

**Unabhängig. Objektiv. Wirksam.**

Dampfschiffstraße 2  
A-1033 Wien  
Postfach 240

Tel. +43 (1) 711 71 - 0  
Fax +43 (1) 712 94 25  
office@rechnungshof.gv.at

## RECHNUNGSHOFBERICHT

VORLAGE VOM 1. JULI 2015

**REIHE BUND 2015/9**

ÄRZTEAUSBILDUNG

GEWÄHRUNG VON AUSGLEICHSZULAGEN IN DER  
PENSIONSVERSICHERUNG

AUSGEWÄHLTE STIFTUNGEN BEI DER ÖSTERREICHISCHEN  
AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN

## INHALTSVERZEICHNIS

### Ärzteausbildung

Prüfungsziel .....	6
Ausgangslage und Umfeld .....	6
<i>Ausgestaltung der Ärzteausbildung .....</i>	<i>6</i>
<i>Ärzteausbildung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU .....</i>	<i>7</i>
<i>ÄrztInnennachwuchs – Studierende der Humanmedizin .....</i>	<i>9</i>
<i>Berufsweg nach dem Studium bzw. der Turnusausbildung.....</i>	<i>9</i>
<i>Vergleiche mit Deutschland und der Schweiz.....</i>	<i>10</i>
Organisatorische Rahmenbedingungen der Ärzteausbildung .....	10
<i>Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen.....</i>	<i>10</i>
<i>Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten .....</i>	<i>11</i>
<i>Ausbildungsverantwortung – Allgemeines.....</i>	<i>12</i>
<i>Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger .....</i>	<i>13</i>
<i>Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters .....</i>	<i>14</i>
<i>Organisation der Ausbildung – zentrale Einrichtungen.....</i>	<i>15</i>
Ausbildungspraxis am Beispiel der Inneren Medizin .....	15
<i>Ausgangslage und Allgemeines.....</i>	<i>15</i>
<i>Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter.....</i>	<i>16</i>
<i>Ausbildungsassistenten und Mentoren .....</i>	<i>17</i>
<i>Logbuch .....</i>	<i>17</i>
<i>Ausbildungskonzept .....</i>	<i>18</i>
<i>Rotation und Ausbildungsplan .....</i>	<i>19</i>
Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen .....	21
<i>Allgemeines .....</i>	<i>21</i>
<i>Vereinbarungen gemäß § 15 GuKG.....</i>	<i>22</i>
<i>Administration der Rasterzeugnisse.....</i>	<i>24</i>
<i>Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben .....</i>	<i>24</i>
Qualitätssicherung der Ärzteausbildung.....	25
<i>Lernfortschrittskontrollen .....</i>	<i>25</i>
<i>Facharztanwesenheit .....</i>	<i>25</i>
<i>Evaluierungen durch die Träger bzw. die überprüften Krankenanstalten.....</i>	<i>26</i>
<i>Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK .....</i>	<i>26</i>



<i>Evaluierungen durch die Ärztekammer</i> .....	27
Arbeitszeiten von Turnusärzten.....	27
<i>Höchstarbeitszeiten</i> .....	27
<i>Mindestanwesenheitszeiten</i> .....	28
Entlohnung der Turnusärzte .....	28
Maßnahmen zur Korruptionsprävention .....	29
Schlussempfehlungen .....	29

## **Gewährung von Ausgleichszulagen in der Pensionsversicherung**

Prüfungsziel .....	41
Basisinformationen zur Ausgleichszulage.....	41
Probleme der Vollziehung für die Betroffenen.....	41
<i>Überblick</i> .....	41
<i>Einheitlichkeit der Vollziehung</i> .....	42
<i>Verfahrensdauer</i> .....	43
<i>Transparenz der Entscheidung</i> .....	43
Steuerung der Vollziehung durch die Verwaltung.....	44
<i>Erledigungsstatistik</i> .....	44
<i>Ressourceneinsatz für die Verwaltung der Ausgleichszulage</i> .....	44
<i>Internes Kontrollsystem (IKS)</i> .....	44
<i>Abrechnung des Aufwands und Aufsicht des Bundes</i> .....	46
<i>Geplante Verbesserungen</i> .....	47
<i>Entwicklung des Gebarungsumfangs, der Ausgleichszulagenbezieher     und der Richtsätze</i> .....	47
<i>Verhältnis zu anderen Leistungen</i> .....	48
<i>Wirkungsziele zur Ausgleichszulage (Gleichstellungsziel)</i> .....	50
<i>Unterschiede zwischen Berufsständen</i> .....	52
<i>Bezieher ausländischer Pensionen</i> .....	54
<i>Sonderkonstellationen</i> .....	55
Zusammenfassung .....	55
Schlussempfehlungen .....	57



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

Prüfungsziel .....	63
Grundlagen .....	63
Organe .....	64
Ziele .....	65
Stiftungsvermögen .....	67
Verwaltungsaufwand .....	68
Schlussempfehlungen .....	68



## ÄRZTEAUSBILDUNG

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

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

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

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

## PRÜFUNGSZIEL

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

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

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

## AUSGANGSLAGE UND UMFELD

### Ausgestaltung der Ärzteausbildung

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

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



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

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

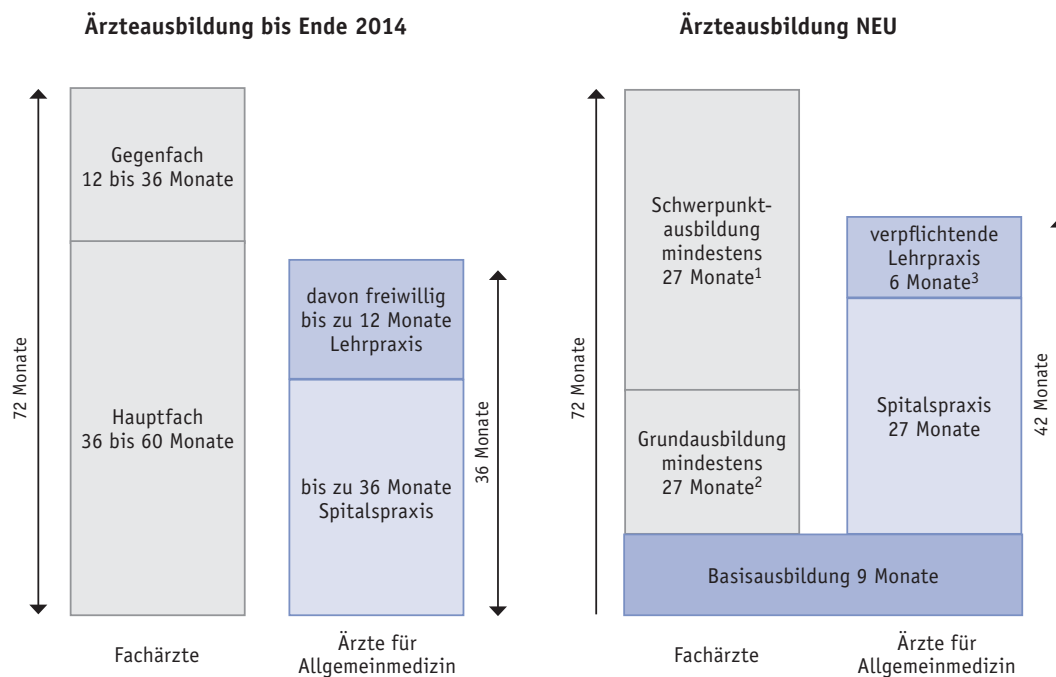
Die im Oktober 2014 beschlossene Novelle zum ÄrzteG 1998 sah eine grundsätzliche Neugestaltung der Ärzteausbildung vor; die Novelle ist am 1. Jänner 2015 bzw. teilweise am 1. Juli 2015 in Kraft getreten. Die Ärzteausbildung NEU ist für jene Personen verpflichtend, die ab 1. Juni 2015 ihre ärztliche Ausbildung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

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

#### Ärzteausbildung bis Ende 2014 und Ärzteausbildung NEU

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

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



<sup>1</sup> Ausnahme: Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

<sup>2</sup> in chirurgischen Fachgebieten mindestens 15 Monate

<sup>3</sup> nach sieben Jahren: neun Monate, nach weiteren fünf Jahren: zwölf Monate

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

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

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





### ÄrztInnenwachstum – Studierende der Humanmedizin

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

### Berufsweg nach dem Studium bzw. der Turnusausbildung

Von den Medizin-Absolventen österreichischer Medizinischer Universitäten waren lediglich zwischen rd. 71 % (Studienjahr 2011/2012) und rd. 83 % (Studienjahr 2006/2007) jemals in die Ärzteliste der ÖÄK eintragen. Im Oktober 2014 waren laut Daten der ÖÄK nur mehr zwischen 61 % der Absolventen des Studienjahrs 2010/2011 und rd. 69 % jener des Studienjahrs 2006/2007 in Österreich ärztlich tätig. Somit standen bis zu rd. 40 % der Absolventen für die ärztliche Versorgung in Österreich nicht zur Verfügung. Die durchschnittlichen Bundesausgaben je Medizin-Absolvent betrugen zwischen rd. 326.000 EUR und rd. 415.000 EUR. (TZ 5)

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

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

### Vergleiche mit Deutschland und der Schweiz

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

### ORGANISATORISCHE RAHMENBEDINGUNGEN DER ÄRZTEAUSBILDUNG

#### Ausbildungsstätten und Ausbildungsstellen

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

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

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

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



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

#### Besetzungssituation in den überprüften Krankenanstalten

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

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

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

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

Die Gesamtzahl der am AKH Wien tätigen Fachärzte stieg im Prüfungszeitraum leicht an (2011: 878,4 VZÄ; 2014: 882,9 VZÄ); demgegenüber war die Anzahl der Turnusärzte in

Facharztausbildung rückläufig (2011: 570,3 VZÄ, 2014: 543,4 VZÄ). Der Rückgang bei diesen Turnusärzten war nach Angaben der Medizinischen Universität Wien als Dienstgeberin aller am AKH Wien tätigen Ärzte auf ein Personaleinsparungsprogramm zurückzuführen. (TZ 12)

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

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

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

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

#### Ausbildungsverantwortung – Allgemeines

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



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

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

#### Ausbildungsverantwortung der Krankenanstaltenträger

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

Die Stadt Wien hatte für den Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) bzw. das AKH Wien noch keine konkreten strategischen Ausbildungsziele für Turnusärzte festgelegt. Konkreter und ausführlicher waren die Ausbildungsziele in der TILAK-Strategie formuliert. In den Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen den Krankenanstaltenträgern und den Medizinischen Universitäten waren Ausbildungsmaßnahmen vorgesehen bzw. geplant. Weder der KAV noch die TILAK hatten die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern für die Festlegung von Ausbildungszielen genutzt. In der TILAK waren allerdings solche Ziele im Zusammenhang mit der Einführung der Ärzteausbildung NEU vorgesehen. (TZ 17)

Die NÖ Landeskliniken-Holding verfügte seit 2011 über eine jährlich fortgeschriebene Zielelandkarte u.a. mit konkreten Zielen für die Ärzteausbildung, z.B. Schaffung von mehr Ausbildungsstellen oder Forcierung des Turnusärzte-Recruitings. Diese Ziele wurden gemeinsam mit den Regionalmanagern auf die verschiedenen Regionen (NÖ Mitte,

Mostviertel, Waldviertel, Weinviertel und Thermenregion) und in weiterer Folge auf die einzelnen niederösterreichischen Krankenanstalten heruntergebrochen. (TZ 17)

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

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

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

#### Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters

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

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

Während die Anstaltsordnungen des LKH Innsbruck und der überprüften niederösterreichischen Krankenanstalten die Ausbildungsverantwortung des Ärztlichen Leiters explizit vorsahen, legte das Organisationshandbuch der Ärztlichen Direktion des AKH Wien fest, dass die Ausbildung von Ärzten eine der Hauptaufgaben der Krankenanstalt sei und durch



Fachärzte der Medizinischen Universität Wien erfolge. Allerdings gab es im AKH Wien eine Richtlinie betreffend Rasterzeugnisse und seit November 2014 Bemühungen um weitere zentrale Vorgaben zur Ärzteausbildung. (TZ 20)

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

#### Organisation der Ausbildung – zentrale Einrichtungen

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

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

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

#### AUSBILDUNGSPRAXIS AM BEISPIEL DER INNEREN MEDIZIN

##### Ausgangslage und Allgemeines

Auf der Ebene der Abteilungen bzw. Kliniken überprüfte der RH die Ausbildungspraxis in den überprüften Krankenanstalten insbesondere am Beispiel des Fachbereichs Innere

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

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

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

<sup>1</sup> zum 30. Juni 2014

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

Quellen: Angaben und Homepages der überprüften Krankenanstalten

### Ausbildungsverantwortung der Abteilungs- bzw. Klinikleiter

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





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

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

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

#### Ausbildungsassistenten und Mentoren

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

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

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

#### Logbuch

Um — in Spezifizierung der Rasterzeugnisse — genau festzulegen, welche Lerninhalte in der ärztlichen Ausbildung vermittelt werden sollten, wurde in der Literatur und in der Praxis ein Logbuch als zweckmäßig erachtet. Das Logbuch soll dem Lernenden sowie dem Aus-

bildungsverantwortlichen einen Überblick über die Lernziele und Lerninhalte bzw. deren Absolvierung während der gesamten Ausbildungszeit geben. Für eine kontinuierliche Qualitätssteuerung in der ärztlichen Ausbildung war es von zentraler Bedeutung. (TZ 25)

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

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

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

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

#### Ausbildungskonzept

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

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

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

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

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

#### Rotation und Ausbildungsplan

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

Ausbildungsbeginn die zeitliche Abfolge — idealerweise — aller Ausbildungsabschnitte festlegen. (TZ 27)

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

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

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

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

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

Weder die Krankenanstalten noch die Rechtsträger bzw. die Dienstgeber der Turnusärzte verfügten über Daten betreffend die gesamte Ausbildungsdauer der einzelnen Turnusärzte. Auf Basis der von den Ärztekammern zur Verfügung gestellten sogenannten Ausbildungsraster (je Turnusarzt geführte Übersichtsblätter, auf denen vermerkt war, in welcher



Krankenanstalt der Turnusarzt wie lange welches Ausbildungsfach absolvierte) ermittelte der RH die Ausbildungsdauern beispielhaft ausgewählter Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung und von Turnusärzten in den Sonderfächern Innere Medizin, Chirurgie sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe. (TZ 29)

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

Vor dem Hintergrund der unzureichenden Datenlage war positiv, dass durch die mit der Ärzteausbildung NEU eingeführte standardisierte Ausbildungsstellenverwaltung sowohl den Turnusärzten als auch den Krankenanstalten bzw. Rechtsträgern mehr Transparenz über die Ausbildungszeiten geboten und die Datenlage insgesamt verbessert werden soll. (TZ 29)

## ZUSAMMENARBEIT ZWISCHEN DEN BERUFSGRUPPEN

### Allgemeines

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

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

Da diese Aufzählung in § 15 Abs. 5 GuKG beispielhaft war, konnten auch weitere Tätigkeiten vom mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich umfasst sein. Üblicherweise war daher der Umfang des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs für die jeweilige Kranken-

anstalt bzw. für einzelne Abteilungen zusätzlich in Vereinbarungen spezifiziert, in denen die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den diplomierten Pflegekräften geregelt war. Auch alle überprüften Krankenanstalten verfügten über solche Vereinbarungen, die allesamt zumindest die sieben in § 15 Abs. 5 GuKG ausdrücklich genannten Tätigkeiten enthielten. (TZ 30)

#### Vereinbarungen gemäß § 15 GuKG

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

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

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

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

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

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

#### AKH Wien

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

#### LKH Innsbruck

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

#### LK St. Pölten/ Lilienfeld

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

#### LK G/W/Z

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

#### Legende

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

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

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

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

### Administration der Rasterzeugnisse

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

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

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

### Erfüllbarkeit der Rasterzeugnisvorgaben

Für die Erstellung der Rasterzeugnisse griff die ÖÄK über ihre Fachgruppen auf die von ihr akkreditierten wissenschaftlichen Fachgesellschaften zurück. Diese entwickelten u.a. die in den Rasterzeugnissen für sogenannte „schneidende Fächer“ enthaltenen OP-Kataloge. Darin waren für bestimmte Eingriffe Fallzahlen vorgesehen, die der Turnusarzt zu erbringen hatte, um seine Ausbildung erfolgreich abschließen zu können. (TZ 39)

Die in den OP-Katalogen der Rasterzeugnisse enthaltenen Fallzahlen für Chirurgie (Appendektomien) sowie Frauenheilkunde und Geburtshilfe (normalen Geburten/Kaiserschnitte) wurden dem tatsächlichen Leistungsgeschehen in den überprüften Kranken-





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

## QUALITÄTSSICHERUNG DER ÄRZTEAUSBILDUNG

### Lernfortschrittskontrollen

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

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

### Facharztanwesenheit

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

verantwortlicher Facharzt nicht anwesend, sondern lediglich in Rufbereitschaft war. Allerdings hing dies immer vom entsprechenden Ausbildungsstand des jeweiligen Turnusarztes ab. (TZ 41)

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

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

#### Evaluierungen durch die Träger bzw. die überprüften Krankenanstalten

Bis auf das AKH Wien hatten alle überprüften Krankenanstaltenträger bzw. Krankenanstalten bereits Evaluierungen der Ärzteausbildung durchgeführt. Das AKH Wien plante nunmehr regelmäßige Audits zur Überprüfung der Einhaltung der Vorgaben sowie eine Evaluierung der Zufriedenheit der Turnusärzte alle zwei Jahre; nicht zufriedenstellende Ergebnisse sollten eine Maßnahmenvereinbarung zwischen dem Ausbildungsverantwortlichen und dem Ärztlichen Direktor zur Folge haben. (TZ 42)

#### Ausbildungskontrolle durch die ÖÄK

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



### Evaluierungen durch die Ärztekammer

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

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

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

### ARBEITSZEITEN VON TURNUSÄRZTEN

#### Höchstarbeitszeiten

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

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

Die Arbeitszeit-Betriebsvereinbarungen der überprüften Krankenanstalten nahmen auf die Vorgaben des zur Zeit der Gebärungsüberprüfung geltenden KA-AZG Bedacht, ohne die

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

#### Mindestanwesenheitszeiten

Das ÄrzteG 1998 sah tägliche Mindestanwesenheitszeiten zugunsten einer gleichmäßigen Verteilung der Wochendienstzeit von 35 Stunden zwischen Montag und Freitag vor. Demnach waren von den 35 Wochenstunden laut ÄrzteG 1998 jedenfalls 25 Stunden in der Zeit zwischen 8.00 Uhr und 13.00 Uhr (Kernarbeitszeit) zu absolvieren. Dadurch konnten von Turnusärzten bspw. grundsätzlich keine Wochenend- bzw. Feiertagsdienste geleistet werden, weil das Arbeitsruhegesetz im Fall eines Arbeitseinsatzes an Wochenenden und Feiertagen als Ersatz eine 36-stündige Ruhezeit vorsah, die einen ganzen Wochentag einzuschließen und darum eine Abwesenheit in der Kernarbeitszeit zur Folge hatte. Für diese Zeit war lediglich in Ausnahmefällen, wenn ein entsprechender Dienst unumgänglich war, eine Anrechnung auf die Ausbildungszeit möglich. (TZ 48)

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

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

#### ENTLOHNUNG DER TURNUSÄRZTE

Die Höhe der Turnusärztegehälter in den überprüften Krankenanstalten war intransparent und konnte nur unter Zuhilfenahme von Annahmen (Modellrechnung) vergleichbar gemacht werden. Grund dafür war insbesondere, dass den Gehältern der im AKH Wien, im LKH Innsbruck und in den niederösterreichischen Krankenanstalten tätigen Turnusärzte unterschiedliche Gehaltsschemen sowie Abgeltungen von verlängerten Diensten zugrunde



lagen; im LKH Innsbruck wurden die dort tätigen Turnusärzte in Facharztausbildung — abhängig vom Dienstgeber (Land Tirol oder Medizinische Universität Innsbruck) — unterschiedlich entlohnt. (TZ 51)

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

#### MAßNAHMEN ZUR KORRUPTIONSPRÄVENTION

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

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

**Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:**

#### **BMG**

*(1) Insbesondere gemeinsam mit dem BMFWF, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wäre standardmäßig dafür zu sorgen, dass die Anzahl der abwandernden Absolventen bzw. Turnusärzte sowie die Abwanderungsgründe erhoben und umfassend ausgewertet werden. Für eine Verbesserung der Datenlage wäre verstärkt mit ausländischen ärztlichen Interessenvertretungen (z.B. deutsche Landesärztekammern) zusammenzuarbeiten. (TZ 5, 6)*

*(2) Gemeinsam mit dem BMFWF, den Medizinischen Universitäten und der Österreichischen Ärztekammer wären regelmäßige Erhebungen zu den Gründen, warum keine postpro-*

*motionelle Ausbildung begonnen wurde bzw. zu den „Drop-out-Gründen“ von Turnusärzten durchzuführen, um gegebenenfalls zeitnah die notwendigen (Ausbildungs)Maßnahmen treffen zu können. (TZ 5)*

*(3) Hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs an Ärzten für Allgemeinmedizin wären im Interesse der nachhaltigen Versorgungssicherheit raschestmöglich konkrete Vorgaben zu erlassen und auf die Entwicklung geeigneter Kennzahlen hinzuwirken. (TZ 9)*

*(4) Unter Berücksichtigung der mit der Ärzteausbildung NEU erfolgten Änderungen wären zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Musterlogbücher (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 25)*

*(5) Zur Unterstützung der Krankenanstalten bzw. der Träger wären gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer Muster-Ausbildungskonzepte (bspw. auch unter Berücksichtigung der Empfehlungen des European Council for Accreditation of Medical Specialist Qualifications) für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu entwickeln. (TZ 26)*

*(6) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Ausbildungsplan in den rechtlichen Vorgaben genauer definiert wird. Für zukünftige Anerkennungsverfahren sollte auch das Vorliegen eines Rotationskonzepts als Anerkennungsvoraussetzung normiert werden, um einen reibungslosen Ablauf der Ausbildung sicherzustellen. (TZ 27)*

*(7) Bis zur Vornahme einer rechtlichen Definition wäre eine Klarstellung über Inhalt und Umfang des Ausbildungsplans vorzunehmen und den Trägern zur Verfügung zu stellen. Dabei sollte auch auf die Problematik der Limitierung der Ausbildungsstellen eingegangen werden. (TZ 27)*

*(8) Im Zusammenhang mit der im Zuge der Ärzteausbildung NEU eingeführten standardisierten Ausbildungsstellenverwaltung wäre gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer eine regelmäßige Berichterstattung festzulegen, um u.a. Informationen über die Entwicklung der Ausbildungsdauern zu erhalten, gegebenenfalls zeitgerecht Maßnahmen setzen und die in der Stellungnahme des RH zum Begutachtungsentwurf vorgeschlagene Evaluierung (TZ 3) durchführen zu können. (TZ 29)*

*(9) Es wäre darauf hinzuwirken, dass im Rahmen der Rasterzeugnisse den Entwicklungen bei den Appendektomien und der Geburtshilfe Rechnung getragen wird und die OP-Kataloge*



*entsprechend aktualisiert werden. Zusätzlich wären auch die Richtzahlen für andere Eingriffe vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklung und dem tatsächlichen Leistungsgeschehen zu evaluieren. (TZ 39)*

*(10) Das Verhältnis zwischen laut Ärzteausbildungsordnung zu führendem Evaluierungsgespräch und Mitarbeitergespräch wäre klarzustellen. (TZ 40)*

*(11) Es wäre raschestmöglich auf die Schaffung von Standards und Regeln für Visitationen durch die Österreichische Ärztekammer hinzuwirken, um eine regelmäßige und bundesweit einheitliche Vor- Ort-Kontrolle der Ausbildungsqualität zu gewährleisten. (TZ 43)*

*(12) Es wäre darauf hinzuwirken, dass der Umgang mit den Auswertungsergebnissen von Evaluierungen der Ärzteausbildung transparenter gestaltet wird. Die Krankenanstalten-träger und die Ärztlichen Leiter sollten über das gesamte Ergebnis verfügen, um gemeinsam mit ihren jeweiligen Abteilungsleitern bzw. Klinikvorständen Verbesserungspotenziale identifizieren und gezielt Maßnahmen setzen zu können. (TZ 44)*

*(13) Weiters wäre darauf hinzuwirken, dass vermehrt konkrete Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbildner in die Evaluierungsfragebögen aufgenommen werden. (TZ 44)*

*(14) Zur Unterstützung der Krankenanstalten(träger) und der (Medizinischen) Universitäten wären gemeinsam mit dem BMFWF und der Österreichischen Ärztekammer – nach einer Identifikation der häufigsten Korruptions-Fallkonstellationen – Vorgaben zur Korruptionsprävention bzw. Good-Practice-Beispiele (z.B. Musterformulare) zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. (TZ 52)*

**Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, AKH Wien TILAK  
- Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, LKH Innsbruck, Land  
Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding, LK St. Pölten/  
Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl**

*(15) Der Umgang mit den Ausbildungskonzepten in den Kliniken bzw. Abteilungen wäre einheitlich zu regeln sowie die Umsetzung der Vorgaben und die Aktualität der Ausbildungskonzepte regelmäßig zu überprüfen. (TZ 26)*

*(16) In Abhängigkeit von der „neuen“ Ärzteausbildungsordnung und den sich daraus ergebenden Rotationserfordernissen wären*

*- die internen Rotationskonzepte gegebenenfalls zu überarbeiten bzw. zu ergänzen,*

*- erforderlichenfalls anstaltsübergreifende Rotationskonzepte zu entwickeln und schriftliche Kooperationsverträge zu schließen. (TZ 28)*

**Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, Medizinische Universität Wien, TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Medizinische Universität Innsbruck, Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding**

*(17) Der Klarstellung des BMG entsprechend wäre nachdrücklich darauf hinzuwirken, dass die Ausbildungsverantwortlichen die Evaluierungsgespräche regelmäßig und rechtzeitig führen sowie diese auch dokumentieren. (TZ 40)*

*(18) Weiters wären Ablauf und zu behandelnde Themenbereiche der Evaluierungsgespräche (etwa in Form einer Richtlinie) einheitlich zu regeln. Zur Überprüfung der Einhaltung dieser Vorgaben wären geeignete Umsetzungs- und Kontrollmechanismen festzulegen. (TZ 40)*

**Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund, TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding**

*(19) Die nunmehr gesetzlich vorgesehenen Ausbildungspläne wären zu erstellen bzw. dafür Zuständigkeiten und Kontrollmechanismen zu definieren. (TZ 28)*

*(20) Es wären entsprechende Vorkehrungen zu treffen, um die Umsetzung der bestehenden bzw. vom RH empfohlenen zentralen Ausbildungsvorgaben (z.B. TZ 25, 26) durch die Ärztlichen Leiter sowie die Abteilungs- bzw. Klinikleiter im Interesse eines durchgängig einheitlich strukturierten Ausbildungsprozesses sicherstellen zu können. Im Fall des Allgemeines Krankenhauses der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus könnten entsprechende Schritte im Rahmen der ab 2015 geplanten gemeinsamen Betriebsführung mit der Medizinischen Universität Wien gesetzt werden. Hinsichtlich des Landeskrankenhauses - Universitätskliniken Innsbruck könnte damit bspw. die im Rahmen des Zusammenarbeitsvertrags eingerichtete Medizinische Universität Innsbruck -TILAK-Kommission beauftragt werden. (TZ 18)*

*(21) Die Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern wären zur Sicherstellung der Umsetzung der Ausbildungsvorgaben zu nutzen. (TZ 18)*

*(22) Die vom Ärztlichen Leiter wahrzunehmenden Aufgaben im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung wären ausdrücklich festzulegen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass dem*





*Ärztlichen Leiter in Zukunft bspw. aufgrund vermehrt notwendig werdender Rotationen und höherer Qualitätsvorgaben eine noch größere Bedeutung zukommen könnte. (TZ 19)*

*(23) Im Zusammenhang mit der nunmehr im novellierten ÄrzteG 1998 verankerten Möglichkeit einer abteilungsübergreifenden Tätigkeit von Turnusärzten außerhalb der Kernausbildungszeit wäre mit organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, dass der verantwortliche Facharzt bei Bedarf zumindest die Anleitung und Aufsicht im Sinne des § 3 Abs. 3 ÄrzteG 1998 auch tatsächlich ohne Verzögerung übernehmen kann. (TZ 41)*

**Stadt Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund,  
Medizinische Universität Wien**

*(24) Entsprechend der künftigen konkreten Ausgestaltung der Leitungsstruktur des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien - Medizinischer Universitätscampus im Rahmen der gemeinsamen Betriebsführung wäre die Ärzteausbildung in Zielvereinbarungen mit der Ärztlichen Leitung vorzusehen. (TZ 17)*

**AKH Wien, Medizinische Universität Wien, TILAK -  
Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, LKH  
Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck,  
Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding**

*(25) Nach Durchführung einer umfassenden Korruptionsrisikoanalyse wären die (geplante) Überarbeitung und Ergänzung der Richtlinien/Vorgaben zur Korruptionsprävention im Sinne der geltenden Rechtslage sowie ihre laufende Aktualisierung vorzunehmen; im Interesse der Übersichtlichkeit sollte jeweils ein Gesamtdokument erstellt werden. (TZ 52)*

**AKH Wien, Medizinische Universität Wien, TILAK -  
Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, LKH  
Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck**

*(26) Im Zusammenhang mit den empfohlenen Korruptionspräventionsmaßnahmen (Schlussempfehlung 25) wäre Folgendes zu regeln:*

*- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Genehmigungsprozesses für alle Einladungen an Mitarbeiter, auch an Leitungsorgane (mit und ohne aktiven Beitrag, Feiern und sonstige Veranstaltungen etc.),*

- Festlegung eines transparenten und nachvollziehbar dokumentierten Verfahrens über die Abwicklung von Geldflüssen; Verbot von „Umgebungsgeschäften“ (z.B. der Refundierung der Kosten für eine Weihnachtsfeier auf ein Drittmittelkonto),
- klare Definition von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten auf den unterschiedlichen Führungsebenen (bspw. allenfalls unter Festlegung von Wertgrenzen) sowie
- Einrichtung von geeigneten Kontroll- und Informationsmechanismen, um die Einhaltung der Vorgaben sicherzustellen. (TZ 52)

**AKH Wien, TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten  
GmbH, LKH Innsbruck, NÖ Landeskliniken- Holding**

(27) Auf Basis der Musterlogbücher des BMG wären Logbücher für die Basisausbildung, die allgemeinmedizinische Ausbildung und die Facharztausbildung zu erstellen bzw. zu überarbeiten. (TZ 25)

**TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, LKH Innsbruck,  
Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding, LK St. Pölten/  
Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl**

(28) Betreffend die Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären klare Festlegungen vorzusehen. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)

(29) Es wären regelmäßige Evaluierungen der Ärzteausbildung durchzuführen und ein zweckmäßiger Umsetzungsmechanismus zu etablieren. Dabei wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen. (TZ 42)

**TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH, Land  
Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding**

(30) Entsprechend den dafür noch zu erlassenden Vorgaben bzw. zu erstellenden Kennzahlen betreffend den Bedarf an Ärzten für Allgemeinmedizin (TZ 9) wäre für eine ausreichende Zahl an Ausbildungsstellen für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung zu sorgen. (TZ 11)

**TILAK - Tiroler Landeskrankenanstalten GmbH**

(31) Eine Ausweitung der Zuständigkeiten des Ausbildungszentrums West für Gesundheitsberufe auf zusätzliche Bereiche der Facharztausbildung wäre zu prüfen. (TZ 21)

(32) Die Ärzteausbildung wäre in künftigen Zielvereinbarungen mit den Ärztlichen Leitern zu thematisieren. (TZ 17)

**Medizinische Universitäten Wien und Innsbruck, Land Niederösterreich**

(33) Die Auslastung bzw. Inanspruchnahme der Ärzte während der verlängerten Dienste wäre zu erfassen, um die Einhaltung der Vorgaben des Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetzes überwachen bzw. überprüfen zu können. (TZ 47)

**Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding,  
LK St. Pölten/ Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl**

(34) Hinsichtlich der Konsiliarausbildung wären die rechtlichen Vorgaben der Ärzteausbildung NEU entsprechend umzusetzen. (TZ 38)

**Land Niederösterreich, NÖ Landeskliniken-Holding**

(35) Im Hinblick auf die mit der Ärzteausbildung NEU verbundenen größeren Herausforderungen gerade für Turnusärzte in allgemeinmedizinischer Ausbildung (z.B. mehr Rotationen aufgrund von mehr Teilanerkennungen etc.) wären verstärkte individuelle Unterstützungs-, Koordinations- und Kontrollmaßnahmen zu setzen. (TZ 21)

(36) Etwa unter Heranziehung der bereits vorliegenden Richtlinie des Landeskrankenhauses St. Pölten/Lilienfeld wären in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU Vorgaben für alle niederösterreichischen Krankenanstalten zu erlassen. Darin sollte u.a. geregelt sein, dass Rasterzeugnisse zu archivieren und unverzüglich nach Beendigung des Ausbildungsabschnitts bzw. nach Ablauf eines Ausbildungsjahrs auszustellen sowie das Evaluierungsgespräch zu vermerken waren. (TZ 38)

(37) Für die Konsiliarausbildung wären einheitliche Vorgaben (Tätigkeits- und Aufgabenprofil, Administration der Rasterzeugnisse etc.) zu schaffen. (TZ 38)

**LKH Innsbruck, NÖ Landeskliniken- Holding**

*(38) Für die Verpflichtung der Universitätskliniken bzw. Abteilungen, Logbücher zu verwenden, wären zentrale Rahmenvorgaben vorzusehen. Diese Rahmenvorgaben sollten den Umgang mit dem Logbuch (z.B. Unterzeichnung der jeweils absolvierten Ausbildungsteile durch den Ausbildner, Archivierung von Kopien etc.) regeln, die Anweisung an die Ausbildungsverantwortlichen enthalten, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen sowie einen geeigneten Kontrollmechanismus durch die Ärztliche Direktion zur Überprüfung der Einhaltung dieser Rahmenvorgaben festlegen. Für den Fall, dass Logbücher für Turnusärzte in Facharztausbildung dezentral entwickelt werden, sollte deren Freigabe durch die Ärztliche Direktion vorgesehen werden. (TZ 25)*

**AKH Wien, LKH Innsbruck, LK St. Pölten/  
Lilienfeld, LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl**

*(39) Sowohl „Ausbildungsassistenten“ als auch Mentoren wären verstärkt einzusetzen sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich festzulegen bzw. zu aktualisieren. (TZ 24)*

*(40) Auf Basis der Musterkonzepte des BMG wären die Ausbildungskonzepte für die verschiedenen Ausbildungsphasen (Basisausbildung, allgemeinmedizinische Ausbildung, Sonderfachausbildung (Grund- und Schwerpunktausbildung)) zu erstellen bzw. den Anforderungen der Ärzteausbildung NEU anzupassen. (TZ 26)*

*(41) Es wäre eine vertiefte – zumindest stichprobenartige – Kontrolle der Rasterzeugnisse, bspw. im Hinblick auf die tatsächliche Erfüllbarkeit der Vorgaben in den Rasterzeugnissen oder die rechtlich vorgegebene Dokumentation der Evaluierungsgespräche, vorzunehmen. (TZ 38)*

**AKH Wien, LKH Innsbruck, LK St. Pölten/ Lilienfeld, LK  
Gmünd/ Waidhofen/Zwettl (Standort Waidhofen)**

*(42) Die mitverantwortliche Durchführung aller ausdrücklich in § 15 Abs. 5 GuKG genannten Tätigkeiten wäre sicherzustellen. (TZ 37)*



**AKH Wien, LK St. Pölten/ Lilienfeld, LK  
Gmünd/Waidhofen/Zwettl (Standorte Gmünd und Waidhofen)**

*(43) Mit der Rotationsplanung wären Mitarbeiter zu betrauen, die längerfristig dieser Aufgabe nachkommen können (z.B. einen Oberarzt) und selbst nicht am Rotationssystem teilnehmen. (TZ 28)*

**AKH Wien, LKH Innsbruck**

*(44) Im Hinblick auf die in der Ärzteausbildungsordnung vorgesehene jährliche Zeugnisausstellung wäre – auch unter Berücksichtigung etwaiger Änderungen im Zusammenhang mit der Ärzteausbildung NEU – eine rechtskonforme Vorgehensweise sicherzustellen. (TZ 38)*

**AKH Wien, Medizinische Universität Wien, LKH  
Innsbruck, Medizinische Universität Innsbruck**

*(45) Im Rahmen der (geplanten) institutionalisierten Zusammenarbeit wären gemeinsam strategische Ziele für die Ärzteausbildung zu erarbeiten. Als weiterer Schritt wären diese auf die operativen Ebenen herunterzubrechen. (TZ 17)*

**AKH Wien, Medizinische Universität Wien**

*(46) Vor der Hintergrund der geplanten gemeinsamen Betriebsführung wären auch gemeinsame organisatorische Maßnahmen zu prüfen, um u.a. die vom RH empfohlenen zentralen Vorgaben (z.B. TZ 25, 26) schaffen bzw. deren Umsetzung sicherstellen und die Turnusärzte in Facharztausbildung dementsprechend stärker unterstützen zu können (etwa im Rahmen der Ausbildungsplanung). (TZ 21)*

**AKH Wien**

*(47) Die im Entwurf (TZ 20) angeführten Zuständigkeiten des Ausbildungsverantwortlichen wären gegebenenfalls im Sinne der neuen Ausbildungsbestimmungen zu konkretisieren. Diese wären auch in den Zielvereinbarungen zu thematisieren. Grundlage dafür sollten u.a. auch die Evaluierungsergebnisse bzw. der daraus ableitbare Handlungsbedarf (z.B. didaktische oder führungstechnische Fortbildung des Ausbildungsverantwortlichen) sein. (TZ 23)*

*(48) Der dem RH im November 2014 vorgelegte Entwurf (TZ 20) wäre um die Freigabe der Logbücher durch die Ärztliche Direktion und die Anweisung an die Ausbildungsverantwort-*

wortlichen, das Logbuch zu kontrollieren und als Grundlage für die Ausstellung der Rasterzeugnisse heranzuziehen, zu ergänzen. (TZ 25)

(49) Die Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich wäre auf die Maßnahmen gemäß § 15 GuKG zu beschränken. (TZ 31)

(50) Da an den Kliniken für Innere Medizin II und III hinsichtlich des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs die Praxis noch nicht vollständig dem Vereinbarten entsprach, wäre die Umsetzung an diesen beiden Kliniken noch stärker voranzutreiben. (TZ 32)

(51) Da in den Vereinbarungen der Kliniken für Innere Medizin II und III für einzelne Tätigkeiten nach wie vor keine mitverantwortliche, sondern eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war und dies dem vom AKH Wien mit der Rahmenvereinbarung verfolgten Ziel, die mitverantwortlichen Vornahme aller enthalten Tätigkeiten schrittweise umzusetzen, widersprach, wäre an den beiden Kliniken auf eine mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten hinzuwirken. (TZ 32)

(52) Die Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse wäre der Ärzteausbildungsordnung entsprechend anzupassen. Weiters wäre das Datum des Evaluierungsgesprächs in den Rasterzeugnissen zu vermerken. (TZ 38)

(53) Die geplanten Evaluierungen der Ärzteausbildung wären gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien zügig umzusetzen; dabei wären auch folgende Faktoren wesentlich: Einbeziehung von Verantwortlichen und Turnusärzten in den gesamten Evaluierungsprozess, Transparenz der Ergebnisse gegenüber den Betroffenen sowie Begleitung und Kontrolle des Verbesserungsprozesses z.B. durch das Qualitätsmanagement. Weiters wären auch Fragen zu den didaktischen und führungstechnischen Kompetenzen der Ausbilder aufzunehmen. (TZ 42)

#### **LKH Innsbruck**

(54) Da mit der Absaugung der oberen Atemwege und der Vitalzeichenkontrolle zwei der in der Muster-Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich vorgesehenen Tätigkeiten dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Pflege zuzuordnen waren bzw. es sich bei vom Pflegepersonal durchzuführenden freiheitsbeschränkenden Maßnahmen nicht um diagnostische bzw. therapeutische Tätigkeiten handelte, wäre die Rahmenvereinbarung zu adaptieren. (TZ 33)



*(55) An der Universitätsklinik für Innere Medizin IV wäre für eine rasche und umfassende Umsetzung der Vereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich zu sorgen. (TZ 34)*

*(56) Da im Gegensatz zur Rahmenvereinbarung über den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich für das Injizieren von intramuskulären Medikationen an allen und für das Setzen von Magensonden an vier von sechs Kliniken nach wie vor eine ausschließliche Vornahme durch Ärzte vorgesehen war, wäre eine zukünftige mitverantwortliche Vornahme auch dieser Tätigkeiten zu prüfen. (TZ 34)*

*(57) Es wäre in Übereinstimmung mit der Ärzteausbildung NEU eine Richtlinie zur Administration der Rasterzeugnisse zu erlassen; diese sollte u.a. regeln, dass die Rasterzeugnisse regelmäßig auszustellen und die Evaluierungsgespräche zu vermerken sowie die Rasterzeugnisse zu archivieren sind. (TZ 38)*

#### **LK St. Pölten/ Lilienfeld**

*(58) Bezüglich des Injizierens von intramuskulären und intravenösen Medikationen wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. (TZ 35)*

#### **LK Gmünd/Waidhofen/Zwettl (Standorte Gmünd und Waidhofen)**

*(59) Bezüglich des Legens von Magensonden wäre für die Zukunft auch eine mitverantwortliche Vornahme dieser Tätigkeiten zu prüfen. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass dies in der Praxis nunmehr auch am Standort Gmünd teilweise erfolgte und am Standort Zwettl laut Vereinbarung schon gängige Praxis war. (TZ 36)*

## **GEWÄHRUNG VON AUSGLEICHSZULAGEN IN DER PENSIONSVERSICHERUNG**

Die Ausgleichszulage war im Jahr 2012 mit einem Gebarungsvolumen von rd. 1 Mrd. EUR die bedeutendste einkommensabhängige Geldleistung im Sozialsystem Österreichs. Trotz zahlreicher Änderungen von Rahmenbedingungen – z.B. im Familien- und Geschlechterbild, einer zunehmenden Internationalisierung und Weiterentwicklungen bei anderen Sozialleistungen wie der Bedarfsorientierten Mindestsicherung – fehlte eine Strategie über ihre künftige Weiterentwicklung.

Während zahlreiche Verfahren reibungslos vollzogen wurden, waren bei komplexeren Sachverhalten die Einheitlichkeit der Entscheidungen zwischen den Trägern, die Transparenz der Entscheidungen gegenüber der Partei und eine zeitnahe Entscheidung nicht in allen Fällen sichergestellt.

Wesentliche Elemente der Steuerung – wie z.B. eine Erledigungsstatistik und eine klare Ressourcenzuordnung – fehlten. Ein Internes Kontrollsystem im Sinne der sich entwickelnden internationalen Standards lag nicht vor, insbesondere fehlten eine Risikoorientierung und eine regelmäßige Evaluierung der Funktionsfähigkeit der Kontrollen. Eine wirksame Prüfung der Vollziehung konnten die Aufsichtsbehörden – auch aufgrund der mit einer halben Vollzeitkraft zu gering bemessenen Ressourcen – nicht sicherstellen, obwohl der Bund den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulage trug.

Die im Verhältnis zu anderen bedarfsorientierten Geldleistungen (Bedarfsorientierte Mindestsicherung, Notstandshilfe, Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz) anders ausgestalteten Regelungen – z.B. bei der Einkommensanrechnung – führten zu vermehrtem Verwaltungsaufwand und schwer nachvollziehbaren Differenzierungen.

Die wirkungsorientierte Steuerung war im Hinblick auf die unterschiedlichen Auswirkungen der Ausgleichszulage in wesentlichen Dimensionen (Geschlechterverhältnis, Berufsgruppen, Bezieher inländischer und ausländischer Pensionen) noch nicht ausreichend aussagekräftig. Die aktuelle Rechtslage wies einige Besonderheiten (z.B. bei Zusammentreffen mehrerer Leistungen, bei Heimaufenthalten, bei schwankenden Einkommen und bei der Befreiung von Rezeptgebühren im Zusammenhang mit Aufgabepauschalen für landwirtschaftliche Betriebe) auf, deren sachliche Rechtfertigung zu evaluieren wäre.





## PRÜFUNGSZIEL

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung der Einheitlichkeit, Geschwindigkeit und Transparenz der Vollziehung der Ausgleichszulage bei den Pensionsversicherungsträgern Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB), der Effizienz der Steuerung der Vollziehung und der Internen Kontrollsysteme, der Einordnung der Ausgleichszulage im System der einkommensabhängigen Sozialleistungen sowie der Wirkungen der Gewährung der Ausgleichszulage insbesondere in Relation zu den gesetzten Wirkungszielen. (TZ 1)

## BASISINFORMATIONEN ZUR AUSGLEICHSZULAGE

Die Ausgleichszulage gewährte im Rahmen der gesetzlichen Pensionsversicherung bei niedrigen Pensionen eine Zuzahlung auf einen gewissen Schwellenwert (sogenannter Ausgleichszulagenrichtsatz; im Jahr 2014 lag dieser bei 857,73 EUR monatlich). Sie war im Jahr 2012 nach Angaben des BMASK mit einem Gebarungsvolumen von rd. 1 Mrd. EUR bzw. rd. 230.000 Beziehern die bedeutendste einkommensabhängige Geldleistung im Sozialsystem Österreichs. Die durchschnittliche Ausgleichszulage betrug im Dezember 2013 rd. 295 EUR. (TZ 2)

Die PVA war für die Vollziehung bei den unselbstständig Erwerbstätigen, die SVB bei den Bauern zuständig. Eine Ausgleichszulage wurde nur auf Antrag gewährt, wobei ein Pensionsantrag auch als Antrag auf Gewährung einer Ausgleichszulage galt. (TZ 2)

Den Aufwand für die Ausgleichszulage trug zur Gänze der Bund. Im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) war seit über 50 Jahren für die Ausgleichszulage eine andere Finanzierungsregelung vorgesehen (Tragung des Aufwands durch die Länder) als in den jeweils befristeten Finanzausgleichsgesetzen (FAG) (Tragung des Aufwands durch den Bund). (TZ 2, 28)

## PROBLEME DER VOLLZIEHUNG FÜR DIE BETROFFENEN

### Überblick

Aus Sicht der Betroffenen verlief der Bezug der Ausgleichszulagen in den meisten Fällen ohne Auffälligkeiten: 61 % der Ausgleichszulagenbezieher bei der PVA und 73 % der Ausgleichszulagenbezieher bei der SVB erhielten im Prüfungszeitraum 2011 bis 2013 ihre Leistung, ohne dass eine Eingabe durch einen Sachbearbeiter in der Verwaltungsapplikation erfolgte. In zahlreichen Fällen waren jedoch komplexe Sachverhalte zu ermitteln, z.B. hinsichtlich des familiären Umfelds der Betroffenen und deren sonstigen Einkünfte. In diesen

Fällen traten Probleme hinsichtlich der einheitlichen Vollziehung, der zeitgerechten Entscheidung (Verfahrensdauer) und der ausreichenden Information der Betroffenen (Transparenz gegenüber den Parteien) auf. (TZ 2, 4)

In Einzelfällen kam es zu Problemen im Vollzug. Beispielsweise entschied der Pensionsversicherungsträger über sechs Jahre hinweg nicht endgültig über den Anspruch der Betroffenen, diese hatte somit keine Rechtssicherheit über die zustehende Leistung. Sie erhielt zwischen den Jahren 2008 und 2013 insgesamt rd. 7.300 EUR mehrere Jahre verspätet als Nachzahlung überwiesen (ohne Verzugszinsen). Die Mitteilungen bzw. Bescheide ermöglichten den Betroffenen nicht, die maßgeblichen Überlegungen, z.B. für die Verzögerung der endgültigen Entscheidung und die Leistungshöhe nachzuvollziehen. Die für PVA und SVB identen maßgeblichen Rechtsgrundlagen wurden seitens der PVA und der SVB unterschiedlich interpretiert, so dass insofern die Leistungshöhe davon abhing, welcher Pensionsversicherungsträger zuständig war. (TZ 4)

#### Einheitlichkeit der Vollziehung

Eine zwischen den Pensionsversicherungsträgern einheitliche Vollziehung war in mehreren Punkten nicht gewährleistet. (TZ 5) Dies betraf

- die Auslegung des Antragsprinzips: Die PVA war der Rechtsansicht, dass auch bei bereits laufender Ausgleichszulage nur eine Gewährung ab dem Monatsersten vor dem Antrag zu erfolgen habe. Die SVB war hingegen der Rechtsansicht, dass für den Leistungsbezieher günstige Sachverhaltsänderungen auch rückwirkend zu berücksichtigen waren; (TZ 6)
- die Berücksichtigung von Unterhaltsansprüchen: Die PVA rechnete z.B. bei getrennt lebenden oder geschiedenen Ehegatten den gebührenden Unterhalt an, die SVB lediglich den tatsächlich geleisteten; (TZ 7)
- Detailfragen der anrechenbaren Einkommen: Die PVA berücksichtigte z.B. Betriebsratsumlagen als Abzugsposten vom weiteren Einkommen, die SVB nicht; (TZ 8)
- den Wegfall der Leistung bei Auslandsaufenthalten: Auslandsaufenthalte, die in Summe 60 Tage im Kalenderjahr überschritten, führten bei der PVA ab dem 61. Tag zum Wegfall der Ausgleichszulage. Bei der SVB führte nur ein Auslandsaufenthalt, der ununterbrochen länger als zwei Monate im Kalenderjahr dauerte, zum Wegfall der Leistung. (TZ 9)

Obwohl der „Arbeitskreis Pensionsversicherung“ zur Klärung von Rechtsfragen und Problemen in der Vollziehung im Hauptverband eingerichtet war, wurden diese Punkte dort nicht erörtert. Eine systematische Überprüfung, ob die Vollziehung einheitlich war, erfolgte

weder durch den Träger noch den Hauptverband noch das BMASK. Zu beanstanden war, dass der Bund zwar den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulagen trug, aber weder ein inhaltliches Weisungsrecht zur Vollzugspraxis hatte, noch Ressourcen bereitstellte, um diese regelmäßig zu überprüfen und die erforderlichen Maßnahmen zu ergreifen. (TZ 10)

#### Verfahrensdauer

Auswertungen über die Erledigungsdauer der Ausgleichszulage waren weder bei der PVA noch der SVB verfügbar, obwohl die Ausgleichszulage ein Mindesteinkommen armutsgefährdeter Menschen sichern sollte und daher zeitnahe Entscheidungen und die regelmäßige Überprüfung der Erledigungsdauern unbedingt erforderlich wären. In den untersuchten Einzelfällen reagierten die PVA und die SVB grundsätzlich zeitnah auf die Eingaben der Parteien. Dennoch nahm die endgültige Entscheidung bei 12 % (PVA) bzw. 15 % der Fälle (SVB) mehr als sechs Monate in Anspruch. In Einzelfällen vergingen mehrere Jahre zwischen dem Antrag und der endgültigen Entscheidung. (TZ 11)

Im Falle langer Verfahrensdauern war die Gewährung vorläufiger Leistungen (Vorschüsse) vorgesehen. Die Pensionsversicherungsträger gewährten die Vorschüsse jedoch nicht in allen Fällen und setzten dieses Instrument auch ein, wenn Sachverhalte ihrer Natur nach erst im Nachhinein überprüfbar (z.B. Zinseinkünfte) oder häufige Änderungen wahrscheinlich waren (z.B. Einkünfte aus bestimmten unselbstständigen Erwerbstätigkeiten). Dies war eine wesentliche Einschränkung der Rechtssicherheit der Betroffenen und mit der verfahrensrechtlichen Vorgabe der Entscheidung binnen sechs Monaten unvereinbar. (TZ 12)

Die Höhe der vorläufigen Leistungen lag in der Regel unter der endgültigen Leistung, um Überzahlungen zu vermeiden. Ein Controlling über die Dauer und Notwendigkeit der Gewährung einer vorläufigen Leistung bzw. über die Abweichung der vorläufigen Leistung von der endgültigen Leistung war nicht eingerichtet. (TZ 12)

#### Transparenz der Entscheidung

Die Bescheide boten in vielen Fällen dem Adressaten ungenügende Information über wesentliche Elemente des Verfahrens. Die Pensionsversicherungsträger gingen zwar aufgrund vorgegebener Textbausteine ökonomisch vor, für die Betroffenen waren jedoch der konkret festgestellte Sachverhalt, die zugrunde liegende Beweiswürdigung und die rechtliche Würdigung häufig nicht nachvollziehbar. Es fehlte der Partei somit eine Grundlage, um entscheiden zu können, ob sie ein Rechtsmittel einlegen sollte. Dies wäre insbesondere auch vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Form der Erledigung gleichartiger Sachverhalte durch die beiden überprüften Pensionsversicherungsträger und die festgestellten Fehler in Einzelfällen besonders zweckmäßig. (TZ 13)

## STEUERUNG DER VOLLZIEHUNG DURCH DIE VERWALTUNG

### Erledigungsstatistik

Eine Antrags- und Erledigungsstatistik über die Gewährung der Ausgleichszulage existierte nicht, es wurden lediglich Auswertungen aus den Eingaben der Sachbearbeiter in die Verwaltungsapplikation gebildet („Fallcodes“). Die PVA wies je Ausgleichszulagenempfänger mehr als doppelt so viele Fallcodes aus wie die SVB. Nur ein Teil dieses Unterschieds war auf sachliche Gründe – wie z.B. höheren Auslandsbezug, häufigere Änderungen in den zugrunde liegenden Lebenssachverhalten (sonstige Einkommen, Familienstand) etc. – zurückzuführen. Die Fallzahl laut Zählung der Fallcodes war daher nur bedingt aussagekräftig. Dies war insbesondere deshalb zu beanstanden, weil die Fallcodes eine wichtige Grundlage sowohl für die PVA als auch für die SVB für Leistungsberichte, Personalbedarfsplanung und Prüf- und Freigabewesen bildeten. (TZ 15)

### Ressourceneinsatz für die Verwaltung der Ausgleichszulage

Da es sich bei der Ausgleichszulage um die größte einkommensabhängige Geldleistung im österreichischen Sozialsystem handelte, bestand ein erhebliches Interesse an den Kosten ihrer Vollziehung. Der Ressourceneinsatz bzw. die zur Bearbeitung und Prüfung vorgesehene Zeit waren auch wichtige Kenngrößen für die interne Steuerung der Pensionsversicherungsträger. Dennoch waren die zur Vollziehung der Ausgleichszulage eingesetzten Ressourcen bei der PVA und der SVB weder in einer Kostenstelle noch in einer Kostenträgerrechnung ersichtlich. (TZ 16)

Laut den vom RH (entsprechend der von den Trägern vorgenommenen Gewichtungen) ermittelten Kennzahlen standen für die Bearbeitung eines Falls der PVA 30 Minuten, der SVB mehr als zwei Stunden zur Verfügung; für die Prüfungen der PVA sieben Minuten, der SVB 70 Minuten. Die Zahl der je Sachbearbeiter zu betreuenden Pensionisten lag bei der PVA mehr als doppelt so hoch wie bei der SVB. Die Höhe dieser Unterschiede erforderte nach Ansicht des RH eine Überprüfung sowohl der zugrunde liegenden Rohdaten (Fallzählung und Arbeitszeitschätzung) als auch der zugrunde liegenden Aufgabendefinitionen (z.B. der Aufgaben der Prüfer). (TZ 16)

### Internes Kontrollsystem (IKS)

Die Verpflichtung zur Einführung eines Internen Kontrollsystems (IKS) bei den Sozialversicherungsträgern gab es nicht. Konzepte, wie ein IKS im Hinblick auf die Besonderheiten der Pensionsversicherungsträger (z.B. mit Rücksicht auf die Selbstverwaltung oder den bestehenden Rechtsschutz) konkret ausgestaltet sein sollte, lagen nicht vor. Auch konnte



weder die PVA noch die SVB – als Grundlage eines IKS – eine Zieldokumentation oder Risikoeinschätzung im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage vorlegen. (TZ 17, 20)

Die Aufbauorganisation der PVA und SVB war infolge der Funktionstrennung zwischen Sachbearbeitung und Prüfung sowie der Trennung der Sachentscheidung von der Verbuchung bzw. Auszahlung grundsätzlich geeignet, eine korrekte Vollziehung der Ausgleichszulage sicherzustellen. Allerdings waren weder der Vorstand noch die Kontrollversammlung in Agenden der Ausgleichszulagen eingebunden: Die Ergebnisse der internen Kontrollen (z.B. Prüfquoten, Fehlerquoten, Effektivität der Prüfungen etc.) wurden zwar innerhalb des Büros, aber nicht im Vorstand bzw. der Kontrollversammlung behandelt. Im Hinblick auf das hohe Gebarungsvolumen der Sozialversicherung (über 56 Mrd. EUR im Jahr 2014) war es auch für Sozialversicherungsträger notwendig, den Vorstand bzw. die Kontrollversammlung regelmäßig mit der Gestaltung des IKS und der Überprüfung von dessen Effektivität zu befassen. Der Vorstand hätte insbesondere die Aufgabe, bei der Definition der Organisationsziele und -risiken und der Kontrolle der Wirksamkeit des IKS strategische Vorgaben zu machen. (TZ 18)

Beide Pensionsversicherungsträger verfügten zwar über ein Prüf- und Freigabekonzept, durch das derzeitige Fehlen einer Workflow- orientierten Arbeitsbeschreibung und auswertbarer Prozessdokumentationen konnte eine Kontrolle jedoch nur durch Nachvollziehen des gesamten Entscheidungsprozesses im Einzelfall erfolgen. Die Nachvollziehbarkeit war – insbesondere für externe Überprüfungen – durch die Dokumentation in unterschiedlichen Medien (Papierakten, einem elektronischen Archivierungssystem und einer an der Zahlung orientierten Applikation) erschwert. (TZ 18, 19, 21)

Die PVA unterzog einen wesentlich höheren Anteil der Erledigungen einer Überprüfung nach dem Vier-Augen-Prinzip als die SVB: die PVA rd. 75 % der Fälle, die SVB rd. 50 % der Fälle. Die Quote der dabei festgestellten Fehler betrug bei der PVA rd. 11 %, bei der SVB rd. 22 %. Kritisch hervorzuheben war, dass die SVB trotz rund doppelt so hoher Fehlerquote nur halb so viele Fälle (nach Fallzahlen) einer Prüfung unterzog wie die PVA. Positiv war anzumerken, dass die SVB mit der Prüfung relativ weniger Fälle ein relativ hohes Gebarungsvolumen erfasste. Eine verstärkte Implementierung des Elements des betroffenen Volumens in die Automatik des Zufallsgenerators wäre daher sinnvoll. (TZ 21)

Weder die PVA noch die SVB nahm eine finanzielle Bewertung der festgestellten Fehler vor oder bewertete, ob festgestellte Fehler systemrelevant waren oder auf Einzelfälle beschränkt waren. Dies erschwerte eine inhaltliche Bewertung der Fehlerquoten. (TZ 21)

Es bestanden noch weitere Kontrollaktivitäten (z.B. zusätzliche Prüfung von Akten einzelner Mitarbeiter nach dem Ermessen der jeweiligen Vorgesetzten), diese waren jedoch nicht so

dokumentiert, dass ein schlüssiger Vergleich, bei welchem Anteil von Fällen die Träger insgesamt ein Vier-Augen-Prinzip durchführten, möglich war.

Eine Kosten-Nutzen-Rechnung der unterschiedlichen Kontrollmechanismen gab es nicht. (TZ 21)

Die Internen Revisionen der PVA und der SVB hatten zuletzt im Jahr 2006 bzw. bei der PVA erneut im Jahr 2008 eine Überprüfung der Vollziehung der Ausgleichszulagen vorgenommen und dabei bei den überprüften Fällen eine ähnlich hohe Fehlerquote wie bei nicht überprüften Fällen festgestellt (zwischen 9 % und 13 %). Diese Fehlerquoten deuteten auf Mängel der Effektivität des Prüfsystems hin. Eine klare Analyse der finanziellen Auswirkungen war nicht erfolgt. Es fehlten auch eine klare Zielsetzung (z.B. hinsichtlich Fehlerquote) bzw. Vorgaben von der Geschäftsführung (keine Befassung des Vorstands bzw. der Kontrollversammlung). (TZ 22)

Die SVB dokumentierte jährlich auftretende Mehrbezüge – Fälle, in denen sie einen zu hohen Betrag ausbezahlt hatte und eine Rückforderung nicht möglich war – in einer zusammenfassenden Liste, die auch den Vorgesetzten vorzulegen war. Die PVA verfügte über keine entsprechende Dokumentation. (TZ 22)

Gemeinsam mit dem Umstand, dass die Fallzählung unplausibel war (TZ 15) und die pro Fall eingesetzte Zeit für die Prüfung stark abwich (TZ 16), wiesen die aufgezeigten Faktoren darauf hin, dass eine grundlegende Evaluierung des Prüf- und Freigabewesens angezeigt war. Die beiden Träger setzten sich in Arbeitskreisen zum Prüf- und Freigabewesen mit der Weiterentwicklung der Prüfkonzeppte auseinander, jedoch waren bei der SVB seit 2006 bzw. bei der PVA seit 2008 keine weiteren grundsätzlichen Analysen erfolgt, bei denen eine Fehlerquote ermittelt oder die Funktionsweise des Prüf- und Freigabewesens analysiert wurde. (TZ 23)

#### Abrechnung des Aufwands und Aufsicht des Bundes

Der Bund ersetzte den Aufwand für die Gewährung der Ausgleichszulage. Der Ersatz der Ausgleichszulagen betrug im Jahr 2013 rd. 1.005,26 Mio. EUR, davon rd. 688,32 Mio. EUR an die PVA und rd. 241,99 Mio. EUR an die SVB. Das BMASK bestätigte vor der Zahlung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Dies erfolgte auf Basis von Plausibilitätsprüfungen im Zeitverlauf, jedoch ohne stichprobenartige Belegprüfung oder Einsicht in die Buchhaltung bzw. Vorsysteme. Die vorgefundene Kontrolle der Vollziehung und Abrechnung war unzureichend. (TZ 24)



Die Aufsichtsbehörde (BMAK) hatte keinen systematischen Überblick über die internen Kontrollen der Pensionsversicherungsträger (d.h. die Prüf- und Freigabekonzepte), die Grundlagen ihrer Konzeption (z.B. hinsichtlich der Risikoeinschätzung) und ihre Funktionsfähigkeit (z.B. durch Berichte der Internen Revision). Dies auch deshalb, weil wesentliche Elemente eines IKS nicht ausreichend formuliert waren und im Vorstand und der Kontrollversammlung nicht erörtert wurden. Die Entsendung von Vertretern in die Sitzungen des Vorstands und der Kontrollversammlung konnte eine Information über bzw. eine Kontrolle der internen Überwachungsmechanismen nicht leisten, weil diese dort nicht besprochen wurden. (TZ 24)

Mit einem Prüfdienst von nur 0,5 VZÄ war das BMAK auch nach eigener Einschätzung nicht dafür ausgestattet, sich selbst durch Erhebungen vor Ort ein Bild über die korrekte Vollziehung und Verrechnung der Leistungen zu machen. Dafür typische Prüfhandlungen (z.B. Belegeinsicht, Überprüfung der Vorsysteme etc.) waren mit dieser Personalausstattung nicht möglich. (TZ 24)

Angesichts der Höhe und der Entwicklung der Beträge, die der Bund an die Pensionsversicherungsträger leistete, war diese Kontrolle der Vollziehung und Abrechnung unzureichend. (TZ 24)

#### Geplante Verbesserungen

Zahlreiche Verbesserungen waren potenziell im Rahmen eines umfassenden Projekts („ZEPTA“) zur Neugestaltung der Verwaltungsapplikation der Pensionsversicherungsträger geplant. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war jedoch keiner der Punkte in einer konkreten Projektplanung direkt angesprochen. (TZ 25)

#### **Grundsatzfragen der Ausgleichszulage**

##### Entwicklung des Gebahrungsumfangs, der Ausgleichszulagenbezieher und der Richtsätze

Das Gebahrungsvolumen zur Ausgleichszulage war unter Berücksichtigung der Inflation zwischen den Jahren 1973 und 2013 um rd. 12,5 % gestiegen, obwohl die Anzahl der Bezieher einer Ausgleichszulage um rd. 40 % gesunken war. Dies war insbesondere auf die bei den Ausgleichszulagenrichtsätzen im Vergleich zu den Pensionen stärkere Steigerung zurückzuführen. (TZ 27)

Die Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher war zwar langfristig sinkend, die Entwicklung verlangsamte sich jedoch seit 1989; zwischen 1990 und 1994 sowie 2006 und 2008 war die

Anzahl sogar gestiegen. Während die Anzahl der Ausgleichszulagenbezieher in den Berufsgruppen der Bauern sowie der Arbeiter rückläufig war, stieg jene der Angestellten im gleichen Zeitraum an. Aufgrund der Verlängerung der Durchrechnungszeiträume im Rahmen der Einführung des Pensionskontos und der Zunahme von Teilzeitarbeit bzw. prekariistischen Arbeitsverhältnissen werden zunehmend auch Zeiten mit geringen Beitragszahlungen für die Pensionshöhe maßgeblich. Eine langfristige Prognose dazu existierte – entgegen einer Empfehlung des RH aus dem Jahr 2011 – nicht. (TZ 27)

Die Höhe der Ausgleichszulagenrichtsätze war seit dem Jahr 1973 wesentlich stärker gestiegen als der Verbraucherpreisindex oder die durchschnittliche jährliche Pensionsanpassung laut Anpassungsfaktor. (TZ 27)

#### Verhältnis zu anderen Leistungen

Neben der Ausgleichszulage bestanden noch weitere einkommensabhängige Leistungen zur Existenzsicherung, insbesondere die bedarfsorientierte Mindestsicherung, die Notstandshilfe, das Rehabilitationsgeld (seit dem Jahr 2014) und auch Leistungen nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957). Dieselbe Person konnte diese Leistungen hintereinander und teilweise auch gleichzeitig beziehen. Für die Vollziehung bzw. Finanzierung dieser Leistungen waren jeweils andere Stellen zuständig. Obwohl die Länder grundsätzlich Kostentragungspflicht hatten und für den Bereich des Armenwesens zuständig waren, übernahm der Bund die Kosten für die Ausgleichszulage. (TZ 28)

Die Bestimmungen über die Leistungshöhe, die Berücksichtigung von Familienleistungen und zur Anrechnung weiterer Einkünfte waren unterschiedlich. Unterschiedliche Verwaltungsbehörden (unmittelbare Bundesverwaltung, Sozialversicherungen, das Arbeitsmarktservice und die Länder) hatten teilweise den gleichen Sachverhalt (z.B. Familiensituation) bzw. zusammenhängende Sachverhalte (Einkommen in der zeitlichen Abfolge) getrennt voneinander zu erheben. Identische Sachverhalte (z.B. derselbe landwirtschaftliche Betrieb, dasselbe Wohnrecht oder dieselbe Unfallrente) wurden in den einzelnen Rechtsbereichen in unterschiedlicher Weise bewertet. Wesentliche Fragen, wie z.B. die Geltung eines Anspannungsgrundsatzes für die Arbeitskraft oder die Instrumente zur Sachverhaltserhebung, hingen nicht nur von sachlichen Kriterien (z.B. der Zumutbarkeit oder der Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen), sondern maßgeblich vom vollzogenen Rechtsbereich ab. (TZ 29 bis 34)

Rund 4.500 Personen erhielten einkommensabhängige Leistungen nach dem KOVG 1957, was im Zusammenspiel mit der Ausgleichszulage zu zusätzlichem Verwaltungsaufwand (doppelte Sachverhaltsermittlung und wechselseitige Abhängigkeiten) und sachlich nicht nachvollziehbaren Ungleichbehandlungen führte. Die Komplexität der notwendigen



Erhebungen stellte auch eine Fehlerquelle dar. Es war nicht nachvollziehbar, worin die sachliche Rechtfertigung für die dargestellten Unterschiede (z.B. bei Zinsen, der Bewertung von Wohnrechten oder der Berücksichtigung des Kirchenbeitrags) lag. (TZ 29)

Positiv war, dass die Höhe des Richtsatzes zwischen Bedarfsorientierter Mindestsicherung und Ausgleichszulage – bereinigt um die Krankenversicherung – grundsätzlich aufeinander abgestimmt war. Jedoch lief die unterschiedliche Vorgehensweise bei Sonderzahlungen sowie bei Familien und bei den Wohnkosten dieser Abstimmung zuwider: Während die Ausgleichszulage 14-mal im Jahr anfiel, stand die Bedarfsorientierte Mindestsicherung (grundsätzlich) nur 12-mal im Jahr zu; während bei der Ausgleichszulage ein Familienrichtsatz nur bei aufrechter Ehe und gemeinsamem Haushalt gebührte, reichte bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung eine Lebensgemeinschaft; im Bereich der Ausgleichszulage waren die tatsächlichen Wohnkosten irrelevant, bei der Bedarfsorientierten Mindestsicherung wurden diese teilweise berücksichtigt. (TZ 30)

Daten zu den Überschneidungen zwischen Bedarfsorientierter Mindestsicherung und Ausgleichszulagen waren nicht verfügbar. (TZ 30)

Bei der Notstandshilfe waren z.B. Unterschiede bei der Berechnung von Einkünften aus Land- und Forstwirtschaft, die Berücksichtigung von Kriegsofferleistungen oder von Unfallrenten sachlich schwer nachvollziehbar. (TZ 31)

Die Reform der befristeten Berufsunfähigkeitspension diente dem Zweck, das Pensionsantrittsalter zu erhöhen. Es war daher nicht unmittelbar einsichtig, warum es Konstellationen gab, in denen durch das Rehabilitationsgeld eine höhere Geldleistung gebührte als vor der Reform. Dies insbesondere auch deshalb, weil dabei nicht auf einen höheren Bedarf Rücksicht genommen wurde, sondern lediglich auf die Anwendung des Familienrichtsatzes bzw. auf die Anrechnung weiterer Einkommen verzichtet wurde. (TZ 32)

Der Ausgleichszulagenrichtsatz war weder mit dem Existenzminimum nach der Exekutionsordnung noch mit den Lohnsteuergrenzen abgestimmt. So kam es einerseits dazu, dass der Bund über eine existenzsichernde Sozialleistung zur Deckung der Schulden der Ausgleichszulagenbezieher beitrug, andererseits zu zirkulären Zahlungsströmen zwischen Bund und Pensionsversicherung im Bereich der Lohnsteuer. (TZ 33)

Die Behörden hatten unterschiedliche Möglichkeiten, die maßgeblichen Sachverhalte zu erheben. Für unrichtige Meldungen waren keine Sanktionen vorgesehen. (TZ 34)

Einige für die Leistung der Ausgleichszulage maßgebliche Konstellationen waren mit den Erhebungsformen der Pensionsversicherungsträger insgesamt schwer überprüfbar

(z.B. Vermögenseinkünfte, Auslandsaufenthalte, Lebensgemeinschaften). Hier wurden die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches innerhalb der Sozialversicherung und mit anderen Stellen noch nicht umfassend genutzt. (TZ 34)

#### Wirkungsziele zur Ausgleichszulage (Gleichstellungsziel)

Für das Jahr 2013 lagen nach den Vorgaben des neuen Bundeshaushaltsrechts erstmals Angaben zur Wirkungsorientierung beim Bund vor. Dies stellte eine wesentliche Neuerung dar. Von den maximal fünf verpflichtend festzulegenden Wirkungszielen sollte mindestens eines die Gleichstellung von Frauen und Männern betreffen. In der Untergliederung 22 „Pensionsversicherung“ entschied sich der Gesetzgeber für das Gleichstellungsziel, den Anteil der Frauen an den Ausgleichszulagenbeziehern zu reduzieren. Es erhielten nämlich wesentlich mehr Frauen (im Jahr 2013 154.378 Frauen, 636 Mio. EUR) eine Ausgleichszulage als Männer (74.988 Männer, 369 Mio. EUR). (TZ 36)

Die Gleichstellung von Frauen und Männern im Pensionsalter war ein strategisches Ziel im Konnex mit der Entwicklung der Pensionssysteme. Das Ziel stand daher grundsätzlich im Einklang mit den strategischen Prioritäten des Bundes. (TZ 36)

Die Unterschiede zwischen den Einkommen von Frauen und Männern waren allerdings generell bei Pensionen wesentlich höher als im Erwerbsleben. Warum nur jene Pensionisten, die Ausgleichszulage bezogen (rd. 10 % aller Pensionisten), hinsichtlich der Gleichstellung von Frauen und Männern für das Wirkungsziel herangezogen wurden, war in den Unterlagen zur Wirkungsorientierung nicht begründet. Weiters wären im Bereich der Ausgleichszulage auch andere als Gleichstellungsziele relevant gewesen, z.B. eine Klarstellung, welches Ziel die Ausgleichszulage letztlich verfolgte, im Hinblick auf die Entwicklung der Richtsätze im Vergleich zur Kaufkraftentwicklung, die Einordnung in das sich verändernde System anderer einkommensabhängiger Leistungen, die Treffsicherheit etwa im Vergleich verschiedener Berufsgruppen oder hinsichtlich der Einheitlichkeit und Steuerung der Vollziehung. Auch diesbezüglich war eine Begründung aus den vom BMASK übermittelten Unterlagen nicht ersichtlich. (TZ 36)

Die Formulierung des Wirkungsziels war nicht ausreichend präzise: Das Wirkungsziel beabsichtigte, dass Frauen aufgrund einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage keine Ausgleichszulage mehr benötigten und daher auch keine in Anspruch nahmen. Die Formulierung des Ziels bezog sich jedoch nur auf den Bezug und nicht auf den Bedarf. (TZ 36)

Die wirkungsorientierte Steuerung gerade im Zusammenhang mit dem Thema Ausgleichszulage war jedenfalls zu begrüßen. Eine Messung der Wirkungen des staatlichen Handelns in

diesem Bereich war mehrfach entscheidend, z.B. im Hinblick auf die Effektivität und Treffsicherheit der Leistungen, die Abschätzung der Auswirkung von Gesetzesänderungen, die Abschätzung der Auswirkung von Änderungen in den tatsächlichen Lebensumständen. (TZ 36)

Als Maßnahmen waren einerseits die verstärkte Rehabilitation von Frauen vorgesehen, was den Pensionsantrittszeitpunkt hinausschieben und dadurch die Pensionshöhe steigern sollte, andererseits die Durchführung vertiefter Analysen zur Ableitung gezielter Maßnahmen. Die Ursachen für die erhöhte Inanspruchnahme der Ausgleichszulage waren jedoch vielfältig (z.B. geringerer Arbeitsverdienst, weniger Pensionsversicherungszeiten, Kinderbetreuung etc.) und überwiegend nur langfristig zu beeinflussen. Eine Darlegung bzw. Analyse des Wirkungsgefüges der einzelnen Faktoren, die zur Erreichung des Wirkungsziels beitragen würden, fehlte jedoch. Ohne eine solche Analyse war die Kohärenz zwischen den geplanten Maßnahmen und den Wirkungszielen problematisch. (TZ 37)

Der Indikator zur Erfolgsmessung war die absolute Anzahl der Frauen, die Ausgleichszulage bezogen, sowie deren Anteil. Der ausgewählte Indikator wies wesentliche Schwächen auf. Der Anteil der wirtschaftlich auf Ausgleichszulage angewiesenen Frauen war noch wesentlich höher als vom Indikator umfasst wurde. Bei diesem waren nämlich jene Frauen nicht berücksichtigt, die im Rahmen einer Ehe von Ausgleichszulage-Leistungen profitierten, die an den Ehemann ausbezahlt wurden. In den Familien erhielt nur ein geringer Anteil von Frauen die Auszahlungen der Ausgleichszulage, obwohl die entsprechende rechtliche Regelung für die Bedarfsorientierte Mindestsicherung aus dem Jahr 2010 eine anteilige Auszahlung an beide Ehepartner vorsah. (TZ 38)

Ein Teil des geschlechterspezifischen Unterschieds war eindeutig in der unterschiedlichen Lebenserwartung von Frauen und Männern begründet. Insofern war eine nach Trägern differenzierte und altersbereinigte Betrachtung angezeigt. (TZ 38)

Da die Zielwerte eine bereits vorher bestehende Entwicklung fortschrieben, fehlte weiters eine Analyse, welcher Teil der Entwicklung ohne Maßnahmen und welcher Teil aufgrund der Maßnahmen erwartet wurde. Offen war auch, wie in der Messung der Kennzahl damit umzugehen war, dass zeitlich befristete berufsunfähige Personen ab dem Jahr 2014 keine Pension (und somit auch keine Ausgleichszulage), sondern Rehabilitationsgeld bezogen. Würden sie aus der Statistik fallen, so wären die Zahlen kaum mit den Vorjahren vergleichbar. (TZ 38)

Das BMASK gab an, dass die Angaben zur Wirkungsorientierung im Rahmen einer Sitzung der Abteilungsleiter relativ informell erarbeitet wurden. Ein ausführlicherer Prozess hätte zur Qualität dieser Angaben beigetragen. Dies betraf nicht nur die Konzipierung der Angaben

zur Wirkungsorientierung (Ziele, Maßnahmen, Indikatoren, Zielwerte), sondern auch die Analyse des Wirkungsgefüges im Vergleich zu Wirkungszielen anderer Untergliederungen und die Ergebnisse der Evaluierung. Es wäre zweckmäßig, eine bereits absehbare Zielverfehlung 2014 (z.B. aufgrund der nicht erfolgten Beschlussfassung über das Sozialrechtsänderungsgesetz 2014 (SRÄG 2014)) in die Evaluierung des Jahres 2013 aufzunehmen, um eine zeitnahe Reaktion zu ermöglichen. Die Evaluierung der Zielerreichung 2013 reflektierte jedoch diesen Umstand nicht. (TZ 39)

Die Verfügbarkeit von Daten, um den Bedarf nach Ausgleichszulage und deren Wirkung beurteilen zu können, war eine wesentliche Voraussetzung für eine wirkungsorientierte Steuerung. Die Pensionsversicherungsträger erhoben und speicherten grundsätzlich Daten umfassend (rd. 2.500 Datenrelationen), allerdings werteten sie diese nicht systematisch aus. Die vorgefundene Beschränkung auf bestimmte, in den statistischen Weisungen des BMASK vorgesehene Auswertungen war angesichts der rd. 2.500 gespeicherten Datenrelationen und der Komplexität der unterschiedlichen Lebenssachverhalte nicht zweckmäßig; ein enger Dialog zwischen den Stellen, die am nächsten bei der Datenerfassung waren, und jenen Stellen, die mit der Festlegung der Angaben zur Wirkungsorientierung und entsprechenden Analysen betraut waren, war unabdingbar. Je nach den auftretenden statistischen Auffälligkeiten der Inanspruchnahme konnten unterschiedliche Ursachenanalysen erforderlich sein. (TZ 40)

#### Unterschiede zwischen Berufsständen

Der Finanzierungsanteil des Bundes lag bei den Pensionsversicherungsleistungen der Bauern wesentlich über jenem nach dem ASVG. Dies war einerseits auf soziodemographische Faktoren (z.B. einer höheren Quote von Leistungsempfängern zu Beitragszahlern), andererseits auch auf die Ausgestaltung des Pensions- und Ausgleichszulagenrechts (z.B. der Gewährung einer Partnerleistung) zurückzuführen. (TZ 42)

Beitragsdeckung der durchschnittlichen Pension nach Berufsgruppen in den Jahren 2009 bis 2013					
	2009	2010	2011	2012	2013
	in EUR				
	<b>Durchschnittspensionen<sup>1</sup></b>				
ASVG	957	982	1.001	1.013	1.066
GSVG/FSVG	1.088	1.121	1.146	1.162	1.223
BSVG	657	673	689	625	738
<b>gesamt</b>	<b>941</b>	<b>967</b>	<b>987</b>	<b>993</b>	<b>1.052</b>
	<b>davon durch Beiträge gedeckt</b>				
ASVG	763	789	808	808	850
GSVG/FSVG	522	510	554	557	675
BSVG	126	127	132	121	146
<b>gesamt</b>	<b>688</b>	<b>710</b>	<b>731</b>	<b>728</b>	<b>779</b>
	<b>davon durch Bundesmittel gedeckt</b>				
ASVG	194	193	193	206	216
GSVG/FSVG	566	611	592	606	549
BSVG	531	547	557	503	592
<b>gesamt</b>	<b>254</b>	<b>257</b>	<b>256</b>	<b>266</b>	<b>274</b>

Rundungsdifferenzen möglich

<sup>1</sup> Inklusive Zulagen und Zuschüsse; die Werte beziehen sich auf den Dezember des jeweiligen Jahres.

Quellen: BMASK; Darstellung RH

Der Eigenfinanzierungsanteil der durchschnittlichen Pension lag im ASVG im Jahr 2013 bei rd. 80 % (850 EUR von 1.066 EUR), nach dem BSVG dagegen bei rd. 20 % (146 EUR von 738 EUR). (TZ 42)

Während der Anteil der Ausgleichszulagenempfänger bei Unselbstständigen im Schnitt bei rd. 10 % lag, betrug er bei Bauern rd. 25 % und war damit mehr als doppelt so hoch. Die durchschnittliche Höhe der Ausgleichszulage lag bei den Bauern um rd. 50 % über der durchschnittlichen Höhe bei der PVA. Je Pensionist lagen die Aufwendungen der Ausgleichszulage bei der SVB somit rund vier Mal so hoch wie bei der PVA. Dafür wesentliche Elemente der rechtlichen Regelung betrafen z.B. die Festlegung der Mindestbeitragsgrundlage und die Pauschalierung der Aufgabepauschale sowie anderer Leistungen (z.B. von Wohnrechten). Mehrere dieser Parameter wurden zwischen den Jahren 2000 und 2014 geändert, wodurch sich Auswirkungen im Bereich der Ausgaben für Pensionen und Ausgleichszulagen und ihrer Finanzierung ergaben. (TZ 42)

Durchschnittliche Ausgleichszulage im Dezember 2012 nach Pensionsart und Versicherungsträger					
	gesamt	zu Invaliditäts- pensionen	zu Alters- pensionen	zu Witwen- pensionen	zu Waisen- pensionen
	in EUR				
<b>alle Pensionsversicherungsträger</b>	<b>286</b>	<b>290</b>	<b>288</b>	<b>281</b>	<b>278</b>
PVA	261	281	264	240	250
davon					
Arbeiter	266	288	268	244	264
Angestellte	238	257	245	205	174
VAEB – Eisenbahnen	216	199	194	232	293
VAEB – Bergbau	192	237	190	169	309
SVA	295	305	275	315	311
SVB	386	418	373	394	424

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Eine Grundlage, auf deren Basis die sachliche Rechtfertigung bzw. die Balance zwischen den gesetzlichen Unterschieden und den zugrunde liegenden soziodemographischen Unterschieden auch analytisch nachvollzogen werden kann, konnte nicht vorgelegt werden. Dies war insbesondere angesichts der hohen finanziellen Bedeutung der Finanzierung des Pensionssystems sowohl für die Nachhaltigkeit der öffentlichen Finanzen als auch für die Lebensplanung der Betroffenen zu beanstanden. (TZ 42)

#### Bezieher ausländischer Pensionen

Aufgrund der europarechtlichen Vorgaben konnten Personen, die in Österreich lebten und eine Pension nur aus einem anderen Mitgliedstaat des EWR bezogen, auch eine österreichische Ausgleichszulage beziehen. Im Jahr 2013 waren dies rd. 1.100 Personen. Gemäß der vom OGH im Anschluss an eine Vorabentscheidung des EuGH aus 2013 judizierten Vorgangsweise war eine Ausgleichszulage zu gewähren, wenn eine gültige Aufenthaltsbescheinigung bestand. Diese wäre zu entziehen, wenn aufgrund der Inanspruchnahme der Ausgleichszulage eine unangemessene Inanspruchnahme des österreichischen Sozialsystems vorlag; eine automatische Entziehung ohne Interessenabwägung war unzulässig. (TZ 43)

Es war wesentlich, dass die Entwicklung des Sozialsystems und die Entwicklung der Freizügigkeit des Personenverkehrs aufeinander abgestimmt erfolgten. Die umfassende Prüfung des gewöhnlichen Aufenthalts, die erfolgten gesetzlichen Anpassungen im Ausgleichszulagenrecht und die zeitnahen Gespräche zwischen BMI und PVA nach Entscheidungen des



EuGH und des OGH waren daher ebenso positiv wie die Bemühungen des BMASK, im Rahmen der europäischen Gremien eine gut vollziehbare Lösung zu erreichen. (TZ 43)

Die Regelungen des Gesetzgebers aus dem Jahr 2011 zielten darauf ab, Ausgleichszulagen für Personen, die keine Pension aus Österreich bezogen, weitgehend auszuschließen. Diese Grundentscheidung erkannte der EuGH im Wesentlichen als europarechtskonform an. Diese zur Zeit der Gebarungsüberprüfung vorgesehene, aber noch nicht praktisch erprobte Vorgangsweise war mit einigen Schwierigkeiten in der Durchführung verbunden: Kriterien für die beiden erforderlichen Interessenabwägungen hatten sich noch nicht entwickelt. Die Verantwortung war auf drei Behörden (Sozialversicherungsträger, Bezirksverwaltungsbehörden bzw. Magistrat sowie Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl) aufgeteilt. Im Ergebnis bestand Rechtsunsicherheit für den Betroffenen und eine Leistungspflicht für die Ausgleichszulage während der gegebenenfalls nicht unerheblichen Verfahrensdauer. (TZ 43)

Die Regelung der Krankenversicherungsbeiträge führte dazu, dass Personen, die eine Ausgleichszulage zu einer ausländischen Pensionsleistung bezogen, netto eine höhere Summe zur Verfügung hatten als Ausgleichszulagenbezieher mit einer inländischen Pensionsleistung. (TZ 43)

#### Sonderkonstellationen

Bestimmte Sonderregelungen, insbesondere beim Zusammentreffen mehrerer Pensionen, bei Heimaufenthalten und hinsichtlich der Rezeptgebührenbefreiung bei Anrechnung von Aufgabepauschalen, führten zu sachlich nicht nachvollziehbaren Leistungshöhen. (TZ 44 bis 46)

#### ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl die Ausgleichszulage die größte einkommensabhängige Geldleistung im österreichischen Sozialsystem war, fehlte eine Strategie bzw. eine langfristige Prognose über die weitere Entwicklung. Dies war insbesondere deshalb maßgeblich, weil sich wichtige Einflussfaktoren für die Ausgleichszulage veränderten, z.B. das Pensionsrecht (Verlängerung der Durchrechnungszeiten, Änderungen in den Mindestbeitragsgrundlagen etc.) oder die tatsächlichen Lebensumstände der Betroffenen (Familienkonstellationen, Teilzeitquoten etc.). (TZ 47)

Die bisherige Entwicklung war davon geprägt, dass trotz stark sinkender Zahl der Betroffenen das Gebarungsvolumen leicht anstieg, weil die Richtsätze deutlich überproportional anstiegen. Es war jedoch nicht klar, ob die Anzahl der Betroffenen auch weiter

sinken würde, da mittelfristig ungünstigere Regelungen des Pensionsrechts und veränderte Arbeitsbedingungen durchaus gegenläufig wirken könnten. (TZ 47)

Wesentliche statistische Auffälligkeiten, insbesondere hinsichtlich der unterschiedlichen Inanspruchnahme der Ausgleichszulage bei Frauen und Männern und zwischen den Berufsgruppe, sollten nach Ansicht des RH einer detaillierteren Analyse zugeführt werden. (TZ 47)

Die seit 2013 vorgesehene wirkungsorientierte Haushaltsführung hätte – auch bei der strategischen Weichenstellung für die Zukunft – eine wichtige Aufgabe im Bereich der Ausgleichszulage zu erfüllen. Die bestehenden Inhalte waren jedoch hinsichtlich der Relevanz der Ziele und der Kohärenz zwischen Zielen und Maßnahmen weiter zu verbessern. (TZ 47)

Obwohl der Bund den gesamten Aufwand für die Ausgleichszulage trug, hatte er nur wenig Möglichkeiten, eine einheitliche Vollziehung zwischen den Pensionsversicherungsträgern sicherzustellen. Für eine umfassende Überprüfung der Vollziehung fehlten dem BMASK wesentliche Ressourcen. (TZ 47)

Die PVA und die SVB hatten zwar ein Prüf- und Freigabewesen eingerichtet, ein systematisches IKS, insbesondere eine Definition der Risiken und eine ausreichende Evaluierung der Wirksamkeit der internen Kontrollen, fehlte jedoch. (TZ 47)

Eine aktuelle Bewertung, wie viele Fälle nach Durchlauf der internen Qualitätssicherungsmaßnahmen fehlerhaft waren, war aus den verfügbaren Daten nicht möglich. Die Innenrevisionen hatten zuletzt 2006 bzw. 2008 eine Fehlerquote von rd. 9 % bis 13 % ermittelt, allerdings keine finanzielle Bewertung vorgenommen. (TZ 47)

Zur internen Steuerung der Vollziehung fehlte weiters eine Erledigungsstatistik und eine klare Zuordnung der für die Ausgleichszulage eingesetzten Ressourcen. (TZ 47)

Aus Sicht der Parteien erfolgte der Bezug von Ausgleichszulage in den meisten Fällen ohne Auffälligkeiten. Wo jedoch komplexe Sachverhalte zu erheben waren, bestanden Probleme im Hinblick auf eine zeitnahe Erledigung, eine trägerübergreifende einheitliche Vollziehung und eine transparente Vorgehensweise. (TZ 47)

In bestimmten Konstellationen, insbesondere beim Zusammentreffen mehrerer Pensionen, bei Heimaufenthalten und hinsichtlich der Rezeptgebührenbefreiung bei Anrechnung von Aufgabepauschalen wäre die geltende Rechtslage zu evaluieren. (TZ 47)





**Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:**

**BMASK**

*(1) Es wäre auf die Verbesserung der Vollziehung der Ausgleichszulage durch die Pensionsversicherungsträger hinzuwirken, insbesondere*

*a) Maßnahmen für eine Vereinheitlichung der Vollziehung durch die Pensionsversicherungsträger zu setzen, insbesondere im Hinblick auf die Interpretation des Antragsprinzips, auf die Anrechnung von Unterhaltsansprüchen, auf Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen und auf die Rechtsfolgen von Auslandsaufenthalten; (TZ 5 bis 10)*

*b) bei vorläufigen Leistungen der Anwendungsbereich und die verfahrensrechtlichen Rahmenbedingungen der vorläufigen Gewährung der Leistungen gesetzlich klarzustellen. (TZ 12)*

*c) auf die Schaffung einer Regelung für ein Internes Kontrollsystem (IKS) in der Pensionsversicherung hinzuwirken; (TZ 17)*

*d) darauf hinzuwirken, dass die Verwaltungskosten der Ausgleichszulage in den Kostenrechnungen der Pensionsversicherungsträger in vergleichbarer Weise ersichtlich sind. (TZ 16)*

*(2) Es wäre im Sinne einer sachlichen Gleichbehandlung der Betroffenen auf eine Änderung der gesetzlichen Regelung folgender Bereiche hinzuwirken:*

*a) der zeitlichen Wirksamkeit der Anrechnung von weiteren Einkommen, (TZ 8)*

*b) der Gewährung der Ausgleichszulage bei gleichzeitigem Bezug von mehreren Pensionsleistungen. (TZ 44)*

*(3) Es wäre auf Vereinfachungen bzw. im Einvernehmen mit den Ländern auf eine Harmonisierung der einkommensabhängigen Leistungen hinzuwirken (TZ 35), und zwar insbesondere darauf, dass*

*a) die Regelungen der einkommensabhängigen Leistungen nach dem Kriegsoferversorgungsgesetz 1957 (KOVG 1957) und der Ausgleichszulage vereinheitlicht und die Vollziehung in einer Hand konzentriert werden; (TZ 29)*

*b) die Ausgleichszulagenrichtsätze besser mit den Lohnsteuergrenzen und dem Existenzminimum nach der Exekutionsordnung abgestimmt werden; (TZ 33)*

*c) auf technischer Ebene die Bewertung von Einkommen bzw. Abzugsposten vereinheitlicht wird; (TZ 31, 35)*

*d) die Berücksichtigung von Familien- und Unterhaltsleistungen harmonisiert wird; (TZ 30)*

*e) Möglichkeiten zur Vereinfachung der Verwaltungsabläufe weitestgehend genutzt werden, insbesondere idente Sachverhalte möglichst nur an einer Stelle zu erheben sind; (TZ 35)*

*f) die Auswirkungen der unterschiedlichen Berechnung von Rehabilitationsgeld und Berufsunfähigkeitspension genau zu beobachten sind und zu evaluieren ist, ob diese Berechnungsunterschiede mit der Zielsetzung einer Anhebung des durchschnittlichen Pensionsantrittsalters vereinbar sind; (TZ 32)*

*g) eine dauerhafte Finanzierungslösung für die Kosten der Ausgleichszulage im Sinne eines aufgabenorientierten Finanzausgleichs geschaffen wird. (TZ 28)*

*(4) Es wären die Instrumente und Inhalte der wirkungsorientierten Haushaltsführung weiterzuentwickeln (TZ 36 bis 38) und dabei verstärkt Überlegungen anzustellen*

*a) zur Begründung der Relevanz der Wirkungsziele und zur sprachlichen Präzision ihrer Formulierung, (TZ 36)*

*b) zur Kohärenz zwischen Maßnahmen und Wirkungszielen, (TZ 37)*

*c) zur Auswahl richtiger, aussagekräftiger Indikatoren, (TZ 38)*

*d) zur analytischen Ableitung der Indikatorwerte (Zielwerte), (TZ 38)*

*e) zur Gestaltung des Prozesses zur Entwicklung der Angaben zur Wirkungsorientierung in einer Form, dass die Qualität der Angaben ausreichend sichergestellt ist, (TZ 39)*

*f) zur auswertungstauglichen Strukturierung der vorhandenen Daten zu Pensionsversicherung und Ausgleichszulage und (TZ 40)*

*g) zur Entwicklung eines Konzepts zur Nutzung der bei den Pensionsversicherungsträgern gespeicherten Daten. (TZ 40)*

*(5) Es wäre im Bereich der Wirkungsorientierung klarzustellen,*

*a) wie die Gleichstellung zwischen Frauen und Männern bei den übrigen Pensionsbeziehern verfolgt werden soll, (TZ 36)*

*b) ob sich das Ziel der Reduktion der Frauenquote auf den Bezug von oder den Bedarf nach Ausgleichszulage bezieht, (TZ 36)*

*c) in welchem Ausmaß auch ohne Maßnahmen eine Reduktion des Frauenanteils bei der Ausgleichszulage zu erwarten ist und welche Wirkung den Maßnahmen zugeschrieben wird, (TZ 38)*

*d) in welchem Ausmaß Maßnahmen der Vollziehung und in welchem Ausmaß Maßnahmen der Gesetzgebung für die Erreichung des Wirkungsziels erforderlich sind. (TZ 37)*

*(6) Es wäre eine analytische Grundlage zu entwickeln, die eine sachliche Analyse der Unterschiede im öffentlichen Finanzierungsanteil zwischen den einzelnen Pensionsversicherungsträgern ermöglicht. (TZ 42)*

*(7) Es wäre die Entwicklung der Bezieher von Ausgleichszulagen zu ausländischen Pensionsleistungen (EWR-Ausgleichszulagen) weiter zu beobachten und zu evaluieren, ob die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Behörden bei der Vollziehung dazu führt, dass die maßgeblichen Fälle ausreichend geprüft werden. (TZ 43)*

*(8) Es wäre eine längerfristige Strategie zur weiteren Entwicklung der Ausgleichszulage zu entwickeln – dies unter Beachtung der relativen Entwicklung von Kaufkraft, Pensionshöhe und Ausgleichszulagenrichtsatz (TZ 27), der Treffsicherheit der Leistungen auch im Hinblick auf die einheitliche Vollziehung (TZ 5 bis 10), des Verhältnisses zu anderen Sozialleistungen (TZ 28 bis 35), der Wirkungsziele (TZ 36, 37), der unterschiedlichen Berufsgruppen (TZ 42) und internationalen Entwicklungen (TZ 43) – und die Auswirkungen auf die Gebarung wären in die Berechnungen der langfristigen Aufwendungen im Pensionsbereich miteinzubeziehen. (TZ 27)*

*(9) Das BMASK sollte sich angesichts der Höhe und der Entwicklung der zu überweisenden Beträge regelmäßig davon überzeugen, dass die Richtigkeit der an die*

*Pensionsversicherungsträger auszubezahlenden Beträge durch ein wirksames IKS bei den Pensionsversicherungsträgern gewährleistet war. (TZ 24)*

*(10) Im Sinne der Aufsichtskompetenz des BMASK wäre dafür vorzusorgen, dass der Prüfdienst seinen Aufgaben nachkommen kann. (TZ 24)*

### **Hauptverband**

*(11) Die Regelung zur Rezeptgebührenbefreiung von Ausgleichszulagenbeziehern wäre im Hinblick auf die Sonderregelung zur Aufgabepauschale zu überprüfen. (TZ 46)*

*(12) Es wären Maßnahmen für eine Vereinheitlichung der Vollziehung durch die Pensionsversicherungsträger zu setzen, insbesondere im Hinblick auf die Interpretation des Antragsprinzips, auf die Anrechnung von Unterhaltsansprüchen, auf Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen und auf die Rechtsfolgen von Auslandsaufenthalten. (TZ 5 bis 10)*

### **Pensionsversicherungsanstalt und Sozialversicherungsanstalt der Bauern**

*(13) Es wären Maßnahmen zur Verbesserung der Vollziehung gegenüber den Betroffenen vorzunehmen, insbesondere:*

*a) In regelmäßigen Abständen wäre ein trägerübergreifender Abgleich der Vollzugspraxis durchzuführen und bei Unterschieden bzw. Unklarheiten eine Vereinheitlichung bzw. Klärung herbeizuführen, insbesondere im Hinblick auf die Interpretation des Antragsprinzips, auf die Anrechnung von Unterhaltsansprüchen, auf Einzelfragen beim anrechenbaren Einkommen und auf die Rechtsfolgen von Auslandsaufenthalten. (TZ 5 bis 10)*

*b) Bei Wahrung einer verwaltungsökonomischen Vorgangsweise wäre der Schriftverkehr mit den Betroffenen korrekt, möglichst einheitlich und so aussagekräftig zu gestalten, dass den Betroffenen die Rechtsverfolgung möglich ist. (TZ 13)*

*c) Es wäre durch ein systematisches Controlling über die Dauer und Notwendigkeit der Gewährung einer vorläufigen Leistung eine konsistente Anwendung der Möglichkeiten der Vorschussgewährung sicherzustellen. (TZ 12)*

*(14) Es wären Maßnahmen zur Verbesserung der Verwaltungseffizienz vorzunehmen, insbesondere:*



- a) Die Möglichkeiten des elektronischen Datenaustausches innerhalb der Sozialversicherung und mit anderen Stellen wären so weit als möglich zu nutzen. (TZ 34)*
- b) Die Verwaltungsdaten wären so zu strukturieren, dass sie auch über den in den statistischen Weisungen vorgesehenen Umfang hinaus für Auswertungen im Rahmen der Wirkungsorientierung geeignet sind. (TZ 40)*
- c) Es wäre ein Konzept zur Nutzung der bei den Pensionsversicherungsträgern gespeicherten Daten zur Unterstützung der Wirkungsorientierung zu entwickeln. (TZ 40)*
- d) Es wäre eine Antrags- und Erledigungsstatistik für die Ausgleichszulage einzuführen. (TZ 15)*
- e) Es wären aussagekräftige Statistiken über die Dauer der Erledigung von Anträgen auf Ausgleichszulage zu entwickeln und diese zeitnah zu erstellen. (TZ 11)*
- f) Es wäre kritisch zu hinterfragen, ob die Datengrundlagen der Ressourcenzuordnung (Zählung und Gewichtung der Fälle) ausreichend verlässlich sind und ob die den Mitarbeitern für die Bearbeitung bzw. Prüfung der Ausgleichszulage zur Verfügung stehende Zeit ihren Aufgaben angemessen ist. (TZ 16)*
- g) Es wären geeignete Datengrundlagen zur Ermittlung des Aufwands für die Vollziehung der Ausgleichszulage festzulegen. (TZ 16)*
- (15) Es wäre ein IKS im Sinne der sich entwickelnden internationalen Standards einzuführen (TZ 17), insbesondere:*
- a) Ziele und Risiken im Zusammenhang mit der Ausgleichszulage wären auszuarbeiten und deren Erreichung bzw. Vermeidung wäre zu kontrollieren. (TZ 20)*
- b) Maßgebliche, aber schwer überprüfbare Sachverhalte (z.B. Vermögenseinkünfte, Auslandsaufenthalte, Lebensgemeinschaften) wären besonders zu berücksichtigen und Vorgaben zum Umgang mit diesen Risiken zu entwickeln. (TZ 34)*
- c) Maßnahmen der internen Kontrolle bei der Vollziehung der Ausgleichszulage, insbesondere die Definition der strategischen Risiken und Effektivität der Kontrollmaßnahmen, wären verstärkt auch in den Selbstverwaltungsgremien zu besprechen. (TZ 18)*

*d) Es wäre eine Fehlerbewertung hinsichtlich der finanziellen Risiken der Fehler einzuführen. (TZ 21)*

*e) Durch eine regelmäßige Evaluierung wäre sicherzustellen, ob das bestehende Prüf- und Freigabewesen die Risiken effektiv adressiert. (TZ 22)*

### **Pensionsversicherungsanstalt**

*(16) Die Ursachen für die hohe Anzahl von Fallcodes bei der Ausgleichszulage wären näher zu analysieren. (TZ 15)*

*(17) Mehrbezüge wären zu dokumentieren und auszuwerten. (TZ 22)*

*(18) Die festgelegte Vorgehensweise zur Prüfung der Anspruchsberechtigung von Beziehern ausländischer Pensionen wäre auch tatsächlich zeitnah umzusetzen. (TZ 43)*

### **Sozialversicherungsanstalt der Bauern**

*(19) Es wäre zu überprüfen, warum die Fehlerquote der Sozialversicherungsanstalt der Bauern rund doppelt so hoch lag wie jene der Pensionsversicherungsanstalt. (TZ 21)*



## **AUSGEWÄHLTE STIFTUNGEN BEI DER ÖSTERREICHISCHEN AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN**

**Während die Verwaltung des Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissenschaften gut funktionierte, traten bei den drei weiteren überprüften Stiftungen zahlreiche Mängel mangels einer gesamthaften Strategie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften für die Verwaltung der Stiftungen auf. Die Mittel der Stiftungen dienten teilweise dazu, Lücken in der Finanzierung von Forschungsprojekten oder eines Tochterunternehmens der Österreichischen Akademie der Wissenschaften zu schließen. Alle vier überprüften Einrichtungen werden nach Tilgung der derzeit in deren Portfolio befindlichen Anleihen in den Jahren 2016 bzw. 2017 und anschließender Neuveranlagung aufgrund der Zinsenentwicklung voraussichtlich mit gravierenden Ertragseinbußen zu rechnen haben.**

### **PRÜFUNGSZIEL**

Der RH überprüfte im September und Oktober 2014 die Gebarung von vier durch die Österreichische Akademie der Wissenschaften (ÖAW) verwalteten Einrichtungen. Die Prüfung umfasste den Jubiläumsfonds der Stadt Wien für die Österreichische Akademie der Wissenschaften (Jubiläumsfonds), die DDr. Franz Josef Mayer-Gunthof-Stiftung (Mayer-Gunthof-Stiftung), die Dr. Anton Oelzelt-Newinsche Stiftung (Oelzelt-Newinsche Stiftung) und die Dr. Alois Sonnleitner-Stiftung (Sonnleitner-Stiftung). Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung des Stiftungszwecks, der Veranlagung der Stiftungsmittel und der Verwaltung der Stiftungen. (TZ 1)

Die Einrichtungen wurden aufgrund einer Stichprobe nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Dieses Verfahren bezieht auch Rechtsträger ein, die nach dem ansonsten risikoorientierten Auswahlverfahren (z.B. wegen ihres geringen Gebarungsumfangs) nicht überprüft würden. Der RH wendet dieses Verfahren an, um seine präventive und beratende Wirkung zu verstärken. (TZ 1)

### **GRUNDLAGEN**

Die ÖAW war neben ihren Aufgaben als Gelehrtenengesellschaft und als Trägerorganisation von Forschungseinrichtungen auch als Forschungsförderungseinrichtung tätig. Die Aufgaben der Forschungsförderung übernahmen u.a. auch die Stiftungen, deren Verwaltung der ÖAW übertragen war. Insgesamt verwaltete die ÖAW neun Stiftungen und einen Fonds. (TZ 2)

Während die Verwaltung des Jubiläumsfonds gut funktionierte, traten bei den überprüften Stiftungen zahlreiche Mängel auf. Ursächlich war dies darauf zurückzuführen, dass die ÖAW keine gesamthafte Strategie für die Verwaltung der Stiftungen hatte. (TZ 2)

## ORGANE

Die Organe des Jubiläumsfonds waren der Vorstand, das Kuratorium, der Generalsekretär und die Rechnungsprüfer. Aufgaben des Vorstands waren es, die Satzung und Satzungsänderungen zu beschließen sowie dem Kuratorium alljährlich einen Rechnungsabschluss über das abgelaufene Geschäftsjahr zur Genehmigung vorzulegen. Das Kuratorium des Jubiläumsfonds hatte die Aufgabe, das Fondsvermögen und dessen Erträge seiner satzungsgemäßen Bestimmung zuzuführen. Der Generalsekretär beriet und unterstützte das Kuratorium bei der Erfüllung des Zwecks des Jubiläumsfonds und vollzog dessen Beschlüsse. Die Organe des Jubiläumsfonds nahmen ihre Aufgaben entsprechend der Satzung wahr. (TZ 3)

Die Vertretung der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newinschen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung nach außen oblag dem Präsidenten der ÖAW. (TZ 4)

Gemäß den Stiftungssatzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newinschen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung war als Verwaltungsorgan der Stiftungen die Verwaltungskommission für Stiftungen und Widmungen bei der ÖAW (Verwaltungskommission) bestellt. (TZ 4)

Die ÖAW errichtete ihre Verwaltungskommission erstmals im Jahr 1956. Sie verabsäumte damals und in den folgenden Jahren die Regelung der Mitgliederanzahl und der Wahlperioden. Die ÖAW verfügte über keine auf die Verwaltungskommission abgestimmte Geschäftsordnung; Richtlinien sowie Verfahrensvorschriften für Förderungsnehmer fehlten. (TZ 5)

Die geringe Anzahl an Anträgen für Stiftungszuwendungen war eine Folge des unregelmäßigen Antragswesens und der nicht geregelten Auslobung von Stiftungszuwendungen. Erst während der Gebarungsprüfung an Ort und Stelle durch den RH führte die ÖAW ein geregeltes Antragswesen ein. (TZ 5)

Die Gesamtsitzung der ÖAW wählte im November 2012 eine neue Verwaltungskommission, die aus insgesamt acht Mitgliedern bestand. Demgegenüber sah die Stiftungssatzung der Mayer-Gunthof-Stiftung eine Verwaltungskommission aus fünf Mitgliedern vor. Die Stiftungssatzungen der Oelzelt-Newinschen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung sahen





jeweils eine Verwaltungskommission aus neun Kommissionsmitgliedern vor. Die Stiftungssatzungen wurden daher in diesem Bereich nicht eingehalten. (TZ 5)

Die ÖAW hielt die in den Satzungen der Mayer-Gunthof-Stiftung, der Oelzelt-Newinschen Stiftung und der Sonnleitner-Stiftung vorgesehenen Wahlperioden von drei Jahren nicht ein. Die ÖAW verzichtete von 1997 bis November 2012 sogar auf den dreijährigen Wahlrhythmus und ging von einer „stillschweigenden Verlängerung“ aus. (TZ 5)

Im Zeitraum Anfang 2009 bis Mitte 2014 tagte die Verwaltungskommission neun Mal. In fünf von neun Sitzungen waren weniger als die Hälfte der Kommissionsmitglieder anwesend, wodurch kein qualifiziertes Quorum zustandekam. Die ÖAW tolerierte die oftmalige – teils entschuldigte, teils unentschuldigte – Abwesenheit eines Kommissionsmitglieds. (TZ 5)

Die Sitzungsprotokolle waren nicht nummeriert und ihre Vollständigkeit schwer nachvollziehbar. Die Abwesenheit von Kommissionsmitgliedern war unvollständig erfasst. Vertretungsregelungen für die Mitglieder der Verwaltungskommission fehlten. (TZ 5)

Von Juni 2008 bis April 2014 war die Prüfung und Genehmigung der Jahresabschlüsse der Stiftungen kein Tagesordnungspunkt der Verwaltungskommission. Die Jahresabschlüsse der Stiftungen unterzeichnete der Präsident der ÖAW. (TZ 6)

Bei allen Stiftungen und beim Jubiläumsfonds wurden Satzungsänderungen vorgenommen. Diese waren lediglich beim Jubiläumsfonds ordnungsgemäß dokumentiert, bei den Stiftungen waren sie mangelhaft dokumentiert und daher nicht nachvollziehbar. So änderten sich bei der Sonnleitner-Stiftung das Verwaltungsorgan, der Stiftungszweck, die Dotation und der Vergaberhythmus. Diese Änderungen waren jedoch mangels Dokumentation nicht nachvollziehbar. (TZ 7)

## ZIELE

Ziele des Jubiläumsfonds und der angeführten Stiftungen waren die Förderung und Unterstützung von wissenschaftlichen Arbeiten durch bspw.:

- die Vergabe von Preisen für bereits geleistete wissenschaftliche Forschungen,
- die Gewährung von Zuschüssen für die Drucklegung wissenschaftlicher Arbeiten,
- die Vergabe von Stipendien und Beihilfen für wissenschaftliche Arbeiten und
- den Ausbau der Forschungsmittel der ÖAW selbst. (TZ 8)

Der Jubiläumsfonds förderte themenbezogene Forschungsprojekte mit Bezug zur Stadt Wien und vergab seit 2009 Preise an die Autoren von bereits publizierten Forschungsarbeiten. Die Vergabe von Zuwendungen durch den Jubiläumsfonds lief ordnungsgemäß ab. (TZ 9)

Bei der Mayer-Gunthof-Stiftung war kein Gesamtüberblick über die tatsächlichen Projektkosten einzelner Projekte gegeben. Das im Jahr 2009 seitens der Mayer-Gunthof-Stiftung geförderte Forschungsprojekt war eine Anschlussfinanzierung für ein Forschungsprojekt, dessen Förderung vom Fonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF) gekürzt worden war. Insgesamt erhielt dieses Forschungsprojekt zur Schließung von Finanzierungslücken – ohne Forschungsmittel des FWF – Zuwendungen aus Stiftungen der ÖAW in Höhe von rd. 63.600 EUR, ohne dass das Forschungsprojekt einer abschließenden Evaluierung unterzogen wurde. (TZ 10)

Die Oelzelt-Newin'sche Stiftung förderte im überprüften Zeitraum ausschließlich Forschungsprojekte. Für eine 2008 vergebene Zuwendung für ein Forschungsprojekt in Höhe von 36.500 EUR fehlte bis Oktober 2014 die Projektabrechnung. (TZ 11)

Die GMI – Gregor-Mendel-Institut für Molekulare Pflanzenbiologie GmbH, ein Tochterunternehmen der ÖAW, erhielt im Jahr 2010 eine Zuwendung der Oelzelt-Newin'schen Stiftung in Höhe von 250.000 EUR (beinahe 90 % der verfügbaren Stiftungsmittel). Mit dieser Vorgangsweise bedeckte die ÖAW finanzielle Lücken ihrer Tochterunternehmen durch als Forschungsprojekt ausgegebene Zuwendungen. (TZ 11)

Trotz Zweifel über den Forschungsausgang ließ die ÖAW einem Forscher in acht Jahren Stiftungsmittel in Höhe von insgesamt 400.000 EUR zukommen. Für die geflossenen Mittel fand keine begleitende Kontrolle statt, auch wurden die Forschungsprojekte nicht evaluiert. (TZ 11)

Die Sonnleitner-Stiftung sah sowohl die Förderung von Forschungsprojekten als auch Publikationspreise für Forschungspublikationen im Bereich der Krebsforschung vor. Ein Forschungsprojekt erhielt im Jahr 2008 ohne öffentliche Auslobung eine Zuwendung in Höhe von 25.000 EUR. Die Ausschreibung von Publikationspreisen im Jahr 2013 erbrachte keine Anträge, die nach Ansicht der Vergabekommission die Ausschreibungskriterien erfüllten. Die Vergabekommission verzichtete daher auf eine Preisvergabe. (TZ 12)

Die Wirkungen der vom Jubiläumsfonds geförderten Forschungsprojekte und Publikationen ließ die ÖAW durch interne und externe Fachgutachten beurteilen. Die Zuwendungen der überprüften Stiftungen wurden im überprüften Zeitraum jedoch nicht auf ihre Wirkung evaluiert. Auch die Evaluation größerer Einzelprojekte unterblieb. Die Mittel der überprüften Stiftungen dienten teilweise dazu, Lücken in der Finanzierung von Forschungsprojekten oder



eines Tochterunternehmens der ÖAW, außerhalb des in der Leistungsvereinbarung mit dem BMFWF festgelegten Finanzierungsrahmens, zu schließen. (TZ 13)

#### STIFTUNGSVERMÖGEN

Die Stadt Wien als Fondsgründerin widmete dem Jubiläumsfonds im Dezember 1997 einen Betrag in der Höhe von rd. 3,63 Mio. EUR. Nach einer Mittelaufstockung im Jahr 2006 betrug das Fondskapital ab dem Bilanzstichtag 31. Dezember 2007 rd. 5,69 Mio. EUR. (TZ 14)

Das Stiftungskapital der Mayer-Gunthof-Stiftung betrug im überprüften Zeitraum rd. 128.000 EUR. Die ÖAW konnte die Differenz von rd. 40.000 EUR zwischen Stammvermögen und Stiftungskapital mangels Dokumentation nicht aufklären. (TZ 14)

Das Stiftungskapital der Oelzelt-Newin'schen Stiftung betrug im überprüften Zeitraum rd. 1,79 Mio. EUR, das der Sonnleitner-Stiftung rd. 94.000 EUR. (TZ 14)

Das Stiftungs- bzw. Fondsvermögen bestand bei den überprüften Einrichtungen überwiegend aus Wertpapieren und Bankguthaben und es war höher als das Stammkapital gemäß den jeweils gültigen Satzungen. Bei der Mayer-Gunthof-Stiftung und der Oelzelt-Newinschen Stiftung verringerte sich das Stiftungsvermögen aufgrund von höheren Förderungsvergaben und Aufwendungen als Erträgen. Die Wertpapierkäufe im überprüften Zeitraum entsprachen den Veranlagungsrichtlinien der ÖAW. (TZ 15)

Die ÖAW konnte keine genaue Auskunft zur Anschaffung (vor dem überprüften Zeitraum) der Fondsanteile der Mayer-Gunthof-Stiftung geben, obwohl diese Veranlagung nicht den geltenden Veranlagungsrichtlinien entsprach. (TZ 16)

Die Zins- und Veranlagungserträge des Stiftungs- bzw. Fondsvermögens waren die wichtigsten Erträge bei den überprüften Einrichtungen; sie veränderten sich im überprüften Zeitraum nur geringfügig. (TZ 17)

Die Wertpapierbestände per 31. Dezember 2013 setzten sich – mit einer Ausnahme – aus österreichischen und deutschen Bundesanleihen mit Laufzeiten bis 2017 bzw. bis 2016 und einer fixen Verzinsung von 4,3 % bis 6 % zusammen. Die Zinssätze für neu ausgegebene festverzinsliche Wertpapiere, wie bspw. österreichische Bundesanleihen oder Bundesschatzscheine, lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung deutlich unter diesen Werten. So lag die Verzinsung von Bundesschatzscheinen bzw. Bundesanleihen mit jeweils zehnjähriger Laufzeit im Oktober 2014 bei 1,35 % bzw. 1,65 %. Die überprüften Einrichtungen werden nach Tilgung der derzeit in deren Portfolio befindlichen Anleihen in den Jahren 2016 bzw.

2017 und anschließender Neuveranlagung voraussichtlich mit gravierenden Ertragseinbußen zu rechnen haben. (TZ 17)

Die überprüften Einrichtungen bildeten für ihre Wertpapierbestände Wertberichtigungen in unterschiedlicher Höhe. Die Oelzelt-Newinsche Stiftung traf für die zu erwartende Abschreibung von rd. 90.000 EUR, die zwar durch höhere jährliche Wertpapiererträge gedeckt war, bei Tilgung der Anleihe im Jahr 2016 keine Vorsorge. (TZ 18)

Die ÖAW nahm erst 2011 Verhandlungen hinsichtlich günstigerer Depotgebühren auf. Allein beim Jubiläumsfonds hätte die Reduktion von 0,42 % auf 0,30 % (analog dem 2011 erzielten Ergebnis) – bei Betrachtung über den gesamten Zeitraum – zu einer weiteren Ersparnis von rd. 26.800 EUR geführt. (TZ 19)

#### VERWALTUNGSAUFWAND

Die Aufwendungen für die Verwaltung der Stiftungen und des Jubiläumsfonds gaben – mit Ausnahme der Depotgebühren – keinen Anlass zu Beanstandungen. (TZ 20)

In den Satzungen der überprüften Stiftungen waren keine Regelungen hinsichtlich der Aufwendungen für die Verwaltung der Stiftungen enthalten. Die ÖAW nahm die Verwaltung der Stiftungen unentgeltlich vor. Die ÖAW trug – entgegen den Bestimmungen der Satzung – einen Teil der durch die Verwaltung des Jubiläumsfonds entstandenen Aufwendungen. (TZ 21)

#### **Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an die Österreichische Akademie der Wissenschaften hervor:**

*(1) Es wäre eine Strategie für die Verwaltung der Stiftungen zu erstellen, um eine effiziente Verwaltung und nachhaltige Wirkung der Stiftungsmittel zu gewährleisten. (TZ 2)*

*(2) Eine auf die Verwaltungskommission abgestimmte Geschäftsordnung sowie Richtlinien mit Verfahrensvorschriften für Förderungsnehmer wären zu schaffen, schriftlich festzuhalten und in der Gesamtsitzung der ÖAW zu genehmigen. (TZ 5)*

*(3) Auf die ordnungsgemäße Ablage der Protokolle der Verwaltungskommission wäre zu achten und diese wären zu nummerieren. (TZ 5)*

*(4) Vertretungsregelungen für die Mitglieder der Verwaltungskommission wären zu schaffen (z.B. im Rahmen der Geschäftsordnung), auf die Anwesenheit bei Sitzungen der*

*Verwaltungskommission wäre zu achten und bei längerer Abwesenheit bzw. andauernden Absenzen wären neue Mitglieder zu bestellen. (TZ 5)*

*(5) Für die Harmonisierung der Satzungen hinsichtlich der Verwaltungskommission der Stiftungen wäre Sorge zu tragen und die Verwaltungskommission wäre dementsprechend zu bestellen. (TZ 5)*

*(6) Künftig wären die satzungskonformen Wahlperioden der Stiftungskommission einzuhalten. (TZ 5)*

*(7) Die Jahresabschlüsse der Stiftungen wären entsprechend den Satzungen zu prüfen und in den Sitzungen der Verwaltungskommission zu behandeln. (TZ 6)*

*(8) Wesentliche Änderungen der Satzungen wären mit einer angemessenen Dokumentation zu hinterlegen. (TZ 7)*

*(9) In den Richtlinien wäre vorzusehen, dass Projekte in ihrer Gesamtheit einzureichen bzw. zu beurteilen sind, um ausreichend Transparenz und Kostenwahrheit sicherzustellen. (TZ 10)*

*(10) Fehlende Projektabrechnungen wären generell einzufordern sowie Regelungen für die Abrechnungen und die nicht zweckgemäße Verwendung von Stiftungsmitteln zu erlassen. Weiters wäre die Ablage von Belegen von Stiftungszuwendungen zu regeln. (TZ 11)*

*(11) Finanzlücken der Tochterunternehmen der ÖAW wären nicht durch nachträglich eingebrachte Forschungsprojekte zu sanieren. (TZ 11)*

*(12) Die Evaluierung von Projekten über einer bestimmten Wertgrenze wäre vorzuschreiben, um die Wirkungen und die Nachhaltigkeit der eingesetzten Stiftungsmittel zu beurteilen. (TZ 11, 13)*

*(13) Bei der Förderung von Forschungsprojekten wäre auf einen ausreichenden Wettbewerb (z.B. durch öffentliche Auslobung) hinsichtlich der Fördermittel zu achten. (TZ 12)*

*(14) Die Entstehung und Veränderungen sowohl des Stiftungskapitals als auch des Stammvermögens der Stiftungen wären nachvollziehbar zu dokumentieren. (TZ 14)*

*(15) Über das Weiterhalten der Anteile am niederländischen Investmentfonds wäre unter den Aspekten der Risikoabwägung und der Erhaltung des Stiftungsvermögens eine Entscheidung zu treffen. (TZ 16)*

*(16) Allfällige Ertragseinbußen nach Tilgung der im Portfolio befindlichen Anleihen wären bei zukünftigen Fördermittelvergaben rechtzeitig zu berücksichtigen. (TZ 17)*

*(17) Bei der Oelzelt-Newinschen Stiftung wäre – analog zur Vorgangsweise beim Jubiläumsfonds – die zu erwartende Abschreibung bei Tilgung der Anleihe durch Wertberichtigungen auf die restliche Behaltdauer der Anleihen aufzuteilen. (TZ 18)*

*(18) Aufgrund der Höhe der angefallenen Depotgebühren, insbesondere für den Jubiläumsfonds und für die Oelzelt-Newinsche Stiftung, wären mit allen betroffenen Kreditinstituten über niedrigere Depotgebühren zu verhandeln bzw. in weiterer Folge Wertpapierdepots auch kostengünstigeren Kreditinstituten zu übertragen. (TZ 19)*

*(19) Die Personal- und Sachaufwendungen für die Verwaltung des Jubiläumsfonds wären zu ermitteln und an diesen zu verrechnen. (TZ 21)*