



**Der
Rechnungshof**

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe BUND 2013/7

Bericht des Rechnungshofes

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

**Systematik der Steuerung
ausgegliederter Einheiten
und Beteiligungen**

**Förderung für Kleinunterneh-
men durch Konjunkturpakete;
ERP-Kleinkreditprogramm
und Programme für die Länder
Kärnten und Vorarlberg**

**Lakeside Science &
Technology-Park GmbH**

**Kennzahlenvergleich
Volksoper Wien –
Komische Oper Berlin**

**Planungs-, Budgetierungs-
und Controlling-Tool des
Bundes; Follow-up-
Überprüfung**

**Polizei-Notruf;
Follow-up-Überprüfung**

Rechnungshof
GZ 860.145/002-181/13

Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644

Fax (00 43 1) 712 49 17

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

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

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

Redaktion und Grafik: Rechnungshof

Herausgegeben:

Wien, im August 2013



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



Bericht des Rechnungshofes

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

**Systematik der Steuerung ausgegliederter Einheiten und
Beteiligungen**

**Förderung für Kleinunternehmen durch Konjunkturpakete;
ERP--Kleinkreditprogramm und Programme für die Länder
Kärnten und Vorarlberg**

Lakeside Science & Technology-Park GmbH

**Kennzahlenvergleich Volksoper Wien – Komische
Oper Berlin**

**Planungs-, Budgetierungs- und Controlling-Tool des
Bundes; Follow-up-Überprüfung**

Polizei-Notruf; Follow-up-Überprüfung



Vorbemerkungen

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

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

Berichtsaufbau

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

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

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



Inhaltsverzeichnis**BMWF****Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Wissenschaft und Forschung**Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am
Beispiel des AKH Wien 5**BMUKK****Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Unterricht, Kunst und Kultur**Systematik der Steuerung ausgegliederter Einheiten und
Beteiligungen 219**BMWFJ
BMVIT****Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Wirtschaft, Familie und Jugend
Verkehr, Innovation und Technologie**Förderung für Kleinunternehmen durch Konjunkturpakete;
ERP-Kleinkreditprogramm und Programme für die Länder
Kärnten und Vorarlberg 311**BMVIT****Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Verkehr, Innovation und Technologie**

Lakeside Science & Technology-Park GmbH 413

BMUKK**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Unterricht, Kunst und Kultur**Kennzahlenvergleich Volksoper Wien – Komische
Oper Berlin 453**BMF****Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Finanzen**Planungs-, Budgetierungs- und Controlling-Tool des Bundes;
Follow-up-Überprüfung 487**BMI****Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Inneres**

Polizei-Notruf; Follow-up-Überprüfung 501

**R
H**



Bericht des Rechnungshofes

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





Inhalt

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	10
Glossar	13

BMWF

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Tabellen Abbildungen

**R
H**

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

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



Tabellen Abbildungen

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

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

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

Abkürzungen

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

Abkürzungen



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

Glossar

ARGE AKH

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

DIAG

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

Impact Punkte

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

Klinischer Mehraufwand

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

Kollegiale Führung

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

Glossar



Sondermittelbedienstete

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

(Teil)Unternehmung

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

Universitätsklinik

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



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

KURZFASSUNG

Einleitung und Prüfungsziel

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

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

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

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



Kurzfassung



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

Kurzfassung**Leistungsauftrag des
AKH****Problemstellung**

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

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

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

Strategische Zielvorgaben und Leistungssteuerung

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

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



Kurzfassung



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Leistungsumfang und Bettensperren

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

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

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

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

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

Kurzfassung

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

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

Balance zwischen Spitzenmedizin und Basisversorgung

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

Ambulanzen

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

Kurzfassung

Mangelnde Ausrichtung am gemeinsamen Interesse

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

Gesamteinschätzung zum Leistungsauftrag

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

Überblick über die Mittelaufbringung

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

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

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

Kurzfassung

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

Klinischer Mehraufwand

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Wirtschaftlichkeitsvergleich

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

Entwicklung der zur Verfügung stehenden Mittel

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

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

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

Kurzfassung

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

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

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

Planungs- und Berichtsprozesse

Eine rechtsträgerübergreifende Finanzplanung fehlte gänzlich. (TZ 31)

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

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

Gesamteinschätzung zu den finanziellen Rahmenbedingungen

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



Kurzfassung



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Personal

Transparenz über das eingesetzte Personal

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

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

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

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

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

Kurzfassung

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

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

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

Zusammenarbeit Pflege und Ärzte

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

Sondermittelbedienstete

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

Ausübung der Fach- und Dienstaufsicht über die Ärzte

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

Journaldienste

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

Abstimmung der Dienstzeiten und Auslastung der Mitarbeiter

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

Kurzfassung

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

Erfassung der Arbeitszeit

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

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

Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz (KA-AZG)

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

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

Nebenbeschäftigungen

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

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

Fehlzeiten durch Krankenstände

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

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

Personalbedarfsplanung

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

Kurzfassung

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

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

Kinderklinik

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

Kinderoperationszentrum

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



Kurzfassung



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Gesamteinschätzung zum Personal

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

Risikomanagement

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

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

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

Überlegungen für die zukünftige Zusammenarbeit

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

Kurzfassung

AKH und Gesund-
heitsreform

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Kenndaten zur Zusammenarbeit Bund und Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F., Wiener Krankenanstaltengesetz, LGBl. Nr. 23/1987 i.d.g.F., Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitäts-gesetz 2002 – UG), BGBl. I Nr. 120/2002 i.d.g.F.							
-------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung 2005 bis 2011 in %
--	------	------	------	------	------	------	------	--------------------------------------

AKH⁸								
tatsächliche Betten	1.909	1.919	1.870	1.838	1.810	1.871	1.829	- 4
stationäre Patienten	94.369	99.028	98.630	102.018	103.926	103.557	99.664 ⁵	6
Ambulanzfrequenzen (in 1.000)	1.816	1.849	1.854	1.805	1.809	1.799	1.738	- 4
LKF-Punkte (in Mio.)	321,8	333,8	338,2	342,3	399,5	399,0	400,5	24
Studierende (jeweils WS) ⁴	10.466	9.009	8.461	7.794	7.381	7.190	7.278	- 30
Impact Punkte	4.485	5.780	6.996	7.780	8.826	10.034	n.v.	124
Endkosten (in Mio. EUR) ⁶	899,60	912,58	940,79	992,54	994,68	1.059,65	1.105,70	23
Mitarbeiter (in VBÄ) ⁷	8.928	8.870	8.837	8.911	8.955	8.990	9.304	4

Teilunternehmung AKH der Stadt Wien⁸

	in Mio. EUR							
Betriebsleistung ¹	765,95	758,78	782,47	848,38	813,41	882,01	927,82	21
davon klinischer Mehraufwand	47,27	43,64	40,00	38,73	36,36	34,92	34,23	- 28
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT)	- 11,21	- 36,22	- 33,16	0,62	- 70,64	- 4,13	- 3,74	
Jahresgewinn/-verlust	- 0,52	6,98	- 29,26	18,25	- 18,03	14,16	- 3,42	
	Anzahl							
Mitarbeiter (in VBÄ) ⁷	6.059	6.003	5.958	5.929	5.941	5.774	5.798	- 4

Medizinische Universität Wien⁸

	in Mio. EUR							
Betriebsleistung ²	390,78	370,40	395,47	406,77	425,06	451,5	448,41	15
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT)	2,85	- 4,10	0,81	0,85	0,00	0,36	- 8,43	
Jahresgewinn/-verlust	0,10	- 0,03	0,53	0,51	- 0,17	0,16	- 8,51	
	Anzahl							
Mitarbeiter (in VBÄ) ³	4.059	4.138	4.206	4.234	4.225	4.235	4.249	5

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

² Umsatzerlöse, Bestandsveränderung und sonstige betriebliche Erträge

³ durchschnittlicher Personalstand nach Rechnungsabschluss UGB

⁴ ordentliche und außerordentliche Studierende

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

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

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

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

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

Prüfungsablauf und -gegenstand

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

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

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

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

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

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

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



Prüfungsablauf und -gegenstand



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

Einleitung

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

Die folgende Tabelle zeigt einige wesentliche Entwicklungsschritte des AKH:

Tabelle 1: Wesentliche Entwicklungsschritte des AKH

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

Anmerkung: wesentliche Ereignisse im Zusammenhang mit dem klinischen Mehraufwand

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

Quellen: Teilunternehmung AKH der Stadt Wien; RH

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

Einleitung

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

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

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

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

Notwendigkeit der Zusammenarbeit

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

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



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

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

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

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

² § 29 Abs. 5 UG

³ § 29 Abs. 3 UG

⁴ § 29 Abs. 4 UG

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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

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

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

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



Rechtliche Rahmenbedingungen der
Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

Bisherige Bemühungen um eine optimierte Zusammenarbeit

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

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

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

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

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

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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



Rechtliche Rahmenbedingungen der
Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

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

Rechtliche Rahmenbedingungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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

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

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



Rechtliche Rahmenbedingungen der
Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

Bestehende
Regelungen

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

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



Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige
Regelungen der Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

Quelle: Teilunternehmung AKH

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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

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



Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige
Regelungen der Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

¹⁵ § 6 Abs. 4 KAKuG

¹⁶ § 5b Abs. 4 KAKuG

¹⁷ § 19a Abs. 3 Z 4 KAKuG

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

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

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

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

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

Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben

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

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

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

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

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



Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige
Regelungen der Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

chen Rahmenbedingungen langfristig sicherstellen und enthielt insbesondere die folgenden Regelungen:

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

Wesentliche Elemente der Betriebsführung fehlten:

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

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

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

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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

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

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

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



Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige
Regelungen der Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Rahmenbedingungen
für weitere Verhand-
lungen

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

(2) Die Teilunternehmung AKH besaß keine eigene Rechtspersönlichkeit.

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

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

Die Medizinische Universität Wien war dagegen als eigene Rechtsperson ausgestaltet.

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

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

a) Die Direktion der Teilunternehmung AKH war als Dienststelle des Magistrats in ihre Verwaltungsorganisation eingebunden:

- Der Gemeinderat war z.B. für die Genehmigung des jährlichen Wirtschaftsplans und des Dienstpostenplans zuständig.
- Dem Magistratsdirektor oblag grundsätzlich die Leitung des inneren Dienstes, soweit er seine Aufgaben nicht delegiert hatte.

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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

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

²¹ Punkt 10.2.1 der Geschäftseinteilung der Unternehmung KAV

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

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

²⁴ § 13 Abs. 1 UG

²⁵ § 29 Abs. 8 UG

²⁶ § 33 UG



Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige
Regelungen der Zusammenarbeit



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

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

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

Quelle: RH

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

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

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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

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

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



Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige
Regelungen der Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Die Empfehlung des RH werde somit umgesetzt.

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

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

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

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

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige Regelungen der Zusammenarbeit

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

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

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

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

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



Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gültige
Regelungen der Zusammenarbeit



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

Leistungsauftrag AKH

Problemstellung

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH

Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

Strategische Zielvorgaben

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH

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

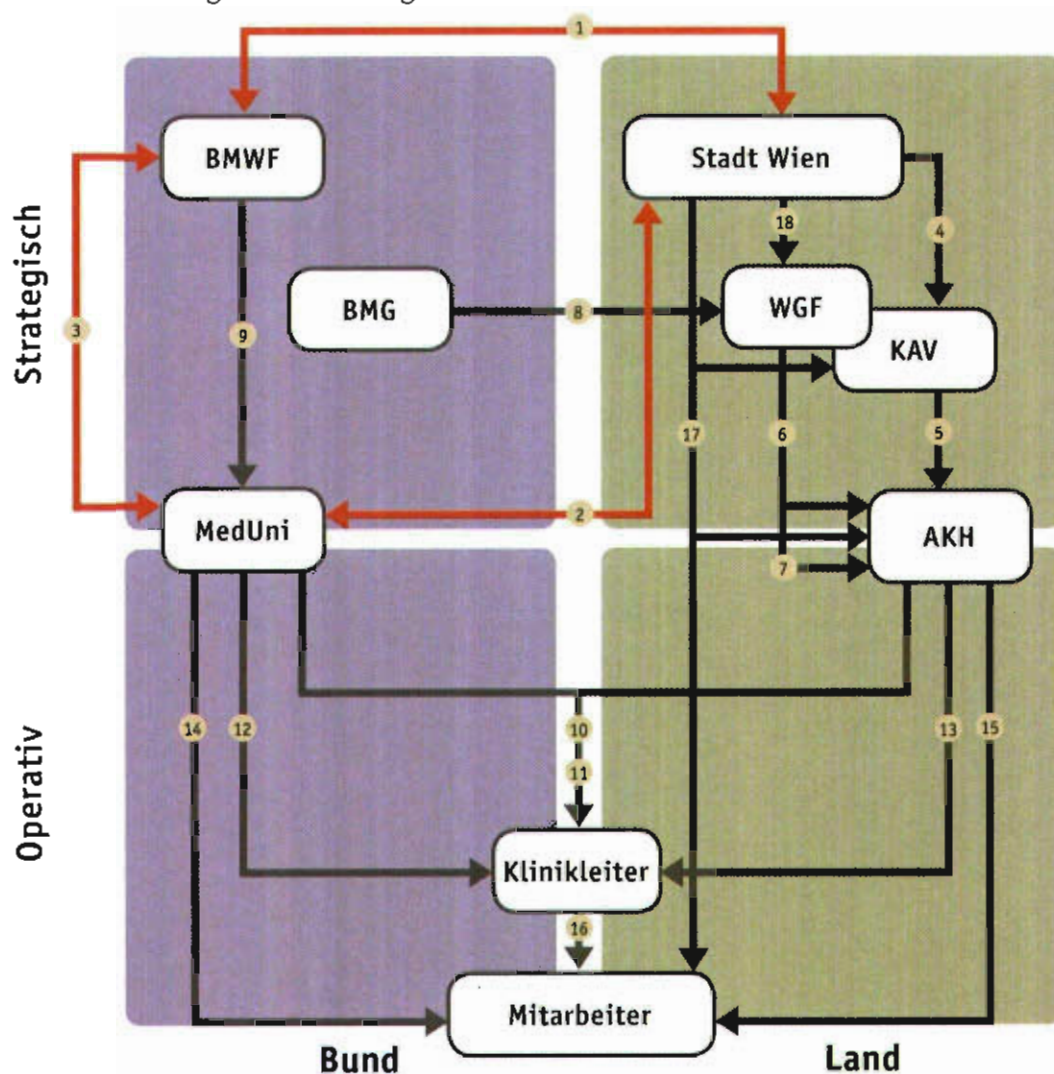
mentarium zur Berücksichtigung der laufenden Entwicklung geschaffen werden sollte.

Leistungssteuerung

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

Leistungsauftrag AKH

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



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

Quelle: RH



Leistungsauftrag AKH

Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Die strategischen Zielvorgaben erfolgten getrennt:

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

Auch auf operativer Ebene waren wichtige Prozesse getrennt geführt:

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

In zwei Bereichen gab es abgestimmte Prozesse:

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH

BMWf

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Tabelle 4: Abstimmungslücken in leistungsbezogenen Steuerungs- und Planungsprozessen

	strategisch	operativ
zeitlich	– Leistungsvereinbarung BMWf mit Medizinischer Universität Wien und – Budgetverhandlungen sowie Gesundheitsplanung der Stadt Wien fanden für verschiedene Zeiträume und zu verschiedenen Zeitpunkten statt.	– Die Zielvereinbarungen zwischen Rektor und Klinikleiter sowie – jene zwischen ärztlichem Direktor und Klinikleitern fanden zu verschiedenen Zeitpunkten und für verschiedene Zeiträume statt.
personell	– Die Medizinische Universität Wien war in die Gesundheitsplanung der Stadt Wien nicht einbezogen. – Die Stadt Wien war in die Erstellung der Leistungsvereinbarung der Medizinischen Universität Wien nicht einbezogen.	– Rektor und ärztlicher Direktor führten Gespräche mit Klinikleitern getrennt und ohne vorherige Abstimmung. – Die Medizinische Universität Wien war nicht in die Entscheidungen des WGF zu Investitionszuschüssen oder Abrechnungsvorgaben eingebunden.
inhaltlich	– Die Stadt Wien legte Bettenobergrenzen (RSG) und Budgets fest. – Die Leistungsvereinbarung der Medizinischen Universität Wien legte Forschungs- und Lehrziele fest.	– Die Zielvereinbarungen der Medizinischen Universität Wien konzentrierten sich auf Impact Punkte und Drittmittel, – jene der Stadt Wien auf Sachmittelaufwand und verrechnete LKF-Punkte.

Quellen: Teilunternehmung AKH; RH

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

Umfang der Leistungen – Auslastung der Strukturen

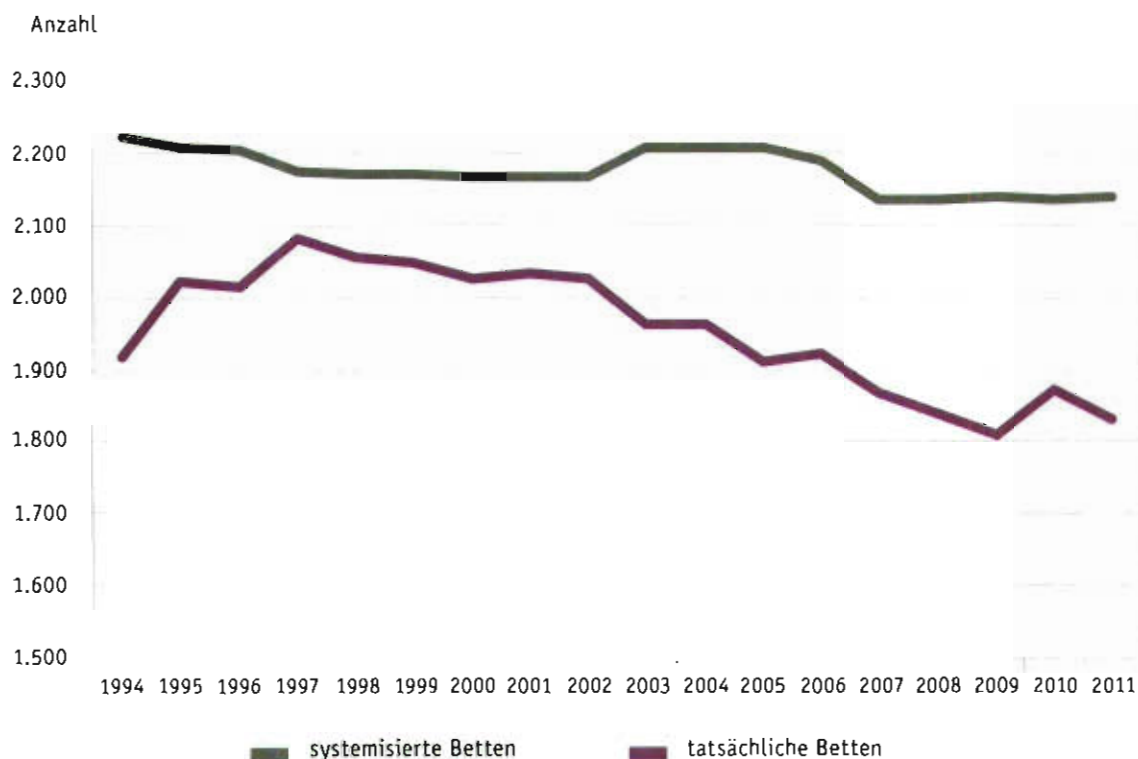
Umfang und Gründe der Bettensperren

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

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

Leistungsauftrag AKH

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



Quellen: DIAG; RH

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

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



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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

Maßnahmen gegen die Bettensperren

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

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



Leistungsauftrag AKH


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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

Nach Ansicht des RH waren dafür wesentliche Vorbereitungsarbeiten erforderlich:

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

Struktur der Bettensperren

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

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH

Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

Sonderklasse

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

Tabelle 5: Sonderklasse – Erlöse im AKH 2011	
Erlösart	Erlöse 2011 in EUR¹
Anstaltsgebühren für Verpflegung und Ausstattung	10.645.405
Einzelzimmerzuschlag	325.455
Privatversicherung-Pauschalbetrag ²	862.130
Hausanteile aus Ärztehonoraren	1.932.400
Gesamtsumme	13.765.389
Belagstage Sonderklasse 2011	38.695
Erlös/Belagstag Sonderklasse	356

¹ Rundungsdifferenzen möglich

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

Quelle: Teilunternehmung AKH

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

⁵² § 26 i.V.m. § 32 Wr. KAG

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

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



Leistungsauftrag AKH

Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**Tabelle 6: Zusatzkosten für Sonderklasse je Belagstag**

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

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

Quellen: Teilunternehmung AKH; RH

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

Balance zwischen
Spitzenmedizin und
Basisversorgung

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH

BMWf

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

Tabelle 7: Entwicklung von Leistungsparametern im AKH

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

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

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

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

⁴ ordentliche und außerordentliche Studierende

⁵ im Vergleich 2010 zu 2005

⁶ im Vergleich 2011 zu 2006

Quellen: DIAG; Medizinische Universität Wien

⁵⁸ Die Bandbreite lag zwischen 14 % und 28 %.

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH

Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien**Tabelle 8: Entwicklung der Mittel der Medizinischen Universität Wien 2005 bis 2011
in Mio. EUR nach Bereichen**

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

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

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

Quelle: Medizinische Universität Wien

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

Elemente eines
präziseren Leistungs-
auftrags

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

Quelle: ÖBIG

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

Eine einvernehmliche Priorisierung erfolgte nicht.

(4) Zuordnung von Einzelleistungen zum AKH:

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

(5) Überregionaler Versorgungsauftrag:

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

Auswirkungen wien-weiter Änderungen auf das AKH

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH

Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

Ambulanzen

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

- Aus Sicht der Medizinischen Universität Wien waren die allgemeinen Ambulanzen wenig forschungsrelevant. Die Inanspruchnahme der Ambulanzen sollte daher auf Fälle beschränkt werden, die klare Notfälle darstellten oder die spezifische Kompetenzen des AKH erforderten.
- Demgegenüber stellte der ärztliche Direktor im Auftrag des Generaldirektors des KAV mit Schreiben vom 15. Oktober 2010 klar, dass jeder Patient, der eine Behandlung benötigte oder wünschte, „zu administrieren und von einem dazu qualifizierten Arzt zu untersuchen“ war.

(2) Die gesetzlichen Vorgaben waren nicht eindeutig. Laut § 42 des Wiener Krankenanstaltengesetzes (Wr. KAG) waren Personen ambulant zu untersuchen oder zu behandeln:⁷³

- zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- wenn eine Behandlung im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt fortgesetzt werden musste,

⁷³ weiters für Fortpflanzungsmedizin, Organspenden und Blutspenden

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

⁷⁵ BGBl. I Nr. 105/2008

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