

# Stellungnahme und Empfehlung zum klinischen Mehraufwand

Wien, im Juni 2012

## ÖSTERREICHISCHER WISSENSCHAFTSRAT

Liechtensteinstraße 22a • 1090 Wien • Tel.: +43/(0)1/319 49 99 • Fax: +43/(0)1/319 49 99-44  
Mail: [office@wissenschaftsrat.ac.at](mailto:office@wissenschaftsrat.ac.at) • Web: [www.wissenschaftsrat.ac.at](http://www.wissenschaftsrat.ac.at)

ÖSTERREICHISCHER  
WISSENSCHAFTSRAT

## Inhaltsverzeichnis

1. Der klinische Mehraufwand (KMA) .....	2
Medizinische Universität Wien .....	3
Medizinische Universität Graz.....	4
Medizinische Universität Innsbruck.....	5
2. Grundsätzliche Problemstellung des KMA .....	7
3. Lösungsansätze und Empfehlung .....	12
1. Ansatz.....	12
2. Ansatz.....	13
3. Ansatz.....	14
4. Ansatz.....	15
Abkürzungsverzeichnis .....	17

## 1. Der klinische Mehraufwand (KMA)

Die Universitäten verfügen seit 2007 über ein Globalbudget; dieses wird, verknüpft mit den Instrumentarien Entwicklungsplan und Leistungsvereinbarung, vom Bund jeweils über drei Jahre vergeben. Im Falle der Medizinischen Universitäten kommt zu diesem Grundbetrag als weitere Zuweisung der laufende klinische Mehraufwand (KMA). Der klinische Mehraufwand ist ein Errichtungs- und Erweiterungsbetrag des Bundes und entspricht den zusätzlichen Kosten, die an den Universitätskrankenhäusern Wien, Graz und Innsbruck durch Forschung und Lehre über die normale Krankenversorgung hinaus anfallen. Nach § 55 KaKuG (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten) hat der Bund den KMA zu ersetzen. Die Patientenversorgung ist vom Krankenanstaltenfonds (Krankenkassen und Land) zu finanzieren.

Bis 2007 wurde der KMA vom Bund direkt an die Krankenanstaltenträger überwiesen. Seit der Verknüpfung mit der Vergabe des Globalbudgets sind die Medizinischen Universitäten verpflichtet, Berechnungen über die Höhe und Verhandlungen über die zukünftige Abwicklung des KMA mit den Krankenanstaltenträgern durchzuführen. Nach § 56 KaKuG sind die näheren Vorschriften über diese Kostenersätze durch Verordnung des zuständigen Bundesministers festzulegen. Die inhaltliche Abstimmung des Bedarfes für Forschung und Lehre seitens der Medizinischen Universität und die Regelung der Abgeltung werden in der Praxis jeweils zwischen Spitals-träger und Medizinischer Universität festgelegt; eine allgemein gültige Verordnung des Bundes, wie dies zu regeln wäre, und die für alle Medizinischen Universitäten gilt, wurde bis dato nicht erlassen.

In einer Studie zum KMA wird die Komplexität universitärer Medizin wie folgt charakterisiert: „Die zusätzlichen Aufgaben eines Universitätsklinikums in den Bereichen Lehre und Forschung steigern die ohnehin hohe Komplexität eines Krankenhauses. Die Dreigliederung der Aufgaben, das hohe Niveau der Leistungen und die Vielfalt der Zielsetzungen einer Universitätsklinik führen zu einer komplexen Verflechtung der Kosten, Aufgaben und Ergebnisse. Ein maßgebliches Problem dabei ist die definitorische und ökonomische Abgrenzung der drei Bereiche Forschung, Lehre und Krankenversorgung.“<sup>1</sup> Zudem variieren die jeweiligen Kosten und Aufwendungen für

---

<sup>1</sup> B. Güntert u.a., Endbericht zum Projekt zur Erstellung eines sachgerechten Modells für die Ermitt-

Krankenversorgung, Forschung und Lehre bei Kliniken unterschiedlicher Fachrichtungen deutlich. Diese Komplexität wirkt sich nicht nur auf die Gestaltung der Budgetflüsse für die Nutzung der Klinikeinrichtungen für Forschung und Lehre aus, sondern auch auf das Dienstrecht des in ärztlicher Verwendung stehenden Personals der Medizinischen Universitäten. Im UG 2002 ist diese Doppelfunktion in den §§ 29-35 geregelt.

Die derzeitige Situation des KMA an den drei öffentlich finanzierten Medizinischen Universitäten stellt sich wie folgt dar:

### **Medizinische Universität Wien**

Die Stadt Wien ist Rechtsträger (Betreiber) des Allgemeinen Krankenhauses (AKH) in Wien, dessen Abteilungen zugleich dem Bund als Universitätskliniken dienen. Aufgrund einer 2005 getroffenen Einigung zwischen der Stadt Wien und der Medizinischen Universität Wien gilt eine Vereinbarung bis zum Jahre 2015 (diese kann bis 2017 verlängert werden), die die Fertigstellung des AKH, Investitionen zur Substanzerhaltung und den KMA beinhaltet. Mit dieser Einigung wurden sowohl die notwendigen Investitionsmittel als auch der laufende KMA für einen Zeitraum von 10 Jahren sichergestellt. Die Medizinische Universität, und damit der Bund, ist Arbeitgeber für das ärztliche Personal, die Stadt Wien für das Pflegepersonal. Trotz der bereits vereinbarten Regelung mit jährlich rund 40 Mio. Euro bis 2015 ist auch die Medizinische Universität Wien verpflichtet, Berechnungen zum KMA anzustellen. Durch die Größe des Ambulanzbereiches sollen bei der Berechnung des KMA in Zukunft nicht Kostenvergleiche, sondern Behandlungspfade als Berechnungsmodell herangezogen werden. 70 Prozent der Leistungen des ärztlichen Personals betreffen, so der Rektor der Medizinischen Universität Wien, Prof. Wolfgang Schütz<sup>2</sup>, Routineleistungen eines Zentralkrankenhauses, die nichts mit Lehre und Forschung zu tun haben, jedoch vom Wissenschaftsressort über den KMA finanziert werden. Aktuell führen die stagnierenden Budgets im Bereich Wissenschaft, Forschung und Lehre bei den Universi-

---

lung 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.

<sup>2</sup> Interview vom 15.7.2011 in der Österreichischen Ärztezeitung, <http://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2011/oeaez-1314-15072011/medizinische-universitaet-wien-sparpaket-sparmassnahmen.html> (Stand 4.11.2011).

täten zu Krisenszenarien, bei den Medizinischen Universitäten zu Versorgungsengpässen und beim ärztlichen Personal weiterhin zu politischen Spannungen zwischen Stadt Wien und Bund.<sup>3</sup> Von Seiten der Stadt Wien wird das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung ersucht, die Dotation der Medizinischen Universität Wien so zu erhöhen, dass diese ihre vertragliche Verpflichtung weiterhin erfüllen kann.<sup>4</sup>

### **Medizinische Universität Graz**

Seit der Bund mit der Verselbstständigung der Medizinischen Universitäten die entsprechende Zahlungsverpflichtung an die Universitäten delegiert hatte, existierten zwischen der Medizinischen Universität Graz und der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) Differenzen um die Höhe der Abgeltung: Die Medizinische Universität Graz hat der KAGes zwar Akonto-Zahlungen geleistet, aus Sicht der KAGes deckten diese Zahlungen den entstandenen KMA aber nicht ab. Im Jänner 2011 einigten sich die Medizinische Universität Graz und die KAGes nach jahrelangem Disput um die Höhe des klinischen Mehraufwandes. Die Universität überwies der KAGes 25,7 Mio. Euro. Für das Jahr 2010 wurden die Budgetaufwendungen für den KMA mit 59,6 Mio. Euro weitergeschrieben. Für die künftige Zusammenarbeit zur Ermittlung des Mehraufwandes und der ‚Verwaltung aus einem gemeinsamen Topf‘ wird die Zusammenarbeit zwischen der KAGes und der Medizinischen Universität Graz in Form einer Rahmenvereinbarung vom 17.12.2010<sup>5</sup> auf der Grundlage des gesetzlich vorgegebenen Zusammenwirkens geregelt. Diese Vereinbarung regelt nicht nur die unmittelbare Verrechnung des KMA, sondern in neun Arbeitspaketen auch die Organisation und die Zusammenarbeit des Betriebes, die jeweiligen Leistungen und deren Bewertung. Geplant sind eine gemeinsame Aufgabenerfüllung, eine mögliche Zusammenlegung der Verwaltungseinheiten sowie eine abgestimmte Bewirtschaftung zum Einsatz finanzieller Mittel, die über die Verrechnung des KMA hinausgehen. Das Monitoring, die Beratung und die Entscheidung in Grundsatzfragen dieser gemeinsamen Aufgaben obliegt einem Kooperationsrat. Dieser setzt sich

---

<sup>3</sup> Brief der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales an Bundesminister Karlheinz Töchterle vom 2. November 2011, dem ÖWR vorliegend.

<sup>4</sup> Ebd.

<sup>5</sup> Dem ÖWR am 21. Dezember 2010 übermittelt und vorliegend.

aus dem Vorstand der KAGes, dem Rektorat der Medizinischen Universität Graz und der Anstaltsleitung zusammen. Das Weisungsrecht des Vorstandes der KAGes an die Anstaltsleitung des LKH-Universitätsklinikums Graz bleibt bestehen.

### **Medizinische Universität Innsbruck**

Der Verfassungsgerichtshof (VfGH) hat am 26. Februar 2011 in einem Zwischenerkenntnis, im Streit um den KMA zwischen dem Land Tirol und dem Bund, grundlegende Aussagen zur Verbindlichkeit von Vereinbarungen zwischen den Finanzausgleichspartnern über die Abwicklung finanzausgleichsrechtlicher Ansprüche im Allgemeinen sowie über die Abgeltung des laufenden KMA im Besonderen getroffen, die auch über den Anlassfall hinaus von Bedeutung sind. Vereinbarungen zwischen dem Land Tirol und dem Bund aus den Jahren 1950 und 1981, wonach der Bund 18 Prozent des Betriebsaufwandes übernimmt, sind nach dem Zwischenerkenntnis des VfGH weiter gültig; der Zahlungsanspruch des Landes für den KMA besteht somit zurecht. Beim KMA schuldet der Bund dem Land somit seit 2007 insgesamt rund 81 Mio. Euro.

Das Land Tirol argumentiert, der Bund habe seinen – ausverhandelten und bisher immer unstrittig gewesenen – Beitrag für den KMA des LKH Innsbruck ab dem Jahre 2007 unzulässigerweise reduziert. Der Bund argumentiert, die Rahmenbedingungen hätten sich mit dem 2007 wirksam gewordenen neuen Universitätsgesetz 2002 dermaßen geändert, dass die ursprünglichen Zahlungsvereinbarungen zum KMA obsolet seien. Für den VfGH ist das aber nicht der Fall. Zahlen müssen aufgrund des Universitätsgesetzes zwar nun die Medizinischen Universitäten, Schuldner sei aber weiter der Bund, führte VfGH-Präsident Gerhart Holzinger im Rahmen der Pressekonferenz<sup>6</sup> zum Zwischenerkenntnis aus. Nach diesem Zwischenerkenntnis geht es nur noch um die tatsächliche Höhe des Betrages, der vom Bund dem Land Tirol zu bezahlen ist. Der VfGH hat dazu verfügt, dass Land und Bund Unterlagen und Beweismittel vorzulegen haben, aus denen sich diese Höhe ergibt. Sollten sich die Parteien dabei nicht vergleichen, wird der VfGH selbst über die Höhe entscheiden. Im Oktober

---

<sup>6</sup> Vgl. Die Presse, 3.3.2011, [http://diepresse.com/home/bildung/universitaet/639032/Klinischer-Mehraufwand\\_Bund-muss-an-Tirol-zahlen](http://diepresse.com/home/bildung/universitaet/639032/Klinischer-Mehraufwand_Bund-muss-an-Tirol-zahlen) (Stand 4.11.2011).

2011 wartete der Bund mit einem neuen Berechnungsmodell<sup>7</sup> auf: Die Bemessungsgrundlage für die Berechnung des KMA wurde demnach um 83 Mio. Euro niedriger angesetzt. Dadurch würde der KMA jährlich um 16 bis 17 Mio. Euro geringer sein, als das Land fordert. Die Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft Tilak verlangt rund 63 Mio. Euro, die Medizinische Universität will demnach lediglich 46 Mio. Euro vorlegen. Beklagt wird vom Land Tirol auch die Ungleichbehandlung von Tirol und Wien. Während am Landeskrankenhaus Innsbruck nur noch 46 Prozent der Ärzte vom Bund bezahlt würden, komme dieser am Wiener AKH für 100 Prozent des ärztlichen Personals auf. 30 Arztstellen wurden laut Tilak vom Bund abgebaut; das Land Tirol hat 15 davon nachbesetzt, Kosten: rund 1,5 Mio. Euro.<sup>8</sup>

Die nachfolgende Tabelle stellt das Globalbudget und den KMA der drei Medizinischen Universitäten Österreichs dar:

	Medizinische Universität Wien		Medizinische Universität Graz		Medizinische Universität Innsbruck	
	Global	KMA	Global	KMA	Global	KMA
<b>BUDGET</b>	2010: 269.994.000 €	2010-2012: 41.200.000 €	2010: 97.251.000 €	2010-2012: 67.600.000 €	2010: 95.719.000 €	2010-2012: 60.000.000 €
	2011: 273.266.000 €	KMA-Geräte: 25.000.000 €	2011: 98.429.000 €	KMA-Geräte: 7.000.000 €	2011: 96.879.000 €	KMA-Geräte: 3.000.000 €
	2012: 274.903.000 €		2012: 99.019.000 €		2012: 97.460.000 €	

Tab. 1: Globalbudget und KMA der drei Medizinischen Universitäten Österreichs.

<sup>7</sup> Vgl. Tiroler Tageszeitung, 23.9.2011, <http://tt.com/csp/cms/sites/tt/%C3%9Cberblick/Chronik/ChronikTirol/ChronikTirolContainer/3423948-8/bund-will-nur-46-mio.--f%C3%BCr-aufwand-an-klinik-zahlen.csp> (Stand 4.11.2011).

<sup>8</sup> Das Land Tirol und der Bund haben nun eine Einigung vorgelegt. Das Land Tirol bekommt für die Jahre 2007 bis 2013 380 Mio. Euro, erklärten Landeshauptmann Günther Platter (ÖVP) und Wissenschaftsminister Karlheinz Töchterle (ÖVP) bei einer Pressekonferenz am 20. Juni 2012 in Innsbruck. Unter Berücksichtigung der bereits geleisteten Zahlungen des Bundes sollen bis Ende des Jahres rund 145 Mio. Euro vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung überwiesen werden. Für die Jahre 2013 bis 2015 sollen jeweils 60 Mio. Euro folgen. Vgl. [http://diepresse.com/home/bildung/universitaet/767521/Innsbruck\\_Einigung-ueber-klinischen-Mehraufwand?\\_vl\\_backlink/home/bildung/index.do](http://diepresse.com/home/bildung/universitaet/767521/Innsbruck_Einigung-ueber-klinischen-Mehraufwand?_vl_backlink/home/bildung/index.do) (Stand 20. Juni 2012).

## 2. Grundsätzliche Problemstellung des KMA

Die Identifizierung und die Berechnung der Kosten für Forschung und Lehre sind mit dem Problem der methodisch schwierigen Abgrenzung zur Patientenversorgung belastet. Dies hängt damit zusammen, dass es sich bei diesen Dienstleistungen um ein Kuppelprodukt handelt, dessen Komponenten sich in der Praxis nicht klar voneinander trennen lassen, und dessen eindeutige Kostenverteilung nach dem Verursachungsprinzip von vornherein nur schwer möglich ist. Derzeit existieren auch keine Verfahren, die eine eindeutige Kostentransparenz zwischen diesen Funktionsbereichen gewährleisten.<sup>9</sup>

Es ist unstrittig, dass alle Professionen in einem Universitätsklinikum an Forschung und Lehre beteiligt sind, allerdings in sehr unterschiedlichem Umfang.<sup>10</sup> Beim ärztlichen Dienst liegt die aufgewendete Arbeitszeit für Forschung und Lehre zwischen 23 und 25 Prozent, im Bereich der Pflege ist sie mit etwa 3 Prozent der Arbeitszeit deutlich geringer. Im Bereich des medizinisch-technischen Personals ergeben sich im Durchschnitt ca. 8 Prozent Personalbindungszeit für den Bereich Forschung und Lehre. Nach verschiedenen Berechnungen ergibt sich für den Bereich der stationären und teilstationären Leistungen ein Kostenanteil für Forschung und Lehre um die 22 Prozent des Gesamtbudgets. Im Bereich der ambulanten Leistungen lässt sich ein Kostenanteil für Forschung und Lehre von ca. 50 Prozent ermitteln.<sup>11</sup>

Alle direkt der Medizinischen Universität zuzuordnenden Kostenstellen (theoretische und vorklinische Institute, Medizinische Bibliothek, reine Forschungs- und Lehrkostenstellen etc.) sind zu 100 Prozent durch die Medizinische Universität zu finanzieren. Wohnheime und Kindergärten werden im Konsens in ihren Endkosten aufgeteilt.<sup>12</sup>

Im Vergleich zu anderen Krankenhäusern haben Universitätskrankenhäuser höhere Infrastrukturkosten, die sich zum einen durch das breite und ausdifferenzierte medizinische Leistungsspektrum (Supramaximalversorgung), zum anderen durch die zu-

---

<sup>9</sup> 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 vom 12/2000, Langfassung 30.08.2004.

<sup>10</sup> Ebd.

<sup>11</sup> Ebd.

<sup>12</sup> Vereinbarung zwischen der Republik Österreich und der Stadt Wien, vertreten durch die ARGE AKH Mitglieder, über finanzielle Rahmenbedingungen für das AKH Wien, 06.06.2005.

sätzlichen Fixkosten für Forschung und Lehre ergeben. Eine Trennungsrechnung sollte grundsätzlich die Gewähr einer ausreichend genauen Erfassung der Kostenanteile für Lehre und Forschung bieten. Dabei muss das methodische Vorgehen von allen Beteiligten akzeptiert werden, vor allem muss es langfristig genutzt werden. Unter den derzeitigen Voraussetzungen ist eine ganzheitliche Trennungsrechnung zur Abgrenzung aller Kostenbereiche nicht möglich. Sie wird jedoch in einigen Universitätskrankenanstalten in der Schweiz und in Deutschland in Teilen angewandt (Forschungskostenstellen, eindeutig der Medizinischen Universität zuordenbare Kostenstellen etc.).

In vielen Universitätskliniken wird der KMA für Lehre und Forschung nicht exakt erhoben, die Abgeltung erfolgt vielmehr aufgrund von Verhandlungen. Als Basis dient dabei eine oft Jahre zurückliegende Erhebung bzw. die Schätzung der Aufwendungen. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt in der Kooperationsbereitschaft, der Kommunikation zwischen den Parteien, der sachlichen Herausarbeitung von Interessen und der Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses. Bei diesem Ansatz liegt der Schwerpunkt weniger in einer exakten Trennung der Kosten und in einer Zuordnung zu Kostenstellen als in dem Ergebnis und Erfolg der gesamten Einrichtungen (Output).

Die Notwendigkeit einer Regelung des KMA an den Medizinischen Universitäten in Österreich ist bereits seit Jahren erkannt; von verschiedenen Seiten wurden Gutachten zur Neuregelung in Auftrag gegeben.<sup>13,14,15,16,17,18</sup> Letztlich haben sie jedoch nicht zu einer konsentierten Lösung geführt; es erfolgte weder eine Anpassung noch eine Neuregelung.

So stimmten bereits am 6.6.2005 der Bund und die Stadt Wien darin überein, dass

---

<sup>13</sup> 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 vom 12/2000, Langfassung 30.08.2004.

<sup>14</sup> Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über die Veräußerung der Bundesanteile an der Creditanstalt-Bankverein und den Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand, Rechnungshof ZI 001.509/038-Pr/6/00.

<sup>15</sup> Verfassungsgerichtshof A13/0949 vom 26. Februar 2011.

<sup>16</sup> P. Soswinski, Berechnungsmodell Klinischer Mehraufwand, April 2008.

<sup>17</sup> Koeck, Ebner & Partner, Entwicklung eines Leistungsaustauschmodells für die Abwicklung des klinischen Mehraufwandes gemäß UG 2002 § 29 Abs. 5, Vorbericht erstellt für das Bundesministerium für Finanzen, Wien März 2004.

<sup>18</sup> T. Czyplonka u.a., Die Rolle der österreichischen Hochschulmedizin im Kontext des österreichischen Gesundheitssystems, Institut für Höhere Studien, Wien Dezember 2008.

eine Vereinbarung zwischen der Republik Österreich und der Stadt Wien über finanzielle Rahmenbedingungen für das AKH Wien erreicht werden soll, nach denen der laufende KMA nach betriebswirtschaftlichen Kriterien ermittelt werden soll.<sup>19</sup> Um Planungssicherheit zu gewährleisten, wurde aber vereinbart, dass Änderungen erst ab dem Jahre 2009 möglich sind und diese Änderungen gegenüber dem Vorjahr nicht mehr als plus/minus 2 Prozent betragen sollen. Bereits 2006 wurden die Medizinische Universität Wien und der Rechtsträger des AKH Wien ersucht, in einer Arbeitsgruppe bis Ende März 2006 Vorschläge für eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft für das AKH Wien vorzulegen.

Aus dem Gutachten von Bernhard Güntert<sup>20</sup> ergibt sich nach einem auf Vergleichs- abteilungen bezogenen Differenzverfahren ein KMA von 20,97 Prozent des stationären bzw. teilstationären Budgetanteils. Der Gutachter schlägt vor, die Ambulanzbudgets zu 50 Prozent dem KMA zuzuschlagen. Bezogen auf ein Gesamtkostenbudget ergibt das einen Anteil KMA von 31,56 Prozent bis 27,36 Prozent.

Die Abwicklung der Verrechnung des KMA ist nach Auffassung weiterer Gutachter unübersichtlich und nur schwer zu kontrollieren. Nach Auffassung des Rechnungshofes ist die Angemessenheit der Höhe des KMA der Landeskrankenanstalten nicht zu ermitteln.<sup>21</sup> Er empfahl deshalb, die Verrechnung des Kostenersatzes für den KMA – etwa durch eine prozentmäßige Beteiligung des Bundes am Personal-, Betriebs- und Errichtungsaufwand der Universitätskliniken – zu vereinfachen.

Insbesondere bei der Gestellung der Ärzte existieren große Unklarheiten in der Verrechnung und große Unterschiede zwischen den drei Medizinischen Universitäten. Der Stadt Wien wird für das Allgemeine Krankenhaus die vollständige Besoldung der Ärzte durch den Bund abgegolten. Bei den Trägern der Landeskrankenhäuser Universitätsklinikum Graz und Innsbruck-Universitätskliniken wird nur die Hälfte der Ärzte aus den Mitteln des Bundes bezahlt. Nach Auffassung des Rechnungshofes ist bei der künftigen Regelung des KMA eine gleiche Behandlung der Träger von Universi-

---

<sup>19</sup> Vereinbarung zwischen der Republik Österreich und der Stadt Wien, vertreten durch die ARGE AKH Mitglieder, über finanzielle Rahmenbedingungen für das AKH Wien, 06.06.2005.

<sup>20</sup> 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 vom 12/2000, Langfassung 30.08.2004.

<sup>21</sup> Vgl. Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über die Veräußerung der Bundesanteile an der Creditanstalt-Bankverein und den Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand, Rechnungshof ZI 001.509/038-Pr/6/00.

tätskliniken in Bedacht zu nehmen.<sup>22</sup>

Die Bedeutung des KMA für den Erhalt einer Universitätsmedizin lässt sich am Beispiel der Medizinischen Universität Innsbruck darstellen: Über den KMA finanziert der Bund knapp 50 Prozent der Ärzte und Ärztinnen; er trägt einen Anteil von 50 Prozent an Neubau- und Sanierungskosten und über eine Paktierung 40 Prozent der Gerätekosten. Allein die vom Bund der Universität bezahlten Nachtdienste von Bundesärzten und Bundesärztinnen betragen in Innsbruck 24 Mio. Euro; der Bund zahlt Sekretäre und Sekretärinnen, Medizinisch-technische Analytiker und Analytikerinnen, Physiker und Physikerinnen etc.<sup>23</sup> Es stellt sich ganz unabhängig von den Berechnungsmethoden der wahren Kosten und deren Verursacher die Frage: Könnte sich das Land Tirol ein Zentralkrankenhaus der umfassenden Spitzenversorgung ohne Beteiligung der Medizinischen Universität und damit des Bundes überhaupt leisten? Und wenn ja, welche Mehrkosten entstünden dabei dem Land Tirol?

Die fiktive Zeit für Forschung und Lehre an Universitätskliniken wurde zwar mit 30 Prozent festgelegt; im Alltag wird die reguläre Wochenarbeitszeit an Universitätskliniken, die gleichzeitig Aufgaben als Landeskrankenhaus erfüllen, aber zu 90 Prozent und mehr durch die Krankenversorgung und die damit verbundene Verwaltung und Bürokratie bestimmt. Damit bleiben 10 Prozent der Arbeitszeit für Forschung und Lehre.

Die Medizinischen Universitäten wurden bei ihrer Gründung aufgefordert, mit den Krankenanstalten Zusammenarbeitsvereinbarungen zu schließen. Dies ist in Graz erfolgt, in Innsbruck und Wien nicht. Die Länder sind verpflichtet, einen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) zu erstellen, der auf einer Leistungsangebotsplanung (LAP) aufbaut.<sup>24</sup> Das Leistungsangebot für die Krankenhäuser müsste mit der Medizinischen Universität besprochen und so abgestimmt werden, dass es der Doppelfunktion LKH und Universitätskliniken gerecht wird. Auf Basis dieser Leistungsangebotsplanung könnte mit der jeweiligen Medizinischen Universität eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen werden, durch die die ‚Arbeitsbelastung‘ der Universitätsmitarbeiter dargestellt, geplant und organisiert werden kann. Über eine entsprechen-

---

<sup>22</sup> Ebd.

<sup>23</sup> [tirol.gruene.at/juni\\_2010/artikel/lesen/63300/](http://tirol.gruene.at/juni_2010/artikel/lesen/63300/).

<sup>24</sup> [http://tirol.gruene.at/fileadmin/tirol/benutzerinnen/Antraege\\_Anfragen/Anfragebe\\_335-10.pdf](http://tirol.gruene.at/fileadmin/tirol/benutzerinnen/Antraege_Anfragen/Anfragebe_335-10.pdf), 12 (Stand 12.06.2012).

de Vereinbarung könnte also festgehalten werden, was die Krankenanstalten von den Universitätsmitarbeitern und Universitätsmitarbeiterinnen in der Patientenversorgung erwarten – und welche Freiräume für Forschung und Lehre im Verhältnis zu den Landesärzten eingeräumt werden.

Nach einer kürzlich in einem Interview getroffenen Aussage von Bundesminister Töchterle ist der KMA, wie er derzeit gelebt wird, eine „unglückliche Konstruktion. Denn: Die Aufgabe der Medizinischen Universitäten ist die Sicherstellung des Lehr- und Forschungsbetriebs durch die Ärzte. Derzeit erfolgt aber auch eine Querfinanzierung der Krankenhäuser und deren Versorgungsbetrieb.“<sup>25</sup>

Völlig entgegengesetzte Entwicklungen sind in den Universitätsklinika in den USA zu beobachten. Dort subventionieren einige Universitätsklinika ihre Medizinischen Fakultäten. Dies ist z. B. an den Standorten University of California, San Francisco und Stanford der Fall. Die Klinika erwirtschaften eine beachtliche Umsatzrendite. Eine Beteiligung der Universitäten an den Gewinnen der Klinika wird erwartet bzw. vom Dean der Medizinischen Fakultät vorgegeben.

---

<sup>25</sup> Bundesminister Töchterle im Gespräch mit Medizinstudenten, [http://www.turnusarzt.com/thema/interviews/47430\\_bm-toechterle-im-gespraech-mit-medizinstudenten](http://www.turnusarzt.com/thema/interviews/47430_bm-toechterle-im-gespraech-mit-medizinstudenten) (Stand 18.5.2012).

### **3. Lösungsansätze und Empfehlung**

Aus der Darstellung der komplexen und seit Jahren ungelösten Problematik des KMA lassen sich ganz unterschiedliche, sich teils ergänzende und überschneidende, teils gegensätzliche Lösungsansätze ableiten. Sie sollen hier nicht abschließend bewertet werden, sondern als Grundlage für eine offene Diskussion zwischen den Stakeholdern dienen.

#### **1. Ansatz**

Österreich braucht eine bestimmte Anzahl an universitären Einrichtungen der klinischen Spitzenversorgung, an denen eine leistungsfähige Gesundheitsforschung betrieben wird und die Voraussetzung für eine effektive und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung ist. Ohne Gesundheitsforschung gibt es keine medizinischen Fortschritte in der Heilung von Krankheiten und in der Linderung von Krankheitsleid. Ohne Gesundheitsforschung ist auch das bereits erreichte hohe Niveau der gesundheitlichen Versorgung nicht zu halten. Es ist evident, dass die österreichischen Bundesländer allein diese Aufgaben nicht finanzieren können.

Die derzeitige Finanzierung der klinischen Forschung und der medizinischen Grundlagenforschung an den drei Medizinischen Universitäten erfolgt bereits überwiegend durch den Bund in Form der Mittelzuweisung als Globalbudget und als KMA. Mit dieser insgesamt günstigen finanziellen Ausstattung haben die drei Medizinischen Universitäten seit ihrer Neugründung international in der Gesundheitsforschung eindeutig an Gewicht gewonnen.

Es stellt sich die Frage, ob die Beibehaltung, Schärfung und politische Klarstellung dieses Modells für Österreich nicht doch der geeignete Weg zur weiteren Stärkung der Gesundheitsforschung, zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung und zur internationalen Sichtbarkeit der österreichischen Hochleistungsmedizin ist. Wie bisher würde der Bund keine eigenen Universitätsklinika betreiben, sich aber an der Finanzierung der universitären Spitzenmedizin und der damit verbundenen Forschung an den drei öffentlichen Universitätsklinika beteiligen. In diesem Sinne kann auch die Empfehlung des Rechnungshofes verstan-

den werden, die Verrechnung des Kostenersatzes für den KMA durch eine prozentmäßige Beteiligung des Bundes am Personal-, Betriebs- und Errichtungsaufwand der Universitätskliniken zu vereinfachen.<sup>26</sup> Bei einem solchen Ansatz besteht keine Notwendigkeit der Differenzierung zwischen Globalbudget und KMA. Vielmehr könnte in einem dreiseitigen Verfahren zwischen Bund, Landeskrankenanstalten und Medizinischer Universität eine Einigung über die Finanzierung der Aufgaben in Forschung, Lehre und Krankenversorgung erzielt werden. Das Ziel dieses Modells ist weniger die detaillierte Zuteilung von Budgets zu Kostenstellen, als vielmehr der Output, nämlich die Steigerung der wissenschaftlichen Leistungsfähigkeit und der internationalen Sichtbarkeit der universitären Medizin Österreichs. Entsprechende Zielvereinbarungen könnten getroffen werden.

Vorausgesetzt wird bei diesem Ansatz, dass es leistungsfähige und ausgewogene Entscheidungsstrukturen für das Zusammenwirken der jeweiligen Medizinischen Universität mit dem Krankenanstaltenträger gibt. Sicherzustellen ist, dass die Finanzmittel tatsächlich zweckentsprechend, d.h. zur Finanzierung der Forschung und Lehre sowie zur klinischen Spitzenversorgung, eingesetzt werden.

## **2. Ansatz**

Dieser Vorschlag basiert auf der Überlegung, die für die Forschung und Lehre gedachte Finanzierung durch den Bund genau auf diesen Zweck hin zu konzentrieren. Eine weitere Intention besteht darin, die Mittel für die klinische Forschung mehr unter dem Aspekt des Wettbewerbs unter den Medizinischen Universitäten zur Verfügung zu stellen. Unter Annahme dieser Prämissen wird folgendes Modell diskutiert: Ausgehend vom derzeitigen Ist-Zustand liegt der KMA bei aller Unschärfe bei 20 bis 25 Prozent der Gesamtsumme der Aufwendungen eines Universitätsklinikums. Dieser Grundwert soll die Basis für die nächsten zwei bis drei Jahre sein, aber nicht in voller Höhe überwiesen werden. Zukünftig sollen statt der 25 Prozent nur ca. 18 Prozent als Sockelbetrag und feste Planungsgrö-

---

<sup>26</sup> Vgl. Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über die Veräußerung der Bundesanteile an der Creditanstalt-Bankverein und den Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand, Rechnungshof ZI 001.509/038-Pr/6/00.

ße an die Universitäten weitergegeben werden, während die verbleibenden 5 bis 7 Prozent in einem strategischen Topf beim Ministerium verbleiben, um auf Antrag kompetitiv an die verschiedenen Kliniken in Abstimmung mit ihren Medizinischen Universitäten für gezielte Projekte der Forschung und Lehre verausgabt zu werden. Hierbei ist auf einen sorgfältigen Reviewprozess zu achten. Damit wird erreicht, dass das Grundverständnis für die Aufgaben in Forschung und Lehre gestärkt wird und die Infrastruktur hierfür gesichert ist. Es wird aber auch gleichzeitig erreicht, dass durch die kompetitive Mittelvergabe ein Qualitätsansporn gesetzt wird, ohne dass das Ministerium zusätzliche Mittel zur Verfügung stellen müsste. Allerdings ist in diesem Vorschlag das Thema der Ärztegestellung an die Medizinischen Universitäten nicht berücksichtigt.

### **3. Ansatz**

Die Medizinischen Universitäten werden stärker als bisher dazu verpflichtet, mit den Trägern der Krankenanstalten Zusammenarbeitsvereinbarungen bis hin zur Entwicklung einer Betriebsgesellschaft abzuschließen. Die Länder als Träger der Krankenanstalten werden verpflichtet, auf Grundlage einer Leistungsangebotsplanung mit der jeweiligen Medizinischen Universität eine Leistungsvereinbarung zu treffen, auf dessen Basis die ‚Arbeitsbelastung‘ der Universitätsmitarbeiter und Universitätsmitarbeiterinnen dargestellt, geplant und organisiert werden kann. Darin ist auch festzulegen, welche Freiräume für Forschung und Lehre eingeräumt werden. Durch die Errichtung einer Betriebsgesellschaft können organisatorische Doppelstrukturen an den Krankenanstalten und den Medizinischen Universitäten wie die Vorhaltung zweier Personalbüros und zweier IT-Zentren aufgehoben werden.<sup>27</sup> Es käme damit zu einer Verringerung des Verwaltungsaufwandes, zur Schaffung von klaren Zuständigkeiten und einheitlichen Weisungsstrukturen bis hin zur Erstellung eines einheitlichen Budgets. Dieses Modell erfordert zunächst eine universitätsweite Klarstellung und Vereinheitlichung der Gestellung von Ärzten durch die Medizinischen Universitäten an die Krankenanstalten. Voraussetzung dafür ist wiederum die Gleichstellung der drei Medizinischen Univer-

---

<sup>27</sup> Vgl. Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über die Veräußerung der Bundesanteile an der Creditanstalt-Bankverein und den Kostenersatz für den klinischen Mehraufwand, Rechnungshof ZI 001.509/038-Pr/6/00.

sitäten und ein Abrücken von den bisherigen unterschiedlichen Regelungen zwischen Graz und Innsbruck (ca. 50 Prozent Gestellung der Ärzte) auf der einen Seite und Wien (100 Prozent Gestellung der Ärzte) auf der anderen Seite. In diesem Modell muss auch geregelt werden, dass die Leistungen der vom Bund bezahlten Ärzte der Medizinischen Universitäten als geldwerte Leistungen angesehen und bei der Berechnung der Höhe des KMA berücksichtigt werden.<sup>28</sup>

Unabhängig von der Frage der Gestellung der Ärzte durch die Medizinischen Universitäten ist eine Einigung über die Höhe des eigentlichen KMA im Sinne von Infrastrukturkosten zu erzielen. Bisher war – offensichtlich seit den 1940er Jahren – zwischen dem Bund und den Ländern eine Bemessungsgrundlage von 18 Prozent auf der Basis der laufenden Betriebsausgaben des Landeskrankenhauses vereinbart. Seither ist eine erhebliche Veränderung der vorgehaltenen Infrastrukturen, Kostenstrukturen und Anforderungen an eine Maximalversorgung eingetreten, so dass der damals vereinbarte Prozentsatz der Kostenbeteiligung wirtschaftlich und sachlich nicht mehr angemessen sein dürfte. Ein konkreter Betrag für den Kostenersatz wird im UG 2002 allerdings nicht festgelegt. Realistisch ist heute ein Infrastrukturkostenanteil von 21 bis 25 Prozent der laufenden Kosten eines Maximalversorgungskrankenhauses. Diese Erfahrungswerte liegen auch für deutsche Universitätskliniken vor.

#### **4. Ansatz**

Unabhängig davon, welches Modell der Zusammenarbeit und Kostenerstattung zwischen den Trägern der Krankenanstalten und den Medizinischen Universitäten gewählt wird, die Trennung in zwei Arztgruppen (Landesbedienstete und Bundesbedienstete) und ihre unterschiedliche Bezahlung muss aufgehoben werden. Jeder Arzt und jede Ärztin, die an einem Universitätsklinikum angestellt sind, muss sich frei entscheiden können, ob und wie intensiv er/sie klinische Forschung betreibt. Die Bezahlung ist ausschließlich nach dem Ausbildungsstand und dem Funktionsstatus, nicht nach der Zugehörigkeit zu Land oder Bund festzulegen.

---

<sup>28</sup> Vgl. Verfassungsgerichtshof Slg 12.766[19]91, 60.

## **Empfehlung**

Der Wissenschaftsrat empfiehlt, dass entsprechend Lösungsansatz 1 das bisherige Modell der Finanzierung der universitären Medizin durch den Bund in modifizierter Form beibehalten wird. Nur mit diesem Ansatz können die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit und das internationale Ansehen der universitären Medizin Österreichs nachhaltig garantiert und gestärkt werden.

## Abkürzungsverzeichnis

AKH	Allgemeines Krankenhaus
KAGes	Gesundheitsunternehmen der Steiermark
KaKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KMA	Klinischer Mehraufwand
LAP	Leistungsangebotsplanung
LKH	Landeskrankenhaus
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft
UG	Universitätsgesetz
VfGH	Verfassungsgerichtshof