfonds – Fonds zur Integration von Flüchtlingen und MigrantInnen– Beschaffung des Truppenfunksystems CONRAD– Bankenpaket; Follow-up-Überprüfung– Medientransparenz in der BIG |



