

**Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes**

**Krankenanstalten-  
Zusammenarbeitsfonds**

**Allgemeines  
Krankenhaus Wien**

**Bisher erschienen:**

- Reihe Bund 1995/1      Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes  
über einige Energieversorgungsunternehmen
- Reihe Bund 1995/2      Nachtrag zum Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes über das  
Verwaltungsjahr 1993
- Reihe Bund 1995/3      Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über die  
Bank für Tirol und Vorarlberg AG, die Bank für Kärnten und Steiermark AG,  
die Post- und Telegraphendirektion für Oberösterreich und Salzburg in  
Linz sowie das Fernmeldebüro für Oberösterreich und Salzburg in Linz
- Reihe Bund 1995/4      Sonderbericht des Rechnungshofes  
über das Beschaffungswesen im Bereich des Bundesministeriums für Lan-  
desverteidigung – Erster Teilbericht
- Reihe Bund 1995/5      Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes  
über die Museumsquartier-Errichtungs- und BetriebsgesmbH

**Auskünfte**

Rechnungshof  
1033 Wien, Dampfschiffstraße 2  
Telefon (00 43 1) 711 71 - 8466 oder 8225  
Fax      (00 43 1) 712 49 17

**Impressum**

Herausgeber:              Rechnungshof  
1033 Wien, Dampfschiffstraße 2

Redaktion und Grafik:    Rechnungshof

Druck:                      Österreichische Staatsdruckerei

Herausgegeben:            Wien, im Oktober 1995

**Abkürzungsverzeichnis****A-Z**

<b>Abs</b>	Absatz
<b>Art.</b>	Artikel
<b>ARGE-AKH</b>	Arbeitsgemeinschaft der Republik Österreich und der Stadt Wien für den Neubau des AKH-Wien
<b>AKH-Wien</b>	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätskliniken
<b>BM...</b>	Bundesministerium...
<b>BMF</b>	für Finanzen
<b>BMGK</b>	für Gesundheit und Konsumentenschutz
<b>BMGSK</b>	für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
<b>BMGU</b>	für Gesundheit und Umweltschutz
<b>BMWF</b>	für Wissenschaft und Forschung
<b>BMWFK</b>	für Wissenschaft, Forschung und Kunst
<b>B-VG</b>	Bundes-Verfassungsgesetz
<b>bzw</b>	beziehungsweise
<b>EDV</b>	Elektronische Datenverarbeitung
<b>GesmbH</b>	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
<b>KRAZAF</b>	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
<b>m<sup>2</sup></b>	Quadratmeter
<b>m<sup>3</sup></b>	Kubikmeter
<b>MA</b>	Magistratsabteilung
<b>Mill</b>	Million(en)
<b>Mrd</b>	Milliarden
<b>rd</b>	rund
<b>RH</b>	Rechnungshof
<b>S</b>	Schilling
<b>S.</b>	Seite
<b>ua</b>	unter anderem
<b>VAMED</b>	VOEST-ALPINE Medizintechnik GesmbH
<b>zB</b>	zum Beispiel

**Abkürzungsverzeichnis****A-Z**

<b>Abs</b>	Absatz
<b>Art</b>	Artikel
<b>ARGE-AKH</b>	Arbeitsgemeinschaft der Republik Österreich und der Stadt Wien für den Neubau des AKH-Wien
<b>AKH-Wien</b>	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätskliniken
<b>BM...</b>	Bundesministerium...
<b>BMF</b>	für Finanzen
<b>BMGK</b>	für Gesundheit und Konsumentenschutz
<b>BMGSK</b>	für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz
<b>BMGU</b>	für Gesundheit und Umweltschutz
<b>BMWf</b>	für Wissenschaft und Forschung
<b>BMWFK</b>	für Wissenschaft, Forschung und Kunst
<b>B-VG</b>	Bundes-Verfassungsgesetz
<b>bzw</b>	beziehungsweise
<b>EDV</b>	Elektronische Datenverarbeitung
<b>GesmbH</b>	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
<b>KRAZAF</b>	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
<b>m<sup>2</sup></b>	Quadratmeter
<b>m<sup>3</sup></b>	Kubikmeter
<b>MA</b>	Magistratsabteilung
<b>Mill</b>	Million(en)
<b>Mrd</b>	Milliarden
<b>rd</b>	rund
<b>RH</b>	Rechnungshof
<b>S</b>	Schilling
<b>S.</b>	Seite
<b>ua</b>	unter anderem
<b>VAMED</b>	VOEST-ALPINE Medizintechnik GesmbH
<b>zB</b>	zum Beispiel

**Wahrnehmungsbericht  
des Rechnungshofes**

**über den**

**Krankenanstalten-  
Zusammenarbeitsfonds**

**und das**

**Allgemeine Krankenhaus Wien**

## VORBEMERKUNGEN

Vorlage an den Nationalrat	1
Darstellung der Prüfungsergebnisse	1

## BMGK

### Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds

#### Kurzfassung

Leistungsorientiertes Finanzierungssystem	3
Strukturreformmittel	3
Sonstiges	4

Prüfungsablauf und -gegenstand	4
--------------------------------	---

#### Grundsätzliches

Errichtung und Ziele	5
Dauer der Vereinbarungen	5
Finanzierung	6
Beurteilung durch den RH	
Gebarungsüberprüfung 1983	6
Nunmehrige Gebarungsüberprüfung	6

#### Leistungsbezogenes Finanzierungssystem

Allgemeines	7
Entwicklung	
Zeitraum 1985 bis 1987	7
Zeitraum 1988 bis 1990	8
Zeitraum 1991 bis 1994	9
Parallelrechnungen 1993	10
Einführung	11

#### Qualitätsmanagement

Erhebungen in den Krankenanstalten	12
Finanzierungsmodelle	
Grundsätzliches	13
Dezentrale Finanzierung innerhalb der Länder	13
Zentrale Finanzierung	14

#### Strukturreformmittel

Umfang	15
Berichte	16
Verwendung	16
Kenntnisnahme der Konzepte	17
Abbau von Kapazitäten in Akutkrankenanstalten	17
Österreichische Krankenanstaltenplanung	19
Richtlinien	19
Überprüfung der Maßnahmenkonzepte	20

## Seite

## B

Weitere Feststellungen	
Zahlungsverkehr	20
Zinsenverluste	20
Elektronische Datenverarbeitung	21
Endabrechnungen und Rechnungsabschlüsse	21
Schlußbemerkungen	22

## BMWFK

## Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken

Kurzfassung	23
Prüfungsablauf und –gegenstand	25
Allgemeines	26
Rechtliche Überlegungen zu Einrichtungen und Arzthonoraren	
Vereinbarung über Einrichtungen	27
Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	27
Laboruntersuchungen für Dritte	28
Universitätsinstitut für Reprographik und Photodokumentation	28
Arzthonorare	29
Organisation	
Unternehmenskonzept	29
Kollegiale Führung	30
Personalwesen	
Dienstverhältnisse	31
Personalbedarfs- und Einsatzplanung	32
Personalverwaltung	32
Medizinisch-technischer Dienst und sonstige Dienste	33
Planung und Steuerung des medizinischen Leistungsangebotes	
Organisatorische Maßnahmen zur Leistungs- und Ressourcenplanung	33
Medizinisches Leistungsangebot	34
Ambulanzfonds	
Gebarung des Fonds	35
Dienst- und Werkverträge	37
Einnahmenausfälle	
Regelungen mit Krankenfürsorgeanstalten	38
Klinische Arzneimittelüberprüfung	38
Leistungsverrechnung	
Organisation	39
Zahlungsanschriften	39
Doppelfunktion von Vorständen	40

	<b>Seite</b>
<u>Innenrevision</u>	40
Sachgüterverwaltung	
<u>Sachgüterübergabe</u>	41
<u>Medizintechnische Geräte</u>	42
Technische Betriebsführung	
<u>Allgemeines</u>	43
<u>Einflußmöglichkeiten der Stadt Wien</u>	44
<u>Krankenhausmanagement- und Betriebsführung GesmbH</u>	44
<u>Wirtschaftlichkeit der technischen Betriebsführung</u>	45
<u>Schlußbemerkungen</u>	46

---

**C**



**D**

## Vorbemerkungen

### Vorlage an den Nationalrat

Gemäß Art 126 d Abs 1 B-VG berichtet der RH nachstehend dem Nationalrat über Wahrnehmungen betreffend die Gebarung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds.

Desgleichen berichtet der RH über seine Gebarungüberprüfung des Allgemeinen Krankenhauses in Wien, worüber zeit- und inhaltsgleich dem Wiener Gemeinderat gemäß Art 127 Abs 6 und 8 B-VG Bericht zu erstatten ist.

### Darstellung der Prüfungsergebnisse

In den nachfolgenden Prüfungsergebnissen werden die dem RH bedeutsam erscheinenden Sachverhalte (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren Beurteilung durch den RH (Kennzeichnung mit 2), die hierzu abgegebenen *Stellungnahmen* (Kennzeichnung mit 3 und in *Kursivschrift*) sowie eine allfällige Gegenäußerung des RH (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

2

Bereich des Bundesministeriums  
für Gesundheit und Konsumentenschutz

## Krankenanstalten–Zusammenarbeitsfonds

### Kurzfassung

#### Leistungsorientiertes Finanzierungssystem

Um eine leistungsgerechte Abgeltung der Krankenhausleistungen zu erreichen, war das Modell "Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung" vorgesehen, das die künftige Finanzierung der Krankenanstalten sowohl nach leistungsbezogenen als auch nach strukturellen Kriterien sicherstellen soll.

Der RH würdigte die Bemühungen der Fondsverwaltung zur Entwicklung des Modells. Der aufgrund der unterschiedlichen Finanzierungsquellen erforderliche Konsens über die leistungsbezogene Finanzierung kam jedoch nicht zustande, weil Widerstände der Bundesländer und aus dem Bereich der Sozialversicherung befürchtet wurden.

Die Zielsetzung der Bundesregierung in der XVII. bzw XVIII. Gesetzgebungsperiode, ein differenziertes, leistungsbezogenes Krankenanstaltenfinanzierungssystem einzuführen, konnte nicht erfüllt werden. Das Modell befand sich Ende 1992 noch in Entwicklung. Die Entscheidung über die Einführung wurde ursprünglich bis zum Herbst 1994 aufgeschoben. Zwischenzeitlich wurden Umsetzungsstrategien entwickelt.

Die Erfassung der Daten für die Diagnoseberichte in den Krankenanstalten ist qualitativ und quantitativ verbesserungswürdig. Mangels konkreter Umsetzungen und Ergebnisse bezweifelten zudem die damit befaßten Ärzte und Verwaltungsbediensteten die Sinnhaftigkeit dieser Tätigkeit.

#### Strukturreformmittel

Die Strukturreformmittel dienen im beträchtlichen Ausmaß der Entlastung der Länderbudgets. Den Zielvorgaben der Fondsgesetze wurde nur unzureichend entsprochen.

Die von der Strukturreform angestrebte Dämpfung der Kostensteigerungen für die Krankenanstalten wurde nicht erreicht.

Bis Ende 1993 wurden anstelle der beabsichtigten 2 600 Betten nur 1 721 Betten abgebaut. Die Geschäftsstelle des KRAZAF konnte ihrer Überwachungsaufgabe mangels eines fortgeschriebenen Realisierungsplanes nicht nachkommen.

**Kurzfassung****4**

Sonstiges

Dem KRAZAF entstand von 1988 bis 1991 ein Vermögensnachteil in Höhe von rd 40 Mill S, weil der damalige Geschäftsstellenleiter die verfügbaren Geldmittel nicht zu den Bedingungen für öffentliche Gelder veranlagte.

Die gesetzlich vorgesehenen jährlichen Endabrechnungen über die Verwendung der KRAZAF-Mittel fehlten seit 1978.

Seit mehr als 17 Jahren wirkt der KRAZAF als zeitlich begrenzte Bund-Länder-Einrichtung mit eigener Rechtspersönlichkeit an der Krankenanstaltenfinanzierung mit. Organ des Fonds ist die aus 20 Mitgliedern bestehende Fondsversammlung, wovon fünf Mitglieder die Bundesregierung, je ein Mitglied die Landesregierungen, zwei der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und je ein Mitglied der Österreichische Städtebund, der Österreichische Gemeindebund, die Österreichische Bischofskonferenz sowie die Sektion Krankenversicherung im Verband der Versicherungsunternehmungen Österreichs namhaft machen. Den Vorsitz führt der Bundesminister für Gesundheit und Konsumentenschutz.

	Mittelaufbringung			
	1991	1992	1993	1994 (Schätzung)
	in Mill S (in %)			
Bund	2 647,4 (20,7)	2 779,2 (18,5)	2 822,2 (18,1)	3 034,6 (18,9)
Länder	2 313,8 (18,1)	1 641,4 (10,9)	1 670,2 (10,7)	1 812,6 (11,3)
Gemeinden	1 703,2 (13,3)	1 110,4 (7,4)	1 129,9 (7,3)	1 226,2 (7,6)
Hauptverband	5 916,2 (46,3)	9 286,4 (61,9)	9 818,9 (63,0)	9 860,0 (61,3)
Vermögenserträge	198,7 (1,6)	189,3 (1,3)	144,5 (0,9)	150,0 (0,9)
Summe	12 779,3	15 006,7	15 585,7	16 083,4

**Prüfungsablauf und  
-gegenstand**

- 1 Der RH hat von Juni 1993 bis April 1994 (mit Unterbrechungen) die Gebarung des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF) überprüft. Zu den ihm im August 1994 übermittelten Prüfungsmitteilungen nahm das BMGK im Jänner 1995 Stellung, nachdem ein Beschluß der Fondsversammlung nicht gefaßt worden war. Seine Gegenäußerung erstattete der RH im April 1995.

Ziel der Gebarungüberprüfung war insbesondere der Überblick über die Entwicklung und Verwirklichung eines leistungsbezogenen Finanzierungssystems sowie über die Wirksamkeit des Einsatzes von Mitteln zur Strukturreform.

### Grundsätzliches

#### Errichtung und Ziele

- 2 Wegen der immer größer werdenden finanziellen Schwierigkeiten der Spitalsfinanzierung wurde im Jahr 1978 auf der Grundlage eines Staatsvertrages zwischen dem Bund und den Ländern (Vereinbarung gemäß Art 15 a B-VG) der KRAZAF geschaffen.

Die wesentlichsten Ziele des Fonds waren

- (1) den Rechtsträgern der österreichischen Krankenanstalten mehr finanzielle Mittel als bisher zur Verfügung zu stellen,
- (2) moderne betriebswirtschaftliche Methoden in Krankenanstalten einzuführen und
- (3) von der Abgangsdeckung auf ein leistungsorientiertes Kostenzuschußsystem überzugehen.

#### Dauer der Vereinbarungen

- 3 Da in den Jahren 1978 bis 1982 die erforderlichen Strukturreformen nicht durchgesetzt worden waren, verschärfte sich das Finanzierungsproblem und führte schließlich zur Kündigung der Vereinbarung durch das Land Salzburg.

Um jedoch die Wiederverwendung des Zweckzuschußsystems nach dem Krankenanstaltengesetz zu vermeiden, wurden — nach entsprechenden Verhandlungen — in der Folge neuerliche Vereinbarungen zwischen dem Bund und den Ländern geschlossen, die allerdings stets befristet waren:

Jahr der politischen Einigung zwischen Bund und Ländern	Geltungsdauer
1982	1983 bis 1984
1984	1985 bis 1987
1988	1988 bis 1990
1991	1991 bis 1994
1995	1995

**Grundsätzliches****6**

Finanzierung

- 4 Der KRAZAF hat von 1988 bis 1994 folgende Mittel zur Verfügung gestellt:

in Mrd S

1988	7,2
1989	8,4
1990	9,0
1991	12,8
1992	15,0
1993	15,6
1994	16,1 (Schätzung)

- 5 Im übrigen wurden die Krankenhausleistungen von

– den Trägern der Krankenversicherung (Pflegegebührenersätze und Ambulanzpauschalien),

– den Patienten (Kostenbeitrag) und

– den Ländern und Gemeinden (Abgangsdeckung einschließlich Trägeranteile)

finanziert.

Beurteilung durch  
den RH

Gebarungsüberprüfung 1983

- 6 Der RH hat den KRAZAF bereits im Jahre 1983 überprüft und hierüber dem Nationalrat (TB 1983 Abs 31, S. 181 f) berichtet.

Zusammenfassend gelangte der RH zur Beurteilung, daß der KRAZAF die bei seiner Gründung in ihn gesetzten Erwartungen nur teilweise erfüllen konnte. Obwohl den Krankenanstaltenträgern mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt wurden, ist der angestrebte Übergang vom unbefriedigenden System der Abgangsdeckung zu dem einer leistungsorientierten Finanzierung nicht gelungen.

Nunmehrige Gebarungsüberprüfung

- 7 Unter Aufrechterhaltung seines Standpunktes anlässlich der Gebarungsüberprüfung 1983 sah sich der RH aufgrund der nunmehrigen Gebarungsüberprüfung zu dem ergänzenden Hinweis veranlaßt, daß nach seiner Meinung die Vielzahl der Finanzierungsträger der Krankenanstalten eine der Hauptursachen der ständigen Diskussion über die Mittelaufbringung für die Krankenanstalten war. Die kurze Geltungsdauer der jeweiligen Vereinbarungen führte nicht nur zu erheblichen Unsicherheiten bei der Krankenanstaltenfinanzierung, sondern auch bei der Finanzierung sozialer Dienste, die mit Hilfe von Strukturreformmitteln eingerichtet wurden.

Außerdem herrschte das Bestreben vor, die regelmäßig wiederkehrenden Verhandlungen über eine neue (befristete) Vereinbarung für eine Überwälzung der Finanzierungslast auf andere Finanzierungsträger zu nutzen.

### Leistungsbezogenes Finanzierungssystem

#### Allgemeines

- 8 Der KRAZAF und die Krankenanstellen hatten für das leistungsbezogene Finanzierungssystem umfangreiche Vorarbeiten insbesondere hinsichtlich der Leistungs- und Kostenerfassung zu erbringen. Die Vielzahl der Hauptdiagnosen, allfälliger Zusatzdiagnosen und der ausgewählten medizinischen Einzelleistungen je Patient ergab zahlreiche ungleichartige Patientengruppen, die mit Hilfe statistischer Verfahren in gleichartige Diagnosefallgruppen umzuformen waren. Diese waren Grundlage für die Abrechnung.

Die Bildung der Diagnosefallgruppen und die kostenmäßige Bewertung besorgte die Geschäftsstelle des Fonds; die statistische Verarbeitung der Daten und die Verknüpfung mit den Kosten sowie die Modellbildung erfolgten interdisziplinär mit Medizinerinnen und Statistikerinnen.

#### Entwicklung

Zeitraum 1985 bis 1987

- 9.1 In der von 1985 bis 1987 geltenden Vereinbarung kamen die Vertragspartner (Bund und Länder) überein, leistungsbezogene und an der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung orientierende Finanzierungssysteme für die österreichischen Krankenanstellen vorzubereiten und zu erproben. Zu diesem Zweck sollten mindestens zwei von den Vertragspartnern vorzuschlagende Finanzierungssysteme in mindestens zehn Krankenanstellen ab 1. Juli 1986 praxisgerecht erprobt werden. Die Entscheidung, welches System ab 1. Jänner 1988 als Finanzierungsgrundlage zur Verwendung geeignet erscheint, sollte von einer Kommission unter dem Vorsitz des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz getroffen werden.

Für die Vorbereitung der Entscheidungsgrundlagen wurde ein Arbeitskreis aus Vertretern der Fondsmitglieder und der Geschäftsstelle des KRAZAF geschaffen, welcher vier Modelle auf ihre Eignung untersucht hat.

Im abschließenden Bericht hielt die Geschäftsstelle des KRAZAF die Modelle für ungeeignet, weil

(1) die zeitlichen Abweichungen in der Erfassung der Diagnosedatensätze, die kurzen Testphasen der einzelnen Probeläufe sowie die unterschiedliche Struktur der österreichischen Krankenanstellen keinen Vergleich erlauben,

(2) hohe Fehlerquoten in der Datenerfassung bestünden,

(3) die Gefahr der Regionalisierung des österreichischen Krankenanstellenwesens bestehe, wenn keine überregionalen länderübergreifenden und strukturändernden Maßnahmen ergriffen würden, und

(4) die finanzielle Existenzgrundlage einiger Krankenanstellen in Frage gestellt sei.



## Leistungsbezogenes Finanzierungssystem

8

Die Kommission beim damaligen BMGU beurteilte Mitte 1987 keines der erprobten Finanzierungssysteme für geeignet, ab 1. Jänner 1988 Grundlage für die Finanzierung der österreichischen Krankenanstalten zu sein.

9.2 Für das Nichtzustandekommen eines positiven Beschlusses der Kommission sah der RH folgende Ursachen:

– Der Geschäftsstelle des Fonds fehlten zur Erarbeitung eines neuen Finanzierungssystems ein klares Zielsetzungs- und Führungsmandat sowie detaillierte zeitliche Rahmenbedingungen. Allfällige Unzulänglichkeiten der Modelle hätten innerhalb der drei Versuchsjahre auffallen müssen.

– Vorfragen wie beispielsweise die "statistisch richtige" Wahl der Krankenhaustypen oder die Vermeidung von hohen Fehlerquoten in der stationären Direktzuordnung der Patienten blieben ungeklärt.

– Unstimmigkeiten beim Umfang der zu verteilenden Finanzierungsmittel.

– Der Vorschlag der Stadt Wien vom Juni 1986, das neue Finanzierungssystem konkret an Krankenanstalten auszuprobieren, wurde aus zeitlichen Gründen nicht weiter verfolgt.

– Es wurden keine Kostenschätzungen über die jährlich zu erwartenden, zusätzlichen Kosten angestellt.

9.3 *Laut Stellungnahme des BMGK seien wesentliche Unzulänglichkeiten (zB Fehlen eines einheitlichen Diagnosedokumentationssystems) zwar frühzeitig erkannt worden, hätten aber kurzfristig nicht behoben werden können.*

Zeitraum 1988 bis 1990

10.1 Für die Weiterentwicklung eines leistungsbezogenen Finanzierungsmodells wurde die Erstellung einheitlicher Diagnosen und ihre Bewertung als notwendig erachtet. Die Einführung des Systems war mit 1. Juli 1990 vorgesehen. Voraussetzung war eine Einigung über die Diagnosebewertung und die sich darauf stützende Mittelverteilung.

Die Krankenanstaltenträger hatten ab Jänner 1989 die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlichen Patienten einheitlich zu erfassen und dem damaligen BMGU zu melden.

Das BMGU setzte eine eigene Arbeitsgruppe ein, welche die Bewertung der Diagnosen vorbereiten und erste Modelle eines leistungsbezogenen Finanzierungssystems erstellen sollte. Ab Juli 1990 sollten rd 4 Mrd S jährlich (rd 47 % der KRAZAF-Mittel) im Rahmen der Länderquote nach dem neuen System verteilt werden, sofern sich die Vertragspartner Bund und Länder über die Diagnosebewertung und die darauf stützende Mittelverteilung einigten. An den Grundlagenarbeiten (Erfassung der Daten und Kalkulation der Leistungen) beteiligten sich 20 Referenzkrankenanstalten.

## Leistungsbezogenes Finanzierungssystem

9

Während der Vorbereitungsarbeiten gab es Einwände der Vertragspartner bezüglich der Nichtberücksichtigung grundlegender Fakten, wie beispielsweise der unterschiedlichen Versorgungsniveaus.

Im August 1990 stellte das Bundeskanzleramt-Gesundheit das Ergebnis des Projektes "Leistungsbezogene Finanzierung" den politischen und beamteten Landesfinanzreferenten vor. Es erwies sich jedoch als unbrauchbar, weil es unverhältnismäßig große Abweichungen in der Bezuschussung einzelner Krankenanstellen gab. Die Fondsversammlung des KRAZAF beschloß daher im Dezember 1990, das Modell einer leistungsbezogenen Finanzierung im Hinblick auf eine neue Fondsvereinbarung weiterzuentwickeln.

- 10.2 Der RH vermerkte, daß das von der Bundesregierung für die XVII. Gesetzgebungsperiode vorgegebene Ziel der Neuordnung der Spitalsfinanzierung nicht erreicht wurde.

Der RH stellte — unbeschadet des Bemühens der Geschäftsstelle des Fonds, zeitgerecht Unterlagen für eine politische Entscheidungsfindung vorzubereiten — insbesondere folgende Ursachen für die Verzögerungen fest:

- Die Fülle der Daten und deren Verarbeitung wurde unterschätzt. Die Erstellung und Einführung eines ähnlichen, aber wesentlich einfacheren Systems in den USA dauerte nahezu zehn Jahre.
- Die von den Ländern vorgeschlagenen und von der Geschäftsstelle des Fonds für die Modellberechnungen herangezogenen Krankenanstellen waren nicht ausreichend repräsentativ und hielten der statistischen Probe nicht stand.
- Den Einwänden der Bundesländer wurde aus zeitlichen Gründen nicht nähergetreten.
- Die Daten aus den Krankenanstellen wurden verspätet und teils nicht in der für die EDV-mäßige Weiterverarbeitung gewünschten Form vorgelegt.

- 10.3 *Das BMGK entgegnete, daß die Voraussetzungen für die Einführung des leistungsbezogenen Finanzierungssystems nicht gegeben waren, weil sich die Vertragsparteien über die Diagnosebewertung und die darauf beruhende Mittelverteilung nicht geeinigt hätten. Zudem hätte die Verteilung nur eines Teilbetrages nach leistungsbezogenen Gesichtspunkten zu problematischen Mittelverschiebungen zwischen den Krankenanstellen geführt.*

Zeitraum 1991 bis 1994

- 11.1 Die Vereinbarung für die Jahre 1991 bis 1994 sah neuerlich die Weiterentwicklung des Modells "Leistungsbezogene Krankenanstellenfinanzierung" mit dem Ziel vor, zum frühestmöglichen Zeitpunkt Grundlage für die Krankenanstellenfinanzierung zu sein.

## Leistungsbezogenes Finanzierungssystem

10

Im Jahre 1992 wurde ein Steuerungsausschuß, bestehend aus dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz, dem Bundesminister für Arbeit und Soziales, dem Gesundheitssprecher der ÖVP, den politischen Finanzreferenten der Bundesländer Niederösterreich, Salzburg und Wien, dem Präsidenten des Hauptverbandes der Sozialversicherungen sowie dem Generaldirektor und dem Generaldirektor-Stellvertreter des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, eingerichtet. Im März 1992 beschloß der politische Steuerungsausschuß die Weiterentwicklung des Modells durch Trennung in einen Kern- und Steuerungsbereich. Die Verrechnung im Kernbereich sollte nach leistungsbezogenen Diagnosefallgruppen erfolgen, während der Steuerungsbereich Elemente der unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten zwischen den Krankenanstalten miteinbeziehen sollte.

- 11.2 Der RH bemerkte, daß ein für die Krankenanstaltenträger akzeptables Verteilungsverhältnis zwischen Kern- und Steuerungsbereich Ende 1994 nicht festgelegt war.

Der RH verwies ferner auf die Tatsache, daß bisher jede KRAZAF-Regelung als Voraussetzung einer Einigung zwischen Bund und Ländern eine Ausweitung des Finanzvolumens mit sich brachte. Der Steuerungsbereich diene zwar dazu, strukturell bedingte Kosteneinflüsse mit zu berücksichtigen, trug jedoch letztlich dazu bei, einen finanziellen Ausgleich zwischen den Finanzierungsvolumina der einzelnen Krankenanstalten zu schaffen. Nach Ansicht des RH könne nicht erwartet werden, daß die erforderlichen Strukturveränderungen kurzfristig durch das neue System "Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung" stattfinden werden.

- 11.3 *Das BMGK betonte, der Steuerungsbereich solle neben der Berücksichtigung zusätzlicher Leistungsbereiche und Kosteneinflüsse auch gesundheitspolitische Schwerpunkte setzen.*
- 11.4 Der RH entgegnete, abgesehen von der strukturell-politischen Funktion des Steuerungsbereiches sei davon auszugehen, daß eine Zustimmung der Krankenanstaltenträger zur Krankenanstaltenfinanzierung nur dann erzielbar ist, wenn diese nicht höher als bisher belastet werden.

Parallelrechnungen  
1993

- 12.1 Das BMGSK führte 1993 auf der Grundlage des von den Krankenanstalten bereitgestellten Datenmaterials, des Diagnoseschlüssels aus dem Jahr 1989 und der Kalkulationen der medizinischen Einzelleistungen mit den Daten aus dem Jahr 1991 eine Parallelrechnung nach dem Modell einer leistungsbezogenen Finanzierung durch.

Die Ergebnisse wurden im Mai 1994 dem politischen Steuerungsausschuß zur Bewertung vorgelegt. Die Beschlußfassung wurde bis zum Herbst 1994 aufgeschoben. Zwischenzeitlich wurden Umsetzungsstrategien entwickelt.

Da eine weitgehend leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung ohne zusätzliche Belastung der Krankenanstaltenträger nur durch eine weitere Verfeinerung und Analyse des Steuerungsbereiches erreichbar war, wurden weitere umfangreiche Datenanalysen durchgeführt. Die Erfassung weiterer Finanzierungsparameter (zB Personal) wurde durch die Beauftragung von Beratungsunternehmungen sichergestellt. Ab Juni 1994 war

## Leistungsbezogenes Finanzierungssystem

11

die Parallelrechnung auf Basis der Jahresdaten von 1993 vorgesehen. Eine endgültige politische Entscheidung war vom Abschluß und dem Ergebnis dieser weiteren Parallelrechnungen abhängig.

Die Krankenanstaltenträger sollten durch ein neues Finanzierungssystem nicht höher als bisher belastet werden. Dies führte zu Verzögerungen, weil es schwierig war, ein solches statistisch hinreichend abgesichertes Rechensystem zu finden.

- 12.2 Der RH anerkannte die Bemühungen der Geschäftsstelle des Fonds, ein — auch im internationalen Vergleich gesehen — weit entwickeltes Finanzierungsmodell bis zur politischen Beschlußfähigkeit erstellt zu haben.

Er bemängelte aber, daß bei diesen Bemühungen folgende wichtige Grundsatzelemente nicht erfaßt und berücksichtigt wurden:

– Finanzielle Steuerungsfunktionen im Sinne einer zukunftsorientierten, flächendeckenden und ökonomischen Versorgungsstruktur.

– Festlegung zentraler und dezentraler Funktionen (Bundes- und Landesebene, Sozialversicherungsträger).

– Steuerung des qualitativen und quantitativen Leistungsangebotes durch die leistungsbezogene Finanzierung (Beschränkung des stationären Bereiches zugunsten des ambulanten).

– Auswirkungen einer Verweildauerverkürzung auf die Krankenhausstrukturen (Bettenreduzierung, Kostensenkung).

– Schätzung der kostenmäßigen Auswirkungen allfälliger Strukturveränderungen (sowohl Einsparungspotential als auch Zusatzkosten).

– Auswirkungen der leistungsbezogenen Finanzierung auf den stationären und außerstationären Pflegebereich (Verminderung der Akutbetten, Ausbau der Gesundheitssprengel).

– Vorsorge für eine ausreichende Qualitätssicherung in den öffentlichen Krankenanstalten (Zuständigkeit, Verantwortung, Konsequenzen).

– Auswirkungen der leistungsbezogenen Finanzierung auf die Sonderklasse und deren Honorierungssystem.

- 12.3 *Laut Stellungnahme des BMGK seien die Steuerungsfunktion und die Qualitätssicherung im nunmehr zur Beschlußfassung vorliegenden Finanzierungsmodell mitberücksichtigt.*

## Einführung

- 13.1 Für die Einführung eines leistungsbezogenen Finanzierungssystems sprechen folgende Gründe:

(1) Kosten- und Leistungstransparenz;

(2) Führung der Krankenhäuser nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen;

## Leistungsbezogenes Finanzierungssystem

12

- (3) Rationalisierungen aufgrund leistungsabhängiger Einnahmen;
- (4) Senkung der Verweildauer;
- (5) Beschleunigung des Bettenabbaues;
- (6) Nutzung der Leistungsdokumentation zu wissenschaftlichen und volksgesundheitlichen Zwecken;
- (7) Dämpfung des Kostenanstieges durch langfristige Strukturveränderungen;
- (8) Effizienter Mitteleinsatz für die Krankenanstaltenfinanzierung aus volkswirtschaftlicher Sicht.

Dem stehen folgende Nachteile gegenüber:

- (1) Geschätzte Kosten von rd 100 Mill S jährlich;
- (2) Gefahr einer Versorgung nach überwiegend kaufmännischen Gesichtspunkten;
- (3) Abhängigkeit von externen Fachleuten (Ärzte und Statistiker) wegen der ständigen Systemwartung.

- 13.2 Nach Meinung des RH wäre ein neues Finanzierungssystem zweckmäßiger als das bisherige Abgangsdeckungssystem, sofern die Finanzierung überwiegend leistungsbezogen erfolgt.

Der RH befürchtete jedoch, daß allzu lange Erprobungsphasen und das Hinausschieben der erforderlichen Entscheidungen eine rasche und wirksame Umsetzung erschweren könnten.

- 13.3 *Das BMGK verwies auf die Berücksichtigung gesundheitspolitischer Schwerpunkte innerhalb des Steuerungsbereiches.*

## Qualitätsmanagement

Erhebungen in den  
Krankenanstalten

- 14.1 Die Ärzte und Verwaltungsbediensteten sahen mangels konkreter Ergebnisse bei der leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung keinen Sinn in ihrer fünfjährigen Tätigkeit beim Codierungsverfahren, bei der Leistungserfassung und der Abwicklung der Diagnoseberichterstellung.

In den Krankenanstalten lagen noch immer Informationsdefizite vor. Die Möglichkeiten, die Diagnoseberichte mittels EDV-Unterstützung des KRAZAF durchzuführen, waren nicht vollständig bekannt.

- 14.2 Der RH verwies auf die Verbesserungswürdigkeit der qualitativen und quantitativen Datenerfassung und empfahl eine verstärkte Aufklärungs- und Informationsarbeit über die angebotene EDV-Unterstützung im Bereich der Diagnoseberichterstellung und über deren Zielsetzungen.

## Qualitätsmanagement

13

Zur Verbesserung der Datenqualität empfahl der RH eine Online-Datenerfassung und Plausibilitätsprüfungen in den Krankenanstellen sowie eine Standardisierung der Terminologie der wissenschaftlichen, klinischen und administrativen Informationen.

- 14.3 *Die Geschäftsstelle des KRAZAF hat eine Arbeitsgruppe "Datenqualität und Dokumentationsverhalten" eingerichtet.*

## Finanzierungsmodelle

## Grundsätzliches

- 15 Im Rahmen einer Finanzierungsreform wären Voraussetzungen für Kostendämpfungsmaßnahmen zu schaffen. Dabei wäre das finanzielle Volumen nach noch festzulegenden Kriterien (wie etwa Wirtschaftswachstum, Steueraufkommen, Ausweitung der öffentlichen Haushalte) zu bestimmen und die Form der Bewirtschaftung aller Finanzierungsmittel (als dezentrales oder zentrales Modell) zu vereinbaren. Der Übergang vom Abgangsdeckungsprinzip zu einem neuen Finanzierungssystem wäre sicherzustellen.

Die Erfahrungen im Ausland, etwa in den Niederlanden, zeigen, daß Kostendämpfungsmaßnahmen ohne Beeinträchtigung der Versorgungssicherheit und der Qualität möglich sind.

## Dezentrale Finanzierung innerhalb der Länder

- 16 Zur volks- und betriebswirtschaftlich optimalen Führung der Krankenanstellen läge es nahe, den Entscheidungsträgern über die Krankenanstellen (Länder) auch die Verantwortung für die volle Finanzierung zu überlassen. Das würde bedeuten, die bisher aufgesplitterten Finanzierungsmittel vollständig den Ländern zur Bewirtschaftung zu übertragen.

## Vorteile des Modells:

- (1) Kongruenz zwischen Aufgabe, Verantwortung und finanzieller Kompetenz.
- (2) Ohne zusätzliche Finanzierungsquellen wären die versorgungsmäßigen Schwerpunkte den finanziellen Gegebenheiten anzupassen.
- (3) Eine Begrenzung der Mittel würde Strukturveränderungen, insbesondere Rationalisierungseffekte bei den Akutbetten, bewirken.

## Nachteile des Modells:

- (1) Gefahr ineffizienter Investitionen wegen Verstärkung der Konkurrenz zwischen den Bundesländern.
- (2) Verschärfung der Fremdpatientenfrage.

## Qualitätsmanagement

14

### Zentrale Finanzierung

- 17 Das Modell der zentralen Finanzierung beruht auf einem gesamtösterreichischen Versorgungskonzept aufgrund eines verbindlichen Bundeskrankenanstaltenplanes und auf einheitlichen Qualitätsstandards. Auf Bundesebene wäre eine zentrale Stelle einzurichten. Die Trägerschaft der Krankenanstalten bliebe im wesentlichen unverändert.

Der Bund wäre mit einer zentralen Zielsetzungs- und Steuerungskompetenz auszustatten. Die Verteilung der Mittel hätte nach leistungsbezogenen Kriterien zu erfolgen. Die Beschlußfassung über die Rahmenbedingungen für einen österreichischen Krankenanstaltenplan, den Entwicklungsstandard und die Qualitätskriterien bliebe dem Bundesgesetzgeber vorbehalten. Die drei Universitätskliniken wären bei diesem Modell zweckmäßigerweise zur Gänze in den Bundesbereich zu übernehmen.

Die Mittel der Sozialversicherung (Pflegegebührenersätze, Ambulanzpauschalien, Beitrag an den KRAZAF) und des Bundes (Beitrag an den KRAZAF) wären einer zentralen Stelle zuzuführen. Die Beiträge der Länder und Gemeinden verblieben den jeweiligen Bundesländern zur Mitfinanzierung ihrer Krankenanstalten.

Den Ländern bliebe die Errichtung und Organisation von Vor- und Nachsorgeeinrichtungen in Form von Sozialsprengeln unbenommen.

Der Sozialversicherung wäre ein wesentlicher Einfluß einzuräumen. Sie hätte erstmals ein dementsprechendes Mitgestaltungsrecht bei strategischen Planungen, Controlling, Consulting und Beteiligungen im österreichischen Spitalswesen.

Vorteile des Modells:

- (1) Keine Zersplitterung von Aufgabe und Kompetenz
- (2) Trennung der Gesundheitspolitik von der Finanzpolitik
- (3) Einbeziehung aller Krankenanstaltentypen
- (4) Enthebung der Politiker aus dem betrieblichen Spitalsgeschehen
- (5) Einheitliche Personalpolitik (Qualifikation, arbeitsrechtliche Bestimmungen, Personalintensität)
- (6) Sicherung einer leistungsorientierten Abrechnung
- (7) Erhalt der vielfältigen Krankenhausträgerschaften
- (8) Lösung des Fremdpatientenproblems

Nachteile des Modells:

- (1) Erfordernis umfangreicher legislatischer Maßnahmen
- (2) Schaffung von zusätzlichen Organisationseinheiten
- (3) Ungewißheit über längerfristige Kostenentwicklungen

### Strukturreformmittel

- Umfang 18.1 Die Länder hatten einen Teil der Fondsmittel für die Finanzierung der Entlastung des stationären Bereiches und den Aufbau alternativer Einrichtungen (strukturverbessernde Maßnahmen) zu verwenden. Die Länder legten mit Ausnahme von Niederösterreich (12 % ab 1990 und 14 % ab 1994) und Kärnten (11 % seit 1992) jeweils 10 % der Landesquote für strukturverbessernde Maßnahmen fest.

Zur Finanzierung der Strukturreform standen zur Verfügung:

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994 <sup>1)</sup>	Summe
	in Mill S							
Burgenland	21,0	23,8	25,7	31,4	31,3	30,6	31,9	195,7
Kärnten	53,1	60,3	65,1	79,9	86,5	86,6	89,8	521,3
Niederösterreich	112,4	127,8	165,3	198,8	198,5	197,1	239,0	1 238,9
Oberösterreich	98,3	111,8	120,7	148,6	146,7	146,2	150,3	922,6
Salzburg	43,9	49,9	53,8	66,8	65,4	65,5	67,7	413,0
Steiermark	91,9	104,4	112,7	139,0	137,1	136,2	141,8	863,1
Tirol	53,5	60,8	65,6	81,6	79,8	80,0	82,2	503,5
Vorarlberg	27,6	31,4	33,9	41,7	41,2	41,1	42,3	259,2
Wien	209,1	237,7	256,6	319,4	312,0	313,9	323,5	1 972,2
Summe	710,8	807,9	899,4	1 107,2	1 098,5	1 097,2 <sup>2)</sup>	1 168,5 <sup>2)</sup>	6 889,5

1) Schätzung vom 5. Juli 1995, weil Finanzierungsvolumen nicht endgültig

2) Zusätzlich 20,2 Mill S für Transplantationswesen

Die Dauer der Verhandlungen für die Verlängerung des KRAZAF verzögerte die Erlassung der entsprechenden Richtlinien und die Bereitstellung der Mittel. Dies hatte im Jahr 1989 eine beträchtliche Mittelkonzentration zur Folge, da die Mittel des Jahres 1988 erst 1989 zur Verfügung standen.

- 18.2 Nach Meinung des RH wäre ein niedrigerer Prozentsatz der Länderquote am Beginn der Strukturreformmaßnahmen zweckmäßiger gewesen. Überdies wurden die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen der Länder bei der Bemessung zu wenig berücksichtigt.



## Strukturreformmittel

16

- 18.3 *Laut Stellungnahme des BMGK wären einerseits gesetzliche Bestimmungen, andererseits keine Informationen über die Versorgungsstrukturen in den Ländern vorgelegen.*

*Die Geschäftsstelle des KRAZAF habe die notwendigen Informationen aufgrund eines Fondsbeschlusses im Mai 1994 von den Ländern verlangt.*

- 18.4 Der RH entgegnete, daß ein geringerer Mitteleinsatz, etwa durch die Bildung von Rücklagen, möglich gewesen wäre. Der Bereitstellung von Strukturverbesserungsmitteln hätte eine Bestandaufnahme der Versorgungsstrukturen in den einzelnen Bundesländern vorausgehen sollen.

## Berichte

- 19.1 Die Länder hatten die widmungsgemäße Verwendung der Strukturreformmittel zu prüfen und dem KRAZAF Berichte über den Zielerreichungsgrad zu erstatten. Obwohl die Geschäftsstelle des KRAZAF insbesondere seit Herbst 1992 bemüht war, diese Berichte von den Ländern einzufordern, lagen sie für 1988 bis 1990 entweder nicht vollständig vor oder waren von der Geschäftsstelle teilweise noch nicht ausgewertet. Zudem war der Aussagewert wegen des fehlenden Bezuges zum Zielerreichungsgrad unzureichend.

Insbesondere wegen der Säumigkeit einiger Länder konnte die Geschäftsstelle des KRAZAF nicht ihrer Verpflichtung nachkommen, der Fondsversammlung jährlich einen Bericht über die Verwendung der Strukturreformmittel vorzulegen.

- 19.2 Der RH empfahl der Geschäftsstelle die umgehende Einmahnung der Berichte, um der Fondsversammlung insbesondere über den Stand der Strukturreform berichten zu können.

- 19.3 *Laut Stellungnahme des BMGK sei der Bericht über den Stand der Widmung und Verwendung der Mittel für Strukturreformmaßnahmen der Fondsversammlung im Juni 1994 vorgelegt worden.*

## Verwendung

- 20.1 Für die Jahre 1988 bis 1993 standen Strukturreformmittel von rd 5,7 Mrd S zur Verfügung. Davon wurden rd 80,6 % im extramuralen Bereich (zB Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Pflegeheime, Pflegestationen) und rd 19,4 % im intramuralen Bereich (zB Umbauten, Sanierungen und Adaptierungen in Krankenanstalten) verwendet. Der Notarztversorgung flossen ebenfalls Mittel zu.

Strukturreformmittel wurden aber auch im erheblichen Ausmaß für den laufenden Betrieb bereits bestehender extramuraler Einrichtungen eingesetzt, wodurch die Länderbudgets entlastet wurden.

- 20.2 Der RH vermerkte kritisch, daß die von einer Strukturreform angestrebte Dämpfung der Kostensteigerungen für die Krankenanstalten nicht erreicht wurde, weil die durchschnittlichen jährlichen Steigerungen rd 12 % betragen.

- 20.3 *Das BMGK verteidigte den Einsatz von Strukturverbesserungsmitteln als den Zielvorgaben entsprechend.*

## Strukturreformmittel

17

- 20.4 Der RH entgegnete, ein wesentliches Ziel war die Kostenverringerung durch eine Verminderung des Angebots im akut stationären Bereich.
- Kennntnisnahme der Konzepte
- 21.1 Laut einem Bericht der Geschäftsstelle des KRAZAF über die beabsichtigte Verwendung der Strukturreformmittel für die Jahre 1988 bis 1990 enthielten die Konzepte zwar gute Ansätze einer Strukturverbesserung, wegen der Unsicherheit des Weiterbestehens des KRAZAF jedoch keine längerfristigen Perspektiven.
- Ein weiterer Bericht über die von den Ländern in den Jahren 1988 bis 1992 geplante Verwendung der Strukturreformmittel wurde von den Ländern Wien und Steiermark beansprucht, weil ihre für das Jahr 1992 beabsichtigten Strukturreformmaßnahmen gänzlich bzw teilweise fehlten. Die Kennntnisnahme wurde daraufhin zurückgestellt.
- Auf Vorschlag des Vorsitzenden beschloß die Fondsversammlung, diese Angelegenheit im Arbeitskreis für Krankenanstaltenfinanzierung und -strukturreformen zu behandeln.
- Aufgrund der Bemühungen der Geschäftsstelle des KRAZAF legte die Stadt Wien ab dem Jahr 1993 verbesserte Konzepte vor.
- Der Bericht über die Konzepte der Strukturreformmaßnahmen der Länder wurde von der Fondsversammlung im Juni 1993 zur Kenntnis genommen.
- 21.2 Der RH beanstandete, daß die Konzepte einiger Länder den Zielvorgaben (Abbau von Kapazitäten in den Krankenanstalten, Schaffung und Ausbau alternativer Versorgungseinrichtungen und Ausbau integrierter Versorgungssysteme) nicht entsprachen. Überdies fehlten in den Förderungsanträgen häufig Angaben über die Anzahl der einzusparenden Betten.
- 21.3 *Das BMGK entgegnete, die Zielvorgaben des Fondsgesetzes wären eingehalten worden, wie der Rückgang der Anzahl der Akutbetten, der Pflgetage und der Verweildauer beweise.*
- 21.4 Der RH entgegnete, das BMGK selbst habe die Strukturverbesserungskonzepte der Länder als unzureichend beurteilt.
- Abbau von Kapazitäten in Akutkrankenanstalten
- 22.1 Der KRAZAF bemühte sich seit mehr als einem Jahrzehnt um eine Verringerung der Akutbettenanzahl mit dem Ziel einer Kostendämpfung.
- Im einzelnen war festzustellen:
- (1) Ende 1986 bestanden in ganz Österreich 53 730 systemisierte Betten.
- (2) Der Arbeitskreis "Akutbettenabbau" hielt eine Verringerung um rd 4 800 Akutbetten bis zum Jahr 1990 für möglich.
- (3) Die Vereinbarung von 1988 sah einen Abbau von lediglich 2 600 Akutbetten bis 1990 vor.

**Strukturreformmittel****18**

(4) Im Juni 1988 nahm die Fondsversammlung einen Bericht des Arbeitskreises "Akutbettenabbau" zur Kenntnis, wonach 2 600 Akutbetten bis zum Jahr 1990 abgebaut werden könnten.

(5) Im Spätherbst 1988 beriet die Fondsversammlung einen Realisierungsplan für den Akutbettenabbau. Die Bundesländer Kärnten und Steiermark sahen sich nicht in der Lage, der auf sie entfallenden Verringerung von jeweils 700 Akutbetten nachzukommen; ihnen wäre nur eine Verringerung um jeweils 450 möglich. Mit Ende des Jahres 1989 waren nur die Bundesländer Niederösterreich und Tirol der vereinbarten Bettenverringerung nachgekommen. Die Länder Salzburg und Oberösterreich hatten die Anzahl ihrer Betten erhöht.

(6) Bis Ende 1990 wurden nur rd 1 200 Betten abgebaut.

(7) In der Vereinbarung über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis 1994 wurde erneut die Verringerung der Akutbetten nach einem auf der Grundlage der Vereinbarung 1988 zu beschließenden Realisierungsplan festgelegt. Der Realisierungsplan (unter Einrechnung der bereits verringerten Betten) wurde nicht erstellt. Die Verringerung der Betten wurde in der Fondsversammlung bis zum Jahr 1992 nicht mehr diskutiert.

- 22.2 Der RH vermerkte, daß der vorgesehene Bettenabbau trotz der Inanspruchnahme von rd 5,7 Mrd S an Strukturreformmitteln in den Jahren 1988 bis 1993 nicht gelang. Er führte dies insbesondere auf den erheblichen Mitteleinsatz für den intramuralen Bereich zurück.

Der RH anerkannte allerdings den bundesweiten Rückgang der Pflegegehalte von rd 19,3 Mill (1988) auf rd 17,7 Mill (1992) und die Verringerung der Verweildauer von rd 11,4 auf 9,6 Tage; im selben Zeitraum stieg die Anzahl der ambulanten Fälle von rd 3,5 Mill um 18,6 % auf rd 4,3 Mill an.

Nach Meinung des RH wäre eine Reform des Krankenversorgungssystems (Bettenabbau und Aufbau außerstationärer Einrichtungen) in erster Linie durch die Einführung einer leistungsbezogenen Abgeltungsform erzielbar, welche keine Anreize zur Betreuung in Krankenanstalten über das notwendige Ausmaß hinaus enthält.

- 22.3 *Laut Stellungnahme des BMGK seien bis Ende 1993 1 721 Akutbetten abgebaut worden. Der Mitteleinsatz im intramuralen Bereich sei nur zu Beginn der Strukturmaßnahmen bei 34,5 % gelegen und im Jahr 1994 auf 4,4 % gesunken.*
- 22.4 Der RH entgegnete, der in den Vereinbarungen 1988 und 1991 vorgesehene Abbau von 2 600 Akutbetten wurde nicht erreicht.

## Strukturreformmittel

19

Österreichische  
Krankenanstalten-  
planung

- 23.1 Seit der Vereinbarung 1988 war der KRAZAF verpflichtet, den Österreichischen Krankenanstaltenplan durch Erstellung einer Systemplanung fortzuentwickeln. Bis zur Fertigstellung des Planes dienten die Krankenanstaltenpläne der Länder als Entscheidungsgrundlage.

Im September 1992 trat der Hauptverband der Sozialversicherungsträger an das BMGSK heran, in der Fondsversammlung zu beantragen, daß die Länder die die Krankenanstalten betreffenden Maßnahmen bis 1994 detailliert und bis zum Jahr 2000 in groben Zügen darzustellen hätten. Außerdem wäre aufgrund der aufeinander abgestimmten Länderpläne ein bundesweiter Krankenanstaltenplan zu entwickeln.

Nach Widerständen der Rechtsträger der konfessionellen Krankenanstalten beauftragte der KRAZAF im Februar 1994 das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen mit der Ausarbeitung eines Österreichischen Krankenanstaltenplanes (Planungshorizont 2005), welcher auch eine Standort- und Fächerstruktur, eine Bettenbedarfsplanung für den Akutbereich und Grundlagen zu Vorschlägen für eine überregionale Koordinierung ausgewählter medizinischer Spitzenleistungen enthalten sowie die im Krankenanstaltengesetz vorgegebene Typisierung der Krankenanstalten auf ihre Anwendbarkeit hin überprüfen sollte.

- 23.2 Der RH beanstandete die Beauftragung des Österreichischen Krankenanstaltenplanes als verspätet, weil derartige Planungsdaten für bedarfsgerechte Bezuschussungen durch den KRAZAF zweckmäßig gewesen wären.
- 23.3 *Der RH vermißte eine Stellungnahme des BMGK.*

## Richtlinien

- 24.1 Der Fonds hatte Richtlinien für die Mittelzuteilung, die Verwendung, die Abrechnung und den Nachweis der widmungsgemäßen Verwendung zu erlassen. Mit der Erarbeitung der Richtlinien war neben der Geschäftsstelle des KRAZAF auch der Arbeitskreis für Krankenanstalten und Strukturreform befaßt.

Die Richtlinien stellten — im Widerspruch zur Vereinbarung 1988 — den Mitteleinsatz für strukturverbessernde Maßnahmen in Krankenanstalten in den Vordergrund und deckten somit formal die von den Ländern geübte Vorgangsweise.

- 24.2 Der RH bemängelte, daß die Richtlinien der Zielsetzung der Vereinbarung bzw des Fondsgesetzes nur unzureichend entsprachen und nicht geeignet waren, die angestrebte Entlastung des stationären Bereiches zu erreichen.
- 24.3 *Das BMGK vermeinte, die Richtlinien präzisierten die aus dem Fondsgesetz ableitbare Förderungswürdigkeit.*

## Strukturreformmittel

20

Überprüfung der  
Maßnahmenkonzepte

25.1 Jeweils bis Mitte Februar hatten die Länder dem KRAZAF ein Konzept über die im laufenden Jahr geplanten Maßnahmen vorzulegen. Allenfalls erforderliche Anpassungsempfehlungen und Änderungsvorschläge waren zwischen der Geschäftsstelle des KRAZAF und dem jeweiligem Land zu beraten.

Ungeachtet des Ergebnisses der Beratungen hatte die Geschäftsstelle des KRAZAF den Ländern die Strukturreformmittel zu den in den Richtlinien festgelegten Auszahlungsterminen jedenfalls anzuweisen.

25.2 Der RH beurteilte die Gebarung der Strukturreformmittel als unweckmäßig, weil die Länder aufgrund der von ihrem Willen abhängigen KRAZAF-Vereinbarung einen Auszahlungsanspruch hatten. Nach Auffassung des RH wäre eine mit Steuerungsbefugnissen ausgestattete zentrale Verwaltung (Bund) für eine Strukturreform und eine überregionale Koordination besser geeignet.

25.3 *Das BMGK verwies auf den erfolgreichen Mitteleinsatz im extramuralen Bereich.*

25.4 Der RH erwiderte, daß selbst Verhandlungen mit einzelnen Bundesländern vorerst wenig Wirkung über den Einsatz im extramuralen Bereich zeigten.

## Weitere Feststellungen

Zahlungsverkehr

26.1 Zur Abwicklung des Geldverkehrs hatte der KRAZAF bei verschiedenen Kreditinstituten 24 Konten eröffnet, wovon lediglich die Hälfte (7 Giro- und 5 Termineinlagenkonten) verwendet wurde.

26.2 Der RH beanstandete die Organisation des Zahlungsverkehrs, weil keine ausreichende Übersicht für eine zweckmäßige Disposition gegeben war, und empfahl, die Anzahl der Konten auf das notwendige Ausmaß zu beschränken.

26.3 *Das BMGK berichtete von der Auflassung von 12 Konten.*

Zinsenverluste

27.1 Der Gebarungsumfang des KRAZAF verdoppelte sich von rd 7,2 Mrd S (1988) auf rd 15 Mrd S (1992). Dementsprechend stiegen auch die kurzfristigen Veranlagungen zwischen den Zahlungseingängen und den Auszahlungen.

Der für die Veranlagung der KRAZAF-Mittel verantwortliche Leiter der Geschäftsstelle konnte dem RH keine diesbezüglichen Unterlagen vorlegen. Allerdings hatten auch Buchhaltungsbedienstete Vereinbarungen mit den Kreditinstituten über kurzfristige Veranlagungen getroffen.

Im Vergleich der Zinssätze für die nicht benötigten KRAZAF-Mittel mit den vom BMF für täglich fällige Gelder erzielten Zinssätzen sind dem KRAZAF von 1988 bis 1991 Zinsen von rd 40 Mill S entgangen.

Auch die Verzinsung der Guthaben auf Girokonten bei den einzelnen Kreditinstituten wies erhebliche Unterschiede auf.

## Weitere Feststellungen

21

- 27.2 Der RH beanstandete, daß der Leiter der Geschäftsstelle des KRAZAF die Fondsmittel nicht zu den für öffentliche Gelder möglichen Bedingungen veranlagt hat.
- 27.3 *Laut Stellungnahme des BMGK habe es der Wirtschaftspolizei eine Sachverhaltsdarstellung übermittelt. Das Verfahren sei infolge Ablebens des Geschäftsstellenleiters eingestellt worden.*
- Elektronische  
Datenverarbeitung
- 28.1 Der EDV-Aufwand des KRAZAF betrug rd 4 Mill S (1992). Die EDV-Anwendungen wurden im wesentlichen vom BMGK und von einem externen Rechenzentrum besorgt.
- 28.2 Der RH empfahl dem KRAZAF insbesondere,
- (1) ein EDV-Konzept zu erstellen,
  - (2) die Organisation der Informationsbeschaffung und EDV-Unterstützung in den Krankenanstalten festzulegen,
  - (3) die Zusammenführung der EDV-Anwendungen im BMGK zu erwägen,
  - (4) die Softwareerstellung für die Krankenanstaltenfinanzierung zu strukturieren und
  - (5) im Hinblick auf die gesunkenen Gerätekosten einen Übergang von der Anmietung zum Ankauf von EDV-Hardware zu überlegen.
- Endabrechnungen  
und Rechnungs-  
abschlüsse
- 29.1 Seit 1978 fehlten die gesetzlich vorgesehenen jährlichen Endabrechnungen des KRAZAF. Auch ist eine gesetzliche Regelung für die Erstellung der Rechnungsabschlüsse des KRAZAF nicht erfolgt.
- 29.2 Der RH betonte, daß bei einem jährlichen Zuschußvolumen von rd 16 Mrd S (1994) im Sinne einer sorgfältigen Verwaltung Endabrechnungen und Rechnungsabschlüsse unverzichtbar sind.
- Die vom RH seit 1979 geforderte gesetzliche Lösung der Abrechnungsfrage sollte nunmehr im Rahmen der in Aussicht genommenen neuen KRAZAF-Regelung ab 1995 getroffen werden.
- 29.3 *Laut Stellungnahme des KRAZAF hätte bisher keine Einigung über die Endabrechnungen und Rechnungsabschlüsse erreicht werden können.*

**22**Schluß-  
bemerkungen

30 Der RH hob zusammenfassend folgende Empfehlungen hervor:

(1) Zur raschen und wirksamen Umsetzung eines leistungsbezogenen Finanzierungssystems wären die notwendigen gesundheitspolitischen Entscheidungen zu treffen.

(2) Im Rahmen einer Finanzierungsreform wären Voraussetzungen für Kostendämpfungsmaßnahmen zu schaffen. Dabei wäre das Volumen der bereitzustellenden Geldmittel nach festzulegenden Kriterien (wie etwa Wirtschaftswachstum, Steueraufkommen, Ausweitung der öffentlichen Haushalte) zu beschränken.

(3) Die Bewirtschaftung aller Finanzierungsmittel sollte durch eine Hand erfolgen. Hiefür wäre entweder ein dezentrales oder ein zentrales Modell mit konzentrierten Aufgabenbereichen entweder bei den Ländern, beim Bund oder bei den Sozialversicherungsträgern denkmöglich.

(4) Bei einer Finanzierungsreform wäre der Einsatz von Strukturverbesserungsmitteln für Steuerungsmaßnahmen zu erwägen.

## Bereich des Bundesministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst

### Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien – Universitätskliniken

#### Kurzfassung

Im AKH-Wien wurden medizintechnische Versorgungsleistungen auf höchstem Niveau angeboten; medizinisch-wissenschaftliche Lehr- und Forschungsleistungen sowie die medizinische Spitzenversorgung fanden international höchste Anerkennung.

Allerdings verwies der RH auf den für eine 2 237 Betten-Klinik einzigartig hohen Errichtungsaufwand (42,5 Mrd S) und die weit über anderen Universitätskliniken liegenden Betriebskosten (8,4 Mrd S). Er führte dies vor allem auf die lange Bauzeit, auf die zahlreichen Umplanungen, auf die noch nicht zufriedenstellend gelöste Betriebsführung und auf die 30 %ige Personalaufstockung in den letzten fünf Jahren zurück.

Der RH beanstandete die Ausweitung des Betriebes des AKH-Wien auf krankenhaushausfremde Bereiche und die Tatsache, daß trotz der vorzuhaltenden Maximalversorgung das AKH-Wien über keine eigene Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde verfügte.

Die den Klinikvorständen eingeräumte Berechtigung, von Sonderklassepatienten für dieselbe Leistung zweifach Arzthonorar zu beanspruchen, hielt der RH für bedenklich. Im Bereich der Teilrechtsfähigkeit von Kliniken, vor allem aber auch beim Abschluß von Dienstverträgen durch Klinik- und Institutsvorstände war die Kontrolle durch das BMWFK unzureichend.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen und der unzureichende Einfluß der Stadt Wien (als Träger des AKH-Wien) auf das ärztliche Personal erschwerten eine optimale Personalbewirtschaftung. Zudem war wegen des Fehlens einer gemeinsamen Planung für Bundes- und Gemeindebedienstete eine bedarfsgerechte Personalzuteilung nicht möglich.

Der RH vermißte weiterhin den von ihm bereits 1991 empfohlenen Zusammenarbeitsvertrag zwischen dem Bund und der Stadt Wien über die einem modernen Krankenhausbetrieb entsprechenden Organisationsstrukturen, welcher auch die Aufteilung der Betriebskosten regeln sollte.

Die weitgehende Autonomie der Kliniken und Institute hinsichtlich ihrer medizinischen Leistungen hinderte eine wirtschaftliche Betriebsführung, zumal die Leistungsdaten und Kosten nicht hinreichend bekannt waren.



Über die Verwendung der Ambulanzgebühren des AKH-Wien (Einnahmen der Stadt Wien) entschied — unter Ausklammerung der Budgethoheit des Gemeinderates der Stadt Wien — der Beirat des Ambulanzfonds. Da zudem die Abhängigkeit der Fondsmittel von den Ambulanzeinnahmen Anreize für die Ausweitung des nicht kostendeckenden Ambulanzbetriebes der Kliniken und Institute bewirkte, empfahl der RH, den Fonds aufzulösen und die diesbezügliche Gebarung dem ordentlichen Haushalt der Stadt Wien einzugliedern.

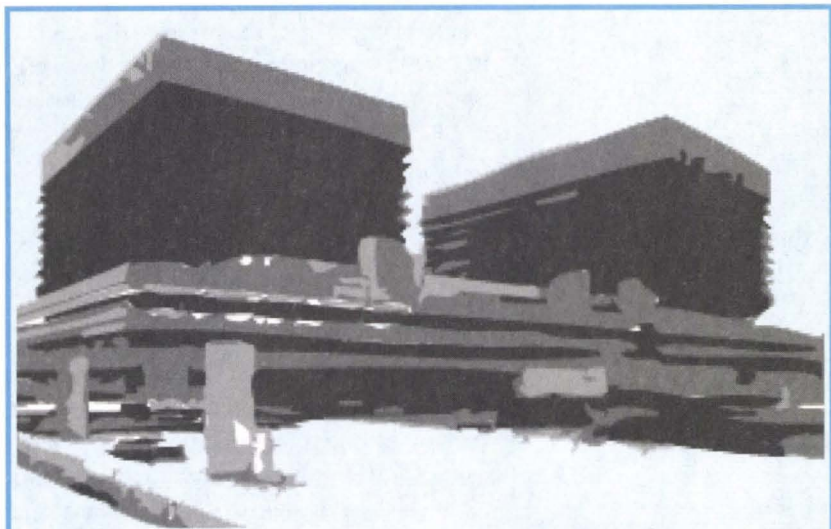
Aufgrund der ungleichen Verrechnung mit Krankenfürsorgeanstalten sowie durch die unzulängliche Verrechnung klinischer Arzneimittelüberprüfungen sind dem AKH-Wien Einnahmen entgangen.

Die Revisionsstellen des Bundes und der Stadt Wien waren nicht ausreichend koordiniert, so daß zuständigkeitsüberschreitende Gebarungsvorgänge nicht umfassend überprüft wurden.

Die Sachgüterübergabe anläßlich der Besiedlung des Neubaus des AKH-Wien war weder ordnungsgemäß noch wirtschaftlich. Es wird noch mehrere Jahre dauern, bis die letzte Betriebsbewilligung für das neue AKH-Wien erteilt sein wird.

Die Beschaffung von medizintechnischen Geräten war vielfach verfrüht und von der Direktion zu wenig eingeschränkt. Die Austauschforderungen der Kliniken wurden vom Bund und der Stadt Wien als Erstausrüstung gemeinsam finanziert, anstatt sie als Ersatzinvestition der Stadt Wien als Rechtsträger anzulasten. Schließlich beanstandete der RH die hohe Anzahl nicht genutzter oder nicht inventarisierter Geräte.

Die Übertragung der gesamten technischen Betriebsführung an eine Gesellschaft bewirkte eine Einschränkung der Einflußmöglichkeiten der Stadt Wien auf die Führung des Krankenhausbetriebes. Wegen des Wechsels von Mitarbeitern der Stadt Wien zur Gesellschaft war die technische Direktion des AKH-Wien personell nicht mehr in der Lage, die Interessen der Stadt Wien gestaltend umzusetzen; zudem war der Stadt Wien nur eine mangelhafte Kontrolle der technischen Betriebsführung der Gesellschaft möglich.



	Kenndaten		
	1993	1994	Differenz in %
	Anzahl		
Systemisierte Betten	2 252	2 237	- 0,7
Personalstand	6 594*	6 820*	+ 3,4
Stationäre Patienten	60 550	65 370	+ 8,0
Pflegetage	565 254	606 251	+ 7,3
davon Eintagesaufenthalte	7 978	8 464	+ 6,1
Verweildauer (in Tagen)	9,3	9,3	0
Ambulante Fälle	353 056	374 387	+ 6,0
	in Mrd S		
Ausgaben einschließlich Bau- und Einrichtungsraten für den Neubau	9,17	9,53	+ 3,9
Einnahmen	3,65	4,12	+ 13,0

\* zuzüglich rd 2 400 Bundes- bzw Klinikbedienstete

### Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1' Der RH überprüfte von September bis Dezember 1993 die Gebarung des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien – Universitätskliniken (AKH-Wien). Schwerpunkte der Überprüfung waren die Vorgaben und Voraussetzungen des Bundes und der Stadt Wien zur Führung des AKH-Wien, die Kompetenzen der kollegialen Führung, das Zusammenwirken von Bund und Stadt Wien im Bereich der Kliniken, Institute und Ambulanzen (Organisationsstrukturen), das Personalwesen, das Angebot und die Verrechnung von medizinischen Leistungen sowie die Zweckmäßigkeit der Beauftragung der Krankenhausmanagement- und Betriebsführung GesmbH mit der technischen Betriebsführung.

Der RH übermittelte das Ergebnis seiner Überprüfung im Oktober 1994 gleichzeitig und gleichlautend dem damaligen BMWF und dem Wiener Stadtsenat.

Das BMWFK gab im März 1995, der Wiener Stadtsenat im Dezember 1994 eine Stellungnahme ab. Das AKH-Wien übersandte dem RH im April 1995 deutlich verbesserte Auslastungs- und Leistungsdaten, die der RH überprüft und im vorliegenden Wahrnehmungsbericht berücksichtigt hat.

## Allgemeines

- 2.1 Zur Zeit der Überprüfung durch den RH bot das AKH-Wien medizinische Versorgungsleistungen auf höchstem Niveau und verfügte mit seinen Universitätskliniken und -instituten sowie "besonderen klinischen Einrichtungen" für Forschung und Lehre über Einrichtungen nach dem neuesten wissenschaftlichen Stand. Neben den medizinisch-wissenschaftlichen Lehr- und Forschungsleistungen war auch die an den Universitätskliniken durchgeführte Spitzenversorgung weit über die Bundeshauptstadt hinaus anerkannt (durchschnittlich jeder dritte Patient war nicht in Wien beheimatet). Diese Leistungen auf dem Gebiet der medizinischen Versorgung hat das AKH-Wien trotz großer Übersiedlungsschwierigkeiten in den letzten Jahren erbracht.

Die Kosten für den ab 1972 errichteten Kernbau mit zwei Bettentürmen samt Erweiterungsbauten, also für den im Juni 1994 offiziell abgeschlossenen vierten Bauabschnitt, betragen rd 42,5 Mrd S (Preisbasis 1993). Die Errichtungskosten für das neue AKH-Wien lagen sohin mit rd 12 000 S je m<sup>3</sup> Bruttorauminhalt bzw mit rd 20,5 Mill S (Preisbasis 1993) je universitärem Bett weit über den Herstellungskosten anderer in- oder ausländischer Kliniken (zB Universitätsklinik Innsbruck: rd 6 500 S je m<sup>3</sup> Bruttorauminhalt bzw rd 4 Mill S je Bett).

- 2.2 Nach Ansicht des RH waren für den einzigartig hohen Errichtungsaufwand vor allem das ungünstige Verhältnis von Nutzfläche zu Bettenanzahl (AKH-Wien: 161 m<sup>2</sup>/Bett, Universitätsklinik Innsbruck 93 m<sup>2</sup>/Bett), die lange Bauzeit samt Umplanungen sowie die mehrfach abgeänderte und noch immer nicht zufriedenstellend gelöste Betriebsführung verantwortlich. Die Ausgaben für den Betrieb (ohne Neubaurate) stiegen — insbesondere wegen der Personalaufstockung um nahezu 30 % — von rd 5,1 Mrd S (1989) auf rd 8,4 Mrd S (1994); einschließlich der Bau- und Einrichtungsrate betragen die Ausgaben 9,5 Mrd S (1994).

- 2.3 *Laut Stellungnahme des BMWFK sei der Flächenvergleich angesichts unterschiedlich angelegter Funktionsbereiche nicht seriös.*

*Die Stadt Wien vertrat die Auffassung, daß der erhöhte Leistungsumfang hervorzuheben gewesen wäre.*

- 2.4 Der RH entgegnete, daß der Vergleich zwischen der Universitätsklinik Innsbruck ("Pavillon-System") und dem AKH-Wien ("Zentralbau") aufgrund der unterschiedlichen Bebauungsdichte geringere Flächenwerte je Bett beim AKH-Wien hätte ergeben müssen.

## Rechtliche Überlegungen zu Einrichtungen und Arzthonoraren

Vereinbarung über  
Einrichtungen

- 3.1 Der Rechtsträger des AKH-Wien ist die Gemeinde Wien; sofern im AKH-Wien Leistungen erbracht werden, die der medizinischen Fakultät der Universität Wien zuzurechnen sind, besteht im Hinblick auf den damit verbundenen Lehr- und Forschungsbetrieb eine Mitzuständigkeit des Bundes (BMWFK). Im Jahre 1989 vereinbarten der damalige Bundesminister für Wissenschaft und Forschung, Dr Erhard Busek, und der für das Gesundheits- und Spitalswesen damals zuständige Stadtrat der Gemeinde Wien, UnivProf Dr Alois Stacher, welche Einrichtungen "als klinischer Bereich" der medizinischen Fakultät der Universität Wien zu gelten haben.

Die dem Wiener Stadtsenat im Juni 1989 zur Kenntnis gebrachte Vereinbarung über den klinischen Bereich sollte mit der Übersiedlung der entsprechenden Organisationseinheiten in das neue AKH-Wien wirksam werden, obwohl sie auch Einrichtungen betraf, die das Universitätsorganisationsgesetz nicht dem klinischen Bereich zuordnet. Auch wurden Institute und krankenhaushausfremde Einrichtungen, die in dem Vertrag nicht vereinbart waren, im AKH-Wien untergebracht.

- 3.2 Der RH wies darauf hin, daß im Rahmen einer öffentlichen Krankenanstalt nur jene Einrichtungen vorhanden sein durften, die unmittelbar oder mittelbar ärztliche Leistungen an Menschen erbringen. Insbesondere im Hinblick auf die von 5,1 Mrd S (1989) auf 8,4 Mrd S (1994) gestiegenen Betriebskosten des AKH-Wien (jeweils ohne Neubaurate) erschien ihm eine Ausweitung des Krankenhausbetriebes auf krankenhaushausfremde Bereiche betriebswirtschaftlich nicht sinnvoll.
- 3.3 *Laut Stellungnahme des BMWFK liege eine mit Zustimmung des Stadtsenates rechtsgültig abgeschlossene Vereinbarung vor. Die in der Vereinbarung nicht genannten Einrichtungen seien durch eine einvernehmliche Vertragserweiterung zustande gekommen. Im übrigen bestehe kein rechtliches Hindernis, die nicht als Krankenanstalts-Abteilung geltenden Organisationseinheiten in die Organisation einer Krankenanstalt einzubeziehen.*

*Die Stadt Wien vertrat die Ansicht, daß überhaupt noch keine Vereinbarung abgeschlossen worden sei. Der Stadtsenat habe lediglich einen Bericht über die Neuordnung der Struktur der Medizinischen Fakultät zur Kenntnis genommen.*

- 3.4 Der RH erwiderte, die Betriebsführung des AKH-Wien setze unabdingbar voraus, daß Bund und Land unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen den Klinikbereich gemeinsam festlegen.

Universitätsklinik für  
Zahn-, Mund- und  
Kieferheilkunde

- 4.1 Die an der medizinischen Fakultät der Universität Wien bestehende "Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde" war mit dem AKH-Wien weder organisatorisch noch funktionell verbunden.
- 4.2 Der RH verwies auf das Krankenanstaltengesetz, demzufolge das AKH-Wien als Zentralkrankenanstalt auch eine eigene Klinik für Zahnheilkunde vorzusehen hat.

**Rechtliche Überlegungen zu  
Einrichtungen und Arzthonoraren**

**28**

- 4.3 *Laut Mitteilung des BMWFK habe es die Vorbereitungen zur Eingliederung in das AKH–Wien abgeschlossen.*

*Nach Ansicht der Stadt Wien sollte die Republik auf dem Gelände des AKH–Wien eine derartige Klinik als eigenständige öffentliche Sonderkrankenanstalt errichten und betreiben.*

- 4.4 Der RH entgegnete der Stadt Wien, es sei in Anbetracht der räumlichen Möglichkeiten des AKH–Wien und der ausgliederbaren krankenhausfremden Universitätseinrichtungen nicht einsichtig, daß der Bund mit erheblichen finanziellen Mitteln eine eigene Sonderkrankenanstalt errichten solle, anstatt sie in das AKH–Wien einzugliedern.

Laboruntersuchungen  
für Dritte

- 5.1 Der Vorstand des klinischen Instituts für Hygiene hat das von ihm geleitete Institut für die Durchführung von Laboruntersuchungen aufgrund der Zuweisung von Vertragsärzten eingesetzt. Das Institut führte jährlich mehrere tausend Routineuntersuchungen durch; die Einnahmen dafür beliefen sich auf rd 24 Mill S, der Gewinn betrug rd 6 Mill S (1992). Die Einnahmen aus der Veranlagung des Institutsvermögens betrugen für dieses Jahr nahezu 1 Mill S.

Bereits anlässlich der Überprüfung der Gebarung der Universitätsklinik Innsbruck im Jahre 1991 hatte der RH darauf hingewiesen, daß nicht-klinische Institute oftmals eine erhebliche wirtschaftliche Tätigkeit entfalten. Das BMWF hat in seiner damaligen Stellungnahme dazu mitgeteilt, daß es sich um ein allgemeines und über den Klinikbereich hinausgehendes Problem handle und es deshalb Lösungsvorschläge erarbeiten werde.

- 5.2 Der RH bemängelte, daß das BMWFK trotz der damaligen Zusage nichts unternommen hatte. Er beanstandete weiters, daß weder das BMWFK noch der Anstaltsträger davon Kenntnis hatten, daß unter Verwendung der betrieblichen Infrastruktur des AKH–Wien und unter Heranziehung von klinischem Personal Arbeiten in diesem Ausmaß durchgeführt wurden.

- 5.3 *Das BMWFK wiederholte in seiner nunmehrigen Stellungnahme die damaligen Ausführungen, denenzufolge es sich bei der Durchführung von Laboruntersuchungen um ein Problem handle, das für viele Universitätsinstitute noch gelöst werden müsse; es arbeite an Lösungsvorschlägen.*

*Die Stadt Wien verwies auf ihre Unzuständigkeit.*

Universitätsinstitut  
für Reprographik und  
Photodokumentation

- 6.1 Im Jahre 1992 hat das damalige BMWF zur grafischen und fotografischen Unterstützung des Lehr- und Forschungsbetriebes sowie zur Erbringung von Routineleistungen im Bereich der Patientendokumentation das Universitätsinstitut für Reprographik und Photodokumentation als besondere Einrichtung nach dem Universitätsorganisationsgesetz geschaffen und dem klinischen Bereich eingegliedert.

## Rechtliche Überlegungen zu Einrichtungen und Arzthonoraren

6.2 Der RH erachtete die Eingliederung des Instituts in den Betrieb des AKH-Wien für rechtlich unzulässig, weil im Rahmen einer öffentlichen Krankenanstalt nur jene Einrichtungen vorhanden sein durften, die unmittelbar oder mittelbar ärztliche Leistungen an Menschen erbringen.

6.3 *Das BMWFK vermeinte, das Institut sei Bestandteil des AKH-Wien; die diesbezüglichen Ausgaben des Krankenanstaltenträgers seien diesem im Rahmen des klinischen Mehraufwandes vom Bund zu vergüten.*

*Die Stadt Wien berichtete von einer diesbezüglichen Sondervereinbarung zwischen BMWFK und AKH-Wien.*

6.4 Der RH entgegnete, die Eingliederung des Instituts in den klinischen Bereich und daher auch die Vergütung eines klinischen Mehraufwandes entspreche nicht der Rechtslage.

### Arzthonorare

7.1 Von den im Juni 1995 systemisierten 2 198 Betten (allerdings nur 1 850 belegt) waren 25 % (rd 550 Betten) der Sonderklasse vorbehalten. Die Vorstände der Universitätskliniken nahmen im AKH-Wien gleichzeitig die Funktionen von Abteilungsleitern einer Wiener Krankenanstalt wahr und waren daher gleichzeitig sowohl nach dem Bundesrecht (Krankenanstaltengesetz) als auch nach dem Landesrecht (Wiener Krankenanstaltengesetz) berechtigt, von den von ihnen persönlich behandelten Patienten der Sonderklasse ein Honorar zu fordern. Die betreffenden Ärzte haben in erheblichem Ausmaß von ihrer Berechtigung zur Doppelhonorierung Gebrauch gemacht.

7.2 Der RH hat es bereits im Jahre 1991 anlässlich der Überprüfung der Gebahrung der Universitätsklinik Innsbruck für geboten erachtet, bundesgesetzlich die Möglichkeit der Doppelhonorierung zu unterbinden. Das damalige BMWF sah hierzu jedoch keine Notwendigkeit, so daß die Patienten der Sonderklasse im AKH-Wien für ärztliche Leistungen der Klinikvorstände weiterhin eine zweifache Bezahlung gewärtigen mußten.

7.3 *Laut Stellungnahme des BMWFK handle es sich um verschiedene ärztliche Leistungen, weshalb eine "Doppelverrechnung" schon begrifflich ausgeschlossen sei.*

*Auch die Stadt Wien bestritt eine "Doppelverrechnung" derselben Leistung.*

7.4 Der RH vermochte eine unterschiedliche Leistung eines gleichzeitig als Klinikvorstand (Bund) und Abteilungsleiter (Stadt Wien) tätigen Arztes bei der Betreuung eines Patienten nicht zu erkennen.

### Organisation

#### Unternehmens- konzept

8.1 Die VOEST-ALPINE Medizintechnik GesmbH (VAMED) hat seit 1978 in sieben Planungsstufen eine Betriebsorganisationsplanung (Ablaufplanung einschließlich EDV, detaillierte Inbetriebnahmeplanung sowie Vorschläge zur Aufbauorganisation, zur Betriebsaufnahme und zur Betriebsbegleitung) für das neue AKH-Wien erstellt. Das Ende Dezember 1988 von der Magistratsdirektion genehmigte Übernahmekonzept für die Betriebsführung des AKH-Wien enthielt im wesentlichen die Aufbauorga-

## Organisation

30

nisation und die Personalbedarfsplanung für die damalige MA 16 und wurde in der Folge von der kollegialen Führung zum Unternehmenskonzept des AKH–Wien erklärt.

- 8.2 Der RH vermerkte kritisch, daß weder das Unternehmenskonzept der kollegialen Führung noch die Vorschläge der VAMED für die Verwaltungsdirektion umgesetzt wurden. Eine Festlegung der Ablauforganisation fehlte fast vollständig.

Nach Ansicht des RH hätte für das AKH–Wien vorrangig eine funktionsfähige Organisation geschaffen werden müssen. Vordringlich wären die Betriebsabläufe zwischen den Organisationseinheiten im administrativen und medizinischen Bereich detailliert zu erfassen und betriebsorganisatorisch optimal umzusetzen.

- 8.3 *Das BMWFK verwies auf seine Unzuständigkeit.*

*Die Stadt Wien pflichtete dem RH bei.*

### Kollegiale Führung

- 9.1 Die Personen der kollegialen Führung des AKH–Wien (ärztlicher Direktor, Verwaltungsdirektor, Pflegedirektorin, technischer Direktor) standen in einem Dienstverhältnis zur Gemeinde Wien.

Demgegenüber war das ärztliche Personal beim Bund beschäftigt, so daß der ärztliche Direktor kaum Einflußmöglichkeiten hatte und seine gesetzliche Aufsichtspflicht nur mit größten Schwierigkeiten wahrnehmen konnte. Zudem waren die ordentlichen und außerordentlichen Professoren von der Einhaltung einer fixen Dienstzeit befreit.

Obwohl sich der ärztliche Direktor durch interdisziplinäre Aussprachen um eine interne Koordination sowie um Planungs- und Leistungskontrollen bemühte, trafen — im Einklang mit dem Universitätsorganisationsgesetz — die Klinikvorstände im Zusammenwirken mit der Klinikkonferenz die grundlegenden Entscheidungen über die Planstellen, Räume und Geräte.

Eine wirtschaftliche Betriebsführung war daher von vornherein nahezu unmöglich.

- 9.2 Der RH regte an, eine einheitliche Dienstgeber- und Trägerschaft anzustreben, wobei entweder die Stadt Wien einen Beitrag für die universitäre Krankenversorgung oder der Bund einen Beitrag für die Übernahme von Bundesaufgaben durch die Stadt Wien leistet. Sollte dies nicht zu verwirklichen sein, schlug der RH vor, dem Bund die ärztliche Direktion zu übertragen, womit dem ärztlichen Direktor weitgehende Personalhoheit über das Bundespersonal zukäme.

- 9.3 *Das BMWFK bestätigte, daß durch einen Zusammenarbeitsvertrag zwischen der Stadt Wien und dem Bund eine bessere Abstimmung und Koordination erfolgen könnte. Allerdings habe die Stadt Wien im Zuge der parlamentarischen Behandlung zur Novellierung des Krankenanstaltengesetzes im Jahre 1993 darauf hingewirkt, daß die vorgeschlagenen Regelungen über eine verpflichtende stärkere Kooperation wesentlich abgeschwächt worden seien.*

*Der Bund sei grundsätzlich für neue Formen der Kooperation bereit.*

*Die Stadt Wien will die Empfehlung des RH zur einheitlichen Dienstgeber- und Trägerschaft des AKH-Wien noch eingehend überlegen. Allerdings scheidet eine ausschließliche Führung des AKH-Wien durch die Stadt Wien aus kompetenzrechtlichen Gründen aus. Der Vorschlag, die ärztliche Direktion dem Bund zu übertragen, erschien ihr nicht zielführend, da es doch darum geht, die Kompetenzen der Stadt Wien gegenüber den Bundesbediensteten zu stärken und nicht umgekehrt. Im übrigen sei anlässlich der Novellierung des Krankenanstaltengesetzes im Jahre 1993 die Chance auf eine Verbesserung vertan worden, da an den Sitzungen der kollegialen Führung der Rektor und nicht der Dekan als Vertreter des Dienstgebers hätte teilnehmen sollen.*

- 9.4 Der RH sah sich in seiner Ansicht bestärkt, daß durch die Einzelinteressen der beiden Gebietskörperschaften bislang eine einheitliche Vorgangsweise bei der Führung der Universitätskliniken nach optimalen betriebswirtschaftlichen Grundsätzen gehindert wurde. Der RH hielt in diesem Zusammenhang jede Form einer verbesserten echten Kooperation, auch zwischen den Universitätskliniken und anderen Krankenanstalten, für erstrebenswert.

## Personalwesen

### Dienstverhältnisse

- 10.1 Die Ärzte sowie das sonstige akademische und wissenschaftliche Personal standen in einem Dienstverhältnis zum Bund. Die Stadt Wien beschäftigte neben den Mitarbeitern der Direktionen das Krankenpflegepersonal sowie das Haus- und Betriebspersonal. Beide Gebietskörperschaften stellten medizinisch-technisches Personal sowie Schreib- und Hilfskräfte ein.

Die beim Bund beschäftigten Klinik- und Institutsvorstände stellten im Rahmen der Teilrechtsfähigkeit der Universitätseinrichtungen oder auch persönlich Personal jeglicher Art an.

Mangels Antrags- oder Meldepflicht der Klinik- und Institutsvorstände wußte die Gemeinde Wien als Träger des AKH-Wien weder welche technischen Geräte aufgestellt worden sind noch wieviele Personen im AKH-Wien beschäftigt waren.

- 10.2 Der RH hielt die genaue Kenntnis der Personal- und Geräteausstattung für die Führung einer Universitätsklinik für unbedingt erforderlich.
- 10.3 *Laut Mitteilung des BMWFK hätten die Vorstände die von ihnen persönlich abgeschlossenen Dienstverhältnisse nicht zu melden. Die Ausweitung der Bestimmungen über die Teilrechtsfähigkeit durch die Universitätsorganisationsgesetz-Novelle 1987 hätte zudem eine Verstärkung der Selbständigkeit der einzelnen Universitätseinrichtungen zum Ziele gehabt.*

*Laut Stellungnahme der Stadt Wien könne es vorkommen, daß die Meldungen über die Beschaffung medizintechnischer und sonstiger Geräte verspätet erfolgen oder unterbleiben. Der Stadt Wien sei der Stand des eigenen Personals genau bekannt, bei der Meldung von Bundes- bzw sonstigen Bediensteten komme es allerdings zu Meldungslücken. Eine gemeinsame Personaldatenbank sollte angestrebt werden.*



## Personalwesen

32

### Personalbedarfs- und Einsatzplanung

- 11.1 Die ARGE-AKH beauftragte die VAMED mit der Personalbedarfs- und Einsatzplanung für die Funktionsbereiche des neuen AKH-Wien. Die für jede Organisationseinheit getrennt durchgeführten Arbeiten dienten damit dem Bund und der Stadt Wien als Richtlinie für die tatsächliche Zuweisung von Planstellen bzw Dienstposten.
- 11.2 Der RH bemängelte, daß die von der VAMED verfaßte Personalbedarfs- und Einsatzplanung keine methodische und verbindliche Personalplanung, sondern lediglich eine Bestandsaufnahme darstellte, zumal vor allem die erforderliche kritische Analyse und die Darstellung von Rationalisierungspotentialen fehlten.

Der RH empfahl die Ausarbeitung eines vom Bund und der Stadt Wien gemeinsam festgelegten verbindlichen Personalplanes, der sowohl eine bedarfsgerechte Zuteilung von Ärzten an Kliniken als auch eine gleichmäßigere Journaldienstbelastung im Interesse der Dienstnehmer und der Patienten vorsehen sollte.

- 11.3 *Laut Stellungnahme des BMWFK entsprechen die Planungsarbeiten der VAMED nur einem Gutachten, das den beiden Rechtsträgern als Organisationshilfe dienen sollte.*

*Die Stadt Wien will nach der Konsolidierung des Betriebes im neuen AKH-Wien die Empfehlungen des RH aufgreifen.*

### Personalverwaltung

- 12.1 Aufgrund der hohen Regelungsdichte des Hochschullehrerdienstrechtes waren für die Dienstnehmer des Bundes die Zuständigkeiten hinsichtlich des Personalwesens sehr unübersichtlich. Selbst der Universitätsdirektion waren die für die Personalangelegenheiten an den Kliniken zuständigen Bediensteten zum Teil nicht bekannt.
- 12.2 Der RH empfahl, eine Organisation mit genauer Zuständigkeitsabgrenzung und Regelung der Verantwortungsbereiche aufzubauen und diese den Mitarbeitern im Klinikbereich in allgemein verständlicher Form bekanntzugeben.
- 12.3 *Das BMWFK will künftig jeden neu ernannten Universitätsprofessor entsprechend informieren.*

*Laut Mitteilung der Stadt Wien stelle sie den Klinik- und Institutsvorständen bei Amtsantritt einschlägige Handbücher zur Verfügung. Im Oktober 1993 wäre auch eine Checkliste an die Kliniken und Institute verteilt worden, in der die Verantwortungsbereiche und typischen Geschäftsfälle dargestellt waren.*

- 12.4 Der RH legte dem BMWFK intensivere Bemühungen nahe.

## Personalwesen

33

Medizinisch-technischer Dienst und sonstige Dienste

- 13.1 Im AKH-Wien war seit 1986 zur zentralen Personaleinsatzplanung eine Abteilung für Medizinisch-technische Dienste und Sanitätshilfsdienste mit direkter organisatorischer Unterstellung unter den Ärztlichen Direktor eingerichtet. Diese Abteilung betreute die Belange aller am AKH-Wien beschäftigten Bedienstetengruppen, die in einem Dienstverhältnis zur Gemeinde Wien standen und keine unmittelbare Vertretung in der kollegialen Führung fanden (zB Medizinisch-technische Assistenten, Operationsgehilfen, Laborgehilfen, Erzieher).

Eine vergleichbare Planungs-, Service- und Kontrolleinrichtung für die Bundesbediensteten im AKH-Wien fehlte.

- 13.2 Der RH vermerkte, daß auf Gemeindeebene durch eine die Klinikgrenzen überschreitende und dem Arbeitsanfall entsprechende Zuordnung von Mitarbeitern durch die Ärztliche Direktion ein effizienter Personaleinsatz sichergestellt werden konnte. Er regte eine vergleichbare koordinierende Einrichtung auch für bundesbedienstete Mitarbeiter dieser Berufsgruppen an.

- 13.3 *Das BMWFK vermeinte, diese Einrichtung bestehe bereits im Dekanat der Medizinischen Fakultät.*

- 13.4 Der RH entgegnete, das Dekanat der Medizinischen Fakultät habe die klinikübergreifende Steuerung des Personaleinsatzes bislang nicht wahrgenommen.

## Planung und Steuerung des medizinischen Leistungsangebotes

Organisatorische Maßnahmen zur Leistungs- und Ressourcenplanung

- 14.1 Die Controllingabteilung im AKH-Wien sollte anhand der Kosten- und Leistungsdaten einen zweckentsprechenden und sparsamen Ressourceneinsatz an den Kliniken und Instituten sicherstellen.

Allerdings war infolge der weitgehenden Autonomie der Kliniken und klinischen Institute hinsichtlich der Planung der von ihnen angebotenen medizinischen Leistungen sowie der dadurch bedingten Personal- und Sachkosten eine wirtschaftliche Betriebsführung des AKH-Wien bislang nahezu unmöglich.

- 14.2 Der RH erachtete eine koordinierte Leistungs- und Ressourcenplanung als unverzichtbar.

Nach Ansicht des RH wäre zur Führung einer Krankenanstalt mit der organisatorischen Vielschichtigkeit und Größe des AKH-Wien ein den Anforderungen entsprechendes Informationssystem über Leistungsdaten und Kosten zwingend erforderlich. Erst in Verbindung mit den Ergebnissen einer aussagefähigen Kostenrechnung wäre eine verursachungsgerechte Zuordnung der Kosten auf Klinikebene möglich.

Der RH regte im Interesse einer sparsamen und zweckmäßigen Mittelverwendung die Schaffung von Klinikbudgets an.

**Planung und Steuerung des medizinischen Leistungsangebotes**

34

14.3 Die Stadt Wien stellte eine Verbesserung der Kostenrechnung in Aussicht und verwies — wie auch das BMWFK — auf die bezügliche Stellungnahme zum nachfolgenden Punkt "Leistungsangebot".

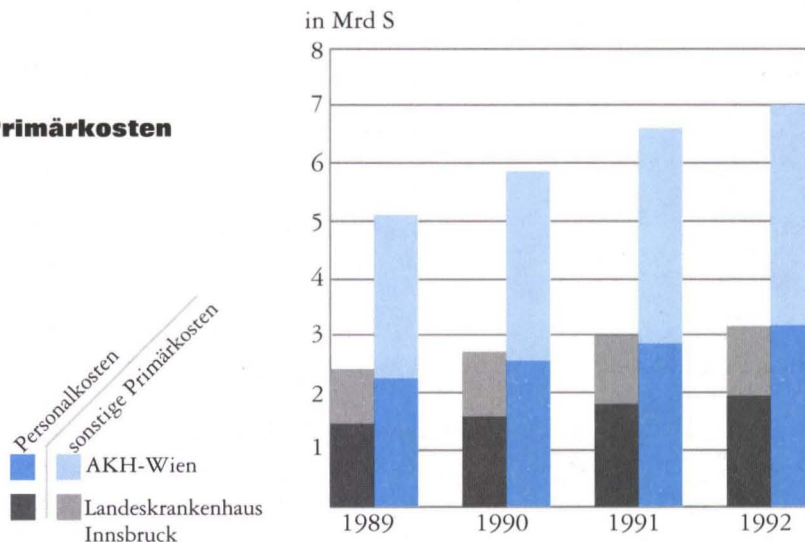
Medizinisches Leistungsangebot

15.1 Die Entwicklung der am AKH-Wien erbrachten medizinischen Leistungen spiegelte die zunehmende Verlagerung zu Leistungen der medizinischen Spitzenversorgung wider.

Der Anteil der medizinischen Spitzenversorgung am gesamten Leistungsangebot des AKH-Wien stieg von 22,5 % (1985) stetig auf 46 % (1991).

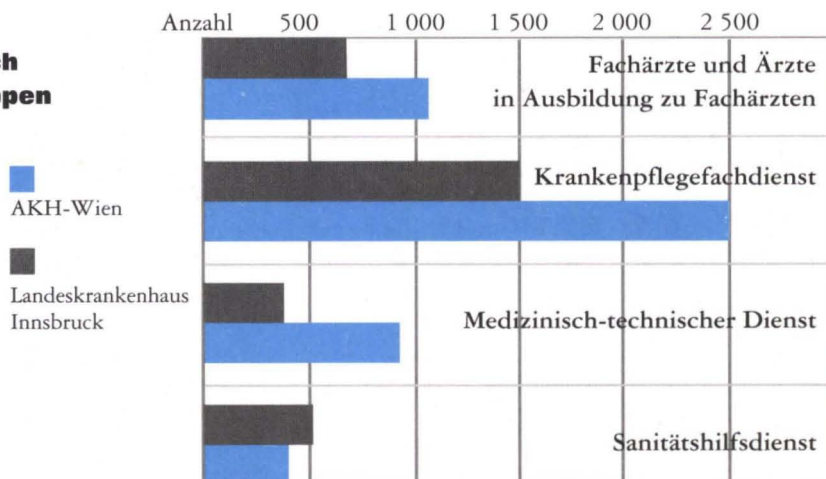
Da die Daten des Landeskrankenhauses Innsbruck-Universitätskliniken und jene des AKH-Wien hinsichtlich der Bettenanzahl, der Pflergetage und der Anzahl der stationären Patienten weitgehend übereinstimmten, sah sich der RH zu einem Vergleich dieser Krankenanstalten veranlaßt:

**Entwicklung der Primärkosten**



Die um rd 62 % höheren Personalkosten des AKH-Wien waren in erster Linie auf dessen erheblich höheren Personalstand zurückzuführen.

**Personalstand nach Beschäftigtengruppen (Ende 1992)**



- 15.2 Der RH vermerkte kritisch, daß — gewichtet nach den Punkten des KRAZAF-Kataloges, die den Schwierigkeitsgrad der Behandlung widerspiegeln — das Landeskrankenhaus Innsbruck medizinische Spitzenversorgungsleistungen im nahezu gleichen Ausmaß wie das AKH-Wien, jedoch um weniger als die Hälfte der Primärkosten des AKH-Wien erbracht hat.

Der RH empfahl, von der Planung des medizinischen Leistungsspektrums des AKH-Wien durch die Klinikvorstände und die Institutskonferenz zu einer übergreifenden Leistungsplanung durch die kollegiale Führung überzugehen.

- 15.3 *Das BMWFK äußerte wegen des beim AKH-Wien höheren Aufwandes für Nebenkostenstellen (zB Schulen, Wohnungen, universitäre Einrichtungen) Vorbehalte gegen den Vergleich mit dem Landeskrankenhaus Innsbruck. Die höhere Personalausstattung des AKH-Wien ergäbe sich aus dem hohen Ambulanzanteil und die wesentlich höheren universitären Leistungsbereiche.*

*Laut Stellungnahme der Stadt Wien seien die im KRAZAF-Katalog angeführten Punktebewertungen teilweise überholt. Zudem hätten im AKH-Wien die medizinischen Spitzenleistungen von 1992 auf 1993 um rd 32,5 % gesteigert werden können.*

*Das AKH-Wien berichtete dem RH, daß nach Abschluß seiner örtlichen Überprüfung sowohl die Anzahl der stationären Aufnahmen als auch die Anzahl der Pflgetage deutlich angestiegen sei.*

- 15.4 Der RH entgegnete dem BMWFK, daß dem AKH-Wien — ungeachtet mancher umfangmäßig unterschiedlicher universitärer Leistungsbereiche — ebenso wie dem Landeskrankenhaus Innsbruck in gleicher Art Aufgaben der Schwerpunkt- und Spitzenversorgung zukamen.

Der Stadt Wien entgegnete der RH, auch der für 1993 vom KRAZAF angestellte Leistungsvergleich bestätige die vom RH kritisch aufgezeigten Unterschiede zwischen dem Landeskrankenhaus Innsbruck und dem AKH-Wien.

## Ambulanzfonds

- Gebarung des Fonds 16.1 Auf Antrag der MA 16 beschloß der Gemeinderat im Dezember 1989, ab dem Budgetjahr 1991 den ohne eigene Rechtspersönlichkeit ausgestatteten "Fonds für die Gebarung und Administration der Sondereinnahmen der Kliniken und Institute des AKH-Wien" (Ambulanzfonds) einzurichten. Die Einnahmen des Fonds waren unmittelbar von der Höhe der den Kliniken und Instituten des AKH-Wien zugeflossenen Ambulanz-einnahmen abhängig und betragen im Rechnungsjahr 1992 rd 207 Mill S.

Die Kliniken bzw Institute hatten dem Fonds jährlich eine Aufstellung der beabsichtigten Ausgaben für das folgende Budgetjahr vorzulegen (Klinikaushaltsvoranschläge), wobei die zu erwartenden Ambulanz-einnahmen der einzelnen Kliniken bzw Institute die Obergrenze bildeten.

## Ambulanzfonds

36

Nicht verbrauchte Mittel waren rücklagefähig. Die Rücklagen aus nicht verbrauchten Vorjahresguthaben beliefen sich 1992 auf rd 215,5 Mill S.

Voraussetzung für die Zuweisung von Fondsmitteln war die Genehmigung der Klinikhaushaltsvoranschläge durch den Beirat des Fonds. Der Beirat bestand aus jeweils drei von der Direktion des AKH–Wien und von der Medizinischen Fakultät der Universität Wien nominierten Mitgliedern sowie dem Verwaltungsdirektor des AKH–Wien als Vorsitzenden ohne Stimmrecht und dem Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Wien, mit dem bei Stimmgleichheit der Mitglieder das Einvernehmen zu erzielen war. Der Beirat genehmigte die Budgetentwürfe der Kliniken und Institute und entschied mit einfacher Mehrheit über die Verwendung sowie auf Vorschlag der Medizinischen Fakultät über die Zuteilung der Fondsmittel. Aufgrund des Fondsstatuts erließ der Beirat auch Richtlinien für die im Verantwortungsbereich des Vorstandes der jeweiligen Klinik bzw des Instituts gelegene Gebarung und Administration der Sondereinnahmen.

- 16.2 Da die Fondsmittel als Ambulanzgebühren des AKH–Wien Einnahmen der Gemeinde Wien darstellten, vertrat der RH die Ansicht, daß die Überantwortung der Entscheidung über die Verwendung der Fondsmittel an den Beirat des Fonds auf die Budgethoheit des Wiener Gemeinderates nicht Bedacht nahm.

Darüber hinaus erachtete der RH die Abhängigkeit der Fondszuweisungen von den an den einzelnen Kliniken und Instituten erzielten Ambulanz-einnahmen als unzweckmäßig und unwirtschaftlich, weil sie Anreize für die Ausweitung des ohnedies nicht kostendeckenden Ambulanzbetriebes der Kliniken und Institute schuf.

Der RH empfahl, den Fonds aufzulösen und die Fondsmittel dem ordentlichen Haushalt der Gemeinde Wien zuzuführen, zumal die anderen Krankenanstalten der Gemeinde Wien sowie die Universitätskliniken in Graz und Innsbruck ihren Betrieb ohne einen vergleichbaren Fonds führen.

- 16.3 *Laut Stellungnahme des BMWFK sei es der Medizinischen Fakultät der Universität Wien überaus wichtig, das Sonderentgelt aus Ambulanzgeldern weiterhin den einzelnen Kliniken zur freien betrieblichen Disposition zur Verfügung zu stellen. Der Empfehlung des RH, den Ambulanzfonds aufzulösen, ohne daß im ordentlichen Haushalt der Gemeinde Wien entsprechende Dispositionsmöglichkeiten geschaffen werden, könne es daher nicht beitreten.*

*Die Stadt Wien teilte die Auffassung des RH, daß die Ambulanzgebühren Einnahmen der Gemeinde Wien darstellen. Allerdings sei die Budgethoheit des Wiener Gemeinderates gewahrt, weil der Fonds über keine eigene Rechtspersönlichkeit verfüge und seine Geschäftsstelle Teil der Verwaltungsdirektion des AKH–Wien sei. Wievohl vor allem die Rücklagefähigkeit der Ambulanz-einnahmen von besonderem Vorteil sei, teile sie die Ansicht des RH, daß der Fonds die Ausweitung des nicht kostendeckenden Ambulanzbetriebes fördere. Die Gemeinde Wien stelle in Aussicht, diese Bindung aufzugeben sowie Entscheidungen über die Mittelverwendung der kollegialen Führung des AKH–Wien zu übernehmen.*

Dienst- und  
Werkverträge

16.4 Der RH entgegnete der Stadt Wien, daß die Überantwortung der Entscheidung über Ausgaben von Mitteln der Gemeinde Wien an den Fondsbeirat, in dem auch Bundesorgane vertreten sind, dem Recht des Gemeinderates zur Beschlußfassung über Ausgabenermächtigungen zuwiderliefe.

17.1 Die Klinik- bzw Institutsvorstände waren nach den Richtlinien des Ambulanzfonds und der von diesem zur Verfügung gestellten Mittel berechtigt, Dienst- und Werkverträge im Namen der Klinik bzw des Instituts schriftlich abzuschließen und aufzulösen. Ende November 1993 waren am AKH-Wien insgesamt 373 Klinikangestellte unterschiedlicher Berufsgruppen beschäftigt. Deren Entlohnung orientierte sich nur bei den jüngeren Dienstverträgen am Besoldungsrecht der Gemeinde Wien, während die Entlohnung bei den anderen Dienstverträgen im Ermessen des Klinikvorstandes lag. Teilweise waren Dienstverträge zwischen Institutsvorstand und Dienstnehmer nur mündlich abgeschlossen worden.

Für die Besetzung der Leitungsfunktionen zweier Dezernate und einer Stabsstelle wurden drei bundesbedienstete Ärzte des AKH-Wien in Aussicht genommen. Ungeachtet der Bedenken des damaligen BMWF erbrachten in der Folge die drei bundesbediensteten Ärzte Leistungen im Zusammenhang mit der Neuorganisation bzw der Übersiedlung des AKH-Wien aufgrund mündlicher Werkverträge. Den designierten Leitern wurden für medizinische Planung und Bereichscontrolling zusammen rd 4,1 Mill S aus Fondsmitteln vergütet.

Bis November 1992 erhielten am AKH-Wien tätige Bundes- und Gemeindebedienstete Prämien für die erfolgte Übersiedlung in das neue AKH-Wien aus Fondsmitteln ausbezahlt, die in den besoldungsrechtlichen Vorschriften nicht vorgesehen waren. Insgesamt wurden rd 3,7 Mill S als Übersiedlungsprämien ausbezahlt.

17.2 Der RH bemängelte, daß die 373 aus Fondsmitteln entlohten Klinikangestellten weder im Stellenplan des Bundes noch der Gemeinde Wien aufschienen. Die teilweise bei vergleichbaren Tätigkeiten erheblich von den Bezügen der Bundes- und Gemeindebediensteten abweichende Entlohnung der Klinikangestellten führte darüber hinaus zu einer Ungleichbehandlung der Mitarbeiter des AKH-Wien, die durch die in den Besoldungsrechten nicht vorgesehenen Zuwendungen noch verstärkt wurde. Weiters beanstandete der RH, daß der Abschluß mündlicher Dienstverträge mit Klinikangestellten zu erheblichen Rechtsunsicherheiten führte.

Der RH wiederholte seine bereits 1986 abgegebene Empfehlung, Klinikangestellte, die zur Aufrechterhaltung des Klinikbetriebes unbedingt erforderlich sind, in den Bundes- bzw Gemeindedienst zu übernehmen.

17.3 *Laut Stellungnahme des BMWFK habe es auf die Personalbestellung aus Fondsmitteln keinen Einfluß. Die Gemeinde Wien habe mit den Bundesbediensteten für die beiden Dezernate und die Stabsstelle keine Werkverträge, sondern verschleierte Dienstverträge abgeschlossen. Diese widersprüchen dem Dienstrecht der Bundesbediensteten, weil die von der Gemeinde Wien übertragenen Aufgaben mit den Interessen des Bundes unvereinbar seien.*

38

*Laut Stellungnahme der Stadt Wien habe das BMWFK zwar die Betrauung dieser Ärzte mit der Leitungsfunktion in Dezernaten oder Stabsstellen abgelehnt, nicht aber deren werkvertragliche Nebenbeschäftigung untersagt.*

*Die Übersiedlungsprämien seien mit November 1992 eingestellt worden.*

*Die Entlohnung von Klinikangestellten über dem Gehaltsniveau der Gemeindebediensteten betreffe aufgrund langjährig bestehender Verträge ausschließlich wenige Einzelfälle.*

## Einnahmenausfälle

Regelungen mit  
Krankenfürsorge-  
anstalten

- 18.1 Die landesgesetzlich eingerichteten Krankenfürsorgeanstalten (Träger der Krankenversicherung) sind nicht dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger eingegliedert, so daß für diese nicht die zwischen dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Stadt Wien vereinbarten (niedrigeren) Pflegegebührensätze, sondern die landesgesetzlich festgesetzten (höheren) Amtlichen Pflegegebühren maßgeblich waren.

Dessenungeachtet hat der Rechtsträger des AKH–Wien vier Krankenfürsorgeanstalten den niedrigeren Pflegegebührensatz der Sozialversicherungsträger verrechnet, während die übrigen Krankenfürsorgeanstalten die Amtliche Pflegegebühr zu leisten hatten.

Während die "Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien" für einen Pfegetag 1 437,70 S (1993) zu bezahlen hatte, mußte beispielsweise die "Krankenfürsorgeanstalt der Landeslehrer Tirol" rd 9 471 S aufwenden. Im Vergleich mit den Amtlichen Pflegegebühren wurde die "Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien" um rd 88 Mill S (1991) bzw rd 103 Mill S (1992) begünstigt.

- 18.2 Der RH beanstandete den hohen Einnahmenausfall aufgrund der gesetzlich nicht gedeckten Ermäßigungen.
- 18.3 *Das BMWFK verwies auf seine Unzuständigkeit.*

*Laut Stellungnahme der Stadt Wien sollten die Krankenfürsorgeanstalten nicht anders behandelt werden als die im Hauptverband zusammengeschlossenen Sozialversicherungsträger, zumal sie dieselben Aufgaben erfüllten.*

- 18.4 Der RH entgegnete der Stadt Wien, die unterschiedliche Behandlung der einzelnen Krankenfürsorgeanstalten sei ihm weiterhin nicht einsichtig. Angesichts der Kostenbeteiligung des Bundes am AKH–Wien hätte allerdings auch das BMWFK auf die Vermeidung von Einnahmenausfällen hinzuwirken gehabt.

Klinische Arznei-  
mittelüberprüfung

- 19.1 Die Universitätskliniken des AKH–Wien erprobten Arzneimittel in klinischen Versuchsreihen an Patienten. Die Pharmaunternehmen hatten sich gegenüber dem Krankenhausträger zum Ersatz der durch die klinischen Prüfungen entstehenden Mehrkosten vertraglich verpflichtet.

Die im Jahre 1989 geschaffene MA 16 der Stadt Wien hat die bis dahin von der Ärztlichen Direktion des AKH-Wien erfaßten klinischen Versuche nicht weiter evident gehalten, so daß die Mehraufwendungen für rd 260 klinische Prüfungen von 1985 bis 1988 in Höhe von rd 2,6 Mill S nicht abgerechnet worden sind.

- 19.2 Der RH empfahl der Stadt Wien, die offenen Fälle mit den Pharmaunternehmen abzurechnen.
- 19.3 *Laut Mitteilung der Stadt Wien müsse sie noch klären, ob diese 260 Arzneimittelüberprüfungen tatsächlich noch nicht abgerechnet sind.*

### Leistungsverrechnung

- Organisation
- 20.1 Eine Gesamtsicht über die gemeldeten und verrechneten Leistungen war organisatorisch nicht vorgesehen, so daß die vollständige Verrechnung der erbrachten Leistungen nicht gewährleistet war.
- 20.2 Der RH empfahl, umgehend sämtliche Leistungen zu erfassen und organisatorische Vorkehrungen zur lückenlosen Abrechnung zu treffen.
- 20.3 *Das BMWFK verwies auf seine Unzuständigkeit.*

*Die Stadt Wien gab bekannt, daß sie an der Verwirklichung der Empfehlung des RH arbeite.*

- Zahlungsanschriften
- 21.1 Weder die Stadt Wien noch das BMWFK hatten eine vollständige Übersicht über die Zahlungsanschriften des AKH-Wien mit seinen Universitätskliniken und -instituten als Organisationseinheiten der Universität oder als teilrechtsfähige Einrichtungen mit eigener Rechtspersönlichkeit.

Im einzelnen war festzustellen:

(1) Das damalige BMGSK hat mit der Universitätsklinik für Radiodiagnostik einen Werkvertrag über eine Großgerätstudie abgeschlossen und das Honorar von 1,2 Mill S mangels Kenntnis des Klinikkontos auf das vom Vorstand bekanntgegebene Privatkonto überwiesen.

(2) Einige Kliniken hatten im Rahmen ihrer Teilrechtsfähigkeit ungewöhnlich viele Bankverbindungen. So hat allein die Universitätsklinik für Innere Medizin 22 Bankkonten bei einem Bankinstitut geführt.

(3) Die Verfügungsgewalt einzelner Ärzte über die Bankkonten der Universitätskliniken war so weitreichend, daß sie bei ihrem Übertritt in den Ruhestand weiter über das Konto verfügungsberechtigt blieben. Solche Konten blieben dem Rechtsträger Stadt Wien, der Universität und den jeweiligen Nachfolgern vielfach verborgen. Auf der Universitätsklinik für Kinderheilkunde war aus diesen Gründen beispielsweise mit der Pensionierung eines Arztes auch eine Verminderung der Anzahl der Bankkonten und des Geldbestandes der Klinik verbunden.



## Leistungsverrechnung

40

- 21.2 Der RH beurteilte diese Vielfalt der Bankverbindungen als zwar im Einzelinteresse der jeweils verfügungsberechtigten Ärzte gelegen, aber weder als wirtschaftlich noch als zweckmäßig. Zudem war mit der Unüberschaubarkeit der Zahlungsanschriften die Gefahr von Unregelmäßigkeiten bei der Leistungsverrechnung verbunden.

Der RH empfahl, die Anzahl der Bankverbindungen zu verringern, eine Übersicht über die verbleibenden Konten des AKH–Wien anzulegen und die Auftraggeber über die offiziellen Zahlungsanschriften zu informieren.

- 21.3 *Laut Mitteilung des BMWFK habe der Dekan der Medizinischen Fakultät alle Vorstände der Kliniken und Institute angewiesen, den Empfehlungen des RH weitestgehend nachzukommen.*

*Die Stadt Wien sah sich außerstande, die widerrechtliche Aussendung von Rechnungen bzw Honorarnoten unter Angabe privater Bankkonten von Ärzten zu verhindern.*

Doppelfunktion  
von Vorständen

- 22.1 Das von anderen Krankenhäusern mit histologischen Untersuchungen beauftragte Institut für Klinische Pathologie hat diese Untersuchungen sowohl am Institut selbst als auch im pathologisch–histologischen Zentrallabor einer Wiener Privatkrankenanstalt durchgeführt, wobei die Rechnungslegung durch das Privatkrankenhaus erfolgte. Der Vorstand des Labors der Privatkrankenanstalt war bis 1993 gleichzeitig Vorstand des Instituts für Klinische Pathologie im AKH–Wien.

Auch der Vorstand des Instituts für Blutgruppenserologie hat neben seinem Institut ein privates Labor geleitet.

- 22.2 Der RH befürchtete bei der gleichzeitigen Leitung eines klinischen Instituts und eines privaten Labors eine Konkurrenzierung des Instituts und verwies auf die Unzulässigkeit derartiger Nebenbeschäftigungen der Institutsvorstände.

- 22.3 *Das BMWFK will die Frage der Zulässigkeit von Nebenbeschäftigungen in Zukunft mehr beachten.*

Innenrevision

- 23.1 Die jeweiligen Zuständigkeiten der Innenrevision der Stadt Wien und des Bundes (BMWFK) entsprachen jenen dieser Gebietskörperschaften. Eine Koordination der Revisionsstellen des Bundes und der Stadt Wien fand nicht statt.

- 23.2 Der RH verkannte nicht, daß die Gebarungsziele von Bund (Forschung und Lehre) und Stadt Wien (medizinische Versorgung) teilweise auch mit unterschiedlichen Kontrollzielen verbunden waren, vermeinte aber, daß die Aufteilung der Revisionstätigkeit einer effizienten und umfassenden Überprüfung von Gebarungsvorgängen im AKH–Wien entgegenstand. Er empfahl daher, die Revisionstätigkeiten von Bund und Stadt Wien entsprechend zu koordinieren.

23.3 *Nach Ansicht des BMWFK wäre hierfür ein Zusammenarbeitsvertrag erforderlich.*

*Die Stadt Wien will sich mit dem BMWFK regelmäßig besprechen.*

## Sachgüterverwaltung

Sachgüterübergabe 24.1 Im Kostenrahmen des zwischen der ARGE-AKH und der VAMED 1982 geschlossenen Baubeauftragungsvertrages für den Neubau des AKH-Wien waren rd 130 Mill S für die Inbetriebnahme und Übergabe vorgesehen. Die datenmäßige Erfassung, Bewertung und Inventarisierung der Erstausrüstung des Neubaus und die datenmäßige Übergabe der inventarisierungspflichtigen Gegenstände in das Anlagenverzeichnis und in die Anstaltskostenrechnung der Stadt Wien waren zusätzlich um 38 Mill S beauftragt. Ab 1991 wurde von der Sachgüterverwaltung des AKH-Wien laufend auf die verspätete und mangelhafte Übergabe von Inventardaten und auf die dadurch entstehenden Auswirkungen hingewiesen.

Die möglichst frühzeitige Inbetriebnahme der einzelnen Funktionseinheiten hatte absoluten Vorrang, wodurch die Vollständigkeit und die Planmäßigkeit zu kurz kamen. Teilweise wurde der Patientenbetrieb aufgenommen und das Inventar verändert, bevor die Übergabebegehungen und Inventarkennzeichnungen durch die Sachgüterverwaltung stattfinden konnten. Bei der großen Anzahl an Einrichtungsgegenständen und Lagerungsmöglichkeiten (rd 120 000 Anlagen im Wert von über 12 Mrd S in rd 24 000 Räumen) war eine Suche oft aussichtslos. Aber auch die vielen, von den Nutzern verlangten Änderungen trugen dazu bei, daß es zu keiner rechtzeitigen Datenermittlung und Inventarisierung kommen konnte. Trotz aller Anstrengungen der um Ordnung bemühten, aber unter diesen Umständen personell unterbesetzten Sachgüterverwaltung des AKH-Wien ging bei der Vielzahl an Zu- und Abgängen durch Nachlieferungen, durch die unkoordinierten Veränderungswünsche der Nutzer sowie durch jahrelang mitgeschleppte Buchungsfehler der Überblick verloren. Da die Ausstattung der Räume größtenteils auch weder den planlichen Unterlagen noch den Sicherheitsvorschriften entsprach, wurden behördliche Betriebsbewilligungen nicht erteilt. Weiters hatten Übernahmeverweigerungen durch die Nutzer bzw Rückgaben zu einem Anschwellen der Lager geführt.

Auf Wunsch des AKH-Wien entwickelte die VAMED Mitte 1993 ein Konzept zur Sanierung der Inventarerfassung und schätzte im April 1994 dafür einen Zeitbedarf von 30 Monaten und Zusatzkosten von 30 Mill S.

24.2 Der RH bemängelte, daß der Baubeauftragungsvertrag für die Sachgüterübergabe keine angemessenen Fristen und Sanktionsmöglichkeiten für Fristüberschreitungen enthielt. Vor allem aber beanstandete er, daß nicht von Anfang an ausreichende Maßnahmen für einen ordnungsgemäßen und wirtschaftlichen Ablauf der Sachgüterübergabe, die Aufnahme in die Anlagenbuchhaltung und für eine ausreichende Koordination der örtlichen Veränderungen getroffen worden waren. Nach Ansicht des RH hatte der Druck, die Bauzeitverzögerungen teilweise einzuholen, und der dadurch eingeräumte absolute Vorrang für die Besiedelung, aber auch die personelle und organisatorische Überforderung im AKH-Wien und unzureichende Vertragsregelungen zu obigen Mängeln geführt. Da es in den

## Sachgüterverwaltung

42

bereits voll in Betrieb stehenden Kliniken laufend weiter zu inventarmäßigen Änderungen kam, wird es nach Ansicht des RH mehr als 30 Monate ab Auftragserteilung dauern, bis die letzte Betriebsbewilligung erteilt sein und eine ordnungsgemäße Sachgüterverwaltung bestehen wird.

### 24.3 *Das BMWFK verwies auf seine Unzuständigkeit.*

*Laut Stellungnahme der Stadt Wien hätten sich die Schwierigkeiten in der Sachgüterverwaltung insbesondere aus den häufigen und teilweise erst nach der Betriebsaufnahme erfolgten Geräteänderungen bzw den vom Klinikpersonal eigenmächtig übersiedelten Altgeräten ergeben, so daß die von der VAMED zum Übergangszeitpunkt übermittelten Datenbestände meist unvollständig und fehlerhaft gewesen wären.*

Medizintechnische  
Geräte

- 25.1 Aufgrund von Änderungs- und Ergänzungswünschen der späteren Nutzer genehmigte die ARGE-AKH allein in den Jahren 1992 und 1993 insgesamt 775 Anträge auf medizintechnische Geräte im Wert von über 5 Mrd S. Neben den Mehrkosten führten die Umplanungen zu Terminverschiebungen. Plangemäß bestellte medizintechnische Geräte waren teilweise zum Übergabezeitpunkt durch die fortschreitenden technischen Entwicklungen überholt, was abermals zu Änderungsanträgen führte.

Die Geräteanschaffungen wurden vom Bund und von der Stadt Wien als Erstausrüstung der Kliniken gemeinsam finanziert, obwohl sie vielfach bloße Austauschanschaffungen waren, die als Ersatzinvestitionen von der Stadt Wien als Rechtsträger des AKH-Wien alleine zu finanzieren gewesen wären.

- 25.2 Der RH beanstandete die unzutreffende Kostenaufteilung zwischen den Gebietskörperschaften. Zudem bemängelte er, daß teilweise medizintechnische Geräte verfrüht bestellt sowie ihre Aufstellung und Inbetriebnahme teilweise nicht endgültig geklärt worden sind. Weiters vermißte der RH bei den Änderungs- und Zusatzanträgen eine stärker bremsende Einflußnahme durch die Direktion des AKH-Wien.

- 25.3 *Laut Stellungnahme des BMWFK werde ein Vorschlag des Bundes zur Abgrenzung der Erstausrüstung von Ersatz- und Nachbeschaffung bereits verhandelt.*

*Die Stadt Wien vertrat hiezu die Ansicht, daß sich keine eindeutige Trennlinie zur Ersatzanschaffung hätte ziehen lassen. Durch Gerätetausch seien ferner keine wesentlichen Mehrkosten angefallen, weil zB überzählige Geräte teilweise bereits von anderen Wiener Krankenanstalten verwendet würden. Außerdem hätten die Bemühungen der Direktion des AKH-Wien in zahlreichen Fällen auch zu Einsparungen bei Investitionskosten geführt, zB 26 Mill S durch koordinierten Einsatz der Ultraschalltechnologien.*

- 25.4 Der RH wies die Stadt Wien darauf hin, daß sie bei der Verwendung überzähliger Geräte durch andere Wiener Krankenanstalten den Anteil der Bundesfinanzierung rückzuerstatten hätte.

## Technische Betriebsführung

### Allgemeines

26.1 Im Jahr 1988 entschloß sich die Stadt Wien, die MA 16 für die gesamte Führung des AKH-Wien einzurichten und durch entsprechende Ausbildung des Personals dafür zu sorgen, daß ab 1993/94 auch die technische Betriebsführung des Neubaus durch städtisches Personal sichergestellt werden kann. Die Ausbildung sollte ua im Wege von Personalbeistellungen in Verbindung mit einer der VAMED im Jahr 1985 übertragenen vorläufigen technischen Betreuung der fertiggestellten Teile des neuen Kernbaus erfolgen. Dieser bis ein Jahr nach Abschluß der förmlichen Übernahme des Neubaus durch die Stadt Wien laufende Vertrag ging 1987 auf zwei neu gegründete Tochtergesellschaften der VAMED, die Medizintechnische ServicegesmbH und die Gesellschaft für technische Betriebsführung GesmbH, über.

Der RH hat 1989 hinsichtlich dieser Vertragsgestaltung beanstandet, daß die vorzulegenden Budgetansätze im Detail kaum zu überprüfen sein werden. Weiters hatte er aufgezeigt, daß gewinnorientierte Unternehmen einen möglichst hohen Ertrag anstreben müssen und daß die Angemessenheit und die Notwendigkeit der verrechneten Kosten nur schwer prüfbar sein würden.

Anläßlich der nunmehrigen Gebarungüberprüfung war festzustellen:

(1) Wegen vertragswidriger Verrechnungen wurde die Zusammenarbeit mit der Medizintechnischen ServicegesmbH im Jahre 1990 beendet und eine Rückzahlung von fast 12 Mill S erreicht.

(2) Die Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten der Gesellschaft für technische Betriebsführung GesmbH waren vor allem wegen des Fehlens der notwendigen gerätebezogenen EDV-Auswertungen kaum nachvollziehbar. Auf das von der VAMED schließlich 1991/92 um 11 Mill S entwickelte Instandhaltungsinformationssystem hatte nur die im Jahre 1991 zur Betriebsführung gegründete Krankenhausmanagement- und Betriebsführungs GesmbH, nicht aber die Stadt Wien eine direkte Zugriffsmöglichkeit.

26.2 Der RH fand seine damaligen Bedenken nunmehr bestätigt.

26.3 *Das BMWFK vermeinte, daß der Bund auf die Leistungskontrolle der Stadt Wien vertrauen dürfe.*

*Die Stadt Wien vertrat die Ansicht, mit der vertraglichen Verpflichtung des Vertragspartners, die Aufgaben mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns zu erfüllen, sei automatisch auch eine für die Stadt Wien wirtschaftliche Vorgangsweise sichergestellt gewesen.*

44

Einflußmöglichkeiten der Stadt Wien 27.1 Der von der Gesellschaft für technische Betriebsführung GesmbH im Jahre 1989 für den Vollbetrieb ab 1993 angegebene Personalbedarf von 450 bis 500 Mitarbeitern lag weit über früheren Prognosen. Die Stadt Wien sah sich mangels geschulten eigenen Personals zu Verhandlungen über eine gemeinsame, privatrechtlich organisierte Betriebsführungsgesellschaft gezwungen. Dabei sollte die Durchgriffs- und Einflußmöglichkeit der Stadt Wien durch eine Mehrheitsbeteiligung der in ihrem Eigentum stehenden Wiener Holding GesmbH gewahrt werden. Der damalige Vizebürgermeister der Stadt Wien, Hans Mayr, informierte auch die ARGE-AKH über diese Absichten und betonte, daß diese Form der Betriebsführung einen weitgehend unumkehrbaren Akt darstelle.

27.2 Der RH vermerkte, daß die Übertragung der gesamten technischen Betriebsführung an einen einzigen Vertragspartner nicht im Einklang mit der noch Anfang 1990 im Wiener Landtag vertretenen Ansicht stand, keinem Monopolisten gegenüberstehen zu wollen.

27.3 *Das BMWFK verwies auf seine Unzuständigkeit.*

*Die Stadt Wien teilte mit, daß das Ziel der Personalansbildung im Vordergrund gestanden wäre, um mittel- bis langfristig alternativ eine Möglichkeit zur eigenverantwortlichen Betriebsführung zu haben, wofür sich Zugeständnisse gelobt hätten. In diesem Sinn sei die Aussage zu verstehen, keinem Monopolisten gegenüberstehen zu wollen. Trotz der Zwangssituation hätten aber vertragliche Verbesserungen erzielt werden können. Der neue Vertrag soll später nach Vorliegen von Erfahrungswerten eine Modifikation ermöglichen.*

Krankenhausmanagement- und Betriebsführung GesmbH

28.1 Im Jahre 1991 gründete die Wiener Holding GesmbH die Krankenhausmanagement- und Betriebsführungs GesmbH als Tochtergesellschaft und übertrug ihr vertraglich ("Technischer Betriebsführungsvertrag") die gesamte technische Betriebsführung auf die Dauer von zehn Jahren. Um das technische Wissen über den Neubau von den bisherigen Vertragspartnern (VAMED und Gesellschaft für technische Betriebsführung GesmbH) einzubringen, kam es zu einer Verschmelzung mit der Krankenhausmanagement- und Betriebsführung GesmbH, an der die Wiener Holding GesmbH die Kapitalmehrheit von 55 % behielt. Von 388 Mitarbeitern der technischen Direktion des AKH-Wien entschieden sich über 120 für eine Anstellung bei der Gesellschaft (bei gleichzeitiger Karenzierung als Gemeindebedienstete) und 136 — gegen eine monatliche Zulage von über 1 000 S — für eine "Abordnung" im Rahmen eines Personalbeistellungsvertrages.

Zusätzlich erhielt die Gesellschaft praktisch sämtliche Kosten der Vertragserfüllung ersetzt, und zwar teilweise nach tatsächlichem Aufwand —zB Geschäftsgemeinkosten —, teilweise durch einen Sachaufwandszuschlag bzw wurden Räume, Einrichtungen und Geräte im gewünschten Umfang kostenlos beigestellt. Finanziert wurden alle Leistungen durch monatlich angeforderte Vorauszahlungen (im Rahmen eines genehmigten Jahresbudgets) gegen nachfolgende Abrechnung.

- 28.2 Der RH vermerkte kritisch, daß zur Erzielung einer Kostengleichheit die Gesellschaft dementsprechend hätte weniger Personal benötigen dürfen. Zudem hätte die Stadt Wien versuchen sollen, auf die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung bei der Genehmigung des Jahresbudgets bzw nachträglich durch die Verrechnungskontrolle Einfluß zu nehmen.
- 28.3 *Das BMWFK verwies auf seine Unzuständigkeit.*

*In ihrer Stellungnahme wies die Stadt Wien auf eine Verringerung des Vertragspartnerpersonals im Jahr 1993 durch Synergieeffekte hin. Für die jährliche Endabrechnung der Geschäftsgemeinkosten wäre zwischenzeitlich einvernehmlich die Überprüfung durch einen Wirtschaftsprüfer vereinbart worden und für 1992 eine Gutschrift an die ARGE-AKH erfolgt. Auch bestünden Möglichkeiten, anläßlich der Budgetgenehmigung auf die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung Einfluß zu nehmen. Allerdings könnte das genehmigte Jahresbudget unter bestimmten Voraussetzungen auch überschritten werden.*

Wirtschaftlichkeit  
der technischen  
Betriebsführung

- 29.1 Die Summen der von der Stadt Wien (ohne Bundesanteil) für die technische Betriebsführung an die Vertragspartner überwiesenen und gebuchten Finanzmittel entwickelten sich wie folgt:

1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
in Mill S							
78	141	195	219	272	350	496	1 111

Im Budget für 1994 waren von der Stadt Wien rd 1,2 Mrd S für die technische Betriebsführung genehmigt.

Der Leistungsumfang war zuletzt im "Technischen Betriebsführungsvertrag" als Aufzählung von Aufgaben festgehalten, die jährlich für die Budgetgenehmigung näher zu definieren waren. Die Notwendigkeit von Leistungen mußte also bereits vor der Budgetgenehmigung beurteilt werden. Eine Verbesserung gegenüber dem vorhergehenden Vertrag war die Festlegung von Regelungen für die Prüfung der Leistungsverrechnung.

Die technische Direktion des AKH-Wien wies mehrfach darauf hin, daß diese Regelungen teilweise nicht eingehalten wurden bzw für die Sicherstellung der Wirtschaftlichkeit weiterhin nicht ausreichten, zumal sie nur über eine aus drei Mitarbeitern bestehende Prüfgruppe verfüge. Ende 1993 hielt die technische Direktion fest, daß die Bemühungen um eine vertiefte Prüfung gescheitert seien bzw nur die Formalprüfungen der Vorjahre fortgeführt würden.

- 29.2 Der RH beanstandete, daß die personelle Besetzung der technischen Direktion sowie deren Unterstützung durch die Führung des AKH-Wien nicht ausreichend war. Er regte an, die bestehende Prüfgruppe direkt dem Wiener Krankenanstaltenverbund zu unterstellen. Darüber hinaus wären Überprüfungen der Wirtschaftlichkeit von Leistungen des Vertragspartners im Vergleich mit anderen Fremdbezugsmöglichkeiten regelmäßig durchzuführen.

## Technische Betriebsführung

46

Nach Ansicht des RH wären verschiedene Aufgaben kostengünstiger vom städtischen Personal auszuführen gewesen. Auch hätten — entgegen früheren Überlegungen — die Aufgaben der Planung und des Controlling und damit die Steuerungsfunktion bei der technischen Direktion verbleiben sollen. Ferner wäre es für die Stadt Wien zweckmäßiger gewesen, sich nicht auf Budgetvorschläge zu verlassen, sondern selbst Art und Umfang der Leistungen nach den Grundsätzen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit festzulegen. Durch die weitgehende Auflösung der technischen Direktion erschien jedenfalls eine ausreichend detaillierte Prüfung der Budgetvorschläge nicht mehr gewährleistet.

### 29.3 *Das BMWFK verwies auf seine Unzuständigkeit.*

*Die Stadt Wien begründete die Übertragung der gesamten technischen Betriebsführung an eine Gesellschaft mit der Überwälzung der vollen Gewährleistung für eine ordnungsgemäße und fachgerechte Erfüllung. Der "Technische Betriebsführungsvertrag" biete die Möglichkeit, bei einer Vertragsbeendigung mit dem derzeit karencierten oder abgeordneten Personal die technische Betriebsführung wieder zu übernehmen. Die wirtschaftlichen und synergetischen Effekte könnten im ersten Jahr der Vertragserfüllung noch nicht sichtbar werden. Allerdings anerkannte die Stadt Wien, daß ein hohes Maß an Kontrolle erforderlich wäre. Die entsprechenden Voraussetzungen würden aber erst nach der Wiederbestellung eines technischen Direktors und nach einer Komplettierung der Prüfgruppe mit hochqualifizierten Technikern gegeben sein.*

Schluß-  
bemerkungen

### 30 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- (1) Zur Verbesserung des jährlichen Betriebsergebnisses wäre der Ausweitung des Krankenhausbetriebes auf krankenhaushremde Bereiche entgegenzuwirken.
- (2) Die Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sollte organisatorisch in das AKH-Wien eingegliedert werden.
- (3) Im Bereich der teilrechtsfähigen Kliniken sowie beim Abschluß von Dienstverträgen durch Klinik- und Institutsvorstände erschien dem RH eine verstärkte Kontrolle durch das BMWFK erforderlich.
- (4) Die Betriebsabläufe zwischen Organisationseinheiten im administrativen und medizinischen Bereich sollten umgehend detailliert erfaßt und betriebsorganisatorisch optimal umgesetzt werden.
- (5) Wegen des eingeschränkten Einflusses der Stadt Wien auf den Dienst des ärztlichen Personals regte der RH an, eine einheitliche Dienstgeber- und Trägerschaft anzustreben. Der RH erneuerte seine bereits 1991 ausgesprochene Empfehlung zum Abschluß eines Zusammenarbeitsvertrages, in dem auch die Betriebskosten neu zu regeln wären.
- (6) Zur Verbesserung der Personalbedarfs- und Einsatzplanung wäre ein verbindlicher, von Bund und Stadt Wien gemeinsam festgelegter Personalplan auszuarbeiten.

## Allgemeines Krankenhaus Wien

## Schlußbemerkungen

47

(7) Die Planung der von den einzelnen Kliniken und Instituten angebotenen Leistungen wäre weitestgehend zu koordinieren und umgehend durch eine effiziente Informationstechnologie für Leistungsdaten und Kosten zu unterstützen.

(8) Zur Vermeidung einer Ausweitung des nicht kostendeckenden Ambulanzbetriebes sollten der Ambulanzfonds aufgelöst und seine Mittel dem ordentlichen Haushalt der Stadt Wien zugewiesen werden.

(9) Die aufgesplitterte Verrechnung von Pflege- und Ambulanzgebühren bzw Laborleistungen wäre im Sinne einer höheren Wirtschaftlichkeit sowie zur Vermeidung der Gefahr von Unregelmäßigkeiten auf eine einzige Organisationseinheit zu konzentrieren.

(10) Die Revisionsstellen des Bundes und der Stadt Wien sollten sich zur umfassenden Überprüfung von zuständigkeitsüberschneidenden Gebahrungsbereichen koordinieren.

(11) Die Sachgüter sollten umgehend und vollständig in die Anlagenbuchhaltung aufgenommen und die fehlenden Betriebsbewilligungen möglichst rasch erteilt werden.

(12) Auf die Beschaffung von medizintechnischen Geräten wäre seitens der Direktion in einschränkender Art Einfluß zu nehmen; auch sollte den Austauschforderungen der Kliniken stärker entgegengetreten werden. Ersatzinvestitionen sind nicht mehr als Erstausstattung anzusehen.

(13) Zur besseren Kontrolle sowie zur Wahrung eines Gestaltungsfreiraumes für die technische Betriebsführung sollte die im AKH-Wien bestehende Prüfgruppe direkt dem Wiener Krankenanstaltenverbund unterstellt werden.

(14) Die Wirtschaftlichkeit der von einer eigenen Gesellschaft wahrgenommenen technischen Betriebsführung des AKH-Wien wäre regelmäßig zu überprüfen.

Wien, im Oktober 1995

Der Präsident:

Dr Franz Fiedler



