



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Leistungsauftrag AKH



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

Mangelnde Ausrichtung am gemeinsamen Interesse

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

Leistungsauftrag AKH

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

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

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

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

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

⁸¹ Schreiben vom 13. Jänner 2010

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Leistungsauftrag AKH

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

Gesamteinschätzung

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

Methodik

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

Mittelaufbringung
und Anreizwirkungen

Mittelaufbringung

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

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

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

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

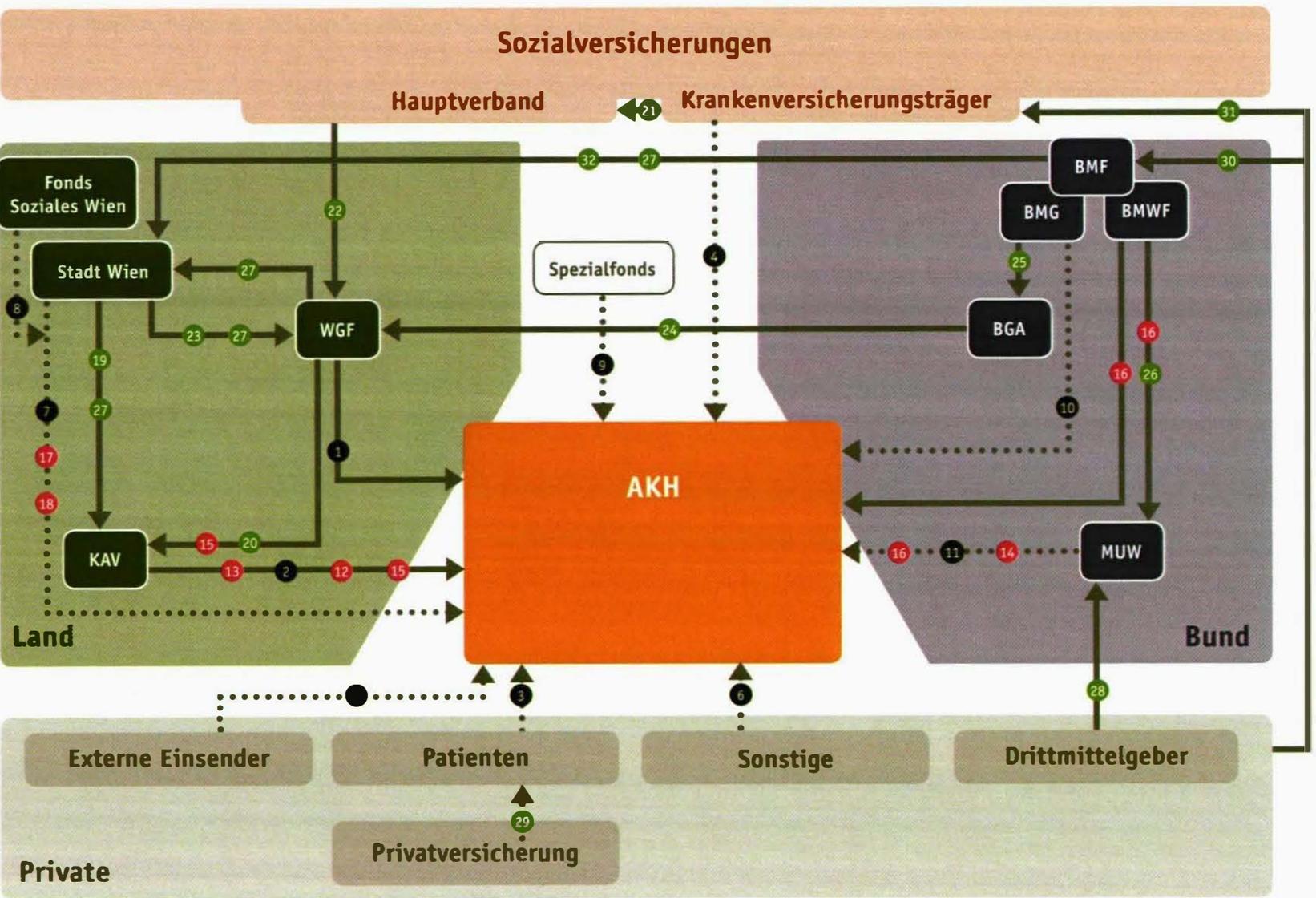
(2) Der RH analysierte die Mittelaufbringung für das AKH im Jahr 2010 anhand des Rechnungsabschlusses, der Finanzbuchhaltung und der Kostenrechnung der Teilunternehmung AKH sowie des KAV, der Meldungen und des Rechnungsabschlusses der Medizinischen Universität Wien, des Tätigkeitsberichts des Wiener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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

Abbildung 3: Mittelaufbringung für das AKH



R | H

BMWf

Finanzielle Rahmenbedingungen

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Nr.	Wer	Wohin	Erläuterung
19	Stadt	KAV	Betriebskostenzuschüsse und Investitionsfinanzierung
20	WGF	KAV	Ambulanzvergütung
21	WGKK	Hauptverband	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
22	Hauptverband	WGF	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
23	Stadt	WGF	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
24	BGA	WGF	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
25	BMG	BGA	Finanzierung des Landesgesundheitsfonds
26	BMWF	MUW	Budgetzuteilung über Leistungsvereinbarung
27	BMF über Stadt und WGF	KAV	Mittel nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
28	Drittmittelgeber	MUW	Finanzierung von Forschungsprojekten
29	Privatversicherungen	Patienten	z.B. Ersatz von Sonderklassehonoraren
30	Private	BMF	Steuermittel
31	Private	Sozialversicherung	Krankenversicherungsbeiträge
32	BMF	Stadt Wien	Finanzausgleich
			● Leistungsorientierte Finanzierung
			● Sonstige Finanzierung
			● Refinanzierung
			— starker Geldfluss
		 schwacher Geldfluss

Nr.	Wer	Wohin	Erläuterung
●	WGF	AKH	"Leistungsorientierte Krankenanstalten-Finanzierung"
●	KAV	AKH	Ambulanzvergütung
●	Patienten	AKH	z.B. Anstaltsgebühren, Sonderklassegebühren
●	Sozialversicherungsträger	AKH	z.B. Mutter-Kind-Pass Untersuchungen
●	Externe Einsender	AKH	z.B. Entgelte für die Analyse von Laborproben
●	Sonstige Private	AKH	z.B. Geschäftsmieten
●	Stadt	AKH	direkte Leistungsverrechnung (z.B. MA 40)
●	Fonds Soziales Wien	AKH	Abrechnung für Sozialhilfeempfänger
●	Spezialfonds	AKH	z.B. In-Vitro-Fertilisationsförderung
●	BMG	AKH	z.B. BRCA-Förderung
11	MUW	AKH	Vergütung für Leistungen bei klinischen Studien
13	KAV	AKH	Mittel nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (27)
13	KAV	AKH	Betriebskostenzuschüsse und Investitionszuschüsse
14	MUW	AKH	Ausgleichsbetrag für klinischen Mehraufwand, Ärzte
16	WGF	KAV	Investitionszuschüsse
16	BMWF	AKH	Investitionsförderung, Projektfinanzierung (z.B. AKIM)
17	Stadt	AKH	Auszubildende
16	Stadt	AKH	Verwaltungskostensätze

Quelle: RH

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Rund zwei Drittel der Mittel wurden über drei Wege aufgebracht:

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

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

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

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

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

⁹⁰ ohne St. Anna Kinderspital

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

Finanzierungsanteile und Anreizeffekte der Gesamtfinanzierung

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

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

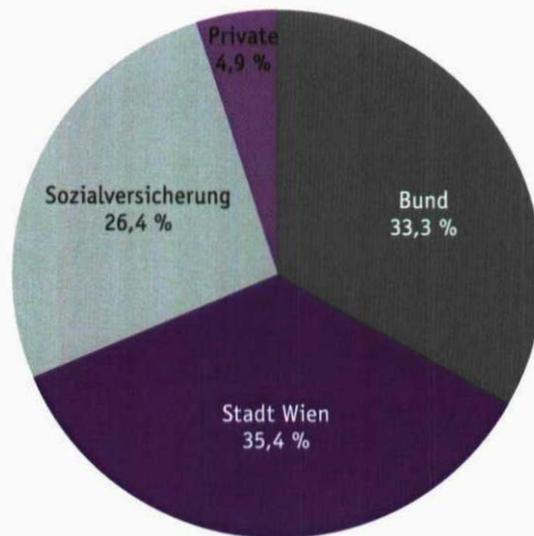
(2) Eine Auswertung des RH ergab, dass das AKH zu rd. 25,7 % aus Mitteln des Bundes, zu rd. 33 % aus Mitteln der Stadt Wien und zu rd. 36,6 % aus Mitteln des Wiener Gesundheitsfonds sowie zu rd. 4,7 % durch private Mittel (z.B. Gebühren der Patienten) finanziert wurde.

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

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

Dies ergab die folgenden Finanzierungsanteile:⁹⁶

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



Quelle: RH

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

Tabelle 10: Finanzierungsanteile und Entscheidungsbefugnisse im AKH 2010					
	Bund bzw. Medizinische Universität Wien	Stadt Wien	Sozial- versicherung	Private	WGF
	in %				
Finanzierungsanteile					
Finanzierungsanteil	25,7	33,0	–	4,7	36,6
Finanzierungsanteil (Fonds verteilt)	33,3	35,4	26,4	4,9	–
Entscheidungsbefugnisse					
Personalhoheit (nach VBÄ)	27	73	–	–	–
Investitionen (Vorschlagsrecht)	14	86	–	–	–
laufender Sachaufwand (Einkauf)	–	100	–	–	–

Quelle: RH

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

Insgesamt entsprachen die Finanzierungsanteile nicht den Entscheidungsbefugnissen:

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

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

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

weder über klare vertragliche Verpflichtungen oder über gemeinsame Entscheidungsgremien erfolgen.

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

Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung im AKH

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

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

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

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

⁹⁹ Umfassende Revisionen fanden 2002 und 2009 statt.

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Klinischer Mehraufwand

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

Tabelle 11: Eckpunkte der Auseinandersetzungen zum klinischen Mehraufwand

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

Quelle: RH

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

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

¹²⁵ für die Jahre 1948 bis 1952

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

¹²⁸ nach § 29 Abs. 4 Z 2

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

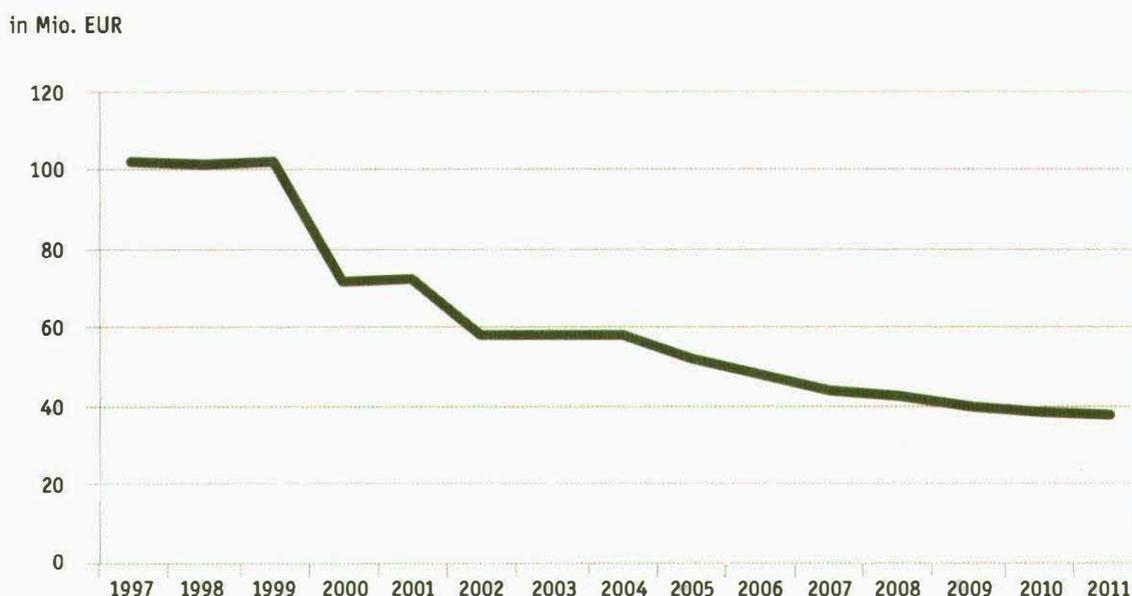
(3) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der Zahlungen des klinischen Mehraufwands im AKH in den Jahren 1995 bis 2011:¹³³

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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



Quellen: BMWF; KAV; RH

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

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

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

25.2 (1) Der RH stellte fest, dass sowohl die (Bundes)Mittel zur Finanzierung des klinischen Mehraufwands als auch die (Landes)Mittel zur Abgangdeckung aus allgemeinen Steuermitteln stammten. Er kritisierte, dass die zur Finanzierung von Forschung, Lehre und Krankenversorgung zur Verfügung gestellten Mittel teilweise für juristische und kaufmännische Dispute zwischen den Gebietskörperschaften verwendet wurden und zudem Mängel in der Betriebsorganisation (etwa Unklarheiten in der Personalbedarfsplanung) entstanden.

(2) Der RH stellte fest, dass beim klinischen Mehraufwand die Konstruktion der Gesamtfinanzierung des AKH eine sachliche Lösung erschwerte:

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Wirtschaftlichkeitsvergleich

26.1 (1) Der RH verglich die Kosten je Bett und je LKF-Punkt zwischen den drei Universitätskliniken und drei Wiener Schwerpunktkrankenanstalten¹³⁶ für das Jahr 2010.

Tabelle 12: Vergleich der Wirtschaftlichkeit des AKH mit Vergleichskrankenanstalten 2010

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

Tabelle 13: Kostenvergleich Infrastruktur- und klinische Kosten 2010				
	AKH	Graz	Innsbruck	Wien
Infrastrukturkosten in EUR je tatsächliches Bett	258.918	118.088	126.897	97.636
Infrastrukturkosten in EUR je LKF-Punkt	1,21	0,60	0,60	0,64
in %	100	50	50	53
klinische Kosten in EUR je tatsächliches Bett	297.819	280.411	211.507	166.678
klinische Kosten in EUR je LKF-Punkt	1,40	1,43	1,00	1,10
in %	100	102	72	79

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

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

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

Der RH verwies dazu auf seine Empfehlungen aus vorangegangenen Gebarungsüberprüfungen¹⁴⁰ zur Verbesserung der Vergleichbarkeit von Krankenanstalten, zur Evaluierung der Unterschiede der Leistungskennzahlen und zu einheitlichen Vorgaben für die Kostenrechnung in Krankenanstalten.

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

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

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

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Entwicklung der zur Verfügung stehenden Mittel

Teilunternehmung AKH

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

Tabelle 14: Finanzielle Entwicklung der Teilunternehmung AKH 2005 bis 2011

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

¹ Die sonstigen Erlöse umfassten bestimmte stationäre und ambulante Leistungserlöse.

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

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

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

Quellen: Rechnungsabschlüsse der Teilunternehmung AKH 2005 bis 2011

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

Ertragsseitig zeigte die Entwicklung weniger Kontinuität:

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

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

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

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen

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

Wiener Krankenanstaltenverbund

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

Tabelle 15: Finanzielle Entwicklung des KAV 2005 bis 2011

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

¹ beinhaltet LKF-Erlöse und Erlöse für ambulante Leistungen

² einschließlich der Position „WGF-Abgeltung“

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

Quellen: Rechnungsabschlüsse KAV 2005 bis 2011

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

Folgende Besonderheiten waren dabei zu beachten:

- Aufwandsseitig stiegen ab dem Jahr 2008 die externen Leistungen für Beratungs- und Projektkosten aufgrund der Implementierung von Projekten wie z.B. dem EDV-Projekt Impuls oder den Planungsarbeiten für das Krankenhaus Nord überdurchschnittlich.¹⁴⁴
- Ertragsseitig standen einer deutlichen Steigerung der LKF-Erlöse Rückgänge anderer, nicht auf Krankenanstalten bezogener Bereiche gegenüber (insbesondere bei den Pflegeentgelten Fonds Soziales Wien und den Pauschalzahlungen für Ersätze der Sozialhilfeempfänger).

(2) Für die weitere Entwicklung lagen dem RH Berechnungen für eine mittelfristige Finanzplanung und die schließlich beschlossene, mit September 2012 datierte Mehrjahresplanung 2013 bis 2017 des KAV vor. Diese Planungen waren an einer kontinuierlichen Kostendämpfung orientiert, um die Steigerung des Finanzierungsbedarfs seitens der Stadt Wien zu begrenzen.¹⁴⁵ Gegenüber einem Basisszenario ohne Kostendämpfungsmaßnahmen sollte der Gesamtaufwand erheblich gesenkt werden. Das Basisszenario rechnete mit einem Anstieg der LKF-Erlöse um lediglich 0,2 %. Hauptausrichtungen bei den Maßnahmen waren

- Leistungs- und Standortkonzentrationen¹⁴⁶ (z.B. Schließung des Kaiserin-Elisabeth-Spitals) bzw. Synergien in der Leistungserbringung und
- kontinuierliche Verbesserung der Performance in den wirtschaftlichen Prozessen (z.B. Standardisierung in der Materialbeschaffung).

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

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

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

Medizinische Universität Wien

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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

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

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



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

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

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

¹⁵¹ Globalbudget ohne klinischen Mehraufwand und Bauvorhaben

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

Mittel für Investitionen

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

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

Folgende Kennzahlen sprachen für einen erhöhten Investitionsbedarf:

- Rund 62 % der medizintechnischen Geräte waren zur Zeit der Gebärungsüberprüfung zwölf Jahre oder älter (im Jahr 2002 waren es 12 % gewesen).
- Rund die Hälfte der kostenrechnerischen Abschreibungen erfolgte auf Anlagegüter ohne Restbuchwert (in Vergleichskrankenanstalten rund ein Drittel).
- Bei technischen Anlagen und Maschinen waren im Jahr 2011 rd. 83 %, bei Betriebs- und Geschäftsausstattung rd. 85 % der Anschaffungskosten bereits abgeschrieben.

(4) Eine abgestimmte, langfristige Reinvestitionsplanung der beteiligten Rechtsträger lag dem RH nicht vor. Es existierte jedoch ein Entwurf der VKMB,¹⁵⁶ der den Investitionsbedarf 2012 bis 2015 mit rd. 60 Mio. EUR bis 90 Mio. EUR p.a. einschätzte.

30.2 Der RH kritisierte, dass

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

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



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

Finanzielle Rahmenbedingungen

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

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

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

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

Planungs- und
Berichtsprozesse

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

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

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

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

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

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

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

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

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

¹⁵⁷ Diese Grobschätzung geht von Investitionsmitteln von rd. 60 Mio. EUR bis 70 Mio. EUR p.a. und einem Ausgleichsbetrag zum klinischen Mehraufwand von rd. 30 Mio. EUR bis 40 Mio. EUR p.a. in Bezug auf die Gesamtaufwendungen des AKH (rd. 1.168 Mio. EUR) aus.

¹⁵⁸ Der Wirtschaftsplan bestand gemäß dem Statut aus dem Erfolgsplan, dem Investitionsplan, dem Finanzschuldenrückzahlungsplan und dem Finanzierungsplan.

Finanzielle Rahmenbedingungen

- Die Zielvereinbarungen zwischen KAV und AKH gingen zunächst von den vom Gemeinderat genehmigten Ausgaben aus. Diese hielt der KAV teilweise selbst nicht für realistisch. Beispielsweise enthielt die Zielvereinbarung vom 5. Dezember 2007 für das AKH die ausdrückliche Feststellung, dass der Wirtschaftsplan zu geringe Mittel auswies. Es werde „eine Nachdotierung von rd. 50 Mio. EUR geben, wie dies alljährlich geübt worden ist“.¹⁵⁹
- Beginnend mit dem Wirtschaftsjahr 2009 führte der KAV einen weiteren Planungsprozess ein.¹⁶⁰ Nunmehr waren von den Dienststellen bzw. dem KAV erstellte Planungsgrößen (u.a. Leistungen, Personal, Kosten) Grundlage für die Zielvereinbarungen. Dem Gemeinderat wurde gemäß dem Statut des KAV jedoch weiterhin (nur) der Wirtschaftsplan vorgelegt.
- Während die Planung auf der Grundlage der doppelten Darstellung erfolgte, legte die Stadt Wien die Betriebs- und Investitionskosten-Zuschüsse weiterhin auf kameraler Basis fest.¹⁶¹
- Eine mittelfristige Planung gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht. Es lag jedoch ein Entwurf für die Jahre 2013 bis 2017 vor. Dieser Entwurf enthielt Planzahlen auf KAV-Ebene, nicht aber für das AKH.

(3) Die Medizinische Universität Wien schloss ab dem Jahr 2007 jeweils auf drei Jahre ausgerichtete Leistungsvereinbarungen mit dem BMWF ab, denen entsprechende mittelfristige Planungen zugrunde lagen. Wie unter TZ 29 dargestellt, war die Medizinische Universität Wien jedoch der Ansicht, dass wesentliche Annahmen (etwa eine mit der Stadt Wien abgestimmte Leistungsplanung und ein Ersatz der Personalkostensteigerungen durch den Bund) nicht eingetreten waren.

¹⁵⁹ Ansonsten wäre eine Bedeckung der Gehälter nicht möglich. Beim Sachaufwand enthielt der Wirtschaftsplan einen Wert von 328 Mio. EUR für 2008, die Prognose für 2007 lag jedoch bei 350 Mio. EUR. Protokolliert wurde, dass die Generaldirektion die Einhaltung des Wirtschaftsplans betonte, der Direktor der Teilunternehmung AKH einen Sachaufwand von 356 Mio. EUR für 2008 erwarte, jedenfalls aber Bemühungen zur Effizienzsteigerung vereinbart würden.

¹⁶⁰ Der Planungsprozess im KAV wurde im Rahmen der EFQM-Zertifizierung evaluiert und mit Committed to Excellence (1. Stufe EFQM) ausgezeichnet.

¹⁶¹ Der Wirtschaftsplan wies zwar eine Gliederung wie eine Gewinn- und Verlustrechnung auf, war aber auf Basis von kameralen Daten erstellt.



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

31.2 Der RH kritisierte, dass es keine gemeinsame oder zumindest abgestimmte Planung der beiden Rechtsträger gab.

Er kritisierte weiters, dass die Stadt Wien in den Wirtschaftsplänen regelmäßig zu niedrige Werte ansetzte und daher die Zielvereinbarungen nicht realistisch waren.

Die parallele Führung kameraler Vorgaben im Wirtschaftsplan und doppischer Vorgaben in den Zielvereinbarungen des KAV mit dem AKH hielt der RH für intransparent. So könnten durch Periodenverschiebungen die kameralen Vorgaben eingehalten werden, die doppischen jedoch nicht.

Der RH begrüßte die geplante Einführung eines mittelfristigen Planungsprozesses im KAV und wertete auch die mittelfristige Planung der Medizinischen Universität Wien grundsätzlich positiv. Er wies jedoch darauf hin, dass es für das AKH zur Zeit der Gebarungsüberprüfung weder seitens des KAV noch seitens der Medizinischen Universität Wien klare Vorgaben für die im AKH einsetzbaren Ressourcen gab.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die Budgetierung, die mittelfristige Planung und das Berichtswesen für die im AKH verwendeten Ressourcen künftig gemeinsam oder zumindest abgestimmt durchzuführen. Weiters wiederholte er auch hinsichtlich dieser Planungsinstrumente seine Empfehlung, die Mittel transparent darzustellen (TZ 22).

31.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass die Empfehlungen des RH bei der Bearbeitung der Themen Planung, Budgetierung und Berichtswesen im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ berücksichtigt würden.*

(2) *Das BMWF führte aus, die geforderte gemeinsame Budgetierung und mittelfristige Planung sowie das gemeinsame Berichtswesen wären aufgrund der unterschiedlichen Rechtsträgerschaft und der unterschiedlichen rechtlichen Ausgestaltung nicht realisierbar. Auch die empfohlene Darstellung in den Erläuterungen zu den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen sei „daher“ nicht direkt umsetzbar und betreffe im Übrigen nicht die Zuständigkeit des Ressorts des BMWF.*

Allerdings unterstütze das BMWF die Bemühungen der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, im Rahmen der abzuschließenden Zusammenarbeitsvereinbarung eine bessere Abstimmung der mittelfristigen Budgetierung (allerdings unter Bedachtnahme auf die Leistungsvereinbarung) zu erzielen.

Finanzielle Rahmenbedingungen

Die Empfehlung, die Ursachen der hohen Kosten und Möglichkeiten zu deren Reduktion zu prüfen, werde vom BMWF voll unterstützt. Es weise jedoch darauf hin, dass die Umsetzung der Empfehlung ausschließlich durch den Krankenanstaltenträger und nicht durch die Medizinische Universität Wien oder das BMWF durchgeführt werden könne.

- 31.4** Der RH begrüßte die gemeinsame Bearbeitung seiner Empfehlung durch die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien und die Zustimmung des BMWF zu einer verbesserten Abstimmung der mittelfristigen Planung.

Zur Stellungnahme des BMWF, eine gemeinsame Planung und Berichterstattung seien rechtlich nicht realisierbar, erinnerte er jedoch daran, dass die Aufgabe der Verbesserung der Zusammenarbeit im AKH nicht nur eine korrekte Vollziehung bestehender Vorgaben erfordert, sondern auch eine aktive (Mit)Gestaltung von Zusammenarbeitsformen und gegebenenfalls eine Anpassung der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dazu kommt dem BMWF als legislativ für das UG zuständigem und als zustimmungspflichtigem Ressort für einen Zusammenarbeitsvertrag eine besondere Verantwortung zu. Er wies in diesem Zusammenhang auch auf die jährlichen Gesamtkosten des AKH von rd. 2 Mrd. EUR hin und hielt eine etwaige gesonderte Regelung für die Planung und Berichterstattung aufgrund des besonderen Umfangs für angemessen.

Weiters war der RH der Ansicht, dass in den Erläuterungen zu den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen des Bundes durchaus zusätzliche Informationen zur Gesamtfinanzierung des AKH aufgenommen werden können (etwa die Höhe des vom Bund getragenen Aufwands für Universitätspersonal im klinischen Bereich oder der Anteil des Bundes an der Gesamtfinanzierung des AKH).

Gesamteinschätzung

- 32.1** Das Finanzierungssystem des AKH war intransparent (TZ 22, 23), bot keine Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung (TZ 24) und führte seit 1981 beinahe kontinuierlich zu Auseinandersetzungen zwischen dem Bund und der Stadt Wien (TZ 25). Das AKH hatte die bei weitem höchsten Kosten je LKF-Punkt (TZ 26). Aufgrund externer Einflüsse auf die Erlössituation und eines steigenden Zuschussbedarfs war es kaum selbstständig zu führen (TZ 27). Sowohl seitens des KAV als auch seitens der Medizinischen Universität Wien waren aufgrund finanzieller Engpässe Konsolidierungsmaßnahmen angekündigt bzw. eingeleitet (TZ 28, 29). Eine gemeinsame oder abgestimmte Planung existierte jedoch nicht (TZ 30, 31).



Finanzielle Rahmenbedingungen



Zusammenarbeit Bund – Länder im
Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

32.2 Der RH wiederholte daher seine Empfehlungen:

- Zunächst wäre Transparenz über die eingesetzten Ressourcen zu schaffen,
- auf Basis eines aussagekräftigen Wirtschaftlichkeitsvergleichs sollte eine finanzielle Zielsetzung für die Gesamtkosten entwickelt werden,
- darauf aufbauend wäre der jeweilige Anteil der Rechtsträger an diesen Gesamtkosten zu vereinbaren, wobei nach Auffassung des RH der Fokus dabei nicht auf der aufwendigen und bisher wenig erfolgreichen analytischen Ableitung des klinischen Mehraufwands liegen sollte, sondern auf einer einfachen Regelung, die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung zusammenführt und Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung des AKH bietet,
- schließlich wäre eine gemeinsame oder zumindest abgestimmte Planung einzurichten.

32.3 Das BMWF führte aus, dass eine Aufteilung der Mittelaufbringung nur nach den Grundsätzen des § 55 KAKuG, also im Rahmen des klinischen Mehraufwands erfolgen könne. Dazu würden aktuelle Bemühungen laufen, gemeinsam mit dem BMF eine Verordnung nach § 56 KAKuG zu erarbeiten. Der Anregung, dafür ein einfaches und kostengünstiges Verfahren zu regeln, werde vom BMWF gerne gefolgt. Auch der Empfehlung, auf eine möglichst hohe Übereinstimmung von Aufgaben-, Ausgaben- und Finanzierungsverantwortung zu achten, könne nur beigepflichtet werden. Gerade diese Vorgaben würden bei der Erarbeitung einer Verordnung nach § 56 KAKuG zu berücksichtigen sein.

Personal

Transparenz über das
eingesetzte Personal

Übersicht über die Beschäftigten im AKH

33.1 Im AKH waren im Jahr 2010 rd. 10.000 VBÄ beschäftigt. Die folgende Übersicht zeigt ihre Verteilung nach Berufsgruppe bzw. Beschäftigungsverhältnis.

Personal

Tabelle 17: Beschäftigte im AKH in VBÄ per 31. Dezember 2010

	Stadt Wien		Medizinische Universität Wien		Sonstige	Summe ²	VKMB	Gesamt
	Gemeindebedienstete	Schüler	Medizinische Universität Wien	Sondermittelbedienstete	Überlassene Arbeitskräfte			
Ärzte	14,27		1.555,64	1,00		1.570,91		1.570,91
Apotheker, Chemiker, Physiker	69,25		115,06	7,15		191,46		191,46
Hebammen	30,05	1,08				31,13		31,13
Gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege	2.673,83	161,42		2,00		2.837,25		2.837,25
Medizinisch-Technisches Dienstpersonal	753,89	26,12	190,81	50,53		1.021,35		1.021,35
Sanitätshilfspersonal, Pflegehelfer	228,58		33,72	33,99		296,29		296,29
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	686,06		283,03	154,51	146,46	1.270,06	n.v. ¹	1.270,06
Betriebspersonal	1.054,73		27,70	28,36	202,06	1.312,85	n.v. ¹	1.312,85
Sonstiges	292,26		30,64	2,57	133,31	458,78	n.v. ¹	458,78
Summe²	5.802,92	188,62	2.236,60	280,11	481,83	8.990,08	1.000	9.990,08

¹ Die VKMB stellte Mitarbeiter zur Verfügung, die unter Aufsicht der VKMB für die Technische Betriebsführung verantwortlich waren. Eine Zuordnung nach den Kategorien der Kostenrechnung des AKH erfolgte nicht.

² Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Teilunternehmung AKH

Die AKH-Bediensteten teilten sich auf mehrere Berufsgruppen und Beschäftigungsverhältnisse auf (in Tabelle 17 entsprechend der bereits vereinfachten Systematik der Kostenrechnung der Teilunternehmung AKH waren es neun Berufsgruppen und sechs Arten von Beschäftigungsverhältnissen, die 33 verschiedene Formen von Mitarbeiterverhältnissen bildeten). Die Personalbewirtschaftung des AKH war dementsprechend ausgesprochen komplex. Dies war u.a. auf folgende Umstände zurückzuführen:

- Es waren unterschiedliche Dienstgeber zu koordinieren: die Medizinische Universität Wien, die Stadt Wien sowie verschiedene Arbeitskräfteüberlasser.
- Innerhalb der Rechtsträger waren unterschiedliche Entscheidungsebenen beteiligt (z.B. Magistratsdirektion, Generaldirektion des KAV, Teilunternehmung AKH (siehe TZ 34)).

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

- Dabei waren verschiedene Dienstrechte zu beachten (z.B. Beamten- und Vertragsbediensteten-Dienstrecht sowie der Kollektivvertrag für Arbeitnehmer der Universitäten).¹⁶²
- Da die technische Betriebsführung auf die VKMB mit rd. 1.000 Mitarbeitern ausgelagert war, mussten deren Leistungen über den technischen Betriebsführungsvertrag gesteuert werden.
- Die Beschaffung, Administration und Integration der über Arbeitskräfteüberlassung rekrutierten Mitarbeiter unterlag eigenen Regelungen (Verträgen und Erlässen) (siehe TZ 37).
- Weiters war die Administration und Nachbesetzung der Sondermittelbediensteten zu vollziehen (siehe TZ 39).

33.2 Der RH wies darauf hin, dass im AKH im Jahr 2010 rd. 10.000 Mitarbeiter tätig waren. Es waren verschiedene Berufsgruppen, Dienstgeber und Dienstrechte zu koordinieren. Die Komplexität wurde weiter durch unterschiedliche Zuständigkeiten innerhalb der Rechtsträger, durch Arbeitskräfteüberlassungen und Sonderregelungen erhöht. Diese Rahmenbedingungen führten zu Ineffizienzen, für die der RH im Folgenden Beispiele darstellte (TZ 38 bis 46). Nach Auffassung des RH war eine deutliche Vereinfachung der Personalstruktur im AKH erforderlich.

Dies war in einigen Aspekten durch Maßnahmen innerhalb der jeweiligen Rechtsträger möglich (z.B. hinsichtlich der Arbeitskräfteüberlassung, der Sondermittelbediensteten bzw. der Aufgabenverteilung innerhalb der Rechtsträger). Eine wirklich umfassende Vereinfachung würde nach Ansicht des RH jedoch eine gemeinsame Betriebsführung erfordern.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine deutliche Vereinfachung der Personalstruktur im AKH umzusetzen.

33.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien teilte mit, die Umsetzung der Empfehlung des RH sei in Arbeit. Der RH habe richtigerweise auf das Erfordernis einer gemeinsamen Betriebsführung hingewiesen, die Medizinische Universität Wien bedauere jedoch, dass der RH keine grundlegende Empfehlung dazu ausgesprochen habe.*

¹⁶² Rund 30 % der Dienstnehmer der Stadt Wien waren Beamte, rd. 70 % Vertragsbedienstete. Bei der Medizinischen Universität Wien unterlagen rund zwei Drittel der Mitarbeiter dem Kollektivvertrag für Arbeitnehmer der Universitäten, rd. 25 % waren Beamte, rd. 10 % Vertragsbedienstete.

Personal

(2) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien teilten mit, die Sondermittelbediensteten würden in Abstimmung zwischen der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien schrittweise auf Dienstposten der Stadt Wien übernommen, wenn sie Aufgaben der Krankenbehandlung erfüllten, und auf Dienstposten der Medizinischen Universität Wien, wenn sie in der Forschung und Lehre beschäftigt werden sollen.

(3) Auch die Stadt Wien teilte mit, die Empfehlungen des RH würden umgesetzt. Die Stadt Wien führte weiters aus, dass bereits im Jahr 2012 die „Strategie zur Reduktion des Ressourceneinsatzes mittels Arbeitskräfteüberlassung im AKH Wien“ erarbeitet worden sei, die nun schrittweise zur Umsetzung gelange. Basis dafür sei ein Dokument aus dem Oktober 2012.

(4) Das BMWF führte aus, die Empfehlung der Herstellung wechselseitiger Transparenz über das im AKH beschäftigte Personal im Wege einer gemeinsamen Datenbasis und einvernehmlichen Ermittlung des Einsatzgebiets des nichtmedizinischen Personals werde vom BMWF grundsätzlich unterstützt.

Verteilung der Zuständigkeiten bei Bund bzw. Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien

34.1 (1) Die Teilunternehmung AKH war in die Verwaltungsorganisation der Stadt Wien eingebunden.

- Der Gemeinderat war u.a. für die Zuerkennung des Budgets und die Festsetzung des Dienstpostenplans zuständig.
- Dem Magistratsdirektor oblag grundsätzlich die gesamte Leitung des inneren Dienstes. Er delegierte mit Erlässen vom September 2001, vom März 2005 und vom März 2010 jeweils bestimmte Angelegenheiten an den KAV, z.B. die Entscheidung über die Besetzung bestimmter höherwertiger Dienstposten,¹⁶³ bestimmte Versetzungen und Änderungen des Dienstpostenplans in einem bestimmten Ausmaß.¹⁶⁴

¹⁶³ Hinsichtlich rechtskundiger Bediensteter, Kanzlei- und Fachverwaltungsdienstbediensteter wurden die Personalauswahl und Eignungsfeststellungen weiterhin vom Geschäftsbereich Personal und Revision in der Magistratsdirektion wahrgenommen.

¹⁶⁴ siehe dazu auch den Bericht des Kontrollamts der Stadt Wien KA-K-21/06 Tätigkeitsbericht 2007

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

- Der Generaldirektor des KAV hatte eine Richtlinienkompetenz, konnte Weisungen erteilen und Geschäftsfälle an sich ziehen.
- Die Teilunternehmung AKH selbst konnte z.B. Personalumschichtungen zwischen den Fachbereichen vornehmen (z.B. zwischen Kanzlei und Pflegehilfsdiensten), Nebenbeschäftigungen genehmigen und Dienstposten bestimmter Bewertungen umwandeln.

Innerhalb der Teilunternehmung AKH waren die Personalbefugnisse zwischen der Direktion der Teilunternehmung und den Direktoren der kollegialen Führung aufgeteilt.¹⁶⁵ Im Rahmen eines Projekts der Teilunternehmung AKH stellte ein externes Beratungsunternehmen im Jahr 2012 fest, dass die Arbeitsabläufe und die Abstimmung zwischen den Direktionen aufwändig, die Kommunikation verbesserungswürdig und die Prozesse uneinheitlich, fehleranfällig und teilweise ineffizient waren. Es sollten daher eine Reorganisation der Bereiche und die Zuordnung von klaren Verantwortungen erfolgen.

Die komplexe Zuständigkeitsverteilung führte zu Verzögerungen bei wichtigen Entscheidungen.

- So waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung in der Teilunternehmung AKH 25 % der Abteilungsleitungen in der Direktion der Teilunternehmung und der kollegialen Führung bereits zwischen einem und vier Jahren unbesetzt bzw. interimistisch besetzt. Dies betraf wesentliche Abteilungen wie bspw. die Personalabteilung, die Wirtschaftsabteilung und die Technische Direktion.
- Als Führungsprobleme im Bereich der Hebammen im AKH auftraten und mehrere Stellenausschreibungen für eine Stationshebamme erfolglos blieben, strebte die Teilunternehmung AKH die Aufwertung eines Stationshebammenpostens in einen Dienstposten für eine Oberhebamme an. Die Genehmigung durch die vorgesetzten Dienstbehörden und die Umsetzung dauerten letztlich rund ein Jahr.¹⁶⁶

(2) Die Medizinische Universität Wien war seit Erlangung der Vollrechtsfähigkeit im Jahr 2004 in Personalangelegenheiten weitgehend selbstständig; Zuständigkeiten des Bundes bestanden jedoch weiterhin hinsichtlich der Budgetzuteilung und beim Dienstrecht der Beamten

¹⁶⁵ Die Abteilung Personal war bei der Direktion der Teilunternehmung angesiedelt. Zusätzlich nahmen einzelne Fachbereiche, wie die Pflegedirektion und die Abteilung für medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe, in der ärztlichen Direktion Personalagenden wahr.

¹⁶⁶ Siehe dazu ausführlich den Bericht des Kontrollamts der Stadt Wien KA-K-10/10 vom Jänner 2012.

Personal

und Vertragsbediensteten (z.B. bei Vergütung und Dienstzeit). In Disziplinarangelegenheiten entschied die Medizinische Universität Wien über Disziplinaranzeigen, weitere Schritte lagen jedoch bei einer Disziplinarkommission beim BMWF. Die Vergütung der Kollektivvertragsmitarbeiter wurde in Tarifverhandlungen festgelegt, die auf Dienstgeberseite der Dachverband der Universitäten führte.

Aufgrund der dienstrechtlichen Vorgaben waren der Dispositionsfreiheit der Klinikleiter teilweise enge Grenzen gesetzt. Zum Beispiel wies ein Klinikleiter in seiner Personaleinsatzplanung einem Arzt weniger Journaldienste zu und setzte ihn verstärkt in der konservativen (statt der chirurgischen) Patientenversorgung ein. Der Arzt erwirkte einen Feststellungsbescheid des Amtes der Medizinischen Universität Wien, wonach er hinsichtlich der Anzahl der Journaldienste und seiner inhaltlichen Verwendung einzusetzen wäre wie zuvor. Andernfalls läge eine unzulässige Verwendungsänderung vor.

- 34.2 Der RH stellte fest, dass der KAV als Unternehmung zwar mehr Kompetenzen als andere Dienststellen der Stadt Wien hatte, aber mit einem privatwirtschaftlich geführten Unternehmen kaum vergleichbar war, da er hinsichtlich der Zahl der Dienstposten und ihrer Bewertung und Vergütung an die Vorgaben der Stadt gebunden war. Die Teilunternehmung AKH hatte noch weniger Möglichkeiten der selbstständigen Personalbewirtschaftung. Ihre Aufteilung der Personalagenden innerhalb der Teilunternehmung war ineffizient.

Die Medizinische Universität Wien hatte insbesondere bei Angestellten größere Selbstständigkeit in der Personalbewirtschaftung. Dennoch war auch sie in wesentlichen Elementen, insbesondere als Dienstbehörde für Beamte, in die Verwaltungsstruktur des Bundes eingebunden und in ihren Entscheidungen eingeschränkt.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, auch innerhalb der Rechtsträger die Zuständigkeiten zur Personalbewirtschaftung stärker zusammenzuführen.

Er empfahl der Stadt Wien weiters, aufbauend auf bestehende Vorarbeiten eine Neuorganisation der Personalagenden innerhalb der Teilunternehmung AKH vorzunehmen.

- 34.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien wies darauf hin, dass die Zahl der Beamten derzeit noch rd. 35 % der aus dem Globalbudget finanzierten Mitarbeiter ausmache, aber in den nächsten Jahren rasch abnehmen werde. Die Personalzuständigkeiten würden auf Seiten der Medi-*

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

zinischen Universität Wien daher künftig ausschließlich bei dieser liegen.

Im Übrigen hob sie hervor, dass wesentliche Aspekte des Personalwesens nur unzureichend mit einem Zusammenarbeitsvertrag erfasst werden könnten und verwies auf ihre Ansicht, dass eine Betriebsführungsgesellschaft notwendig wäre.

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass die Neuorganisation der Personalagenden innerhalb der Teilunternehmung AKH ein Konzept erfordere, das von der neu besetzten Leitung der Personalabteilung zu erarbeiten sei. Diesbezüglich werde ein entsprechender Auftrag erteilt werden. Die Umsetzung der Empfehlung des RH sei daher in Planung.

(3) Das BMWF kritisierte, dass der RH bei seiner Darstellung die geltenden dienst- und arbeitsrechtlichen Grundlagen, die an sämtlichen Universitäten gelten würden, nicht ausreichend in Betracht ziehe. Die vom RH empfohlene weitere Zusammenführung der Zuständigkeiten zur Personalbewirtschaftung stoße an die vom Beamtendienstrecht vorgegebenen Grenzen. Allfällige Änderungen seien nur durch Änderungen des entsprechenden Rechtsbestands, nicht aber im Bereich eines einzelnen Ressorts oder einer einzelnen Universität möglich.

- 34.4** Der RH erinnerte zur Stellungnahme des BMWF erneut daran, dass die Aufgabe der Verbesserung der Zusammenarbeit im AKH nicht nur die Vollziehung bestehender Vorgaben erfordert, sondern auch eine aktive (Mit)Gestaltung und gegebenenfalls eine Anpassung der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Gerade dazu kommt dem BMWF als legislatisch für das UG zuständigem und als zustimmungspflichtigem Ressort für einen Zusammenarbeitsvertrag eine besondere Verantwortung zu.

Der RH wies in diesem Zusammenhang auch auf die jährlichen Gesamtkosten des AKH von rd. 2 Mrd. EUR hin und hielt eine etwaige gesonderte Regelung für das AKH bzw. die Universitätskliniken angesichts dieses Umfangs für durchaus angemessen.

Datengrundlagen

- 35.1** (1) Eine gemeinsame Personalbewirtschaftung zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien fand nicht statt. Somit waren die Träger auf gegenseitige Meldungen angewiesen.

Personal

Die Medizinische Universität Wien meldete dem AKH bis inklusive 2009 für die Erstellung der Kostenrechnung das am AKH tätige medizinische und nichtmedizinische Personal und dessen Kosten. Ab dem Jahr 2010 änderte sie ihre Vorgangsweise und gab nur mehr die Zahl der Ärzte und deren Kosten bekannt. Sie begründete dies damit, dass die rd. 680 VBÄ nichtmedizinisches Personal (bzw. rd. 36 Mio. EUR Personalkosten) eigentlich nicht für die Krankenversorgung, sondern im Rahmen der Lehre und Forschung eingesetzt wären.

Die Teilunternehmung AKH führte dennoch in den Kostenrechnungen 2010 und 2011 auch dieses Personal an,¹⁶⁷ da sie der Ansicht war, dass durchaus im entsprechenden Umfang Tätigkeiten für die Krankenbehandlung vorlagen. Sie informierte im Jahr 2010 das BMG als Empfänger der Meldungen nach der Kostenrechnungsverordnung über ihr Vorgehen. Das BMG nahm das Vorgehen des AKH zur Kenntnis und begann Erhebungen bei allen Universitätskliniken über die Integration des Universitätspersonals in der Kostenrechnung der Krankenanstalten. Im Sommer 2012 lag noch keine endgültige Aussage des BMG vor, wie dabei vorzugehen war.

Für einzelne Berufsgruppen (z.B. medizinisch-technische Berufe) lagen detaillierte Aufzeichnungen vor, anhand derer eine Objektivierung der tatsächlichen Einsatzbereiche erfolgen könnte. Im Übrigen waren Stellenbeschreibungen verfügbar.

(2) Für den Betrieb des AKH war eine aktuelle Personalliste erforderlich, z.B. um die telefonische Erreichbarkeit sicherzustellen oder Mitarbeiterausweise für den Zutritt zum AKH zu erstellen.

Die Medizinische Universität Wien meldete entsprechende Daten schriftlich. Bereits 2009 ersuchte der ärztliche Direktor um elektronische Übermittlung, um eine Doppelerfassung bzw. erneute Dateneingabe bei der Teilunternehmung AKH zu vermeiden. Die Medizinische Universität Wien lehnte dies mit dem Hinweis ab, dass ein elektronischer Datenaustausch einer Regelung im Rahmen eines umfassenden Zusammenarbeitsvertrags bedürfe.

Hinsichtlich der Mitarbeiterausweise gelang am 30. Dezember 2010 für ein Jahr befristet eine Einigung auf elektronische Übermittlung bestimmter Daten (bspw. akademischer Grad und Organisationseinheit). Die elektronische Übermittlung der Telefonnummer und E-Mail-Adresse lehnte die Datenschutzkommission der Medizinischen Universität Wien ab. Im Mai 2012 ersuchte der ärztliche Direktor des AKH

¹⁶⁷ Sie ging dabei von den Meldungen der Medizinischen Universität Wien des Jahres 2009 aus und führte eine Inflationsanpassung durch.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

den Rektor der Medizinischen Universität Wien erneut um Unterstützung bei der Herbeiführung einer elektronischen Datenüberleitung.

- 35.2 Nach Ansicht des RH war es zur Führung des AKH für alle dabei beteiligten Rechtsträger unerlässlich, zu wissen, wer mit welchen Aufgaben im AKH tätig war. Abgesehen von operativen Aufgaben, wie z.B. der Erstellung eines aktuellen Telefonverzeichnisses, war auch eine Personalbedarfsplanung anders nicht möglich (siehe TZ 47 f.). Es war für den RH nicht nachvollziehbar, dass die Rechtsträger trotz des gesetzlichen Auftrags zur Zusammenarbeit (TZ 4 bis 7) keine Möglichkeit fanden, diese fundamentalen Daten auf pragmatische Weise auszutauschen.

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, wechselseitige Transparenz über das im AKH beschäftigte Personal herzustellen. Dazu wären das Einsatzgebiet des nichtmedizinischen Personals der Medizinischen Universität Wien (rd. 680 VBÄ) und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für den Personalbedarf des AKH einvernehmlich zu ermitteln.

- 35.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine gesonderte Personalbedarfserhebung von der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien definiert und freigegeben worden. Diese erfolge gemeinsam mit einem externen Partner.*

(2) Die Medizinische Universität Wien vertrat die Ansicht, die geforderte Transparenz könne durch elektronische Datenüberleitung aufgrund von Datenschutzproblemen nur durch eine gemeinsame Betriebsführung erreicht werden.

(3) Die Stadt Wien befürwortete eine erhöhte Transparenz durch wechselseitige elektronische Datenüberleitung.

(4) Das BMWF führte aus, dass die Ermittlung des Einsatzgebiets des nichtmedizinischen Personals der Medizinischen Universität Wien am AKH nur Gegenstand bzw. Ergebnis eines Verhandlungsprozesses zwischen beteiligten Rechtsträgern sein könne. Dabei werde zu berücksichtigen sein, dass ein Anteil des Personals der Medizinischen Universität Wien ausschließlich für Forschungszwecke eingesetzt werde. Die Kritik des RH an der bestehenden, unbefriedigenden Lage berücksichtige nicht die Tatsache unterschiedlicher dienst- bzw. arbeitsrechtlicher Grundlagen. Die Nennung des BMWF als direkter Adressat der Empfehlung sei nicht nachvollziehbar.

Personal

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

Verschiebungen im Personalstand

- 36.1** (1) Am 14. März 2011 übermittelte die Medizinische Universität Wien an den Bürgermeister der Stadt Wien ein Schreiben, in dem sie einen Mangel an Pflegepersonal kritisierte. Demgegenüber hätte sie in den letzten sechs Jahren den Ärztestand um 180 Dienstposten (12 %) erhöht. Trotzdem seien die Ärzte im AKH an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit.

Am 13. April 2011 erwiderte die Stadträtin für Gesundheit und Soziales, dass nach ihren Informationen der ärztliche Personalstand zunächst reduziert worden war. Nach einer zwischenzeitigen Erhöhung wolle die Medizinische Universität Wien nunmehr einseitig den Personalstand um 180 Dienstposten reduzieren. Dies sei keinesfalls zu akzeptieren, Einsparungen beim Pflegepersonal würden nicht stattfinden.

Der RH erhob daher die Entwicklung der Anzahl der Ärzte und des Pflegepersonals in den Jahren 2004 bis 2011.

(2) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der im Jahresschnitt im AKH eingesetzten Ärzte in VBÄ nach den Meldungen der Medizinischen Universität Wien für die Kostenrechnung der Teilunternehmung AKH.

Tabelle 18: Entwicklung der im AKH tätigen Ärzte 2004 bis 2011 in VBÄ								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	in VBÄ							
	1.564	1.431	1.426	1.436	1.452	1.438	1.556	1.569
	in %							
Veränderung		- 9	0	1	1	- 1	8	1

Quellen: Teilunternehmung AKH; Medizinische Universität Wien

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Die dabei auffallenden Veränderungen erläuterte die Medizinische Universität Wien wie folgt:

- Im Jahr 2005 musste die Medizinische Universität Wien befristet gewährte Dienstposten abbauen. Der Bund hatte im Jahr 2000 Dienstposten geschaffen, um das Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz umsetzen zu können. Diese Dienstposten waren jedoch bis 2005 befristet, da bis dahin der vermehrte Personalbedarf durch Effizienzsteigerungen aufgrund einer besseren Zusammenarbeit mit der Stadt Wien ausgeglichen werden sollte.
- In der Folge erhöhte die Medizinische Universität Wien die Anzahl der aus dem Globalbudget finanzierten Arztstellen um rd. 70.
- Im Jahr 2010 berücksichtigte die Medizinische Universität Wien erstmals auch aus Drittmitteln finanzierte Ärzte als versorgungsrelevant, wenn sie Journaldienste leisteten. Für frühere Jahre erfolgte keine Nachmeldung. Der starke Anstieg der Meldung im Jahr 2010 war daher vor allem durch eine geänderte Berechnungsweise bedingt.
- Im Übrigen sei es aufgrund der unterschiedlichen Gruppen der Bediensteten, aufgrund unterschiedlicher Vorgaben für die Erfassung und aufgrund von Wechseln in der IT–Unterstützung sehr schwierig, die Entwicklung der im AKH tatsächlich eingesetzten Ärzte exakt nachzuvollziehen.

Im Zuge der Sparmaßnahmen der Medizinischen Universität Wien sollten laut deren Finanzplanung 2011 bis 2013 wieder Dienstposten eingespart werden (TZ 29).

(3) Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung der VBÄ der im AKH eingesetzten Pflegekräfte im Jahresschnitt:¹⁶⁸

¹⁶⁸ Es sind nur die Mitarbeiter im Bereich der Pflegedirektion ausgewiesen. Darin nicht enthalten waren Personen, die zwar in der Kostenrechnungsklassifikation der Pflege zugewiesen, aber organisatorisch nicht der Pflegedirektion zugeordnet waren (z.B. Kardiotechniker, die der Abteilung für medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe in der ärztlichen Direktion unterstanden).

Personal

Tabelle 19: Entwicklung des Pflegepersonals 2004 bis 2011 in VBÄ								
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	in VBÄ							
	2.622	2.651	2.667	2.683	2.701	2.778	2.676	2.693
	in %							
Veränderung		1	1	1	1	3	- 4	1

Quelle: Teilunternehmung AKH

Auch dazu waren Besonderheiten anzumerken:

- Die Teilunternehmung AKH stellte ab 1. Jänner 2010 die Erfassung von Personen mit Beschäftigungsverbot wegen Mutterschutz um. Dadurch wies das AKH im Jahr 2010 um 78,5 VBÄ weniger Pflegekräfte aus.
- Im Laufe des Jahres 2009 beschäftigte die Teilunternehmung AKH bis zu rd. 90 Pflegemitarbeiter über dem Dienstpostenplan: Sie besetzte neben dem genehmigten Überstand von 42 Dienstposten auch Stellen nach, wenn Mitarbeiter aufgrund von Langzeitkrankenstand kein Gehalt mehr von der Stadt Wien erhielten. Ab dem Jahr 2010 erfolgte dies nicht mehr.
- In den Jahren 2010 und 2011 konnten mangels geeigneter Bewerber nicht alle Dienstposten sofort besetzt werden.

Eine Information zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien über die zur Interpretation der Daten nötigen Besonderheiten erfolgte nicht.

36.2 Der RH stellte fest, dass aufgrund von Änderungen in der Auswertungslogik bzw. mangelnden Zusatzinformationen (z.B. hinsichtlich der Berücksichtigung von Beschäftigungsverboten, hinsichtlich Drittmittelärzten und Langzeitkrankenständen) die gemeldeten Daten für den jeweils anderen Rechtsträger wenig aussagekräftig waren.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine gemeinsame Datenbasis zur Personalverwaltung zu erstellen und die Grundlagen der Berechnung und Darstellung (personalbezogene Kennzahlen) detailliert abzustimmen.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

36.3 (1) Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien führten aus, dass am 11. März 2013 mit dem AKH vereinbart worden sei, eine intensivere Zusammenarbeit im Bereich Personalverwaltung zwischen den beiden Personalverwaltungen aufzunehmen. Der Informationsaustausch werde um gemeinsam zu vereinbarende Personalkennzahlen erweitert werden.

(2) Die Stadt Wien merkte weiters an, die Leiterin der Personalabteilung der Teilunternehmung AKH sei bereits beauftragt worden, ein Konzept zur Einführung eines Personalcontrollings zu erarbeiten.

(3) Das BMWF führte aus, dass die empfohlene Schaffung einer gemeinsamen Datenbasis und die Abstimmung personalbezogener Kennzahlen integrierender Bestandteil des abzuschließenden Zusammenarbeitsvertrags sein könne. Die Nennung des BMWF als direkter Adressat der Empfehlung sei nicht nachvollziehbar, vielmehr sei ein Verhandlungsprozess zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien erforderlich.

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

Arbeitskräfteüberlassung

37.1 (1) Das AKH setzte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Sommer 2012 Mitarbeiter im Umfang von rd. 830 VBÄ im Wege der Arbeitskräfteüberlassung ein.¹⁶⁹ Es nutzte vier Vertragspartner, wobei teilweise jeweils bis zu drei Verträge gleichzeitig galten. Die Mitarbeiter waren sehr unterschiedlich eingesetzt, insbesondere in den Bereichen Reinigung, hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Pflegebereich, Transportdienste, Verwaltung, Kanzlei und IT.

(2) Über die Erhöhung der Zahl der überlassenen Arbeitskräfte und das dazugehörige Vergabeverfahren hatte das Kontrollamt der Stadt Wien bereits vor der Gebarungsüberprüfung des RH einen Bericht veröffentlicht. Es hatte insbesondere festgestellt, dass die Steuerungsfunktion des Dienstpostenplans durch die hohe Anzahl überlassener Arbeitskräfte abgeschwächt worden war.

¹⁶⁹ Nicht miteinbezogen wurden die Mitarbeiter der VKMB, die auf Basis des Technischen Betriebsführungsvertrags vom 6. Dezember 1991 im AKH tätig waren, sowie Sondermittelbedienstete.

Personal

(3) Ab Februar 2012 konnten ausscheidende überlassene Mitarbeiter aufgrund eines Erlasses der Magistratsdirektion nur nach Genehmigung des Magistrats der Stadt Wien im Wege der Generaldirektion des KAV ersetzt werden. Die Fluktuation der betroffenen Personen war jedoch sehr hoch (z.B. wechselten von 481 überlassenen Arbeitskräften im Bereich Betriebspersonal im Jahr 2011 rd. 224 bzw. 47 %). Im Juli 2012 waren nach Auskunft der Personalabteilung der Teilunternehmung AKH 50 Anträge auf Nachbesetzungen offen. Die entsprechenden Verzögerungen bei der Nachbesetzung verursachten im AKH operative Schwierigkeiten (siehe TZ 13). Ab September 2012 waren Ersatzabrufe aus der Arbeitskräfteüberlassung auf Basis eines Erlasses der Magistratsdirektion wieder ohne vorherige Genehmigung durch diese möglich.

(4) Im Juni 2012 legte das AKH ein Konzept zur Reduktion der überlassenen Arbeitskräfte vor. Demnach sollten rd. 100 VBÄ ins Eigenpersonal auf neu zu schaffende Dienstposten übernommen werden (insbesondere in für den Betrieb wesentlichen IT-Bereichen). Die Aufgaben von bis zu 450 VBÄ wären als externe Dienstleistung zu vergeben. Somit würden rd. 300 VBÄ in der Arbeitskräfteüberlassung verbleiben.

- 37.2** Der RH stellte zunächst fest, dass der Einsatz überlassener Arbeitskräfte die Komplexität der Personalbewirtschaftung im AKH weiter erhöhte. Er unterstrich die Wertung des Kontrollamts der Stadt Wien, dass die Deckelung des Dienstpostenplans durch die Nutzung von Arbeitskräfteüberlassung teilweise aufgeweicht worden war. Weiters führte der Ausweis des Aufwands der überlassenen Arbeitskräfte im Sachaufwand zu geringerer Transparenz hinsichtlich der Entwicklung des Personalaufwands im Vergleich der Jahre und im Vergleich zu anderen Einrichtungen.¹⁷⁰

Die Bindung aller Nachbesetzungen überlassener Arbeitskräfte an Einzelfallgenehmigungen der Magistratsdirektion hatte sich für eine effiziente Betriebsführung des AKH als ungeeignet erwiesen. Der RH begrüßte grundsätzlich die Strategie, die Zahl der überlassenen Arbeitskräfte wieder zu reduzieren. Die Umsetzung durch Vergabe von Dienstleistungsverträgen bzw. Schaffung eigener Dienstposten war jedoch noch offen.

¹⁷⁰ Der RH hatte in seinem Bericht „Kosten der medizinischen Versorgung im Strafvollzug“ (Reihe Bund 2012/3, TZ 36) kritisiert, dass der Ausweis von dauerhaft beschäftigtem Personal als Sachaufwand dem im Bundeshaushaltsgesetz niedergelegten Grundsatz der Budgetwahrheit widersprach.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Der RH empfahl der Stadt Wien, die geplante Reduktion der Zahl der überlassenen Arbeitskräfte konsequent umzusetzen und in die Gesamtpersonalplanung (TZ 47 bis 49) einzubetten.

- 37.3 Die Stadt Wien führte aus, dass bereits im Jahr 2012 die „Strategie zur Reduktion des Ressourceneinsatzes mittels Arbeitskräfteüberlassung im AKH Wien“ erarbeitet worden sei, die nun schrittweise zur Umsetzung gelange. Basis dafür sei ein Dokument aus dem Oktober 2012. Die Empfehlung des RH werde somit umgesetzt.

Beispiele für Probleme der Zusammenarbeit

Zusammenarbeit Pflegedienst und Ärzte

- 38.1 (1) Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) regelte in § 15, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung¹⁷¹ unter welchen Voraussetzungen durch Pflegepersonal ausgeführt werden durften.¹⁷²

(2) Im Jänner 2008 gab die Generaldirektion des KAV die Rahmenleitlinie „Medizin und Pflege“¹⁷³ vor. Demnach waren Vitalzeichenkontrollen (Atmung, Puls etc.), kapilläre Blutabnahmen, subkutane Injektionen, Spülen von peripheren Venenzugängen, Aufhängen und Wechseln von Infusionslösungen ohne Arzneimittelzusatz, Setzen von Dauerkathetern und Absaugen der oberen Atemwege grundsätzlich an den gehobenen Pflegedienst zu delegieren. Die Leitlinie war für die Ärzte im AKH nicht verbindlich, da diese dienstrechtlich der Medizinischen Universität Wien unterstanden.

¹⁷¹ § 49 Abs. 3 Ärztesgesetz: Der Arzt kann im Einzelfall an Angehörige anderer Gesundheitsberufe oder an in Ausbildung zu einem Gesundheitsberuf stehende Personen ärztliche Tätigkeiten übertragen, sofern diese vom Tätigkeitsbereich des entsprechenden Gesundheitsberufs umfasst sind. Er trägt die Verantwortung für die Anordnung.

¹⁷² Dieser „mitverantwortliche Tätigkeitsbereich“ umfasste z.B. die Verabreichung von Arzneimitteln, Blutentnahmen und Infusionen. Auch weitere ärztliche Tätigkeiten waren delegierbar, sofern sie vom Berufsbild des diplomierten Pflegepersonals umfasst waren, einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad aufwiesen und die entsprechende Ausbildung sichergestellt war. Dabei trug der anordnende Arzt die Verantwortung für die Anordnung und der Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege die Verantwortung für die Durchführung der angeordneten Tätigkeit.

¹⁷³ KAV-GED/2007. Diese basierte auf Ergebnissen des „Arbeitspakets 7“ des Projekts „Verbesserung der Ausbildungsqualität der Turnusärzte“ und verfolgte die Zielsetzung, die Qualität der medizinischen und pflegerischen Leistungen und die Formen der Zusammenarbeit der Berufsgruppen weiterzuentwickeln und festzulegen.

Personal

(3) Von April bis September 2008 erhob das AKH, dass das Pflegepersonal bereits rd. 50 % der in der Rahmenleitlinie genannten Tätigkeiten durchführte.¹⁷⁴ Das AKH vertrat die Ansicht, dass die Übernahme zusätzlicher Aufgaben durch die Pflege ohne Entlastung oder zusätzliche Pflegeposten nicht möglich wäre.

Beginnend mit September 2009 startete es für sechs Monate auf neun Pilotstationen¹⁷⁵ ein Projekt, bei dem das Pflegepersonal durch Etablierung von „Stationssekretärinnen“ von administrativen Tätigkeiten entlastet werden und dafür den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich übernehmen sollte. Im Februar 2010 berechnete das AKH für eine hausweite Implementierung einen Bedarf von 74,5 Dienstposten, die es mit überlassenen Arbeitskräften abdecken wollte. Aus budgetären Gründen wurden im Jahr 2010 die Stationssekretärinnen nur auf den Pilotstationen beibehalten. Auch für die Jahre 2011 und 2012 standen keine Mittel für eine hausweite Implementierung zur Verfügung.

In den Budgetgesprächen für das Jahr 2011 wies der KAV darauf hin, dass die Übernahme des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs in der Personalbedarfsplanung für das Pflegepersonal¹⁷⁶ enthalten sei. Die Pflegedirektion des AKH bestätigte das. Das Pflegepersonal sei aber durch administrative und hauswirtschaftliche Tätigkeiten überfrachtet.¹⁷⁷

Im Dezember 2011 führte das AKH eine weitere Ist-Stand-Erhebung des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs durch. Daraus ging hervor, dass die Pflege die Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs klinikweise in unterschiedlichem Ausmaß übernahm. Gesamt gesehen übernahm die Pflege rd. 38 %, die Ärzte übernahmen rd. 29 %, der Rest war nicht eindeutig zuordenbar.¹⁷⁸

Ende Jänner 2012 übergaben Assistenzarzt-Vertreter dem ärztlichen Direktor des AKH einen Entwurf für einen Erlass über die vermehrte Delegation des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sowie einen Vorschlag für die stufenweise praktische Umsetzung. Im März 2012 teilte die Rechtsabteilung des AKH der Pflegedirektion nach Anfrage

¹⁷⁴ z.B. rd. 10 % der Magensonden, aber rd. 90 % der Vitalzeichenkontrollen

¹⁷⁵ auf der Universitätsklinik für Unfallchirurgie und der Universitätsklinik für Innere Medizin I

¹⁷⁶ PPR, Methode zur Berechnung des Personalbedarfs im Pflegebereich (siehe auch TZ 49)

¹⁷⁷ Eine KAV-weite Messung im Jahr 2007 hätte gezeigt, dass für die Übernahme des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs rd. 40 zusätzliche Dienstposten notwendig wären. Weiters verwies die Pflegedirektion auf die positiven Erfahrungen aus dem Projekt Stationssekretärinnen.

¹⁷⁸ In vielen Fällen war die Delegation von der Tageszeit, der konkreten Arbeitsbelastung oder dem Zustand des Patienten abhängig.



Personal

BMW F

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

mit, dass eine Umsetzung der Rahmenleitlinie per Erlass nur möglich wäre, wenn die Übernahme der Tätigkeiten seitens der Pflege garantiert werden könnte.

Daraufhin teilte die Pflegedirektorin der Teilunternehmung AKH den Mitarbeitern schriftlich mit, dass die Entscheidung hinsichtlich der Übernahme von Tätigkeiten des mitverantwortlichen Bereichs den jeweiligen Mitarbeitern abhängig von den Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie den zur Verfügung stehenden Zeitressourcen obliege. Das Schreiben stelle keine Anordnung der verpflichtenden Durchführung dar, sondern diene zur Klarstellung der rechtlichen und ressourcenbezogenen Situation.

(4) Die Personalkosten der Ärzte im AKH waren im Durchschnitt rund doppelt so hoch wie jene des Pflegepersonals.

(5) Laut Auswertungen der Pflegedirektion lag der Anteil der Pflegehilfen am Pflegepersonal im Jahr 2010 bei rd. 5 % und im Jahr 2012 bei rd. 7 %. An der Universitätsklinik Innsbruck lagen die Zielwerte zwischen 20 % und 30 %.

38.2 Der RH merkte zunächst an, dass ein wirtschaftlicher Betrieb des AKH erforderte, dass die Berufsgruppen jene Tätigkeiten ausübten, die ihrem Qualifikationsprofil am besten entsprachen. Abgesehen von den akademischen Aufgaben der Ärzte wäre es schon aufgrund ihrer höheren Personalkosten wirtschaftlich, Tätigkeiten entsprechend der Rahmenleitlinie „Medizin und Pflege“ an das Pflegepersonal zu delegieren. Auch im Pflegebereich war der niedrige Anteil des Pflegehilfspersonals auffällig.

Der RH kritisierte, dass 2012 im Vergleich zum Jahr 2008 diesbezüglich keine wesentliche Verbesserung eingetreten war. Hinsichtlich der unterschiedlichen Einschätzungen der für einen optimierten Skill-Mix erforderlichen personellen Veränderungen (insbesondere die Frage eines zusätzlichen Bedarfs nach Pflegekräften) verwies der RH auf die grundlegenden Probleme des AKH bei der Personalbedarfsplanung (TZ 47 f.).

Der RH führte die Schwierigkeiten bei der Umsetzung auch darauf zurück, dass gegebenenfalls nötiges zusätzliches Pflegepersonal von der Stadt Wien zu bezahlen wäre, eine Entlastung der Ärzte jedoch der Medizinischen Universität Wien zugute käme. Für eine Umsetzung der ökonomisch gebotenen Maßnahmen war daher eine Gesamtbetrachtung nötig.

Personal

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, eine trägerübergreifend optimierte Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen festzulegen.

38.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass zur Zusammenarbeit zwischen Pflegediensten und Ärzten vonseiten der Medizinischen Universität Wien kein Beitrag geleistet werden könne. Die Übertragung geeigneter Tätigkeiten von Ärzten an Pflegepersonal sei sinnvoll, da Pflegepersonal letztlich das günstigere Personal darstelle.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass bereits an einem Konzept zur Umsetzung des § 15 GuKG gemeinsam mit der Medizinischen Universität Wien gearbeitet werde. Dieses setze jedoch voraus, dass die ökonomische Betrachtung der Maßnahmen trägerübergreifend erfolge.

Die Betrachtung des ökonomischen Gesamtnutzens werde nur möglich sein, wenn zukünftig die Finanzierung des klinischen Mehraufwands dahingehend angepasst werde, dass trägerübergreifende Maßnahmen einen Vorteil für beide Partner bringen müssten. Grundvoraussetzung für eine optimale Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen sei ein trägerübergreifendes und gemeinsam bewirtschaftetes Personalbudget im klinischen Bereich.

(3) Das BMWF war der Ansicht, die Umsetzung dieser Empfehlung falle in den ausschließlichen Zuständigkeitsbereich des Krankentragers. Ursache für die mangelnde Umsetzung der Maßnahme sei, dass die Stadt Wien kein zusätzliches Pflegepersonal zur Verfügung gestellt habe. Weder die Medizinische Universität Wien noch das BMWF könnten zur Umsetzung dieser Maßnahme beitragen. Die Thematik sei aber Teil des Projekts zur Gestaltung der „Universitätsmedizin Wien 2020“.

38.4 Der RH begrüßte, dass die Umsetzung seiner Empfehlung im Rahmen des gemeinsamen Projekts bearbeitet wird. Er hielt aber die Einstellung der Medizinischen Universität Wien und des BMWF, dass diese dabei keinen Beitrag leisten könnten, nicht für hilfreich. Er merkte erneut an, dass ein vermehrter Einsatz von Pflegepersonal seitens der Stadt Wien zur Entlastung der Ärzte der Medizinischen Universität Wien eine Gesamtbeurteilung der finanziellen Auswirkungen erforderte. Andernfalls kommt die Position des BMWF bzw. der Medizinischen Universität Wien der Erwartung gleich, dass die Stadt Wien einseitig in Vorleistung tritt. Er wies diesbezüglich auch auf seine Empfehlungen zu einer gemeinsamen Budgetierung und der Berücksichtigung der Anreizeffekte der Finanzierungssystematik des AKH hin.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Sondermittelbedienstete

39.1 (1) Im AKH waren im Jahr 2011 rd. 260 VBÄ „Sondermittelbedienstete“ tätig. Diese waren Mitarbeiter, für die aus historischen Gründen die Medizinische Universität Wien die Dienstgebereigenschaft innehatte und die Dienstaufsicht ausübte, jedoch die Stadt Wien die Kosten trug und die Fachaufsicht wahrnahm. Diese Mitarbeiter waren in allen Berufsgruppen eingesetzt: So entfielen im Jahr 2010 rd. 150 Sondermittelbedienstete auf Verwaltungs- und Kanzleipersonal und rd. 50 auf medizinisch-technisches Personal; auch ein Arzt und zwei diplomierte Pflegekräfte fielen in diese Kategorie.

(2) Aufgrund einer Entschliebung des Stadtkämmerers aus dem Jahr 1943 stellte die Stadt Wien Ambulanzgelder¹⁷⁹ den Kliniken zur Verfügung, damit diese während der Kriegswirren schnell und unbürokratisch agieren konnten. Sie stellten damit u.a. Mitarbeiter an, die dann zum Teil für die Forschung und zum Teil in der Versorgungsroutine tätig waren.

Seit 1995 waren diese Sondermittel in das Budget der Stadt Wien eingegliedert. Ein rechtsträgerübergreifender Kontrollbeirat¹⁸⁰ hatte die Aufgabe, ihre Verwendung zu kontrollieren.

Ab 1. Jänner 2004 – mit Eintritt der Vollrechtsfähigkeit – übernahm die Medizinische Universität Wien als Rechtsnachfolgerin der Kliniken die Arbeitsverträge der Sondermittelbediensteten, deren Administration sowie die Personalverwaltung und Lohnverrechnung. Die Finanzierung erfolgte weiterhin durch die Stadt Wien. Dienstgeber und Finanzierer fielen damit auseinander. Die Vertragspartner legten fest, dass die Fachaufsicht der Stadt Wien, die Dienstaufsicht aber dem jeweiligen Leiter der Organisationseinheit (einem Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien) obliege. Sie erwarteten, dass sich die Anzahl der Sondermittelbediensteten durch natürlichen Abgang kontinuierlich verringern werde. Nachbesetzungen regelten sie ausdrücklich nicht. Neue Sondermittelbedienstete wurden nicht mehr aufgenommen.

¹⁷⁹ Diese setzten sich zusammen aus der Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern, aus Ambulanzeinnahmen nicht sozialversicherter oder die Sozialversicherung nicht in Anspruch nehmender Patienten sowie aus Honoraren von Fremdlabors, die Aufträge an Kliniken gegeben hatten.

¹⁸⁰ Er bestand aus dem Rektor der Medizinischen Universität Wien, vier von der Stadt Wien entsandten Vertretern und drei vom Rektor der Medizinischen Universität Wien nominierten Vertretern.

Personal

(3) Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl (in VBÄ) und Kosten der Sondermittelbediensteten von 2005 bis 2011:

Tabelle 20: Anzahl und Kosten der Sondermittelbediensteten								
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Veränderung
	in VBÄ							in %
Anzahl	364,79	348,86	333,91	318,48	297,95	280,11	262,24	- 28
	in Mio. EUR							
Kosten	12,80	12,63	12,50	12,28	11,92	11,60	11,07	- 14

Quelle: Teilunternehmung AKH

(4) Aufgrund dieser Rahmenbedingungen kam es zu Problemen bei Nachbesetzungen.

- Je nach Aufgabengebiet in der Versorgungsroutine oder in der Forschung müsste entweder die Stadt Wien oder die Medizinische Universität Wien die Nachbesetzung vornehmen. Das überwiegende Aufgabengebiet sollte in einem Erhebungsblatt anhand der Stellenbeschreibung ermittelt werden, wurde aber oftmals von Dienst- und Fachaufsicht unterschiedlich gesehen.
- Da die Sondermittelbediensteten als Mitarbeiter der bis 2004 teilrechtsfähigen Kliniken keine öffentlich Bediensteten waren, würden bei einem Wechsel zur Stadt Wien Vordienstzeiten nur eingeschränkt angerechnet. Selbst bei frei werdenden Dienstposten bestand daher kaum ein Anreiz für die Sondermittelbediensteten, zur Stadt Wien zu wechseln.

Weitere Problembereiche zwischen dem AKH und der Medizinischen Universität Wien ergaben sich bei personellen Einzelentscheidungen (z.B. der Gewährung von Teilzeit, Anrechnung von Vordienstzeiten, Abfertigungen).

(5) Am 14. Dezember 2009 stellte die Medizinische Universität Wien dem AKH aus ihrer Sicht offene Forderungen aus Lohnkostenverrechnungen für Sondermittelbedienstete von rd. 340.000 EUR in Rechnung. Die Teilunternehmung AKH überwies diesen Betrag jedoch nicht. Im Februar 2010 übermittelte die Medizinische Universität Wien eine weitere Rechnung in Höhe von rd. 69.000 EUR. Die Teilunternehmung AKH überwies auch diese Summe nicht und begründete dies einerseits mit einem Rechenfehler in der Rechnung, andererseits mit der noch aus-

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

ständigen Klärung der Forderungen im Rahmen des klinischen Mehraufwands (siehe dazu TZ 25). Zur Zeit der Gebarungüberprüfung waren die Forderungen noch offen bzw. strittig.

- 39.2** Der RH stellte fest, dass die Trennung von Fach- und Dienstaufsicht und Finanzierungsverantwortung sowie das Fehlen von Regelungen zur Nachbesetzung von Sondermittelbediensteten zu vermeidbarem Verwaltungsaufwand und Ineffizienzen führten. Er begrüßte daher, dass keine neuen Sondermittelbediensteten mehr aufgenommen wurden.

Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, Fachaufsicht, Dienstaufsicht und Finanzierungsverantwortung hinsichtlich der Sondermittelbediensteten zusammenzuführen und bis dahin Fragen der Administration und Nachbesetzung einvernehmlich zu regeln.

- 39.3** (1) *Die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien teilten in ihrer Stellungnahme mit, dass eine intensivere Zusammenarbeit im Bereich Personalverwaltung insbesondere bei den Sondermittelbediensteten aufgenommen werde. Die Forderungen der Medizinischen Universität Wien betreffend Sondermittelbedienstete seien zwischenzeitlich vom AKH beglichen worden.*

(2) Das BMWF schloss sich der Ansicht des RH an, dass Fragen der Nachbesetzung und Administration einvernehmlich zu regeln seien. Die Empfehlung an den Adressaten BMWF gehe jedoch mangels Zuständigkeit und Befasstheit ins Leere.

- 39.4** Der RH begrüßte, dass alle drei Adressaten der Empfehlung die Ansicht des RH teilten.

Hinsichtlich der Stellungnahme des BMWF verwies der RH zunächst auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht. Er konkretisierte dies mit dem Hinweis, dass die Regelung der Nachbesetzung der Sondermittelbediensteten Auswirkungen auf die Personalbedarfsplanung der Medizinischen Universität und damit auf deren Budget hat. Dabei spielt das BMWF im Rahmen der Leistungsvereinbarung, aber auch im Rahmen der Festlegung des klinischen Mehraufwands und der Verhandlung einer Finanzierungsvereinbarung über das Jahr 2015 hinaus eine zentrale Rolle. Weiters wäre es Aufgabe des BMWF, als Auftraggeber für das Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ dafür Sorge zu tragen, dass die einvernehmliche Lösung der Fragen zu Administration und Nachbe-

Personal

setzung von Sondermittelbediensteten mit der notwendigen Priorität betrieben wird. Die Wahrnehmung, wonach es lediglich Aufgabe der anderen Kooperationspartner im AKH wäre, für diese Aufgabe Sorge zu tragen, kann daher vom RH nicht geteilt werden.

Ausübung der Fach- und Dienstaufsicht über Ärzte

- 40.1** Die Universitätskliniken waren Organisationseinheiten der Medizinischen Universität Wien und als solche deren Rektor unterstellt. Sie waren gleichzeitig Abteilungen der Krankenanstalt und als solche deren Führung unterstellt.¹⁸¹ Die Doppelzuordnung führte im Einzelfall zu Problemen:

Als ein Klinikleiter einem Facharzt im Jahr 2007 verbot, eigenverantwortlich Operationen durchzuführen, er ihn nicht mehr für Journaldienste einteilte und ihm 2008 den Patientenkontakt verbot, unterstützte der ärztliche Direktor des AKH diese Entscheidung.

Der Rektor der Medizinischen Universität Wien forderte den Klinikleiter dagegen auf, das Operations- und Journaldienstverbot zu revidieren und dem Arzt zu ermöglichen, seine chirurgischen Fähigkeiten zu erhalten. Im Jahr 2009 erteilte er dem Klinikleiter dazu eine schriftliche Weisung und wies auf disziplinarrechtliche Konsequenzen hin.

Im Jahr 2010 teilte der Klinikleiter dem ärztlichen Direktor des AKH mit, dass der betroffene Arzt seine Weisungen missachte. Der ärztliche Direktor ersuchte den Rektor, dieser möge als Dienstgeber den Arzt anweisen, die Festlegungen des Klinikvorstands zu beachten. Der Rektor erteilte dagegen erneut die Weisung, den Arzt in der Patientenversorgung einzusetzen.

- 40.2** Der RH hielt fest, dass die Tätigkeit am Patienten ein besonderes Vertrauensverhältnis erforderte. Er erachtete es als sehr problematisch, dass über die Einsetzbarkeit eines Facharztes über mehrere Jahre hinweg zwischen den Rechtsträgern keine Einigkeit erzielt werden konnte.

Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, in Zukunft die Maßnahmen der Dienst- und Fachaufsicht für Ärzte in Problemfällen zeitnah abzustimmen. Er wies darauf hin, dass die beste Möglichkeit dafür eine gemeinsame Personalführung darstellte.

¹⁸¹ gemäß § 7 Abs. 4 KAKuG

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

40.3 (1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass eine gemeinsame Personalführung letztlich nur im Rahmen einer Betriebsführungsgesellschaft funktionieren könne, bei der Dienst- und Fachaufsicht durchgehend gebündelt wären. Dieses Thema würde auch im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt.

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass zur Umsetzung der Empfehlung des RH zunächst das „Grazer Modell“ einer gemeinsamen Personalführung für Ärzte detailliert geprüft werde.

(3) Das BMWF war der Ansicht, dass „auch“ in diesem Fall ein einzelner Problemfall ohne konkrete Benennung einer Grundlage für eine allgemein formulierte Empfehlung herangezogen worden sei. Das BMWF sehe grundsätzlich eine zeitnahe Abstimmung der Ausübung von Dienst- und Fachaufsicht in Problemfällen als zielführend an. Eine geeignete Verbesserung der Kommunikation könne allerdings nur im abzuschließenden Zusammenarbeitsvertrag geregelt werden. Dienstrechtliche Vorgaben seien aber zu beachten.

40.4 Zur Stellungnahme des BMWF führte der RH aus, dass sein methodisches Instrumentarium in der Tat beinhaltet, aus einzelnen Problembeobachtungen allgemein formulierte Empfehlungen zu entwickeln. Diese Vorgehensweise ist zur Konkretisierung der Grundsätze der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit unerlässlich. Generelle Empfehlungen werden jedoch nicht – wie vom BMWF angedeutet – willkürlich ausgesprochen, sondern nur dort, wo sie von grundsätzlicher Bedeutung sind.

Die Möglichkeit, im ärztlichen Bereich des AKH durch abgestimmtes Vorgehen seitens der Dienst- und Fachaufsicht Problemfälle effektiv zu lösen, fiel nach Ansicht des RH eindeutig unter diese Kategorie. Die gewonnenen Eindrücke, z.B. im Bereich der Leistungssteuerung etwa in den Ambulanzen, bei den Nebenbeschäftigungen, der Jour-naldienst-Koordination, der Erfassung der Arbeitszeiten und Einhaltung der Arbeitszeitvorgaben sowie bei den Rahmenbedingungen für die Personalbedarfsplanung machten eine Empfehlung dazu nach Auffassung des RH unabdingbar. Der RH begrüßte daher, dass auch das BMWF eine zeitnahe Abstimmung der Ausübung von Dienst- und Fachaufsicht als zielführend ansieht.

Zur Betonung der Verpflichtung der Einhaltung dienstrechtlicher Vorgaben – auch wenn diese ein koordiniertes Vorgehen mit der Stadt Wien erschweren – nahm der RH den Hinweis auf die Verpflichtung zur Einhaltung der Gesetze zur Kenntnis. Er erinnerte jedoch daran, dass die Aufgabe der Verbesserung der Zusammenarbeit im AKH nicht

Personal

nur eine korrekte Vollziehung bestehender Vorgaben erfordert, sondern auch eine aktive (Mit)Gestaltung von Zusammenarbeitsformen und gegebenenfalls eine Anpassung der vertraglichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen. Dazu kommt dem BMWF als legislativ für das UG zuständigem und als zustimmungspflichtigem Ressort für einen Zusammenarbeitsvertrag eine besondere Verantwortung zu. Weiters war für den RH nicht direkt ersichtlich, warum die dienstrechtlichen Vorgaben es nötig machen sollten, mehrere Jahre für die Klärung der Einsatzbarkeit eines Facharztes zu verwenden.

Der RH bestätigte schließlich, dass Einzelfälle – auch aus Datenschutzgründen angesichts der Veröffentlichung seiner Berichte – nicht personalisiert, sondern anonymisiert dargestellt werden. Der konkrete geschilderte Fall war jedoch dem BMWF als oberste Dienstbehörde bekannt bzw. waren alle Details im Wege der Medizinischen Universität Wien für das BMWF zugänglich.

Journaldienste der Ärzte

- 41.1 (1) Nach § 3 des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes (KA–AZG) durfte die Tagesarbeitszeit 13 Stunden nicht überschreiten. Nach § 4 Abs. 1 KA–AZG konnten jedoch durch Betriebsvereinbarung längere Dienstzeiten zugelassen werden („verlängerte Dienste, Journaldienste“), wenn das aus betrieblichen Gründen notwendig war und die Dienstnehmer nicht durchgehend in Anspruch genommen wurden.¹⁸²

Die Medizinische Universität Wien hatte eine bis Juni 2013 gültige entsprechende Betriebsvereinbarung abgeschlossen. Danach waren die verlängerten Dienste („Journaldienste“) zusätzlich zur Normalarbeitszeit von 40 Stunden in der Woche zu leisten.¹⁸³

- (2) Die 172 täglich eingeteilten Journaldienste waren einerseits für den Betrieb der Krankenanstalt wesentlich, da sie die Anwesenheit von Ärzten in der Nacht und am Wochenende sicherstellten. Andererseits waren sie für die Ärzte ein wichtiger Gehaltsbestandteil und für die Medizinische Universität Wien ein Kostenfaktor. Im Jahr 2011 entfielen rd. 26 % des gesamten ärztlichen Personalaufwands auf die Ver-

¹⁸² Bei verlängerten Diensten durfte die maximale Arbeitszeit 32 Stunden, am Wochenende oder bei Beginn vor einem Feiertag auch 49 Stunden und maximal 72 Stunden die Woche im Durchrechnungszeitraum betragen. Die maximale Anzahl verlängerter Dienste im Monat wurde ab dem Jahr 1998 mit zehn pro Monat festgelegt, ab 2004 mit sechs.

¹⁸³ Die Lage der Normalarbeitszeit war nach Maßgabe der klinischen Notwendigkeit für jede Organisationseinheit gesondert festzulegen. Zum Beispiel gab es zur Optimierung der Auslastung bestimmter radiologischer Geräte „lange Dienste“ von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

gütung von Journaldiensten. Im Einzelfall konnten Journaldienste bis zu 40 % des Gehalts ausmachen.

Nach Auffassung der Medizinischen Universität Wien stellte die Tätigkeit der Ärzte im Journaldienst eine reine Leistung der Krankenversorgung dar, für Lehre oder Forschung sei sie irrelevant.

(3) Im November 2010 ersuchte der ärztliche Direktor des AKH die Klinikleiter zur Erfüllung der vorgegebenen Qualitätsstandards, u.a. um nähere Angaben zur Anwesenheitspflicht der Ärzte im Journaldienst. Der Rektor der Medizinischen Universität Wien wies die Klinikleiter darauf hin, dass solche Informationen nur vom Rektor angefordert werden könnten. Die vom ärztlichen Direktor erwünschte Darstellung solle daher nicht erfolgen.

Nach entsprechendem Ersuchen des ärztlichen Direktors an den Rektor übermittelte die Personalabteilung der Medizinischen Universität Wien eine Liste der Journaldienste. Aus dieser ging jedoch nach Auffassung des ärztlichen Direktors nicht ausreichend klar hervor, wann und wo welcher Arzt mit welchen Aufgaben Journaldienst hatte. Im Februar 2011 erklärte der Rektor, er würde weitere Informationen nur übermitteln, wenn sie in eine gemeinsame Leistungs- und Personalbedarfsdefinition einfließen könnten.

Anfang Dezember 2011 übermittelte der ärztliche Direktor dem Rektor den Vorschlag, den ärztlichen Personaleinsatz in der Journaldienstzeit durch Aufzeichnungen über Ort, Menge und Aufwand der Inanspruchnahme zu objektivieren. Die Informationen sollten beiden Rechtsträgern zur Verfügung stehen. In seiner Antwort wies der Rektor darauf hin, dass die Objektivierung des ärztlichen Personaleinsatzes in der Journaldienstzeit ausschließlich eine Angelegenheit der ärztlichen Krankenhausleitung sei. Er werde den ärztlichen Direktor aber mit Dienstanweisungen an die Klinikleiter unterstützen.

(4) Im Herbst 2010 plante die Medizinische Universität Wien nach Gesprächen mit dem BMWF über die Leistungsvereinbarung 2013 bis 2015¹⁸⁴ Einsparungen bei den Personalkosten. Im Jänner 2011 teilte der Rektor dies den Klinikleitern mit. Im Mai 2011 informierte er sie über die Absicht, die Journaldienste zu reduzieren und ersuchte sie, dazu Überlegungen anzustellen. Daneben beauftragte er eine zweistufige externe Studie, deren Ergebnisse im Oktober 2011 und Mai 2012 vorlagen. Demnach war eine kurzfristig umsetzbare Reduktion der

¹⁸⁴ Der Medizinischen Universität Wien wurde maximal das Budget der Vorjahre in Aussicht gestellt.

Personal

Journaldienste bei gegebenem Versorgungsauftrag nur in geringem Umfang möglich.

Im Oktober 2011 teilte der Rektor den Klinikleitern mit, dass 14 % der Journaldienste reduziert werden sollten. Dazu führte er die Kliniken zu sieben Clustern zusammen und beauftragte die „Clusterkoordinatoren“, bis 11. November 2011 konkrete Umsetzungsvorschläge zu machen. Ansonsten würde das Rektorat eine Aufteilung vornehmen. Die Klinikleiter protestierten dagegen und vertraten die Auffassung, dass ohne Gefährdung der Patientenversorgung keine Reduktionen möglich wären. Ende November 2011 entschied der Rektor selbst über die Verteilung der Journaldienst-Reduktionen. Der ärztliche Direktor unterstützte die Argumentation der Klinikleiter.

Weitere, medienwirksame Proteste der Klinikleiter, der Ärzte und des Betriebsrats fanden im Dezember 2011 ihren Höhepunkt. In Folge streckte das BMWF der Medizinischen Universität Wien bis Ende Juni 2013 jene Mittel vor (rd. 9 Mio. EUR), die durch die Reduktion der Journaldienste als Einsparung vorgesehen waren. Der Rektor nahm daraufhin die Streichung der Journaldienste zurück.

- 41.2** Angesichts der Bedeutung der Journaldienste für die Krankenversorgung und die Personalausgaben der Medizinischen Universität Wien hielt der RH ein zwischen den Rechtsträgern abgestimmtes und analytisch fundiertes Vorgehen für unabdingbar. Es war für ihn nicht nachvollziehbar, dass ein solches Vorgehen bisher nicht gelungen war.

Er empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, im Rahmen einer umfassenden Personalbedarfsplanung (siehe TZ 47 f.) auch eine bedarfsgerechte Form der Bereitstellung von ärztlichem Personal für Nacht- und Wochenenddienste zu regeln.

- 41.3** (1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, sie werde bemüht sein, diese Empfehlung bei der Durchführung der Personalbedarfsplanung für den ärztlichen Dienst zu berücksichtigen. Dies werde jedoch dadurch erschwert, dass jede Änderung der Betriebsstruktur, die mit einem Einkommensverlust verbunden wäre, vom Betriebsrat des wissenschaftlichen Personals strikt abgelehnt würde.

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass die Empfehlung des RH bei Durchführung der Personalbedarfsplanung für den ärztlichen Dienst berücksichtigt werde.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

(3) Das BMWF befürwortete eine aktualisierte Personalbedarfsplanung für das gesamte Personal. Es wies darauf hin, dass hinsichtlich der bedarfsgerechten Bereitstellung von Pflegepersonal innerhalb der Stadt Wien keine Einigkeit herrsche (TZ 49). Solange dies nicht geklärt sei, wäre die einvernehmliche Festlegung einer bedarfsgerechten Bereitstellung von ärztlichem Personal für die Nacht- und Wochenenddienste schwer realisierbar. Weiters gehe die direkte Adressierung der Empfehlung an das BMWF mangels Zuständigkeit – auch wegen der mangelnden Personalzuständigkeit – ins Leere.

- 41.4** Zur Stellungnahme des BMWF merkte der RH an, dass die Lösung der Probleme im AKH seiner Ansicht nach allgemein die Bereitschaft zu gemeinsamem, proaktivem Handeln erforderte. Das Warten auf Vorleistungen der anderen Kooperationspartner war dazu keine erfolversprechende Strategie. Er blieb daher bei seiner Empfehlung.

Abstimmung der Dienstzeiten und Auslastung der Mitarbeiter

- 42.1** Während Ärzte der Medizinischen Universität Wien in der Nacht Journaldienst leisteten, galt für Mitarbeiter der Stadt Wien in der Nacht in der Regel Schichtdienst. Dies führte zu Ineffizienzen. Der RH stellte dies auf Basis einer Auswertung der Teilunternehmung AKH am Beispiel der Operationsgehilfen dar:

Operationsgehilfen hatten eine Normalarbeitszeit von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr im Tagdienst und 19.00 Uhr bis 7.00 Uhr im Nachtdienst. Im Gegensatz dazu hatten die Ärzte der Medizinischen Universität Wien andere Normalarbeitszeiten (grundsätzlich 8.00 Uhr bis 16.00 Uhr) und verrichteten in der Nacht im Regelfall Journaldienst. Da bei Journaldiensten die Ärzte nicht durchgehend in Anspruch genommen werden durften, sollte der Operationsbetrieb der Behandlung von Akutfällen vorbehalten sein.

Die Auslastung der Operationsgehilfen lag von Jänner bis Juni 2012 im Tagdienst zwischen 73 % und 100 %, in der Nacht zwischen 17 % und 54 %. Eine geringere Besetzung in der Nacht war laut Teilunternehmung AKH nicht möglich, weil für Notfälle Personal vorgehalten werden musste.

- 42.2** Der RH stellte fest, dass es aufgrund unterschiedlicher Dienstzeiten zu ungünstigen Auslastungen im Bereich der Operationsgehilfen kam.

Personal

Der RH empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die Dienstzeiten im AKH besser abzustimmen. Er verwies weiters darauf, dass er die Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Krankenanstaltenbereich auch generell in seinen Vorschlägen und Anregungen zur Verwaltungsreform 2011 empfohlen hatte.¹⁸⁵

42.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, dass im Rahmen der gemeinsamen Maßnahme der Personalbedarfsberechnung und -einsatzplanung auch eine Abstimmung der Dienstzeiten berufsgruppenübergreifend durchgeführt werde. Die Stadt Wien fügte dem noch hinzu, dass eine Flexibilisierung des Personaleinsatzes im Krankenanstaltenbereich grundsätzlich positiv gesehen werde.*

(2) Das BMWF führte aus, eine derartige Regelung könne nur integrierender Bestandteil der abzuschließenden Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien sein. Die Adressierung dieser Empfehlung auch an das BMWF gehe mangels Zuständigkeit ins Leere.

42.4 Der RH begrüßte die von Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien angekündigte Umsetzung seiner Empfehlung.

Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH zunächst auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht. Er konkretisierte dies mit dem Hinweis darauf, dass das BMWF Auftraggeber eines Projekts ist, das u.a. auch der Vorbereitung einer Zusammenarbeitsvereinbarung dient. Das BMWF kann dabei etwa eine Zustimmung zu einem Projektergebnis bzw. einem Vertragsentwurf verweigern, wenn dieser Punkt nicht ausreichend gelöst ist. Es kann auch während des Projekts darauf einwirken, dass entsprechende Analysen und Regelungsentwürfe erstellt werden. Schließlich kann es im Rahmen seiner Aufgabe zur Finanzierung der Medizinischen Universität Wien auf der Nutzung von Effizienzpotenzialen durch eine verbesserte Abstimmung der Dienstzeiten bestehen. Es war dem RH daher unverständlich, warum das BMWF der Meinung war, diese Aufgabe und Verantwortung „mangels Zuständigkeit“ auf sich beruhen lassen zu können.

¹⁸⁵ vgl. RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschlag Nr. 286

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Erfassung der Arbeitszeit

- 43.1** (1) Die Medizinische Universität Wien verwendete für ihre Mitarbeiter im AKH¹⁸⁶ seit dem Jahr 2006 ein elektronisches Dienstplanmanagementsystem. Es unterstützte die Dienstplangestaltung, die Verwaltung der Abwesenheitszeiten¹⁸⁷ und über eine Schnittstelle die automatisierte Abrechnung von geleisteten Diensten.¹⁸⁸

Bei der Einführung hatte das Rektorat auch eine Zeiterfassung vorgeschlagen. Darüber gelang jedoch keine Einigung mit dem Betriebsrat. Im System war eine Echtzeiterfassung der Arbeitszeit daher nicht möglich.¹⁸⁹ Die im AKH beschäftigten nichtärztlichen Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien führten Gleitzeitabellen, die vom Vorgesetzten gegengezeichnet wurden.

In einem offenen Brief der Jungärzte im AKH sowie in einem Gesprächsprotokoll des Universitätsrats wurde der Vermutung Ausdruck verliehen, dass eine Aufzeichnung der tatsächlichen Arbeitszeiten (insbesondere der Forschungszeit) erhebliche Überschreitungen der Maximalarbeitszeit zeigen würde.

- (2) Die Stadt Wien erstellte für ihre Mitarbeiter im AKH die Dienstpläne ohne spezifische Softwareunterstützung, zum Teil mit handgeschriebenen Listen. Dies führte vor allem im Pflegebereich (Tag-, Nacht- und Wochenenddienste) zu einem erhöhten Zeitaufwand. Auch die Schnittstelle zur Verrechnung bzw. die Erfassung von Urlaubszeiten war dadurch aufwendig.

Die Teilunternehmung AKH startete im Jahr 2005 ein Projekt zur Einführung eines eigenen Systems;¹⁹⁰ aufgrund zahlreicher Verzögerungen war dieses im Jahr 2012 noch nicht in Betrieb.

¹⁸⁶ Ärzte, sonstiges wissenschaftliches Personal, technisches Personal, Krankenpflege, sonstiges nichtwissenschaftliches Personal

¹⁸⁷ wie z.B. Urlaub, Sonderurlaub, Krankenstand, Freizeitausgleich, Lichttage und diverse Freistellungen

¹⁸⁸ Journaledienst, Rufbereitschaftsdienste

¹⁸⁹ Einige Mehrleistungen konnten jedoch erfasst werden („P-plus und P-minus-Stunden“), insbesondere bei außergewöhnlichen Fällen gemäß § 8 KA-AZG (z.B. wenn die Betreuung von Patienten nicht unterbrochen werden konnte).

¹⁹⁰ für Gemeindebedienstete des AKH Wien, Bedienstete der Medizinischen Universität Wien, die aus Sonderrmitteln finanziert wurden und in der Versorgungsroutine tätig waren, sowie Personal des AKH aus der Arbeitskräfteüberlassung

Personal

Für die Mitarbeiter der Teilunternehmung AKH standen je nach Tätigkeitsbereich unterschiedliche Dienstformen zur Verfügung.¹⁹¹ Die Bediensteten waren zur Führung von Arbeitszeitaufzeichnungen verpflichtet.¹⁹²

- 43.2 Der RH kritisierte, dass die Medizinische Universität Wien für Ärzte keine umfassenden, das heißt auch die Forschungstätigkeit enthaltenden Arbeitszeitaufzeichnungen vorlegen konnte. Dies erschwerte nach Auffassung des RH sowohl den Nachweis der Einhaltung der Arbeitszeitvorgaben als auch die Erfassung der Kernaufgaben der Medizinischen Universität Wien (insbesondere der Forschung) sowie die Dienstaufsicht hinsichtlich der Überwachung der Vorschriften über Nebenbeschäftigungen und Nebentätigkeiten.

Der RH kritisierte weiters, dass die Teilunternehmung AKH die Dienstpläne manuell erstellte. Er wies darauf hin, dass auch in diesem Bereich keine Nutzung von Synergien mit der Medizinischen Universität Wien gelungen war.

Der RH empfahl der Medizinischen Universität Wien, eine sachgerechte Erfassung der für die Forschung eingesetzten Arbeitszeit sowie der Gesamtarbeitszeit zu ermöglichen. Er empfahl weiters der Stadt Wien, eine elektronische Unterstützung des Dienstplanmanagements zeitnah unter Nutzung etwaiger Synergien mit der Medizinischen Universität Wien einzuführen.

- 43.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien sagte zu, die Empfehlung bei den Verhandlungen über eine neue KA-AZG-Betriebsvereinbarung einfließen zu lassen. Die Etablierung eines Echtzeiterfassungssystems bedürfe aber der Zustimmung der Betriebsrats für wissenschaftliches Personal, der ein solches bisher abgelehnt habe. Eine detaillierte Aufzeichnung der für Forschungstätigkeiten eingesetzten Arbeitszeit sei im Hinblick auf den hohen administrativen Aufwand und die vielfach bestehende Verknüpfung von Patientenversorgung und klinischer Forschung inpraktikabel.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass die Einführung eines elektronischen Dienstplansystems in der Teilunternehmung AKH im Jahr 2013 abgeschlossen werde. Damit sei sichergestellt, dass sowohl der Einsatz des

¹⁹¹ z.B. Normaldienst-Blockdienst, Schichtdienst, Wechseldienst, gleitende Arbeitszeit, flexible Zeiteinteilung, Bereitschaftsdienste

¹⁹² Aufgrund der unterschiedlichen Arten der Arbeitszeitaufzeichnungen war für Teile der Belegschaft keine zusätzliche Dokumentation notwendig, andere mussten manuell Arbeitszeitaufzeichnungen führen (z.B. Gleitzeitaufzeichnungen (Stechuhr, Stempelkarten), Ist-Dienste laut Dienstplan).



Personal



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Personals elektronisch geplant als auch die tatsächlichen Anwesenheiten elektronisch verwaltet würden. Es bestehe grundsätzlich die Möglichkeit, das elektronische Dienstplansystem der Teilunternehmung AKH Wien auch für den ärztlichen Dienst der Medizinischen Universität Wien einzusetzen. Diesbezügliche Entscheidungen seien von dieser zu treffen.

- 43.4 Der RH merkte zur Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien an, dass eine Aufzeichnung von für Forschungstätigkeit eingesetzter Arbeitszeit nicht wesentlich komplexer ist als die im Wirtschaftsleben durchaus üblichen Aufzeichnungen für andere geistige oder kreative Leistungen (etwa Zeitaufzeichnungen freier Berufe). Er anerkannte grundsätzlich die Verknüpfung von Patientenversorgung und klinischer Forschung, wies jedoch darauf hin, dass das Ausmaß der für Forschungstätigkeit verwendeten Arbeitszeit eine wesentliche Kenngröße des UG ist und nach den Angaben der Medizinischen Universität Wien auch im Rahmen der Personalbedarfsplanung berücksichtigt werden soll. Nach Auffassung des RH macht aber die Definition einer Sollgröße nur Sinn, wenn ihr auch messbare Ist-Werte gegenübergestellt werden können.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz

- 44.1 (1) Im Jahr 1997 trat das Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz (KA–AZG) in Kraft. Es gab Obergrenzen für Tages-, Wochen- und Durchrechnungszeiten vor. Zur Überwachung der Einhaltung war das Arbeitsinspektorat zuständig, bei Verstößen waren – zum Teil erhebliche – Geldstrafen für den Dienstgeber vorgesehen. Nach § 12 Abs. 2 KA–AZG waren diese Strafbestimmungen jedoch nicht anzuwenden, wenn die Zuwiderhandlung von Organen einer Gebietskörperschaft begangen wurde. In diesem Fall war das oberste Organ der Gebietskörperschaft zu verständigen. Somit galten die Strafbestimmungen für die städtischen Krankenanstalten nicht, für die Medizinische Universität Wien erst seit der Ausgliederung 2004.

(2) Bereits im Jahr 2004 verwarnte das Arbeitsinspektorat den Rektor der Medizinischen Universität Wien hinsichtlich der Verpflichtung zur Einhaltung des KA–AZG. Im Jahr 2005 fielen die befristeten Dienstposten weg, die der Medizinischen Universität Wien im Jahr 2000 für die Einhaltung des KA–AZG gewährt worden waren (siehe TZ 36). Im Jahr 2007 stellte das Arbeitsinspektorat umfangreiche Verletzungen des KA–AZG insbesondere in einer Klinik fest.

Personal

Im August 2008 schlug ein Entwurf für eine Novelle zum UG vor, bei den Universitätskliniken die Verantwortung zur Einhaltung der Arbeitszeitvorgaben eindeutig beim Träger der Krankenanstalt anzusiedeln. Diese Neuregelung erlangte jedoch nicht Gesetzeskraft.

Im April 2009 beantragte das Arbeitsinspektorat beim Magistrat Wien eine Geldstrafe von 226.066 EUR gegen den Rektor. Das Magistrat stellte das Strafverfahren ein, das Arbeitsinspektorat legte Berufung ein. Der Unabhängige Verwaltungssenat Wien verurteilte den Rektor im Jänner 2010 zu einer Verwaltungsstrafe von rd. 45.000 EUR. Der Rektor erhob dagegen ein Rechtsmittel beim Verwaltungsgerichtshof (VwGH).

Er machte in dem Verfahren geltend, dass er auf den ärztlichen Dienst und die Diensterteilung des AKH keinen Einfluss habe. Es sei ihm nicht möglich, eine KA-AZG-konforme Dienstplangestaltung seitens der Klinikvorstände durchzusetzen. Er wäre daher nicht Dienstgeber im Sinne des KA-AZG. Nur die Stadt Wien habe Einfluss auf die Patientenströme und die Behandlungsabläufe (etwa durch Festsetzung von Operationszeiten).

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lag noch keine Entscheidung des VwGH vor.

(3) Bei einem ähnlichen Verfahren betreffend Verstöße gegen das KA-AZG an der Universitätsklinik Graz stellte der Magistrat der Stadt Graz das Verfahren im Februar 2009 mit der Begründung ein, dass die betroffenen Mitarbeiter zur Erfüllung der klinischen Aufgaben der Krankenanstalt nach § 29 Abs. 4 Z 1 UG verwendet worden seien und daher nicht dem Rektor, sondern dem Rechtsträger der Krankenanstalt zuzurechnen seien. Das Arbeitsinspektorat erhob keine Berufung.

(4) Abgesehen von dem seit 2007 laufenden Verfahren hatten Folgeprüfungen des Arbeitsinspektorats seit 2008 keine Beanstandungen ergeben. Die Personalabteilung der Medizinischen Universität Wien überprüfte die Meldungen aus dem im Jahr 2006 eingeführten elektronischen Dienstplanmanagementsystem auf Verstöße gegen das KA-AZG.

- 44.2** Der RH kritisierte, dass über die Zuständigkeit zur Überwachung der Einhaltung des seit 1997 geltenden KA-AZG seitens des Dienstgebers keine Klarheit herrschte. Er kritisierte weiters jene Ungleichbehandlung, wonach durch die Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien die Strafbestimmungen wohl im AKH anwendbar waren, nicht aber in jenen anderen Krankenanstalten, bei denen die Stadt Wien Dienstgeberin auch der Ärzte war.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, (gesetzlich) klarzustellen, wer für die Einhaltung der Bestimmungen des KA-AZG am AKH verantwortlich ist.

44.3 (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, die vom RH geforderte gesetzliche Klarstellung wäre begrüßenswert, erscheine aber unter den gegebenen Strukturen schwierig. Eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft würde jedoch Klarstellung bringen.*

(2) *Die Stadt Wien führte aus, dass dazu ein Verfahren beim Verwaltungsgerichtshof anhängig sei, dessen Ausgang abgewartet werde. Derzeit werde die Rechtsansicht vertreten, dass jeder Dienstgeber für sein Personal verantwortlich sei.*

(3) *Das BMWF unterstützte die Empfehlung des RH, wies jedoch darauf hin, dass die Umsetzung in den Zuständigkeitsbereich des für Fragen der Einhaltung der Arbeitszeitbestimmungen zuständigen Bundesministers falle.*

44.4 Hinsichtlich der Stellungnahme des BMWF verwies der RH zunächst auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht. Er konkretisierte dies mit dem Hinweis, dass bereits einmal eine Klarstellung versucht worden war, und zwar im UG, für das das BMWF zuständig ist. Wesentlich ist nämlich zur Klarstellung dieser Frage nicht (nur) eine Änderung des Arbeitszeitrechts, sondern (auch) der dienstrechtlichen Stellung der im klinischen Bereich der Universitätskliniken eingesetzten Mitarbeiter der Universitäten.

Nebenbeschäftigungen und Nebentätigkeit

45.1 (1) *Angehörige medizinischer Berufe, insbesondere Ärzte, hatten teilweise die Möglichkeit, erhebliche Zuverdienste durch Nebenbeschäftigungen (etwa Privatpraxen oder Tätigkeiten als Belegarzt etc.) zu erzielen. Es war jedoch im Interesse des Dienstgebers, nur solche Nebenbeschäftigungen zuzulassen, die den geregelten Dienstbetrieb nicht behinderten (z.B. durch Unterbrechungen des Regelbetriebs durch plötzliche Abwesenheiten oder durch Übermüdung) und auch sonst nicht den Interessen des Dienstgebers entgegen liefen (z.B. durch Konkurrenzierung). Nebenbeschäftigungen waren daher dem Dienstgeber zu melden und konnten von diesem untersagt werden.*

Personal

(2) Die Stadt Wien beurteilte Nebenbeschäftigungen im Einzelfall anhand der gesetzlichen Bestimmungen, ohne eine detailliertere generelle Regelung zu treffen.

Die Medizinische Universität Wien konkretisierte die gesetzlichen Vorgaben Mitte 2006 durch „Rahmenbedingungen für Nebenbeschäftigungen in Privatordinationen und Privatkrankenanstalten“. Nebenbeschäftigungen durften danach ausschließlich außerhalb der Kerndienstzeit bzw. eingeteilter Journaldienste erfolgen. Ein stundenweiser Verbrauch von Zeitausgleich in der Kernzeit war nicht möglich. Bei vollzeitbeschäftigten Ärzten war eine Nebenbeschäftigung in Privatordinationen und Privatkrankenanstalten nur bis maximal zehn Wochenstunden zulässig. Die Eröffnung einer Ordination mit Kassenverträgen war nicht zulässig. Die Vereinbarung galt für Meldungen von Nebenbeschäftigungen ab Mitte 2006, vorher gemeldete Nebenbeschäftigungen waren nicht erfasst.

(3) Bei der Meldung an den Dienstgeber mussten die Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien den geschätzten wöchentlichen Zeitbedarf angeben. Manche Mitarbeiter gaben – insbesondere wenn sie bereits knapp zehn Stunden an Nebenbeschäftigungen gemeldet hatten – nur noch sehr geringe Zeiten an. Eine Überprüfung war laut Angaben der Personalstelle teilweise nur schwer möglich. Die Medizinische Universität Wien kontrollierte die Angaben soweit möglich (z.B. verglich sie Ordinationszeiten laut der Homepage der Ärztekammer mit den Meldungen bzw. der Kerndienstzeit).

In Einzelfällen erlaubte die Medizinische Universität Wien ein Überschreiten der 10-Stundengrenze. Im Jahr 2007 entthob die Medizinische Universität Wien einen Klinikleiter u.a. wegen nicht gemeldeter Nebenbeschäftigungen seiner Funktion.

Die Medizinische Universität Wien erfasste Nebenbeschäftigungen in einer Datenbank. Eine Überprüfung durch den RH zeigte, dass die Datenbank Eingabefehler¹⁹³ enthielt und dass nicht mehr aktuelle Nebenbeschäftigungen weiterhin geführt waren. Daraufhin begann die Medizinische Universität Wien eine Aktualisierung der Datenbank.

¹⁹³ z.B. Angaben von 0 Wochenstunden für Nebenbeschäftigungen und unrichtige Klassifizierungen

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

(4) Zum 31. Dezember 2011 hatten rd. 54 % der Ärzte der Medizinischen Universität Wien mindestens eine Nebenbeschäftigung gemeldet. Von diesen Ärzten hatten rd. 52 % die Führung einer Privatordination gemeldet. Durchschnittlich arbeitete ein Arzt neben seiner wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden noch 4,7 Stunden im Rahmen seiner Nebenbeschäftigung. Bei teilzeitbeschäftigten Ärzten betrug das gemeldete Ausmaß der Nebenbeschäftigung durchschnittlich 6,7 Wochenstunden.

(5) Zur Abhaltung von Unterrichtseinheiten in Universitätslehrgängen schloss die Medizinische Universität Wien mit verschiedenen Ärzten Nebentätigkeitsvereinbarungen.¹⁹⁴ Darin regelte sie die Anzahl der Unterrichtseinheiten und das Honorar. Weiters legte sie fest, dass die Leistungen außerhalb der Dienstzeit zu erbringen waren. Der RH stellte in Einzelfällen fest, dass für diverse Vortragstage die Eintragung von Abwesenheitszeiten vom dienstlichen Betrieb unterblieben war.

(6) Im März 2003 ersuchte der ärztliche Direktor die Universität,¹⁹⁵ ihn über Nebenbeschäftigungen der Ärzte zu informieren. Für das AKH nachteilige Folgen solcher Nebenbeschäftigungen (z.B. Befangenheit bei der Erstellung von Wartelisten, bei der Patientenauswahl und der Zuweisungspraxis oder Einflussnahme auf die Produktauswahl bei medizinischen Geräten oder Verbrauchsmaterialien) könnten ohne Mitwirkung des Krankenanstaltenträgers nicht ausgeschlossen werden. Er ersuchte um gemeinsame Prüfung im Einzelfall.

Die Universität Wien hielt in einem Schreiben vom April 2003 fest, dass eine Meldung von Nebenbeschäftigungen an andere Stellen als die Dienstbehörde gesetzlich nicht vorgesehen und daher (auch datenschutzrechtlich) unzulässig sei. Die Interessen des Spitalsbetriebs würden aber mitberücksichtigt. Möglicherweise könne im Einvernehmen (auch mit dem Dienststellenausschuss) eine gemeinsame Lösung gefunden werden.

Der ärztliche Direktor wies nochmals auf die Notwendigkeit der Information hin (nur so könne z.B. bei Beschaffungsprozessen oder hinsichtlich einer Arbeitsüberlastung mit einem Haftungsrisiko eine Unvereinbarkeit geprüft werden). Die Rechtsabteilung des AKH wies darauf hin, dass die Ärzte funktional Organe der Stadt Wien seien und daher die

¹⁹⁴ Nebentätigkeiten (Tätigkeiten für denselben Dienstgeber außerhalb der regulären Dienstpflichten) waren von Nebenbeschäftigungen (Tätigkeiten als Selbstständiger oder für andere Dienstgeber) zu unterscheiden.

¹⁹⁵ Damals noch die Universität Wien; die Ausgliederung der Medizinischen Universität Wien erfolgte 2004.

Personal

Nebenbeschäftigungen zu melden wären. Im Jahr 2006 ersuchte der ärztliche Direktor die zuständige Stadträtin dazu um Unterstützung.

In weiterer Folge übermittelte die Medizinische Universität Wien Informationen zu den Nebenbeschäftigungen, die zwar die Beschäftigung, nicht aber die Person, die sie ausübte, enthielten. Der ärztliche Direktor bezeichnete diese Information gegenüber der Medizinischen Universität Wien als völlig unzureichend. Es sei ohne weiteres möglich, dass Nebenbeschäftigungen keine Konkurrenz mit dem Aufgabengebiet Forschung und Lehre hätten, sehr wohl aber mit dem Betrieb der Krankenanstalt. Personenbezogene Meldungen seien daher unverzichtbar. Die Medizinische Universität Wien erklärte jedoch, dies sei aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich. Die Rechtsabteilung des AKH stellte fest, es gebe keine ausdrückliche gesetzliche Grundlage für einen durchsetzbaren Anspruch des AKH gegenüber der Medizinischen Universität Wien. Der Themenbereich solle in einem Zusammenarbeitsvertrag gelöst werden.

In einem Entwurf für einen Zusammenarbeitsvertrag schlug die Stadt Wien 2008 vor, eine gemeinsame Kommission zur Genehmigung von Nebenbeschäftigungen einzurichten oder zumindest eine gegenseitige Konsultation sicherzustellen. Eine entsprechende Regelung kam nicht zustande.

- 45.2 Der RH hatte mehrfach restriktive Nebenbeschäftigungsregelungen für Ärzte empfohlen, um wirtschaftliche Nachteile der öffentlichen Krankenanstalten zu vermeiden.¹⁹⁶ Er bewertete die seitens der Medizinischen Universität Wien eingeführte Regelung daher grundsätzlich positiv, wies jedoch darauf hin, dass ihre Kontrolle nur teilweise möglich war. Er kritisierte, dass bezahlte Nebentätigkeiten in Einzelfällen in der Dienstzeit ausgeübt worden waren und die Datenbank über die Nebentätigkeiten nicht ausreichend aktualisiert worden war.

Es war für den RH weiters nicht nachvollziehbar, warum keine einvernehmliche Lösung zur Information der Stadt Wien über die Nebenbeschäftigungen der Ärzte erreicht wurde.

Der RH empfahl der Medizinischen Universität Wien, auf die Einhaltung der vertraglichen Regelungen bei Nebentätigkeiten zu achten und die Kontrolle der Nebenbeschäftigungen konsequent weiterzuführen.

Angesichts der aufgezeigten Mängel in der Handhabung der Nebenbeschäftigungen und Nebentätigkeiten sah der RH die Notwendig-

¹⁹⁶ siehe RH Reihe Positionen 2011/1, Verwaltungsreform 2011, Vorschlag Nr. 288 mit weiteren Nachweisen

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

keit eines rechtsträgerübergreifenden Vorgehens. Er empfahl daher dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die Genehmigung von Nebenbeschäftigungen auf Basis gegenseitiger Informationen abzustimmen.

45.3 (1) Die Medizinische Universität Wien führte aus, die Datenbank über die Nebenbeschäftigungen sei zwischenzeitlich aktualisiert worden. Kontrollen würden wie bisher stichprobenweise vorgenommen. Nebenbeschäftigungen für Beamte könnten nur schwer wirksam untersagt werden, da die Disziplinalgewalt nicht bei der Medizinischen Universität Wien liege. Der vom RH empfohlene Informationsaustausch mit dem AKH bezüglich Nebenbeschäftigungen werde von der Medizinischen Universität Wien angestrebt. Das damit verbundene Datenschutzproblem sei aber nur über eine Betriebsführungsgesellschaft klar lösbar. Dieses Thema werde auch im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt.

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass die Empfehlung des RH zustimmend zur Kenntnis genommen werde.

(3) Das BMWF wies darauf hin, dass die Medizinische Universität Wien hinsichtlich der angestellten Ärzte Vertragsfreiheit auf gesetzlicher Basis habe. Hinsichtlich der Beamten seien jedoch die Bestimmungen des Beamten–Dienstrechtsgesetzes primäre Rechtsquelle, die auch seitens der Medizinischen Universität Wien nicht zugunsten eines dritten Rechtsträgers eingeschränkt werden könnten.

45.4 Der RH begrüßte, dass das Thema des Informationsaustausches über Nebenbeschäftigungen im Rahmen des Projekts „Universitätsmedizin Wien 2020“ behandelt wird.

Er merkte zur Stellungnahme des BMWF an, dass gerade das Beamten–Dienstrechtsgesetz die Möglichkeit vorsieht, Nebenbeschäftigungen aus dienstlichem Interesse zu untersagen. Die vom RH genannten problematischen Konstellationen (z.B. Beeinflussung von Wartelisten oder Beschaffungsprozessen in der klinischen Arbeit) würden nach Auffassung des RH – jedenfalls im Falle einer gemeinsamen Budgetierung – durchaus finanzielle Risiken und Reputationsrisiken auch für die Medizinische Universität Wien darstellen. Weiters sollte es nach Auffassung des RH generell im Interesse der Medizinischen Universität Wien liegen, die Zusammenarbeit mit der Teilunternehmung AKH optimal zu gestalten. Der RH konnte daher in einer abgestimmten Beurteilung (d.h. einer Berücksichtigung auch von Interessen des Krankenanstaltenträgers) keinen Verstoß gegen das Beamtendienstrecht erkennen.

Personal

Zur Stellungnahme der Medizinischen Universität Wien merkte der RH an, dass ein Informationsaustausch unabhängig von der gewählten Rechtsform und Trägerschaft lösbar sein sollte. Die notwendige Zusammenarbeit und Koordination im Rahmen einer Universitätsklinik würde seiner Ansicht nach ausreichen, um das datenschutzrechtlich geforderte Kriterium einer sachlichen und verhältnismäßigen Rechtfertigung für die dazu nötige Verwendung der entsprechenden Daten zu erfüllen.

Fehlzeiten durch
Krankenstände

46.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die durch Krankenstände verursachten Fehlzeiten in der Teilunternehmung AKH im Vergleich mit jenen im KAV:

Tabelle 21: Durchschnittliche Krankenstandstage der Teilunternehmung AKH und des KAV 2011 in Tagen je VBÄ

Berufsgruppe	AKH	KAV	Abweichung AKH vom KAV	
	in Tagen je VBÄ		in %	
Betriebspersonal	39	36,7	2,3	6
Krankenpflegefachdienstpersonal	21,2	23,2	- 2	- 9
Medizinisch-technisches Dienstpersonal	17,4	19,4	- 2	- 10
Abteilungshilfen	44,1	38,6	5,5	14
Sanitätshilfsdienstpersonal	28,4	37,1	- 8,7	- 23
Pflegehilfen	35	38,1	- 3,1	- 8
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	25	20,6	4,4	21
alle Berufsgruppen	25,4	25,4	0	0

Quelle: KAV

Die erfassten Krankenstandstage waren im AKH und im KAV mit rd. 25,4 Tagen im Durchschnitt gleich hoch. Zwischen den Berufsgruppen waren sie sehr unterschiedlich (z.B. bei Abteilungshilfen rund doppelt so hoch wie bei medizinisch-technischem Personal). Österreichweit lagen die Krankenstände im Gesundheits- und Sozialwesen mit rd. 13,9 Tagen deutlich niedriger.

In einigen Berufsgruppen war von 2008 bis 2011 eine deutliche Erhöhung der Krankenstände zu verzeichnen, insbesondere bei den Abteilungshilfen von 33,8 Tagen auf 44,1 Tage und beim Verwaltungs- und Kanzleipersonal von 18,6 Tagen auf 25 Tage.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

(2) Aufgrund gestiegener Krankenstände machte der KAV 2006 Vorgaben für ein Fehlzeiten-Management.¹⁹⁷ Dazu gehörten eine regelmäßige Datenanalyse und Maßnahmen, die eine rasche Rückkehr in den Dienst sowie eventuelle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ermöglichen sollten, z.B. Krankenstandsrückkehr- und Informationsgespräche.

Das AKH setzte diese Instrumente nicht vollständig um. In der Organisationseinheit „Betriebsabteilung“¹⁹⁸ mit über 1.000 Mitarbeitern und durchschnittlich 39 Tagen krankheitsbedingter Fehlzeiten wurden im Jahr 2011 acht Krankenstandsrückkehrgespräche und zwei Informationsgespräche geführt. Eine Verwaltungsbedienstete war in den Jahren 2009 bis 2011 im Dauerkrankenstand, übte jedoch im Krankenstand eine Nebenbeschäftigung aus. Obwohl die Personalabteilung darüber bereits im Jahr 2009 informiert war, setzte sie keine Maßnahmen.

(3) Die Medizinische Universität Wien konnte wegen unzureichender IT-Unterstützung eine vergleichbare, umfassende Auswertung der Krankenstände mit vertretbarem Aufwand nicht erstellen.

Sie erfasste die versäumten Arbeitstage (also ohne Wochenende), die Stadt Wien dagegen die versäumten Kalendertage.

Ein gemeinsames Fehlzeiten-Management (z.B. durch regelmäßigen trägerübergreifenden Wechsel des eingesetzten Personals bei besonders belastenden Tätigkeiten) erfolgte nicht.

(4) Der RH analysierte die Krankenstandstage der Berufsgruppen in einer ausgewählten Klinik. Dabei zeigte sich, dass die der Medizinischen Universität Wien zurechenbaren Kanzleibediensteten im Jahr 2011 durchschnittlich sieben (Arbeits)Tage krankheitsbedingt fehlten, die Kanzleibediensteten der Teilunternehmung AKH im Durchschnitt rd. 22 (Kalender)Tage.¹⁹⁹

46.2 Der RH anerkannte die Bestrebungen des KAV, die krankheitsbedingten Abwesenheiten durch ein aktives Fehlzeiten-Management zu verringern. Er hielt jedoch kritisch fest, dass die Teilunternehmung AKH die dazu vorgesehenen Instrumente nicht vollständig umsetzte: In einem

¹⁹⁷ Sie traten am 1. Juli 2007 im gesamten KAV in Kraft.

¹⁹⁸ Sie war z.B. für Reinigungsdienste und Patiententransportdienste zuständig.

¹⁹⁹ Dies obwohl die Bediensteten der Medizinischen Universität Wien im Schnitt älter waren (rd. 43 Jahre, die Mitarbeiter der Teilunternehmung AKH im Schnitt rd. 39 Jahre). Die Tätigkeitsbereiche konnten durchaus unterschiedlich sein (es war nicht auszuschließen, dass patientenbezogene Administration und forschungsbezogene Administration unterschiedlich belastend für die Mitarbeiter waren).

Personal

Bereich mit über 1.000 Mitarbeitern und mit hohen durchschnittlichen Krankenständen waren im Jahr 2011 nur insgesamt zehn Gespräche geführt worden. Eine Mitarbeiterin konnte trotz Langzeitkrankenstand weiterhin eine Nebenbeschäftigung ausüben.

Der RH wies weiters darauf hin, dass die Erfassung der Krankenstände und die Möglichkeiten ihrer Auswertung bei der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien unterschiedlich waren. Angesichts der Unterschiede bei vergleichbaren Berufsgruppen in der betrachteten Klinik hielt er entsprechende Vergleiche für zweckmäßig. Gegebenenfalls könnten durch ein rechtsträgerübergreifendes Fehlzeiten-Management (z.B. durch trägerübergreifende Abwechslung bei besonders belastenden Tätigkeiten) insgesamt niedrigere krankheitsbedingte Fehlzeiten erreicht werden.

Der RH empfahl der Stadt Wien, die vorgesehenen Maßnahmen des aktiven Fehlzeiten-Managements (Datenanalyse, Rückkehr- und Informationsgespräche) konsequent umzusetzen. Er empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, ein gemeinsames Fehlzeiten-Management auf Basis rechtsträgerübergreifender Vergleiche anzustreben.

46.3 *(1) Die Medizinische Universität Wien führte in ihrer Stellungnahme aus, dass ein vergleichendes Fehlzeitenmanagement (rechtsträgerübergreifende Vergleiche) von beiden Seiten in Angriff genommen werde. Seitens der Teilunternehmung AKH sei – mit der Medizinischen Universität Wien als Kooperationspartner – ein Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert worden. Mit der Umsetzung werde in den Bereichen mit den höchsten Fehlzeiten begonnen.*

(2) Die Stadt Wien führte aus, dass der Leitung der Teilunternehmung AKH bewusst sei, dass die hohen Fehlzeiten für die zum Teil hohen Kosten der Leistungserbringung mitverantwortlich seien, und zwar vor allem in Bereichen mit niedrigem Qualifikationsniveau. Entsprechende Kennzahlen würden daher regelmäßig erhoben und mit den Führungskräften in Bezug auf Gegenmaßnahmen diskutiert. Im Bereich Wirtschaft, Finanzen und Technik fließe die Kennzahl „Fehlzeiten“ in die Zielvereinbarungen der Führungskräfte ein. Es werde immer wieder auf die Wichtigkeit von Krankenstands-Rückkehrgesprächen hingewiesen. Weiters sei ein Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert worden. Die Empfehlungen des RH würden somit umgesetzt.



Personal



Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

(3) Das BMWF führte aus, die Empfehlung des RH gehe hinsichtlich des BMWF mangels Zuständigkeit ins Leere. Inwieweit ein gemeinsames Fehlzeiten-Management Bestandteil einer Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien sein sollte, wäre im Verhandlungsweg zwischen diesen zu erarbeiten und in der Folge zu vereinbaren.

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

Personalbedarfsplanung

Allgemeines

- 47.1 (1) Nach der bestehenden Vertragslage hatte die Medizinische Universität Wien für die Krankenbehandlung im AKH das gesamte ärztliche Personal bereitzustellen. Das übrige Personal für den Krankenanstaltenbetrieb hatte die Stadt Wien bereitzustellen. Zur besseren Abstimmung der vorhandenen Ressourcen und zur Personalbedarfsplanung sollten regelmäßige Gespräche zwischen Medizinischer Universität Wien und der Leitung der Teilunternehmung AKH erfolgen.

(2) Vor Inbetriebnahme des neuen AKH Anfang bis Mitte der 1990er-Jahre erstellte die VAMED im Auftrag der ARGE AKH im Rahmen der Neuerrichtung des AKH und der damit verbundenen operativen Planung der Betriebsorganisation eine umfassende Personalbedarfsplanung für die Kliniken und klinischen Institute hinsichtlich aller Berufsgruppen.

(3) Seitdem gab es keine gesamthafte (und von Medizinischer Universität Wien und Teilunternehmung AKH gemeinsam durchgeführte) Personalbedarfsplanung für das AKH. Wie ausgeführt stellten sich seither jedoch wesentliche, rechtsträgerübergreifende Fragen der Betriebsorganisation mit Implikationen für die Personalausstattung, z.B. zur Auslastung des AKH (siehe TZ 11), zur Aufgabenverteilung zwischen den Berufsgruppen (siehe TZ 38), zur Anzahl der in der Nacht und am Wochenende anwesenden Ärzte (siehe TZ 41) oder zur Schwerpunktsetzung zwischen den Fachbereichen (siehe TZ 16). Wie im Folgenden darzustellen ist, gab es erhebliche Meinungsverschiedenheiten sowohl über die Zuständigkeiten (z.B. bei den Journaldiensten), die Methodik (z.B. PPR als retrograde Methodik, TZ 49) und die Ergebnisse der Personalplanung.

Personal

(4) Im Jahr 2012 holte das AKH verschiedene Angebote bei externen Beratungsunternehmen zu einer umfassenden Personalbedarfsplanung ein. Entsprechende Pläne waren zwar schon mehrfach formuliert (z.B. im Strategieworkshop 2008), jedoch nicht umgesetzt worden.

- 47.2** Der RH merkte kritisch an, dass die Festlegung der Anzahl der Mitarbeiter, ihres Einsatzgebiets und ihrer Einsatzart zentrale Fragen der Betriebsführung des AKH waren. Seit der Inbetriebnahme des AKH im Jahr 1994 waren bis zur Gebarungsüberprüfung rd. 18 Jahre vergangen. Wesentliche Elemente des Gesundheitswesens hatten sich fundamental geändert (z.B. Verweildauern, Möglichkeiten der ambulanten Betreuung, berufsrechtliche Rahmenbedingungen etc.). Der RH hielt daher eine erneute, gemeinsame Personalbedarfsplanung von Medizinischer Universität Wien und Stadt Wien für unerlässlich.

Der RH empfahl dem BMWF, der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien, die geplante gemeinsame Personalbedarfsplanung tatsächlich durchzuführen und dabei die notwendigen Voraussetzungen (insbesondere eine klare Definition der mit dem Personal zu bewerkstellenden Aufgaben (siehe TZ 15 f.)) zu beachten.

Der RH analysierte im Folgenden (TZ 48 und 49) die bestehende planerische Situation zu den beiden Berufsgruppen der Ärzte und des Pflegepersonals.

- 47.3** (1) *Die Medizinische Universität Wien führte aus, im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine Personalbedarfserhebung von der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien definiert und freigegeben worden. Diese erfolge gemeinsam mit einem externen Partner. Die Stadt Wien fügte dem hinzu, das Ausschreibungsverfahren für die Auswahl eines externen Partners sei im Laufen. Die Vergabe des Auftrags stehe noch bevor.*

(2) *Das BMWF befürwortete eine aktualisierte Personalbedarfsplanung für das gesamte Personal. Die direkte Adressierung der Empfehlung an das BMWF gehe jedoch mangels Zuständigkeit ins Leere.*

- 47.4** Der RH begrüßte die zur Umsetzung seiner Empfehlungen zugesagten Maßnahmen. Zur Stellungnahme des BMWF verwies der RH auf die unter TZ 7 ausführlich dargelegten Aufgaben und Verantwortungsbereiche des BMWF im Zusammenhang mit dem AKH und hielt seine Empfehlung daher aufrecht.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

Ärzte

48.1 (1) Das AKH nahm für die Ärzte generell keine Personalbedarfsplanung vor, da die Medizinische Universität Wien diese Berufsgruppe zur Verfügung zu stellen hatte. Die Medizinische Universität Wien wies wiederum in verschiedenen Gesprächen darauf hin, dass Grundlage einer Personalplanung die zu erbringenden Leistungen waren, die ausschließlich von der Stadt Wien vorgegeben würden. Eine systematische, umfassende Personalbedarfsplanung erfolgte daher von beiden Seiten nicht.

(2) Das Wr. KAG verpflichtete in § 15c die Rechtsträger von bettenführenden Krankenanstalten, regelmäßig den Personalbedarf, bezogen auf Berufsgruppen, auf Abteilungen und sonstige Organisationseinheiten, zu ermitteln und Soll- und Ist-Stand der Landesregierung jährlich bis spätestens 31. März zu berichten. Der KAV meldete daher der in Wien zuständigen Magistratsabteilung 40 jeweils den Dienstpostenplan und den Ist-Stand.

Auf Anfrage des RH teilte die in Wien zuständige Magistratsabteilung 40 mit, dass für die Jahre 2005, 2007 und 2008 kein entsprechender Bericht für das AKH im Wege der Generaldirektion des KAV eruiert werden konnte, dies sei jedoch anlässlich der Prüfung des RH nachgeholt worden. Es lägen daher nunmehr die Soll- und Ist-Stände des Gemeindepersonals vor. Für die Berufsgruppe der Ärzte schienen dabei sowohl im Soll- als auch im Ist-Stand die Gemeinde-Ärzte auf (2011 rd. 12 VBÄ), die im AKH tätigen Bundes-Ärzte dagegen nicht.

(3) Für die Medizinische Universität Wien lag die Personalplanung der Ärzte im Spannungsfeld zwischen dem Ist-Stand, den Anforderungen der Klinikleiter und dem in den Leistungsvereinbarungen vom BMWF zugesagten Budget.

(4) Im AKH waren rd. 84 Ärzte je 100 tatsächliche Betten im Einsatz. Ohne Berücksichtigung von Lehre und Forschung waren es rd. 65 Ärzte je 100 Betten, im Schnitt der Wiener Spitäler rd. 52 Ärzte.

Die Medizinische Universität Wien legte dem RH eine Berechnung eines externen Beraters vor (Datenbasis 2009), aus der abzuleiten war, dass die hohe Zahl der in der Krankenversorgung tätigen Ärzte (rd. 65 je 100 Betten) im Hinblick auf die große Zahl von Intensivbetten, die höheren Ambulanzfrequenzen und die erbrachten Leistungen gerechtfertigt war. Aufgrund dieser Umstände sei es aber auch unmöglich,

Personal

mit der Gesamtzahl der Ärzte einen Anteil für Forschung und Lehre von 30 % zu erreichen.²⁰⁰

Die Medizinische Universität Wien ließ weiters für einzelne Kliniken von externen Beratern Personalbedarfsanalysen durchführen. Eine im September 2007 durchgeführte Analyse der Universitätsklinik für Notfallmedizin stellte fest, dass die dort wie in anderen Kliniken übliche Diensteinteilung nicht optimal sei, da die Leistungsverteilung hohe Frequenzen am Nachmittag und an den Wochenenden zeige. Die Besetzung in der Normalarbeitszeit sei daher zu reduzieren, weiters wäre Verwaltungspersonal für administrative Tätigkeiten einzusetzen, die derzeit von Ärzten durchgeführt würden. Eine Personalbedarfsanalyse im Mai 2012 für die Innere Medizin I ergab aufgrund von Leistungserweiterungen einen Bedarf von 72 Stellen gegenüber den 62 Stellen, die im Jahr 1991 berechnet worden waren.

- 48.2** Der RH wies darauf hin, dass für die Berufsgruppe der Ärzte keine systematische Personalbedarfsplanung stattfand. Weder das AKH noch die Medizinische Universität Wien erachteten sich dafür zuständig. In der Vereinbarung vom Juni 2005 waren keine Gremien, Termine, Planungsmethoden etc. definiert.

Ohne genaue Personalbedarfsplanung der Stadt Wien für die Ressourcen zur Krankenversorgung und genaue Arbeitsaufzeichnungen für die Forschung seitens der Medizinischen Universität Wien war eine Einschätzung der insgesamt benötigten Ärzte sehr schwierig. Gleichzeitig war sie für die Bewertung des Anteils des Bundes bzw. der Medizinischen Universität Wien an der Finanzierung des AKH sowie für die Erfüllung der Aufgaben der Medizinischen Universität Wien (insbesondere des gesetzlich vorgesehenen Forschungsanteils von rd. 30 %) essentiell.

Der RH vertrat die Ansicht, dass die Stadt Wien als Rechtsträger des AKH – in praktischer Umsetzung der KAV bzw. das AKH selbst – verpflichtet wäre, eine entsprechende Personalbedarfsplanung für die Ärzte durchzuführen, um die im Wr. KAG normierte Bestimmung zur Meldung von Soll- und Ist-Stand zu erfüllen.

Er empfahl daher der Stadt Wien, in die Meldung nach § 15c Wr. KAG künftig auch jene Ärzte aufzunehmen, die die Medizinische Universität Wien zur Verfügung stellte. Weiters wiederholte er seine Empfehlung an das BMWF, die Medizinische Universität Wien und die Stadt Wien, eine gemeinsame Personalbedarfsplanung durchzuführen (TZ 47).

²⁰⁰ Wenn von rd. 84 Ärzten je 100 Betten rd. 65 für die Krankenversorgung arbeiten, verbleiben schon rein rechnerisch nur rd. 23 % für Forschung und Lehre.

Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien

48.3 Die Medizinische Universität Wien führte aus, im Projekt „Universitätsmedizin Wien 2020“ sei eine Personalbedarfserhebung von der Teilunternehmung AKH und der Medizinischen Universität Wien definiert und freigegeben worden. Diese erfolge gemeinsam mit einem externen Partner. Die Stadt Wien fügte dem hinzu, das Ausschreibungsverfahren für die Auswahl eines externen Partners sei im Laufen. Die Vergabe des Auftrags stehe noch bevor.

Pflege

49.1 (1) Für die Berechnung des Personalbedarfs für Pflegekräfte lagen für den Prüfungszeitraum KAV-weite Vorgaben zur Methodik vor (insbesondere Pflegepersonalregelung Wien (PPR) für Allgemeinpflegestationen, Kinder-PPR für Kinderabteilungen, Tägliches Intensiv-Pflegepunkte-System (TIPPS) für Intensivstationen). Zuständig für die Durchführung der Berechnung war die Teilunternehmung AKH.

Trotzdem war die Darstellung des Personalbedarfs gegenüber dem RH seitens der Generaldirektion des KAV und seitens der Teilunternehmung AKH sehr unterschiedlich.

(2) Die Teilunternehmung AKH legte dem RH ein Schreiben des Direktors der Teilunternehmung zum Personalbudget 2011 vor, das er am 25. Jänner 2011 dem Generaldirektor des KAV übermittelt hatte. In diesem stellte er den Antrag, dem AKH 523 zusätzliche Dienstposten (davon u.a. 280 für Pflege) sowie entsprechendes Budget zur Verfügung zu stellen, da ein entsprechender Bedarf bestehe.²⁰¹

Die Pflegedirektion des AKH legte dem RH Berechnungen für die Planung 2012 vor, nach denen für einen anzustrebenden Vollbetrieb²⁰² rd. 426 Pflegedienstposten fehlten.²⁰³ Die Pflegedirektion des AKH führte auf Ersuchen des RH auch eine Personalberechnung auf Basis der tatsächlich erbrachten Leistungen 2011 durch.²⁰⁴ Demnach ergab sich ein Fehlbedarf von rd. 66 Dienstposten.

²⁰¹ Zwei Tage später hatte er erläutert, dass er nicht davon ausgehe, dass der KAV diese Dienstposten unmittelbar zur Verfügung stellen könne. Dennoch bestehe der Bedarf.

²⁰² 85 % bis 90 % Auslastung bezogen auf die Anzahl der systemisierten Betten

²⁰³ Davon entfielen allein 170 Dienstposten auf die Abgeltung von Nachtschicht-Schwerarbeitsgesetz-Stunden. Laut Nachtschicht-Schwerarbeitsgesetz gebührt für jeden Nachtdienst ein Zeitguthaben im Ausmaß von zwei Stunden. Das Zeitguthaben ist spätestens sechs Monate nach seinem Entstehen zu verbrauchen und darf nicht in Geld abgelöst werden.

²⁰⁴ ausschließlich auf den Bedarf laut PPR (ohne Berücksichtigung der Abgeltung von Nachtdienststunden, Hochrechnung von Bettensperren, geforderte Leistungserweiterungen etc.) bezogen auf 85 % bis 90 % Auslastung und tatsächliche Betten

Personal

(3) Der KAV vertrat dagegen die Ansicht, dem AKH stünde (mindestens) ausreichend Pflegepersonal zur Verfügung. Zur Untermauerung dieser Aussage übermittelte er dem RH Kennzahlen für das erste und zweite Quartal 2012. Demnach hätte das AKH gemessen auf 100 tatsächliche Betten 159,2 VBÄ Pflegepersonal. Im Vergleich dazu läge das Wilhelminenspital bei 126,3 VBÄ.

Weiters sei jeder formal korrekte Antrag auf zusätzliche Dienstposten genehmigt (oder zur Genehmigung an die Magistratsdirektion weitergeleitet) worden. Auf Nachfrage des RH erläuterte der KAV, dass ein Antrag nur dann formal korrekt sei, wenn – neben einer nachvollziehbaren Begründung – eine entsprechende Bedeckung im Dienstpostenplan und im Personalbudget vorhanden sei. Wie viele nicht korrekte Anträge abgelehnt wurden, sei nicht statistisch erfasst worden. In Summe hätte das AKH 303 zusätzliche Postengenehmigungen seit 1995 erhalten.

Aus den vom Gemeinderat der Stadt Wien beschlossenen Dienstpostenplänen für die Teilunternehmung AKH ging hervor, dass diese von 1995 bis 2012 256 zusätzliche Pflegedienstposten bekam. Zudem hatte das AKH 80 „Überstands-Dienstposten“.²⁰⁵ Ab dem Jahr 2010 war dieser Überstand stufenweise in den systemisierten Dienstpostenplan durch Umwandlungen abzubauen.

(4) Im Jahr 2011 stellte eine externe Personalberatung anlässlich einer Überprüfung der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde fest, dass die vom AKH und vom KAV angewendete Methode der PPR für eine prospektive Personalplanung nicht geeignet sei, da sie retrospektiv ausgerichtet sei und die Algorithmen nicht nachvollzogen werden könnten.

49.2 Der RH kritisierte, dass innerhalb der Stadt Wien unklar war, ob ein Fehlbedarf von über 500 Mitarbeitern im AKH bestand oder nicht.

Der RH rief in Erinnerung, dass Voraussetzung für eine Personalbedarfsplanung ein konkreter Leistungsauftrag war (siehe TZ 10 ff.).

Als zweiter Schritt war eine klare Methodik erforderlich. Soweit vom KAV eine bestimmte Berechnungsform (die PPR) vorgegeben war und die Zuständigkeit zur Durchführung der Berechnung an die Teilunternehmung AKH übertragen war, würde die Logik der Aufbauorga-

²⁰⁵ Hier handelt es sich um eine 1992 erfolgte Akutmaßnahme der Aufstockung im Bereich des diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegebereichs. Diese Dienstposten galten jedoch nicht als systemisiert, sondern als Überstand.