

Ratsempfehlung zur Zusammenarbeit der Medizinischen Universitäten und Universitätskliniken in Österreich

Hintergrund

Seit in Kraft treten des Universitätsgesetzes 2002 (UG) und der Ausgliederung der Medizinischen Universitäten im Jahr 2004 werden die Rahmenbedingungen zur Zusammenarbeit der Medizinischen Universitäten mit den Universitätskliniken immer wieder kontrovers diskutiert. An den drei bestehenden Standorten Medizinischer Universitäten – Wien, Graz und Innsbruck – fanden in diesem Zeitraum unterschiedliche Entwicklungen und Reformbemühungen statt, welche die Zusammenarbeit zwischen Krankenanstalenträgern und Universitäten regeln sollen. Eine nachhaltige Lösung für alle drei bestehenden Standorte konnte bisher nicht gefunden werden.

Zusätzlich wurde die Landschaft der österreichischen Medizin an Universitäten durch den Beschluss der Errichtung einer neuen Medizinischen Fakultät an der Universität Linz erweitert. Das zugrunde liegende Finanzierungsmodell soll eine langfristige Lösung für diesen Standort darstellen. Es ist jedoch in vollem Umfang nicht an den bestehenden Standorten Wien, Graz und Innsbruck anwendbar.

Ein Universitätsklinikum kann als Krankenanstalt definiert werden, dessen Betrieb ganz oder teilweise der Lehre und Forschung einer Medizinischen Universität dient. An den genannten Standorten sind sie als „Zentralversorger“ ebenfalls ein unverzichtbarer Partner für die PatientInnenversorgung. Diese Aufgabenverteilung spiegelt sich auch in der Verteilung der Kompetenzen im Bundesverfassungsgesetz wider, die den Bund für Wissenschaft

Rat für Forschung und
Technologieentwicklung

Pestalozziggasse 4 / D1
A-1010 Wien
Tel.: +43 (1) 713 14 14 – 0
Fax: +43 (1) 713 14 14 – 99
E-Mail: office@rat-fte.at
Internet: www.rat-fte.at

FN 252020 v
DVR: 2110849

und Forschung sowie Lehre, die Bundesländer aber für PatientInnenversorgung zuständig zeichnen.

Diese unterschiedliche Zuordnung von Kompetenzen und die damit verbundenen Interessen führten durch unterschiedliche Übergangs- und Zwischenlösungen an den drei etablierten Standorten zu unterschiedlichen Situationen.

Die dadurch geschaffenen mannigfaltigen Schnittstellenprobleme zeigen sich im täglichen Betrieb der Universitätskliniken vor allem in folgenden Bereichen:

- **Strategie:** Die unterschiedlichen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche der beiden Gebietskörperschaften führen zu unterschiedlichen Zielvorgaben und verhindern bzw. erschweren eine gemeinsame strategische Ausrichtung der Medizinischen Universität und des Krankenanstaltenträgers für ein Universitätsklinikum. Im extremen Fall kann man sogar von einer Zielantimonie sprechen.
- **Personalmanagement:** Die unterschiedlichen rechtlichen Dienstverhältnisse und das starre Dienstrecht des Öffentlichen Diensts verhindern und erschweren ein strategisches und operatives Personalmanagement mit dem Ziel eines ressourcenschonenden Personaleinsatzes.
- **Organisation:** Die – gesetzlich vorgeschriebenen – getrennten Strukturen zwischen Medizinischen Universitäten und Krankenanstaltenträgern schaffen doppelte Führungs- und Verwaltungsstrukturen, die sowohl im Bereich der Effektivität wie auch der Effizienz einen Optimierungsbedarf aufweisen.
- **Finanzierung:** Die Medizinischen Universitäten haben per Gesetz ihre Lehr- und Forschungsaufgaben im klinischen Bereich im Zusammenwirken mit öffentlichen Krankenanstalten zu erfüllen. Für die Wahrnehmung der Aufgaben von Lehre und Forschung im Rahmen der öffentlichen Krankenanstalten ersetzt der Bund den Krankenanstaltenträgern unter dem Titel „Klinischer Mehraufwand“ die Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung sowie beim Betrieb dieser Krankenanstalten ergeben. In Bezug auf die Finanzierung der Universitätskliniken kommt erschwerend hinzu, dass die Anstellungsverhältnisse der Ärzte in den Bundesländern unterschiedlich geregelt und Infrastrukturinvestitionen in den Bundesländern zwischen Bund und Ländern unterschiedlich aufgeteilt sind.

Die im UG festgehaltene Sonderbestimmung für Medizinische Universitäten, eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit beim Betrieb der einzelnen zum Klinischen Bereich der Medizinischen Universität bzw. Medizinischen Fakultät gehörenden und gleichzeitig einen Teil der öffentlichen

Krankenanstalt bildenden Organisationseinheiten zu schließen¹, wurde bisher nur am Standort Graz in einem Umfang umgesetzt, der gemeinsame Strukturen zur Führung der Organisationen ermöglicht und verwirklicht. Zwischen der Medizinischen Universität Wien und der Stadt Wien bzw. der Medizinischen Universität Innsbruck und der TILAK wurden kürzlich ebenfalls Vereinbarungen zur Zusammenarbeit getroffen. Auf Basis dieser kann nun ebenfalls eine Planung für die zukünftige Finanzierung und Führung der Medizinischen Universitäten und Universitätskliniken umgesetzt werden.

Diese Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen den Trägern der Krankenanstalten und den Medizinischen Universitäten ermöglichen aus Sicht des Rats für Forschung und Technologieentwicklung nun eine Reform der Zusammenarbeit trotz unterschiedlicher Ausgangssituationen an den Standorten. Selbstverständlich muss dieser langfristige Prozess durch geeignete Übergangsbestimmungen² begleitet werden. Im Zentrum der Definition der jeweiligen Kompetenzen sowohl auf Bundes- wie auf Länderseite sollte jedenfalls eine Steigerung der Leistungsfähigkeit der universitären Medizin in Österreich stehen, die durch eine erhöhte Transparenz in der Finanzierung unterstützt werden kann.

Empfehlungen

Prinzip eines dreistufigen Modells zur Ermittlung bzw. Abgeltung des Klinischen Mehraufwandes:

Die Medizinischen Universitäten haben per Gesetz ihre Lehr- und Forschungsaufgaben im klinischen Bereich im Zusammenwirken mit öffentlichen Krankenanstalten zu erfüllen. Den Rechtsträgern der Krankenanstalten ersetzt der Bund gemäß §55 KAKuG dafür jene Mehrkosten, die sich bei der Errichtung, Ausgestaltung und Erweiterung der zugleich dem Unterricht an Medizinischen Universitäten und Fakultäten dienenden öffentlichen Krankenanstalten aus den Bedürfnissen des Unterrichts ergeben. Dies schließt u.a. die Kosten der zu diesem Zweck herangezogenen Personen, medizinischen Geräte, Instandhaltung und Wartung (von Gebäuden), In-

¹ Universitätsgesetz 2002, §29 Z 5)

² Eine geänderte Form der Abgeltung des KMA könnte frühestens mit der Leistungsvereinbarungsperiode 2016-18 verhandelt und für eine Umsetzung in der darauf folgenden Periode vorbereitet werden. Bis dahin sind durch geeignete Übergangsbestimmungen insbesondere die PatientInnenversorgung, der klinische Betrieb, sowie die festgelegte Höhe der Ausgleichszahlungen im Rahmen des KMA seitens des Bundes für den gesamten Zeitraum zu garantieren. In diesem Zeitraum sind gegebenenfalls auch die dafür notwendigen Strukturen im Rahmen der Zusammenarbeitsvereinbarungen zwischen den Medizinischen Universitäten und Universitätskliniken zu modifizieren und adaptieren.

vestitionen sowie höhere laufende Kosten im Betrieb einer Universitätsklinik ein. Investitionskosten für Klinikneubauten bzw. – umbauten sollen weiterhin zwischen Bund und Land bzw. dem Rechtsträger der Krankenanstalten zusätzlich verhandelbar sein.

Zur Abstimmung der Finanzierung bzw. Abgeltung des KMA empfiehlt der Rat eine festgelegte Abfolge an Verhandlungen und Vereinbarung von Ergebnissen, die eine rechtzeitige und planbare Umsetzung der Aufgaben in Forschung und Lehre sowie zur PatientInnenversorgung ermöglichen.

Definition des Forschungs- und Lehrumfangs und der Personalplanung auf Bundesebene

Erster Schritt:

Verhandlung des budgetären Rahmens zur Abgeltung des KMA

Zuständigkeit: BMF – BMWFV

Der Rat empfiehlt die Höhe des Budgets für den Klinischen Mehraufwand an den Medizinischen Universitäten zwischen den beteiligten Ministerien im Vorhinein – für die nächsten beiden Leistungsvereinbarungsperioden – zu verhandeln und festzulegen.

Die inhaltliche Basis für die Verhandlungen bilden die Entwicklungspläne (u./od. medizinische Masterpläne) der Medizinischen Universitäten als Grundlage für die strategische Ausrichtung von Forschung (klinisch), Lehre und Patientenversorgung, die Umfang und Volumen der Forschungs- und Lehrtätigkeiten an den jeweiligen Standorten in Zusammenhang mit den Universitätskliniken definieren.

Das dafür zur Verfügung stehende Budget kann im Zyklus der Leistungsvereinbarungsverhandlungen für die Dauer von mindestens drei Jahren bestimmt werden. Es definiert den budgetären Rahmen für die Verhandlungen und Planungen zwischen den Medizinischen Universitäten und dem zuständigen Bundesministerium.

Zweiter Schritt:

Verhandlung der Lehr- und Forschungsschwerpunkte (Klinischer Bereich) und des dafür vorgesehenen wissenschaftlichen Personals

Zuständigkeit: BMWFV – Medizinische Universitäten

Der Rat empfiehlt die Anzahl des wissenschaftlichen Personals zu definieren, das für Forschung, Wissenschaft und Lehre eingesetzt werden soll sowie die Definition von Personengruppen mit unterschiedlichem Forschungs- und Lehraufwand.

Das – mit der Universitätsklinik in Zusammenhang stehende – Forschungsausmaß und die dafür zur Verfügung stehenden Personen können auf Basis des Entwicklungsplans (Masterplan) und der Leistungsvereinbarungen der Medizinischen Universitäten zusammen mit dem zuständigen Ministerium im Ausmaß des dafür zur Verfügung stehenden budgetären Rahmens definiert werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Verwendung und damit in Verbindung stehenden Forschungsleistung der Ärztinnen und Ärzte an einer Universitätsklinik, schlägt der Rat für die Berechnung der Mehrkosten aufgrund von Forschung und Lehre vor, drei Verwendungsgruppen (i) ÄrztInnen mit hoher Forschungs-/Lehraktivität, (ii) ÄrztInnen mit geringer Forschungs-/Lehraktivität und (iii) ÄrztInnen ohne spezielle Forschungs-/Lehraufgaben, zu definieren. Das Forschungs- bzw. Lehrausmaß in Relation zur Normalarbeitszeit ist für die jeweiligen Gruppen zu verhandeln. Die Regelung im UG³ kann dafür eine Grundlage bieten.

Die definierten Verwendungsgruppen und der damit verbundene Forschungs- und Lehraufwand stellen in Folge einen direkten Bezug für die Abgeltung des KMA dar (siehe Model zur Abgeltung des Klinischen Mehraufwands).

Die Anzahl an wissenschaftlichen MitarbeiterInnen in den definierten Gruppen (i und ii) wird dabei im Wesentlichen durch Forschung und Lehre vorgegeben, die Zugehörigkeit der MitarbeiterInnen (Ärztinnen und Ärzte) erlaubt jedoch eine flexible, etwa projektabhängige Zuordnung.

Die Grundlage dafür bilden der Entwicklungsplan und die Leistungsvereinbarungen der Medizinischen Universitäten mit dem zuständigen Ministerium.

³ §29(5) Die Medizinische Universität bzw. die Universität, an der eine Medizinische Fakultät eingerichtet ist, hat mit dem Rechtsträger der Krankenanstalt nach Zustimmung der Bundesministerin oder des Bundesministers unter Bedachtnahme auf die Leistungsvereinbarung gemäß § 13 eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit beim Betrieb der einzelnen zum Klinischen Bereich der Medizinischen Universität bzw. Medizinischen Fakultät gehörenden und gleichzeitig einen Teil der öffentlichen Krankenanstalt bildenden Organisationseinheiten zu treffen, die auch die wechselseitigen Leistungen und deren Bewertung enthält. In dieser Vereinbarung über die Zusammenarbeit ist auch festzulegen, dass Universitätsangehörige gemäß § 94 Abs. 1 Z 4 in ärztlicher oder zahnärztlicher Verwendung, die mit der Mitwirkung an der Erfüllung der Aufgaben der Organisationseinheiten des Klinischen Bereichs als Einrichtungen der Krankenanstalt beauftragt sind, in einem Durchrechnungszeitraum von 26 Wochen mindestens 30vH der Normalarbeitszeit dieser Universitätsangehörigen, bezogen auf die jeweilige Organisationseinheit, für universitäre Lehre und Forschung verwenden.

Dritter Schritt:

Verhandlung des für die PatientInnenversorgung zusätzlich notwendigen ärztlichen Personals.

Zuständigkeit: Land/KA

Der Rat empfiehlt den zusätzlichen Bedarf an ärztlichem Personal für die PatientInnenversorgung auf Grundlage der Anzahl an Ärztinnen und Ärzten gemäß ihrer Verwendungsgruppen zu bestimmen.

Das Land legt aufgrund des verfassungsmäßigen Auftrags das notwendige Personalvolumen zur PatientInnenversorgung fest. Die dafür notwendige Anzahl an Ärztinnen und Ärzten kann nun auf Basis der seitens der Medizinischen Universitäten (des Bundes) zur Verfügung gestellten Kapazität berechnet werden. Der in Schritt 2 festgelegte Anteil des Universitätspersonals für Forschung und Lehre definiert nun auch jenen Anteil, der für PatientInnenversorgung zur Verfügung steht (Differenz aus definiertem Forschungsanteil und Normalarbeitszeit).

Die zur Verfügung stehende Kapazität für die PatientInnenversorgung orientiert sich somit am festgelegten Forschungsvolumen bzw. durchschnittlichen Forschungsbedarf sowie dem Lehraufwand der Ärztinnen und Ärzte. Ein, in den Zusammenarbeitsverträgen vorgesehenes gemeinsames Personalmanagement der Medizinischen Universitäten und der Krankenanstalten kann dafür die Grundlage bilden um beides, PatientInnenversorgung sowie Forschung und Lehre als gemeinsame Aufgabe in der Entwicklung der Universitätskliniken zu fördern. Als Voraussetzung für eine flexible Personalpolitik gilt es hier eine transparente Stellenstruktur zu schaffen.

Als Planungszeitraum für den notwendigen ärztlichen Bedarf zur Aufrechterhaltung der PatientInnenversorgung im Kompetenzbereich der Länder, kann eine Leistungsvereinbarungsperiode (derzeit drei Jahre) herangezogen werden.

Auch der Österreichische Wissenschaftsrat hält in seiner Stellungnahme und Empfehlung zu Klinischen Mehraufwand (2012) u.a. fest, dass „das Leistungsangebot für die Krankenhäuser mit der Medizinischen Universität besprochen und abgestimmt werden müsste, dass es der Doppelfunktion LKH und Universitätskliniken gerecht wird. Der ÖWR hält weiter fest, dass über eine entsprechende Vereinbarung festgehalten werden kann, was die Krankenanstalten von den Universitätsmitarbeitern und Universitätsmitarbeiterinnen in der PatientInnenversorgung erwarten und welche Freiräume für Forschung und Lehre im Verhältnis zu den LandesärztInnen eingeräumt werden.“

Hinsichtlich der unterschiedlichen Anstellungssituation und Verwendung des ärztlichen Personals an den drei bestehenden Medizinischen Universitäten, empfiehlt der Rat, wie in den bereits geschlossenen Vereinbarungen zur Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Universitäten und den Krankenanstaltenträgern vorgesehen, die Implementierung gemeinsamer Leitungsgremien und ein gemeinsames Personalmanagement aufzubauen. Dadurch sollte zukünftig (i) die Definition gemeinsamer Ziele in Forschung und Lehre, (ii) die Entwicklung einer transparenten Personalstruktur und (iii) die Erstellung eines gemeinsamen Entwicklungsplanes, der Forschung, Lehre und PatientInnenversorgung gleichermaßen berücksichtigt, ermöglicht werden.

Abgeltung des Personalaufwands für Gesundheits- und Krankenpflege und technischer Infrastruktur

Der Rat empfiehlt in Analogie zu der empfohlenen Definition des Forschungs- bzw. Lehraufwandes im oben dargestellten 3-stufigen Modell, eine Koppelung der Abgeltung und Berechnung des KMA an die Personengruppen, die zu einem bestimmten Ausmaß für Forschung und Lehre definiert wurden.

Forschung, Wissenschaft und Lehre sind mit PatientInnenversorgung sehr eng verbunden. Eine vollständige Trennungsrechnung über alle Bereiche der laufenden Kosten ließe sich, wenn überhaupt, nur mit einem nicht zu vertretenden Verwaltungsaufwand herstellen und ist daher über weite Teile nicht sinnvoll. Die Abgeltung des klinischen Mehraufwandes sollte eine möglichst klare Vereinbarung und Regelung darstellen, die die Kosten für den zusätzlichen Personalaufwand (Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Personal für Technik und Verwaltung), verursacht durch Forschung und Lehre sowie die Bereitstellung technischer Infrastruktur (Raum, medizinisch-technische Geräte etc.), abdeckt.

Im Vordergrund sollte daher eine Einigung auf Pauschalsätze und gegebenenfalls Normsätze auf Grundlage von Modellrechnungen stehen^(4,5,6). Ebenfalls liegen an den Universitätskliniken Berechnungen vor, die als Grundlage für die Feststellung und Abgeltung des KMA dienen können.

⁴ Güntert, B. et al. 2004: 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 vom 12/2000, Langfassung 30.08.2004

⁵ Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes; RH ZI 001.509/038-Pr/6/00, S.21-29

⁶ Kriegel, J. 2005: Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus: Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre.

Modell zur Abgeltung des Klinischen Mehraufwands

Die Höhe des Kostenersatzes der für Mehrleistungen in der PatientInnenversorgung, für Forschungs- und medizinisch-technische Geräte, Verbrauchsgüter oder in der Verwaltung entsteht, wird durch den im Vorfeld definierten Forschungsanteil – Anzahl an ÄrztInnen mit bestimmten Ausmaß an Forschungs- und Lehrtätigkeiten – festgelegt. Steigt der Forschungs- bzw. Lehranteil, so erhöht sich damit der Anteil an den Kosten. Steigt hingegen der Aufwand für PatientInnenversorgung (ergäbe sich durch eine erhöhte Anzahl an ÄrztInnen ohne Forschung und Lehre bzw. mit geringer Forschungs- und Lehrverpflichtung) in Relation zur Forschung, so sinkt der Prozentsatz an den Betriebs- und Personalkosten und somit der anteilige KMA. Die Berechnung orientiert sich somit nicht an der „Grundversorgung“ für die PatientInnenbetreuung, sondern am tatsächlichen Mehraufwand für Forschung und Lehre.

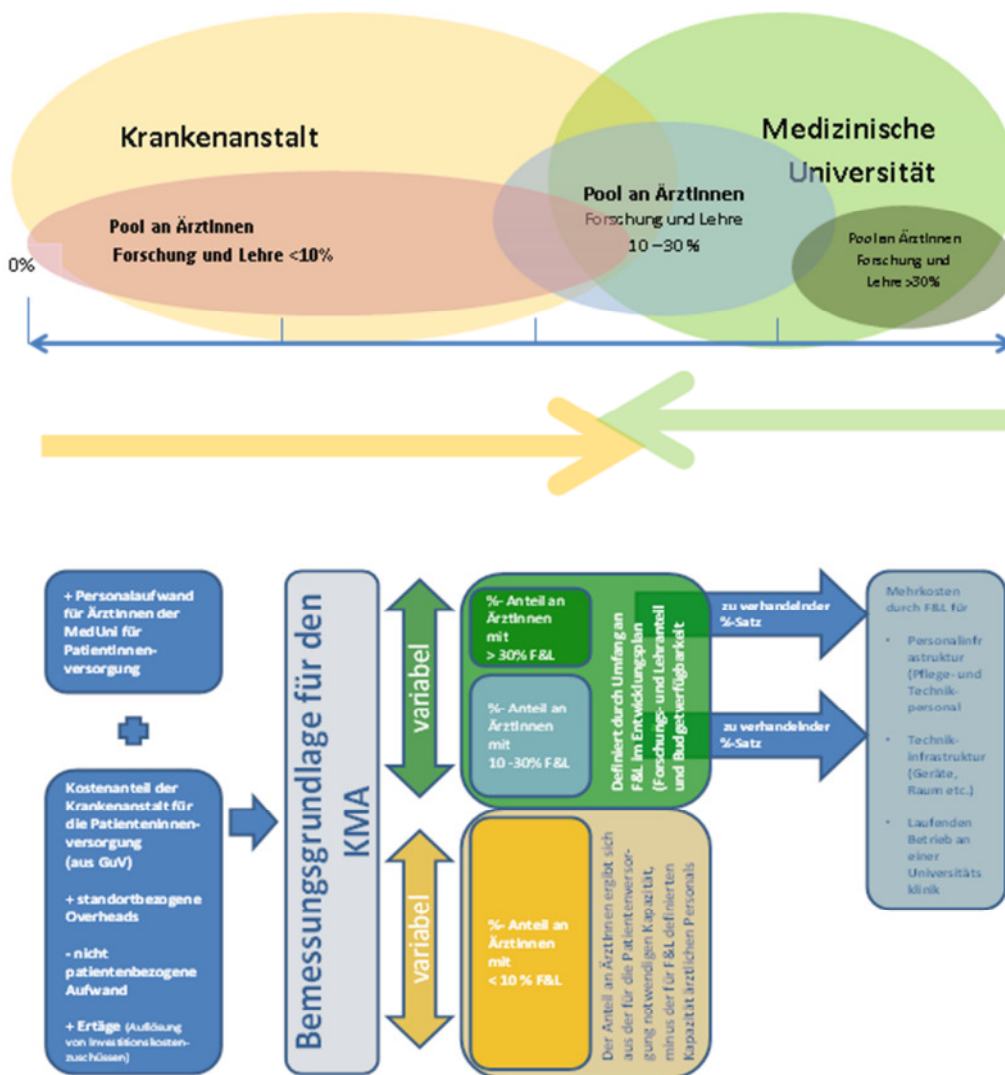


Abb. Modell zur Abgeltung des Klinischen Mehraufwandes an Medizinischen Universitäten und Universitätskliniken.

Die Bemessungsgrundlage für den KMA ergibt sich im Wesentlichen aus den Gesamtkosten des Universitätsspitals, die sich laut Gewinn und Verlustrechnung und bestimmten Zu- und Abschlägen ermitteln lassen.

Der Anteil an ÄrztInnen mit hoher und mittlerer Forschungs- und Lehrtätigkeit wird in der Entwicklungsplanung bzw. Strategie der Medizinischen Universitäten festgelegt und bildet einen variablen Anteil an ÄrztInnen, der Forschung und Lehre durchführt und somit für die Ermittlung des (bar-)KMA relevant ist. Zusätzlich werden dadurch die Ressourcen definiert, die seitens dieses ÄrztInnen-Pools für die PatientInnenbetreuung zur Verfügung stehen.

Für diese Gruppen ist ein jeweils fixer Prozentsatz an der Bemessungsgrundlage zu verhandeln, der die anteiligen Mehrkosten durch F&L für Personalinfrastruktur, Technikinfrastruktur und sonstige Kosten am laufenden Betrieb umfasst.

Für die Ermittlung des (bar-)KMA, wird der Anteil an ÄrztInnen, der im überwiegenden Maße (mehr als 90%) für die PatientInnenversorgung zuständig ist, nicht herangezogen.

Erhöht sich das Forschungsvolumen (Anzahl an Personen mit definiertem Forschungsanteil) so steigt anteilig auch dieser Kostenanteil. Erhöht sich im Gegensatz dazu der Anteil an Leistungen zur PatientInnenversorgung, so verringert sich der anteilige Mehraufwand relativ zu den Gesamtkosten. In Ergänzung wird der Bedarf an ÄrztInnen, der (zusätzlich) für die PatientInnenversorgung notwendig ist, bestimmt.

Aus den Rahmenbedingungen ergeben sich bestimmte Anteile an Personalkosten für das ärztliche Personal, die vom Bund bzw. Land getragen werden und nach Maßgabe der Forschungs- bzw. Lehrleistung bzw. Leistung für PatientInnenbetreuung gegenseitig verrechnet werden können.

Als Beispiel wurden im Modell zur Abgeltung des KMA drei „Ärzteteams“ mit unterschiedlichem Lehr bzw. Forschungsanteil definiert. Beispielsweise könnten ÄrztInnen/WissenschaftlerInnen mit einem Anteil >30% für Forschung und Lehre (überwiegend Forschung bzw. Lehre) mit einem höheren Prozentsatz (Anteil bis zu 100%) für die Berechnung der Mehrkosten gewertet werden. ÄrztInnen/WissenschaftlerInnen mit einem Anteil von 10 – 30% für Forschung und Lehre (wenig Forschung und Lehre) könnten hingegen mit einem geringeren Prozentsatz für die Berechnung des (bar-)KMA gewertet werden. Die Anzahl an ÄrztInnen, die nicht in Forschung und Lehre tätig sind, ist für die Abgeltung des KMA nicht relevant.

Weitere Empfehlungen zur strategischen Planung und Abstimmung zwischen den universitären Standorten

Im Rahmen einer vom Rat für Forschung und Technologieentwicklung in Auftrag gegebenen und durchgeführten Studie⁷ wurden in zahlreichen Interviews, Diskussionen und Gesprächen zu zukünftigen Möglichkeiten zur Abgeltung des KMA und der Zusammenarbeit der Medizinischen Universitäten mit den Universitätskliniken auch Argumente gesammelt, die für die zukünftige Entwicklung der Medizinischen Universitäten seitens des Rates

⁷ Austin Pock + Partners GmbH; „Befunde und Handlungsansätze zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Österreich. Der Klinische Mehraufwand und die Zusammenarbeit im Rahmen der Universitätskliniken“, Mai 2014 (im Auftrag des RFTE).

aufgenommen und als Empfehlungen an die unterschiedlichen Stakeholder gerichtet werden.

Der Rat empfiehlt:

- **den Aufbau gemeinsamer Strukturen in der Verwaltung und Organisation der Universitätskliniken (Krankenanstaltenträger) mit den Medizinischen Universitäten.** Die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür sind herzustellen.
- **die Erstellung gemeinsamer Leistungsvereinbarungen der Medizinischen Universitäten**

Für einen verbesserten und effizienten Mitteleinsatz, etwa zur Erweiterung und Modernisierung der Forschungsinfrastruktur an den Medizinischen Universitäten, sollten gemeinsame Leistungs- und Zielvereinbarungen der Medizinischen Universitäten mit dem zuständigen Ministerium geführt werden.

- **die Entwicklung einer gemeinsamen Strategie für Forschung und Lehre an den Medizinischen Universitäten - Schwerpunktbildung**

Insbesondere in der Forschung sollten gemeinsame und spezielle Forschungsstrategien an den medizinischen Universitäten in Abstimmung zueinander geplant werden, um Forschungsschwerpunkte durch einen möglichst effizienten Mitteleinsatz zu fördern.

- **die Investitionskosten für Forschungsinfrastruktur sowie für Bau- und Sanierungsarbeiten an den Universitätskliniken im Sinne des medizinischen Forschungsstandortes Österreich zwischen Bund und Ländern zu verhandeln.**

Grundsätzlich sind laut Bundesverfassungsgesetz die Träger der Krankenanstalten für die Erhaltung der Infrastruktur zuständig. Geräte die grundsätzlich für Forschungszwecke genutzt werden fallen wiederum in die Verantwortung der Medizinischen Universitäten und somit des Bundes. Für die Sicherung einer hohen Qualität der Medizin an Österreichischen Universitätskliniken ist eine optimale Finanzierung unerlässlich. Da es hier zu unvermeidbaren Überschneidungen zwischen Forschungs- und Versorgungsauftrag kommt, sind Verhandlungen über den Anteil für Neubau- bzw. Modernisierung der Infrastrukturen zwischen Bund und Ländern zu führen. Finanzielle Mittel, die dabei der Forschung und Lehre zugeordnet werden, sollten den Medizinischen Universitäten als Forschungsinfrastruktur exklusiv zur Verfügung stehen und nicht zur Finanzierung von Geräten, die vorrangig für die PatientInnenversorgung notwendig sind, aufgewendet werden.

- **eine effiziente Abstimmung der strategischen Schwerpunktsetzungen der Universitätskliniken mit übergeordneten Strukturplänen** (Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG), Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG))

Ein wesentlicher Faktor für einen erfolgreichen Betrieb von medizinischen Schwerpunktzentren ist die Größe der Versorgungsregion und die damit zu erwartenden „Fallzahlen“ an den Standorten. Eine bundesweite Abstimmung ist daher kritisch für eine optimale Planung. In Ballungsräumen und Regionen mit geringer Bevölkerungsdichte sind daher sich ergänzende Strategien – Dezentralisierung und Schwerpunktsetzung in urbanen Regionen und Zentralisierung in ruralen Regionen - zu beschreiten.

An den Standorten der Universitätskliniken sollten – bei geringer Auslastung – entstandene Doppelstrukturen durch verstärkte Kooperation mit umliegenden Schwerpunktkrankenhäusern beseitigt werden.

Anlage zur Empfehlung des Rates „Zusammenarbeit der Medizinischen Universitäten und Universitätskliniken in Österreich“

**Offene Diskussionspunkte und Fragestellungen
zur politischen Implementierung**

Im Zuge der Erarbeitung der Empfehlung wurden seitens der Rektorate der Medizinischen Universitäten Stellungnahmen und Dokumente übermittelt, die hinsichtlich der politischen Implementierung auf Voraussetzungen und offene Diskussionspunkte hinweisen sollen.

- PatientInnenversorgung, Forschung und Lehre sind im Universitäts-spital untrennbar verbunden.
- Das besondere Merkmal einer Medizinischen Universität äußert sich darin, dass ForscherInnen PatientInnen betreuen und ForscherInnen Studierende ausbilden. In der zusätzlichen PatientInnenbetreuung besteht ein wesentlicher Unterschied zu anderen Forschungsorganisationen.
- Ein geänderter Modus zur Finanzierung des Klinischen Mehraufwands (KMA) darf nicht zu einer Reduktion der klinischen Forschung in Österreich führen.
- Laufender KMA und KMA für Investitionen baulicher Natur und für Geräte müssen weiterhin getrennt betrachtet werden. Anteilige Kosten für Anschaffung, Betrieb und Wartung sollten anteilmäßig zugeordnet und in periodischen Abständen evaluiert werden.
- Die Vereinbarungen müssen gewährleisten, dass der KMA nicht zur Querfinanzierung der dem Krankenanstalten-Träger obliegenden Krankenversorgung durch den Bund/Medizinischen Universität erfolgt.
- Die Vereinbarungen und Regelungen sollten zumindest für drei Leistungsvereinbarungsperioden gelten.
- Aufgrund der Funktion des Universitätsspitals als Zentral-Krankenanstalt im Vollbetrieb muss die Finanzierung des bestehenden KMA durch angemessene Übergangsregelungen und -fristen gewährleistet sein.
- Für die Medizinischen Universitäten und die Universitätskliniken überlappende Bereiche soll die Etablierung einer gemeinsamen Leitung (MedUni – Krankenanstalt) zur strategischen und operativen Führung des Universitätsspitals angestrebt werden.

Rat für Forschung und
Technologieentwicklung

Pestalozziggasse 4 / D1
A-1010 Wien
Tel.: +43 (1) 713 14 14 – 0
Fax: +43 (1) 713 14 14 – 99
E-Mail: office@rat-fte.at
Internet: www.rat-fte.at

FN 252020 v
DVR: 2110849