

Befunde und Handlungsansätze zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Österreich.

Der Klinische Mehraufwand und die Zusammenarbeit im Rahmen der Universitätskliniken.

Erstellt für den

Rat für Forschung und Technologieentwicklung

von

AUSTIN Pock + Partners GmbH

Wien, Mai 2014

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	2
1 PROJEKT- UND PROZESSDARSTELLUNG	6
2 PROBLEMSTELLUNG UND HERAUSFORDERUNGEN	7
3 BEFUNDE ZUM STATUS QUO	13
4 MÖGLICHE HANDLUNGSANSÄTZE	16
5 VERWENDETE SCHRIFTLICHE QUELLEN	23

Executive Summary

Die Finanzierung der universitären Medizin in Österreich und die Zusammenarbeit der seit 2004 existierenden Medizinischen Universitäten mit den Krankenanstaltenträgern im Rahmen der Universitätskliniken sind in den letzten Jahren immer wieder im Zentrum von Diskussionen, Reformbemühungen und (gerichtlichen) Auseinandersetzungen gestanden. Dies ist zu einem Großteil auf unterschiedliche Auffassungen über Verantwortlichkeiten des Bundes bzw. der Bundesländer im Bereich der Universitätsmedizin und auf Finanzflüsse im Rahmen des so genannten „Klinischen Mehraufwands“ (KMA) zurückzuführen. 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.

Da in den nächsten Jahren einige der aktuell gültigen Vereinbarungen (z.B. die in periodischen Abständen zu vereinbarende Höhe des KMA) mit den Bundesländern auslaufen, ist diese Thematik gerade jetzt von großer Bedeutung. Zusätzlich wurde die österreichische Universitätsmedizin durch den Beschluss der Errichtung einer neuen Medizinischen Fakultät in Oberösterreich und durch Pläne mehrerer Bundesländer in Bezug auf medizinische Privatuniversitäten um neue Facetten bereichert, die eine gesamtheitliche Betrachtung der Universitätsmedizin in Österreich sinnvoll erscheinen lassen. Die Weichen für deren qualitätsvolle Weiterentwicklung müssen jetzt gelegt werden.

Im Rahmen des Projektes „Befunde und Handlungsansätze zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Österreich“ wurden die vorliegenden Vorarbeiten (in Form von Empfehlungen, Analysen, Studien, Gutachten, etc.) analysiert und darauf aufbauend im Herbst 2013 mit über 15 VertreterInnen aller betroffenen Stakeholder (Bundesministerien, Länder, Medizinische Universitäten, Krankenanstalten und Universitätskliniken) Interviews durchgeführt. Das vorliegende Dokument stellt ein Zwischenergebnis mit einer Darstellung der Befunde und möglicher Handlungsansätze dar.

Es ist – im Einklang mit Forderungen des Wissenschaftsrats und des Rechnungshofs – festzuhalten, dass bei der Lösung der anstehenden Herausforderungen die Steigerung der Leistungsfähigkeit der universitären Medizin in Österreich im Zentrum der Bemühungen stehen muss. Im Gegensatz zu den zahlreichen Reformbemühungen in der Vergangenheit ist es auch wichtig, dass die Problemfelder und Standortfragen nicht als für sich stehende singuläre Themen sondern in ihrem Gesamtkontext behandelt werden.

Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen ein gemischtes Bild der österreichischen Universitätsmedizin: auf der einen Seite gut etablierte und international renommierte Medizinische Uni-

versitäten und eine hohe Qualität der universitären Medizin und Krankenversorgung, auf der anderen Seite seit Jahren bestehende erhebliche operative wie strategische Herausforderungen.

Ein Universitätsklinikum kann als Krankenanstalt definiert werden, deren Betrieb ganz oder teilweise der Lehre und Forschung einer Medizinischen Universität dient und dies führt in vielerlei Hinsicht zu doppelten Strukturen und Ineffizienzen für die Medizinischen Universitäten wie auch die Krankenanstaltenträger. Die Schnittstellenprobleme zeigen sich vor allem in den folgenden Bereichen:

- Strategie
- Personalmanagement
- Organisation
- Finanzierung

An den österreichischen und mit Bundesmitteln mitfinanzierten Universitätsmedizin-Standorten (Wien, Graz, Innsbruck und ab 2014 Linz) sind sowohl im Bereich KMA, Organisationsstruktur wie auch Anstellung der Ärzte unterschiedliche Lösungen gefunden worden. Die im Universitätsgesetz vorgesehenen „Kooperationsvereinbarungen“ wurden erst am Standort Graz umgesetzt und die KMA-Höhe wurde an den Standorten auf unterschiedliche Weise ermittelt. Die aus Vorarbeiten und Interviews ableitbaren Befunde zum Status Quo, die teilweise eng miteinander verwoben sind, können wie folgt in vier Themengruppen geclustert werden:

- 1. Es fehlt eine gesamthafte Strategie und Vision für die Universitätsmedizin in Österreich, die alle Standorte und Stakeholder einschließt.**
- 2. Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind teilweise widersprüchlich und unklar.**
- 3. Engere Kooperationen und gemeinsame Führung der Universitätskliniken haben sich als sinnvoll erwiesen, setzen jedoch echten Kooperationswillen und Vertrauen voraus.**
- 4. Die Finanzierung der Universitätskliniken ist zu komplex und intransparent und die Finanzierungswahrheit ist nicht gegeben.**

Der Blick über die österreichischen Grenzen zeigt, dass auch in anderen Ländern ähnliche Herausforderungen sowohl für die Organisationsstrukturen als auch für Finanzflüsse in Universitätskliniken bestehen. Da die politischen, rechtlichen und organisatorischen Ausgangssituationen meist sehr unterschiedlich sind, lässt sich kein eindeutiges „Best Practice“ Vorbild für den Betrieb und die Finanzierung von Universitätskliniken ableiten, wertvolle Anregungen können jedoch zum Beispiel aus Deutschland oder der Schweiz gewonnen werden.

Grundsätzlich können zumindest drei Organisationsmodelle für Universitätskliniken bzw. Modelle der Zusammenarbeit zwischen Medizinischen Universitäten und Krankenanstaltenträgern unterschieden werden: die „Fusion“, die „Gemeinsame Betriebsführung“ und die „Kooperation“. An der Medizinischen Hochschule Hannover wurde zum Beispiel eine Fusion zwischen Medizinischer Universität und Universitätsklinikum durchgeführt. In den meisten Einrichtungen in Deutschland, aber auch in der Schweiz (z.B. in den Universitätsspitalern Zürich oder Bern) oder in Skandinavien (z.B. im Karolinska-Universitätskrankenhaus), ist die Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Universitäten und den Krankenanstaltenträgern jedoch über ein Vertragswerk (z.B. Leistungsvereinbarungen) festgelegt und geregelt. Das Modell „Gemeinsame Betriebsführung“ ist vor allem dann von Interesse, wenn in der Universitätsmedizin – wie in Österreich – Kompetenzüberschneidungen von Bund und Ländern auftreten.

In Deutschland ist die Finanzierung, insbesondere der klinische Mehraufwand, ein ebenso umkämpftes Thema wie in Österreich. Bis dato wurde jedoch keine einheitliche Vergütungslösung gefunden, jedes Klinikum versucht den Betrag individuell festzulegen. Auf jeden Fall klagen die Universitätskliniken in Deutschland seit längerem darüber, dass sie nicht kostengerecht und leistungsgerecht vergütet werden.

Auf Basis der im Rahmen des gegenständlichen Projektes durchgeführten Interviews können die drei folgenden Maßnahmenpakete zur Weiterentwicklung der universitären Medizin in Österreich angeführt werden:

- 1. Eine gesamthafte Strategie für Universitätsmedizin in Österreich**
- 2. Eine einfache Bestimmung des KMA durch einen fixen Prozentsatz am angepassten Betriebsaufwand der Krankenanstalt und Festlegung über eine Verordnung des Bundes bzw. eine 15a-Vereinbarung**
- 3. Engere und verbindliche Kooperationen an den Standorten und Führung der Universitätskliniken im Sinne von „Eigenbetrieben“ mit Personal/Service-GmbHs**

1 Projekt- und Prozessdarstellung

Der Rat für Forschung und Technologieentwicklung hat im Sommer 2013 beschlossen, das Thema „Klinischer Mehraufwand“ (KMA) und die Zusammenarbeit von Medizinischen Universitäten und Krankenanstaltenträgern im Rahmen von Universitätskliniken im Projekt „Befunde und Handlungsansätze zur Weiterentwicklung der Universitätsmedizin in Österreich“ aufzugreifen. Der Fokus des Projekts lag auf den mit Bundesmitteln mitfinanzierten Universitätsmedizin-Standorten (Wien, Graz, Innsbruck und ab 2014 Linz).

Nach der Analyse der vorliegenden Unterlagen, Stellungnahmen und Studien (siehe 6. „Verwendete Quellen“) zu den oben genannten Themen wurden im Herbst 2013 über 15 Interviews mit Stakeholdern durchgeführt. Im Rahmen dieser Interviews wurden alle Ebenen, d.h. Bundespolitik, Landespolitik, Medizinische Universitäten, Universitätskliniken und Krankenanstaltenträger ebenso wie alle Standorte der Universitätsmedizin in Österreich abgedeckt. Die InterviewpartnerInnen wurden zu drei Themenkreisen befragt:

- Entwicklung der universitären Medizin am Standort und Zusammenarbeit des Bundes mit den Ländern
- Organisationsstruktur von Universitätskliniken
- Finanzierung von Universitätskliniken und Klinischer Mehraufwand

Das vorliegende Grundlagendokument wurde basierend auf den Interviews und vorliegenden Dokumenten verfasst. Es stellt ein Zwischenergebnis des oben genannten Projektes mit einer Darstellung der Befunde und möglicher Handlungsansätze dar.

2 Problemstellung und Herausforderungen

Die Finanzierung der universitären Medizin in Österreich und die Zusammenarbeit der seit 2004 existierenden Medizinischen Universitäten mit den Krankenanstaltenträgern im Rahmen der Universitätskliniken sind in den letzten Jahren immer wieder im Zentrum von Diskussionen, Reformbemühungen und (gerichtlichen) Auseinandersetzungen gestanden. Die Entwicklungen der letzten Jahre zeigen ein gemischtes Bild: auf der einen Seite gut etablierte und international renommierte Medizinische Universitäten und eine hohe Qualität der universitären Medizin und Krankenversorgung, auf der anderen Seite seit Jahren bestehende erhebliche Herausforderungen in den Bereichen Struktur, Finanzen und Betriebsführung. Da die aktuell geltenden Regelungen und Vereinbarungen in den unterschiedlichen Bundesländern in den nächsten Jahren auslaufen (z.B. die in periodischen Abständen zu vereinbarende Höhe des KMA), müssen gerade jetzt Reformansätze definiert und Weichen gestellt werden.

Zusätzlich wurde die österreichische Universitätsmedizin durch den Beschluss der Errichtung einer neuen Medizinischen Fakultät in Oberösterreich und durch Pläne mehrerer Bundesländer in Bezug auf medizinische Privatuniversitäten um neue Facetten bereichert, die eine gesamtheitliche Betrachtung sinnvoll erscheinen lassen.

Auf eine umfassende Beschreibung der Problemstellungen wird an dieser Stelle verzichtet und auf die zitierte Literatur verwiesen. Vor allem die Analyse des Österreichischen Wissenschaftsrates und die Arbeiten von Johannes Kriegel, Bernhard Güntert und Oliver Szmej wurden für diese Studie als Grundlage verwendet. Auf jeden Fall ist – im Einklang mit Forderungen des Wissenschaftsrates und des Rechnungshofs – festzuhalten, dass bei der Lösung der anstehenden Herausforderungen die Steigerung der Leistungsfähigkeit der universitären Medizin in Österreich im Zentrum der Bemühungen stehen muss. Im Gegensatz zu den zahlreichen Reformbemühungen in der Vergangenheit erscheint es auch wichtig, dass die Problemfelder und Standortfragen nicht als für sich stehende singuläre Themen sondern in ihrem Gesamtkontext behandelt werden. Das bedeutet eine grundsätzliche Einigung der unterschiedlichen Ebenen der Bundes- und Landesverwaltung über die Rolle und Aufgaben der universitären Medizin in Österreich, die Schaffung von geeigneten Organisationsstrukturen und darauf abgestimmte Finanzierungsansätze. Diese Einigung von jahrzehntelangen Disputen kann nur unter Einbeziehung aller beteiligten Stakeholder, im speziellen Bund, Länder, Medizinische Universitäten, Universitätskliniken und Krankenanstaltenträger in einer gemeinsamen Anstrengung gelingen.

Ein Universitätsklinikum ist per se (in Österreich wie in anderen Ländern) eine besondere Form einer Krankenanstalt, deren Betrieb ganz oder teilweise der Lehre und Forschung einer Medizinischen Universität dient. Dies führt dazu, dass die Organisationseinheiten eines Universitätsklinikums – das heißt Universitätskliniken, Klinische Abteilungen, Klinische Institute oder auch ge-

meinsame Einrichtungen – sowohl Organisationseinheiten der Medizinischen Universität wie auch des Krankenanstaltenträgers sind.¹ Mit dieser Ausgangsposition sind alle Universitätskliniken konfrontiert und dies führt in der aktuellen Konstellation in Österreich zu einer Reihe von besonderen Herausforderungen im Zusammenhang mit Organisationsstrukturen, Finanzierungsflüssen und regionalen Lösungen.

2.1 Organisationsstruktur der Universitätskliniken

Ein Universitätsklinikum kann als Krankenanstalt definiert werden, deren Betrieb ganz oder teilweise der Lehre und Forschung einer Medizinischen Universität dient und dies führt, wie soeben dargestellt, in vielerlei Hinsicht zu doppelten Strukturen. Dies ist an der Wurzel auf die Kompetenzverteilung im Bundesverfassungsgesetz zurückzuführen, die den Bund für Wissenschaft und Forschung und die Bundesländer für Krankenversorgung zuständig macht. Die dadurch entstehenden mannigfaltigen Schnittstellenprobleme zeigen sich im täglichen Betrieb der Universitätskliniken vor allem in folgenden Bereichen:²

- **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:** siehe Kapitel „2.2 Finanzierung der Universitätskliniken“

Zur Lösung dieser Herausforderungen wurden im §29 Universitätsgesetz Abs. 5 Kooperationsvereinbarungen zwischen den Medizinischen Universitäten und den Krankenanstaltenträgern bindend vorgeschrieben, nämlich „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.“³

¹ Szmej O., Strukturen eines Universitätsklinikums, Krems 2012, 2.

² Szmej O., Strategisches Management für ein Universitätsklinikum, Krems 2012, 2-5.

³ Universitätsgesetz 2002 §29 Abs. 5 - UG, BGBl. I Nr. 120/2002.

Eine solche Kooperationsvereinbarung wurde jedoch, fast zehn Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, erst an einem der drei Standorte umgesetzt.

2.2 Finanzierung der Universitätskliniken

Bedingt durch die beschriebene Organisations- und Trägerstruktur der beiden Partner Medizinische Universität und Krankenanstalt ergeben sich auch im Bereich der Finanzierung große Herausforderungen.⁴

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. Im 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.

Bis 2007 wurde der KMA vom Bund direkt an die Krankenanstaltenträger überwiesen. Seit der Verknüpfung mit der Vergabe des Globalbudgets sind die Medizinischen Universitäten nun laut Universitätsgesetz verpflichtet, Berechnungen über die Höhe des KMA anzustellen und Verhandlungen über die zukünftige Abwicklung des KMA mit den Krankenanstaltenträgern durchzuführen.

Ein kritischer Teilaspekt ist die Abgrenzung der „Kuppelprodukte“ Krankenversorgung, Forschung und Lehre. Seit Jahren wird ein zuverlässiges Modell zur Ermittlung der Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Universitätskrankenhäusern gesucht und gefordert.

Durch Übergangs- und Zwischenlösungen an den drei etablierten und mit Bundesmitteln mitfinanzierten Universitätsmedizin-Standorten Wien, Graz und Innsbruck sind drei sehr unterschiedliche Situationen entstanden. Insbesondere bei der Anstellung der Ärzte divergieren die aktuellen Regelungen. Der Stadt Wien wird für das Allgemeine Krankenhaus (AKH) die vollständige Besoldung der Ärzte durch den Bund abgegolten. Bei den Trägern der Universitätskliniken Graz und Innsbruck wird nur rund die Hälfte der Ärzte aus den Mitteln des Bundes bezahlt. Diese Unterschiede sollen theoretisch über den so genannten „Bar-KMA“ wieder ausgeglichen und auf diese Weise eine Gleichbehandlung der Standorte erreicht werden. Am Universitätsklinikum Linz, das 2014 etabliert wird, werden nur die Professoren an der Universität angestellt, für das Gros der Ärzte ist die Stadt Linz Dienstgeber. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über den Status Quo

⁴ Siehe dazu ausführlich: Kriegel J., Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus: Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre, Bielefeld 2005 und Österreichischer Wissenschaftsrat, Stellungnahme und Empfehlung zum klinischen Mehraufwand, Wien 2012, 2; 7-11.

an den mit Bundesmitteln mitfinanzierten Universitätsmedizin-Standorten geboten, für Details wird auf die bereits zitierte Literatur verwiesen.

2.3 Vier Standorte und vier Lösungen⁵

Wie erwähnt ist in **Wien** aus historischen Gründen und gemäß einer aus dem Jahr 2005 stammenden Vereinbarung das gesamte ärztliche Personal von der Universität bereitzustellen. Das Pflege- und Erhaltungspersonal hingegen steht in einem Dienstverhältnis mit der Stadt. Diese Vereinbarung läuft 2015 aus, aber verlängert sich in Falle von keiner neuen Einigung automatisch um zwei Jahre.

Seit mehr als zwanzig Jahren gibt es einen schwellenden Konflikt in Bezug auf die Finanzierungsanteile von Seiten des Bundes und der Stadt Wien für das AKH. Die Vereinbarung von 2005 sieht jährliche Pauschalzahlungen für den Klinischen Mehraufwand bis 2015 vor. Ab dem Jahr 2006 sollten Verbesserungen überlegt, ab 2009 der Klinische Mehraufwand betriebswirtschaftlich ermittelt werden. Das Ergebnis dieser Berechnungen durfte laut Vereinbarung um (maximal) 2 % pro Jahr vom vereinbarten Pauschalbetrag abweichen. Die durchgeführten Interviews wie auch der Rechnungshofbericht „Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH Wien“ (2013) zeigen ein komplexes Gemenge an Verträgen und einen sehr schwach ausgeprägten Willen zur Kooperation.

Seit vielen Jahren werden in Wien – ohne sichtbare Erfolge – theoretische Überlegungen bezüglich einer gemeinsamen Betriebsführung und sogar einer „AKH-GmbH“ angestellt. Im Herbst 2013 wurde von der Stadt Wien und der Medizinischen Universität eine „Absichtserklärung“ veröffentlicht, die ab 2014 eine gemeinsame Planung von Leistungen, Personal, Aufwendungen für Personal und Sachmittel sowie Investitionen vorsieht.⁶

Auch in der **Steiermark** existierten jahrelange Differenzen über die Höhe der Abgeltung des Klinischen Mehraufwandes. Im Jänner 2011 einigte man sich nach jahrelangen Auseinandersetzungen im Rahmen einer umfassenderen Kooperationsvereinbarung auf die Höhe des Betrages. 2010 ist zwischen den beiden Rechtsträgern des Universitätsklinikum Graz – der Steiermärkischen Krankenanstalten-GmbH und der Medizinischen Universität Graz – eine Rahmenvereinbarung für die Zusammenarbeit der beiden Rechtsträger unterzeichnet und damit die Bestimmung des Universitätsgesetzes umgesetzt worden. Diese Rahmenvereinbarung regelt den Umgang mit den Finanzmitteln beider Rechtsträger im Klinischen Bereich und insbesondere den Umgang mit

⁵ Siehe ausführlich: Österreichischer Wissenschaftsrat, Stellungnahme und Empfehlung zum klinischen Mehraufwand, Wien 2012, 3-6.

⁶ Zum Standort Wien siehe insbesondere: Rechnungshof, Stellungnahme zur Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH, Wien 2013.

dem Klinischen Mehraufwand. Zusätzlich hat diese Zusammenarbeitsvereinbarung zum Abbau organisatorischer Grenzen beigetragen und auch die wirtschaftlichen Vorteile sind bereits belegt.

In **Tirol** stellt der Klinische Mehraufwand ebenso seit 2007 einen Zankapfel zwischen Bund und dem Land Tirol dar. 2009 brachte das Land Tirol in diesem Zusammenhang eine Klage beim Verfassungsgerichtshof ein, da der Bund argumentierte, dass die finanzausgleichsrechtlichen Vereinbarungen zwischen Bund und Land Tirol aus den Jahren 1950 bzw. 1981 aufgrund der Neuregelungen des Universitätsgesetzes 2002 obsolet geworden waren. Der Verfassungsgerichtshof gab dem Land Tirol in einer „Zwischenerkenntnis“ Recht.⁷ Über die Höhe des KMA wurde jedoch keine Entscheidung getroffen, da sich Bund und Land Tirol im Juni 2012 in einem außergerichtlichen politischen Vergleich auf die Zahlung von Pauschalsummen bis Ende 2015 einigten.

Im August 2013 beschloss der Ministerrat nach erheblichem politischem Druck aus Oberösterreich, an der Universität **Linz** eine medizinische Fakultät zu errichten. Ab 2014 wird dort der Studienbetrieb in Kooperation mit der Medizinischen Universität Graz beginnen und bis Herbst 2014 soll auch die Universitätsklinik rechtlich und organisatorisch etabliert sein. Die Universitätsklinik wird von einer Betreibergesellschaft getragen und von Land und Stadt Linz geführt. Nur die Professoren werden an der Universität angestellt, für die verbleibenden Ärzte wird die Stadt Linz Dienstgeber sein. Das „Modell Linz“ basiert auf einem Leistungsverrechnungsmodell und soll für diesen Standort eine exakte Berechnung und Steuerung des Aufwands für Lehre und Forschung ermöglichen.

2.4 Internationale Beispiele

Der Blick über die österreichischen Grenzen zeigt, dass auch in anderen Ländern ähnliche Herausforderungen sowohl für die Organisationsstrukturen als auch für die Finanzflüsse bestehen. Die Ausgangssituationen meist sehr unterschiedlich, daher lässt sich kein eindeutiges „Best Practice“ Vorbild für den Betrieb und die Finanzierung von Universitätskliniken ableiten. Wertvolle Anregungen können dennoch aus diesen internationalen Beispielen gewonnen werden. Grundsätzlich können zumindest drei Organisationsmodelle für Universitätskliniken bzw. Modelle der Zusammenarbeit zwischen Medizinischen Universitäten und Krankenanstaltenträgern unterschieden werden: die „Fusion“, die „Gemeinsame Betriebsführung“ und die „Kooperation“. Das Modell „Gemeinsame Betriebsführung“ ist vor allem dann von Interesse, wenn in der Universitätsmedizin – wie in Österreich – Kompetenzüberschneidungen von Bund und Ländern auftreten.

In Deutschland sind Wissenschaft und Forschung nicht Bundes-, sondern Landesangelegenheit. Einige wenige Universitätskliniken sind in einem Fusions-Modell organisiert. Die **Medizinische**

⁷ VfGH 26.02.2011, A13/09.

Hochschule Hannover zum Beispiel hat im Rahmen einer umfassenden Lösung die Verantwortungsbereiche Krankenversorgung, Lehre und Forschung in einer Organisation zusammengeführt. Seit 45 Jahren sind die Rechtsträger der Krankenversorgung sowie der Lehre und Forschung ident. Aus struktureller Sicht bedeutet dies den Vorteil einer einheitlichen Personalstruktur mit einem einheitlichen Dienstrecht, einer einheitlichen Führungsstruktur mit den Verantwortungsbereichen Krankenversorgung, Lehre und Forschung sowie einheitlicher Finanzierung durch eine Gebietskörperschaft.

Auch in Berlin ist die medizinische Fakultät der Humboldt-Universität mit dem Virchow-Klinikum der Freien Universität fusioniert worden. Durch eine weitere Fusion mit dem „Universitätsklinikum Benjamin Franklin“ der Freien Universität entstand 2003 die „**Charité - Universitätsmedizin Berlin**“, eine der größten Kliniken Europas. Die Entscheidung der Fusion erwuchs hauptsächlich aus der angespannten Haushaltslage des Landes Berlin und damit im Zusammenhang stehenden Sparvorgaben. Damit Forschung, Lehre und Krankenversorgung besser organisiert werden können, hat die Charité 17 standortübergreifende Charitézentren gegründet, 13 Charitézentren haben den Schwerpunkt auf der Krankenversorgung und vier Zentren auf Forschung.

Die meisten Universitätskliniken in Deutschland sind über das „Kooperationsmodell“ zwischen Universität und Krankenanstaltenträger organisiert. Auch in anderen internationalen Einrichtungen in der Schweiz (z.B. in den **Universitätsspitalern Zürich** oder **Bern**) oder in Skandinavien (z.B. im **Karolinska-Universitätskrankenhaus**) kam es nicht Vergesellschaftung und Ausgliederung, sondern die Zusammenarbeit zwischen den Medizinischen Universitäten und den Krankenanstaltenträgern wird über ein Vertragswerk (z.B. Leistungsvereinbarungen) festgelegt und geregelt.

Die beschriebenen Strukturen in Deutschland haben – ähnlich wie in Österreich – in der Vergangenheit immer wieder zu Auseinandersetzungen über Budgetflüsse geführt. In Deutschland ist das Thema Klinischer Mehraufwand ebenso ein umkämpftes Thema wie in Österreich. Bis dato wurde keine einheitliche Vergütungslösung gefunden, jedes Klinikum versucht den Betrag über individuelle Berechnungen und Verhandlungen festzulegen. In Leipzig und Frankfurt versucht man zum Beispiel mithilfe der Methode „Trennungsrechnung“ die korrekte Summe zu errechnen. Die einzelnen Modelle befinden sich in kontinuierlicher Entwicklung und sind von der Datenqualität und der Ausgestaltung der Systeme der Kosten- und Leistungserfassung abhängig. Auf jeden Fall klagen die Universitätskliniken in Deutschland seit längerem über eine nicht kosten- und leistungsgerechte Vergütung.

3 Befunde zum Status Quo

Aus den im Rahmen dieses Projektes durchgeführten Interviews aller betroffenen Stakeholder (Bundesministerien, Länder, Medizinische Universitäten, Krankenanstalten, Universitätskliniken) wurden aufbauend auf bereits existierenden Vorstudien eine Reihe von aktuellen Befunden zum Status Quo abgeleitet.

3.1 Keine gesamthafte Strategie und Vision für die Universitätsmedizin in Österreich

- Seit Jahren wird kontroversiell über die Finanzierung der Universitätsmedizin debattiert und deren Bedeutung für die Forschung und das Gesundheitswesen in Österreich ist dadurch in den Hintergrund gerückt.
- Die fachlichen Schwerpunktsetzungen an den verschiedenen Standorten betreffend Krankenversorgung und Forschung werden nicht österreichweit koordiniert, dadurch ergeben sich Parallelitäten und Ineffizienzen.
- Durch neue bzw. geplante Standorte (Linz bzw. Krems) treten neue Spieler in der universitätsmedizinischen Landschaft in Österreich auf und erhöhen den Wettbewerb um die begrenzten finanziellen Mittel.
- Mit den gegebenen Budgetmitteln ist eine „breite Spitze“ in Spitzenmedizin, Forschung und Lehre an allen Standorten nur schwer umsetzbar. Die Standorte Graz und Innsbruck sind aus vielerlei Hinsicht (Größe, Leistungsangebote, alleiniger Universitätsmedizin-Standort für das gesamte Bundesland, etc.) vergleichbar, Wien stellt mit seiner Dimension einen Sonderfall dar.
- Durch die unterschiedlichen politischen Zuständigkeiten (verschiedene Bundesministerien, Länder, Städte) wird ein „Ziehen am gemeinsamen Strang“ im Interesse der qualitätvollen Weiterentwicklung der Universitätsmedizin verhindert.

3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen sind teilweise widersprüchlich und unklar

- Es gibt eine Vielzahl an überlappenden und sich teilweise widersprechenden Rechtsvorschriften auf Bundes- und Landesebene (z.B. Regelung des Versorgungsauftrages im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und im Krankenanstaltengesetz).
- Die im Universitätsgesetz vorgesehene Verordnung über den klinischen Mehraufwand wurde bis jetzt nicht erlassen und die unterschiedlichen Vereinbarungen und (interimistischen) Lö-

sungen an den Standorten haben zu einer schwer vergleichbaren bzw. sogar ungleichen Aufteilung der Finanzmittel geführt.

- Die Übertragung der Verantwortung für die Bestimmung und Ausverhandlung des klinischen Mehraufwandes auf die Ebene der Universitäten (wie im Universitätsgesetz vorgesehen) hat nicht die gewünschten Resultate geliefert.
- Die unterschiedlichen Vorgaben gesetzlicher bzw. politischer Natur haben teilweise zu widersprüchlichen Regelungen geführt (zum Beispiel die Aussagen des Verfassungsgerichtshofes vs. Bestimmungen im Universitätsgesetz).
- Die unterschiedlichen Anstellungsverhältnisse der Ärzte machen Vergleiche zwischen den Standorten zusätzlich schwierig und darüber hinaus führt die Dreifachbelastung durch Krankenversorgung, Lehre und Forschung unter den herrschenden Rahmenbedingungen nicht zu den gewünschten Ergebnissen. Bei den Stakeholdern in Österreich besteht kein Konsens, wie eine optimale und vereinheitlichte Regelung für alle Standorte aussehen sollte. Die in den Interviews skizzierten „Ideallösungen“ reichen von 100 % Anstellung der Ärzte beim Bund, über eine 50:50 Aufteilung bis hin zu 100% bei den Ländern.
- Auch der Umgang mit Nebenbeschäftigungen der Ärzte ist an den Standorten sehr unterschiedlich gelöst.

3.3 Engere Kooperationen sind sinnvoll aber schwierig umzusetzen

- Die vorherrschende Konstruktion von großen Universitätskliniken, in denen Krankenversorgung, Spitzenmedizin, Lehre und Forschung unter einem Dach passieren, ist sinnvoll.
- Die im Universitätsgesetz vorgesehenen Kooperationsvereinbarungen wurden bis jetzt nur am Standort Graz umgesetzt. Das „Grazer Modell“ hat sich als erfolgreich erwiesen (auch aus wirtschaftlicher Sicht) und hat mittlerweile am Standort zu einem spürbaren Vertrauensverhältnis zwischen den beteiligten Institutionen geführt.
- An den übrigen Standorten gibt es laufende Initiativen, ähnliche Kooperationsvereinbarungen umzusetzen. Die Basis des gegenseitigen Vertrauens fehlt allerdings zum Großteil. Teilweise scheint keine Gesprächsbasis vorhanden zu sein.
- Einzelne Einrichtungen an allen Standorten haben sich (in unterschiedlicher Intensität) bereits mit der Idee der Gründung von gemeinsamen Betriebsführungsgesellschaften auseinandergesetzt. Diese Planungen sind meist isoliert geschehen und haben gezeigt, dass unter anderem rechtliche Anpassungen zur Verwirklichung notwendig wären.

3.4 Die Finanzierung ist zu komplex und intransparent

- Im Zentrum der jahrzehntelangen Polemik steht ein Konflikt über die Herkunft der auf Universitätskliniken benötigten Mittel. Im Grunde handelt es sich also um einen „Verteilungskampf“ zwischen Bund und Ländern und nicht um eine Auseinandersetzung über die tatsächlich für Universitätsmedizin notwendigen Mittel. Die Vertreter der Länder orten eine Tendenz des Bundes, sich aus der Finanzierung der Universitätsmedizin immer stärker zurück zu ziehen.
- Eine betriebswirtschaftliche Errechnung des klinischen Mehraufwandes ist aufgrund der „Koppelprodukte“ Spitzenmedizin, Krankenversorgung, Lehre und Forschung nur in Teilbereichen möglich und verschiedene Berechnungen liefern Ergebnisse mit großen Schwankungsbreiten. Bei neu aufzubauenden Standorten dürfte eine Berechnung leichter fallen.
- Über den Klinischen Mehraufwand entsteht teilweise eine Querfinanzierung der Gesundheitsversorgung mit eigentlich für Forschung und Lehre intendierten Mitteln. Das Finanzministerium hat eigene Berechnungen angestellt, nach denen jährlich über 300 Millionen Euro auf diese Weise querfinanziert werden.⁸ Von den Bundesländern wird diese Sicht nicht geteilt.
- Nicht alle Standorte fühlen sich finanziell gleichberechtigt behandelt.

⁸ Eigene Berechnung des Bundesministerium für Finanzen.

4 Mögliche Handlungsansätze

Um die Universitätsmedizin in Österreich positiv weiterzuentwickeln, können aufbauend auf den hier präsentierten aktuellen Befunden drei verschiedene Handlungsansätze genannt werden:

- 1. Eine gesamthafte Strategie für Universitätsmedizin in Österreich**
- 2. Eine einfache Bestimmung des KMA durch einen fixen Prozentsatz am Betriebsaufwand der Krankenanstalt und Festlegung über eine Verordnung des Bundes bzw. eine 15a-Vereinbarung**
- 3. Engere und verbindliche Kooperationen an den Standorten**

4.1 Eine gesamthafte Strategie für Universitätsmedizin in Österreich

Ein klares Bekenntnis der Bundes- und der Landespolitik zu einer hochqualitativen Universitätsmedizin ist sowohl aus Sicht des Forschungsstandortes als auch aus Sicht der Gesundheitsversorgung von großer Bedeutung. Im Interesse der Weiterentwicklung der Universitätsmedizin ist eine Ausarbeitung einer klaren Strategie für den Universitätsmedizin-Standort Österreich wünschenswert. In einer solchen Strategie müssen Krankenversorgung, Spitzenmedizin, Forschung und Lehre gemeinsam weiterentwickelt und nicht gegeneinander ausgespielt werden.

Diese Strategie sollte auf dem neuen Finanzierungsansatz (siehe unten) aufbauen und eine österreichweite Koordination im Sinne fachlicher Schwerpunktsetzungen an den verschiedenen Standorten betreffend Krankenversorgung, Spitzenmedizin, Lehre und Forschung zur Folge haben. Unter den herrschenden Budgetbedingungen kann längerfristig – neben der selbstverständlich flächendeckenden Aufrechterhaltung der notwendigen Grundversorgung – nur auf diese Weise international kompetitive Spitzenmedizin in Österreich geboten werden.

Diese Strategie sollte auch eine Klarstellung der Aufgaben der Universitätsmedizin und der damit verbundenen Anforderungen und Zuständigkeiten beinhalten. Dies betrifft unter anderem die Verteilung der Zuständigkeiten auf die unterschiedlichen Ebenen (verschiedene Bundesministerien, Länder, Medizinische Universitäten, Krankenanstalten, etc.). Auch der Umgang mit Nebenbeschäftigungen der Ärzte sollte mittelfristig einer einheitlichen Lösung in Österreich zugeführt werden.

4.2 Eine einfache Bestimmung des KMA durch einen fixen Prozentsatz am angepassten Betriebsaufwand der Krankenanstalt und Festlegung über eine Verordnung des Bundes bzw. eine 15a-Vereinbarung

Wie sowohl der Rechnungshof als auch der Verfassungsgerichtshof festgehalten haben, lässt sich der Klinische Mehraufwand in seiner Gesamtheit nicht exakt ermitteln bzw. die Ergebnisse der durchgeführten Berechnungen schaffen aufgrund ihrer unterschiedlichen Ergebnisse keinen wirklichen Mehrwert.

Es sollten eine einfache Logik für die Festlegung der Höhe des KMA und ein einheitliches Verrechnungsschema gefunden werden, das trotz der unterschiedlichen Ausgangssituationen der Standorte zu einer näherungsweise ähnlichen Abgeltung des zusätzlichen Aufwandes aus Forschung und Lehre durch den Bund führt.

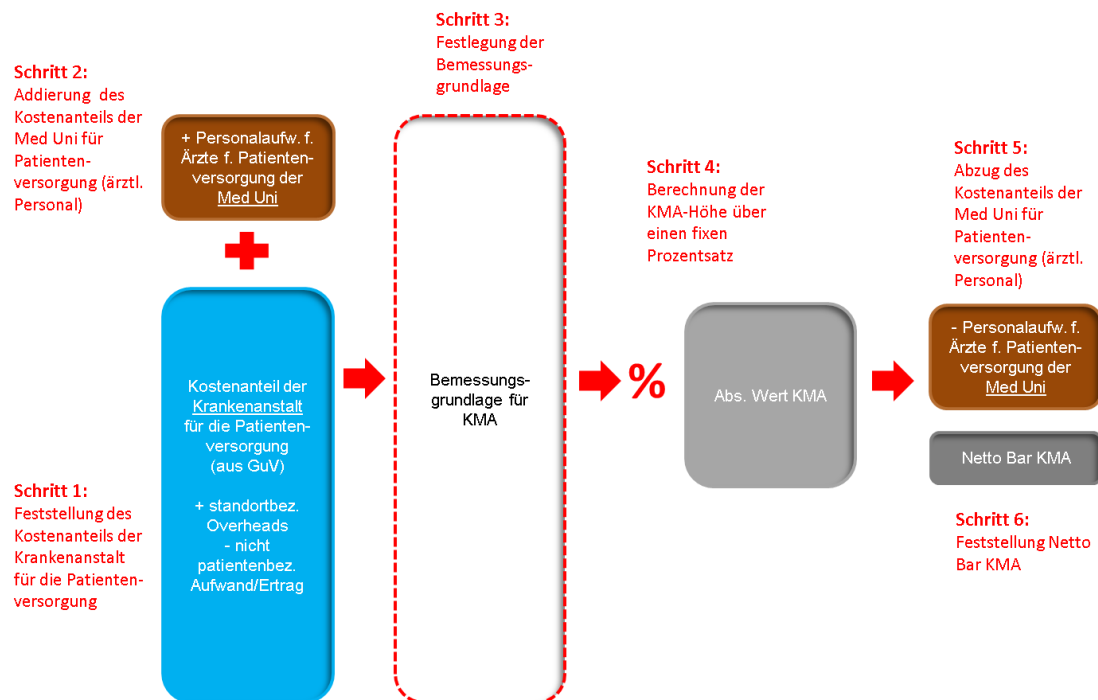
Aufgrund der komplexen Ausgangssituation wird hier ein pragmatischer Ansatz vorgeschlagen:

- Die Ausverhandlung der Höhe des Klinischen Mehraufwandes mit den Ländern sollte Angelegenheit des Bundes und nicht der Universitäten sein und in der im Universitätsgesetz angekündigten Verordnung bzw. einer 15a Vereinbarung festgelegt werden.
- Um eine faire Lösung für alle Standorte zu ermitteln, muss das Verrechnungsmodell sowohl den „Bar-KMA“ als auch die Anstellung von Bundesärzten enthalten und auf diese Weise Verzerrungen ausgleichen. Darüber hinaus müssen einheitliche Regelungen für die Finanzierung von Infrastruktur gelten.
- In Übereinstimmung mit der Empfehlung des Wissenschaftsrates⁹ sieht das dafür vorgeschlagene Modell eine Beteiligung des Bundes (bzw. der Medizinischen Universitäten) mit einem fixen Prozentsatz am angepassten Betriebsaufwand der Krankenanstalt vor. Dabei soll nur jener Betriebsaufwand zum Ansatz kommen, der in direktem Zusammenhang mit der Patientenversorgung steht bzw. durch Forschungs- und Lehrtätigkeit am Standort erwächst. Der Personalaufwand der Medizinischen Universität für Ärzte der Patientenversorgung wird hinzugerechnet. Auf diese Bemessungsgrundlage kann der festgesetzte Prozentsatz angewendet werden, von dem im nächsten Schritt die Personalaufwendungen der Medizinischen Universität für Ärzte wieder abgezogen werden müssen (um den unterschiedlichen Anstellungsverhältnissen Rechnung zu tragen).
- Auf Basis der unterschiedlichen Strukturen der Universitätsmedizin-Standorte in Österreich sollte als letzter Schritt im Interesse einer fairen Behandlung aller Standorte der errechnete

⁹ Österreichischer Wissenschaftsrat, Stellungnahme und Empfehlung zum klinischen Mehraufwand, Wien 2012, 16.

KMA-Wert anhand von Leistungsindikatoren (Studierendenzahlen, Bettenanzahl, etc.) angepasst werden.

- Dieser Betrag könnte im Zuge einer Einmalberechnung fixiert und mit einer Valorisierung fortgeschrieben werden. Dies brächte den Vorteil mit sich, dass der Betrag sowohl für den Bund als auch für die Universitätskliniken als fixe Plangröße voraussehbar wäre und gleichzeitig mit den vorhandenen Mitteln effizient gewirtschaftet werden müsste.
- Das Modell kann in vereinfachter Form wie folgt dargestellt werden:



- Unabhängig von diesem Modell scheint es empfehlenswert, den Aufbau des Universitätsklinikums in Linz und die in Linz gesammelten Erfahrungen mit der Leistungsverrechnung zu evaluieren. Obwohl aufgrund der gewachsenen Strukturen und unterschiedlichen Leistungsniveaus an den drei etablierten Standorten keine direkten Vergleiche möglich sind, können dennoch aus dem Linzer Modell wertvolle Erkenntnisse bezüglich der tatsächlichen Kostenerhöhung durch neu dazugekommene Lehre und Forschung an einem Klinikum gewonnen werden.

4.3 Engere und verbindliche Kooperationen an den Standorten

4.3.1 Gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft nur als längerfristiges Ziel

Universitätskliniken sind grundsätzlich von den unterschiedlichen Interessen der Trägereinrichtungen geprägt. Die ideale Lösung dieser Herausforderungen wäre eine gemeinsame Betriebsführungsgesellschaft getragen durch die Medizinische Universität und die Krankenanstalt.¹⁰ Ausländischen Beispielen folgend bedeutete dies, dass eine gemeinsame Tochtergesellschaft von Krankenanstaltenträger und Medizinischer Universität zur Führung des Universitätsklinikums gegründet und das Universitätsklinikum damit aus dem Krankenanstaltenträger ausgegliedert würde. Aufsicht und Kontrolle der Gesellschaft würde durch die zwei Gebietskörperschaften Bund und Land vorgenommen. Besonders in den Bereichen Dienstrecht, Personalmanagement und Organisation wäre dieses Model von Vorteil:

- Geschäftsführung mit den gemeinsamen Verantwortungsbereichen Krankenversorgung, Lehre und Forschung
- Ein Budget für die Betriebsführungsgesellschaft
- Dienstzuweisung aller Bediensteten des Krankenanstaltenträgers und der Medizinischen Universität zur Betriebsführungsgesellschaft und Anstellung neuer Bediensteter direkt in der Betriebsführungsgesellschaft
- Einheitliche Weisungshierarchie, einheitliches Dienstrecht und einheitliche Personalentwicklung und Karriereplanung für alle Berufsgruppen in der Betriebsführungsgesellschaft

Trotz der auf der Hand liegenden Vorteile dieser Option ist momentan von der Gründung von gemeinsamen Betriebsführungsgesellschaften abzuraten. Zusätzlich zu nötigen rechtlichen Anpassungen gibt es in Österreich für gemeinsame Betriebsgesellschaften aktuell keine Basis und diese würden Gefahr laufen, ineffiziente und leere Hüllen zu bleiben. Eine Vergesellschaftung erscheint als nächster anzustrebender Schritt auf Basis von mehrjähriger gelebter und funktionierender Kooperation zwischen den Medizinischen Universitäten und den Krankenanstaltenträgern sinnvoll. Mittelfristig wäre die Erstellung eines Gutachtens wünschenswert, um rechtliche und organisatorische Anpassungen für etwaige Vergesellschaftungen zu definieren.

¹⁰ Siehe dazu ausführlich: Szmej O., Strategisches Management für ein Universitätsklinikum, Krems 2012.

4.3.2 Enge und verbindliche Kooperationsvereinbarungen als realistischer Zwischenschritt

Die im Universitätsgesetz vorgeschlagene und bereits am Grazer Standort etablierte Option von Kooperationsvereinbarungen sollte auch von den anderen Standorten umgesetzt werden, allerdings mit einer größeren Tiefe und Verbindlichkeit ausgestaltet sein.

Die Herausforderung bei der Zusammenarbeit auf Basis von Kooperationsverträgen liegt in deren unverbindlicher Natur. Die Kooperation funktioniert nur, wenn Vertrauen und ein gutes Arbeitsverhältnis zwischen den handelnden Personen besteht. Im Falle der Medizinischen Universität Tirol konnte in der Vergangenheit zum Beispiel beobachtet werden, dass die Leitungsorgane an Universitäten mitunter rasch wechseln und damit etwaige Kooperationsverträge gefährden können.

Kooperationsverträge zwischen Universitäten und Krankenanstaltenträgern können aufgrund der Trägerstrukturen nur in Ansätzen wirklich bindende Mechanismen enthalten. Dennoch muss im Interesse von nachhaltigen Lösungen das Ziel lauten, mehr Verbindlichkeiten für die Kooperationsvereinbarungen zu schaffen – bis dadurch die notwendige Basis für Vergesellschaftung etabliert ist. Dafür wird das folgende Ideal-Modell vorgeschlagen:

- **Zusammenarbeitsvereinbarungen**

Die Medizinischen Universitäten und Krankenanstaltenträger sollten Zusammenarbeitsvereinbarungen abschließen, die in regelmäßigen Abständen neu zu verhandeln sind. In diesen Abkommen sollten die zentralen Punkte der Zusammenarbeit geregelt sein, v.a.:

- Einrichtung eines Gremiums („Klinikumsleitung“) zur Umsetzung der strategischen Ausrichtung von Forschung und Lehre sowie Krankenversorgung (inkl. Personalplan)
- Gemeinsame Strategieentwicklung
- Einrichtung eines Aufsichtsgremiums („Kooperationsrat“) für Monitoring, Beratung & Entscheidung in Grundsatzfragen
- Festlegungen in Bezug auf gemeinsam geführte administrative Einrichtungen (wie z.B. Personal-/Service GmbHs)
- Gemeinsames (von der Klinikumsleitung zu verwaltendes) Budget, gemeinsame Mittelaufbringung sowie -verwendung
- Regelung über Überschüsse und Abgänge

- **Betriebsführung im Sinne eines Eigenbetriebs**

Das anzustrebende Modell für die Umsetzung der Kooperationsvereinbarung ist die „fiktive Klinik“ bzw. die Führung des Universitätsklinikums wie einen „Eigenbetrieb“, das heißt einer betriebswirtschaftlich unabhängigen aber rechtlich unselbstständigen Einheit mit einer Chancen- und Risikoteilung.

- **Einrichtung von Personal-/Service GmbHs**

Der Kooperationsvertrag sollte die Einrichtung von gemeinsam getragenen Personal-/Service GmbHs vorsehen. Die operativen Herausforderungen im Bereich Personalmanagement können auf diese Weise gemeistert und das von den einzelnen Ärzten geleistete Pensum an Forschung und Krankenversorgung zielgerecht gesteuert werden. Da nur die Medizinischen Universitäten vorsteuerabzugsberechtigt sind, würde eine solche Personal-/Service GmbH idealerweise mit Umsatzsteuerbefreiung der gegenseitigen Verrechnung versehen sein.¹¹

- **Mehr Verbindlichkeit durch 15a Vereinbarungen oder durch eine Änderung des Universitätsgesetzes**

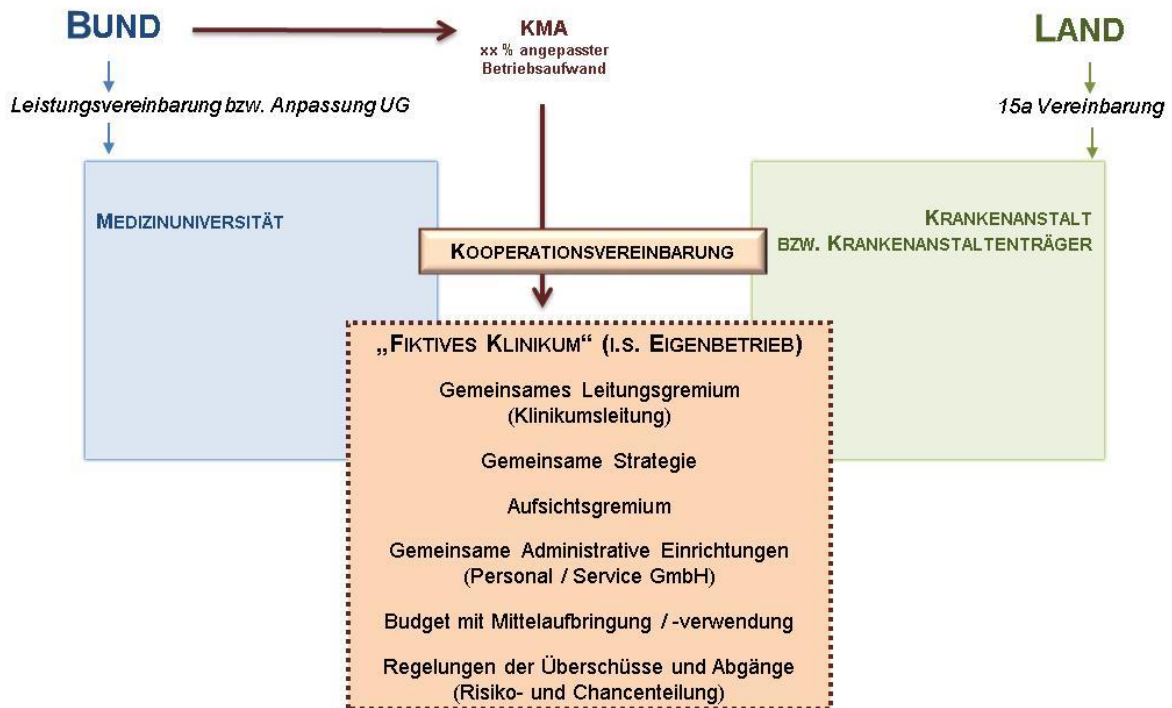
Um den Kooperationsstrukturen Gewicht und Dauer zu verleihen, sollten die Eckpunkte der zu schließenden Vereinbarungen in 15a Vereinbarungen zwischen Bund und Ländern festgeschrieben werden. Diese würden z.B. enthalten

- Regelungen über Gremien und deren Zusammensetzung
- Festlegungen in Bezug auf gemeinsam geführte administrative Einrichtungen (wie z.B. Personal-/Service GmbHs)
- Gewinn- und Verlustbeteiligung Investitionen
- Alt-Lasten der individuellen Standorte
- Rahmenvertragsmuster

Da 15a Vereinbarungen für Universitäten ex lege nur Rahmenbedingungen schaffen, kann zusätzlich eine entsprechende Änderung im Universitätsgesetz vorgesehen werden, um die Zusammenarbeit verbindlicher zu gestalten.

¹¹ Ähnlich wie dies für das Bundesrechenzentrum der Fall ist.

Grafisch kann das geschilderte Kooperationsmodell vereinfacht wie folgt dargestellt werden:



5 Verwendete schriftliche Quellen

- Becker S., Die Rechtsbeziehungen zwischen Universitätsklinikum, medizinischem Fachbereich und Universität – Zum Stand der aktuellen deutschen Gesetzgebung, Münster 2007
- Bundesministerium für Finanzen, Quersubventionierung Gesundheitssystem, Wien 2011
- Bundesministerium für Gesundheit, Das österreichische LKF System, Wien 2010
- Fischer W., Universitätsmedizin und DRGs. Eine Recherche in Österreich, Großbritannien, den Niederlanden und den USA, Wolfertswil 2013
- Güntert B. 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.
- Kriegel J., Finanzmanagement im Universitätskrankenhaus: Klinischer Mehraufwand für Forschung und Lehre, Bielefeld 2005
- Medizinische Universität Graz, Zusammenarbeitsvertrag am LKH-Univ. Klinikum Graz, Graz 2007
- Medizinische Universität Wien und Stadt Wien, Absichtserklärung betreffend die zukünftige Zusammenarbeit, Wien 2013
- Österreichischer Wissenschaftsrat, Stellungnahme und Empfehlung zum klinischen Mehraufwand, Wien 2012
- Rechnungshof, Stellungnahme zu den Leistungsvereinbarungen, Wien 2012
- Rechnungshof, Stellungnahme zur Zusammenarbeit Bund – Länder im Gesundheitswesen am Beispiel des AKH, Wien 2013
- Rechnungshof, Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes zum Creditanstalt – Bankverein und Klinischer Mehraufwand, Wien 2000
- Szmej O., Strukturen eines Universitätsklinikums, Krems 2012
- Szmej O., Strategisches Management für ein Universitätsklinikum, Krems 2012
- Verfassungsgerichtshof, Zwischenerkenntnis A 13/09-49, 26. Februar 2011