

Der spitalsambulante Bereich des Allgemeinen Krankenhauses der Stadt Wien (AKH) zählt mit einer jährlichen Frequenz von rd. 1,40 Mio. ambulanten Patienten sowohl in qualitativer als auch in quantitativer Hinsicht zu den größten Österreichs. Er wird nicht nur von stationären und ambulanten Patienten des AKH genutzt, sondern auch vom extramuralen Bereich (z.B. niedergelassene Fachärzte) und anderen Krankenanstalten in Anspruch genommen. Hauptkostenträger des spitalsambulanten Bereiches ist die Stadt Wien, da die Einnahmen aus Zahlungen der Sozialversicherungsträger - in Form eines leistungsunabhängigen Ambulanzpauschales - sowie aus Leistungen der anderen Kostenträger lediglich ein Viertel der Gesamtkosten abdecken.

Der gesetzlich normierte Versorgungsauftrag des spitalsambulanten Bereiches lässt auf Grund seines zum Teil unbestimmten Gesetzeswortlautes keine eindeutige Grenzziehung gegenüber dem extramuralen Bereich zu, was im laufenden Krankenhausbetrieb - so auch in Bezug auf die Leistungserbringung auf Anforderungen Externer - zu Unklarheiten führte. Die Prüfung der gesamten Organisation der Ambulanzgebarung ergab weiters Feststellungen und Empfehlungen hinsichtlich der Kostenträgerfeststellung, der Leistungserfassung und der Patientenabrechnung. Zu bemängeln waren im Besonderen das uneinheitliche Leistungserfassungssystem und das nicht durchgängig automationsunterstützte Abrechnungssystem. Lediglich rd. 19 % der insgesamt im Jahr 2002 an den Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds gemeldeten 17,75 Mio. spitalsambulanten Leistungen waren im hierfür vorgesehenen Krankenanstalteninformationssystem des AKH erfasst. Aussagen über die tatsächliche Inanspruchnahme des AKH durch den extramuralen Bereich waren auf Grund der vorgefundenen organisatorischen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt möglich.

1. Einleitung

Das Kontrollamt erhielt vom Vorstand einer Universitätsklinik des AKH Hinweise, wonach die Erbringung bestimmter ambulanter Leistungen für Externe im Rahmen einer Klinischen Abteilung seiner Universitätsklinik mangels Abgeltung zu einem finanziellen Schaden für die Stadt Wien geführt hätte. Da dieser Vorstand über die diesbezüglichen Vorkommnisse bereits eine Anzeige an die Staatsanwaltschaft erstattet hatte, richtete das Kontrollamt seine Überprüfung nicht auf den der Staatsanwaltschaft übermittelten

Fall aus, sondern führte eine generelle Überprüfung der Ambulanzgebarung des AKH - sofern sie in den Zuständigkeitsbereich der Stadt Wien als Krankenhausträger fällt - durch.

Im Hinblick auf die im Jahr 1997 erfolgte Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) wurde für allfällige Zeitvergleiche (neben den Jahren 2003 bzw. 2002 und 1998) auch das Jahr 1994 herangezogen, zumal die Daten dieses Jahres den Berechnungen zum LKF-Modell zu Grunde lagen.

Der vorliegende Bericht gliedert sich wie folgt:

	Seite
1. Einleitung	1
2. Umfang des spitalsambulanten Bereiches	3
2.1 Sonderstellung des AKH	3
2.2 Gliederung des Klinischen Bereiches	3
2.3 Leistungsempfänger	5
2.4 Vorzuhaltendes Leistungsangebot	6
3. Versorgungsauftrag des spitalsambulanten Bereiches	6
3.1 Gesetzliche Bestimmungen	6
3.2 Maßnahmen des WKAV	9
3.3 Verpflichtung zur Versorgung Externer	11
4. Organisation der Administration des spitalsambulanten Bereiches	12
4.1 Allgemeines	12
4.2 Erfassung der Patientendaten	13
4.3 Kostenträgerfeststellung	16
4.4 Leistungserfassung	20
4.5 Patientenabrechnung	23
5. Leistungsentwicklung des spitalsambulanten Bereiches	27
5.1 Leistungsgrößen gemäß Statistikverordnung	27
5.2 Anzahl der Verrechnungsbelege	30
5.3 Leistungen auf Anforderung Externer	31
6. Ausgaben des spitalsambulanten Bereiches	34

6.1 Allgemeines	34
6.2 Entwicklung der Ausgaben des spitalsambulanten Bereiches	36
7. Einnahmen des spitalsambulanten Bereiches	40
7.1 Allgemeines	40
7.2 Sozialversicherungsträger (WIKRAF)	41
7.3 Selbstzahler, städtische und nicht städtische Krankenanstalten	51
7.4 Sonstige Einnahmen	54
8. Betriebsabgang des spitalsambulanten Bereiches	54

2. Umfang des spitalsambulanten Bereiches

2.1 Sonderstellung des AKH

Das AKH nimmt eine Sonderstellung im Verbund der anderen Krankenanstalten des Wiener Krankenanstaltenverbundes (WKAV) durch die Funktion als allgemeine öffentliche Zentralkrankenanstalt und als Universitätsklinikum ein. Demzufolge sind für den Betrieb des AKH nicht nur die Bestimmungen des Wiener Krankenanstaltengesetzes 1987 idgF (Wr. KAG), sondern auch jene des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten - zweiter Teil idgF (KAKuG) unmittelbar anzuwenden. Eine weitere Rechtsgrundlage für den Betrieb der Universitätskliniken und der Klinischen Institute des AKH stellt das Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien idgF (UG 2002) dar, welches im ersten Teil Sonderbestimmungen für die Klinischen Bereiche der Medizinischen Universitäten enthält.

Aus § 31 UG 2002 geht hervor, dass der Klinische Bereich der Medizinischen Universität Wien jene Einrichtungen umfasst, die funktionell gleichzeitig Organisationseinheiten des AKH als Zentralkrankenanstalt sind. In diesem Sinn sind die Universitätskliniken und Klinischen Institute sowie deren allfällige Untergliederungen (Klinische Abteilungen) zugleich Teile des AKH und der Medizinischen Universität Wien.

2.2. Gliederung des Klinischen Bereiches

2.2.1 Zur Ermittlung des Umfanges des Klinischen Bereiches wurde mangels eines zum Zeitpunkt der Prüfung vorliegenden Organisationsplanes im Sinn des § 29 Abs 2 UG 2002 bzw. einer entsprechenden Vereinbarung gem. § 29 Abs 5 UG 2002, in deren

Rahmen die Medizinische Universität Wien mit der Stadt Wien als Rechtsträger des AKH eine Vereinbarung über die Zusammenarbeit beim Betrieb der einzelnen zum Klinischen Bereich der Medizinischen Universität gehörenden und gleichzeitig einen Teil der öffentlichen Krankenanstalt bildenden Organisationseinheiten zu treffen hätte, vom Kontrollamt die Anstaltsordnung des AKH idgF herangezogen. Dieser zufolge umfasst der Klinische Bereich des AKH grundsätzlich 26 in sechs Fachbereiche gegliederte Universitätskliniken sowie fünf Klinische Institute, jeweils untergliedert in Klinische Abteilungen. Daneben sind dem Klinischen Bereich des AKH zur Unterstützung der Lehr- und Forschungstätigkeit Universitätseinrichtungen zugeordnet, die keine Organisationseinheiten im Sinn des Wr. KAG sind, wie z.B. die Institute für Pathophysiologie sowie für Biomedizinische Technik und Physik.

Darüber hinaus verfügt die Medizinische Universität Wien über eine Reihe nicht dem Klinischen Bereich des AKH zugeordneter universitärer Einrichtungen, wie z.B. das Institut für Histologie und Embryologie, das Institut für Immunologie und das Institut für medizinische Biochemie, welche ausschließlich der Gebarung der Medizinischen Universität Wien unterliegen.

2.2.2 Während in jenen Organisationseinheiten mit der Bezeichnung "Universitätsklinik" neben Forschungs- und Lehraufgaben ärztliche oder zahnärztliche Leistungen unmittelbar am Menschen erbracht werden, werden in den so genannten "Klinischen Instituten" neben Forschungs- und Lehraufgaben ärztliche oder zahnärztliche Leistungen nur mittelbar für den Menschen erbracht.

Bedingt durch die unmittelbare medizinische Leistungserbringung am Menschen sieht die Anstaltsordnung des AKH idgF vor, dass für jede Universitätsklinik grundsätzlich ein Anstaltsambulatorium (Ambulanz) einzurichten ist, wobei dieses den Bedürfnissen entsprechend in Spezialambulanzen zu gliedern ist. Nach dem Ambulanzverzeichnis des AKH waren in den Universitätskliniken im Prüfungszeitpunkt mehr als 50 Allgemeine Ambulanzen und mehr als 300 dazugehörige Spezialambulanzen untergebracht.

Demgegenüber verfügen die Klinischen Institute (Klinisches Institut für Medizinische

und Chemische Labordiagnostik, für Pathologie, für Virologie, für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie sowie für Neurologie) über keine Ambulanzen im Sinn der Anstaltsordnung, werden aber im Rahmen der Krankenanstalt neben den Ambulanzen der Universitätskliniken dem nicht stationären Bereich - der im Folgenden als spitalsambulanter Bereich bezeichnet wird - zugerechnet. Der spitalsambulante Bereich des AKH umfasst somit sämtliche Organisationseinheiten (Betriebsstellen bzw. Kostenstellen), die ausschließlich diagnostische und/oder therapeutische Leistungen erbringen.

2.3 Leistungsempfänger

Der spitalsambulante Bereich des AKH erbringt grundsätzlich ambulante Leistungen für drei Personengruppen, nämlich für stationäre und ambulante Patienten des AKH sowie für so genannte Externe, wobei das AKH unter Letzteren lediglich In-vitro-Untersuchungen (Proben) verstand. Vom Kontrollamt werden hingegen als Externe im Folgenden jene Personen bezeichnet, für welche diagnostische oder therapeutische Leistungen auf Zuweisung externer Gesundheitseinrichtungen (Krankenanstalten und extramuraler Bereich, wie z.B. niedergelassene Ärzte) ohne vorherige Prüfung der Ambulanzbedürftigkeit durch einen Anstaltsarzt erbracht werden (= externe Anforderungen). Diese Personen stehen somit in Behandlung bei der jeweiligen externen Gesundheitseinrichtung und nutzen lediglich die rein diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen des spitalsambulanten Bereiches des AKH. Bei den externen Anforderungen handelt es sich in der Regel um In-vitro-Untersuchungen (Laboreinsendungen), die ohne physischen Kontakt der zu untersuchenden Person mit der Krankenanstalt unmittelbar von der leistungserbringenden Betriebsstelle des AKH durchgeführt werden. Aber auch diagnostische oder therapeutische Leistungen, die ein persönliches Erscheinen der Patienten in der Krankenanstalt erforderlich machen, wie z.B. Ultraschall oder Radiodiagnostik, können Gegenstand so genannter externer Anforderungen sein.

Da die ambulanten Leistungen für stationäre Patienten des AKH nicht prüfungsrelevant waren, wurde im Folgenden von einer weiteren Darstellung dieses Leistungsbereiches Abstand genommen und im Hinblick auf den einleitend erwähnten Prüfungsanlass vor allem auf die Leistungserbringung für Externe Bedacht genommen.

2.4 Vorzuhaltendes Leistungsangebot

Was den spitalsambulanten Bereich betrifft, ist in § 3 Abs 1 lit c) des Wr. KAG idgF geregelt, dass das AKH als Zentralkrankenanstalt mit grundsätzlich allen dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden spezialisierten Einrichtungen auszustatten ist. Daraus resultiert u.a. der umfangreiche und hoch spezialisierte spitalsambulante Bereich des AKH, der von zu untersuchenden und behandelnden Personen sowie von Gesundheitseinrichtungen (Krankenanstalten und extramuraler Bereich) über die Wiener Landesgrenzen hinaus in Anspruch genommen wird. Im Übrigen sind gem. § 6a Wr. KAG beim Betrieb von Krankenanstalten, die ganz oder teilweise der Forschung und Lehre einer medizinischen Fakultät - nunmehr einer Medizinischen Universität - dienen, die Erfordernisse der medizinischen Forschung und Lehre zu berücksichtigen.

3. Versorgungsauftrag des spitalsambulanten Bereiches

3.1 Gesetzliche Bestimmungen

3.1.1 Sowohl die Festlegung des Leistungsspektrums sowie des Leistungsumfanges des spitalsambulanten Bereiches der städtischen Krankenanstalten und die damit verbundene Abgrenzung zum extramuralen Bereich einerseits und zum stationären Bereich andererseits als auch die Frage der Zweckmäßigkeit der Zentralisierung anlagen- und personalintensiver Untersuchungen und Behandlungen auf bestimmte Gesundheitseinrichtungen stehen seit Jahren im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Diskussionen, da die unterschiedlichen Interessen der Nutzer und der Bereitsteller der ambulanten medizinischen Versorgung auf Grund der gegebenen rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen nur eingeschränkt miteinander vereinbar sind.

Wurde bisher u.a. die Verlagerung von Leistungen des stationären Bereiches in den spitalsambulanten Bereich angestrebt, steht nunmehr - im Hinblick auf die unterschiedlichen Hauptkostenträger der ambulanten medizinischen Versorgung (Sozialversicherungsträger und Stadt Wien) - die Frage der Abgrenzung zwischen extramuralem und spitalsambulanten Bereich zur Diskussion. Während eine höhere Inanspruchnahme der Ambulanzeinrichtungen des AKH durch sozialversicherte Patienten auf Grund der gedeckelten Abgeltung ambulanter Leistungen nicht zu Mehreinnahmen für die Stadt

Wien führt, würde eine Einschränkung der Inanspruchnahme auf den gesetzlichen Versorgungsauftrag eine Leistungsverlagerung in den extramuralen Bereich, d.h. zu Lasten der Sozialversicherungsträger, bedeuten.

Da im Zuge der laufenden Novellierungen des Wr. KAG eine beschränkte Untersuchungs- und Behandlungspflicht für den spitalsambulanten Bereich eingeführt wurde, beschäftigte sich das Kontrollamt zunächst mit der Umsetzung dieser Leistungspflicht. Inwieweit sich aus anderen Rechtsgrundlagen (wie z.B. den Ambulanzverträgen) darüber hinausgehende Leistungsverpflichtungen ergeben, wurde im Kapitel über die Einnahmen des spitalsambulanten Bereiches erläutert.

3.1.2 Die spitalsambulante Untersuchungs- und Behandlungspflicht des AKH als allgemeine öffentliche Zentralkrankenanstalt leitet sich grundsätzlich aus § 42 Abs 1 Wr. KAG idgF ab. Dieser Gesetzesbestimmung ist zu entnehmen, dass Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, nur dann ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind, wenn es

- a) zur Leistung Erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Begehren, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organspenden und Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin

notwendig ist.

Weiters ist in § 42 Abs 3 Wr. KAG festgelegt, dass für die Untersuchung und Behandlung, insbesondere nach Abs 1 lit c) und d), u.a. der § 36 Wr. KAG sinngemäß anzuwenden ist, welcher die Aufnahme von Patienten regelt.

Anzumerken war, dass der Oberste Gerichtshof in seiner neueren Rechtsprechung in Bezug auf § 26 KAKuG idgF sowie die korrespondierenden Bestimmungen der Landesausführungsgesetze (so auch zu § 42 Wr. KAG) klargestellt hat, dass die dort aufgezählten Leistungen ambulante Pflichtleistungen der öffentlichen Krankenanstalten darstellen und mangels gesetzlicher Einschränkung über diesen Katalog hinaus noch weitere Ambulanzleistungen erbracht werden dürfen. Die Landesausführungsgesetze sind daher nicht als Schutzgesetze zu Gunsten freiberuflich tätiger Ärzte einzustufen.

Im Übrigen ist es ständige Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofes, dass die aus § 26 KAKuG abzuleitende medizinische Betreuung in Anstaltsambulatorien gegenüber der so genannten extramuralen medizinischen Versorgung der Bevölkerung subsidiären Charakter hat. Demnach sind bei Errichtungsbewilligungsverfahren für Krankenanstalten in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums zur Beurteilung des Bedarfes nach medizinischen Leistungen im nichtstationären Bereich privater erwerbswirtschaftlich geführter Ambulatorien die Kapazitäten von Ambulatorien öffentlicher Krankenanstalten nicht heranzuziehen. In Ansehung nicht stationär zu behandelnder Personen haben daher die öffentlichen Krankenanstalten hinter anderen diese Behandlung durchführenden Institutionen zurückzustehen.

3.1.3 Zum spitalsambulanten Versorgungsauftrag war festzuhalten, dass die in § 42 Abs 1 Wr. KAG angeführten Voraussetzungen der Untersuchungs- und Behandlungspflicht bei näherer Betrachtung eine eindeutige Grenzziehung zwischen dem Vorliegen einer Pflichtleistung und einer freiwilligen Leistung nicht immer zulassen und auch die diesbezüglichen Gesetzesmaterialien zu § 26 Abs 1 KAKuG und dem gleich lautenden § 42 Abs 1 Wr. KAG keine näheren Erläuterungen enthalten.

Im Besonderen bereitet der Gesetzeswortlaut des § 42 Abs 1 lit c), wonach das Vorliegen einer Pflichtleistung davon abhängig ist, ob Untersuchungs- und Behandlungsme-

thoden mit solchen Behelfen anzuwenden sind, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen, in der Praxis Schwierigkeiten. Oft scheidet nämlich das Vorhalten neuerer und/oder kostenintensiverer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im extramuralen Bereich nicht an der Machbarkeit, sondern an der Sachleistungspolitik der Sozialversicherungsträger. Ebenso spielt die Anzahl und die örtliche Verteilung der Vertragsfacharztstellen eine Rolle.

Auch die Bestimmung des § 42 Abs 1 lit d), wonach Personen über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege ambulant zu untersuchen und zu behandeln sind, lässt wie bei Abs 1 lit c) die Frage offen, ob auch ohne vorherige Beziehung eines Anstaltsarztes eine unmittelbare Leistungspflicht für die diagnostischen Betriebsstellen der Krankenanstalt besteht.

Angesichts der aufgezeigten Rechtslage ist im Einzelfall zu beurteilen, ob und inwieweit eine der Voraussetzungen des § 42 leg.cit. und damit eine ambulante Pflichtleistung gegeben ist, wobei im Zweifel eine ambulante Untersuchung oder Behandlung, wie z.B. im Fall der Leistung Erster ärztlicher Hilfe, immer vorzunehmen sein wird. Darüber hinaus besteht für das AKH grundsätzlich die Möglichkeit, über den spitalsambulanten Leistungskatalog des § 42 Wr. KAG hinaus Ambulanzleistungen auf freiwilliger Basis zu erbringen.

3.2 Maßnahmen des WKAV

3.2.1 Zur Beseitigung allfälliger Unsicherheiten bei der Handhabung des § 42 Wr. KAG kam es im Jahr 1989 zur Erlassung einer Dienstvorschrift über die Rechtsstellung und Zuständigkeit der Ambulanzen der Wiener städtischen Krankenanstalten, die - von einer kurzen Unterbrechung im Zeitraum Oktober 1996 bis Februar 1997 abgesehen - bis heute in Kraft ist. Im Rahmen dieser Dienstvorschrift nahm die damalige Magistratsabteilung 16 - Allgemeines Krankenhaus auf Grundlage eines Erlasses der damaligen Magistratsabteilung 17 - Anstaltenamt eine nähere Auslegung der in § 42 leg.cit. erschöpfend aufgezählten Voraussetzungen vor. Gleichzeitig verwies sie darauf, dass die Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen einer Ambulanz nur bei Vorliegen

einer dieser Voraussetzungen gegeben ist und dass die Tätigkeit der Ambulanzeinrichtungen dieser Rechtslage anzupassen ist. Des Weiteren wurde festgestellt, dass dieser gegenüber dem extramuralen Bereich eingeschränkte Zuständigkeits- und Tätigkeitsbereich der Ambulanzen durch die mit den Sozialversicherungsträgern abgeschlossenen Ambulanzverträge keine Änderung erfahren hat, zumal die Ambulanzverträge in Bezug auf die Inanspruchnahme der Ambulanzen der Wiener städtischen Krankenanstalten und Universitätskliniken durch Anspruchsberechtigte ebenfalls auf die Untersuchungs- und Behandlungspflicht gem. § 42 Abs 1 Wr. KAG verweisen.

Die oben angesprochene zwischenzeitige Außerkraftsetzung der Dienstvorschrift des Jahres 1989 beruhte auf einer Dienstvorschrift der Generaldirektion des WKAV anlässlich der Einführung der pauschalen Leistungsabgeltung für den ambulanten Bereich sowie der angespannten Budgetsituation, in welcher eine konsequentere bzw. restriktivere Umsetzung des § 42 Wr. KAG als bisher angeordnet wurde. Da die konsequente Umsetzung dieser Dienstvorschrift zu praktischen Erschwernissen für die Patienten führte (z.B. teilweise Nichtannahme von Facharztkrankenscheinen), kam es zur Aufhebung dieser Dienstvorschrift im Februar 1997.

3.2.2 Dass es trotz der oben genannten Dienstvorschrift im AKH bisher nicht zu einer Reduktion der Tätigkeiten des spitalsambulanten Bereiches auf den gesetzlichen Versorgungsauftrag kam, war u.a. auf folgende Gründe zurückzuführen:

- die Nachfrage der Bevölkerung nach einer raschen, umfassenden, dem neuesten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechenden und rund um die Uhr zur Verfügung stehenden ambulanten medizinischen Versorgung;
- die Doppelfunktion des AKH als allgemeine öffentliche Zentralkrankenanstalt und als Universitätsklinikum, wonach Routineleistungen z.B. auch unter den Gesichtspunkten der Forschung und Lehre sowie der Ärzte-Ausbildungsordnung durchzuführen sind;
- die Öffnung spitalsambulanter Bereiche für Leistungen für den extramuralen Bereich

(Proben oder Patienten), um einer zusätzlichen Inanspruchnahme der Ambulanzen vorzubeugen.

3.3 Verpflichtung zur Versorgung Externer

Aus aktuellem Anlass wurde die Frage aufgeworfen, ob und inwieweit von Seiten des AKH eine gesetzliche Verpflichtung zur Annahme von Laboreinsendungen auf Anforderung von Externen gegeben ist.

Nach der Auffassung des AKH stellen externe Laboreinsendungen keine ambulanten Leistungen im Sinn des § 42 Wr. KAG dar, sodass eine allfällige Kontrahierungspflicht der Krankenanstalt auf Grundlage des Wr. KAG nicht zum Tragen kommt. Begründet wird diese Rechtsansicht damit, dass externe Laboreinsendungen deshalb nicht als ambulante Leistungen einzustufen sind, weil der § 42 leg.cit. im Hinblick auf seinen Gesetzeswortlaut auf die Untersuchung oder Behandlung von physischen - nicht in Anstaltspflege befindlichen - Personen abstellt, die partiell und temporär in den organisatorischen Bereich der Krankenanstalt eingegliedert werden. Allerdings würden jene externen Laboreinsendungen, die entweder nur im AKH oder lediglich von wenigen anderen Einrichtungen untersucht werden können, auf Grund der in diesem Fall marktbeherrschenden Stellung des AKH einem allfälligen zivilrechtlichen Kontrahierungszwang unterliegen.

Seitens des AKH besteht aber das Bewusstsein, dass diese enge Interpretationsvariante von der bisherigen und wahrscheinlich wienweiten Praxis abweicht, wonach alle Untersuchungen und Behandlungen einer Krankenanstalt für nichtstationäre Patienten - unabhängig vom physischen Kontakt der zu untersuchenden Person mit der Krankenanstalt, also auch In-vitro-Untersuchungen - als ambulante Leistungen im Sinn des § 42 Wr. KAG gelten und bei Vorliegen einer der Voraussetzungen des § 42 Abs 1 leg.cit. durchzuführen sind.

Aus der Sicht des Kontrollamtes ist die Gesetzesbestimmung des § 42 Wr. KAG im Hinblick auf die oben aufgeworfene Fragestellung in Bezug auf externe Laboreinsendungen tatsächlich verschiedenen Auslegungsvarianten zugänglich, wobei dem Kon-

trollamt jene des AKH als durchwegs plausibel erscheint. Streng genommen wäre aber die enge Interpretationsvariante des AKH, die im Übrigen von der Stabsstelle Recht des WKAV geteilt wird, angesichts des im § 42 Abs 3 Wr. KAG vorgenommenen Verweises auf § 36 Wr. KAG um das Kriterium der Feststellung der Ambulanzbedürftigkeit durch einen Anstaltsarzt zu ergänzen. Damit würden neben den In-vitro-Untersuchungen auch jene ambulanten Untersuchungen oder Behandlungen einer Krankenanstalt auf Anforderung Externer, die ohne vorherige Beiziehung eines Anstaltsarztes durchgeführt werden, nicht dem Regelungsbereich des § 42 Wr. KAG unterliegen und daher auf freiwilliger Basis erfolgen.

Da es aber nach Ansicht des Kontrollamtes von grundsätzlicher Bedeutung ist, ob und inwieweit bzw. mit welcher zusätzlichen Kostenabgeltung der gesamte spitalsambulante Bereich des AKH als Dienstleister gegenüber dem extramuralen Bereich im Rahmen des § 42 Wr. KAG zur Verfügung stehen soll, wäre die gegenständliche Fragestellung den gegenwärtigen gesundheitspolitischen Diskussionen zuzuführen.

Stellungnahme der Generaldirektion der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Der Empfehlung des Kontrollamtes wird entsprochen werden.

4. Organisation der Administration des spitalsambulanten Bereiches

4.1 Allgemeines

Die Durchführung der Patientenadministration hat sich nicht nur an den allgemeinen Grundsätzen der Ordnungsmäßigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu orientieren, sondern im Besonderen an § 42 Abs 4 Wr. KAG, welcher u.a. regelt, dass über die untersuchten oder behandelten Personen Aufzeichnungen zu führen sind, in denen insbesondere die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), die Diagnose und Therapie sowie der Kostenträger und die Höhe des Ambulatoriumsbeitrages einzutragen sind.

Im Übrigen hat das AKH als landesfondsfinanzierte Krankenanstalt entsprechende organisatorische Vorkehrungen zu treffen, um nach Maßgabe der - auf der Grundlage

des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen erlassenen - Kostenrechnungs- und Statistikverordnung für Fondskrankenanstalten eine Vielzahl von Daten erheben und im Wege des Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (WIKRAF) für den Landeshauptmann an das zuständige Bundesministerium übermitteln zu können, in dem die übermittelten Daten aller Fondskrankenanstalten in einer überregionalen Auswertung zusammengefasst werden.

Die Patientenadministration des spitalsambulanten Bereiches besteht wie jene des stationären Bereiches aus der Erfassung der Patientendaten (Patientenidentifikation), der Kostenträgerfeststellung, der Leistungserfassung sowie der Patientenabrechnung. In organisatorischer Hinsicht war vorgesehen, die Patientenadministration mit Ausnahme der Patientenabrechnung mit Hilfe der WKAV-weit zum Einsatz kommenden Software Krankenanstalteninformationssystem (KIS) in der Funktion als patientenführendes System sowie mit Hilfe KIS-kompatibler, d.h. auch auf die Bedürfnisse der Verwaltung angepasster, EDV-Subsysteme abzuwickeln, während die Patientenabrechnung in der Buchhaltungsabteilung 10 (BA 10) der Magistratsabteilung 6 - Rechnungsamt mit einem grundsätzlich anderen EDV-System angesiedelt wurde. Sämtliche im KIS erfassten Daten sind über ein eigens entwickeltes Statistikprogramm (AKH-STAT) auswertbar.

4.2 Erfassung der Patientendaten

4.2.1 Was die Erfassung der Patientendaten anlangt, wurde im Zuge der Übersiedlung des AKH in den neuen Gebäudekomplex am Währinger Gürtel eine Struktur geschaffen, die es den Universitätskliniken und Klinischen Instituten ermöglicht, einen Teil ihrer administrativen Tätigkeiten über die so genannten ambulanten Leitstellen abzuwickeln. Die Zahl der eingerichteten ambulanten Leitstellen richtete sich grundsätzlich nach der Abteilungsstruktur der Universitätskliniken sowie Klinischen Institute und deren räumlicher Aufteilung auf die Geschoßebenen des AKH und betrug zum Zeitpunkt der Einschau 37, wobei eine Leitstelle im Durchschnitt mit fünf Personen besetzt war. Organisatorisch sind die ambulanten Leitstellen der Verwaltungsdirektion - Finanzabteilung zugeordnet, wobei sich das Leitstellenpersonal nicht nur ausschließlich aus Mitarbeitern der Stadt Wien, sondern auch aus den so genannten Klinikangestellten zusammen-

setzt. Letztere sind nunmehr Dienstnehmer der neu geschaffenen Medizinischen Universität Wien und werden über die von der Stadt Wien bereitgestellten Sondermittel finanziert.

Der Aufgabenbereich der ambulanten Leitstellen umfasst im Besonderen das Erfassen und Verwalten von Patienten- und Untersuchungsdaten, die Personensteuerung in Bezug auf Patienten und Besucher sowie die Vorbereitung der Ambulanzleistungsverrechnung. Darüber hinaus ist die Funktion der Leitstelle als Informations- und Kommunikationsschnittpunkt zwischen den Patienten und den leistungserbringenden Organisationseinheiten einerseits und zwischen den Rechtsträgern des Klinischen Bereiches andererseits hervorzuheben.

Jeder Patient erhält im KIS im Zuge seines Erstbesuches nach Eingabe seiner administrativen Daten, wie Personenkennzeichendaten (z.B. Name, Sozialversicherungsnummer), Stammdaten (z.B. Kostenträger) und Besuchsdaten (Zuweiser, Anforderer), eine Patientenzahl, den so genannten Mutteraufenthaltscode (MAC), samt Ausdruck entsprechender mit Barcode versehener Patientenetiketten (= Erstadministration). Bei Folgebesuchen kommt es zu einer Aktualisierung dieser Daten.

Auf Grund der Annahme, dass die diagnostischen oder therapeutischen Betriebsstellen der Klinischen Institute sowie der Universitätskliniken, wie z.B. Abteilungslabors, Ultraschall, Endoskopien etc., nur auf Anforderung einer Ambulanz bzw. eines Anstaltsarztes in Anspruch genommen werden, war ursprünglich vorgesehen, diese internen Leistungsstellen nicht mit der Möglichkeit einer Erstadministration auszustatten. Da sich jedoch im Laufe der Zeit herausstellte, dass diese Betriebsstellen vielfach Leistungen auf Anforderung Externer erbringen, hat man in Einzelfällen auch Betriebsstellen den Charakter einer Ambulanz zugeordnet, bei denen eine vorherige Untersuchung durch einen Anstaltsarzt nicht vorgesehen ist.

Die Vergabe eines MAC und die daraus ersichtliche Patientenidentifikation sollte die Grundlage für sämtliche Leistungsanforderungen innerhalb des AKH darstellen. Es bestünde somit die Notwendigkeit, nicht nur für die ambulanten Patienten des AKH,

sondern auch für die so genannten Externen einen MAC zu vergeben, um diagnostische oder therapeutische Leistungen anfordern zu können. Wie bereits erwähnt, versteht das Kontrollamt unter den Externen nicht nur die In-vitro-Untersuchungen (Laboreinsendungen), sondern auch jene Personen, für welche diagnostische oder therapeutische Leistungen auf Zuweisung externer Gesundheitseinrichtungen (Krankenanstalten und extramuraler Bereich, wie z.B. niedergelassene Ärzte) ohne vorherige Beziehung eines Anstaltsarztes erbracht werden. Das bloße Vorhandensein eines MAC gibt daher nach Auffassung des Kontrollamtes keine Auskunft darüber, ob es sich um einen ambulanten Patienten oder um einen Externen handelt. Zu einer diesbezüglichen Unterscheidung bedarf es zusätzlicher Merkmale, welche sich aber aus den Besuchsdaten (Zuweiser, Anforderer) in Verbindung mit den Stammdaten (Kostenträger) ableiten lassen.

4.2.2 Zur Patientenidentifikation war vom Kontrollamt zunächst zu bemängeln, dass der Rolle des AKH als Dienstleister gegenüber dem extramuralen Bereich in administrativer bzw. organisatorischer Hinsicht nicht Rechnung getragen wurde, weshalb Aussagen über die Inanspruchnahme des AKH durch Externe nur bedingt möglich waren.

Als besonders störend erwies sich in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass das Anlegen eines elektronischen Patientenaktes im KIS und damit die Vergabe eines MAC nur für Personen vorgesehen ist, welche die Krankenanstalt persönlich aufsuchen, wodurch die Administration von externen Laboreinsendungen und damit sämtliche In-vitro-Untersuchungen durch das KIS nicht abgedeckt wird. Dies hat zur Folge, dass z.B. die in den Abteilungslabors der Universitätskliniken angenommenen Proben entweder händisch oder mittels EDV-Subsystemen administriert werden müssen, wodurch separate Organisationskreise eröffnet werden, die automatisierten routinemäßigen Kontrollen entzogen sind.

Schließlich wurde festgestellt, dass die Kennzeichnung eines Patienten als Externer nur bei Zuweisungen von stationären Patienten anderer Krankenanstalten unmittelbar gegeben ist. In solchen Fällen erkennt nämlich das EDV-System aus der Kombination zwischen dem Zuweiser und dem Kostenträger, dass es sich um einen Externen

handelt und schlägt automatisch für die diesbezüglichen Leistungsanforderungen eine externe Kostenstelle als leistungsanfordernde Stelle vor. Anders ist dies bei Zuweisung Externer aus dem extramuralen Bereich. In diesen Fällen wird zwar als Zuweiser z.B. ein niedergelassener Facharzt genannt, als leistungsanfordernde Kostenstelle wird jedoch vom EDV System statt der externen Kostenstelle "Leistungen für niedergelassene Ärzte" die leistungserbringende Kostenstelle vorgegeben, wodurch eine Umwandlung in eine interne Anforderung erfolgt.

Auf Grund der bestehenden Richtlinien der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten gelten Patienten, wenn sie von einem niedergelassenen Facharzt zugewiesen wurden, als "ambulante Fälle". Diese Patienten werden auf der leistungserbringenden Kostenstelle administriert. Die Umwandlung der Zuweiserkostenstelle "Leistungen für niedergelassene Ärzte" auf eine interne Anforderung darf nach den bestehenden Richtlinien nur bei den leistungserbringenden Kostenstellen erfolgen, welche eine Patientenfrequenz administrieren.

Für das Administrationsproblem der externen Einsender im KIS konnte im SAP inzwischen eine grundsätzliche Lösung (Administrationsverwaltungspatienten) gefunden werden.

4.3 Kostenträgerfeststellung

4.3.1 Im Rahmen der Kostenträgerfeststellung wird ermittelt, wer für die Kosten der ambulanten Behandlung und Untersuchung aufzukommen hat, wobei grundsätzlich zwischen Selbstzahlern und sozialversicherten Personen unterschieden wird. Lt. den internen Arbeitsunterlagen des Leitstellenpersonals gelten Personen bei Vorlage von folgenden Verrechnungsbelegen als krankenversichert:

- Facharztkrankenschein,
- von einem Vertragsfacharzt oder einem praktischen Vertragsarzt ausgestellte Überweisung, Laborzuweisung bzw. Verordnung,

- Zuweisungsschein,
- Kostenübernahmeerklärung,
- Verordnung oder Zuweisung von Ärzten, die keine Vertragsärzte der Krankenkasse sind, wenn auf der Verordnung bzw. Zuweisung die Anspruchsberechtigung durch die Krankenkasse bestätigt oder ein Krankenschein beigeschlossen wird.

Zur weiteren Überweisung innerhalb der Krankenanstalt bzw. in andere städtische Krankenanstalten ist ein interner Überweisungsschein für Krankenversicherte der Wiener Gebietskrankenkasse bzw. ein Zählblatt für Versicherte aller übrigen Krankenkassen auszufüllen. Versicherte der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), die keinen Krankenschein vorweisen können, haben die Möglichkeit, mittels eines "Erste-Hilfe-Scheines" behandelt werden zu können, sofern sie ihren Versicherungsanspruch glaubhaft machen können. Die Evidenthaltung des Kostenträgerstatus ist im KIS unter dem Geschäftsfall Krankenscheinverwaltung durchzuführen.

Eine Überprüfung der Richtigkeit der vorgelegten Versicherungsnachweise im Zuge der Erstadministration ist nicht vorgesehen. Dies wird erst im Zuge der Übermittlung der Verrechnungsbelege an die jeweiligen Krankenversicherungsträger ermöglicht, wobei die WGKK mit der Archivierung der sie betreffenden Verrechnungsbelege im AKH auf eine solche Überprüfung verzichtet.

4.3.2 Was den Nachweis des Versicherungsanspruches krankenversicherter Personen anlangt, wurden vom Kontrollamt zunächst die diesbezüglichen Regelungen der vorliegenden Ambulanzverträge untersucht. Aus diesen geht nämlich hervor, dass die Ambulanzen der Wiener städtischen Krankenanstalten und Universitätskliniken auf Rechnung der Krankenkassen - mit Ausnahme der Leistung Erster ärztlicher Hilfe - nur gegen Vorlage bestimmter Verrechnungsbelege in Anspruch genommen werden können. Während im Ambulanzvertrag mit der WGKK aus dem Jahr 1988 idgF als Verrechnungsbelege Facharztkrankenscheine oder von Vertragsärzten oder von eigenen Einrichtungen des Versicherungsträgers ausgestellte Überweisungen bzw. Zuweisungen anerkannt werden, sind im Ambulanzvertrag mit den übrigen Kassen aus dem Jahr 1967 idgF grundsätzlich Kostenübernahmeerklärungen oder bewilligte Verordnungs-

scheine als Verrechnungsbelege angeführt. Darüber hinaus ist in beiden Ambulanzverträgen geregelt, dass vor der Durchführung humangenetischer Untersuchungen eine chefärztliche Bewilligung des jeweils leistungszuständigen Sozialversicherungsträgers einzuholen ist.

Hiezu wurde vom Kontrollamt festgestellt, dass - ohne in den Ambulanzverträgen expressis verbis geregelt zu sein - lt. den internen Arbeitsunterlagen des AKH auch Personen, die auf Verordnungen oder Zuweisungen von Ärzten, die keine Vertragsärzte der Krankenkasse sind (= Wahlärzte) untersucht oder behandelt werden, als krankenversichert gelten, wenn auf der Verordnung bzw. Zuweisung die Anspruchsberechtigung durch die Krankenkasse bestätigt oder ein Krankenschein beigeschlossen wird. Mit dieser Regelung wurde somit auch Wahlärzten die Zuweisung krankenversicherter Personen in die Ambulanzen des AKH auf Rechnung der Krankenkassen ermöglicht, wobei jene Variante mit der Beilage eines Krankenscheines ohne vorherige Bestätigung durch die leistungszuständige Krankenkasse aus der Sicht des Kontrollamtes als problematisch erschien.

Bezüglich der chefärztlichen Bewilligung humangenetischer Untersuchungen brachte das Kontrollamt in Erfahrung, dass über die Ambulanzverträge hinaus auch andere Leistungen (z.B. Logopädie, Computertomographie, Magnetresonanztomographie) bei bestimmten Sozialversicherungsträgern mittels AKH-interner Dienstvorschrift einer chefärztlichen Bewilligungspflicht unterstellt wurden. Die Tatsache, dass die chefärztliche Bewilligung der an der 5. Abteilung der Universitätsklinik für Frauenheilkunde vorgenommenen humangenetischen Untersuchungen in dieser Dienstvorschrift keinen Niederschlag fand, führte zu Unklarheiten darüber, ob und inwieweit an dieser Genehmigungspflicht weiterhin festzuhalten ist. In der Praxis ging man daher auf die Vorgangsweise über, die Verrechnungsbelege erst im Zuge der humangenetischen Untersuchungen bei den leistungszuständigen Sozialversicherungsträgern, wie WGKK und Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, einzureichen.

Im Ergebnis war festzuhalten, dass die in den vorliegenden Ambulanzverträgen enthaltenen Bestimmungen über die Inanspruchnahme und über den Nachweis der An-

spruchsberechtigung offensichtlich nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten entsprechen.

Das AKH behält sich eine Überprüfung der eigenen Leistungszuständigkeit selbst für den Fall vor, dass eine Bestätigung eines Vertragsarztes bzw. Bestätigung eines Vertragsfacharztes bzw. einer leistungszuständigen Krankenkasse vorliegt.

Die vom Kontrollamt vorgenommene - im Vergleich zur bisherigen Praxis im AKH - engere Auslegung des Ambulanzbegriffes deckt sich mit den Intentionen des AKH. Es werden daher Maßnahmen eingeleitet werden, um die Umsetzung zu ermöglichen.

4.3.3 In diesem Zusammenhang wurde vom Kontrollamt auf die Problematik der Prüfung des Versicherungsanspruches jener Externen aufmerksam gemacht, deren Patientendaten nicht im KIS, sondern in Subsystemen oder händisch erfasst werden. Die Prüfung des Versicherungsanspruches ist in diesen Fällen meist auf die Feststellung "sozialversichert ja oder nein" reduziert.

Im Zuge der stichprobenweisen Einschau in die diesbezüglichen Verrechnungsbelege der WGKK des Jahres 2002 musste z.B. vom Kontrollamt festgestellt werden, dass in einem Klinischen Institut als Verrechnungsbelege nicht nur Laborzuweisungen, sondern auch Zuweisungen auf einem Rezeptblock eines niedergelassenen Facharztes ohne Beilage eines Krankenscheines anerkannt wurden. Diese hier festgestellte Vorgehensweise bestätigte die Vermutung, dass bei der Erfassung der Patientendaten in Subsystemen der Vorlage von Verrechnungsbelegen nicht die entsprechende Bedeutung beigemessen wurde.

Es gibt klare Richtlinien über die Prüfkriterien bei der Erfassung von Patienten- und Leistungsdaten. Nachschulungen, die eine Verbesserung der Erfassungsqualität von Patientendaten mit sich bringen, wurden bereits veranlasst.

4.4. Leistungserfassung

4.4.1 Eine korrekte und vollständige Leistungserfassung ist die Basis für eine realistische innerbetriebliche Leistungsverrechnung, für eine ordnungsgemäße Patientenabrechnung sowie für eine leistungsbezogene Ressourcensteuerung. Ursprünglich war geplant, das KIS als Schiene für sämtliche Leistungsanforderungen auf Grund eines krankenhausesweiten Leistungskataloges zu verwenden, sodass die Leistungserfassung bereits im Zuge der Anforderung stattfindet. Ein ähnliches Konzept liegt im Übrigen dem Projekt AKIM zu Grunde, welches das KIS ablösen soll und sich zum Zeitpunkt der Prüfung durch das Kontrollamt im Stadium der Auftragsvergabe befand.

In der Praxis musste man jedoch aus diversen Gründen auf eine einheitliche elektronische Leistungsanforderung verzichten und sich darauf beschränken, die Leistungserfassung direkt den leistungserbringenden Betriebsstellen zu überlassen. An Stelle eines krankenhausesweiten Leistungskataloges wurde der so genannte "Ambulanzselbstzahlerkatalog" (ASK) herangezogen, bei welchem es sich eigentlich um einen Preiskatalog handelt (worauf im Folgenden noch näher eingegangen wird). Ungeachtet dessen steht es den Universitätskliniken oder den Klinischen Instituten frei, eigene Leistungskataloge anzuwenden, sofern eine Überleitungsmöglichkeit zum ASK gegeben ist. Die einzelnen Betriebsstellen haben entweder selbst einen Zugang zum EDV-System oder die Möglichkeit, die Leistungsdaten innerhalb der Klinik an einer anderen Betriebsstelle nacherfassen zu lassen.

4.4.2 Wie sich bei der Einschau durch das Kontrollamt zeigte, fand die Erfassung der Leistungen im AKH nicht - wie vorgesehen - flächendeckend im KIS auf Basis des ASK, sondern auch in verschiedenen Subsystemen und manuell, meist unter Anwendung eigener Leistungskataloge statt. Dieses aufgesplitterte Leistungserfassungssystem, welches im Übrigen immer wieder Gegenstand der Kritik des Rechnungshofes war, wird auf folgende Ursachen zurückgeführt:

- Der ASK erfüllt zwar den Zweck eines Preiskataloges zur ambulanten Leistungsabrechnung, wird aber als Leistungskatalog für nicht geeignet betrachtet.

- Die Erfassung von In-vitro-Untersuchungen für Externe ist im KIS nicht vorgesehen, weshalb Leistungen für Externe auch nicht im KIS erfasst werden konnten.
- Nicht allen leistungserbringenden Betriebsstellen erscheint die Erfassungsmöglichkeit im KIS als praktikabel.

Im Folgenden werden die spitalsambulanten Leistungen des AKH laut Krankenhausstatistik des Jahres 2002 - aufgeschlüsselt nach der jeweiligen Datenquelle - angeführt:

Leistungserfassungssysteme	Leistungen des Jahres 2002 lt. KA-Statistik
Universitätskliniken	
Krankenhausinformationssystem (KIS)	3.429.322
Sonstige Subsysteme oder händische Aufzeichnungen	2.365.157
Zwischensumme	5.794.479
Radiologiesystem	3.044.634
Blutbankmanagementsystem	837.660
Physikalische Medizin System	95.640
Summe	9.772.413
Klinische Institute	
Pathologiesystem	272.420
Laborsysteme	7.453.463
Sonstige Subsysteme oder händische Aufzeichnungen	254.557
Summe	7.980.440
Gesamt	17.752.853

Insgesamt wurden im Jahr 2002, wie aus dieser Tabelle hervorgeht, an den WIKRAF 17,75 Mio. Leistungen gemeldet, wovon lediglich 3,43 Mio. Leistungen, das sind rd. 19 %, tatsächlich im KIS erfasst waren. Dies war darauf zurückzuführen, dass die Leistungserfassung in den Universitätskliniken nicht durchgängig im KIS, sondern auch mit Hilfe von Subsystemen (z.B. CLINICWARE, KARDIOLAN, M-BASE) sowie manuell stattfand. Einige Universitätskliniken (Radiodiagnostik, Transfusionsmedizin und Blutgruppenserologie, Physikalische Medizin) sowie sämtliche Klinischen Institute erfassten ihre Leistungen zur Gänze in Subsystemen.

Bei Durchsicht aller monatlichen Meldungen der Betriebsstellen für die Krankenhausstatistik des Jahres 2002 zeigte sich, dass von den rd. 150 im KIS adminis-

trierenden Betriebsstellen der Universitätskliniken lediglich zwei Drittel ihre Leistungsmeldungen in Form der standardisierten KIS-Statistikauswertung durchführten. Die restlichen Betriebsstellen, insbesondere die Abteilungslabors der einzelnen Universitätskliniken, gaben manuell ausgefüllte Leistungsmeldungen ab. Ein Vergleich der im KIS auf Basis des ASK insgesamt erfassten rd. 3,43 Mio. ambulanten Leistungen des Jahres 2002 der Universitätskliniken mit den diesbezüglichen Werten der Krankenanstalten-Statistik in Höhe von 5,79 Mio. ergab jedenfalls eine Differenz von rd. 2,36 Mio. ambulanten Leistungen, die zwar erbracht, jedoch nicht systemkonform administriert wurden.

Anzumerken war, dass die nicht im KIS erfassten Leistungen in der Regel nicht nach dem ASK aufgezeichnet wurden, was zu Leistungsverzerrungen führte. So hätte z.B. eine Darstellung der Leistungen des Klinischen Instituts für Medizinische und Chemische Labordiagnostik (KIMCL) des Jahres 2002 auf ASK-Basis einen auf die Zählweise zurückzuführenden Leistungsrückgang von 7,45 Mio. Leistungen auf 4,26 Mio. zur Folge gehabt. Im Zuge einer stichprobenweisen Einschau des Kontrollamtes fiel weiters auf, dass in einem Abteilungslabor die im EDV-System erfassten Leistungsdaten im Rahmen der monatlichen Meldungen für die Krankenanstalten-Statistik seit jeher mit einem nicht mehr nachvollziehbaren Leistungsfaktor multipliziert wurden, wodurch die Transparenz des Leistungsniveaus ebenfalls nicht gegeben war.

Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ab dem Jahr 2004 im KIMCL das EDV-System MOLIS flächendeckend zum Einsatz kommen soll, welches lt. Auskunft den Anforderungskriterien der Verwaltung des AKH entspricht, ergab sich, dass in Zukunft zwar wesentlich mehr Leistungen nach einheitlichen Kriterien erfasst sein werden; rd. die Hälfte aller spitalsambulanten Leistungen werden aber auch dann noch aus dem einheitlichen Leistungserfassungssystem herausfallen.

Wenngleich das Nichtvorliegen eines bundesweiten praxisorientierten, leicht administrierbaren Leistungskataloges für den spitalsambulanten Bereich und die daraus resultierende Problematik der uneinheitlichen Leistungsdokumentation dazu führten, dass nach der neuen - mit 1. Jänner 2004 in Kraft getretenen - Statistikverordnung für lan-

desfondsfinanzierte Krankenanstalten auf die Meldung der spitalsambulanten Leistungen verzichtet wird, sollte dies das AKH nicht daran hindern, für innerbetriebliche Zwecke (z.B. innerbetriebliche Leistungsverrechnung) eine einheitliche Leistungsdokumentation sicherzustellen.

Mit der Einführung des EDV-Systems MOLIS per November 2004 wird die aufgezeigte Problematik im KIMCL behoben werden.

Ebenso wird mit Nachdruck an einer einheitlichen Leistungsdokumentation gearbeitet werden, die allerdings erst mit der Implementierung von AKIM voll automationsgestützt umsetzbar erscheint.

4.5 Patientenabrechnung

4.5.1 Bei der Patientenabrechnung ist grundsätzlich zwischen der Gruppe der Sozialversicherten und jener der Selbstzahler bzw. der stationären Patienten anderer Krankenanstalten zu unterscheiden.

Die Abrechnung der größten Patientengruppe des AKH, nämlich jener der sozialversicherten Personen, ist dadurch gekennzeichnet, dass die an ihnen erbrachten ambulanten Leistungen gemäß der derzeitigen ambulanten Leistungsabgeltung in Form einer Ambulanzpauschale als abgedeckt gelten, worauf im Folgenden noch näher eingegangen wird.

Es sind daher seitens des AKH nach Feststellung der Anspruchsberechtigung grundsätzlich keine weiteren Verrechnungsschritte bzw. Einbringungsmaßnahmen mehr zu setzen. Allerdings sind die von den sozialversicherten Patienten und deren anspruchsberechtigten Angehörigen in den leistungserbringenden verrechnungsberechtigten Einheiten (Universitätskliniken bzw. Klinischen Instituten) vorgelegten Verrechnungsbelege von den ambulanten Leitstellen nach dem jeweiligen Sozialversicherungsträger zu sortieren und an die Abteilung Finanz - Ambulanzgebührenverrechnung des AKH zu übermitteln. Dort werden die Verrechnungsbelege an die Sozialversicherungsträger weitergeleitet oder im Fall der WGKK lediglich archiviert.

Die Patientenabrechnung inkl. dem standardisierten Mahnwesen der Gruppe der Selbstzahler bzw. der stationären Patienten anderer Krankenanstalten erfolgt auf der Grundlage des mit der Magistratsabteilung 6 abgeschlossenen Leistungsübereinkommens auf Veranlassung der leistungserbringenden Betriebsstellen des Klinischen Bereiches im Wege der BA 10, sodass ein ambulanter Patient, der mehrere leistende Betriebsstellen in Anspruch nimmt, auch mehrere Rechnungen erhält. Die abzurechnenden ambulanten Leistungen werden der BA 10 entweder in elektronischer Form über eine Datenüberleitung vom KIS in das EDV-System der Buchhaltung (Überleitungskliniken) oder in Papierform mittels der Sonderdrucksorte 913 (SD 913 - Meldung über nicht bezahlte Ambulatoriumsbeiträge) zur Verfügung gestellt, was eine elektronische Erfassung der SD 913 im EDV-System der BA 10 notwendig macht. In weiterer Folge übernimmt dann das EDV-System der Buchhaltung die Fakturierung und Zahlungsüberwachung der Forderungen, wobei bei Nichtzahlung der Ambulatoriumsbeiträge - abhängig davon, ob es sich um eine öffentlich-rechtliche oder um eine privatrechtliche Forderung handelt - der automatische Versand einer Zahlungsaufforderung oder einer Mahnung und gegebenenfalls die Setzung weiterer Einbringungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden. Im Fall der Uneinbringlichkeit wird der Verrechnungsakt an die Ambulanzgebührenverrechnung der Abteilung Finanz des AKH zu einer neuerlichen Überprüfung der Einbringungsmöglichkeit übermittelt.

Bei dem Buchhaltungssystem der BA 10 handelte es sich bis Ende des Jahres 2003 um das EDV-System GRABSCH (Gebührstellungs-, Rechnungslegungs-, Abstattungs- und Betreuungssystem), welches im Jahr 2004 durch das EDV-Produkt SAP R/3 IS-H (Industry Solution - Health) abgelöst wurde, wobei gleichzeitig die Zahl der elektronisch überleitenden Betriebsstellen des Klinischen Bereiches angehoben wurde.

4.5.2 Zur Patientenabrechnung wurde vom Kontrollamt Folgendes festgestellt:

Die Vorteile einer elektronischen Datenüberleitung als Voraussetzung einer ordnungsgemäßen Patientenabrechnung kommen nur dann im vollen Umfang zum Tragen, wenn KIS oder auf die Zwecke der Patientenabrechnung abgestellte KIS-kompatible EDV-Subsysteme (z.B. MOLIS) flächendeckend zur Patientendatenerfassung sowie zur

Leistungserfassung eingesetzt werden. Wie oben dargestellt, war dies im AKH nicht der Fall, sodass wie erwähnt - trotz Schaffung einer elektronischen Überleitung des im KIMCL zum Einsatz kommenden EDV-Systems MOLIS in das IS-H - immer noch etwa die Hälfte der im AKH erbrachten Leistungen mittels EDV-Subsystemen oder manuell erfasst wurden. Es blieb daher auch nach Erweiterung der Überleitungskliniken ein nicht zu übersehender Leistungsbereich, welcher dem Kontrollmechanismus einer automationsunterstützten Leistungsverrechnung entzogen war.

Dies bedeutet, dass in jenen leistungserbringenden Betriebsstellen des Klinischen Bereiches, die weiterhin von der Datenüberleitung ausgenommen sind, eine ordnungsgemäße Patientenabrechnung davon abhängig ist, dass verrechnungstaugliche Drucksorten SD 913 erstellt und an die BA 10 weitergeleitet werden. Auf Grund der organisatorischen Gegebenheiten in den einzelnen Betriebsstellen des Klinischen Bereiches kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass

- nicht alle ambulanten Leistungen an Selbstzahlern auch tatsächlich zu einer Rechnungslegung führen, da die Nichtausfüllung einer SD 913, die Unterlassung der Weiterleitung sowie die Nichtaufnahme in das EDV-System der BA 10 stets un bemerkt bleiben bzw. lediglich durch gezielte Revision aufgedeckt werden könnten,
- die SD 913, die im Übrigen nicht immer von in Verrechnungsbelangen geschultem Personal erstellt werden, nur mangelhaft ausgefüllt sind, was zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand führt,
- es zu Zeitverzögerungen kommt, weil entweder die SD 913 nicht umgehend ausgefüllt bzw. zu einem späteren Zeitpunkt an die BA 10 weitergeleitet oder in der BA 10 eingelangt zeitverzögert bearbeitet wird.

Zusammenfassend war daher festzustellen, dass nach Ansicht des Kontrollamtes bei den händisch weitergeleiteten Abrechnungen nicht immer sichergestellt ist, dass die erbrachten ambulanten Leistungen auch tatsächlich zur Verrechnung gelangen. Diesbezügliche Gebarungsmängel, wie sie z.B. auch in einem Bericht der Stabsstelle Interne Revision des AKH über eine Revision in einem Abteilungslabor einer Universitätsklinik

aufgezeigt wurden, sind daher im Hinblick auf die genannten Schwachstellen systemimmanent.

Eine vollständige Anbindung aller Kliniken und Institute wird erst mit der Einführung einer einheitlichen Softwarelösung bzw. der Ablöse des bestehenden KIS möglich sein. Mit dieser Ablöse wurde im Rahmen des AKIM-Projektes die AKH-EDV-Abteilung beauftragt, wobei die Ablöse stufenweise ab 1. Jänner 2006 erfolgen soll. Bis zu diesem Zeitpunkt müssen andere interne Kontrollsysteme die Gebarungssicherheit herstellen.

4.5.3 Nach § 53 Wr. KAG sind die öffentlichen Krankenanstalten u.a. verpflichtet, für die eheste Einbringung der Ambulatoriumsbeiträge zu sorgen, wobei sie gem. § 54 leg.cit. mit dem Tag der jeweiligen Ambulatoriumsbehandlung abzurechnen sind. Die Aufforderung des Zahlungspflichtigen zur Zahlung des Ambulatoriumsbeitrages sollte dabei unverzüglich erfolgen, wobei der Beitrag mit dem Tag der Aufforderung fällig ist.

Um diesen gesetzlichen Vorgaben zu entsprechen, wurde in der Arbeitsunterlage des Leitstellenpersonals festgelegt, dass die Gruppe der Selbstzahler die Ambulatoriumsbeiträge nach Möglichkeit in der Anstaltskasse sofort einzubezahlen hat. Aus abrechnungstechnischen Gründen wurde jedoch von dieser Vorgabe im laufenden Ambulanzbetrieb immer mehr Abstand genommen, was sich auch daran zeigte, dass z.B. im Monat Jänner 2004 lediglich in 65 Fällen, das entspricht etwa 2 % der in diesem Monat insgesamt einzubezahlenden Ambulatoriumsbeiträge, Bareinzahlungen im Wege der Anstaltskasse erfolgten. Wenngleich von Seiten des AKH mit der Erweiterung der Überleitungskliniken verstärkt Maßnahmen getroffen wurden, um den Abstand zwischen Leistungserbringung und Rechnungslegung so gering wie möglich zu halten, war das Kontrollamt dennoch der Ansicht, dass die Möglichkeit der Barzahlung bzw. der bargeldlosen Zahlung mit den vielfältigen Vorteilen künftig nicht außer Acht gelassen werden sollte.

Es war schon seit längerer Zeit geplant, in Ambulanzen mit einem

24-Stunden-Betrieb die Möglichkeit der Bankomatzahlung vor Ort einzuführen. Voraussetzung war allerdings eine integrierte EDV-Lösung (Kassabuch), die mit der Einführung des SAP R/3 nun gegeben ist. Nunmehr wird auch der Anregung des Kontrollamtes entsprochen werden können. Mit Jahreswechsel wird die Notfallambulanz mit einer Bankomatkasse ausgestattet, die Ambulanz der Universitätsklinik für Unfallchirurgie wird voraussichtlich nachfolgen. Als weiterer Ambulanzbereich bietet sich die Ambulanz der Universitätsklinik für Frauenheilkunde an. Weitere Ambulanzen werden folgen.

5. Leistungsentwicklung des spitalsambulanten Bereiches

5.1 Leistungsgrößen gemäß Statistikverordnung

5.1.1 Um sich einen Überblick über die Leistungsentwicklung des spitalsambulanten Bereiches zu verschaffen, wurden in einem ersten Schritt die diesbezüglichen Leistungsgrößen der Jahre 1994, 1998 und 2002 gemäß Statistikverordnung für Fonds-krankenanstalten, wie ambulanter Fall, ambulante Frequenz und ambulante Leistung herangezogen.

Lt. der bis Ende 2003 geltenden Statistikverordnung wurde als ambulanter Fall ein nichtstationärer Patient bezeichnet, der von außerhalb der Krankenanstalt kommend eine nicht-bettenführende Hauptkostenstelle während eines Kalenderjahres mit einem Krankheitsfall direkt aufsucht und dort behandelt wird. Im AKH wurde als ambulanter Fall darüber hinaus immer schon auch der Erstbesuch jenes Patienten, der von innerhalb der Krankenanstalt kommend eine andere Universitätsklinik aufsucht, als ambulanter Fall gezählt. Diese Zählweise wich zwar von der damals geltenden Statistikverordnung ab, kommt aber der an Stelle des bisherigen Begriffes ambulanter Fall neu eingeführten Leistungsgröße ambulanter Patient entgegen, welche mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2004 durch eine neue Statistikverordnung in Kraft gesetzt wurde. Daneben wird die Anzahl der Besuche dieses Patienten je nicht-bettenführende Hauptkostenstelle unter ambulanter Frequenz ausgewiesen, wobei die an ihnen erbrachten medizinischen Leistungen unter der Leistungsgröße ambulante Leistungen mengen-

mäßig darzustellen waren.

Der Mehrjahresvergleich lt. Krankenanstalten-Statistik zeigte folgendes Bild:

	1994	1998	2002
Ambulante Fälle	374.387	429.887	427.655
Frequenzen von ambulanten Patienten	1.434.052	1.462.620	1.419.992
Leistungen an ambulanten Patienten	11.839.042	15.314.559	17.752.853

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, lagen die ambulanten Fälle des Jahres 2002 um rd. 14,2 % über jenen des Jahres 1994, während die Frequenzen von ambulanten Patienten im Vergleichszeitraum um rd. 1 % zurückgingen, wodurch die Kennzahl ambulante Frequenz/ambulanter Fall von 3,83 auf 3,32 sank.

Als Gründe für die Zunahme der ambulanten Fälle waren nicht zuletzt auch die gesundheitspolitischen Bestrebungen der Verlagerung der Leistungen aus dem stationären Bereich in den spitalsambulanten Bereich sowie die Nachfrage der Bevölkerung nach bestmöglicher Versorgung in einer Zentralkrankenanstalt zu nennen. Die stagnierende bzw. leicht rückläufige Entwicklung der Frequenzen hingegen war zum einen auf eine Verlagerung von Untersuchungs- und Behandlungsschritten in den tagesklinischen bzw. halbstationären Bereich und zum anderen auf eine restriktivere Handhabung des gesetzlichen Versorgungsauftrages zurückzuführen. Zum Beispiel führte die Leistung einer ersten Hilfe automatisch zu einem ambulanten Fall; ob sich allerdings daraus Folgebesuche (Frequenzen) ergaben, lag schließlich im Ermessen des Anstaltsarztes in Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen. Eine verstärkte Heranziehung des extramuralen Bereiches zur Weiterbehandlung ambulanter Patienten wäre jedenfalls im Einklang mit den Intentionen des AKH gestanden.

Es wird danach getrachtet, der Anregung unter Berücksichtigung der Patienteninteressen und -bedürfnisse zu entsprechen.

5.1.2 Auffällig war der außerordentlich starke Leistungsanstieg von 11,84 Mio. ambulanten Leistungen im Jahr 1994 um 5,91 Mio. Leistungen oder rd. 50 % auf rd. 17,75

Mio. Leistungen im Jahr 2002. Das Kontrollamt hat im Folgenden die gemeldeten Leistungen der Universitätskliniken und Klinischen Institute, die sowohl für die Krankenanstalten-Statistik als auch für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung herangezogen wurden, dargestellt:

Medizinische Leistungen lt. Krankenanstalten-Statistik	1994	1998	2002	94/02 in %	98/02 in %
Universitätskliniken für					
Innere Medizin I	219.982	197.511	300.322	36,5	52,1
Innere Medizin II	172.971	256.317	271.271	56,8	5,8
Innere Medizin III	391.983	492.429	686.256	75,1	39,4
Innere Medizin IV	170.230	102.118	111.242	-34,7	8,9
Dermatologie	796.979	2.180.217	210.503	-73,6	-90,3
Physikalische Medizin und Rehabilitation	82.174	107.051	95.640	16,4	-10,7
Chirurgie	152.383	165.125	159.356	4,6	-3,5
Unfallchirurgie	499.789	484.625	401.329	-19,7	-17,2
Neurochirurgie	17.160	11.948	11.549	-32,7	-3,3
Orthopädie	42.277	61.314	32.708	-22,6	-46,7
Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin	16.367	73.021	249.028	1421,5	241,0
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	112.618	75.361	93.231	-17,2	23,7
Urologie	64.061	79.811	53.581	-16,4	-32,9
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	125.348	142.646	131.653	5,0	-7,7
Augenheilkunde und Optometrie	379.265	462.600	348.539	-8,1	-24,7
Frauenheilkunde	281.759	320.636	222.817	-20,9	-30,5
Neurologie	39.654	50.917	57.013	43,8	12,0
Psychiatrie	220.961	88.929	65.617	-70,3	-26,2
Neuropsychiatrie des Kindes und Jugendalters	27.784	27.239	25.963	-6,6	-4,7
Tiefenpsychologie und Psychotherapie	3.839	3.910	4.283	11,6	9,5
Radiodiagnostik	644.643	669.822	3.044.634	372,3	354,5
Strahlentherapie und Strahlenbiologie	176.401	204.110	309.464	75,4	51,6
Nuklearmedizin	137.023	133.913	97.360	-28,9	-27,3
Kinder- und Jugendheilkunde	1.390.603	1.584.227	1.808.210	30,0	14,1
Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin	550.159	631.606	837.660	52,3	32,6
Notfallmedizin	72.693	156.037	143.184	97,0	-8,2
Summe	6.789.106	8.763.440	9.772.413	43,9	11,5
Klinische Institute für					
Pathologie	278.972	295.821	272.420	-2,3	-7,9
medizinische und chemische Labordiagnostik	4.675.225	5.988.775	7.453.463	59,4	24,5
Mikrobiologie und Krankenhaushygiene	79.203	111.724	109.569	38,3	-1,9
Virologie	16.318	151.381	141.050	764,4	-6,8
Neuropathologie	218	3.418	3.938	1.706,4	15,2
Summe	5.049.936	6.551.119	7.980.440	58,0	21,8
Gesamt	11.839.042	15.314.559	17.752.853	50,0	15,9

Eine nähere Betrachtung dieser Leistungsentwicklung relativiert die Aussage eines außerordentlich starken Anstieges. Bei einem Zeitvergleich kommen nämlich nicht nur die unter dem Kapitel "Leistungserfassung" dargestellten Mängel, sondern auch Veränderungen in der Qualität der Leistungserfassung, in den Zählweisen oder in den zur Leistungserfassung verwendeten EDV-Subsystemen zum Tragen, wie dies z.B. im Fall der Universitätsklinik für Radiodiagnostik der Fall war. Andererseits spielen Mängel in der Leistungserfassung, die sich gegenüber den Vorjahren nicht verändern, bei den vorgenommenen Zeitvergleichen eine geringere Rolle.

Bereinigt man z.B. die Summe der Leistungen an ambulanten Patienten der Universitätskliniken um die Leistungen jener drei Kliniken, die im Vergleichszeitraum auf Grund der geänderten Zählweise die größten Abweichungen erfahren haben, wie die Universitätskliniken für Dermatologie, für Anästhesie und Allgemeine Intensivmedizin sowie für Radiodiagnostik, so ergäbe sich zwar eine Leistungserhöhung, aber mit rd. 17,6 % (94/02) bzw. rd. 7,3 % (98/02) nicht in jenem Ausmaß, wie dies aus der Krankenanstaltenstatistik des gesamten Bereiches auf den ersten Blick hervorgeht.

Das AKH ist sich der Bedeutung einer verstärkten Qualitätssicherung bei der Leistungserfassung bewusst und wird seine diesbezüglichen Intentionen intensivieren. Insbesondere bei der Neukonzeptionierung der EDV-Systeme soll in Hinkunft Abhilfe geschaffen werden.

5.2 Anzahl der Verrechnungsbelege

Da die Feststellung der Leistungsentwicklung auf Grund der ambulanten Leistungen lt. Krankenanstalten-Statistik angesichts der oben aufgezeigten Mängel unbefriedigend erschien, zog das Kontrollamt die Entwicklung der zum Nachweis des Versicherungsanspruches abgegebenen Verrechnungsbelege heran, um Aussagen über die tatsächliche Inanspruchnahme des spitalsambulanten Bereiches durch die größte Patientengruppe, nämlich die sozialversicherten Personen und deren anspruchsberechtigten Angehörigen, treffen zu können. Nicht berücksichtigt waren daher die KFA-Mitglieder und die Gruppe der Selbstzahler. Obwohl die vor der Einführung der leistungsorientierten

Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 gesondert verrechneten Leistungen (Sonderleistungen) zum Zeitpunkt der Prüfung ohne Relevanz für die Finanzierung waren, wurde aus Transparenzgründen deren Erfassung vom AKH weiterhin vorgenommen und vom Kontrollamt auch so dargestellt:

Jahr	Wiener Gebietskrankenkasse		Übrige Krankenkassen		Gesamt	
	Verrechnungsbelege	Sonderleistungen	Verrechnungsbelege	Sonderleistungen	Verrechnungsbelege	Sonderleistungen
1995*)	480.102	54.233	201.879	34.771	681.981	89.004
1998	517.957	57.823	245.430	32.613	763.387	90.436
2002	520.635	61.918	317.666	35.835	838.301	97.753

*) Da die Daten des Jahres 1994 nicht mehr zur Verfügung standen, wurde auf jene des Jahres 1995 zurückgegriffen.

Im Zeitraum 1995 bis 2002 war bei den Verrechnungsbelegen ein Anstieg von 22,9 % und bei den vor 1997 gesondert abzurechnenden Sonderleistungen ein Anstieg von 9,8 % zu verzeichnen. Wenngleich diese Entwicklung - z.B. der Anstieg bei den Verrechnungsbelegen der übrigen Kassen - punktuell erläuterungsbedürftig gewesen wäre, zeigte diese Darstellung nach Ansicht des Kontrollamtes dennoch, dass der bereinigte Leistungsanstieg lt. Krankenanstaltenstatistik von 1994 auf 2002 mit rd. 17,6 % als Untergrenze im Bereich des Wahrscheinlichen lag und vor allem auf die Inanspruchnahme des spitalsambulanten Bereiches durch die Gruppe der Sozialversicherten zurückzuführen war.

5.3 Leistungen auf Anforderung Externer

Was Art und Umfang dieser Leistungen betrifft, war zunächst zu bemerken, dass diese in der Krankenanstalten-Statistik nicht gesondert angeführt waren und daher eine Teilmenge der insgesamt ausgewiesenen ambulanten Leistungen darstellten. Das AKH hat bisher auch keine organisatorischen Vorkehrungen zur gesonderten Darstellung der Leistungen für Externe getroffen. Es wären daher zeitaufwändige betriebsstellenbezogene Analysen unter Zuhilfenahme manueller Aufzeichnungen erforderlich gewesen, um die Entwicklung der Leistungen für Externe darstellen zu können.

Vom Kontrollamt wurden daher in einem ersten Schritt jene Betriebsstellen ermittelt, die im Jahr 2002 ambulante Leistungen auf Anforderung Externer erbracht hatten. Hiebei

wurden nach der Definition des Kontrollamtes (s. Pkt 2.3) nicht nur die externen Laboreinsendungen, sondern auch jene ambulanten Leistungen an physischen Personen, welche unmittelbar auf Zuweisung externer Gesundheitseinrichtungen von internen Leistungsstellen durchgeführt werden, in die Betrachtung mit einbezogen.

Während aus der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung sehr wohl jene Betriebsstellen zu entnehmen waren, die ambulante Leistungen für stationäre Patienten anderer städtischer oder nichtstädtischer Krankenanstalten erbrachten, konnte diese Vorgangsweise auf jene Betriebsstellen, die Leistungen auf Anforderung des extramuralen Bereiches durchführten, auf Grund der mangelhaften Dokumentation nicht ausgedehnt werden, da die übermittelten Aufzeichnungen offensichtlich unvollständig waren.

Es fehlten z.B. die Universitätsklinik für Radiodiagnostik sowie die Klinische Abteilung für Pränatale Diagnostik und Therapie-Ultraschall zur Gänze, die zweifellos Leistungen für Externe erbracht haben mussten.

In diesem Fall war daher aushilfsweise auf die Zuweiserstatistik des jeweiligen EDV-Systems bzw. auf manuelle Aufzeichnungen zurückzugreifen, da Untersuchungen und Behandlungen auf direkte Zuweisung des extramuralen Bereiches in internen Leistungsstellen, d.h. in diagnostischen oder therapeutischen Betriebsstellen der Klinischen Institute sowie der Universitätskliniken, wie z.B. Abteilungslabors, Ultraschall, Endoskopien, PET-Zentrum, Radiodiagnostik etc., als ambulante Leistungen auf Anforderung Externer einzustufen waren.

Diesbezügliche mit Hilfe des EDV-Systems KIS durchgeführte Erhebungen ergaben, dass bestimmte interne Leistungsstellen der Universitätskliniken als Dienstleister nicht nur für die anderen städtischen und nichtstädtischen Krankenanstalten, sondern auch für den extramuralen Bereich aufgetreten sind.

Was das Ausmaß der Leistungen für Externe betrifft, war dies in den betreffenden Betriebsstellen unterschiedlich hoch und stellte sich z.B. wie folgt dar:

Betriebsstellen des spitalsambulanten Bereiches der Universitätskliniken (=Kostenstellen mit Funktionscode 17 und 18)*	Summe der im KIS erfassten Leistungen des Jahres 2002	Anteil der Leistungen auf Anforderung des extramuralen Bereiches in %	Anteil der Leistungen auf Anforderung städtischer und nicht-städtischer Krankenanstalten in %
Klin. Abt f. Nephrologie-Chronische Dialyse 2	62.654	52,8	0,1
Klin. Abt f. Nephrologie-Chronische Dialyse 1	50.413	44,1	0,2
Klin. Abt f. Pränatale Diagnostik u Therapie-Ultraschall	47.178	69,3	0,0
Klinik f. Nuklearmedizin-Nuklearmedizinische Diagnostik	15.734	10,7	3,5
Klin. Abt f. Allgemeine Pädiatrie-Dialyse	11.165	54,8	0,1
Klin. Abt f. Kardiologie-Echokardiographie	8.531	15,7	0,2
Klin. Abt f. Teletherapie-Computertomographie	4.693	13,5	21,3
Klin. Abt f. Allgemeine Pädiatrie-Endokrines Labor	4.512	63,9	3,6
Klin. Abt f. Kardiologie-Langzeit EKG,Rhythmusgruppe	4.162	15,9	0,4
Klin. Abt f. Gastroenterologie-Funktionsdiagn Unters.	3.775	11,4	5,4
Klin. Abt f. Kardiologie-Schrittmacherkontrolle	3.657	8,0	0,7
Klin. Abt f. Allgemeine Pädiatrie-Endoskopie	3.556	67,7	0,5
Klin. Abt f. Gastroenterologie-Hepatitislabor	3.251	7,1	69,5
Klin. Abt f. Pränatale Diagnostik u Therapie-Zytogenetik	2.702	6,8	3,8
Klinik f. Nuklearmedizin-PET-Zentrum	2.469	6,9	13,1
Klin. Abt f. Kardiologie-Kardioszintigraphie	1.744	19,1	0,2
Klin. Abt f. Infektionen-Ambulanzlabor	1.715	35,3	0,1
Klin. Abt f. Brachytherapie-Magnetresonanz	1.473	24,2	16,8
Klinik f. Kinder- u Jugendheilkunde-Röntgen u. Ultraschall	1.138	38,5	0,0
Klin. Abt f. Allgemeine Pädiatrie-Atemphysiologie	830	67,2	0,7
Klinik f. Kinder- u Jugendheilkunde-Hauptlabor	799	10,9	0,1
Klin. Abt f. Infektionen-Immunologisches Labor	739	2,7	97,2
Klin. Abt f. Allg HNO - Objektive Audiometrie	714	20,2	7,8
Klin. Abt f. Allgemeine Pädiatrie-EEG Untersuchung	576	45,0	2,4
Klin. Abt f. Neonatologie-Toxoplasmoselabor	536	51,9	0,0
Klin. Abt f. Endokrinologie-Diagnostik	325	0,0	100,0

*) zur Erläuterung der Funktionscodes s. Pkt. 6.1

Ebenso erbrachten die Klinischen Institute Leistungen auf Anforderung Externer, wobei das Ausmaß der durchgeführten Leistungen je nach Institut und Betriebsstelle unterschiedlich hoch war und sich in einer Bandbreite zwischen 0 % und 94 % bewegte.

Für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung wurde zur Erstellung des Kostennachweises in den Vorjahren immer nur ein reprä-

sentativer Monat als Datenbasis herangezogen. Es ist daher durchaus möglich, dass bei einigen leistungserbringenden Kostenstellen gerade in dem gemeldeten Leistungsmonat keine Leistungen für Externe erbracht wurden und dieser Umstand dann bei der innerbetrieblichen Weiterverrechnung seinen Niederschlag gefunden hat.

Für jene leistungserbringenden Kostenstellen, die keine EDV-Auswertungen übermitteln konnten, wurden händisch zur Verfügung gestellte Aufzeichnungen für die Erstellung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung verwendet. Eine Verbesserung der Datenqualität konnte bereits durch den Einsatz von SAP R/3 mit 1. Jänner 2004 erzielt werden.

6. Ausgaben des spitalsambulanten Bereiches

6.1 Allgemeines

Die gegenständlichen Ausgaben des AKH wurden den Ergebnissen der Kostenrechnung (Kostennachweis) entnommen, die auf Grund der Kostenrechnungsverordnung für alle Fondskrankenanstalten (KVF) verpflichtend ist und auf den Daten der Finanzbuchhaltung beruht. Zusätzlich sind in der Kostenrechnung die jeweils anfallenden und vom Bund getragenen fiktiven Personalkosten der Fachärzte enthalten. Es handelt sich um eine Kostenstellenrechnung, deren Qualität allerdings vor allem auch von der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung und damit von der Qualität der Leistungserfassung abhängig ist. Eine Prüfung der Betriebsüberleitungsbögen der verwendeten Jahre zwecks Abstimmung der Ergebnisse der Kostenrechnung mit jenen der Finanzbuchhaltung war nicht Gegenstand der vorliegenden Prüfung.

Gemäß KVF unterscheidet man zwischen bettenführenden und nicht bettenführenden Kostenstellen, wobei im AKH jeweils mehrere Betriebsstellen zu einer Kostenstelle zusammengefasst sind. Die Kosten des spitalsambulanten Bereiches setzen sich aus den Kosten der nicht bettenführenden Kostenstellen, wie z.B. Röntgen, Ambulanzen, Labor, Physikalische Medizin, Operationssäle usw., zusammen.

Zur Ermöglichung bundesweiter Vergleiche sind den Kostenstellen gemäß den Bestimmungen der KVF so genannte Funktionscodes zuzuordnen. Mit dem Funktionscode 16 werden jene Kostenstellen gekennzeichnet, in denen sowohl diagnostische als auch therapeutische Leistungen erbracht werden (z.B. Ambulanzen). Der Funktionscode 17 dagegen besagt, dass ausschließlich diagnostische Leistungen erbracht werden (z.B. Labors, Röntgen, Nuklearmedizin), während der Funktionscode 18 Kostenstellen mit ausschließlich therapeutischen Leistungen zugeordnet wird (z.B. Dialyse, Physiotherapie). Betriebsstellen mit den Funktionscodes 17 und 18 wurden im vorliegenden Bericht als interne Leistungsstellen bezeichnet, obwohl diese durch die Leistungserbringung auf Anforderung Externer auch den Charakter von Dienstleistern gegenüber anderen Krankenanstalten und dem extramuralen Bereich erhalten haben. Demgegenüber werden die Tages- bzw. Nachtkliniken sowie die halbstationären Bereiche dem bettenführenden Bereich zugerechnet.

Die KVF sieht weiters vor, die Kostenstellen u.a. in Haupt- und Nebenkostenstellen einzuteilen. Hauptkostenstellen sind Teilbereiche der Krankenanstalt, die Leistungen unmittelbar für die Patienten erbringen. Auf Nebenkostenstellen werden dagegen u.a. jene Kosten gesammelt, die durch Aufträge Externer verursacht sind. Als solche werden u.a. die Kosten für medizinische Leistungen für andere Krankenanstalten und/oder andere Institutionen, also die Kosten für Leistungen auf Anforderung Externer, betrachtet. Sie sind lt. Handbuch über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten auf den dafür vorgesehenen Nebenkostenstellen dann auszuweisen, wenn regelmäßig in größerem Umfang derartige Leistungen erbracht werden. Im Fall des AKH handelt es sich dabei um die Nebenkostenstellen 699001 Leistungen für niedergelassene Ärzte, 699912 Verrechnung städtischer Anstalten und 699913 Verrechnung nichtstädtischer Anstalten.

Abrechnungstechnisch zählen sowohl die Haupt- als auch die Nebenkostenstellen zu den Endkostenstellen, d.h. dass auf den nicht bettenführenden Haupt- und Nebenkostenstellen nach Durchführung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung jene Kosten ersichtlich sind, die für die Untersuchung und Behandlung der ambulanten Patienten des AKH bzw. der Externen aufgelaufen sind.

In diesem Zusammenhang war anzumerken, dass z.B. Abteilungslabors als Vorkostenstellen einzustufen sind und daher deren Kosten im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung zur Gänze auf die entsprechenden Haupt- und Nebenkostenstellen unter Zuhilfenahme von Schlüsselwerten umzulegen sind. Als Schlüsselwerte dienen im Besonderen die von den leistungserbringenden Betriebsstellen an die Kostenrechnung gemeldeten rein mengenmäßigen Leistungsdaten, wobei in Zukunft eine Gewichtung dieser Leistungsdaten angestrebt wird.

Der Ordnung halber war darauf hinzuweisen, dass nach Ermittlung der Gesamtkosten einer Kostenstelle und vor der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung im Fall des AKH der gem. § 55 KAKuG zustehende jährliche Bundesbeitrag für den klinischen Mehraufwand als Kostenminderung auf Basis des Personalschlüssels auf die entsprechenden Kostenstellen umgelegt wird. Neben den Einnahmen aus der spitalsambulanten (Ambulanzpauschale) und der stationären Behandlung (LKF) sind nämlich dem AKH in der Doppelfunktion als allgemeine öffentliche Krankenanstalt und als Universitätsklinikum auf Grundlage des § 55 KAKuG jene Mehrkosten, die sich bei seinem Betrieb aus den Bedürfnissen des Unterrichts ergeben, zu ersetzen, wobei dieser so genannte klinische Mehraufwand von der geltenden Art 15a B-VG-Vereinbarung nicht umfasst ist. Die im Nebenkostenstellenbereich für Externe ausgewiesenen Kosten sind daher um die Einnahmen aus dem Klinischen Mehraufwand vermindert.

6.2 Entwicklung der Ausgaben des spitalsambulanten Bereiches

6.2.1 Zu deren Ermittlung hat das Kontrollamt zunächst die Endkosten der nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen - gegliedert nach den Funktionscodes 16, 17 und 18 - lt. den Kostennachweisen herangezogen und in der nachfolgenden Tabelle dargestellt:

Endkosten der nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen	1994 EUR	1998 EUR	2002 EUR
diagnostische u. therapeutische Kostenstellen (Funktionscode 16)	91.084.000,--	102.365.000,--	108.369.000,--
diagnostische Kostenstellen (Funktionscode 17)	6.245.000,--	7.226.000,--	8.680.000,--
therapeutische Kostenstellen (Funktionscode 18)	10.023.000,--	10.779.000,--	13.538.000,--
Gesamt	107.352.000,--	120.370.000,--	130.587.000,--

Wie aus dieser Tabelle hervorgeht, haben sich die Endkosten der nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen im Zeitraum 1994 bis 2002 von 107,35 Mio.EUR um 23,24 Mio.EUR oder 21,6 % auf 130,59 Mio.EUR erhöht. Setzt man die spitalsambulanten Endkosten in Relation zu den diesbezüglichen ambulanten Frequenzen, so ergibt sich eine Steigerung von rd. 75,-- EUR im Jahr 1994 auf rd. 92,-- EUR im Jahr 2002, was einen Anstieg um 17,-- EUR oder rd. 22,7 % ausmacht. Inwieweit diese Kostensteigerung - abgesehen von der inflationsbedingten Kostenerhöhung - auf Mehrleistungen pro Frequenz zurückzuführen war, konnte mangels geeigneter Leistungsdokumentation nicht festgestellt werden.

Während sich die Endkosten der diagnostischen und therapeutischen Kostenstellen (Funktionscode 16) im Zeitraum 1994 bis 2002 lediglich um rd. 19 % erhöhten, beliefen sich die diesbezüglichen Steigerungsraten der diagnostischen sowie der therapeutischen Kostenstellen auf rd. 39 % bzw. rd. 35 %. In den Kostenstellen des rein diagnostischen Bereiches (Funktionscode 17) wirkte sich insbesondere die Einrichtung der Kostenstelle "Klinik für Nuklearmedizin PET - Zentrum" mit Kosten pro Frequenz von 1.326,-- EUR aus. Auffällig war z.B. auch die Entwicklung der Kostenstelle "Klin. Abt. f. Pränatale Diagnostik und Therapie-Ultraschall", deren Gesamtkosten von rd. 425.000,-- EUR im Jahr 1994 auf rd. 721.000,-- EUR im Jahr 2002, also um rd. 70 % gestiegen waren, während die diesbezüglichen Frequenzen im gleichen Zeitraum um rd. ein Drittel zurückgegangen waren. Die Endkosten pro Frequenz erhöhten sich somit im Jahr 2002 auf rd. 58,-- EUR.

Bei den Kostenstellen des rein therapeutischen Bereiches (Funktionscode 18) fiel der Hauptkostenanteil auf die Dialyseeinrichtungen der Klin. Abteilung für Nephrologie sowie der Klin. Abt. für Allgemeine Pädiatrie. Die diesbezüglichen Endkosten stiegen von rd. 7,81 Mio.EUR im Jahr 1994 auf rd. 11,44 Mio.EUR im Jahr 2002, also um rd. 46 %, wobei in diesem Fall die Frequenzen um rd. ein Drittel zunahmen. Die Endkosten pro Frequenz erhöhten sich somit im Jahr 2002 geringfügig auf rd. 384,-- EUR.

Eine erhöhte Transparenz und damit eine Zuordnungsmöglichkeit wird durch die EDV-Lösung gegeben sein.

6.2.2 Bezüglich der Endkosten der nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen wurde vom Kontrollamt festgestellt, dass es sich bei den Kosten der diagnostischen oder therapeutischen Kostenstellen (Funktionscodes 17 und 18) dem Grunde nach um Kosten des Nebenstellenbereiches handelt, die bisher nicht dem jeweiligen externen Leistungsanforderer (vor allem niedergelassene Ärzte) zugerechnet wurden.

Der Ausweis von Endkosten besagt nämlich, dass die Kosten der betreffenden Kostenstellen für die Untersuchung und Behandlung von Patienten angefallen sind, die von außerhalb der Krankenanstalt kommend, auf Zuweisung eines anderen Krankenhauses, des extramuralen Bereiches (z.B. niedergelassener Facharzt) oder als so genannte "Selbstkommer" das AKH aufgesucht haben. Da es sich bei den mit Funktionscode 16 gekennzeichneten Kostenstellen grundsätzlich um Ambulanzen handelt, werden die dort administrierten Personen zu ambulanten Patienten des AKH. Die über Einschaltung des Anstaltsarztes der Ambulanz für diese Personen angeforderten diagnostischen und therapeutischen Leistungen gelten als interne Leistungsanforderungen. Die Kosten dieser diagnostischen und therapeutischen Leistungen werden dann im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung auf die Ambulanzen als anfordernde Kostenstellen aufgeteilt und in den Endkosten der Ambulanzen ausgewiesen. Sollten rein diagnostische bzw. therapeutische Kostenstellen (Funktionscodes 17 und 18) Endkosten aufweisen, so ließ das nach Ansicht des Kontrollamtes darauf schließen, dass diese Kosten für jene Patienten angefallen waren, die die betreffenden Kostenstellen direkt, also ohne Einschaltung eines Anstaltsarztes aufgesucht hatten. Demnach müsste es sich bei diesen Kosten um Kosten für die so genannten "Externen" handeln.

Um einen Überblick darüber zu erhalten, in welchem Ausmaß das AKH einem Personenkreis offen steht, der ohne Einschaltung eines Anstaltsarztes im AKH diagnostische und/oder therapeutische Leistungen in Anspruch nimmt, wurde daher empfohlen, die mit dem Funktionscode 17 und 18 gekennzeichneten Kostenstellen bezüglich deren Zuweisungsmodalitäten zu untersuchen und festzulegen, ob und in welchem Ausmaß eine - an sich vom gesamtwirtschaftlichen Standpunkt wünschenswerte - Nutzung der

diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen durch Externe zweckmäßig und wirtschaftlich ist.

Zum Zeitpunkt der Prüfung war eine Zuordnung der Kosten der Leistungen für Patienten, die direkt von einem niedergelassenen Arzt zugewiesen werden, auf die Kostenstelle "Leistungen für niedergelassene Ärzte" nur zum Teil vorgesehen. Mit der Einführung von SAP R/3 und des Moduls IS-H (Industrial Solution-Health) wird eine detailliertere Analysemöglichkeit gegeben sein. Der Empfehlung des Kontrollamtes hinsichtlich der Kostenstellen mit den Funktionscodes 17 und 18 wird entsprochen werden.

6.2.3 Zusätzlich zu den unter Pkt. 6.2.1 angeführten Endkosten der nicht bettenführenden Hauptkostenstellen sind zur Ermittlung der Gesamtendkosten des spitalsambulanten Bereiches auch jene Endkosten zu berücksichtigen, die für die Behandlung auf Anforderung Externer anfielen und im Nebenkostenstellenbereich ausgewiesen sind.

Endkosten der Leistungen für Externe (andere Krankenanstalten, Institutionen und niedergelassene Ärzte)	1994 EUR	1998 EUR	2002 EUR
Leistungen für niedergelassene Ärzte	2.239.822,--	1.253.378,--	2.089.545,--
Verrechnung städtische Anstalten	6.547.987,--	3.825.226,--	3.529.123,--
Verrechnung nichtstädtischer Anstalten	6.350.542,--	6.078.483,--	8.520.498,--
Gesamt	15.138.351,--	11.157.087,--	14.139.166,--

Bei den Endkosten der Leistungen für Externe war im Vergleichszeitraum 1994 bis 2002 ein geringfügiger Kostenrückgang von 6,6 % feststellbar.

Während die Höhe der auf den Nebenkostenstellen "Verrechnung städtischer und nichtstädtischer Anstalten" ausgewiesenen Endkosten auf Grund der vorgefundenen Organisation der Datenerfassung grundsätzlich plausibel erschien, fehlten nach Ansicht des Kontrollamtes für eine vollständige Darstellung der Kosten für niedergelassene Ärzte die organisatorischen Voraussetzungen, wodurch eine realitätsnahe Kostendarstellung nicht gegeben war.

Wie sich das Kontrollamt überzeugen konnte, wurden im KIS als anfordernde Kostenstelle für Leistungen auf Anforderung von Krankenanstalten die externen Nebenkostenstellen vorgegeben, nicht jedoch bei Leistungen auf Anforderung von niedergelassenen Ärzten. So kam es, dass z.B. weder von der Universitätsklinik für Radiodiagnostik noch von diversen Abteilungslabors der Universitätskliniken, in denen nachweislich ambulante Leistungen auf Anforderung von niedergelassenen Ärzten erbracht wurden, Kosten im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung auf die Nebenkostenstelle Leistungen für niedergelassene Ärzte aufgeteilt wurden. Im Übrigen konnten dem Kontrollamt die der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung zu Grunde liegenden Schlüssel von Seiten des AKH nicht bekannt gegeben werden.

An einer Organisationslösung bezüglich der niedergelassenen Ärzte wird gearbeitet. Bei der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung handelt es sich um einen iterativen Prozess der simultanen Kostenumlage. Um die zu Grunde liegenden Schlüssel darzulegen, wäre die Rückabwicklung dieses komplexen Prozesses notwendig gewesen, was aber wegen der Struktur des damaligen SAP R/2 einen unvermeidbar hohen Zeitaufwand erfordert hätte. Im SAP R/3 wird im Zuge der Gestaltung und auch der Dokumentation des Prozesses besonders auf diesen Hinweis geachtet werden.

6.2.4 Falls die Zuordnung der erbrachten Leistungen zu den Funktionscodes 17 und 18 korrekt erfolgte (vgl. Pkt 6.2.1), beliefen sich die gesamten Endkosten der Leistungen für Externe in Relation zu den Gesamtendkosten des spitalsambulanten Bereiches auf durchschnittlich mehr als 20 %.

7. Einnahmen des spitalsambulanten Bereiches

7.1 Allgemeines

Gesetzliche Grundlage für die Entgeltlichkeit des spitalsambulanten Bereiches ist § 45 Wr. KAG, wonach die Krankenanstalten bei Personen, die gem. § 42 Wr. KAG in einem

Anstaltsambulatorium untersucht oder behandelt werden und nicht als Patienten der Anstalt aufgenommen sind, Ambulatoriumsbeiträge einheben dürfen.

Art, Umfang und Verrechnung der zu entrichtenden Ambulatoriumsbeiträge sind unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen zu entnehmen und richten sich grundsätzlich nach dem jeweiligen Kostenträger. Während die ambulante Leistungsabgeltung für sozialversicherte Personen auf Basis der Artikel 15a B-VG-Vereinbarung über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung geregelt ist, werden ambulante Leistungen für Selbstzahler sowie für stationäre Patienten anderer Krankenanstalten nach der Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge abgerechnet. Die Bezahlung von ambulanten Leistungen für Mitglieder der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien (KFA) hingegen erfolgt auf Grundlage einer eigenen Vereinbarung der Stadt Wien mit der KFA. Darüber hinaus werden bestimmte Arten von ambulanten Leistungen über gesonderte Behandlungsverträge (z.B. Zahnambulanzvertrag) verrechnet.

Die diesbezüglichen Einnahmen des AKH aus der ambulanten Behandlung und Untersuchung von Patienten wurden im Beobachtungszeitraum 1994 bis 2002 als Leistungserlöse unter der VRV-Post 810 ausgewiesen und stellten sich wie folgt dar:

Einnahmen	1994 EUR	1998 EUR	2002 EUR
Sozialversicherungsträger (WIKRAF)	24.313.000,--	24.221.000,--	28.395.000,--
Selbstzahler, städtische und nichtstädtische Krankenanstalten	2.661.000,--	8.584.000,--	8.468.000,--
Sonstige Einnahmen	2.145.000,--	3.168.000,--	3.013.000,--
Summe	29.119.000,--	35.973.000,--	39.876.000,--

Wie aus der Tabelle hervorgeht, stiegen die Ambulanzeinnahmen des AKH im Vergleichszeitraum 1994 bis 2002 von rd. 29,1 Mio.EUR im Jahr 1994 um rd. 10,8 Mio.EUR oder 37,1 % auf rd. 39,9 Mio.EUR im Jahr 2002.

7.2 Sozialversicherungsträger (WIKRAF)

7.2.1 Bevor auf die Gründe der Einnahmensteigerung näher eingegangen wird, wird

zunächst die Auswirkung der Einführung der leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 auf den spitalsambulanten Bereich dargestellt.

Mit der im Jahr 1997 in Kraft getretenen Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung wurde neben der Einführung der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung für den stationären, halbstationären und tagesklinischen Bereich auch das Finanzierungssystem der spitalsambulanten Leistungsabteilung für die größte Patientengruppe, nämlich jene der sozialversicherten Personen und deren anspruchsberechtigten Angehörigen, abgeändert. Gleichzeitig wurde das Wr. KAG mit der Aufnahme des vierten Abschnittes - Beziehungen zwischen Krankenanstalten, Sozialversicherungsträgern und Wiener Krankenanstaltenfinanzierungsfonds - an die neue Rechtslage angepasst, wobei die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Krankenanstalten wie bisher durch privatrechtliche Verträge zu regeln sind.

Da es zu keinem Abschluss neuer privatrechtlicher Verträge kam, war davon auszugehen, dass die bereits vor 1997 in Geltung stehenden - zwischen der Stadt Wien als Rechtsträger der Wiener städtischen Krankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit der WGKK bzw. den übrigen Krankenkassen abgeschlossenen - privatrechtlichen Verträge (Ambulanzverträge) in Bezug auf Art und Umfang der ambulanten Leistungsabteilung für die Dauer der Art 15a B-VG-Vereinbarung materiell überlagert wurden. Mit der mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2001 in Kraft getretenen neuen Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung, welche mit Ablauf des Jahres 2004 endet, fand eine Fortsetzung dieser modifizierten ambulanten Leistungsabteilung statt. Im Fall der Nichterlassung einer neuen Vereinbarung gem. Art 15a B-VG würden die am 31. Dezember 1996 maßgeblichen Ambulanzverträge im vollen Umfang wieder rechtswirksam.

In Artikel 16 der geltenden Art 15a B-VG-Vereinbarung heißt es, dass mit den Zahlungen der Sozialversicherung an die Länder (Landesfonds) alle Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsam-

bulanten Bereich einschließlich der durch den medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte der Träger der Sozialversicherung und deren anspruchsberechtigten Angehörigen zur Gänze abgegolten sind. Ausgenommen von dieser Regelung sind aber Leistungen im Rahmen der Mutter-Kindpassuntersuchungen und im Einvernehmen zwischen der Sozialversicherung und betroffenen Ländern ausgenommene Leistungen (z.B. Leistungen im Rahmen des Zahnambulanzvertrages).

Wie aus Artikel 18 Abs 9 der Art 15a B-VG-Vereinbarung sowie der korrespondierenden Bestimmung in § 64c Abs 2 Wr. KAG hervorgeht, ist die Abgeltung von Ambulanzleistungen und Nebenkosten zunächst im Rahmen der Landesfonds zu regeln. In Erfüllung dieser gesetzlichen Vorgaben wurden von der Wiener Fonds-Kommission auf Grundlage des Gesetzes über die Errichtung eines Fonds zur Finanzierung von Wiener Krankenanstalten (WIKRAF-Gesetz) entsprechende Richtlinien über die Zuerkennung von Leistungen für die stationäre, halbstationäre, tagesklinische oder ambulante Untersuchung oder Behandlung aus Fondsmitteln erlassen, welche ebenfalls festlegten, dass mit dem Ambulanzpauschale alle ambulanten Leistungen (inklusive Sonderleistungen) für Anspruchsberechtigte abgedeckt sind.

Da das LKF-Modell zunächst keine gesonderte leistungsabhängige ambulante Abrechnung vorsah, wurde festgelegt, dass die Abgeltung von ambulanten Leistungen für sozialversicherte Patienten bzw. deren anspruchsberechtigten Angehörigen unter Zugrundelegung der diesbezüglich erzielten Ambulanzeinnahmen (inkl. der Einnahmen für Sonderleistungen) der Krankenanstalten des Jahres 1994 unter Berücksichtigung des durch die Fonds-Kommission beschlossenen Voranschlags bzw. der von der Fonds-Kommission beschlossenen Aufteilung zu erfolgen hat. Das Jahr 1994 wurde deshalb als Basisjahr herangezogen, weil sämtlichen Berechnungen in Bezug auf das LKF-Modell die Werte dieses Jahres zu Grunde lagen.

Auf Grundlage dieser Regelung beschließt nunmehr die Wiener Fonds-Kommission jährlich für die Dauer der Art 15a B-VG-Vereinbarung die an die Rechtsträger der Krankenanstalten auszubezahlenden Ambulanzpauschalen, wobei die als Berechnungsgrundlage herangezogenen Ambulanzeinnahmen der Krankenanstalten des Jahres

1994 jeweils um die voraussichtlichen Einnahmensteigerungen der Sozialversicherungsträger valorisiert werden. Der dabei ermittelte Gesamtbetrag wird dann proportional der Leistungsvergütung 1994 an die einzelnen Rechtsträger, im Fall der Stadt Wien als Rechtsträger der Wiener städtischen Krankenanstalten an den WKAV, verteilt und in vier gleichen Teilbeträgen ausbezahlt. Erhebungen des Kontrollamtes ergaben, dass sich der dem WKAV auf Beschluss der Fonds-Kommission seit 1997 zugeteilte jährliche Pauschalbetrag regelmäßig auf rd. 85 % der für die Ambulanzabgeltung dotierten Fondsmittel des WIKRAF belief.

Die weitere Aufteilung des vom WIKRAF zur Verfügung gestellten jährlichen Pauschalbetrages an die einzelnen Krankenanstalten erfolgt von Seiten der Generaldirektion des WKAV im Verhältnis der ambulanten Endkosten je Krankenanstalt zu den ambulanten Gesamtendkosten des WKAV (Basis: Kosten des Vorjahres), wobei die dabei ermittelten Ambulanzpauschalen ebenfalls in vier gleichen Teilbeträgen an die jeweiligen Krankenanstalten ausbezahlt werden.

7.2.2 Die Steigerung der Einnahmen des AKH aus dem Titel Sozialversicherungsträger (WIKRAF) von 24,22 Mio.EUR im Jahr 1998 um 4,18 Mio.EUR oder 17,3 % auf 28,40 Mio.EUR im Jahr 2002 ging daher einerseits auf die auf Grund der Valorisierung höhere Dotierung des dem WKAV insgesamt zur Verfügung gestellten Pauschalbetrages und andererseits auf den vom WKAV angewendeten kostenabhängigen Aufteilungsschlüssel zurück, da die ambulanten Endkosten des AKH stärker gestiegen waren als jene der anderen Krankenanstalten. Während das Ambulanzpauschale des AKH im Jahr 1998 einen Anteil von 42,8 % am Pauschalbetrag des WKAV ausmachte, erhöhte sich dieser im Jahr 2002 auf einen Prozentsatz von 46,7.

Zum Aufteilungsschlüssel war zu bemerken, dass durch die Generaldirektion des WKAV zwar der Kostenentwicklung, nicht aber der Leistungsentwicklung Rechnung getragen wurde. Nach Ansicht des Kontrollamtes wäre es zweckmäßig gewesen, eine Leistungskomponente in die Aufteilung einzubauen. Wie diesbezügliche Berechnungen des Kontrollamtes ergaben, hätte sich dadurch die anteilige Ambulanzpauschale des AKH geringfügig reduziert.

Die Anregung des Kontrollamtes wird aufgegriffen werden.

Schließlich war festzustellen, dass seit der Einführung des LKF-Modells im Jahr 1997 die spitalsambulante Leistungsabgeltung für sozialversicherte Personen und deren anspruchsberechtigten Angehörigen in Form einer jährlichen Pauschalabgeltung erfolgte, die zwar valorisiert, aber nicht leistungsangepasst wurde. Das im Artikel 18 Abs 9 der geltenden Art 15a B-VG-Vereinbarung in Aussicht gestellte Vorhaben der Strukturkommission des Bundes, bis Ende 2002 für spezielle Funktions- und Leistungsbereiche ein bundesweites Abrechnungssystem mittels Finanzierungspauschalen (für ausgewählte Leistungen, die besondere Strukturen erfordern und kostenintensiv sind, wie beispielsweise Dialysen, Chemotherapie, Strahlentherapie) zu entwickeln, wurde bis dato nicht realisiert.

7.2.3 Im Hinblick auf die angespannte finanzielle Situation und die mangelnde Leistungsbezogenheit des Ambulanzpauschales wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit Leistungen, die über den Versorgungsauftrag nach § 42 Wr. KAG hinausgehen (s. Pkt. 3), wie z.B. nach Auffassung des AKH In-vitro-Untersuchungen auf Anforderung des extramuralen Bereiches, im Ambulanzpauschale enthalten sein könnten.

Im Zuge der Neuregelung der ambulanten Leistungsabgeltung im Jahr 1997 durch die Fonds-Kommission wurde die Höhe des Ambulanzpauschales auf Basis der Einnahmen des Jahres 1994 festgelegt, jedoch wurden in Anlehnung an Art 16 der geltenden Art 15a B-VG-Vereinbarung, wonach alle spitalsambulanten Leistungen der Krankenanstalten mit den Zahlungen der Sozialversicherung gedeckt seien, keine ausdrücklichen Regelungen über das Leistungsspektrum und den Leistungsumfang, der diesem Ambulanzpauschale gegenüberzustehen hat, getroffen. Mangels einer derartigen ausdrücklichen Festlegung war daher nach Ansicht des Kontrollamtes zunächst zu untersuchen, ob die Leistungen auf Anforderung des extramuralen Bereiches im Leistungsumfang bzw. Leistungsspektrum des Jahres 1994 enthalten waren.

Wie erwähnt, erfolgte die Abgeltung ambulanter Leistungen für Anspruchsberechtigte vor Einführung des LKF-Modells im Jahr 1997 ausschließlich auf der Grundlage der

zwischen der Stadt Wien als Rechtsträger der Wiener städtischen Krankenanstalten und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit der WGKK bzw. den übrigen Krankenkassen abgeschlossenen Ambulanzverträgen. Nach den Bestimmungen dieser Ambulanzverträge war von den leistungszuständigen Kassen für die ambulatorischen Untersuchungen und Behandlungen von Anspruchsberechtigten - mit Ausnahme der in der Anlage I der Verträge taxativ angeführten Sonderleistungen - pro Patient und Quartal grundsätzlich ein Pauschalbetrag zu entrichten. Während lt. Vertrag mit der WGKK dieser Pauschalbetrag - unabhängig von der Zahl der Inanspruchnahmen - pro verrechnungsberechtigte Einheit zu verrechnen war, konnte nach der Vertragslage mit den übrigen Kassen - auch wenn mehrere Ambulatorien und Einrichtungen in Anspruch genommen wurden - nur ein Pauschalbetrag in Rechnung gestellt werden. Was die verrechnungsberechtigten Einheiten des WKAV anlangt, ist ein Verzeichnis dieser Einrichtungen (Ambulanzliste) dem Vertrag mit der WGKK als Anlage II angeschlossen, wobei im Fall des AKH nicht nur die Universitätskliniken, sondern auch alle Klinischen Institute als verrechnungsberechtigte Einheiten angeführt sind.

Bedingt durch diesen unterschiedlichen Abrechnungsmodus war der Pauschalbetrag der WGKK niedriger angesetzt als jener der übrigen Krankenkassen (z.B. im Jahr 1992: WGKK 19,99 EUR/übrige Kassen 30,09 EUR). Die vom Pauschalbetrag ausgenommenen Sonderleistungen, wie z.B. Dialysen, Computertomographien oder humangenetische Untersuchungen, wurden nach gesonderten Tarifsätzen abgerechnet und waren zum Teil einer chefärztlichen Bewilligung unterworfen. Zur quartalsweisen Leistungsabrechnung wurden die von den Anspruchsberechtigten vorgelegten Verrechnungsbelege, wie z.B. Facharztkrankenscheine, Überweisungen und Laborzuweisungen, herangezogen, die nach bestimmten Kriterien sortiert bei den leistungszuständigen Krankenkassen einzureichen waren.

Eine Deckelung des von der WGKK bzw. von den übrigen Kassen zu bezahlenden Betrages fand damals insofern statt, als für die vier Quartalsabrechnungen einschließlich aller Sonderleistungen ein limitierter Betrag vorgesehen war. Da die Zahl der verrechenbaren Leistungen in der Regel höher war als jene der tatsächlich bezahlten

Leistungen, handelte es sich de facto schon damals um eine pauschale Leistungsabgeltung.

Als Zwischenergebnis war festzustellen, dass mit den in den Ambulanzverträgen vorgesehenen Leistungsentgelten in Form der Pauschalbeträge sowie der Tarifsätze für Sonderleistungen sämtliche ambulatorischen Untersuchungen und Behandlungen für Anspruchsberechtigte als abgegolten galten, wobei im laufenden Anstaltsbetrieb zum Teil unberücksichtigt blieb,

- ob die erbrachten spitalsambulanten Leistungen im Rahmen des gesetzlichen Versorgungsauftrages im Sinn des § 42 Wr. KAG zu erbringen waren. Wie die Einschau ergab, wurden vom AKH schon damals ambulante Leistungen über den § 42 leg. cit. hinaus erbracht und der leistungszuständigen Krankenkasse verrechnet.
- ob die spitalsambulanten Leistungen für Interne oder Externe erbracht wurden. Es war daher gängige Praxis, die auf Anforderung des extramuralen Bereiches in den verrechnungsberechtigten Einheiten erbrachten In-vitro-Untersuchungen für Anspruchsberechtigte mittels der beigelegten Verrechnungsbelege im Rahmen der Ambulanzverträge abzurechnen. Im Besonderen trug die Aufnahme der Klinischen Institute als Nichtambulanzen im Sinn der Anstaltsordnungen in die Ambulanzliste des Ambulanzvertrages der WGKK dazu bei, dass diese vom extramuralen Bereich wie Vertragseinrichtungen der Sozialversicherungsträger in Anspruch genommen wurden.
- ob die auf Anforderung des extramuralen Bereiches erbrachten ambulanten Leistungen auch in den Honorarordnungen bzw. Leistungskatalogen des niedergelassenen Bereiches der leistungszuständigen Krankenkassen ihre Deckung fanden.

Da die Neuregelung der spitalsambulanten Finanzierung im Jahr 1997 lediglich das Ausmaß der Leistungsabgeltung zum Gegenstand hatte und die Inanspruchnahme sowie der Nachweis der Anspruchsberechtigung weiterhin auf Grundlage der Ambulanzverträge erfolgte, kam es auch nach 1997 zu keiner Änderung der oben beschrie-

benen Praxis. Im Hinblick darauf, dass in den von der Fonds-Kommission als Berechnungsgrundlage zur Ermittlung des Ambulanzpauschales herangezogenen Ambulanz-einnahmen des Jahres 1994 ebenfalls ambulante Leistungen enthalten waren, die über den gesetzlichen Versorgungsauftrag erbracht wurden, ist davon auszugehen, dass das Ambulanzpauschale tatsächlich alle Leistungen des spitalsambulanten Bereiches - unabhängig davon, ob es sich um eine dem gesetzlichen Versorgungsauftrag unterliegende Leistung handelt - abdeckt. Dieser Annahme folgend, ist es im AKH auch nach 1997 langjährige Übung, sämtliche Leistungen des spitalsambulanten Bereiches den Anspruchsberechtigten auf Rechnung der Krankenkassen zur Verfügung zu stellen, sofern ein Nachweis der Anspruchsberechtigung des betreffenden Patienten vorliegt.

7.2.4 Was allerdings die Verpflichtung zur Erbringung eines bestimmten Leistungsumfanges anlangt, so wurde im Zuge einer Gesetzesnovelle anlässlich der Art 15a B-VG-Vereinbarung über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung § 64e in das Wr. KAG aufgenommen, der im Abs 3 regelt, dass eine meldepflichtige und daher allenfalls einen Anspruch auf finanzielle Entschädigung begründende Einschränkung des Leistungsangebotes nicht vorliegt, wenn jemand eine freiwillig ohne gesetzlichen oder behördlichen Auftrag erbrachte Leistung einstellt oder reduziert.

Dieser Bestimmung zufolge besteht für das AKH als allgemeine öffentliche Zentral-krankenanstalt zwar die Verpflichtung, dem gesetzlichen Versorgungsauftrag unterliegende spitalsambulante Leistungen im Rahmen des Ambulanzpauschales zu erbringen, allerdings können darüber hinaus gehende auf freiwilliger Basis erbrachte ambulante Leistungen seitens des AKH ohne Einschaltung eines Sanktionsmechanismus im Sinn des § 64e Wr. KAG eingestellt oder reduziert werden. Sollte eine derartige nicht meldepflichtige Leistungseinschränkung aus anderen Gründen, wie z.B. Forschung und Lehre sowie ethischen Gesichtspunkten, nicht möglich sein, so ist aber darauf hinzuweisen, dass auch die Erbringung dieser freiwilligen Leistungen nach Ansicht des Kontrollamtes - wie aus Pkt. 7.2.3 hervorgeht - im Rahmen des Ambulanzpauschales Deckung findet.

Von dieser sanktionsfreien Möglichkeit der Leistungseinschränkung wurde im Jahr 2003 auch tatsächlich Gebrauch gemacht. So wurde nach Rücksprache mit der Generaldirektion des WKAV seitens des AKH ein Rundschreiben an die externen Einsender gerichtet, wonach das KIMCL ab 1. April 2003 nur mehr Spezialanalysen, die gegenwärtig im extramuralen Bereich nicht erbracht werden können, bis auf weiteres auf Krankenschein angenommen werden. Weiters wurde darauf hingewiesen, dass Einsendungen, die auch im niedergelassenen Bereich in gleicher Qualität und kostengünstiger erbracht werden können, primär vom extramuralen Bereich zu erbringen sind und daher nicht mehr vom AKH angenommen werden.

Diese Vorgangsweise des AKH löste zwar einen regen Schriftverkehr mit der WGKK, dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger und dem WIKRAF aus. Eine endgültige Entscheidung ist aber ausgeblieben. Wie die Erhebungen des Kontrollamtes ergaben, konnte durch diese Maßnahme des AKH tatsächlich eine Verringerung des Leistungsanteiles auf Anforderung des extramuralen Bereiches im KIMCL erreicht werden.

7.2.5. Aus gegebenem Anlass wird im Folgenden auf die spitalsambulanten Leistungen auf Anforderung Externer eingegangen, bei welchen das AKH als Dienstleister gegenüber dem externen Bereich tätig wird. Wie eingangs erwähnt, erbringt das AKH für stationäre Patienten anderer Krankenanstalten oder für im extramuralen Bereich in Behandlung stehende Patienten diagnostische oder therapeutische spitalsambulante Leistungen, ohne dass der Behandlungsstatus wechselt.

Was die Einsendung von Laborproben betraf, handelte es sich zum einen um die Untersuchung von Routineparametern in den Klinischen Instituten, die meist auch vom extramuralen Bereich angeboten werden, aber z.B. aus Gründen der Facharztausbildung auch vom AKH in einer bestimmten Anzahl zu erbringen sind (z.B. Papanicolaou-Abstrich). Zum anderen waren davon Spezialuntersuchungen betroffen, die noch nicht Routine waren und daher vor allem in den Abteilungslabors der Universitätskliniken erbracht wurden. Letztere wurden überwiegend von jenen Ärzten angefordert, die aus Gründen der Nähe zum AKH (z.B. Facharztausbildung am AKH) von diesen spezifi-

schen diagnostischen Möglichkeiten Kenntnis hatten. Was die Inanspruchnahme von diagnostischen oder therapeutischen Einrichtungen durch physische Personen anlangt, handelte es sich hierbei vor allem um die Nutzung solcher Einrichtungen, deren Vorhaltung für andere Krankenanstalten und für den extramuralen Bereich unwirtschaftlich wäre (z.B. Nuklearmedizin-PET-Zentrum).

Im Fall der Anforderung spitalsambulanter Leistungen für stationäre Patienten anderer Krankenanstalten wurde der Behandlungsstatus des Patienten insofern berücksichtigt, als diese Leistungen den Krankenanstalten auf Basis des Ambulanzselbstzahlerkataloges als zivilrechtliche Forderungen in Rechnung gestellt wurden, also nicht durch das Ambulanzpauschale als abgedeckt galten. Den anderen Krankenanstalten wurden diese zugekauften Leistungen wiederum im Rahmen des LKF-Modells pauschal abgegolten.

Im Fall der spitalsambulanten Leistungen auf Anforderung des extramuralen Bereiches löste dieser Behandlungsstatus keine gesonderte Verrechnung aus, da diese Leistungen im Rahmen des Ambulanzpauschales als abgedeckt galten. Dass es in diesen Fällen nicht zu Doppelverrechnungen kam, indem die behandelnden extramuralen Einrichtungen die betreffenden Leistungen, die sie für ihre Patienten vom AKH ohne zusätzliche Verrechnung erhielten, den Patienten dennoch weiterverrechneten, konnte nicht gewährleistet werden und war auch vom Kontrollamt nicht überprüfbar. Darüber hinaus war nicht auszuschließen, dass diese Praxis - Leistungen auf Anforderung des extramuralen Bereiches im Rahmen des Ambulanzpauschales zu erbringen - unter Umständen einen Motivationsfaktor für die Inanspruchnahme der Ressourcen des AKH darstellte. In-vitro-Untersuchungen, die in den Honorarordnungen des extramuralen Bereiches nicht enthalten waren, wurden nämlich durch die Inanspruchnahme des spitalsambulanten Bereiches des AKH von diesem als Kassenleistungen behandelt.

Dieser Umstand führte in einem konkreten Fall zu dem Vorwurf, dass Externe durch Manipulation ihrer Leistungsanforderungen Vertragsleistungen der WGKK vortäuschten, obwohl ihnen bekannt war, dass diese Leistungen nicht Gegenstand des Leistungskataloges der WGKK waren, und sie auf diese Weise die Stadt Wien geschädigt

hätten. Wie die bisherigen Ausführungen zeigten, war es im AKH jedoch auf Grund der geübten langjährigen Praxis (s. Pkt. 7.2.3) generell ohne Relevanz, ob die angeforderten Leistungen in den Honorarordnungen der leistungszuständigen Krankenkassen enthalten waren oder nicht.

7.2.6 Eine in einem Klinischen Institut durchgeführte Stichprobe ergab, dass es z.B. auch dort durchwegs gängige Praxis ist, Laborproben im Rahmen des Ambulanzpauschales auf Parameter zu untersuchen, die nicht in den Honorarordnungen der leistungszuständigen Krankenkassen enthalten sind, sofern ein Versicherungsnachweis vorliegt. Den in der Probenannahme beschäftigten Mitarbeitern war eine derartige Überprüfung mangels Vorliegens der entsprechenden Honorarordnungen der leistungszuständigen Krankenkassen auch gar nicht möglich.

Unabhängig von der bisherigen Praxis und der geltenden gesetzlichen und vertraglichen Grundlagen der spitalsambulanten Leistungsabgeltung sollte nach Ansicht des Kontrollamtes angesichts der gegenständlichen Ungereimtheiten nach einer Regelung getrachtet werden, die den Behandlungsstatus der Patienten berücksichtigt.

Die bereits bestehenden Bestrebungen werden gemäß der Empfehlung des Kontrollamtes intensiviert.

7.3 Selbstzahler, städtische und nichtstädtische Krankenanstalten

7.3.1 Gem. Art I der Verordnung der Wiener Landesregierung über die Festsetzung der Ambulatoriumsbeiträge für die Wiener städtischen Krankenanstalten idgF (Ambulanzselbstzahlerkatalog, kurz ASK) finden die Ambulatoriumsbeiträge bei Verrechnung ambulanter Untersuchungen und Behandlungen von jenen Personen Anwendung,

- die keinen Kostenübernahmeanspruch gegenüber einer Krankenversicherung haben
oder
- ihre Krankenversicherung nicht in Anspruch nehmen oder
- in einer anderen Krankenanstalt in stationärer Pflege stehen und deren ambulante

Untersuchung oder Behandlung über Auftrag dieser anderen Krankenanstalt durchgeführt wird.

In den beiden zuerst genannten Fällen spricht man von der Gruppe der so genannten "Selbstzahler". Gesetzliche Grundlage für die Verordnung des ASK ist § 46 Wr. KAG, der u.a. festlegt, dass die Ambulatoriumsbeiträge als Sondergebühren von der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Ausstattung und Einrichtung, wie sie durch die Funktion der Krankenanstalt erforderlich sind, und die ordnungsgemäße und wirtschaftliche Gebarung festzusetzen und im Landesgesetzblatt kundzumachen sind. Zuvor hat der Rechtsträger der Krankenanstalt die Ambulatoriumsbeiträge nach Maßgabe der der Krankenanstalt für die Leistung erwachsenden Kosten in Bauschbeträgen zu ermitteln. Im Übrigen sind für alle in ihrer Ausstattung, Einrichtung und Funktion gleichartigen öffentlichen Krankenanstalten in Wien die Sondergebühren einheitlich festzusetzen.

Ausgehend von dieser Gesetzesbestimmung werden von der Wiener Landesregierung alljährlich einheitliche Ambulatoriumsbeiträge für alle Wiener städtischen Krankenanstalten beschlossen. Die Ermittlung der Ambulatoriumsbeiträge ist in entsprechenden Richtlinien der Generaldirektion des WKAV geregelt, wobei den Kalkulationen die Durchschnittskosten aller Krankenanstalten des WKAV zu Grunde zulegen sind.

Der ASK unterscheidet grundsätzlich zwischen einem Allgemeinen Tarif (A) = Code 1000 und einem Sondertarif (B), der einen leistungsbezogenen Tarifkatalog je medizinisches Fach enthält. Der Allgemeine Tarif, der sich z.B. im Jahr 2004 auf einen Betrag von 32,75 EUR beläuft, wird dann für eine ambulante Untersuchung und Behandlung verrechnet, wenn die Leistung im Sondertarif B nicht angeführt ist. Umgekehrt kommt der Sondertarif (B) zur Anwendung, wenn sämtliche erbrachten Leistungen im Sondertarif (B) aufscheinen. Werden Leistungen erbracht, die nur zum Teil durch den Sondertarif (B) abgedeckt sind, kommen sowohl der Allgemeine Tarif (A) als auch der Sondertarif (B) zur Vorschreibung. Für die Abrechnung der Leistung ist jener ASK heranzuziehen, der im Zeitpunkt der Leistungserbringung in Geltung war.

7.3.2 Die Entwicklung der Einnahmen der Gruppe der Selbstzahler inkl. städtische und nichtstädtische Krankenanstalten zeigte von 1994 auf 1998 einen Anstieg von 2,66 Mio.EUR um 5,92 Mio.EUR auf 8,58 Mio.EUR. Die Einnahmen des Jahres 2002 blieben aber mit 8,47 Mio.EUR ungefähr auf dem Niveau des Jahres 1998.

Für den starken Einnahmestieg von 1994 auf 1998 waren mehrere Gründe maßgeblich. Insbesondere führte lt. Auskunft der Verantwortlichen die Einführung der Leitstellenstruktur zu einer Verbesserung der Erfassungsqualität der verrechenbaren Leistungen. Ebenso wirkte sich die Tatsache einnahmensteigernd aus, dass im Gegensatz zu früher neben oder an Stelle des Allgemeinen Tarifes vermehrt ein Sondertarif zur Verrechnung gelangte, was auch auf laufende Qualitätssicherungsmaßnahmen in Bezug auf die Codierqualität in den leistungserfassenden Stellen zurückzuführen war.

7.3.3 Hinsichtlich des ASK wurde vom Kontrollamt zunächst bemerkt, dass eine nach Ausstattung, Einrichtung und Funktion der Krankenanstalt differenzierte Tarifgestaltung - wie bei den Pflege- und Sondergebühren des stationären Bereiches - nicht vorgenommen wurde und man damit auch auf einen eigenen Ambulanzselbstzahlerkatalog für das AKH als Zentralkrankenanstalt verzichtet hat.

Nach Art I Abs 3 des ASK besteht für das AKH die Möglichkeit, mit Rechtsträgern anderer Krankenanstalten sowie zwischen Krankenanstalten des eigenen Rechtsträgers vom ASK abweichende Entgelte zu vereinbaren, wenn dies wirtschaftlich zweckmäßig ist. Von dieser Möglichkeit wurde - wie die Einschau zeigte - bisher allerdings ebenfalls nicht Gebrauch gemacht.

Weiters wurde zum ASK festgestellt, dass die fächerspezifischen Tarifsätze des Sondertarifes (B) zum Teil zu undifferenziert sind und die Höhe der Tarifsätze zum Teil mangels Nachkalkulation nicht mehr der aktuellen Kostensituation entspricht. Daher sind die Universitätskliniken und Klinischen Institute aufgefordert, sich zur Aufnahme noch nicht kalkulierter Leistungen in den Sondertarif (B) und zur Aktualisierung des bestehenden Tarifkataloges mit dem Referat "Kalkulation" der Ärztlichen Direktion - Medizinökonomie in Verbindung zu setzen.

Im Jahr 2002 z.B. wurden auf Antrag des AKH 67 noch nicht kalkulierte sowie 56 Neuberechnete Leistungen im Wege der Generaldirektion des WKAV in den Sondertarif (B) des Ambulanzselbstzahlerkataloges 2003 aufgenommen. Damit leistete das AKH im Rahmen des WKAV einen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung und Wartung des Ambulanzselbstzahlerkataloges. Es wurde empfohlen, diese Vorgangsweise künftig fortzusetzen bzw. zu intensivieren. Im gegebenen Zusammenhang wirkte sich aber der Umstand erschwerend aus, dass die Krankenanstalten des WKAV allfällige Anträge für den Ambulanzselbstzahlerkatalog des Folgejahres nur mehr bis April anstatt bis Juni des laufenden Jahres bei der Generaldirektion des WKAV einreichen konnten.

Der Empfehlung des Kontrollamtes wird entsprochen; auch die Fristen werden überarbeitet werden.

7.4 Sonstige Einnahmen

Unter den sonstigen Einnahmen sind einerseits Einnahmen für die ambulante Untersuchung und Behandlung von Sozialhilfeempfängern und andererseits die Einnahmen für bestimmte Sonderleistungen, wie z.B. In-vitro-Fertilisation (IVF), Blutersatzkosten, Wachstumshormone, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, zusammengefasst, die aber nicht Gegenstand des vorliegenden Berichtes waren.

8. Betriebsabgang des spitalsambulanten Bereiches

Zur Ermittlung des Betriebsabganges wurden die Gesamtausgaben des spitalsambulanten Bereiches, im gegebenen Fall die Endkosten der nicht-bettenführenden Haupt- und Nebenkostenstellen, den Gesamteinnahmen des spitalsambulanten Bereiches wie folgt gegenübergestellt:

Jahr	Gesamtausgaben EUR	Gesamteinnahmen EUR	Betriebsabgang	
			absolut EUR	in %
1994	122.490.000,--	29.119.000,--	93.371.000,--	76,2
1998	131.527.000,--	35.973.000,--	95.554.000,--	72,6
2002	144.726.000,--	39.876.000,--	104.850.000,--	72,4

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, erhöhte sich der Betriebsabgang des spitalsambulanten Bereiches im Zeitraum 1994 bis 2002 von 93,37 Mio.EUR um 11,48 Mio.EUR

oder 12,3 % auf 104,85 Mio.EUR. Da die Gesamteinnahmen im Vergleichszeitraum mit 36,9 % stärker anstiegen als die Gesamtausgaben mit 18,2 %, verminderte sich der Betriebsabgang prozentuell von 76,2 % auf 72,4 % bzw. erhöhte sich der Kostendeckungsgrad von 23,8 % auf 27,6 %. Demgegenüber wurde für die Behandlung und Untersuchung sozialversicherter Personen und deren anspruchsberechtigten Angehörigen durch das Ambulanzpauschale ein Kostendeckungsgrad von rd. 22,8 % für das Jahr 2002 ermittelt.

Was den Betriebsabgang hinsichtlich der spitalsambulanten Leistungen auf Anforderung Externer betrifft, wurden folgende Überlegungen angestellt: Schon ein Vergleich der unter den beiden Nebenkostenstellen "Verrechnung städtische und nichtstädtische Krankenanstalten" ausgewiesenen Kosten des Jahres 2002 in Höhe von zusammen 12,05 Mio.EUR mit den diesbezüglichen Einnahmen in Höhe von insgesamt 5,91 Mio.EUR ergab einen Betriebsabgang von rd. 6,14 Mio.EUR oder rd. 51 %, obwohl mit den zu verrechnenden Tarifen lt. ASK grundsätzlich eine Kostendeckung gegeben sein sollte.

Wollte man die Ausgaben für die Leistungen auf Anforderung des extramuralen Bereiches des Jahres 2002 auf Grund der zur Verfügung stehenden Unterlagen ermitteln, so waren zunächst die auf der Nebenkostenstelle "Leistungen für niedergelassene Ärzte" sowie die auf den nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen mit den Funktionscodes 17 und 18 ausgewiesenen Endkosten heranzuziehen, was Gesamtausgaben von rd. 24,31 Mio.EUR ergab. Da im Zuge der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung auf Grund der mangelhaften Leistungszuordnung zum extramuralen Bereich nur ein geringer Teil der diesbezüglichen Kosten ausgewiesen wurde, wären die bisher ermittelten Gesamtausgaben um jene Kostenanteile der Vor- bzw. Hilfskostenstellen (vor allem Abteilungslabors und Klinische Institute), welche aber mangels Dokumentation systembedingt nicht quantifizierbar waren, zu erhöhen. In Anbetracht der Tatsache, dass auch ein gesonderter Ausweis der diesbezüglichen Einnahmen nicht vorlag, konnte eine Aussage über den Betriebsabgang aus spitalsambulanten Leistungen gegenüber dem extramuralen Bereich nicht getroffen werden.

Im Ergebnis war festzustellen, dass die Stadt Wien als Rechtsträger des AKH Hauptkostenträger des spitalsambulanten Bereiches ist und die Einnahmen der Sozialversicherungsträger sowie der anderen Kostenträger lediglich rd. ein Viertel der für den spitalsambulanten Bereich anfallenden Kosten abdecken. Wie auch immer die künftige Finanzierung des spitalsambulanten Bereiches nach Auslaufen der geltenden Art 15a B-VG-Vereinbarung Ende 2004 aussehen und die Diskussion über die Rolle des AKH als Dienstleister des extramuralen Bereiches ausgehen mag, wäre nach Ansicht des Kontrollamtes dafür Sorge zu tragen, dass diesem Aufgabenbereich sowohl in organisatorischer als auch in abrechnungstechnischer Hinsicht vermehrt Rechnung getragen wird.

Durch die Einführung der Leistungsverrechnung mit dem SAP-Modul IS-H ab 1. Jänner 2004 wurden schon im laufenden Jahr Optimierungsmaßnahmen gesetzt. Eine Behebung der aufgezeigten Administrations- und Erfassungsmängel (durch unterschiedliche EDV-Subsysteme etc.) ist erst mit der Ablöse des KIS durchgängig realisierbar. Mit dieser Ablöse wurde im Rahmen des AKIM-Projektes die AKH-EDV-Abteilung beauftragt.

Insgesamt wird daran gearbeitet, die Kosten-/Einnahmensituation organisatorisch zu verbessern und Transparenz zu schaffen, damit Möglichkeiten zur Erhöhung des Kostendeckungsgrades auch ausgeschöpft werden können.