



**KONTROLLAMT DER STADT WIEN**  
**Rathausstraße 9**  
**A-1082 Wien**

Tel.: 01 4000 82829 Fax: 01 4000 99 82810

e-mail: [post@mka.magwien.gv.at](mailto:post@mka.magwien.gv.at)

[www.kontrollamt.wien.at](http://www.kontrollamt.wien.at)

DVR: 0000191

KA - K-3/06

Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund",  
Prüfung betreffend Umsetzung des  
Wiener Krankenanstalten- und Groß-  
geräteplanes 2003 durch die Gemeinde Wien

Tätigkeitsbericht 2006

## KURZFASSUNG

*Aus Anlass eines Prüfersuchens wurde die Umsetzung des Wiener Krankenanstalten- und Großgeräteplanes 2003 durch die Gemeinde Wien untersucht, wobei sich die Prüfung auf die in der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" (KAV) eingesetzten Magnetresonanztomografiergeräte (MRT) bzgl. deren Anzahl, Kosten und Auslastung erstreckte. Weiters waren die vom KAV in den Jahren 2001 bis 2005 getätigten diesbezüglichen Neuanschaffungen einer Betrachtung zu unterziehen.*

*Auf Grund rascher technischer Fortschritte haben sich in den vergangenen Jahren die Einsatzmöglichkeiten für MRT laufend erweitert. Die Einschau ergab, dass der KAV zum Ende des Betrachtungszeitraumes insgesamt zwölf MRT vorhielt, wobei er den Gerätehöchststand lt. geltendem Großgeräteplan (GGP) unterschritt. Als Gesamtkosten wurden je Gerät für das Jahr 2005 durchschnittlich 1,54 Mio.EUR ermittelt. Die Auslastung der überwiegenden Zahl der vom KAV betriebenen MRT lag auf einem hohen Niveau, könnte allerdings nach Umsetzung von organisatorischen Maßnahmen grundsätzlich noch optimiert werden.*

## INHALTSVERZEICHNIS

1. Allgemeines .....	6
1.1 Untersuchungen mittels MRT .....	6
1.2 Anleitung zum Einsatz der MRT .....	7
2. Planungsgrundlagen für MRT in Wien .....	8
2.1 Rechtliche Grundlagen .....	8
2.2 Grundlagen für die Erstellung des GGP .....	12
2.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	17
3. Grundlagen für die Anschaffung von MRT im KAV .....	18
3.1 Großgerätekommission (GGK) .....	18
3.2 Errichtungsbewilligungen durch das Amt der Wiener Landesregierung .....	20
3.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	21
4. MRT in den Krankenanstalten der TU 1 .....	23
4.1 Anzahl sowie Neuanschaffungen .....	23
4.2 Einsatz und Auslastung .....	24
4.3 Untersuchungen mittels MRT in Anstalten der TU 1 ohne eigenem Gerät .....	43
4.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....	45
5. MRT im AKH.....	48
5.1 Anzahl sowie Neuanschaffungen .....	48
5.2 Einsatz und Auslastung .....	49
5.3 Grundlagen für die Beschaffung eines MRT im Jahr 2005 .....	55
5.4 Feststellungen des Kontrollamtes.....	57
6. Kosten für MRT .....	60
6.1 Kostenerhebung .....	60
6.2 Durchschnittliche Kosten je MRT im Jahr 2005 .....	62
6.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	62
7. Geplante Neuanschaffungen weiterer MRT durch den KAV.....	63
7.1 Anschaffung eines weiteren MRT für das KHR .....	63
7.2 Anschaffung eines weiteren MRT für das WIL.....	66
7.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	68

8. Problematik der angebotsindizierten Nachfrage .....	70
8.1 Aspekte zur angebotsindizierten Nachfrage in der Gesundheitsökonomie.....	70
8.2 Vorkehrungen zur Vermeidung einer angebotsindizierten Nachfrage .....	71
8.3 Feststellungen des Kontrollamtes.....	71
9. Zusammenfassung .....	72

## Anhang

ALLGEMEINE HINWEISE .....	78
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	79

## PRÜFUNGSERGEBNIS

Der Grüne Klub im Rathaus richtete am 16. Dezember 2005 ein Ersuchen gem. § 73 Abs. 6a Wiener Stadtverfassung (WStV) an das Kontrollamt, die Gebarung der Gemeinde Wien auf die ziffernmäßige Richtigkeit, auf die Ordnungsmäßigkeit und auf die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit hinsichtlich der Anschaffung und des Betriebes von MRT in den Krankenanstalten des KAV einer Prüfung zu unterziehen, wobei in diesem Zusammenhang sieben Fragen einer Klärung zugeführt werden sollten.

In der Begründung zum gegenständlichen Prüfersuchen wurde u.a. angeführt, dass die Wiener Landesregierung am 30. November 2005 - gegen die Stimmen der Grünen - die Bewilligung für die Errichtung eines Privatinstituts für MRT, Privatkrankenanstalt in der Betriebsform eines selbstständigen Ambulatoriums für Magnetresonanztomografie erteilt habe.

In der Bescheidbegründung sei festgestellt worden, dass bei der Beurteilung des Bedarfs "kein allzu strenger und von rein wirtschaftlichen Gesichtspunkten beherrschter Maßstab anzuwenden ist", was aufklärungsbedürftig sei, zumal der in der Bescheidbegründung angeführte GGP 2003 zitiert werde, der das Gebot der Vermeidung eines Aufbaus von Parallelstrukturen als Ziel definiere. Im GGP 2001 sei noch keine Ausweitung des Angebotes an MRT vorgesehen gewesen, während sich im GGP 2003 ein weiteres Gerät mit der Fußnote fände, dass das Sozialmedizinische Zentrum (SMZ) Hietzing diese Errichtung mit dem Orthopädischen Spital Speising abzustimmen habe.

Weiters bestehe gemäß Stellungnahmen der Wiener Gebietskrankenkasse sowie einer Amtsärztin der Magistratsabteilung 15 - Gesundheitswesen und Soziales, die im Rahmen des gegenständlichen Genehmigungsverfahrens eingeholt worden seien, kein Bedarf an weiteren MRT für Wien.

Dass der ehemalige Staatssekretär für Gesundheit lt. den Bewilligungsakten in das Pri-

vatinstitut involviert sei, wäre insofern auffällig, als in dessen Amtszeit der GGP 2003 um das gegenständliche Gerät erweitert worden sei.

Die erteilte Bewilligung wäre somit möglicherweise sachlich nicht begründet und finanziell nachteilig für das Wiener Gesundheitswesen, wobei ein Schreiben des Generaldirektors des KAV (als Bestandteil im Genehmigungsakt) darauf schließen lasse, dass im SMZ Hietzing ein weiteres MRT angeschafft werden solle.

Im vorliegenden Bericht wurden vom Kontrollamt einleitend das Verfahren der Magnetresonanztomografie sowie deren Bedeutung im Rahmen der bildgebenden Diagnoseverfahren dargestellt. Danach wurden die maßgeblichen rechtlichen Voraussetzungen für die Neuanschaffung von medizinisch-technischen Großgeräten - zu denen auch MRT zählen - erläutert und in weiterer Folge wurde auf die einzelnen Fragen des Prüfersuchens eingegangen. Im Sinn der Frage 7 des Prüfersuchens wurden hiebei grundsätzlich - soweit es zweckmäßig erschien - der Zeitraum der Jahre 2001 bis 2005 in die Betrachtung einbezogen. Weiters wurden aus Gründen der leichteren Lesbarkeit thematisch überschneidende Fragestellungen zum einen gemeinsam behandelt, zum anderen aber Fragen, die die beiden Bereiche Teilunternehmung Krankenanstalten der Stadt Wien (TU 1) und Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätskliniken (AKH) betreffen, getrennt dargestellt.

## 1. Allgemeines

### 1.1 Untersuchungen mittels MRT

Die Magnetresonanztomografie (oder auch Kernspintomografie) ist ein modernes bildgebendes Verfahren, das im Gegensatz zur Computertomografie und konventionellen Röntgendiagnostik ohne Röntgenstrahlung auskommt. Daher besteht für den Patienten keine Strahlenbelastung. Die Bildentstehung beruht auf der Wechselwirkung zwischen einem starken Magnetfeld und eingestrahnten Radiowellen, wobei die magnetische Flussdichte (Feldstärke) in Tesla gemessen wird. Bei den im Spitalsbetrieb eingesetzten MRT handelt es sich in der Regel um "geschlossene Hochfeldsysteme", wobei moderne Geräte derzeit zumeist mit 1,5 Tesla arbeiten.

Das gegenständliche Untersuchungsverfahren liefert sehr genaue und differenzierte Darstellungen aller Körpergewebe vor allem von nicht knöchernen Strukturen. Deshalb können insbesondere entzündliche, tumoröse oder gefäßbedingte Gehirnschäden, krankhafte Prozesse im Rückenmark, in den Gelenken sowie in inneren Organen - wie etwa der Leber - durch Untersuchungen mittels MRT nachgewiesen bzw. ausgeschlossen werden. Die Dauer der Untersuchungen hängt zwar grundsätzlich von der zu untersuchenden Region ab, im Regelfall sind jedoch als Richtwert etwa 30 Minuten je Patient zu veranschlagen.

Bei der Magnetresonanztomografie handelt es sich vielfach um eine Ergänzung zu anderen Untersuchungsmethoden, wenn sonstige bildgebende Verfahren wie Ultraschall, Röntgen oder Computertomografie keine bzw. nur unzureichende diagnostische Aussagen erlauben.

### 1.2 Anleitung zum Einsatz der MRT

Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes im Frühjahr 2006 war die gemeinsam von der Österreichischen Röntgengesellschaft, dem Verband für Bildgebende Diagnostik in Österreich, dem Verband für medizinischen Strahlenschutz Österreich sowie der Bundesfachgruppe Radiologie der Österreichischen Ärztekammer erstellte dritte Auflage der "Orientierungshilfe Radiologie, Anleitung zum optimalen Einsatz der klinischen Radiologie" erschienen, die für insgesamt 300 klinische Fragestellungen die Rolle von Röntgen, Ultraschall, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Nuklearmedizin und Positronenemissionstomografie bewertet und den zuweisenden Ärzten helfen soll, die für die jeweilige Situation bestgeeigneten bildgebenden Verfahren auszuwählen.

Gemäß dieser Orientierungshilfe ist bei mehr als 180 klinischen Fragestellungen unter bestimmten Voraussetzungen eine Untersuchung mittels MRT indiziert, wobei für über 70 klinische Fragestellungen der Einsatz eines MRT für die Primäruntersuchung empfohlen wird. In den übrigen Fällen kann mit einem derartigen Gerät eine weiterführende Untersuchung zielführend sein.

Gemäß der gegenständlichen Orientierungshilfe sei "die Versorgung der österreichi-

schen Bevölkerung mit MRT flächendeckend ausreichend gegeben". Allerdings hätten die neuen MRT eine Fülle von zusätzlichen Indikationsbereichen erkennen lassen, weshalb die Indikationskataloge immer wieder zu revidieren wären. Dies sei deshalb von Bedeutung, da die Magnetresonanztomografie keine ionisierenden Strahlen einsetze und daher nach Möglichkeit Untersuchungen mittels Computertomografie vorzuziehen sei, was auch den in der "Richtlinie 97/43/Euratom vom 30. Juni 1997 über den Gesundheitsschutz von Personen gegen die Gefahren ionisierender Strahlen bei medizinischer Exposition" festgeschriebenen allgemeinen Grundsätzen für den Strahlenschutz von Patienten entspreche.

## 2. Planungsgrundlagen für MRT in Wien

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Frage des Prüfersuchens eingegangen:

*Frage 6: Welche gesundheitspolitischen, sachlichen und wirtschaftlichen Gründe bestimmen die Erstellung des Großgeräteplans, insbesondere bei der Zuteilung neuer Großgeräte?*

### 2.1 Rechtliche Grundlagen

2.1.1 Zwischen der Bundesregierung und den Bundesländern war im Jahr 2001 eine Vereinbarung gem. Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung getroffen worden, deren Abschluss vom Wiener Landtag am 28. Juni 2001 genehmigt und mittels LGBl. für Wien Nr. 76/2001 kundgemacht worden war.

Mit der gegenständlichen Vereinbarung kamen die Vertragsparteien u.a. überein, die Weiterentwicklung des zu diesem Zeitpunkt schon seit mehreren Jahren vorliegenden Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplanes (ÖKAP/GGP) zu einem Leistungsangebotsplan fortzusetzen, die Planung laufend zu evaluieren und den Plan bei Bedarf einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien zu revidieren. An organisatorischen Maßnahmen war festgelegt worden, dass der Bund eine Strukturkommission einzurichten habe, der u.a. auch Vertreter der von den Ländern zu schaffenden Landeskommisionen angehören sollten. Eine der Aufgaben der angeführten Strukturkom-



mission war die einvernehmlich zwischen den Vertragsparteien vorzunehmende Festlegung und Revision des zu einem Leistungsangebotsplan weiterentwickelten ÖKAP/GGP, wobei die von der genannten Kommission gefassten Beschlüsse ohne unnötigen Aufschub den Ländern (Landesfonds) zu melden waren.

Eine Anlage zur gegenständlichen Vereinbarung gem. § 15a B-VG bildete der vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) verfasste - in drei Abschnitte gegliederte - ÖKAP/GGP 2001, wobei Teil 2 des ersten Abschnittes dem GGP gewidmet ist.

Der GGP 2001 enthielt Standortempfehlungen und die Planung der Anzahl medizinisch-technischer Großgeräte - zu denen auch MRT zählen - in Fondskrankenanstalten unter Berücksichtigung der Geräteausstattung von "Nicht-Fondskrankenanstalten" und des extramuralen Sektors in Bezug auf die maximale Anzahl von so genannten § 2-Kassenverträgen je Bundesland.

Grundlagen für die Planungen waren sowohl Strukturqualitätskriterien als auch Kriterien der Versorgungsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit, wobei Kooperationspotenziale zwischen dem intra- und extramuralen Bereich bei der Erarbeitung der Standortempfehlungen einbezogen wurden; als Planungshorizont wurde auf Grund des raschen technischen Fortschrittes das Ende des Jahres 2002 festgelegt, wobei alle zwei Jahre eine Revision des Planes erfolgen sollte.

Zur Berechnung des Großgerätebedarfs wurden vom ÖBIG je Gerätegruppe die Erreichbarkeit in Minuten, Einwohnerrichtwerte (Soll-Bereiche für die Anzahl der Einwohner je Großgerät) auf Basis des Gerätestandes im Jänner 2000, die tatsächliche und optimale Auslastung der Geräte, Expertenmeinungen und Richtwerte vergleichbarer europäischer Staaten herangezogen.

Für MRT wurde im GGP 2001 eine Erreichbarkeit innerhalb einer Stunde und ein Richtwert zwischen 60.000 Einwohner und 100.000 Einwohner festgelegt, wobei zum Stichtag 1. Jänner 2000 in Österreich für jeweils 95.094 Einwohner ein MRT zur Verfü-

gung gestanden habe. Angemerkt wurde u.a., dass bzgl. MRT die Kooperation zwischen intra- und extramuralen Bereich forciert und damit der Aufbau von Parallelstrukturen vermieden werden sollte, womit eine adäquate Auslastung sowie die Sicherung einer entsprechenden medizinischen Ergebnisqualität gefördert werde.

Laut GGP 2001 verfügte Wien zum angeführten Stichtag über insgesamt 24 MRT, von denen neun in Krankenanstalten des KAV betrieben wurden, wobei der Gerätehöchststand für dessen Spitäler gemäß Zielplanung 2002 mit zwölf MRT festgelegt worden war.

In Summe ging man im GGP 2001 bei der Zielplanung 2002 von einem Gerätehöchststand von 30 MRT für Wien aus, von denen 20 in Akutkrankenanstalten und zehn im extramuralen Bereich geplant waren.

2.1.2 Mit der Novelle LGBl. für Wien Nr. 22/2000 zum Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 (Wr. KAG) wurde rückwirkend mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 1997 normiert, dass die Landesregierung für Fondskrankenanstalten einen Landeskrankenanstaltenplan durch Verordnung zu erlassen habe, der sich im Rahmen des ÖKAP/GGP zu bewegen hat.

Mit Verordnung der Wiener Landesregierung, LGBl. für Wien Nr. 21/2004, wurde der Wiener Krankenanstaltenplan (WKAP) 2003 - inkl. dem GGP als dessen Bestandteil - erlassen, wobei gem. § 3 dieser Verordnung als Planungshorizont hinsichtlich der Großgeräteplanung das Jahr 2004 festgelegt worden war.

Zu den MRT war auch im WKAP 2003 angeführt, dass die Kooperation zwischen dem intra- und extramuralen Bereich forciert werden sollte, um den Aufbau von Parallelstrukturen zu vermeiden, wodurch eine adäquate Auslastung sowie die Sicherung einer entsprechenden medizinischen Ergebnisqualität gefördert werde.

Gemäß WKAP 2003 verfügte Wien zum Stichtag 1. Jänner 2002 über insgesamt 30 MRT, von denen zehn in Krankenanstalten des KAV betrieben wurden. Anhand der

Zielplanung 2004 wurde der Gerätehöchststand für die genannten Anstalten mit 13 MRT neu festgelegt. Vorgesehen waren lt. Zielplanung 2004 gegenüber dem ÖKAP/GGP 2001 eine Aufstockung der Zahl der MRT im Donauespital (DSP) von einem Gerät auf zwei Geräte bei gleichzeitigem Wegfall eines Gerätes einer "Nicht-Fonds-krankenanstalt", während das im ÖKAP/GGP 2001 ursprünglich vorgesehene Gerät für das ehemalige Neurologische Krankenhaus Rosenhügel (NKR) dem nunmehrigen Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel (KHR) zugeordnet wurde. Dazu enthielt der WKAP 2003 die Anmerkung "MR in Abstimmung mit dem Orthopädischen Spital Speising".

Für das letztgenannte Spital war auch im WKAP 2003 kein eigenes MRT vorgesehen, da gemäß Anmerkung zu dieser Anstalt derartige Untersuchungen "in Kooperation mit einem extramuralen Anbieter und in Abstimmung mit dem SMZ Hietzing" (= KHR) erfolgen sollten.

Analog zum ÖKAP/GGP 2003 enthält der WKAP 2003 darüber hinaus - im Gegensatz zum ÖKAP/GGP 2001 - auch eine bezirksweise aufgeschlüsselte Liste der Empfehlungen zu Standorten von Großgeräten in extramuralen Einrichtungen. Aus dieser geht hervor, dass im 13. Wiener Gemeindebezirk - in dem sich die beiden angeführten Spitäler befinden - zum 1. Jänner 2002 keine extramurale Einrichtung über ein MRT verfügte, jedoch in der Zielplanung 2004 für den genannten Bezirk ein solches vorgesehen war. Erwähnenswert war in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass der WKAP 2003 keine Erhöhung der MRT im extramuralen Bereich gegenüber der zum 1. Jänner 2002 tatsächlich vorhandenen Geräte vorsah, sondern lediglich bezirksweise Verschiebungen geplant waren.

In Summe ging man im WKAP 2003 bei der Zielplanung 2004 von einem Gerätehöchststand von 34 MRT aus, von denen 20 in Akutkrankenanstalten und 14 im extramuralen Bereich vorgesehen waren. Damit waren gegenüber dem ÖKAP/GGP 2001 im Rahmen der angeführten Zielplanung für Wien eine unveränderte Zahl an MRT im intramuralen Bereich und zusätzlich vier MRT im extramuralen Bereich festgelegt worden.

2.1.3 Mit Verordnung der Wiener Landesregierung, LGBl. für Wien Nr. 30/2006, wurde der WKAP 2006 erlassen. Der GGP als Teil des WKAP 2006 baut sowohl grundsätzlich als auch bezogen auf die MRT auf den gleichen Planungsgrundsätzen wie der im WKAP 2003 enthaltene GGP auf.

Laut Zielplanung 2006 ist gegenüber dem WKAP 2003 in den nicht städtischen Spitälern keine Erhöhung der Zahl der MRT vorgesehen. Eine Aufstockung des Gerätehöchststandes an MRT ist nur für das AKH von fünf auf sechs Geräte sowie für das Wilhelminenspital (WIL) von einem Gerät auf zwei Geräte geplant, womit die Krankenanstalten des KAV im Sinn des WKAP 2006 maximal 15 MRT betreiben könnten.

Weiters ist die im WKAP 2003 enthaltene Anmerkung bei den MRT des KHR "MR in Abstimmung mit dem Orthopädischen Spital Speising" im WKAP 2006 nicht mehr enthalten. Demgegenüber wurde jedoch beim Orthopädischen Spital Speising - für das weiterhin kein eigenes MRT vorgesehen ist - sehr wohl auch im WKAP 2006 die im WKAP 2003 enthaltene Anmerkung beibehalten, die allerdings nunmehr "in Kooperation mit einem extramuralen Anbieter bzw. in Abstimmung mit dem SMZ Hietzing" (= KHR) lautet.

Der bezirksweise aufgeschlüsselten Liste der Empfehlungen zu Standorten von Großgeräten in extramuralen Einrichtungen ist zu entnehmen, dass der WKAP 2006 eine Erhöhung der MRT im extramuralen Bereich nicht vorsah, sondern lediglich die regionale Verschiebung eines Gerätes zwischen dem 2. und 3. Wiener Gemeindebezirk geplant war.

Somit ging man bei der Zielplanung 2006 von einem Gerätehöchststand für Wien von 36 MRT aus, von denen 22 in Akutkrankenanstalten und 14 im extramuralen Bereich vorgesehen waren.

## 2.2 Grundlagen für die Erstellung des GGP

2.2.1 Zur Klärung der Frage, auf welchen Grundlagen die Erstellung des GGP insbesondere bei der Zuteilung neuer Großgeräte beruht, hat das Kontrollamt diesbezügliche

Erhebungen beim Bereichsleiter für Strukturentwicklung, der im Betrachtungszeitraum u.a. Projektbeauftragter für den Wiener Gesundheitsplan war, sowie auch im ÖBIG vorgenommen. Dem angeführten Bereichsleiter oblag im Betrachtungszeitraum u.a. die Abstimmung des WKAP und des GGP auch mit Planungen in den Bundesländern Niederösterreich und Burgenland, die Koordination von Planungen im ambulanten Bereich des Gesundheitswesens sowie die Mitwirkung bei der Vorbereitung von Sitzungen der Strukturkommission. Das ÖBIG war erstmalig im Jahr 1996 vom damaligen Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds beauftragt worden, Standortempfehlungen für medizinisch-technische Großgeräte in Fondskrankenanstalten zu erarbeiten.

2.2.2 Wie bereits ausgeführt, oblag im Betrachtungszeitraum ursprünglich der Strukturkommission bzw. danach der Bundesgesundheitskommission, in der die Stadt Wien durch den amtsführenden Stadtrat für Finanzen, Wirtschaftspolitik und Wiener Stadtwerke vertreten war, die Festlegung und laufende Revision des GGP. Dazu brachte das Kontrollamt in Erfahrung, dass zuletzt anlässlich der Erstellung des ÖKAP/GGP 2003 vom ÖBIG in einem "Methodenband zum Großgeräteplan 2003" die Grundlagen für die Erstellung des GGP entsprechend den aktuellen Entwicklungen adaptiert worden waren.

Gemäß diesem Papier sei bezüglich der MRT allgemein sowohl durch die Erweiterung der Indikationsbereiche als auch im Hinblick auf die Umsetzung der in diesem Bericht unter Pkt. 1.2 bereits angeführten "Richtlinie 97/43/Euratom vom 30. Juni 1997 über den Gesundheitsschutz von Personen gegen die Gefahren ionisierender Strahlen bei medizinischer Exposition" von einer weiteren Zunahme an Leistungen mittels MRT auszugehen. Insbesondere im Bereich der Darstellung (Sichtbarmachung) von Gefäßen unter Zuhilfenahme der gegenständlichen Geräte mittels Magnetresonanz-Angiografie (MR-Angiografie) wäre eine weitere Ausweitung der Indikationenliste zu erwarten.

An Planungsrichtwerten wurden im Methodenband so wie bereits im ÖKAP/GGP 2001 eine Erreichbarkeit innerhalb von 60 Minuten (unter Zugrundelegung des Straßenindividualverkehrs) sowie ein Richtwert zwischen 60.000 Einwohner und 100.000 Einwohner je MRT definiert, wobei im Einzugsbereich von Zentralkrankenanstalten die Untergren-

zen der Bereiche angesetzt und ansonsten vom Mittelwert des Einwohnerrichtwertintervalls ausgegangen werden könne. Angemerkt wurde dazu, dass bei ausschließlicher Betrachtung der zuvor erwähnten Kriterien für Wien bereits damals kein weiterer Bedarf an MRT mehr gegeben gewesen wäre.

Dazu erläuterte der Bereichsleiter für Strukturentwicklung gegenüber dem Kontrollamt, dass Wien als Zentralversorgungsraum für verschiedene Fachrichtungen und als Standort der größten österreichischen Universität eine Sonderstellung einnehme, was - verbunden mit dem "Großstadtfaktor" - zu einer Massierung des medizinischen Angebotes und damit verbunden auch zu einer besonders hohen Dichte an derartigen Geräten führe.

2.2.3 Für die Erstellung des GGP war vom ÖBIG grundsätzlich ein dreistufiger Planungsablauf entwickelt worden, der sich in die Bereiche

- Standortselektion,
- Makroplanung und
- Mikroplanung

gliedert.

Im Rahmen des Planungsverfahrens wurden unter Anwendung von definierten Standortkriterien in einem ersten Schritt die Muss- und Soll-Standorte von medizinisch-technischen Großgeräten festgelegt. Gemäß dem gegenständlichen Methodenband waren bzgl. MRT als Muss-Standorte Krankenanstalten mit Zentralversorgungsfunktion sowie Krankenanstalten mit neurochirurgischer Abteilung und als Soll-Standorte Krankenanstalten mit den medizinischen Fachrichtungen Neurologie, Orthopädie und Kinderheilkunde ausgewiesen, wobei Krankenanstalten mit Schwerpunktversorgungsfunktion oder einschlägigen Spezialversorgungsfunktionen bei der Standortauswahl bevorzugt behandelt wurden.

Mittels eines EDV-unterstützten Simulationsmodells wurden die vorläufigen Geräte-

standorte sowie ein geschätzter standortspezifischer Gerätebedarf erhoben und als letzter Schritt im Rahmen der Mikroplanung die konkrete Ausstattung von Krankenanstalten mit derartigen Großgeräten erarbeitet. Bei der Festlegung dieser Standortempfehlungen waren

- das Kriterium der Versorgungsgerechtigkeit,
- die Leistungsstruktur des potenziellen Standortes,
- die Tragfähigkeit des Gerätestandortes,
- die tatsächliche Auslastung am Standort vorhandener oder umliegender Geräte,
- Planungsvorstellungen der Gerätenutzer,
- der extramurale Sektor und die "Nicht-Fondskrankenhäuser" sowie
- ökonomische Gesichtspunkte

zu berücksichtigen.

Im Ergebnis wurde vom ÖBIG für den ÖKAP/GGP 2003 bzgl. der MRT die Erhöhung der Anzahl um ein Gerät im DSP bei gleichzeitiger Verringerung des diesbezüglichen Standes in einer "Nicht-Fondskrankenanstalt" empfohlen, wobei letzteres Gerät ab diesem Zeitpunkt dem extramuralen Bereich zugeordnet wurde. Darüber hinaus wurde in Wien ein weiterer Standort für ein zusätzliches MRT im extramuralen Bereich als zweckmäßig erachtet.

2.2.4 Wie das Kontrollamt vom Bereichsleiter für Strukturentwicklung in Erfahrung brachte, sei bei angestrebten Änderungen des GGP gleichsam ein dreistufiges Verfahren zur Anwendung gekommen. So wäre es primär Aufgabe des jeweiligen Krankenanstaltenträgers zu prüfen, ob aus sachlicher und wirtschaftlicher Sicht eine Veränderung des Bestandes an Großgeräten notwendig sei, danach wären diese Überlegungen grundsätzlich von der Bereichsleitung - auch unter Bedachtnahme auf die gesundheitspolitischen Zielsetzungen - inhaltlich zu prüfen und schließlich sei vom ÖBIG unter Zugrundelegung der bereits in diesem Bericht angeführten Kriterien eine Bedarfsprüfung vorzunehmen. Entsprechende Stellungnahmen des ÖBIG würden grundsätzlich für die inhaltliche Prüfung vor der Beschlussfassung in der Strukturkommission herangezogen werden.

Zu den im Betrachtungszeitraum vorgenommenen Änderungen im GGP erläuterte der Bereichsleiter für Strukturentwicklung, dass seine Planungskompetenzen lediglich den Bereich der Krankenanstalten umfasst hätten, während die Planungen und Verhandlungen bzgl. dem extramuralen Bereich in den Zuständigkeitsbereich des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger und der Vertreter der Ärztekammer sowie privater radiologischer Institute gefallen sei. Eine eigene Planungsgrundlage für den extramuralen Bereich sei daher von ihm nicht erstellt worden.

Nachdem - wie bereits angeführt - im WKAP 2003 gegenüber dem ÖKAP/GGP 2001 wienweit gesehen lediglich im extramuralen Bereich mehr Standorte für MRT vorgesehen waren, habe die Bereichsleitung keine Planungsgrundlagen erstellt. Vom Kontrollamt war dazu allerdings anzumerken, dass der WKAP 2003 im intramuralen Bereich tatsächlich keine Erhöhung der Gesamtzahl der MRT in Wien auswies, sehr wohl aber eine regionale Verschiebung des Angebotes (durch den vorgesehenen Wegfall eines Gerätes in einer "Nicht-Fondskrankenanstalt" im 19. Wiener Gemeindebezirk bei gleichzeitiger Erhöhung der Gerätehöchstzahl im DSP von einem Gerät auf zwei Geräte) vorgesehen war.

Zu der im WKAP 2006 gegenüber dem WKAP 2003 erhöhten Zahl an MRT erläuterte der Bereichsleiter, dass vom AKH im Jahr 2005 im Zuge einer notwendigen Reinvestition im Hinblick auf die technische Weiterentwicklung eine Umschichtung von einer Digitalen Subtraktions-Angiografieanlage auf ein MRT für MR-Angiografie beantragt worden war, wobei im Hinblick auf den damit verbundenen Technologiewandel diesem Antrag seitens der Bereichsleitung zugestimmt worden sei.

Der Antrag des WIL um Genehmigung eines zusätzlichen zweiten MRT sei von der Bereichsleitung ebenfalls inhaltlich als berechtigt angesehen worden, da das bestehende Gerät durch die Zunahme der Fallzahlen an seine Kapazitätsgrenze angelangt sei. Wie dazu einem Antrag der Generaldirektion des KAV aus dem Jahr 2004 an die Bereichsleitung entnommen werden konnte, soll das zusätzliche MRT im WIL insbesondere für die MR-Angiografie aber auch für den neuroradiologischen Bereich eingesetzt werden.



## 2.3 Feststellungen des Kontrollamtes

2.3.1 Zusammenfassend war vom Kontrollamt festzustellen, dass im Betrachtungszeitraum die Indikationsstellungen für Untersuchungen mittels MRT eine deutliche Ausweitung erfahren haben. Dieser Umstand in Verbindung mit der grundsätzlichen gesundheitspolitischen Zielsetzung, Patienten soweit wie möglich Untersuchungsmethoden ohne Röntgenstrahlenbelastung anzubieten, ließ im Betrachtungszeitraum im Einzelfall sowohl im AKH als auch im WIL einen Mehrbedarf an MRT erkennen, der jedoch punktuell zu einem Rückgang anderer bildgebender Untersuchungen führen müsste.

2.3.2 Die beiden sowohl im WKAP 2003 als auch im WKAP 2006 für das KHR vorgesehenen MRT waren grundsätzlich bereits im ÖKAP/GGP 2001 - damals allerdings noch dem ehemaligen Krankenhaus Lainz (KHL) sowie dem ehemaligen NKR zugeordnet - enthalten. Die im WKAP 2003 gegenüber dem ÖKAP/GGP 2001 wienweit zusätzlich geplante Zahl von insgesamt vier MRT war auf Veränderungen im extramuralen Bereich zurückzuführen. Angemerkt wurde, dass im Rahmen der Erstellung des WKAP 2003 seitens des ÖBIG zwar eine Erhöhung, aber nicht in dem oben angeführten Ausmaß für den extramuralen Bereich empfohlen worden war. Bei der bezirksweisen Zuordnung von MRT war - nicht zuletzt im Hinblick auf die unter Pkt. 2.1.2 erwähnte Anmerkung beim Orthopädischen Spital Speising, Untersuchungen von Patienten mittels MRT in Kooperation mit einem extramuralen Anbieter vorzusehen - seit dem Jahr 2003 ein MRT für einen Standort im 13. Wiener Gemeindebezirk berücksichtigt worden.

2.3.3 Wenn es auch nicht Aufgabe des nunmehrigen Bereichsleiters für Strukturentwicklung war, die Planung des extramuralen Bereiches vorzunehmen, so hätte er doch in seiner Funktion als Projektbeauftragter für den Wiener Gesundheitsplan im Rahmen der ihm obliegenden Akkordierung von Planungen für die intra- und extramurale Patientenbetreuung versuchen können, verstärkt vor einer Ausweitung der wienweiten Zahl der MRT eine Kooperation zwischen den verschiedenen Bedarfsträgern anzustreben. So wäre es nach Ansicht des Kontrollamtes etwa überlegenswert gewesen, ob nicht durch die zwei im WKAP für das KHR vorgesehenen MRT auch Kapazitäten für diesbezügliche Untersuchungen des Orthopädischen Spitals Speising vorhanden wären, wodurch der Bedarf für ein MRT im extramuralen Bereich im 13. Wiener Gemeindebezirk möglicherweise anders beurteilt worden wäre.

Angemerkt wurde in diesem Zusammenhang auch, dass durch die im WKAP 2006 vorgenommene Streichung der im WKAP 2003 enthaltenen Anmerkung bei den MRT des KHR "MR in Abstimmung mit dem Orthopädischen Spital Speising" für den KAV die Verpflichtung, sich mit der zuletzt genannten Anstalt abzustimmen, nun nicht mehr zutrifft. Weiters wurde dem Orthopädischen Spital Speising im WKAP 2006 gegenüber dem WKAP 2003 durch die unter Pkt. 2.1.3 dieses Berichtes angeführte geringfügig modifizierte Form der Anmerkung zum MRT durch das Ersetzen des Wortes "und" durch das Wort "bzw." nunmehr die Entscheidungsmöglichkeit geboten, ob bzgl. notwendiger Untersuchungen mittels MRT eine Kooperation mit einem extramuralen Anbieter, eine Abstimmung mit dem KHR oder einer Kombination beider Varianten der Vorzug gegeben wird.

### 3. Grundlagen für die Anschaffung von MRT im KAV

#### 3.1 Großgerätekommission (GGK)

Bevor im gegenständlichen Bericht eine nähere Betrachtung des Betriebes und der Auslastung der MRT in den einzelnen Krankenanstalten erfolgt, werden die im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 gültigen Vorgaben des KAV bei geplanten Neuanschaffungen von Großgeräten nachstehend kurz dargestellt.

3.1.1 Mit Wirksamkeit vom 2. Mai 1996 wurde im KAV für alle Neu- und Ersatzanschaffungen solcher Geräte eine so genannte GGK eingerichtet. Diese Kommission war vom Generaldirektor des KAV mit dem Ziel eingesetzt worden, als begutachtendes und beschließendes Organ der Generaldirektion Investitionen bedarfsgerecht unter Wahrung ökonomischer und anstaltsübergreifender Gesichtspunkte durchzuführen. Die GGK bestand zum damaligen Zeitpunkt aus dem Vorsitzenden (Leiter der Abteilung Wirtschaft), den ständigen Mitgliedern (Leiter der Abteilungen Finanz und Medizin), den von der Direktion Technik und Bauten namhaft gemachten Vertretern sowie fallweise zugezogenen Beratern.

Über die Sitzungen waren Protokolle zu führen, aus denen der Gang der Verhandlungen über die von den Krankenanstalten beantragten Großgeräte zu entnehmen war.

Gemäß der Richtlinie zur Geschäftsordnung der GGK waren für Neu- und Ersatzanschaffungen von Großgeräten, die den doppelten Basiswert lt. § 88 lit. e WStV in der jeweils erlassmäßig kundgemachten Höhe überstiegen, Anträge an die Geschäftsstelle der GGK zu stellen. Diese Anträge hatten insbesondere die Beschreibung der beabsichtigten Investition (wie z.B. die Anschaffung eines MRT auf Grund der Ausweitung oder Änderung von Diagnose- und Therapieeinrichtungen), die Patientenfrequenzen und Betriebszeiten der betroffenen Bereiche sowie eine Kosten-Nutzenanalyse zu enthalten. Die Beschlussfassung der GGK sollte grundsätzlich einstimmig erfolgen.

3.1.2 Mit Erlass vom 1. Juni 2001 wechselte der Vorsitz der GGK an die Leitung der ehemaligen Abteilung Medizin und Leistungsplanung. Mitglieder der GGK waren zum damaligen Zeitpunkt die Leiter der Abteilungen Finanz und Wirtschaft sowie Vertreter der Direktion Technik und Bauten und der Leiter der EDV.

Hinsichtlich der von den Krankenanstalten an die GGK zu richtenden Anträge bei geplanten Anschaffungen von Großgeräten waren zusätzlich zu den zuvor genannten Unterlagen ein Fragebogen über die Wirtschaftlichkeit der Anschaffung und eine Wirtschaftlichkeitsberechnung vorzulegen.

3.1.3 Im Jahr 2002 wurde von der Generaldirektion des KAV abermals sowohl die Geschäftsordnung für die GGK als auch eine Richtlinie für die Genehmigung von Großgeräten erlassmäßig neu geregelt; ebenso wechselte der Vorsitz der GGK mit Wirksamkeit vom 1. Mai 2002. In diesen Neuregelungen wurde explizit festgelegt, dass das AKH nicht in den Wirkungsbereich der Kommission falle, da diese Aufgaben von der "AKH-Kommission für paktierte Investitionen" wahrgenommen werde, in der die Geschäftsführerin der GGK als Mitglied vertreten sei. Weiters war vorgesehen, dass die GGK bei Investitionen bzw. Ersatzanschaffungen, die einen Fixbetrag von 200.000,-- EUR exkl. der gesetzlichen USt übersteigen, auf Antrag zu prüfen hätte, ob eine Übereinstimmung mit dem ÖKAP/GGP und dem WKAP sowie der Bedarf unter Berücksichtigung alternativer Möglichkeiten vorliege. Zusätzlich sollte geprüft werden, ob die Wirtschaftlichkeit und die Preisangemessenheit der Investition gegeben und eine Kosten-Nutzenbetrachtung sowie ein Vergleich mit ähnlich gelagerten Fällen erfolgt sei. Darüber hinaus

war eine technische Beurteilung sowohl der Investition selbst, als auch der eventuell notwendigen Bauarbeiten unter Berücksichtigung des "Standes der Technik" insbesondere bei Ersatzanschaffungen für die Entscheidungsfindung durch die GGK Voraussetzung.

3.1.4 Die Einrichtung der GGK im KAV bestand bis zum 10. April 2006. Da zu diesem Zeitpunkt durch die Neuregelung mit der Richtlinie "Verfahren der Projektgenehmigungen", die u.a. auch die Anschaffung von Großgeräten neu regelt, die zuvor erwähnten Bestimmungen außer Kraft gesetzt worden waren, hatte dies formell auch die Auflösung der GGK zur Folge.

Wie die zuletzt eingesetzte Vorsitzende der GGK dem Kontrollamt gegenüber mitteilte, wäre jedenfalls bis zum 10. April 2006 bei der Anschaffung von Großgeräten grundsätzlich die GGK zu befassen gewesen.

### 3.2 Errichtungsbewilligungen durch das Amt der Wiener Landesregierung

3.2.1 Gemäß § 7 Abs. 2 Wr. KAG bedürfen wesentliche Veränderungen, auch der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes, der Bewilligung der Landesregierung. Im Verfahren darüber ist § 4 Wr. KAG sinngemäß anzuwenden. Dieser besagt u.a., dass derartige Bewilligungen nur dann erteilt werden dürfen, wenn ein Bedarf gegeben ist. Schließlich normiert § 7 Abs. 5 des gegenständlichen Gesetzes, dass bei Fondskrankenanstalten solche Bewilligungen insbesondere nur dann erteilt werden dürfen, wenn die Vorgaben des WKAP und die darin enthaltenen Strukturqualitätskriterien erfüllt sind.

3.2.2 Auf Ersuchen des Kontrollamtes verfasste die Magistratsabteilung 15, die gemäß Geschäftseinteilung für den Magistrat der Stadt Wien für die Handhabung des Wr. KAG zuständig ist, eine Liste über jene MRT des KAV, für die sie bis zum Zeitpunkt der Einschau Errichtungsbewilligungen erteilt hatte. Wie dieser Liste entnommen werden konnte, verfügten zum Stichtag 12. Juni 2006 das WIL, das DSP, das KHR, das Kaiser-Franz-Josef-Spital (KFJ) und die Krankenanstalt Rudolfstiftung (KAR) für jeweils ein derartiges Gerät sowie das AKH für insgesamt sechs MRT über die gegenständlichen Bescheide.

Weiters brachte das Kontrollamt von der Magistratsabteilung 15 in Erfahrung, dass für jeweils ein zusätzliches Gerät für das WIL sowie für das AKH Verfahren anhängig seien, die bis zum Abschluss der gegenständlichen Einschau im September 2006 noch offen waren.

Die Beschaffung des zweiten MRT für das WIL war während der Prüfung des Kontrollamtes noch im Gange, wobei in diesen Zeitraum die Zuschlagsentscheidung des KAV fiel. Jenes Genehmigungsverfahren, welches das AKH betraf, erfolgte für ein dort bereits seit Jahresende 2005 in Betrieb befindliches MRT. Auf Grund der von der Magistratsabteilung 15 dem Kontrollamt im August 2006 übermittelten Unterlagen war festzustellen, dass in der genannten Dienststelle als letzter aktenkundiger Bearbeitungsschritt eine Verhandlungsschrift über eine bereits mehr als ein Jahr zurückliegende Augenscheinsverhandlung, die in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik vorgenommen worden war, auflag.

Bis zur gegenständlichen Prüfung des Kontrollamtes lag in der Magistratsabteilung 15 für ein bereits im Jänner 2005 im Otto Wagner-Spital (OWS) in Betrieb genommenes MRT vom KAV kein Antrag auf eine Errichtungsbewilligung vor. Auf Grund der Einschau wurde die TU 1 von der Magistratsabteilung 15 am 19. Juni 2006 schriftlich aufgefordert, innerhalb einer Frist von drei Wochen einen entsprechenden Antrag einzubringen. Wie aus den dem Kontrollamt in weiterer Folge übermittelten Unterlagen entnommen werden konnte, ersuchte das OWS mit Schreiben vom 21. Juni 2006 die Magistratsabteilung 15 um Erteilung einer Errichtungsbewilligung für das in einem provisorischen Zubau betriebene MRT.

Während der Einschau des Kontrollamtes war die Beschaffung eines weiteren MRT für das KHR im Gange. Eine entsprechende Antragstellung auf eine Errichtungsbewilligung war bis zum Abschluss der gegenständlichen Prüfung nicht erfolgt.

### 3.3 Feststellungen des Kontrollamtes

3.3.1 Das Kontrollamt erachtete die im Jahr 1996 erfolgte Einführung der GGK und die Neuausrichtung der Anschaffung von Großgeräten im Weg eines Projektgenehmi-

gungsverfahrens als zielführende Maßnahmen des KAV, mit der grundsätzlich eine Objektivierung und Standardisierung von diesbezüglichen Investitionsentscheidungen gewährleistet sein sollte.

Stellungnahme der Generaldirektion der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Wenn auch die frühere GGK des KAV formal mit der neuen Richtlinie "Verfahren der Projektgenehmigungen" vom 10. April 2006 aufgelöst wurde, findet durch die darin enthaltenen Regelungen weiterhin die vom Kontrollamt angesprochene Objektivierung und Standardisierung der Investitionsentscheidungen statt. Die Richtlinie regelt die Inhalte der Antragstellung ebenso wie den Entscheidungsprozess unter Nutzung des Fragebogens "Wirtschaftlichkeit".

3.3.2 Zu bemängeln war, dass für die beiden im AKH und im OWS neu angeschafften und schon in Betrieb befindlichen MRT keine Errichtungsbewilligungen der Magistratsabteilung 15 vorlagen.

Nach Ansicht des Kontrollamtes sollte der KAV daher im Einvernehmen mit der Magistratsabteilung 15 im Rahmen einer die Abläufe derartiger Investitionsvorhaben abbildenden Prozessbeschreibung auch regeln, zu welchem Zeitpunkt Ansuchen um Errichtungsbewilligungen an das Amt der Wiener Landesregierung zu richten sind.

Die Errichtungsbewilligung für das MRT des OWS wurde bei der Magistratsabteilung 15 eingereicht; das Datum der Einreichbestätigung ist der 10. Juli 2006. Für das MRT im AKH erfolgte die Einreichung am 5. Juni 2005. Die Verfahren sind noch anhängig.

Seit dem Sommer 2006 finden mit der Magistratsabteilung 15 Gespräche bzgl. "Standardisierung der Vorgangsweise bei Errichtungs- und Betriebsbewilligungen" statt.

#### 4. MRT in den Krankenanstalten der TU 1

In diesem sowie im nächstfolgenden Abschnitt 5 wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

*Frage 1: Wie viele MRT-Geräte sind derzeit im KAV in Verwendung und wie ist deren Auslastung?*

*Frage 7: Entsprechen die Anschaffungen des KAV im Rahmen des Großgeräteplans aus den letzten fünf Jahren den Erfordernissen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit?*

##### 4.1 Anzahl sowie Neuanschaffungen

Zum Stichtag 1. Jänner 2006 verfügte die Hälfte der insgesamt zwölf der TU 1 zugeordneten Spitäler über jeweils ein MRT, die in den dortigen Zentralröntgeninstituten bzw. Instituten für Röntgendiagnostik (ZRI) betrieben werden. Nachstehender Tabelle sind die gegenständlichen Anstalten, das jeweilige Jahr der Anschaffung der MRT sowie deren Feldstärke und der Gerätehöchststand lt. ÖKAP/GGP 2001, WKAP 2003 und WKAP 2006 je Anstalt zu entnehmen:

Krankenanstalt	Anzahl MRT per 01.01.2006	Jahr der Anschaffung	Feldstärke	Gerätehöchststand lt. ÖKAP/GGP 2001	Gerätehöchststand lt. WKAP 2003	Gerätehöchststand lt. WKAP 2006
DSP	1	1995	1,0 Tesla	1	2	2
KFJ	1	1997	1,5 Tesla	1	1	1
KAR	1	2000	1,5 Tesla	1	1	1
KHR	1	1998	1,5 Tesla	*) 1+1	2	2
OVS	1	2005	1,5 Tesla	1	1	1
WIL	1	1992	1,0 Tesla	1	1	2
Gesamt	6			7	8	9

\*) Eines dieser beiden Geräte war im früheren NKR vorgesehen.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, waren somit in den Krankenanstalten der TU 1 zum erwähnten Stichtag insgesamt ein Drittel weniger MRT aufgestellt, als die lt. WKAP 2006 mögliche Gerätehöchstzahl.

Weiters ist ersichtlich, dass zwei der sechs in den Anstalten der TU 1 eingesetzten MRT bereits vor mehr als zehn Jahren angeschafft worden waren, wobei diese MRT entsprechend dem damaligen Stand der Technik über eine Feldstärke von lediglich 1,0 Tesla verfügen.

Wie der Tabelle darüber hinaus zu entnehmen ist, war im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 im Bereich der TU 1 nur ein einziges MRT, nämlich für das OWS neu beschafft worden, wobei auf diese Maßnahme unter Pkt. 4.2.5 noch näher eingegangen wird. Es zeigte sich im Zuge der Einschau allerdings auch, dass für zwei weitere MRT für Anstalten der TU 1 bereits die Beschaffung eingeleitet worden war. Hierbei handelte es sich um jeweils ein zusätzliches Gerät für das KHR und das WIL, wobei diese Vorhaben im Abschnitt 7 dieses Berichtes dargestellt werden.

#### 4.2 Einsatz und Auslastung

Im Zuge der gegenständlichen Einschau erhob das Kontrollamt mittels eines von ihm erstellten Datenblattes in einem ersten Schritt geräte- und betriebsrelevante Daten zu den einzelnen MRT. Unter Zugrundelegung dieser von den Anstalten erstellten Meldungen wurden danach unmittelbar in den geprüften Einrichtungen die weiteren Erhebungen gepflogen. Dabei wurden mit allen betroffenen Institutsvorständen der ZRI unter Einbeziehung der für den Betrieb der MRT hauptverantwortlichen jeweiligen Oberärzte sowie der leitenden radiologisch-technischen Assistentin (RTA) standardisierte Interviews geführt sowie in einem weiteren Schritt die mittels des bereits erwähnten Datenblattes durchgeführten Erhebungen durch Einsichtnahme in die Grundaufzeichnungen verifiziert. Zur Erhebung der durchschnittlichen Zahl der Patienten, die im Rahmen des so genannten Routinebetriebes untersucht wurden sowie zur Feststellung des damit verbundenen durchschnittlichen Zeitaufwandes und der tatsächlichen Dauer des Routinebetriebes zog das Kontrollamt in allen überprüften Anstalten Stichproben. Als Grundlage hierfür wurden die in der Regel EDV-unterstützt erfassten Quittierungszeiten für die Patienten, die in sechs gleichmäßig auf das Jahr 2005 verteilten Kalenderwochen mittels MRT untersucht worden waren, herangezogen, da der unmittelbare Untersuchungsvorgang am Gerät mit der Quittierung als abgeschlossen gilt. Die annäherungsweise Erhebung der Zeit, zu der jeweils die Untersuchung des ersten Patienten



begonnen wurde, erfolgte in der Weise, dass als Betriebsbeginn eine durchschnittliche Untersuchungsdauer von 30 Minuten vor der täglich vorgenommenen ersten Quittierung angenommen wurde.

4.2.1 Das ZRI des DSP betreibt seit dem Jahr 1995 ein MRT mit einer Feldstärke von 1,0 Tesla. Die Betriebszeiten für dieses medizinisch-technische Großgerät waren im Routinebetrieb von Montag bis Freitag jeweils in der Zeit von 7.30 Uhr bis 17.30 Uhr - also mit zehn Stunden täglich - festgelegt worden, wobei im Akutfall Patienten auch außerhalb der zuvor genannten Zeiten untersucht werden können. Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 konnte das MRT jeweils nur an vier Wochentagen infolge der routinemäßigen Service- bzw. Wartungsarbeiten nicht für die Patientenversorgung genutzt werden.

4.2.1.1 Für den Betrieb des MRT waren im Rahmen der Teamorganisation der Ärzte grundsätzlich drei Ärzte eingeteilt, wobei nach dem Ende der Regeldienstzeit der Ärzte um 13.00 Uhr von einem der drei insgesamt im ZRI für den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst vorgehaltenen Ärzte der Betrieb des MRT weiterhin sichergestellt wurde. Darüber hinaus war an manchen Tagen für den Routinebetrieb ein zusätzlicher Arzt für die Zeit von 13.00 Uhr bis 18.00 Uhr speziell für den Betrieb des MRT eingeteilt.

Weiters waren grundsätzlich vier RTA für die Sicherstellung des Routinebetriebes mit dem gegenständlichen Gerät vorgesehen, wobei in dieser Zeit die Anwesenheit von zumindest zwei solcher Mitarbeiterinnen eingeplant war. Wie eine stichprobenweise Einschau des Kontrollamtes in die Dienstpläne der für das MRT eingeteilten RTA ergab, standen in der Regel tatsächlich zwei bis drei RTA zur Verfügung, wobei allerdings in Einzelfällen auch nur eine derartige Mitarbeiterin von 7.30 Uhr bis 18.00 Uhr Dienst versah. Weiters fiel auf, dass in der Zeit von 15.00 Uhr bis 18.00 Uhr oftmals ebenfalls nur eine RTA für den Betrieb des MRT zur Verfügung stand. Vom Institutsvorstand wurde diese z.T. geringe Besetzung mit RTA für den Routinebetrieb des MRT damit begründet, dass insgesamt ein zusätzlicher Personalbedarf von vier RTA-Dienstposten für das ZRI bestünde, wobei dieser vom Geschäftsbereich Personal der Generaldirektion des KAV lt. Schreiben vom 21. Jänner 2002 auch als gerechtfertigt erachtet worden war. Es

war in dem gegenständlichen Schreiben aber auch darauf verwiesen worden, dass "die Postenbedeckung im Haus selbst - eventuell durch interne Umschichtung - gefunden werden müsste".

4.2.1.2 Zur Organisation der Patientenversorgung teilte der Institutsvorstand dem Kontrollamt gegenüber mit, dass Akutpatienten auf jeden Fall vorrangig nach telefonischer Anforderung durch zuweisende Fachärzte untersucht werden würden, ansonsten würden primär stationäre aber auch ambulante Patienten mit möglicherweise nachfolgender Aufnahme aus den anstaltseigenen Ambulanzen untersucht werden. Sonstige ambulante Patienten würden an extramurale Einrichtungen verwiesen werden.

Wie die Einschau zeigte, erfolgte die Terminvergabe grundsätzlich nach telefonischer Rücksprache der zuweisenden Einrichtungen der Anstalt mit einer für das MRT zuständigen RTA bzw. im Bedarfsfall auch mit einem Arzt. Danach wurden die festgelegten Termine auch EDV-unterstützt erfasst. Das ZRI war bestrebt, grundsätzlich Untersuchungen mittels MRT an stationären Patienten innerhalb von 24 Stunden nach erfolgter Anforderung durchzuführen, wobei im Rahmen der Prüfung Vormerkzeiten von zwei bis maximal drei Tagen festzustellen waren. Weiters waren für jene planbaren Untersuchungen, die erfahrungsgemäß mit einem höheren Zeitaufwand (z.B. Untersuchungen von Kindern, die hierfür häufig narkotisiert werden müssen) verbunden sind, grundsätzlich fixe Untersuchungstage bzw. -zeiten während des Routinebetriebes festgelegt worden.

4.2.1.3 Gemäß den Aufzeichnungen des DSP wurden im Betrachtungszeitraum p.a. zwischen 4.304 und 4.600 Patienten untersucht, wobei hievon der Anteil an ambulanten Patienten zwischen 733 und 802 Personen lag. In den gegenständlichen fünf Jahren waren durchschnittlich rd. 4.500 Patienten pro Jahr untersucht worden, wobei hievon durchschnittlich lediglich rd. 750 Patienten pro Jahr (d.s. rd. 17 %) von den Ambulanzen der genannten Krankenanstalt zugewiesen worden waren.

4.2.1.4 Wie die vom Kontrollamt vorgenommene Stichprobe zeigte, waren in den sechs hierfür herangezogenen Wochen des Jahres 2005 insgesamt 502 Patienten - aus-

schließlich während des Routinebetriebes - untersucht worden. Deren tägliche Zahl lag zwischen zwölf und 24 Patienten, was einen Durchschnitt von rd. 18 untersuchten Patienten pro Tag bedeutete.

Wie die Prüfung weiters zeigte, begannen im Durchschnitt die Untersuchungen mittels MRT um 7.46 Uhr, wobei die tägliche Beginnzeit in der Früh zwischen 7.30 Uhr und 8.18 Uhr variierte. Die letzten Untersuchungen wurden täglich zwischen 14.30 Uhr und 19.12 Uhr abgeschlossen, was im Durchschnitt ein Ende des Routinebetriebes des MRT um 16.52 Uhr bedeutete, womit das Gerät durchschnittlich tatsächlich nur etwas mehr als neun Stunden betrieben wurde. Damit lag die durchschnittliche Betriebszeit unter der festgelegten Dauer des Routinebetriebes von täglich (Montag bis Freitag) zehn Stunden. Dies war nach Ansicht des Kontrollamtes nicht zuletzt auf den Umstand zurückzuführen, dass während der sechs betrachteten Kalenderwochen in der Regel freitags die Untersuchungen mittels MRT zwischen 14.30 Uhr und 15.01 Uhr endeten.

Auf Grund der festgestellten durchschnittlichen Betriebszeit und der durchschnittlichen Anzahl der Patienten pro Betriebstag errechnete das Kontrollamt eine durchschnittliche Untersuchungsdauer von 30 Minuten je Patient, was exakt dem unter Pkt. 1.1 dieses Berichtes angeführten Richtwert entspricht.

4.2.2 In der KAR steht dem ZRI nach einer entsprechenden Reinvestition seit dem Jahr 2000 ein MRT mit einer Feldstärke von 1,5 Tesla für die Patientenversorgung zur Verfügung. Im Routinebetrieb wurde lt. Angabe der Krankenanstalt das gegenständliche Gerät von Montag bis Freitag von 7.30 Uhr bis 19.00 Uhr - also wochentags jeweils 11,5 Stunden - betrieben. Darüber hinaus bestand rund um die Uhr die Möglichkeit, Patienten im Akutfall mittels MRT zu untersuchen. Ebenso wie im DSP stand das gegenständliche Gerät in der KAR im Betrachtungszeitraum nur an jeweils vier Tagen infolge Service- bzw. Wartungsarbeiten nicht für Untersuchungen von Patienten zur Verfügung.

4.2.2.1 Ein Teil der Ärzte im ZRI der KAR verfügte über eine verschobene Regeldienstzeit von 13.00 Uhr bis 18.00 Uhr, womit für den Betrieb des MRT in der Zeit von 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr immer ein Arzt eingeteilt werden konnte, in der übrigen Zeit

wurde grundsätzlich nur im Bedarfsfall ein Arzt aus der Dienstmannschaft, die für den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst zuständig war, für die akut anfallenden Untersuchungen von Patienten mittels MRT herangezogen.

In der Zeit von 7.30 Uhr bis 17.00 Uhr waren zwei RTA als Minimalpräsenz für den Betrieb des MRT vorgesehen, wobei die Dienstzeit einer dieser beiden Mitarbeiterinnen von 7.30 Uhr bis 17.00 Uhr andauerte, während eine weitere von 7.30 Uhr bis 14.00 Uhr sowie eine dritte Bedienstete von 11.30 Uhr bis 19.00 Uhr zum Dienst am gegenständlichen Gerät eingeteilt wurde.

4.2.2.2 In Bezug auf die Organisation des Betriebes des MRT teilte der Institutsvorstand dem Kontrollamt gegenüber mit, dass ebenso wie im DSP Akutpatienten umgehend untersucht werden würden. Das MRT in der KAR stünde primär für Untersuchungen von stationären Patienten zur Verfügung, wobei im Bedarfsfall auch in der Anstalt ambulant betreute Patienten mit diesem Gerät untersucht werden würden.

Wie die Einschau ergab, wurden in der KAR die von den Stationen und Ambulanzen erfolgten Zuweisungen für Untersuchungen mittels MRT grundsätzlich telefonisch entgegengenommen, die Untersuchungstermine - deren Reihung nach Dringlichkeit erfolgte - wurden in weiterer Folge elektronisch erfasst. Zum Zeitpunkt der Einschau war darüber hinaus für drei medizinische Fachabteilungen eine täglich festgelegte Anzahl von Untersuchungsterminen für deren Patienten fixiert worden, wobei es den Ärzten dieser medizinischen Fachabteilungen damit ausschließlich selbst oblag, zu bestimmen, welcher ihrer Patienten zu welchem Zeitpunkt bei entsprechender klinischer Fragestellung mittels MRT im ZRI untersucht werden sollte. Dem Institutsvorstand zufolge war das ZRI der KAR grundsätzlich bestrebt, bei stationären Patienten im Bedarfsfall innerhalb von 48 Stunden eine Untersuchung mittels MRT durchzuführen. Deutlich längere Vormerkzeiten von mehreren Tagen würden auf Grund der hohen Auslastung des MRT - soweit medizinisch vertretbar - bei Untersuchungen von ambulanten Patienten notwendig sein. Wie eine stichprobenweise Einschau des Kontrollamtes in die elektronisch geführte Vormerkliste zeigte, lag die Wartezeit für die letztgenannte Patientengruppe für Untersuchungen mittels MRT in der KAR unter einer Woche.

4.2.2.3 Auf Grund der Auswertungen der Abteilung Finanz der KAR war feststellbar, dass im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 p.a. zwischen 4.051 und 5.218 Patienten untersucht worden waren, wobei der Anteil an ambulanten Patienten zwischen 549 und 1.229 Personen lag. Die Anzahl der im genannten Zeitraum durchschnittlich untersuchten Patienten lag bei rd. 4.760 Personen pro Jahr, wobei davon durchschnittlich rd. 770 Patienten pro Jahr (d.s. rd. 16 %) von den Ambulanzen zugewiesen worden waren.

4.2.2.4 Bei der Vornahme der Stichprobe des Kontrollamtes zur Überprüfung der Auslastung zeigte sich, dass von ihm nicht auf das Datenmaterial von sechs sondern nur von fünf Wochen zurückgegriffen werden konnte, da für den Zeitraum von einer für die Erhebung vorgesehenen Woche infolge eines EDV-Ausfalls keine Aufzeichnungen zur Verfügung gestellt werden konnten.

Im Routinebetrieb waren im Erhebungszeitraum der genannten fünf Wochen 427 Patienten untersucht worden. Im Durchschnitt ergab dies eine Zahl von rd. 19 Patienten pro Tag, wobei sich diese zwischen 14 und 26 Patienten täglich bewegte. Darüber hinaus waren im Erhebungszeitraum zehn Patienten außerhalb des Routinebetriebes untersucht worden.

In den betrachteten fünf Wochen erfolgte im Durchschnitt der Untersuchungsbeginn um 7.35 Uhr, die tägliche Beginnzeit lag zwischen 7.06 Uhr und 7.56 Uhr. Das Ende des Routinebetriebes war durchschnittlich um 17.46 Uhr erfolgt, wobei lediglich einmal um 14.59 Uhr der Routinebetrieb des MRT endete, einmal aber auch bis 19.47 Uhr andauerte. Die tatsächliche Betriebszeit im Routinebetrieb von Montag bis Freitag betrug somit im Durchschnitt über zehn Stunden und lag damit auch unter der dem Kontrollamt genannten Zeit des Routinebetriebes, die von der KAR - wie bereits erwähnt - mit 11,5 Stunden angegeben worden war. Der Grund hierfür lag nach Ansicht des Kontrollamtes in dem Umstand, dass am Nachmittag die Regeldienstzeit der Ärzte um eine Stunde den Routinebetrieb unterschritt und damit üblicherweise keine Patienten für Untersuchungstermine nach 17.30 Uhr vorgesehen wurden. Demgegenüber wurden grundsätzlich in der Früh Patienten bereits für 7.30 Uhr - also tatsächlich mit Beginn des

Routinebetriebes - eingeteilt, da eine Befundung erst nach durchgeführter Untersuchung etwa ab 8.00 Uhr und somit nach Dienstantritt der zuständigen Ärzte als erforderlich erachtet wurde.

Die errechnete Untersuchungsdauer lag pro Patient bei durchschnittlich 31 Minuten und war damit nahezu ident mit jener im DSP.

4.2.3 Im ZRI des KFJ wird seit dem Jahr 1997 ein MRT mit der Feldstärke von 1,5 Tesla betrieben. Der Routinebetrieb war von Montag bis Freitag für die Zeit von 7.30 Uhr bis 19.00 Uhr festgelegt worden, darüber hinaus stand das MRT aber auch außerhalb dieser Zeiten Patienten für akut notwendige Untersuchungen zur Verfügung. Infolge Wartungs-, Service- und Reparaturarbeiten war in den Jahren 2002 bis 2005 an lediglich drei bis fünf Tagen jährlich kein Betrieb möglich, während im Jahr 2001 das gegenständliche Gerät infolge einer umfangreicheren Reparatur insgesamt acht Tage nicht genutzt werden konnte.

4.2.3.1 So wie in der KAR wurden auch im ZRI des KFJ zur Sicherstellung des Betriebes des MRT ein Teil der Ärzte mit einer verschobenen Regeldienstzeit von 13.00 Uhr bis 18.00 Uhr beschäftigt, wobei für den Vormittag im Rahmen der Teamorganisation ein Arzt oder zwei Ärzte und am Nachmittag ein Arzt für die Untersuchungen mit dem gegenständlichen Gerät vorgesehen waren; der über die Regeldienstzeiten hinausgehende Betrieb war von jenen Ärzten abzudecken, die jeweils für den Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst eingeteilt waren.

Wie aus den Dienstplänen ersichtlich ist, waren insgesamt fünf RTA für den Betrieb des MRT vorgesehen, wobei die Einschau zeigte, dass von Montag bis Freitag täglich zumindest drei dieser Mitarbeiter Dienst eingeteilt waren. So traten zumindest zwei RTA um 7.30 Uhr den Dienst an, der in der Regel bis 13.30 Uhr bzw. 19.00 Uhr andauerte. Zur Sicherstellung des Betriebes am Nachmittag wurden die im Dienst befindlichen Mitarbeiter vielfach ab 13.00 Uhr bis 19.00 Uhr durch eine weitere RTA ergänzt, sodass grundsätzlich auch an Nachmittagen ebenfalls eine Präsenz von zwei RTA sichergestellt war.

4.2.3.2 Im Gegensatz zum DSP und zur KAR vertrat der Vorstand des ZRI des KFJ die Auffassung, dass in der gegenständlichen Anstalt nur durch die Ausrichtung der Terminplanung auf ambulante Patienten eine möglichst hohe Auslastung des MRT sichergestellt werden könnte. Dies sei darauf zurückzuführen, dass der anstaltsinterne Patiententransport in der Zeit von 8.00 Uhr bis in die späten Vormittagsstunden derart ausgelastet wäre, dass ein kontinuierlicher Antransport stationärer Patienten in dieser Zeit nicht gewährleistet werden könne. Zum Zeitpunkt der Einschau wurden daher für Untersuchungen mittels MRT im Rahmen der EDV-unterstützten Terminplanung den von Ambulanzen der Anstalt zugewiesenen Patienten der Vorzug gegeben. Diese konnten täglich eine bestimmte Zahl an Personen zuweisen, für die Untersuchungstermine bis zu vier Wochen im Voraus festgelegt wurden. Die stationären Patienten wurden vorrangig an den Nachmittagen untersucht bzw. bei Ausfällen ambulanter Patienten zum Teil auch an Vormittagen eingeschoben. Die Vormerkzeiten für stationäre Patienten betrug je nach Dringlichkeit der Anforderung durch die Station bis zur Durchführung der Untersuchung im ZRI mittels MRT einen Tag bis sechs Tage.

Weiters waren wöchentlich spezielle Vormittage für die länger andauernden Untersuchungen von Kindern aus dem Gottfried von Preyer'schen Kinderspital sowie von Herzpatienten vorgesehen. Darüber hinaus bestand aber auch für niedergelassene Ärzte sowie für zwei nichtstädtische Krankenanstalten (Unfallkrankenhaus Meidling und Krankenhaus St. Josef) die Möglichkeit, Patienten für Untersuchungen mittels MRT in das KFJ zuzuweisen. Sichergestellt war vom ZRI allerdings auch, dass für akut zu untersuchende Patienten jederzeit das MRT zur Verfügung stand.

4.2.3.3 Anhand der Auswertungen der von der Abteilung Finanz des KFJ über die im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 aufgezeichneten Patientenfrequenzen war feststellbar, dass p.a. zwischen 4.152 und 4.902 Patienten mittels MRT untersucht worden waren. Der Anteil an ambulanten Patienten lag im genannten Zeitraum zwischen 2.096 und 2.806 Personen. Darüber hinaus zeigte eine für das Jahr 2005 erstellte - nach den so genannten "Zuweisern" gegliederte - Auswertung der Patientenfrequenzen, dass der Anteil von durch niedergelassene Ärzte zugewiesenen Personen bei rd. 7 %, der Anteil an mitversorgten Patienten des Gottfried von Preyer'schen Kinder-

spitals bei rd. 3 % sowie jener von durch die beiden nichtstädtischen Krankenanstalten zugewiesenen Personen unter 1 % der Gesamtpatientenfrequenz für dieses Jahr lag. Insgesamt wurden im Betrachtungszeitraum durchschnittlich rd. 4.550 Patienten pro Jahr untersucht, wobei hievon durchschnittlich rd. 2.500 Patienten pro Jahr (d.s. etwa 55 %) von den Ambulanzen der Krankenanstalt, aus nichtstädtischen Krankenanstalten und durch niedergelassene Ärzte zugewiesen worden waren.

4.2.3.4 Anhand der vom Kontrollamt vorgenommenen Stichprobe über die mittels MRT untersuchten Patienten zeigte sich, dass in dem untersuchten Zeitraum von sechs Wochen des Jahres 2005 insgesamt 485 Patienten im Routinebetrieb sowie weitere zwölf Patienten als Akutfälle außerhalb der Regelarbeitszeit untersucht worden waren. Die tägliche Zahl der im Routinebetrieb Untersuchten schwankte zwischen zwölf und 25 Personen, wobei der Durchschnitt so wie im DSP bei 18 Patienten täglich lag.

Tatsächlich erfolgten die ersten Untersuchungen in der Früh durchschnittlich erst um 8.10 Uhr, wobei die Beginnzeiten zwischen 7.16 Uhr und 9.22 Uhr lagen. Ähnliche Unterschiede waren am Nachmittag bzw. Abend erkennbar, da im Einzelfall einerseits die letzte Untersuchung um 16.36 Uhr, andererseits einmal aber auch erst um 20.07 Uhr endete; im Durchschnitt wurde der letzte Patient mittels MRT im Routinebetrieb bis um 18.35 Uhr untersucht. Damit lag im ZRI des KFJ die tatsächliche Betriebszeit des MRT bei etwas unter 10,5 Stunden und damit ebenfalls unter den dem Kontrollamt gemeldeten Zeiten für den Routinebetrieb. Ursache hiefür war der Umstand, dass in der Früh in der Regel Patienten erst dann untersucht wurden, wenn ein für den Betrieb des MRT Dienst eingeteilter Arzt an Ort und Stelle war, was sowohl durch den Dienstbeginn der Ärzte um 8.00 Uhr als auch durch deren Verpflichtung zur Teilnahme an Morgenbesprechungen, Visiten etc. immer wieder zu entsprechenden Verzögerungen bei der Aufnahme des Routinebetriebes führte.

Die durchschnittliche Untersuchungsdauer lag gemäß der auf der Stichprobe basierenden Berechnung des Kontrollamtes bei 34 Minuten je Patient und damit nur geringfügig über den diesbezüglichen Werten des DSP und der KAR.



4.2.4 Im ZRI des KHR wird seit dem Jahr 1998 ein MRT mit einer Feldstärke von 1,5 Tesla betrieben. An Betriebszeiten für den Routinebetrieb wies die gegenständliche Anstalt für den gesamten Betrachtungszeitraum jeweils Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr - also wochentags täglich zwölf Stunden - sowie jeweils Samstag von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr (d.s. sieben Stunden) aus. Darüber hinaus wurde analog zu den anderen in diesem Abschnitt des vorliegenden Berichtes bereits angeführten Krankenanstalten die Akutversorgung mittels MRT rund um die Uhr sichergestellt.

In den Jahren 2002 bis 2005 stand das gegenständliche Gerät jährlich für den Zeitraum von drei bis 6,5 Tagen infolge Service-, Wartungs- und Reparaturarbeiten nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung, während es hingegen reparatur- und servicebedingt im Jahr 2001 im Ausmaß von insgesamt 13 Tagen nicht genutzt werden konnte.

4.2.4.1 Die Regeldienstzeit der Ärzte im ZRI des KHR war auf die Zeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr beschränkt; wie sich anhand einer stichprobenweisen Einschau in die Ärztedienstpläne zeigte, war in der Regel ein Arzt für Untersuchungen mittels MRT zuständig, teilweise waren zwei und in Einzelfällen drei Ärzte an diesem Gerät eingesetzt. Außerhalb der Regeldienstzeit war wöchentlich von Montag bis Freitag bis 19.00 Uhr sowie auch für den Routinebetrieb bis 14.00 Uhr an Samstagen jedenfalls ein Arzt aus der für den jeweiligen Nacht- bzw. Wochenenddienst eingeteilten Dienstmannschaft explizit für die Untersuchungen mittels MRT vorgesehen.

Durch die bestehenden Diensterteilungen für die RTA wurde sichergestellt, dass grundsätzlich jeweils zwei solcher Mitarbeiterinnen von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr sowie zwei weitere von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr für den Routinebetrieb des MRT anwesend waren; an bestimmten Nachmittagen, an denen aufwändige Herzuntersuchungen mittels MRT erfolgten, wurde nach Möglichkeit eine dritte RTA zusätzlich Dienst eingeteilt. Für den Routinebetrieb an den Samstagen wurden die Untersuchungen mittels MRT - so wie bei den Ärzten - durch eine RTA aus der Wochenenddienstmannschaft sichergestellt.

4.2.4.2 Wie die Einschau ergab, erfolgten die Zuweisungen der Patienten von den Sta-

tionen und Ambulanzen telefonisch und wurden nach erfolgter Terminfixierung von einer RTA des ZRI handschriftlich in einem Vormerkkalender und in weiterer Folge EDV-unterstützt erfasst. Der Terminkalender sah wöchentlich für spezielle medizinische Fragestellungen (z.B. Neurologische Untersuchungen oder solche des Herzens) aber auch für Untersuchungen von in Narkose befindlichen Patienten fixe Termine unter Berücksichtigung der entsprechenden voraussichtlichen Untersuchungsdauer vor. Zudem war täglich explizit eine bestimmte Anzahl von Terminen für stationäre Patienten vorgesehen, die während ihres Spitalsaufenthaltes untersucht werden sollten; für alle jene stationären Patienten, die mangels derartiger freier Termine nicht von Montag bis Freitag untersucht wurden, war der Routinebetrieb an den Samstagen vorgesehen.

Bezüglich der Terminvergabe fiel auf, dass lt. Vormerkkalender grundsätzlich nach 17.30 Uhr keine Terminvereinbarung mehr erfolgte. Diese Vorgangsweise sei - wie dem Kontrollamt erläutert wurde - deshalb festgelegt worden, weil Untersuchungstermine nach dieser Zeit in Fällen, in denen Patienten ihren Termin nicht wahrnehmen würden, mangels anderer verfügbarer Patienten verfallen würden.

Zu den Prioritäten bei der Terminvergabe wies der Institutsvorstand darauf hin, dass Akutpatienten jedenfalls vorrangig untersucht werden würden. Bei stationären Patienten sei eine Wartezeit von bis zu einer Woche und für ambulante Patienten aus dem extramuralen Bereich jedenfalls sechs bis acht Wochen Wartezeit für Untersuchungen mittels MRT die Regel.

4.2.4.3 Die über den Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 von der Abteilung Finanz des KHR erstellten Aufzeichnungen über die Patientenfrequenzen zeigten, dass p.a. zwischen 3.878 und 4.342 Patienten mittels MRT untersucht worden waren. Der Anteil an ambulanten Patienten entwickelte sich im zuvor erwähnten Zeitraum von 2.646 auf 2.078 untersuchte Personen konstant rückläufig. Eine für das Jahr 2005 erstellte - nach den "Zuweisern" gegliederte - Auswertung der Patientenfrequenzen zeigte, dass der Anteil an mitversorgten Patienten des NKR und des Geriatriezentrums Am Wienerwald bei rd. 23 %, der Anteil der durch niedergelassene Ärzte zugewiesenen Patienten bei knapp über 5 % sowie jener von Zuweisungen durch nichtstädtische

Krankenanstalten (Hanusch-Krankenhaus, Orthopädisches Spital Speising und Sanatorium Hera) erheblich unter 1 % der Gesamtfrequenz für dieses Jahr lag. In den fünf Jahren des Betrachtungszeitraumes waren durchschnittlich rd. 4.200 Patienten pro Jahr untersucht worden, wobei hievon durchschnittlich etwa 2.400 Patienten pro Jahr (d.s. rd. 57 %) von den Ambulanzen der Krankenanstalt, den mitversorgten städtischen und nichtstädtischen Anstalten und durch niedergelassene Ärzte zugewiesen worden waren.

4.2.4.4 Wie das Kontrollamt erhob, nutzte das ZRI des KHR für die Administration der Untersuchungen mittels MRT ein anderes EDV-Programm als die bisher im gegenständlichen Bericht angeführten Anstalten. Eine EDV-unterstützte Dokumentation der Quittierungszeiten war mit diesem EDV-Programm nicht vorgesehen, weshalb auch eine stichprobenweise Auswertung der täglichen Beginn- und Endzeiten von Untersuchungen im Routinebetrieb mittels MRT nicht möglich war. Das Kontrollamt hat daher als Grundlage für seine Stichprobe die vom ZRI handschriftlich geführten und tageweise erstellten so genannten "MRT Leistungsberichte" herangezogen, aus denen u.a. die Zahl der untersuchten Patienten, aber auch Anmerkungen zu bestimmten Problemstellungen bei den Untersuchungen entnommen werden konnten.

Aus den vom Kontrollamt über den Zeitraum von sechs Wochen ausgewerteten "MRT Leistungsberichten" war ersichtlich, dass im Durchschnitt täglich rd. 14 Patienten im Routinebetrieb von Montag bis Samstag untersucht worden sind. Betrachtet man nur den Routinebetrieb von Montag bis Freitag, ergaben sich für diese fünf Tage durchschnittlich 15 Untersuchungen pro Tag, an den sechs Samstagen im Betrachtungszeitraum erfolgten im Durchschnitt sechs Untersuchungen täglich. Von Montag bis Freitag schwankte die Zahl der untersuchten Patienten zwischen 13 und 19 Personen, an fünf der sechs betrachteten Samstage wurden zwischen vier und sieben Patienten untersucht, während an dem Samstag in der ersten Kalenderwoche keine Patienten untersucht worden waren, sondern im "MRT Leistungsbericht" die Erledigung administrativer Tätigkeiten vermerkt war.

Geht man davon aus, dass im Zeitraum der Stichprobe keine Patienten außerhalb des Routinebetriebes untersucht worden sind, ergab sich eine durchschnittliche Untersu-

chungsdauer von 48 Minuten pro Patient. Da jedoch aus den vom ZRI geführten Vormerkkalender ersichtlich war, dass von Montag bis Freitag nach 17.30 Uhr keine Patiententermine mehr vergeben worden waren, hat das Kontrollamt auch die durchschnittliche Untersuchungsdauer pro Patient unter der Annahme eines tatsächlichen Endes des Routinebetriebes um 18.00 Uhr errechnet, wodurch sich die durchschnittliche Untersuchungsdauer pro Patient auf 42 Minuten verkürzen würde.

Dazu war vom Kontrollamt anzumerken, dass die unabhängig von der Berechnungsmethode doch deutlich längere durchschnittliche Untersuchungsdauer mittels MRT im ZRI des KHR auf mehrere Ursachen zurückzuführen war. Zum einen konnte den "MRT Leistungsberichten" entnommen werden, dass es im Zeitraum der Stichprobe immer wieder zu organisatorischen Problemen im Zusammenhang mit der Einhaltung von Untersuchungsterminen bei vorgemerkten stationären Patienten gekommen war, zum anderen waren für aufwändige Untersuchungen wie etwa solche des Herzens oder des Gehirns sowie bei Patienten unter Narkose grundsätzlich deutlich längere Untersuchungszeiten als in anderen Fällen einzuplanen.

4.2.5 Im ZRI des OWS wurde im Jänner 2005 ein MRT mit einer Feldstärke von 1,5 Tesla in Betrieb genommen, wobei ein derartiges Gerät für den genannten Standort im gesamten Betrachtungszeitraum im jeweils gültigen GGP enthalten war.

4.2.5.1 Anhand der dem Kontrollamt von der Direktion der TU 1 sowie vom OWS vorgelegten Unterlagen zeigte sich, dass die Neuanschaffung des gegenständlichen MRT einstimmig in einer Sitzung der GGK des KAV vom 6. Juni 2002 beschlossen worden war. Wie aus dem Protokoll zu dieser Sitzung ersichtlich ist, erfolgte die Beschlussfassung sowohl im Hinblick auf die diesbezüglichen Festlegungen im GGP als auch auf Grundlage der Übersiedlung des ehemaligen Neurologischen Krankenhauses Maria Theresien-Schlössel auf den Standort des nunmehrigen OWS und des damit verbundenen Leistungsspektrums im Bereich der neuroradiologischen Diagnostik.

Einem Schreiben des Vorstandes des damaligen Röntgeninstituts an die Kollegiale Führung des OWS vom 26. Februar 2002 konnte dessen Einschätzung über die zu er-

wartenden jährlichen Untersuchungs- und Patientenfrequenzen entnommen werden, die bei mindestens 3.000 mittels MRT zu untersuchenden Patienten pro Jahr lag.

Ebenso wurden in dem gegenständlichen Schreiben die Gesamtkosten für die in den Jahren 2001 und 2002 vom OWS angeforderten Untersuchungen mittels MRT, die z.T. von anderen Krankenanstalten des KAV, aber auch in extramuralen Einrichtungen erbracht worden seien und rd. 400.000,-- EUR bzw. 470.000,-- EUR betragen hätten, dargestellt. Weiters wurde in dem Papier unter der Annahme einer gleich bleibenden Steigerung der Patientenfrequenz sowie gleich bleibender Kosten je Leistung eine Prognose der voraussichtlichen Kostenentwicklung in den Folgejahren bei weiterer Erbringung unbedingt notwendiger Leistungen mittels MRT außerhalb des OWS errechnet. Der so für das Jahr 2005 ermittelten Frequenz von zumindest rd. 1.500 Patienten, die mittels MRT untersucht werden müssten, standen errechnete Gesamtkosten für diese Leistungen von etwa 780.000,-- EUR gegenüber.

Vom Kontrollamt wurde dazu angemerkt, dass gemäß den Leistungszahlen der Abteilung Finanz des OWS im Jahr 2005 mit dem dort installierten MRT 2.005 Patienten untersucht worden waren, wobei lt. Einzelkostennachweis die Gesamtkosten für den Betrieb des MRT rd. 770.000,-- EUR betragen haben.

Als Übergangslösung im Zusammenhang mit dem Projekt "Diagnosezentrum im OWS" wurde das in Rede stehende MRT nicht angekauft, sondern der Anmietung in einem bereitzustellenden Container der Vorzug gegeben. Wie den dem Vergabeverfahren zu Grunde liegenden "besonderen Angebotsbestimmungen" zur Anmietung des MRT entnommen werden konnte, war die unkündbare Mietdauer mit fünf Jahren ab Aufnahme des - im Jahr 2005 erfolgten - regulären Patientenbetriebes festgelegt worden. Die Berechnung des Mietpreises sowie des Preises für den Vollservicevertrag war von den Anbietern so vorzunehmen, dass nach Darlegung der kalkulierten Investitionskosten für das MRT und den Container die ermittelten Gesamtkosten während der fünfjährigen Mietdauer auf insgesamt 12.000 zu untersuchende Patienten umzulegen waren, wobei eine quartalsweise Abrechnung im Nachhinein unter Zugrundelegung der tatsächlichen Patientenzahlen festgelegt wurde. Bei Abweichungen von diesen geplanten Patienten-

zahlen um mehr als insgesamt 1.000 Personen waren entsprechende Zu- bzw. Abschläge vorgesehen. So würde sich beispielsweise bei einer erreichten Patientenzahl von nur 11.000 Personen in den fünf Jahren der Preis für die Miete und das Vollservice um nahezu 11 % pro untersuchtem Patienten erhöhen, umgekehrt aber auch bei einer Patientenfrequenz von 16.000 Personen in den fünf Jahren um nahezu 30 % pro untersuchtem Patienten verringern. Dies bedeutet, dass eine höhere Auslastung des Gerätes für den KAV auf Grund geringerer Geräte- und Servicekosten pro untersuchtem Patienten wirtschaftlich von Vorteil wäre.

Wie die Einschau allerdings zeigte, war die Betriebszeit für das MRT im OWS grundsätzlich auf die Zeit von Montag bis Freitag von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr beschränkt und lag daher mit fünf Stunden täglich deutlich unter jener aller anderen Anstalten. Auf Grund von Servicearbeiten stand das Gerät im Jahr 2005 über den Zeitraum von insgesamt vier Tagen nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung.

4.2.5.2 Hinsichtlich der Personalausstattung für den Betrieb des MRT war festzustellen, dass der Geschäftsbereich Personal der Generaldirektion des KAV mit Schreiben vom 17. März 2003 den Bedarf von insgesamt sieben Dienstposten anerkannt hatte. Somit wurden für die Untersuchungen mittels MRT zusätzlich zwei Dienstposten für Ärzte sowie drei Dienstposten für RTA vom KAV genehmigt und vorläufig auf die Dauer von fünf Jahren im OWS systemisiert. Darüber hinaus wurden ein Kanzleidienstposten für eine medizinische Schreibkraft sowie ein Anstaltsgehilfendienstposten für einen Krankenträger im ZRI genehmigt, die nach einer anstaltsinternen Personalumschichtung ebenfalls im OWS systemisiert worden waren.

Die Regeldienstzeit der Ärzte im ZRI des OWS beschränkte sich vergleichbar mit dem DSP und dem KHR auf die Zeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr. Wie sich anhand einer stichprobenweisen Einschau in die Dienstpläne des ZRI zeigte, waren grundsätzlich ein Arzt und zwei RTA für Untersuchungen mittels MRT eingesetzt. Auf Grund der bereits zuvor angeführten Betriebszeiten, die mit der Regeldienstzeit der Ärzte zusammenfiel, erfolgten außerhalb des fünfständigen Routinebetriebes in der Regel keine Untersuchungen mittels MRT.

Der Institutsvorstand teilte dazu mit, dass Untersuchungen mittels MRT nach 13.00 Uhr auf Grund der bestehenden Personalausstattung im ZRI nicht möglich wären. Zudem hätte er bereits mehrmals schriftlich die Kollegiale Führung sowie die Abteilung Personal des OWS auf die seiner Ansicht nach nicht nur im ärztlichen Bereich herrschende prekäre Gesamtpersonalsituation im ZRI hingewiesen. So hätten in den vergangenen Jahren oftmals Ärztedienstposten über mehrere Monate nicht nachbesetzt werden können, da weder im KAV noch im Wiener Umfeld Interessenten für den Dienstposten eines Facharztes im ZRI des OWS gefunden werden konnten, was er u.a. auch auf die in dieser Anstalt nur in geringem Ausmaß erzielbaren Sonderklassehonorare zurückführe. Jede längere Dienstabwesenheit würde zu einer Reduktion der Leistungen des ZRI führen. In den Monaten April und Mai 2005 hätte auf Grund der vakanten Ärztedienstposten die Erbringung von Leistungen mittels MRT sogar limitiert werden müssen. Schließlich sei nach Ansicht des Institutsvorstandes mit der bestehenden ärztlichen Personalausstattung eine Ausweitung der derzeitigen Betriebszeiten des MRT nicht möglich.

4.2.5.3 Zur Organisation des Betriebsablaufes teilte der Vorstand des ZRI dem Kontrollamt gegenüber mit, dass für die zuweisenden medizinischen Fachabteilungen im Intranet des OWS jene medizinischen Fragestellungen abrufbar wären, für deren Klärung Untersuchungen mittels MRT angefordert werden könnten. Letztlich sei es aber im Einzelfall Aufgabe des Dienst habenden Radiologen, über die Zweckmäßigkeit einer derartigen Untersuchung zu entscheiden.

Grundsätzlich erfolgte die Terminvergabe für Untersuchungen mittels MRT telefonisch, wobei fixierte Termine im ZRI EDV-unterstützt erfasst wurden. Die durchgeführten Untersuchungen wurden nicht in dieser Form, sondern nur handschriftlich u.a. unter Angabe einer fortlaufenden Nummer und des Datums der Untersuchung dokumentiert, wobei diese Aufzeichnungen auch als Grundlage für die quartalsmäßige Abrechnung der Miete und des Vollservices dienten.

Weiters teilte der Vorstand des ZRI dem Kontrollamt mit, dass einzelne medizinische Fachabteilungen schon im ersten Jahr nach der Inbetriebnahme des gegenständlichen Gerätes mehr Leistungen mittels MRT angefordert hätten als er ursprünglich erwartet

habe. Dieser Umstand in Verbindung mit den kurzen Betriebszeiten führe nicht nur zu Wartezeiten für stationäre Patienten von sieben bis neun Tagen, sondern auch dazu, dass weiterhin solche Leistungen auch bei anderen Einrichtungen angefordert würden. Dazu erhob das Kontrollamt, dass für stationäre Patienten des OWS im Jahr 2005 acht derartige Leistungen in anderen Anstalten des KAV und mehr als 120 durch extramurale Einrichtungen erbracht wurden, was mit Ausgaben von rd. 31.000,-- EUR verbunden war. In den ersten fünf Monaten des Jahres 2006 wurden bereits deutlich über 100 Patienten des OWS im extramuralen Bereich mittels MRT untersucht, wodurch sich Ausgaben in der Höhe von mehr als 25.000,-- EUR zu Buche schlugen.

4.2.5.4 Laut den Aufzeichnungen der Abteilung Finanz des OWS wurden im Jahr 2005 mit dem MRT 2.005 Patienten untersucht, wobei der Anteil an ambulanten Patienten 40 Personen (d.s. 2 %) betrug.

4.2.5.5 Da - so wie im KHR - eine EDV-unterstützte Dokumentation der Quittierungszeiten auch für den Betrieb des MRT im ZRI des OWS nicht erfolgte, konnte im Rahmen der vorgenommenen Stichprobe eine Auswertung der täglichen Beginn- und Endzeiten von Untersuchungen nicht vorgenommen werden. Das Kontrollamt hat daher als Grundlage für seine Stichprobe die vom ZRI handschriftlich geführten und tageweise erstellten Aufzeichnungen über die Patientenfrequenz herangezogen.

Wie die Auswertung ergab, waren in den sechs hierfür herangezogenen Wochen des Jahres 2005 insgesamt 224 Patienten untersucht worden. Deren tägliche Zahl lag zwischen vier und zehn Patienten, was einem Durchschnitt von acht untersuchten Patienten pro Tag bedeutete.

Auf Grundlage der festgelegten Betriebszeit im Ausmaß von fünf Stunden an fünf Tagen in der Woche und der durchschnittlichen Anzahl der Patienten pro Betriebstag errechnete das Kontrollamt eine durchschnittliche Untersuchungsdauer von 37 Minuten je Patient. Diese errechnete durchschnittliche Untersuchungszeit war nach Ansicht des Kontrollamtes einerseits auf längere Untersuchungszeiten bei der Abklärung von neurologischen Fragestellungen, andererseits aber auch auf die bereits angeführten Eng-



pässe bei den Personalressourcen im ZRI sowie möglicherweise auf Stehzeiten durch Verzögerungen beim Antransport von Patienten zurückzuführen.

4.2.6 Im ZRI des WIL wird seit dem Jahr 1992 ein MRT mit einer Feldstärke von 1,0 Tesla betrieben. Im Betrachtungszeitraum war bis zum Jahr 2004 der Routinebetrieb für dieses Gerät von Montag bis Freitag von 7.30 Uhr bis 18.30 Uhr festgelegt gewesen, danach war er bis 19.00 Uhr ausgedehnt worden. Für akut zu untersuchende Patienten stand das Gerät rund um die Uhr zur Verfügung. Zur Abwicklung notwendiger Service- und Wartungsarbeiten konnten im Jahr 2001 an drei Tagen, in den übrigen Jahren bis auf das Jahr 2005 jeweils nur an einem Tag keine Patienten untersucht werden. Lediglich im letztgenannten Jahr lagen die Stehzeiten des MRT infolge einer vorgenommenen Geräteaufrüstung bei elf Tagen.

4.2.6.1 Die Sicherstellung des für den Betrieb des MRT notwendigen ärztlichen Personals erfolgte am ehesten in vergleichbarer Weise wie im DSP. Der für die Untersuchungen mittels MRT hauptverantwortliche Oberarzt wurde in der Regel im Tagdienst eingesetzt, wobei er grundsätzlich von 7.30 Uhr bis 14.00 Uhr Dienst versah. An einem oder zwei Arbeitstagen in der Woche war seine Dienstzeit von 7.30 Uhr bis 19.00 Uhr vorgesehen. Die Regeldienstzeit der übrigen Ärzte war grundsätzlich auf die Zeit von 8.00 Uhr bis 13.00 Uhr beschränkt, wobei in dieser Zeit üblicherweise - neben dem bereits erwähnten Oberarzt - zwei weitere Ärzte für Untersuchungen mittels MRT Dienst eingeteilt wurden. Danach war - so wie auch für Zeiten außerhalb des Routinebetriebes - ein Arzt aus der jeweils eingeteilten Dienstmannschaft für die Nacht bzw. das Wochenende und die Feiertage für die Untersuchungen von Patienten mittels MRT zuständig.

Im Gegensatz zu den ZRI in den anderen angeführten Anstalten war die den übrigen RTA vorgesetzte Stationsassistentin in der Regel voll in den Dienstbetrieb am MRT eingebunden, wobei ihre Dienstzeit für Montag bis Freitag von 7.00 Uhr bis 14.00 Uhr bzw. 15.00 Uhr festgelegt war. Darüber hinaus standen zwei weitere RTA an den genannten Tagen ab 7.30 Uhr für Untersuchungen am MRT zur Verfügung, an den Nachmittagen reduzierte sich deren Präsenz mit Ausnahme eines Tages in der Woche auf eine RTA, die bis 19.00 Uhr Dienst eingeteilt war.

4.2.6.2 Die Organisation des Betriebsablaufes stellte sich so dar, dass die Vormerkung von zu untersuchenden stationären Patienten im Rahmen des Routinebetriebes telefonisch durch alle RTA in Absprache mit der Stationsassistentin und dem Oberarzt erfolgen konnte. Mit den zuweisenden Stationen und Ambulanzen vereinbarte Untersuchungen von Patienten mittels MRT wurden in einer fortlaufend geführten Liste eingetragen, wobei die Untersuchungstermine für diese Patienten von den für das MRT zuständigen Mitarbeitern EDV-unterstützt festgelegt wurden. Dabei wurde jeweils sowohl auf den Zeitpunkt der Zuweisung als auch auf die medizinische Dringlichkeit der Untersuchung Bedacht genommen.

Darüber hinaus waren monatlich gleich bleibende Fixzeiten sowohl für die Untersuchungen von ambulanten Patienten, aber auch für die Abklärung bestimmter medizinischer Fragestellungen, die mit einem höheren Aufwand verbunden sind - wie z.B. Untersuchungen von Kindern unter Narkose - vorgesehen. Schließlich war aber auch gewährleistet, dass akut zu untersuchende Patienten nach Rücksprache mit dem Dienst habenden Oberarzt jederzeit mittels MRT untersucht werden konnten.

Während die stationären Patienten in der Regel innerhalb von wenigen Tagen untersucht wurden, konnten die Wartezeiten für nicht durch die Anstalt zugewiesene Patienten bis zu zwei Monate betragen.

4.2.6.3 Anhand der vom WIL erstellten Aufzeichnungen über die Patientenfrequenzen zeigte sich, dass im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 p.a. zwischen 4.335 und 4.777 Patienten mittels MRT untersucht worden waren. Der Anteil an ambulanten Patienten entwickelte sich im Betrachtungszeitraum - mit Ausnahme des Jahres 2004 - von 1.983 auf 1.352 konstant rückläufig. Die für das Jahr 2005 ebenfalls erstellte und nach den zuweisenden medizinischen Fachabteilungen und Ambulanzen gegliederte Auswertung der Patientenfrequenzen ließ zudem erkennen, dass der Anteil von durch niedergelassene Ärzte zugewiesenen Patienten bei nahezu 4 % sowie die Zuweisungen durch städtische und nichtstädtische Krankenanstalten bei etwa 0,5 % der Gesamtfrequenz lag. Im Betrachtungszeitraum waren durchschnittlich rd. 4.620 Patienten pro Jahr untersucht worden, wobei hievon durchschnittlich etwa 1.800 Patienten pro Jahr (d.s.

rd. 39 %) von den Ambulanzen des WIL, städtischen und nichtstädtischen Krankenanstalten und durch niedergelassene Ärzte zugewiesen worden waren.

4.2.6.4 Anhand der vom Kontrollamt vorgenommenen Stichprobe zeigte sich, dass in den sechs betrachteten Wochen des Jahres 2005 insgesamt 511 Patienten während des Routinebetriebes sowie vier weitere Personen außerhalb dieser Zeiten mittels MRT untersucht worden sind. Die tägliche Zahl der im Routinebetrieb Untersuchten lag zwischen 14 und 22 Patienten, was eine Patientenfrequenz von rd. 18 Patienten pro Tag ergab.

Wie die Prüfung weiters zeigte, begannen im Durchschnitt die Untersuchungen mittels MRT um 7.35 Uhr, wobei in der Früh ausnahmsweise einmal bereits um 7.05 Uhr und ebenfalls einmal erst um 8.51 Uhr mit den Untersuchungen begonnen worden war. Im Routinebetrieb erfolgte Untersuchungen waren frühestens um 17.00 Uhr und spätestens um 19.22 Uhr abgeschlossen worden, was im Durchschnitt ein Ende des Routinebetriebes mittels MRT um 18.29 Uhr bedeutete, womit das Gerät durchschnittlich tatsächlich nahezu elf Stunden betrieben wurde. Damit lag die durchschnittliche Betriebszeit nur etwas mehr als eine halbe Stunde unter der festgelegten Dauer des Routinebetriebes von täglich (Montag bis Freitag) 11,5 Stunden, was bedeutete, dass diese deutlich angepasster als in den anderen untersuchten Anstalten war.

Basierend auf der erhobenen durchschnittlichen Betriebszeit und der durchschnittlichen Anzahl der untersuchten Patienten pro Betriebstag errechnete das Kontrollamt eine durchschnittliche Untersuchungsdauer von 35 Minuten je Patient, womit sie geringfügig über dem unter Pkt. 1.1 dieses Berichtes angeführten Richtwert von zu veranschlagenden rd. 30 Minuten Untersuchungsdauer lag. Diese Überschreitung war nach Ansicht des Kontrollamtes in der gegenständlichen Anstalt darauf zurückzuführen, dass zum Teil aufwändigere Untersuchungen - wie etwa regelmäßig solche von Kindern unter Narkose - durchgeführt wurden, für die sich naturgemäß ein höherer Zeitaufwand pro Patient zu Buche schlägt.

#### 4.3 Untersuchungen mittels MRT in Anstalten der TU 1 ohne eigenem Gerät

Um sich einen Überblick über das Gesamtausmaß an benötigten Untersuchungen von

stationär aufgenommenen Patienten mittels MRT zu verschaffen, erhob das Kontrollamt in einem weiteren Prüfungsschritt für das Jahr 2005 auch in jenen in Wien befindlichen Krankenanstalten und SMZ der TU 1, die über kein eigenes MRT verfügten, die Anzahl der von ihnen angeforderten diesbezüglichen Leistungen. Die gegenständlichen Erhebungen des Kontrollamtes umfassten somit das Krankenhaus Floridsdorf, das Kaiserin-Elisabeth-Spital, das Orthopädische Krankenhaus Gersthof sowie das SMZ Sophienspital.

4.3.1 Anhand der von den jeweiligen Abteilungen für Finanz übermittelten Daten war festzustellen, dass im Jahr 2005 insgesamt etwa 670 stationäre Patienten der zuvor genannten Anstalten eine Untersuchung mittels MRT benötigt hatten. Von diesen waren rd. 94 % im extramuralen Bereich durchgeführt worden, wodurch Ausgaben in der Höhe von insgesamt etwa 180.000,-- EUR entstanden sind. Jeweils rd. 3 % der übrigen durchgeführten Untersuchungen erfolgten in städtischen und in nichtstädtischen Krankenanstalten, was bei den letztgenannten Anstalten zu weiteren Ausgaben in der Höhe von rd. 20.000,-- EUR führte.

4.3.2 Der hohe Anteil an Untersuchungen von stationären Patienten im extramuralen Bereich wurde von den vom Kontrollamt befragten ärztlichen Direktoren damit begründet, dass sich Vereinbarungen zeitnaher Untersuchungstermine mit jenen städtischen Krankenanstalten, die über ein MRT verfügten, als schwierig erwiesen hätten.

4.3.3 Auf Grund der gegenständlichen Einschau wurden noch vor deren Abschluss von der Abteilung Leistungsentwicklung der TU 1 mit Schreiben vom 26. Juni 2006 sämtliche Kollegiale Führungen der TU 1 sowie der Teilunternehmensdirektor des AKH darüber informiert, dass Untersuchungen von Patienten mittels MRT im Rahmen eines stationären Aufenthaltes von jenen Krankenanstalten des KAV durchzuführen seien, die über ein derartiges Gerät verfügen. Darüber hinaus wurde in dem betreffenden Schreiben festgehalten, dass die Auslagerung dieser Untersuchungsdiagnostik in den extramuralen Bereich seitens des KAV nicht befürwortet werde und zwischen den Krankenanstalten mit und ohne MRT Übereinkommen zwecks Vorgangsweise benötigter Untersuchungstermine zu treffen seien.

#### 4.4 Feststellungen des Kontrollamtes

4.4.1 Insgesamt waren vom Kontrollamt die Betriebszeiten der MRT im Routinebetrieb - mit Ausnahme jener des OWS - zu würdigen, da diese grundsätzlich eine hohe Auslastung der Geräte ermöglichten. Wie sich bei der Einschau in den Anstalten der TU 1 (ohne OWS) zeigte, lag auch die durchschnittliche Patientenfrequenz bezüglich der MRT im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 auf hohem Niveau.

Anhand der vom Kontrollamt vorgenommenen Stichproben war allerdings festzustellen, dass die Betriebszeiten im Routinebetrieb von jenen Zeiten, in denen Patienten tatsächlich untersucht wurden, um bis zu etwa 10 % abweichen. Es könnte daher möglicherweise bei einer Annäherung der Untersuchungs- an die Betriebszeiten in einer Reihe von Anstalten noch eine geringfügige Steigerung der Patientenfrequenz erreicht werden.

Da allerdings auch nicht auszuschließen ist, dass in dem einen oder anderen Fall die Betriebszeiten im Routinebetrieb mit der vorgehaltenen personellen Ausstattung nicht im Einklang stehen, empfahl das Kontrollamt dem KAV, diese näher zu untersuchen und im Bedarfsfall zu optimieren.

Zur Thematik der "Betriebszeiten/Öffnungszeiten" der MRT ist zu sagen, dass die Inanspruchnahme dieser Geräte für Untersuchungen im Notfall selbstverständlich jederzeit möglich ist. Für den Routinebetrieb gilt, dass in einzelnen Fällen Vor- und Nachrüstzeiten in die "Betriebszeiten" mit eingerechnet wurden, obwohl hier kein routinemäßiger Patientenverkehr mehr stattfindet. Die Definition von "Betriebszeiten/Öffnungszeiten" für den Routinebetrieb wird abgeglichen und dem tatsächlichen Betrieb angepasst.

4.4.2 Bezüglich des im Jahr 2005 in Betrieb gegangenen MRT im OWS erschien die Auslastung kritikwürdig, wobei nach Ansicht des Kontrollamtes bereits bei der Anschaffung dieses Gerätes von geplanten Auslastungszahlen ausgegangen worden war, die deutlich unter den diesbezüglichen Werten von bereits länger in Betrieb stehenden

Geräten anderer Spitäler des KAV lagen. In Anbetracht des Umstandes, dass bei der bestehenden Mietvereinbarung für das gegenständliche Gerät eine Steigerung der Auslastung eine entsprechende Verringerung des vereinbarten Miet- und Servicepreises je untersuchtem Patienten erwirken würde, wurde dem KAV empfohlen, umgehend danach zu trachten, durch geeignete Maßnahmen die Auslastung dieses Gerätes deutlich zu erhöhen.

Der geplante Einschichtbetrieb des MRT im OWS ging in der Frequenzschätzung von etwa 2000 bis 2500 Untersuchungen pro Jahr aus. Im Jahr 2005 wurden bereits 2005 Patienten und bis Ende November des Jahres 2006 1.918 Patienten untersucht. Durch fachliche Verstärkung im ärztlichen Bereich ist eine weitere Frequenzsteigerung im Jahr 2007 zu erwarten. Dies entspricht auch den Zielen, die mit der bestehenden Mietvereinbarung verbunden waren. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass mit einer Frequenzsteigerung zwar eine Verringerung des Miet- und Servicepreises einhergeht, der Kostensteigerungen im Bereich der Personal- und Fixkosten gegenüberstehen.

4.4.3 Im KFJ, im KHR und im WIL handelte es sich bei den für Untersuchungen mittels MRT zugewiesenen Patienten in einem beachtlichen Ausmaß um ambulante Fälle aus den anstaltseigenen Ambulanzen, während im DSP, in der KAR oder im OWS die mittels MRT erbrachten Leistungen überwiegend für stationäre Patienten erbracht wurden. Vom Kontrollamt wurde in diesem Zusammenhang eingeräumt, dass durch immer wieder auftretende Probleme beim zeitgerechten Antransport von stationären Patienten in den Anstalten mit Pavillonbauweise die Sicherstellung einer hohen Auslastung der MRT ohne eine entsprechende Zahl von Untersuchungen an ambulanten Patienten schwierig zu sein scheint. Durch die Deckelung des finanziellen Beitrages der Krankenkassen für die ambulant erbrachten Leistungen der Krankenanstalten war diese Vorgangsweise für den KAV aus betriebswirtschaftlicher Sicht als problematisch zu erachten. In Anbetracht der bestehenden Versorgungsstruktur mit MRT im extramuralen Bereich sollten daher künftig derartige Untersuchungen von ambulanten Patienten in den städtischen Krankenanstalten nicht die Regel sein.

Es wurde daher der Generaldirektion des KAV empfohlen, die Ursachen für das oben beschriebene Phänomen im Hinblick auf die diesbezüglichen anstaltsweisen Gepflogenheiten einer kritischen Betrachtung zu unterziehen, wobei überlegenswert erschiene, danach eine möglichst homogene Vorgangsweise innerhalb dieser Unternehmung sicherzustellen.

In diesem Zusammenhang wurde auch empfohlen, verstärkt darauf zu achten, dass durch entsprechende Kooperationen zwischen den Einrichtungen des KAV künftig die Durchführung von Untersuchungen mittels MRT für stationäre Patienten im Weg externer Einrichtungen aus Kostengründen vermieden wird.

Die vom Kontrollamt angemerkten Frequenzen ambulanter Patienten sind in den genannten Krankenanstalten insbesondere auf deren onkologische Schwerpunktsetzung zurückzuführen. Zur laufenden Therapieeinschätzung werden Verlaufskontrollen durch Untersuchungen mittels MRT benötigt. Die Meinung des Kontrollamtes deckt sich aber grundsätzlich mit jener des KAV, wonach ambulante Patienten vorzugsweise im extramuralen Bereich untersucht werden sollten.

Die Unterlassung der Durchführung von Untersuchungen mittels MRT für stationäre Patienten in externen Einrichtungen wurde mit Schreiben der Direktion der TU 1 vom 26. Juni 2006 bereits in Erinnerung gebracht.

4.4.4 Schließlich vermisste das Kontrollamt bzgl. der - über den Zeitraum von fünf Jahren nicht kündbaren - Anmietung eines MRT für das OWS gesamtheitliche Überlegungen der GGK zum Bedarf an MRT in der TU 1, wobei in diese Betrachtungen insbesondere auch diesbezügliche Planungen für den nur rd. 2 km entfernt befindlichen Gerätestandort im WIL einzubeziehen gewesen wären. In diesem Zusammenhang vertrat das Kontrollamt die Ansicht, dass künftig durch das ZRI im WIL nach Installierung eines vorgesehenen zweiten MRT bei entsprechend ausgedehnten Betriebszeiten und weiterer

Reduktion der Untersuchungen von ambulanten Patienten nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung mit dem OWS der Bedarf an den diesbezüglichen Leistungen für stationäre Patienten dieser Anstalt möglicherweise auch abgedeckt werden könnte. Wie dazu in Pkt. 3.2.2 bereits erwähnt wurde und im Pkt. 7.2 noch näher ausgeführt wird, war zum Zeitpunkt der Einschau die Anschaffung des im WKAP 2006 vorgesehenen zweiten Gerätes für das WIL bereits im Gange.

Zum Zeitpunkt der Anschaffung des MRT im OWS stand im WIL lediglich ein MRT in Betrieb, das besonders stark ausgelastet war. Im Zusammenhang mit der befristeten Laufzeit des Mietvertrages für das MRT im OWS sind hausübergreifende Kooperationen im Zusammenhang mit dem Ausbau des diesbezüglichen Leistungsangebotes im WIL angedacht.

## 5. MRT im AKH

### 5.1 Anzahl sowie Neuanschaffungen

Die Situation im AKH stellte sich zum Stichtag 1. Jänner 2006 bzgl. der Ausstattung mit MRT wie folgt dar:

Universitätsklinik	Anzahl MRT per 01.01.2006	Jahr der Anschaffung	Feldstärke
Universitätsklinik für Radiodiagnostik	2	1995	1,0 Tesla
	1	1996	1,5 Tesla
	1	2000	1,5 Tesla
	1	2005	1,5 Tesla
Universitätsklinik für Strahlentherapie und Strahlenbiologie	1	1998	0,2 Tesla

Zusätzlich stand der Universitätsklinik für Radiodiagnostik seit dem Jahr 1996 ein weiteres MRT mit einer Feldstärke von 3,0 Tesla zur Verfügung, das allerdings nicht für die Patientenversorgung, sondern ausschließlich für Forschungszwecke angeschafft und im Betrachtungszeitraum grundsätzlich auch so verwendet worden war.

Gemäß dem ÖKAP/GGP 2001 sowie dem WKAP 2003 lag die Höchstzahl der MRT für die Patientenversorgung in der gegenständlichen Anstalt bei fünf Geräten. Diese wurde



im WKAP 2006 auf sechs erhöht, was - unter Außerachtlassung des "Forschungsgerätes" - dem Ist-Stand zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes entsprach.

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass zwei der sechs vom AKH für die Patientenversorgung eingesetzten MRT bereits vor mehr als zehn Jahren angeschafft worden sind, wobei diese MRT entsprechend dem damaligen Stand der Technik über eine Feldstärke von lediglich 1,0 Tesla verfügen. Weiters ist zu ersehen, dass in den Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 die Beschaffung eines MRT für die Universitätsklinik für Radiodiagnostik fiel.

## 5.2 Einsatz und Auslastung

Ebenso wie in der TU 1 erhob das Kontrollamt mittels des bereits unter Pkt. 4.2 beschriebenen Datenblattes in einem ersten Schritt geräte- und betriebsrelevante Daten zu den einzelnen MRT des AKH. Aufbauend auf diesen von der Direktion der gegenständlichen Teilunternehmung übermittelten Datengrundlagen wurden danach unmittelbar in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik weitere Erhebungen vorgenommen. Dabei wurden sowohl der Klinikvorstand als auch die Leiter der dieser Klinik zugeordneten klinischen Fachabteilungen sowie die leitenden RTA befragt sowie auch in vorgelegte Aufzeichnungen zum Einsatz der MRT Einsicht genommen. Zur Erhebung der durchschnittlichen Zahl der Patienten, die im Rahmen des so genannten Routinebetriebes untersucht wurden sowie zur Feststellung des damit verbundenen durchschnittlichen Zeitaufwandes und der tatsächlichen Dauer des Routinebetriebes legte das Kontrollamt in derselben Form wie in den Anstalten der TU 1 einen Stichproben-Zeitraum von sechs Wochen zu Grunde.

5.2.1 Die Universitätsklinik für Strahlentherapie und Strahlenbiologie verfügt seit dem Jahr 1998 über ein gemeinsam mit der Universitätsklinik für Radiodiagnostik betriebenes MRT mit einer Feldstärke von 0,2 Tesla. Bei diesem Gerät handelt es sich nach Auskunft des Vorstandes der gegenständlichen Klinischen Abteilung um das einzige so genannte offene MRT im KAV, wobei dieses Gerät grundsätzlich nicht für die Diagnostik sondern zur Durchführung medizinischer Eingriffe genutzt werde. Wie das Kontrollamt weiters erhob, würden derartige Eingriffe oft mehrere Stunden andauern, wodurch bei

einer Betriebszeit von Montag bis Freitag von 7.30 Uhr bis 16.00 Uhr die Patientenfrequenz bei diesem Gerät im Betrachtungszeitraum jährlich immer unter 1.000 Personen lag.

Somit war festzustellen, dass das gegenständliche Gerät weder in Bezug auf dessen Einsatz noch hinsichtlich der Patientenfrequenz mit anderen im KAV verwendeten MRT vergleichbar war. Dem Kontrollamt erschien es grundsätzlich zweckmäßig und wirtschaftlich, ein solches spezielles Gerät im AKH vorzuhalten.

5.2.2 Da ein weiteres, in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik auf der Klinischen Abteilung für Angiografie und Interventionelle Radiologie eingesetztes MRT erst gegen Ende des Jahres 2005 in Betrieb genommen worden war, konnte auch dieses Gerät nicht in die Betrachtungen des Kontrollamtes über die Auslastung der MRT im AKH einbezogen werden, wobei auf die Grundlagen für die Beschaffung des gegenständlichen Gerätes noch in Pkt. 5.3 näher eingegangen wird.

Somit erfolgte die Überprüfung der Auslastung in Bezug auf die übrigen vier grundsätzlich während des gesamten Betrachtungszeitraumes von der Universitätsklinik für Radiodiagnostik betriebenen MRT. Eines dieser Geräte war für Untersuchungen von Patienten der Klinischen Abteilung für Neuroradiologie vorgesehen, während die anderen jeweils von zwei bzw. drei Klinischen Abteilungen der Universitätsklinik für Radiodiagnostik gemeinsam genutzt wurden. Hierbei handelte es sich neben den beiden bereits genannten Klinischen Abteilungen um die Klinische Abteilung für Radiodiagnostik chirurgischer Fächer, die Klinische Abteilung für Radiodiagnostik konservativer Fächer und die Klinische Abteilung für Osteologie. Die gemeinsame Nutzung von MRT erfolgte in der Form, dass den angeführten Klinischen Abteilungen bestimmte festgelegte Zeitfenster im Ausmaß von jeweils sechs Stunden für die Untersuchungen ihrer Patienten mittels MRT zur Verfügung standen.

Der Routinebetrieb war für alle diese Geräte von Montag bis Freitag für die Zeit von 7.00 Uhr bis 19.00 Uhr vorgesehen, eines dieser MRT wurde auch für akut anfallende Untersuchungen rund um die Uhr eingesetzt. Auf Grund von Service-, Wartungs- und

Reparaturarbeiten, aber auch aus betriebsinternen Gründen wurden die Geräte im AKH z.T. deutlich länger als die MRT in den Anstalten der TU 1 nicht für die Patientenversorgung genutzt. So war z.B. ein MRT im Jahr 2001 insgesamt zehn Tage, im Jahr 2002 14 Tage, im Jahr 2003 11,5 Tage, im Jahr 2004 16 Tage sowie ein Jahr danach mehr als acht Tage nicht in Betrieb. Bemerkenswert erschien, dass seit dem Jahr 2003 für die Geräte einer bestimmten Herstellerfirma acht Servicetage fix einzuplanen waren. Darüber hinaus führten lt. den dem Kontrollamt von der genannten Universitätsklinik zur Verfügung gestellten Aufzeichnungen zeitweise lange Wartezeiten auf vorzunehmende Gerätereparaturen, aber auch nicht gerätebezogene Stehzeiten zu der genannten hohen Anzahl an Sperrtagen.

5.2.3 Hinsichtlich des Personaleinsatzes der Ärzte in der genannten Universitätsklinik, die in einem Dienstverhältnis zum Bund und nicht zur Stadt Wien stehen, war festzustellen, dass zur Sicherstellung des Betriebes der MRT in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik grundsätzlich Regeldienstzeiten für Ärzte von 7.00 Uhr bis 15.00 Uhr und von 11.00 Uhr bis 19.00 Uhr vorgesehen waren. Die Beistellung des ärztlichen Personals für die Zeitfenster, in den ihnen jeweils der Betrieb des MRT oblag, war Aufgabe der jeweiligen Klinischen Abteilung. Der Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienst wurde in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik gemeinsam von allen Klinischen Abteilungen sichergestellt, wobei der für diese Dienste jeweils eingeteilten Ärztedienstmannschaft außerhalb des Routinebetriebes auch Untersuchungen mit dem rund um die Uhr bereitgehaltenen MRT oblagen.

Die RTA wurden für den Routinebetrieb der MRT im Gegensatz zu den Ärzten grundsätzlich nicht fachbereichsbezogen, sondern in der Regel gerätebezogen in der Weise eingesetzt, dass jeweils eine Dienstmannschaft bestehend aus zumindest zwei RTA für den Betrieb eines MRT zuständig war. Zur Sicherstellung des Routinebetriebes waren für jeweils ein MRT auf Basis Vollzeitäquivalent zumindest 4,5 RTA vorgesehen. Die Beginnzeiten in der Früh waren für die zum Dienst am MRT eingeteilten RTA für 6.30 Uhr festgelegt worden, um zu gewährleisten, dass mit dem Dienstbeginn der Ärzte um 7.00 Uhr der Routinebetrieb aufgenommen werden kann.

5.2.4 Wie das Kontrollamt vom Vorstand der Universitätsklinik für Radiodiagnostik sowie den Leitern der betreffenden Klinischen Abteilungen in Erfahrung brachte, wurden die Zuweisungen für Untersuchungen mittels MRT von stationären und ambulanten Patienten aus anderen Kliniken des AKH, aber auch jene von externen Einrichtungen grundsätzlich telefonisch an Ort und Stelle von einem am jeweiligen MRT tätigen Mitarbeiter entgegengenommen. Für stationäre Patienten des diesbezüglich vom AKH mitbetreuten St. Anna Kinderspitals waren gleich bleibende Fixzeiten für die Vornahme von Untersuchungen mittels MRT vorgesehen. Ein EDV-unterstützter Terminkalender war nur bei einem Teil der Geräte im Einsatz, wodurch ein Gesamtüberblick über die tatsächliche Nutzung sämtlicher in der gegenständlichen Klinik eingesetzter MRT nicht vorhanden war.

Innerhalb des AKH erfolgten die Zuweisungen mit standardisierten Formularen, wobei die Letztentscheidung über die zu bevorzugende radiodiagnostische Untersuchungsmethode den Fachärzten in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik oblag. Auf Grund ihres Krankheitsbildes dringend mittels MRT zu untersuchende Patienten wurden auf sogenannten Akutlisten vorgemerkt, wobei diese grundsätzlich innerhalb von 24 Stunden abzuarbeiten waren. Die Erhebungen ergaben weiters, dass insbesondere für Patienten der Klinischen Abteilung für Neuroradiologie im Betrachtungszeitraum die Wartezeiten auf eine Untersuchung mittels MRT von drei Tagen im Jahr 2001 auf bis zu 14 Tage im Jahr 2005 angestiegen waren, was der Leiter der gegenständlichen Klinischen Abteilung auf einen zunehmenden Mangel an ihm zur Verfügung stehenden Fachärzten mit neuroradiologischer Ausbildung zurückführte. In den anderen Klinischen Abteilungen waren die Wartezeiten für Untersuchungen mittels MRT ebenfalls - jedoch nicht so deutlich - angestiegen und lagen im Jahr 2005 bei maximal zehn Tagen. Von allen Leitern der Klinischen Abteilungen wurde auch darauf verwiesen, dass stationären vor ambulanten Patienten der Vorzug gegeben werde.

5.2.5 Anhand der vom AKH erstellten Aufzeichnungen über die Patientenfrequenzen zeigte sich, dass im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 p.a. insgesamt zwischen rd. 9.500 und rd. 13.000 Patienten mittels MRT untersucht worden waren. So wie der Gesamtanteil an untersuchten stationären Patienten stieg auch jener der ambulan-

ten Patienten in diesem Zeitraum von etwa 5.400 auf rd. 6.450 Personen konstant an. Im Betrachtungszeitraum waren im Jahresdurchschnitt je MRT rd. 2.800 Patienten pro Jahr untersucht worden, wobei hievon durchschnittlich etwa 1.500 Patienten pro Jahr (d.s. rd. 54 %) von den Ambulanzen des AKH, städtischen und nichtstädtischen Krankenanstalten und durch niedergelassene Ärzte zugewiesen worden waren.

Der hohe Anteil an ambulanten Patienten wurde vom Klinikvorstand und den Leitern der Klinischen Abteilungen mit den im AKH vorgehaltenen Spezialuntersuchungen, die in der Regel von anderen Einrichtungen nicht angeboten werden sowie mit der Notwendigkeit, vielfach vor einer stationären Aufnahme einen noch ambulanten Patienten bereits mittels MRT zu untersuchen, begründet. Weiters würde eine nicht unerhebliche Zahl von ehemaligen stationären Patienten zu Kontroll- bzw. Folgeuntersuchungen zugewiesen werden. Zuweisungen aus dem extramuralen Bereich würden grundsätzlich restriktiv, unter Hinweis auf eine lange Wartezeit für einen Untersuchungstermin, behandelt werden.

5.2.6 Während für drei der vier im Rahmen der Stichprobe betrachteten Geräte das Kontrollamt eine Auswertung der Zahl der täglich untersuchten Patienten über den Zeitraum von sechs Wochen vornehmen konnte, musste es sich bei einem Gerät auf den Zeitraum von fünf Wochen beschränken, da dieses MRT in der ersten Dezemberhälfte des Jahres 2005 infolge eines erlittenen Totalschadens ausgefallen war und anschließend vom AKH ausgeschieden werden musste.

Mit den vier in die Stichprobe einbezogenen Geräten waren im hiefür herangezogenen Zeitraum während des Routinebetriebes insgesamt 1.119 Patienten untersucht worden. Deren tägliche Zahl lag zwischen vier und 16 Patienten, was eine durchschnittliche Patientenfrequenz von weniger als elf Personen täglich ergab.

Weiters zeigte die Prüfung, dass bei drei der vier Geräte der Routinebetrieb im Durchschnitt zwischen 7.21 Uhr und 7.45 Uhr aufgenommen wurde, während bei jenem MRT, das auch über den Zeitraum von 24 Stunden für Untersuchungen eingesetzt wurde, die Aufnahme des Routinebetriebes im Schnitt erst um 8.09 Uhr erfolgte.

Bezüglich dem Ende der Betriebszeit stellte sich die Situation so dar, dass bei zwei Geräten im Durchschnitt die routinemäßig durchgeführten Untersuchungen der Patienten um 18.00 Uhr bzw. 18.25 Uhr endeten, während die übrigen beiden Geräte durchschnittlich nur bis 16.42 Uhr bzw. 17.07 Uhr genutzt worden waren.

Die Stichprobe ergab weiters, dass die durchschnittliche Betriebszeit jener drei Geräte, die täglich zwölf Stunden eingesetzt werden sollten, zwischen mehr als neun und etwas mehr als zehn Stunden lag. Das vierte, für den Rund-um-die-Uhr-Betrieb vorgehaltene Gerät wurde routinemäßig geringfügig länger als zehn Stunden genutzt; darüber hinaus waren in dem für die Stichprobe herangezogenen Zeitraum von sechs Kalenderwochen zusätzlich 20 Patienten in der Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen untersucht worden.

Die doch deutlichen Abweichungen der tatsächlichen Zeiten, in denen Patienten mittels MRT untersucht worden waren, zu den in der angeführten Universitätsklinik vorgegebenen Zeiten des Routinebetriebes waren nach Ansicht des Kontrollamtes einerseits darin begründet, dass immer wieder in der Früh später als vorgesehen die ersten Untersuchungen an Patienten erfolgten, andererseits der Betrieb zweier MRT an einer Reihe von Tagen aus unterschiedlichen Gründen etwa bereits am frühen Nachmittag endete, wobei diesbezüglich auch eine gewisse Häufung an Freitagen auffiel.

Die errechneten Untersuchungszeiten lagen bei den vier in die Stichprobe einbezogenen Geräten zwischen 53 Minuten und 58 Minuten je Patient, womit sie deutlich über den Zeiten in den Anstalten der TU 1 lagen, was auf mehrere Faktoren zurückzuführen war. Zum einen erscheint dem Kontrollamt unbestreitbar, dass in der gegenständlichen Universitätsklinik in einem höheren Ausmaß als in den ZRI der übrigen Spitäler des KAV Patienten mit sehr komplexen Krankheitsbildern und dem damit verbundenen Zeitaufwand untersucht werden. Ebenso darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die mit der Lehre und Forschung verbundenen Aufgaben sich ebenfalls dämpfend auf den routinemäßigen Patientendurchsatz auswirkten. Ungeachtet dessen waren die errechneten, lang erscheinenden Durchschnittszeiten für Untersuchungen mittels MRT aber auch auf immer wieder aufgetretene und dokumentierte Stehzeiten der Geräte während des Routinebetriebes zurückzuführen. Diese traten bisweilen deswegen auf, weil für

bestimmte Geräte über gewisse Zeiträume keine Patienten für Untersuchungen vorge-merkt waren. Zum Teil lagen sie aber auch darin begründet, dass vorgemerkte Patienten nicht erschienen waren oder infolge unterschiedlicher Ursachen nicht untersucht werden konnten, wobei aus organisatorischen Gründen in derartigen Fällen vielfach keine anderen Patienten ersatzweise kurzfristig für eine Untersuchung mittels MRT zur Verfügung standen.

### 5.3 Grundlagen für die Beschaffung eines MRT im Jahr 2005

Im Zusammenhang mit der Frage 7 des gegenständlichen Prüfersuchens zu Neuanschaffungen des KAV in den letzten fünf Jahren hat sich das Kontrollamt mit der Anschaffung des einzigen in diesem Zeitraum im AKH neu installierten MRT auseinandergesetzt.

5.3.1 Im Jänner 2004 richtete der Direktor der Teilunternehmung AKH an den damaligen Bereichsleiter für Sozial- und Gesundheitsplanung sowie Finanzmanagement ein Schreiben, in dem er um Änderung des GGP ersuchte, weil das AKH auf der Universitätsklinik für Radiodiagnostik, Klinische Abteilung für Angiografie und Interventionelle Radiologie eine bestehende Angiografieanlage durch ein MRT ersetzen wolle. Diese Zielsetzung begründete er damit, dass einerseits die erstgenannte Anlage auf Grund ihres Alters technisch nur noch mit einem sehr hohen Instandhaltungsaufwand betrieben werden könnte, andererseits deren Ersatz durch ein MRT eine Reihe von Vorteilen mit sich brächte. So würden die Belastungen für die Patienten durch Untersuchungen mittels MRT an Stelle der Angiografie erheblich geringer sein, darüber hinaus könnten aber auch durch diesen Technologiewechsel Einsparungen erzielt werden. Wie bereits unter Pkt. 2.1.3 dieses Berichtes angeführt, wurde diesem Ansuchen mit der Aufnahme eines weiteren MRT für das AKH im WKAP 2006 Rechnung getragen, wobei gleichzeitig die für diese Anstalt vorgesehene Höchstzahl an Angiografieanlagen von zuletzt sieben auf nunmehr sechs Geräte reduziert wurde.

5.3.2 Nachdem in einer Sitzung der "AKH-Kommission für paktierte Investitionen" im Februar 2005 das oben angeführte Vorhaben einstimmig beschlossen worden und nach Rücksprache mit dem genannten Bereichsleiter die beantragte Änderung des GGP zu

erwarten war, ersuchte die Technische Direktion im März 2005 die Kollegiale Führung des AKH um Genehmigung der Umsetzung des gegenständlichen Projekts, die im April 2005 erteilt wurde. In der Begründung zu diesem Investitionsvorhaben wurde angeführt, dass die Bildgebung auf dem Gebiet der Gefäße und des Herzens immer mehr mit nichtinvasiven Methoden in erster Linie unter Einsatz von MRT durchgeführt werden könne. Derartige Interventionen würden zunehmend an Bedeutung gewinnen, wobei das AKH entsprechend seinem Auftrag, neueste Methoden zur Forschung und Patientenversorgung zu implementieren, künftig beabsichtige, sämtliche diagnostische Angiografien mittels MRT durchzuführen. Es sei vorgesehen, mit diesem Gerät künftig etwa 2.000 bis 2.500 diagnostisch-angiografische Leistungen, aber auch Untersuchungen des Herzens und der Koronararterien sowie Interventionen im Bereich der Leber abzudecken.

5.3.3 Bezüglich dem wirtschaftlichen Aspekt des Ersatzes der damals bestehenden Angiografieanlage durch ein MRT führte der Leiter der Klinischen Abteilung für Angiografie und Interventionelle Radiologie an, dass im Rahmen einer Diplomarbeit unter Einbindung der Stabsstelle Controlling des AKH ein Vergleich der Kosten für Untersuchungen von Patienten zwischen den beiden Geräten durchgeführt worden sei. Dieser ergab für die Leistung "Periphere Gefäßdarstellung" Vollkosten bei der Durchführung dieser Untersuchung mittels Angiografieanlage von rd. 1.156,-- EUR je Untersuchung, während sie bei einer Untersuchung mittels MRT rd. 685,-- EUR betragen würden. Hochgerechnet auf die zu erwartenden Patientenzahlen sei davon auszugehen, dass die Ausgaben für die Anschaffung des MRT bereits nach vier Jahren durch die zu erwartenden Einsparungen im laufenden Betrieb kompensiert seien und danach mit wesentlichen Kosteneinsparungen für das AKH zu rechnen sei. Wie dazu einem Schreiben der Technischen Direktion des AKH vom 9. Juni 2005 zu entnehmen ist, zeigte sich im Zuge der Vornahme des Vergabeverfahrens, dass die ursprüngliche Schätzung der mit der gegenständlichen Investition verbundenen Ausgaben erhöht werden musste, wodurch sich die oben angeführte erwartete Amortisationszeit von ursprünglich vier Jahren entsprechend verlängern würde. Angemerkt wurde dazu, dass gemäß Motivenbericht vom April 2005 der Nettopreis für das neu angeschaffte MRT rd. 1,20 Mio.EUR betrug, während bei der Berechnung des Amortisationszeitraumes von diesbezüglichen Ausgaben in der Höhe von rd. 1 Mio.EUR ausgegangen worden war.



In diesem Zusammenhang musste allerdings auch darauf verwiesen werden, dass bis zum Zeitpunkt des Abschlusses der gegenständlichen Einschau eine Abgeltung von Angiografieleistungen mittels MRT im Rahmen der "Leistungsbezogenen Krankenhausfinanzierung (LKF)" nicht vorgesehen war, wobei das AKH die Generaldirektion des KAV bereits im Dezember 2004 auf diese Problematik mit dem Ziel hingewiesen hatte, dass auch diese Leistung ab dem Jahr 2006 im Weg der LKF abgegolten werden sollte.

5.3.4 Im Jänner 2006 wurde das gegenständliche, neu angeschaffte MRT durch das AKH von der Lieferfirma lt. Protokoll förmlich übernommen, die Angiografieanlage war bereits Ende Juni 2005 gemäß Skartierungsgutachten aus dem Inventar des AKH ausgeschieden worden.

#### 5.4 Feststellungen des Kontrollamtes

5.4.1 Wie das Kontrollamt im Zuge seiner Einschau feststellte, standen im AKH die MRT z.T. deutlich mehr Tage als die gegenständlichen Geräte anderer Anstalten des KAV infolge Wartungs-, Service- oder Reparaturarbeiten nicht für die Patientenversorgung zur Verfügung. Es wurde daher empfohlen, im Rahmen der Vollwartungsverträge, die jährlich von der mit der technischen Betriebsführung des AKH beauftragten Firma mit den Lieferfirmen der MRT abgeschlossen werden, künftig Gerätetestzeiten in einem geringeren Ausmaß als bisher mittels entsprechender Vereinbarungen sicherzustellen, wobei sich zur Vermeidung einer Überschreitung dieser Zeiten eine Vereinbarung von entsprechenden Pönalezahlungen als zweckmäßig erweisen würde.

Die Empfehlung des Kontrollamtes wird aufgegriffen.

5.4.2 Bezüglich der Nutzung der in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik eingesetzten MRT zeigte sich im Vergleich zu den Anstalten der TU 1 eine z.T. deutlich länger vorgesehene Routinebetriebszeit. Trotzdem lag die tägliche Patientenfrequenz bei den MRT dieser Klinik erheblich unter jener in den anderen geprüften Spitälern, wobei das Kontrollamt durchaus einräumte, dass nicht nur auf Grund der Komplexität vieler im AKH durchgeführter Untersuchungen, sondern auch durch dessen Aufgaben in Bezug

auf Lehre und Forschung die in dieser Zentralkrankenanstalt erbrachten Leistungen nicht mit jenen der übrigen Spitäler vergleichbar sind. Angemerkt wurde, dass diese Feststellung ebenso auf die im Verhältnis hohe Zahl an mittels MRT untersuchten ambulanten Patienten zutrifft.

Ungeachtet dessen erschienen dem Kontrollamt jedoch im Hinblick auf die Betriebsorganisation in der Universitätsklinik für Radiodiagnostik bzgl. der Untersuchungen mit den genannten Geräten Optimierungspotenziale zu bestehen, die eine Steigerung der Patientenfrequenz erwarten lassen würden. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere empfohlen, einer EDV-unterstützten Abwicklung und Vernetzung der Zuweisungen von Patienten zu Untersuchungen mittels MRT höchste Priorität einzuräumen, da nur so der Leitung der Klinik ein tagesaktueller Überblick über die tatsächliche Nutzung der einzelnen Geräte möglich wäre. Weiters sollte durch entsprechende Maßnahmen der genannten Universitätsklinik gewährleistet werden, dass an allen Wochentagen von Montag bis Freitag der Routinebetrieb in vollem Umfang aufrecht erhalten wird. Schließlich regte das Kontrollamt an, geeignete - in ZRI der Anstalten der TU 1 bereits bewährte - Vorgangsweisen bei der Terminvergabe auch an der Universitätsklinik für Radiodiagnostik zu implementieren, durch die sichergestellt werden kann, dass bei Ausfall eines vorgemerkten Patienten ohne Zeitverzug ein anderer untersucht wird. Nach Ansicht des Kontrollamtes müsste es nach Umsetzung dieser organisatorischen Maßnahmen - in Verbindung mit einer vorzunehmenden Reduktion der Gerätestehzeiten aus technischen Gründen - möglich sein, die Patientenfrequenz je MRT in der gegenständlichen Universitätsklinik an die diesbezüglichen Zahlen der beiden anderen österreichischen Universitätskliniken Graz und Innsbruck anzunähern. Diese lag gemäß den dem Kontrollamt vorliegenden Zahlen des Jahres 2004 in den beiden letztgenannten Universitätskliniken bei rd. 3.600 bzw. rd. 3.300 untersuchten Patienten je MRT, während mit den vier vom Kontrollamt betrachteten MRT im AKH in diesem Jahr jeweils rd. 3.000 Patienten untersucht worden waren. Damit sollten mittelfristig auch ohne weitere Investitionen in zusätzliche Geräte die Wartezeiten auf Untersuchungen mittels MRT für Patienten des AKH künftig deutlich verkürzt werden können.

Die Hinweise des Kontrollamtes auf Optimierungspotenziale im

Bereich der Universitätsklinik für Radiodiagnostik werden aufgegriffen werden, insbesondere im Hinblick auf die schon erwähnte EDV-unterstützte Vernetzung der Zuweisungen von Patienten zu Untersuchungen mittels MRT. Der Leitung der Klinik soll ein tagesaktueller Überblick über die aktuelle Nutzung der einzelnen Geräte gegeben werden. Weiters sollen künftig die Routinebetriebszeiten in vollem Umfang genutzt werden. Außerdem soll bei Ausfall eines Patienten ohne Terminverzug ein anderer vorgeplanter Patient untersucht werden. Durch diese Maßnahmen wird das Ziel verfolgt, die Patientenfrequenz je MRT der Universitätskliniken Graz und Innsbruck anzunähern, was eine Steigerung von derzeit rd. 3.000 untersuchten Patienten je MRT auf etwa 3.300 bis 3.600 untersuchte Patienten je MRT bedeuten würde.

5.4.3 Die von der Direktion des AKH im Betrachtungszeitraum getroffene Entscheidung, eine Angiografieanlage durch ein MRT zu ersetzen, war vom Kontrollamt zu würdigen, da auch der einschlägigen Fachliteratur zu entnehmen ist, dass nunmehr zur exakten Diagnose von Gefäßerkrankungen vielfach nicht mehr die Angiografie, sondern eine Untersuchung mittels des zuletzt genannten Gerätes das Mittel der Wahl sei. Diese Untersuchungsmethode bietet erhebliche Vorteile für den Patienten wie z.B. keine Strahlenbelastung, keine Arterienpunktion sowie eine Reduktion der Untersuchungszeiten und der Kontrastmittelmengen.

Darüber hinaus war der für die gegenständliche Entscheidung des AKH angestellte Kostenvergleich zwischen Untersuchungen mittels Angiografieanlage und MRT für das Kontrollamt nachvollziehbar. Es war allerdings auch zu bedenken, dass diesen möglichen Einsparungen bei den Ausgaben bis zur Abgeltung der gegenständlichen Leistungen mittels LKF die hieraus resultierenden Einnahmehausfälle gegenüber gestellt werden müssen.

Es wurde daher der Generaldirektion des KAV empfohlen, ihre bereits eingeleiteten Bemühungen um eine Abgeltung der gegenständlichen nunmehr mittels MRT erbrachten

Leistungen im Rahmen des LKF-Systems weiter zu intensivieren, wobei in Anbetracht der medizinischen Entwicklung davon auszugehen ist, dass von der angeführten Problematik der unzureichenden Leistungsabgeltung künftig auch die Anstalten der TU 1, welche über ein MRT verfügen, betroffen sind.

Entsprechend der Empfehlung des Kontrollamtes wird die Abgeltung im Rahmen des LKF-Systems auch für die Gefäßuntersuchung mittels MRT angestrebt.

## 6. Kosten für MRT

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Frage des Prüfersuchens eingegangen:

Frage 4: *Wie hoch werden vom KAV die Kosten beziffert, die durchschnittlich pro aufgestellten MRT-Gerät für die Unternehmung KAV pro Jahr anfallen (Personal-, Sach- und Betriebskosten)?*

### 6.1 Kostenerhebung

6.1.1 Nachdem der KAV zum Zeitpunkt der Einschau dem Kontrollamt keine Auswertungen bzgl. der durchschnittlichen Kosten je aufgestelltem MRT übermitteln konnte, wurden zur Beantwortung der gegenständlichen Frage in einem ersten Schritt mittels der bereits unter Pkt. 4.2 angeführten Datenblätter die Personal-, Sach- und Betriebskosten je Gerät im Weg der Generaldirektion des KAV von den einzelnen Krankenanstalten abgefragt. Bei der Gegenüberstellung der so erhobenen Zahlen fielen bei den Anstalten der TU 1 erhebliche Differenzen im Hinblick auf die Angaben über die Personalkosten je MRT auf. Bezüglich des AKH zeigte sich, dass durch die gemeinsame Nutzung einiger MRT durch mehrere Klinische Abteilungen der Universitätsklinik für Radiodiagnostik diesen Geräten auch mehrere Kostenstellen zugeordnet worden waren.

6.1.2 Das Kontrollamt hat daher in weiterer Folge im Zuge seiner Prüftätigkeit an Ort und Stelle in den Krankenanstalten eine Einschau in die Kostennachweise für das Jahr 2005 vorgenommen und in den einzelnen Finanzabteilungen die Grundlagen für die von ihnen ausgewiesenen Personalkosten erörtert.

Gemäß dem "Allgemeinen Handbuch zur Führung der Kostenrechnung" des KAV waren die Mitarbeiter der Anstalten angewiesen, die Personalzuordnung während des Jahres zu warten und somit auch die tatsächlich beim Betrieb der MRT angefallenen Personalkosten verursachungsgemäß den für die Geräte eingerichteten Kostenstellen zuzuordnen. Das bedeutet, dass die Personalkosten jedes dort eingesetzten Bediensteten entsprechend seiner tatsächlichen Verwendung entweder nur auf dieser Kostenstelle oder anteilig auch auf anderen Kostenstellen ausgewiesen werden sollten. Grundsätzlich sind im Sinn des angeführten Handbuchs bei der Erfassung, Bewertung und Zuordnung der Personalkosten Veränderungen im Personalstand für die Kostenrechnung laufend zu erfassen und für eine korrekte Führung des Personalstandes u.a. Neuzugänge, Abgänge, eine Änderung des Dienstverhältnisses, ein Wechsel von Kostenstelle zu Kostenstelle, aber auch Änderungen der Bedienstetenkategorie mit dem jeweiligen Stichtag zu vermerken.

6.1.3 Bei der Prüfung des Kontrollamtes in den Anstalten der TU 1 zeigte sich, dass diese bzgl. der Zuordnung der Personalkosten zu der jeweils für das MRT eingerichteten Kostenstelle sehr unterschiedlich vorgegangen waren. Während z.B. in einer Krankenanstalt die Zuordnung von Personalkosten auf die Kostenstelle MRT mittels Schlüssel erfolgt war, wurden in anderen Krankenanstalten die Kosten jener Mitarbeiter, die für den Routinebetrieb am MRT eingeteilt waren, dieser Kostenstelle unmittelbar zugeordnet. Darüber hinaus waren in einer Krankenanstalt auch die Kosten für das übrige Personal des ZRI - beginnend vom Institutsvorstand bis hin zu den so genannten Röntgenträgern - anteilmäßig auf der Kostenstelle MRT direkt verrechnet worden.

Wie bereits erwähnt, wurden im AKH einzelne Geräte von mehreren Klinischen Abteilungen der Universitätsklinik für Radiodiagnostik gemeinsam genutzt. Im Gegensatz zu den Anstalten der TU 1, die je MRT eine Kostenstelle angelegt hatten, waren im AKH in Anbetracht der oben dargestellten teilweisen gemeinsamen Gerätenutzung durch mehrere Klinische Abteilungen manchen Geräten bis zu drei Kostenstellen zugeordnet worden, die wiederum Kosten anderer MRT enthielten. Somit wurde im AKH statt einer Erfassung der gesamten Kosten für die jeweiligen MRT eine nutzerbezogene Darstellung der Kosten je Klinischer Abteilung vorgenommen.

## 6.2 Durchschnittliche Kosten je MRT im Jahr 2005

6.2.1 In Anbetracht der in Pkt. 6.1.3 dargestellten Problematik der unterschiedlichen Vorgangsweise bei der Erstellung des Kostennachweises durch die einzelnen Anstalten des KAV hat das Kontrollamt zur Beantwortung der Frage der durchschnittlich angefallenen Kosten je MRT von einer detaillierten gerätebezogenen Einzelbetrachtung Abstand genommen. Um annäherungsweise die Durchschnittskosten je Gerät zu ermitteln, zählte das Kontrollamt auf Basis der vorliegenden Kostennachweise die für das Jahr 2005 im Zusammenhang mit dem Betrieb der MRT ausgewiesenen Kosten auf Teilunternehmensebene zusammen und legte diese jeweils auf die dort betriebenen Geräte um.

6.2.2 Die gegenständliche Berechnung ergab für die insgesamt sechs in der TU 1 im Jahr 2005 vorgehaltenen Geräte Gesamtkosten in der Höhe von 7,48 Mio.EUR, womit die durchschnittlichen Kosten für jedes der dort betriebenen Geräte mit 1,25 Mio.EUR anzusetzen waren.

Vom AKH wurden für das angeführte Jahr die Gesamtkosten für sämtliche MRT mit Ausnahme des grundsätzlich für Forschungszwecke vorgehaltenen Gerätes mit 8,61 Mio.EUR beziffert. Wie den dem Kontrollamt vom AKH übermittelten Zahlen entnommen werden konnte, lagen die Kosten für das von der Universitätsklinik für Strahlentherapie und Strahlenbiologie gemeinsam mit der Universitätsklinik für Radiodiagnostik betriebene so genannte offene MRT mit einer Feldstärke von 0,2 Tesla - das mit anderen im KAV verwendeten MRT nicht vergleichbar ist - bei mehr als 700.000,-- EUR. Somit betragen im Jahr 2005 die vom AKH bekannt gegebenen Kosten für die übrigen Geräte 7,90 Mio.EUR, womit die jährlichen durchschnittlichen Kosten für diese MRT jeweils mit 1,97 Mio.EUR anzusetzen waren.

## 6.3 Feststellungen des Kontrollamtes

6.3.1 Wie die Einschau des Kontrollamtes ergab, betragen im Jahr 2005 die Gesamtkosten für die in die Betrachtung einbezogenen sechs MRT der TU 1 und der vier Geräte des AKH lt. Kostennachweisen des KAV 15,38 Mio.EUR, womit sich in diesem Jahr die durchschnittlichen Kosten je MRT auf 1,54 Mio.EUR beliefen.

6.3.2 Auf Grund der bei den Kostenerhebungen zu Tage getretenen unterschiedlichen Kostenzuordnungen bzw. -darstellungen der Anstalten war vom Kontrollamt zu bemängeln, dass Kostenvergleiche zwischen den einzelnen MRT im KAV nicht aussagekräftig sind. Es sollte daher eine einheitlich korrekte Vorgangsweise bei der Zuordnung von Personalkosten sichergestellt werden, da erst danach z.B. Analysen über die im Zusammenhang mit dem Betrieb von MRT vorgehaltene Personalkostenstruktur möglich erschienen, welche auch eine Grundlage für die im Pkt. 4.4.1 ausgesprochene Empfehlung bilden würden.

Die Optimierung im Zusammenhang mit der Schaffung einer einheitlichen Vorgangsweise bei der Zuordnung der Personalkosten für MRT wird weiter verfolgt.

## 7. Geplante Neuanschaffungen weiterer MRT durch den KAV

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Fragen des Prüfersuchens eingegangen:

*Frage 2: Welche Bedarfszahlen liegen vor, die die Genehmigung eines weiteren MRT-Gerätes im SMZ Hietzing notwendig erscheinen lassen?*

*Frage 3: Ist, wie in der gegenständlichen Genehmigungsakte der Wiener Landesregierung durch ein Schreiben von GD Dr. Marhold festgehalten, die Anschaffung eines weiteren MRT-Gerätes im SMZ Hietzing seitens des Wiener KAV (unabhängig von dem mit der Orthopädie Speising abgeschlossenen Kooperationsübereinkommens) hinsichtlich der Prüfkriterien des Kontrollamtes gerechtfertigt?*

### 7.1 Anschaffung eines weiteren MRT für das KHR

7.1.1 Wie bereits unter Pkt. 2.1.2 dieses Berichtes angeführt, beinhaltet schon der ÖKAP/GGP 2001 unter bestimmten Voraussetzungen u.a. auch die Anschaffung eines MRT für das ehemalige NKR. Da bereits zum damaligen Zeitpunkt Planungen für die Zusammenführung des ehemaligen KHL mit dem NKR in das nunmehrige KHR bestanden hatten, wurden im Rahmen einer Projektgruppe auch Überlegungen bzgl. des

optimalen Standortes für dieses MRT angestellt. Im Rahmen der Projektgruppe - in der unter der Leitung des Vorstandes des ZRI des KFJ der damalige Ärztliche Direktor des NKR sowie die Vorstände der ZRI des KHL, des NKR, des KFJ und des Geriatriezentrums Am Wienerwald mitwirkten - wurde bereits in einem Zwischenbericht vom Juni 2001 festgehalten, dass nicht nur durch einen Paradigmenwechsel in den bildgebenden Verfahren, sondern auch auf Grund der Vielzahl von Primärindikationen ein begründeter hoher Bedarf an Untersuchungen mittels MRT für das NKR bestehe, der allein schon die Aufstellung eines derartigen Gerätes rechtfertigen würde. Ebenso habe das KHL einen zusätzlichen Bedarf an Leistungen mittels MRT infolge Verschiebungen von Indikationen aus anderen bildgebenden Bereichen, wodurch insgesamt ein klarer Bedarf des - nunmehrigen - KHR für ein zusätzliches MRT bestehe. Den Leistungsanforderungen der letztgenannten Einrichtung des KAV könne "insbesondere unter dem Aspekt der erforderlichen Akutversorgung beim Schlaganfall ein externer Anbieter (Privatspital oder privates Institut), der von einer primären Eigenversorgung ausgehen muss, nicht realistisch nachkommen", weshalb etwa ein MRT im Orthopädischen Spital Speising - in welcher Rechtsform auch immer dieses betrieben werde - den zusätzlichen Bedarf im KHR nicht abdecken könne. Die umgekehrte Option, nämlich stationären Patienten des Orthopädischen Spitals Speising Untersuchungen mittels MRT im KHR anzubieten, könne prinzipiell verhandelt werden, sei aber nicht Aufgabe der Projektgruppe.

Bezüglich des Standortes für das gegenständliche MRT wurde von der Projektgruppe zusammenfassend festgehalten, dass das ZRI des ehemaligen KHL unter Beachtung medizinischer, ökonomischer und logistischer Gesichtspunkte gegenüber dem NKR die zweckorientiertere Lösung sei.

7.1.2 Basierend auf der Grundlage der Erwägungen dieser Arbeitsgruppe wurde von der Direktion des ehemaligen KHL der GGK des KAV Ende August 2001 ein Ersuchen um Genehmigung der Anschaffung des geplanten zweiten MRT übermittelt. Der diesem Antrag beigeschlossenen Wirtschaftlichkeitsberechnung ist u.a. zu entnehmen, dass in der gegenständlichen Anstalt die Zahl der Untersuchungen mittels MRT im Zeitraum der Jahre 1998 bis zum Jahr 2000 um etwa 60 % gestiegen sei und bei dem neu anzuschaffenden Gerät von einer geplanten Frequenz von etwa 4.000 bis zu 5.000 Patienten ausgegangen werde.



Gemäß Beschluss der GGK vom Februar 2002 wurde das zweite MRT für das ehemalige KHL vorbehaltlich der Neuauflage des ÖKAP/GGP genehmigt, wobei durch die vorgesehene Zusammenlegung dieses Spitals mit dem NKR die von der Direktion des KHL auch angestrebte Beantragung einer Änderung des GGP als obsolet betrachtet wurde. Weiters wurde von der GGK festgehalten, dass nach Installierung eines zweiten MRT die Notwendigkeit der Vorhaltung von drei Computertomografiegeräten am Standort KHR zu prüfen sei.

7.1.3 Nachdem im April 2003 das Ansinnen eines privaten Instituts im Sinn eines Public Private Partnership Modells, auf dem Areal des NKR ein MRT zu errichten und zu betreiben, an die Generaldirektion des KAV herangetragen worden war, beauftragte der damalige Generaldirektor eine Beratungsfirma mit der Erstellung eines Vorteilhaftigkeitsvergleiches. Dessen Zielsetzung war es festzustellen, ob der KAV ein MRT am Standort des KHR selbst errichten solle oder die Errichtung und der Betrieb eines derartigen Gerätes im Sinn der vorher genannten Variante zu bevorzugen sei.

Im Ergebnis wurde dem KAV von der Beratungsfirma empfohlen, aus Wirtschaftlichkeitsgründen ein eigenes Gerät zu beschaffen und zu betreiben. Grundlage für die diesbezüglichen Berechnungen der Beratungsfirma bildeten die vom ehemaligen ärztlichen Direktor sowie vom Vorstand des ZRI des NKR erfolgten Bedarfsschätzungen für ein zweites MRT, die auch insgesamt p.a. 330 Untersuchungen von Patienten eines im Bereich des NKR angesiedelten Rehabilitationszentrums sowie p.a. weitere 250 Untersuchungen von Patienten des Orthopädischen Spitals Speising vorsahen. Angemerkt wird dazu vom Kontrollamt, dass ihm im Zuge der Einschau bzgl. der letztgenannten Anstalt eine im August 2005 vom Generaldirektor des KAV und dem Geschäftsführer des Orthopädischen Spitals Speising unterzeichnete Erklärung vorgelegt worden war, gemäß der eine einvernehmliche Abstimmung zwischen den beiden Krankenanstalten für den Betrieb von MRT erfolge.

7.1.4 Zum Zeitpunkt der Einschau des Kontrollamtes im Sommer 2006 stellte sich die Situation so dar, dass durch das Forum Einkauf des KAV ein Vergabeverfahren zur Beschaffung eines zweiten MRT für das KHR so wie auch für das WIL bereits im Gange

war. Wie das Kontrollamt dazu in Erfahrung brachte, sei geplant, nach der Installierung des MRT zwei der drei im NKR vorhandenen Angiografieanlagen nicht durch Reinvestitionen zu ersetzen, sondern auszuscheiden, wobei bereits im ÖKAP/GGP 2001 die Reduktion um ein am Standort des ehemaligen NKR befindliches derartiges Gerät vorgesehen war. Hinsichtlich Kooperationen mit anderen Einrichtungen bzgl. einer eventuell geplanten Erbringung von Leistungen mittels MRT konnten dem Kontrollamt keine Vereinbarungen vorgelegt werden.

## 7.2 Anschaffung eines weiteren MRT für das WIL

Im Zusammenhang mit den Erhebungen zu den das KHR betreffenden Fragen 2 und 3 des gegenständlichen Prüfersuchens ergab die Einschau des Kontrollamtes, dass im Rahmen des durchgeführten Vergabeverfahrens für das neu anzuschaffende MRT für das KHR auch ein derartiges Gerät für das WIL ausgeschrieben wurde. Aus diesem Grund wurde über die im Prüfersuchen gestellten Fragen hinausgehend auch die Anschaffung des letztgenannten Gerätes einer Betrachtung unterzogen.

7.2.1 Bereits im Juni 2000 richtete die Direktion des WIL unmittelbar an das damalige Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen einen Antrag, die Zahl der MRT im GGP für die gegenständliche Anstalt von einem Gerät auf zwei Geräte zu erhöhen; ein gleichartiger Antrag erfolgte im Oktober 2001 an die GGK des KAV.

In einem Schreiben vom Mai 2002 an die Direktion des WIL verwies die Generaldirektion des KAV darauf, dass bzgl. des bestehenden MRT grundsätzlich auf die Notwendigkeit einer Reinvestition Bedacht genommen werde, die jedoch "die Wahrscheinlichkeit, genügend Geldmittel für ein weiteres Gerät in absehbarer Zeit zur Verfügung stellen zu können", reduziere.

Im Oktober 2003 wurde die Neuanschaffung eines zweiten MRT in der GGK des KAV thematisiert, wobei von der Vorsitzenden festgestellt wurde, dass der Bedarf geklärt werden müsse. Da zu diesem Zeitpunkt auch eine diesbezügliche Änderung im GGP noch ausständig war, erfolgte in der GGK auch keine Prioritätenreihung sowie keine Beschlussfassung in der gegenständlichen Angelegenheit. Allerdings wurde im Februar 2004 von der GGK eine diesbezügliche Änderung des GGP beantragt.

Ungeachtet der fehlenden Beschlussfassung in der GGK erfolgte im Juni 2004 eine so genannte Raumprogrammbesprechung der Projektkommission des KAV, die als ersten Tagesordnungspunkt die Errichtung eines zweiten MRT im WIL zum Inhalt hatte. Laut Protokoll zu dieser Besprechung berichtete der Ärztliche Direktor des WIL, dass die grundsätzliche Anerkennung des Bedarfs eines zweiten MRT in der angeführten Sitzung der GGK vom Oktober 2003 erfolgt sei; ebenso sei vom KAV die Änderung des GGP im Dienstweg erfolgt.

Das von ihm beantragte Raum- und Funktionsprogramm wurde von der Projektkommission vorbehaltlich der Genehmigung der Strukturkommission zur Abänderung des GGP von einem MRT auf zwei genehmigt.

Schließlich erfolgte von derselben Projektkommission im März 2005 eine Wirtschaftlichkeitsbesprechung, in der die Errichtung eines zweiten MRT im WIL nach Vorlage einer Kostenschätzung endgültig bewilligt wurde. Bemerkenswert erschien dem Kontrollamt, dass in dem gegenständlichen Protokoll - ebenso wie in der im September 2003 ursprünglich der GGK vorgelegten Wirtschaftlichkeitsberechnung - an Folgekosten kein Mehraufwand für Personal festgehalten wurde. Ebenso waren den gegenständlichen Unterlagen keine Aussagen bzgl. der voraussichtlichen künftigen Patientenfrequenz nach der Installierung des zweiten MRT zu entnehmen.

7.2.2 In einem vom Vorstand des ZRI des WIL dem Kontrollamt vorgelegten im Dezember 2004 erstellten Motivenbericht zum "Projektplan der Errichtung einer zweiten MR-Anlage im Wilhelminenspital" wird darauf verwiesen, dass zuletzt Steigerungen bei der Zahl der Patientenfrequenz im stationären Bereich durch eine Rücknahme der Leistungen für ambulante Patienten erreicht worden wären, während künftig Frequenzsteigerungen zu erwarten seien, die nicht durch externe Einrichtungen erbracht werden könnten. Insbesondere würden die Möglichkeiten der diagnostischen Angiografien mittels MRT "in dramatischer Weise" das Vorgehen bei Gefäßerkrankungen verändern. Diese Untersuchungsleistungen für Spezialambulanzen mit den medizinischen Schwerpunkten Gefäßchirurgie aber auch Onkologie müssten künftig weiterhin vom ZRI des WIL infolge der konstant hohen Qualität der dort vorgenommenen Untersuchungen selbst erbracht werden.

Weiters war dem Motivenbericht zu entnehmen, dass das bestehende Gerät bereits sehr gut ausgelastet und eine Ausweitung der Betriebszeiten aus innerbetrieblichen Gründen - aber auch im Hinblick auf die Patientenbedürfnisse - nicht realisierbar sei, ebenso aber auch ein Ersatz des bestehenden, voraussichtlich noch mehrere Jahre ohne Einschränkungen betriebsfähigen Gerätes keine wesentliche Steigerung der Patientenfrequenz ermöglichen würde; daher sei die Anschaffung eines zweiten MRT notwendig. Nur so könnten künftig einerseits neue Indikationen bearbeitet als auch Untersuchungen durchgeführt werden, die mit dem bestehenden Gerät aus technischen Gründen nicht möglich seien.

### 7.3 Feststellungen des Kontrollamtes

7.3.1 Grundsätzlich galt - so wie für das AKH - auch für das KHR und das WIL die in der einschlägigen Fachliteratur publizierte Ansicht, dass zur Diagnose von Gefäßerkrankungen nunmehr vielfach nicht mehr die Angiografie, sondern der Einsatz eines MRT die für die Patienten bestmögliche Untersuchungsmethode darstellt, was überdies in Bezug auf diesen speziellen Fall auch mit wirtschaftlichen Vorteilen verbunden sein kann.

7.3.2 Ebenso erschienen dem Kontrollamt die Überlegungen des KAV zur Anschaffung und zum Standort eines zweiten MRT für das KHR nachvollziehbar sowie in Anbetracht der zu erwartenden Synergieeffekte durch den Betrieb von zwei derartigen Großgeräten an einem Standort auch wirtschaftlich zielführend. Es war allerdings zu bedenken, dass die dem Kontrollamt vorliegenden Schätzungen bzgl. der Auslastung des zweiten Gerätes grundsätzlich auch von dem Gedanken getragen waren, stationären Patienten von zwei in unmittelbarer Nähe des KHR befindlichen nicht zum KAV gehörenden Gesundheitseinrichtungen Untersuchungen mittels MRT des KHR ebenfalls angedeihen zu lassen. Nach Ansicht des Kontrollamtes wäre es daher zweckmäßig, zur Sicherstellung einer möglichst hohen Auslastung der künftig im KHR vorhandenen beiden MRT eine Kooperation mit den oben angeführten Einrichtungen - aber auch mit anderen Bedarfsträgern etwa innerhalb des KAV - anzustreben sowie derartige Vereinbarungen auch in schriftlicher Form vertraglich zu fixieren.

Auf Grund des technologischen Fortschrittes der MRT und der damit verbundenen Ausweitung der Indikationen für Untersuchungen im Gefäßbereich wurden bereits Konsequenzen gezogen. So wird das Angiografiegerät des Standortes Rosenhügel nicht weiter betrieben. Weitere zwei Durchleuchtungsanlagen des KHR werden durch ein multifunktionelles Untersuchungsgerät ersetzt.

Die künftig im KHR situierten zwei MRT stehen naturgemäß nicht nur Patienten der gegenständlichen Anstalt zur Verfügung; die hausübergreifende Zusammenarbeit ist sowohl innerhalb der TU 1 als auch gegenüber der Teilunternehmung "Pflegeheime der Stadt Wien" möglich.

7.3.3 Auch bzgl. der geplanten Neuanschaffung eines zweiten MRT im WIL konnte sich das Kontrollamt der Argumentation einer auf Grund der medizinischen Entwicklung notwendigen Leistungsausweitung bei Untersuchungen mittels MRT nicht verschließen, was sich letztlich auch in der im WKAP 2006 erfolgten Erhöhung der Gerätezahl widerspiegelt.

Ungeachtet dessen war jedoch zu kritisieren, dass in der gegenständlichen Angelegenheit das im KAV im Betrachtungszeitraum vorgesehene Procedere bei derartigen Investitionsentscheidungen mangels entsprechender Beschlussfassung durch die GGK formal nicht eingehalten worden war. Ebenso erschien es bemerkenswert, dass die mit dem gegenständlichen Projekt befassten Entscheidungsträger nach Ansicht des Kontrollamtes nicht nachvollziehbare bzw. fehlende Angaben des WIL - insbesondere bzgl. der Personaleinsatzplanung und der erwarteten künftigen Patientenfrequenz - nicht näher hinterfragten, sondern in der vorliegenden Form zur Kenntnis nahmen.

Hinsichtlich der personellen Situation des WIL sind hausinterne Umschichtungen geplant; dies betrifft vor allem die für den Betrieb notwendigen Fachärzte und RTA.

## 8. Problematik der angebotsindizierten Nachfrage

Im folgenden Abschnitt wird auf nachstehende Frage des Prüfersuchens eingegangen:

*Frage 5: Das Problem der "angebotsindizierten Nachfrage" ist in der Gesundheitsökonomie seit längerem bekannt. Die Berechnungen des Privat Instituts hinsichtlich der geplanten Frequenzen, die sich innerhalb von zwei Jahren verdreifachen sollen, belegen diese Entwicklung, zumal Wien schon jetzt mit MRT-Geräten überversorgt ist. Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um dieses Problem abzuwenden?*

### 8.1 Aspekte zur angebotsindizierten Nachfrage in der Gesundheitsökonomie

Wie die Literaturrecherchen des Kontrollamtes ergaben, wird von Gesundheitsökonomien von einer angebotsindizierten Nachfrage im Gesundheitswesen deswegen ausgegangen, da die Angebotsseite in Gestalt des einzelnen Arztes oder vorhandener Kapazitäten im Akutspital die Entscheidung des Patienten - und somit die Nachfrage - welche Leistungen in welchem Umfang in Anspruch genommen werden, beeinflussen. Die These der angebotsindizierten Nachfrage werde zwar grundsätzlich allgemein akzeptiert, könne mit Mitteln der empirischen Wissenschaft jedoch bisher nicht zweifelsfrei belegt werden.

Der medizinisch-technische Fortschritt könne zwar ausgabensteigernd wirken, es würde aber auch etwa durch neue Diagnose- oder Operationsmethoden die Möglichkeit eröffnet, z.B. den Zeitraum bis zur Wiederherstellung des Gesundheitszustandes von Patienten zu verkürzen, womit durch eine eventuell die Nachfrage stimulierende Investition langfristig sogar eine Minderung der Gesundheitsausgaben denkbar erschiene.

Es gibt allerdings kaum Zweifel, dass die für einen funktionierenden Markt grundsätzlich notwendige Voraussetzung der Unabhängigkeit von Nachfrage und Angebot im Gesundheitsbereich nicht vorliege.

Die o.a. Überlegungen führen daher zu dem Schluss, dass einer bedarfsorientierten regulativen Steuerung zur Begrenzung der Angebotsseite auch im Bereich des Einsatz-

zes von medizin-technischen Großgeräten eine wesentliche Rolle zur Vermeidung einer möglicherweise angebotsindizierten Nachfrage zukomme.

## 8.2 Vorkehrungen zur Vermeidung einer angebotsindizierten Nachfrage

8.2.1 Wie bereits in mehreren Abschnitten dieses Berichtes angeführt, bestand im Betrachtungszeitraum ein Steuerungssystem in oben angeführtem Sinn auf mehreren Ebenen, nämlich

- in Form der generellen Festlegung der Höchstzahl an Großgeräten im Rahmen des GGP;
- im Weg der bei jeder vorgesehenen (Re-)Investition eines medizinisch-technischen Großgerätes innerhalb des KAV vorzunehmenden Bedarfsprüfung durch die GGK sowie
- durch die im Wr. KAG vorgesehene Bedarfsprüfung im Rahmen der notwendigen behördlichen Errichtungsbewilligung bei Veränderungen der apparativen Ausstattung oder des Leistungsangebotes für solche Geräte.

8.2.2 Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen aber auch wirtschaftlichen medizinischen Leistungserbringung kann nach Ansicht des Kontrollamtes weiters auch durch die Ausarbeitung und Implementierung evidenzbasierter (gutachtenbasierter) Behandlungsleitlinien gewährleistet werden. Durch die in Pkt. 1.2 bereits angeführte Herausgabe einer "Orientierungshilfe Radiologie, Anleitung zum optimalen Einsatz der klinischen Radiologie" erfolgte in Bezug auf die radiologischen Untersuchungsverfahren für insgesamt 300 häufige medizinische Fragestellungen die Publizierung einer solchen "Leitlinie", allerdings - wie dem Vorwort zur ersten Auflage zu entnehmen ist - in Form von unverbindlichen Empfehlungen.

## 8.3 Feststellungen des Kontrollamtes

Wie das Kontrollamt in den vorhergehenden Abschnitten dieses Berichtes bereits ausführte, wurden - grundsätzlich durch ein gleichsam mehrstufiges Bedarfsprüfungsverfahren sowohl auf übergeordneter Ebene als auch innerhalb des KAV - einer angebotsindizierten Nachfrage nach mittels medizinisch-technischer Großgeräte zu erbrin-

gender Leistungen Grenzen gesetzt. In Bezug auf die MRT muss an dieser Stelle allerdings nochmals darauf verwiesen werden, dass zum Vorteil der Patienten infolge des medizinischen Fortschrittes sich das Einsatzgebiet derartiger Geräte zunehmend ausweitet, wodurch naturgemäß die diesbezüglich zu erbringenden Leistungen weiter ansteigen werden.

Es zeigte sich allerdings, dass im KAV die vorhandenen Steuerungsmechanismen bei den Verfahren zur Genehmigung der Anschaffung bzw. Errichtung zusätzlicher Geräte z.T. - wie im Fall des OWS und des WIL - durch die in den Abschnitten 4 und 7 bereits dargestellte Vorgangsweise nicht in ausreichender Form ihre Wirkung entfalten konnten.

Künftig sollten daher vor einer Ausweitung der Zahl an MRT umfassende Bedarfsprüfungen durch den KAV sichergestellt werden, wobei im Zuge dieser Verfahren nach Ansicht des Kontrollamtes auch zu erheben wäre, in welchem Ausmaß beabsichtigt sei, bisher mit anderen Geräten erbrachte Untersuchungen durch eine derartige Neuananschaffung zu ersetzen. Ebenso wurde angeregt, nach der erfolgten Investition in ein solches Gerät die Umsetzung dieser Vorhaben einer Evaluierung zu unterziehen.

Nicht zuletzt wurde angeregt, die Nutzung der erwähnten "Orientierungshilfe Radiologie, Anleitung zum optimalen Einsatz der klinischen Radiologie" im KAV zur Sicherstellung eines bedarfsgerechten Einsatzes der zur Verfügung stehenden Geräte für den internen Betrieb zu empfehlen.

Den Empfehlungen des Kontrollamtes hinsichtlich einer umfassenden Bedarfsprüfung für MRT als auch einer Evaluierung nach getätigten Investitionen in derartige Geräte wird Rechnung getragen. Das gilt gleichermaßen für die Nutzung der erwähnten "Orientierungshilfe".

## 9. Zusammenfassung

9.1 Bei der Erstellung des WKAP 2003 und des WKAP 2006 wurde in Bezug auf die



Ausstattung der Krankenanstalten mit MRT insbesondere auf den Umstand Bedacht genommen, dass bei Untersuchungen mit diesen Geräten anders als bei Röntgenverfahren keine ionisierende Strahlung verwendet wird. Weiters erfährt das Anwendungsspektrum von MRT auf Grund rascher technischer Fortschritte eine laufende Erweiterung des Indikationenkataloges, wobei in Anbetracht dieser rasanten Entwicklung aus medizinischer Sicht eine Begrenzung der Indikationsbereiche derzeit schwer vorzusehen ist. Diese beiden Umstände führten dazu, dass im Betrachtungszeitraum die Höchstzahl an MRT in diesen Planungsgrundlagen laufend erhöht wurde, wobei nach Ansicht des Kontrollamtes dies jedoch punktuell zu einem Rückgang anderer bildgebender Verfahren führen müsste.

9.2 Zum Stichtag 1. Jänner 2006 waren in den Krankenanstalten der TU 1 insgesamt sechs sowie im AKH sieben MRT in Verwendung, wobei ein Gerät im AKH grundsätzlich für Forschungszwecke sowie ein weiteres so genanntes "offenes MRT" für spezielle medizinische Fragestellungen zum Einsatz kam.

Die von den Anstalten vorgesehenen Betriebszeiten im Routinebetrieb, in denen die MRT für die Patientenversorgung grundsätzlich zur Verfügung standen, waren vom Kontrollamt mit Ausnahme des MRT im OWS zu würdigen. Lediglich im OWS lag infolge einer nicht ausreichenden Personalausstattung die Betriebszeit des dort installierten Gerätes deutlich unter jener anderer Krankenanstalten, was auch entsprechende Auswirkungen auf die Patientenfrequenz zur Folge hatte. Demgegenüber befand sich im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 die Auslastung der MRT in den Anstalten der TU 1 auf einem hohen Niveau. Allerdings kam bei einer in allen betreffenden Krankenanstalten durchgeführten stichprobenweisen Erhebung der Untersuchungszeiten zu Tage, dass in einer Reihe von Anstalten die vorgesehenen Zeiten des Routinebetriebes nicht voll ausgeschöpft wurden.

Obwohl im AKH die Routinebetriebszeiten für die MRT z.T. merklich länger als in den Anstalten der TU 1 vorgesehen waren, lag die Patientenfrequenz in dieser Anstalt grundsätzlich erheblich unter jener in den Spitälern der TU 1. Dies war nicht zuletzt auf die spezielle Stellung dieser Zentralkrankenanstalt in der Spitallandschaft Österreichs

zurückzuführen. Ungeachtet dessen gewann das Kontrollamt jedoch anhand der zuvor erwähnten Stichproben den Eindruck, dass ein seiner Ansicht nach bestehendes Steigerungspotenzial bei der Patientenfrequenz mit der Umsetzung einer Reihe organisatorischer Verbesserungsmaßnahmen noch ausgeschöpft werden könnte.

Auffallend erschienen dem Kontrollamt die anstaltsweisen hohen Unterschiede des Verhältnisses der Zahl der mittels MRT untersuchten ambulanten zu den stationären Patienten. Während in einigen Krankenanstalten die gegenständlichen Leistungen primär für stationäre Patienten erbracht wurden, kam in manchen Spitälern eine nicht unbeträchtliche Zahl der untersuchten Patienten aus den anstaltseigenen Ambulanzen. Dies erschien dem Kontrollamt aus wirtschaftlicher Sicht - in Anbetracht der Deckelung des finanziellen Beitrages der Krankenkassen für die ambulant erbrachten Leistungen der Krankenanstalten - für den KAV problematisch und im Hinblick auf die insbesondere in Wien im extramuralen Bereich bestehende hohe Anzahl an vorgehaltenen MRT nicht zwingend erforderlich. Aus diesem Grund sollte die gegenständliche Praxis in den letztgenannten Anstalten überdacht werden. Unabhängig davon sollte künftig durch geeignete Maßnahmen sichergestellt werden, dass vom KAV für die in seinen Anstalten betreuten stationären Patienten ausschließlich die bestehenden eigenen Ressourcen genutzt werden.

Im Betrachtungszeitraum der Jahre 2001 bis 2005 waren vom KAV ein MRT für das AKH sowie ein weiteres für das OWS neu angeschafft worden. Die Beschaffung des Gerätes im AKH ging mit der Reduktion um eine dort bis dahin eingesetzte Digitale Subtraktions-Angiografieanlage einher, wobei die Vornahme einer Reinvestition in dieser Form nicht nur für die zu untersuchenden Patienten aus medizinischen Gründen von Vorteil ist, sondern auch vom AKH eine Verringerung der laufenden Betriebskosten in Aussicht gestellt wurde.

Während daher aus den oben genannten Gründen die gegenständliche Maßnahme des AKH vom Kontrollamt grundsätzlich zu würdigen war, gab die Neuanschaffung eines MRT im OWS zur Kritik Anlass. Dieses Gerät wurde nämlich zum Zeitpunkt der Einschau im deutlich geringerem täglichen Zeitausmaß als andere Geräte im KAV betrie-

ben, wodurch auch die von den anderen ZRI erzielte Patientenfrequenz erheblich unterschritten wurde. In Anbetracht der während der gegenständlichen Einschau vom KAV vorangetriebenen Beschaffung eines weiteren MRT am nahe gelegenen Standort WIL sollte überlegt werden, ob künftig für diese beiden in unmittelbarer Nähe befindlichen Standorte - auch im Hinblick auf mögliche Änderungen in den medizinischen Schwerpunktsetzungen im OWS - drei MRT für die Patientenversorgung erforderlich sind.

Einer Optimierung der Betriebszeiten in Bezug auf allfällige Frequenzsteigerungen wird nachgegangen. Die Reduktion des Anteils ambulanter Patienten an den Untersuchungen mittels MRT in Krankenanstalten ist auch dem KAV ein großes Anliegen, wobei Kontrollen im Rahmen der engmaschigen Therapiebegleitung unabdingbar notwendig bleiben werden.

Maßnahmen zur Steigerung der Patientenfrequenz bzgl. des MRT im OWS wurden bereits eingeleitet. Die anstaltsübergreifende Zusammenarbeit mit dem WIL wird im Rahmen der befristeten Laufzeit des Mietvertrages geprüft werden.

9.3 Die lt. Kostennachweisen des KAV durchschnittlich angefallenen Gesamtkosten je MRT lagen im Jahr 2005 bei rd. 1,54 Mio.EUR.

Da sich bei der gegenständlichen Einschau zeigte, dass insbesondere die Darstellung der Personalkosten durch die einzelnen Krankenanstalten sehr unterschiedlich erfolgte, wäre nach Ansicht des Kontrollamtes eine Vereinheitlichung anzustreben. Erst danach bestünde für den KAV die Möglichkeit, die Kostennachweise in Verbindung mit Leistungszahlen für Benchmarkings zur Optimierung des Einsatzes von MRT heranzuziehen.

Die Darstellung der Personalkosten für MRT wird optimiert werden.

9.4 Die im Rahmen einer Projektgruppe im Zusammenhang mit der Zusammenlegung des ehemaligen KHL mit dem NKR bereits vor mehreren Jahren angestellten Überlegungen bzgl. des Standortes eines zweiten MRT waren grundsätzlich von dem Gedanken getragen, dieses weitere Gerät nicht nur für die Patienten des nunmehrigen KHR anzuschaffen, sondern auch die Patienten von zwei in unmittelbarer Nähe befindlichen Gesundheitseinrichtungen mitzuversorgen.

Mit dem während der Einschau des Kontrollamtes in Kraft getretenen WKAP 2006 wurde für den KAV die Notwendigkeit, sich bei der Anschaffung eines weiteren MRT für das KHR mit dem Orthopädischen Spital Speising abzustimmen, formal obsolet. Ungeachtet dessen sollte allerdings nach Ansicht des Kontrollamtes aus wirtschaftlichen Überlegungen - aber auch im Hinblick auf die grundsätzlich anzustrebende Zielsetzung, Kooperationspotenziale auszuschöpfen - dem letztgenannten Krankenhaus eine Mitversorgung seiner stationären Patienten für diesen Bereich angeboten werden.

Der KAV steht einem allfälligen Interesse des Orthopädischen Krankenhauses Speising zur Mitnutzung des in Hinkunft vorhandenen zweiten MRT im KHR offen gegenüber.

9.5 Nach Ansicht des Kontrollamtes kann der möglichen Problematik einer angebotsinduzierten Nachfrage grundsätzlich am ehesten durch gewissenhafte Bedarfsprüfungen sowohl im Rahmen der Planung von Standorten für Großgeräte als auch in jedem Einzelfall vor der Beschaffung eines derartigen Gerätes begegnet werden. In Einzelfällen gewann das Kontrollamt den Eindruck, dass dies vor der Neuanschaffung von MRT nicht immer mit letzter Konsequenz erfolgte.

Eine gewissenhafte Bedarfsprüfung für MRT im Sinn einer umfassenden Betrachtung als auch im Hinblick auf die konkrete Anschaffung eines einzelnen Gerätes ist dem KAV nicht zuletzt aus Kostengründen ebenfalls ein wichtiges Anliegen.

Die Stellungnahme der geprüften Einrichtung ist den jeweiligen Berichtsabschnitten zugeordnet worden.

Der Kontrollamtsdirektor:

Dr. Erich Hechtner

Wien, im Jänner 2007

## ALLGEMEINE HINWEISE

Soweit in diesem Bericht personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Allfällige Rundungsdifferenzen bei der Darstellung von Berechnungen wurden nicht ausgeglichen.

Schützenswerte personenbezogene Daten wurden im Sinn der rechtlichen Verpflichtung zum Schutz derartiger Daten anonymisiert, auf die Wahrung von Geschäfts- und Betriebsgeheimnissen wurde bei der Abfassung des Berichtes Bedacht genommen. Es wird um Verständnis gebeten, dass dadurch die Lesbarkeit des Berichtes beeinträchtigt sein könnte.

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AKH .....	Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - Universitätskliniken
B-VG .....	Bundes-Verfassungsgesetz
DSP .....	Donauspital
EDV .....	elektronische Datenverarbeitung
GGK .....	Großgerätekommission
GGP .....	Großgeräteplan
KAR .....	Krankenanstalt Rudolfstiftung
KAV .....	Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund"
KFJ .....	Kaiser-Franz-Josef-Spital
KHL .....	Krankenhaus Lainz
KHR.....	Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel
LKF .....	Leistungsbezogene Krankenhausfinanzierung
MR-Angiografie.....	Magnetresonanz-Angiografie
MRT.....	Magnetresonanztomografiegerät
NKR.....	Neurologisches Krankenhaus Rosenhügel
ÖBIG .....	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP/GGP.....	Österreichischer Krankenanstalten- und Großgeräteplan
OWS.....	Otto Wagner-Spital
RTA .....	Radiologisch-technische Assistentin
SMZ.....	Sozialmedizinisches Zentrum
TU 1.....	Teilunternehmung Krankenanstalten der Stadt Wien
WIL .....	Wilhelminenspital
WKAP.....	Wiener Krankenanstaltenplan
Wr. KAG .....	Wiener Krankenanstaltengesetz 1987
WStV .....	Wiener Stadtverfassung
ZRI.....	Zentralröntgeninstitut bzw. Institut für Röntgendiagnostik