

## **Anfrage**

der Abgeordneten Gabriela Moser, Freundinnen und Freunde  
an den Bundesminister für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft  
betreffend RH Tätigkeit 2014 AKH Wien

In seinem Tätigkeitsbericht 2014/16 kommt der Rechnungshof im Zuge von Nachfrageverfahren über den Umsetzungsstand der Empfehlungen als Instrument der Wirkungskontrolle bei einem durchschnittlichen Umsetzungsgrad von 51% im Bereich AKH (Zusammenarbeit Bund – Länder) zu folgender Schlussfolgerung:

Reihe Bund 2013/7

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

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

Daraus resultierten erhebliche Probleme bei der Leistungserbringung: Eine Vielzahl unterschiedlicher Prozesse, die weder personell, noch zeitlich, noch inhaltlich zwischen den Rechtsträgern abgestimmt waren, beeinflusste das klinische Geschehen im AKH. Die Balance zwischen Grundversorgung und primär akademisch orientierter Medizin blieb letztlich unklar. Im Vergleich zu den übrigen Wiener Krankenanstalten erhöhte Bettensperren verursachten zwischen 2005 und 2011 Kosten zwischen rd. 126 Mio. EUR und rd. 319 Mio. EUR. Eine rechtsträgerübergreifende Budgetierung, eine mittelfristige Planung oder ein gemeinsames Berichtswesen gab es nicht. Die Kosten des AKH waren bezogen auf die stationären Leistungen 30 % bis 60 % über jenen von Vergleichskrankenanstalten. Die Mittelaufbringung für das AKH war komplex und wenig transparent. Die Finanzierung setzte keine Anreize für eine sparsame, wirtschaftliche und zweckmäßige Führung und führte zu – seit 1981 fast kontinuierlich geführten – Auseinandersetzungen über den klinischen Mehraufwand. Es war absehbar, dass in Zukunft weniger Mittel zur Verfügung stehen werden.

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

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

Empfehlung		umgesetzt	zugesagt	offen
<b>BMWFW</b>				
1	Konsolidierung der bestehenden Verträge zur Zusammenarbeit			X
2	Ergänzung der Verträge um Vereinbarungen über Art und Umfang der Leistungen des AKH, die Gesamtfinanzierung, die Personalbereitstellung und Entscheidungsgremien			X
3a	Verhandlung der rechtlichen Strukturen der Zusammenarbeit gemeinsam mit den Eckpunkten der Finanzierung			X
3b	Frühzeitige Berücksichtigung der für eine tatsächliche Umsetzung maßgeblichen Faktoren			X
3c	Einbindung aller beteiligten Rechtsträger und maßgeblicher Hierarchieebenen in eine Projektstruktur			X
4	Ermittlung des wirtschaftlich sinnvollen Leistungsumfangs des AKH; Anpassung der vorgehaltenen Strukturen (z.B. die Anzahl der Betten) daran			X
5a	Vorgabe genauerer Kriterien für die als „Spitzen-“ bzw. akademische Medizin zu erbringenden Leistungen		k.A.	
5b	Festlegung der zu priorisierenden Fachgebiete		k.A.	
5c	Abstimmung des Vorgehens für die Zuordnung von Einzelleistungen zum AKH		k.A.	
5d	Konkrete Festlegung des überregionalen Versorgungsauftrags des AKH		k.A.	
5e	Genauere Festlegung der Zielgruppen für den ambulanten Bereich und der Art der Patientenbetreuung		k.A.	
5f	Festlegung von Kennzahlen zu Verschiebungen zwischen Routineversorgung und Forschung		k.A.	
5g	Schaffung von Möglichkeiten zur Anpassung dieser Vereinbarungen über Zielvorgaben für die Balance von Grundversorgung und akademischer „Spitzenmedizin“ an geänderte Bedürfnisse		k.A.	
6	Regelung der Verpflichtung zur wechselseitigen Interessenwahrung und einer Schiedsinstanz			X
7	Bessere personelle, inhaltliche und zeitliche Abstimmung der leistungsbezogenen Steuerungs- und Planungsprozesse			X
8a	Festlegung der dem AKH zur Verfügung gestellten Mittel für einen mittelfristigen Zeitraum und transparente Darstellung		k.A.	
8b	Prüfung der Ursachen der hohen Kosten insbesondere im Bereich der Infrastruktur und der Möglichkeiten zu deren Reduktion		k.A.	
8c	Priorisierung und Festlegung der notwendigen Reinvestitionen		k.A.	
9a	Stärkere Orientierung des Punktwerts in der LKF-Finanzierung an der Kostendeckung		k.A.	
9b	Ausreichende Vergütung ambulanter Leistungen, um Leistungsverchiebungen in den stationären Bereich zu vermeiden		k.A.	
9c	Leistungsorientierte Vergütung medizinischer Innovationen		k.A.	
9d	Möglichst kostendeckende Vergütung von überregionalen Leistungen		k.A.	
9e	Optimierte Vergütung der Vorhalteleistungen		k.A.	

Empfehlung	umgesetzt	zugesagt	offen
10a		k.A.	
10b		k.A.	
11a		k.A.	
11b		k.A.	
12a		k.A.	
12b		k.A.	
13a		k.A.	
13b		k.A.	
13c		k.A.	
13d		k.A.	
13e		k.A.	
13f		k.A.	
14		k.A.	
15a		k.A.	
15b		k.A.	
15c		k.A.	

Die unterfertigenden Abgeordneten stellen daher folgende

### **ANFRAGE**

Aus welchen Gründen kamen Sie den aufgezählten Empfehlungen 1, 2, 3a, 3b, 4, 5a, 5b, 5c, 5d, 5e, 5f, 5g, 6, 7, 8a, 8b, 8c, 9a, 9b, 9c, 9d, 9e, 10a, 10b 11a, 11b, 12a, 12b, 13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 14, 15a, 15b, 15c derzeit noch nicht nach?

*(Handwritten signatures and text)*