

*Durch die im Dezember 1998 erfolgte Schließung bzw. Leistungsverlagerung des Mautner Markhof'schen Kinderspitals in die Krankenanstalt Rudolfstiftung erwartete die Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund" (WKAV) u.a. den Abbau von Überkapazitäten im Bereich der Allgemeinen Pädiatrie und Einsparungen bei den laufenden betrieblichen Kosten.*

*Es konnte eine positive Bilanz gezogen werden, da 56 systemisierte Betten abgebaut, die Auslastung der übersiedelten Kinderabteilung im stationären Bereich gesteigert, 107 Dienstposten eingespart und ein beträchtlicher Kostenrückgang erzielt wurden.*

## 1. Einleitung

Nicht nur die vom WKAV in den Jahren 1993 und 1995 in Auftrag gegebenen Studien über den Bedarf an und die Struktur von Allgemeiner Pädiatrie und Neonatologischer Versorgung in Wien zeigten deutliche Überkapazitäten an kinderinternen und kinderchirurgischen Betten auf, auch der im Jahre 1996 vorgelegte Bundesvorschlag eines verbindlichen österreichweiten Krankenanstalten- und Großgeräteplanes für 1997 hatte als Konsequenz zum abnehmenden Spitalsbettenbedarf für Kinder und Jugendliche u.a. die Schließung des Mautner Markhof'schen Kinderspitals (MMK) bis zum Jahr 2005 empfohlen.

Schlug die Stadt Wien seinerzeit als Alternative vor, das MMK mit dem Schwerpunkt Rehabilitation und Remobilisation von Kindern weiterzuführen, so wurde letztlich - wie die weiteren Ausführungen darlegen - von diesem Konzept abgegangen und die Leistungsverlagerung bzw. Schließung des MMK in die Wege geleitet.

## 2. Allgemeines

### 2.1 Geschichtlicher Rückblick

Im Jahr 1872 übergab die Familie Mautner Markhof der Vertretung des 3. Wiener Gemeindebezirkes einen Betrag von 150.000 Gulden als Stiftung zur Errichtung eines Kinderspitals. Drei Jahre später wurde es mit rd. 48 Betten in Betrieb genommen. Die großzügige Unterstützung des Erhaltungsfonds durch die Familie Mautner Markhof dauerte in den darauf folgenden Jahrzehnten mit dem Ankauf von Bauparzellen, der

Widmung von Bettstiftungen und der Bereitstellung von Geld- und Sachmitteln an. Zur Jahrhundertwende wurde das Kinderspital um zwei Isolierpavillons und ein Ambulanzgebäude bedeutend erweitert.

Auf Grund der schwierigen wirtschaftlichen Lage in der Zwischenkriegszeit und des geringen Spendenaufkommens kam es 1924 zur Auflösung der Stiftung durch das Bundeskanzleramt. Nach Zustimmung des Ministerrates beschloss der Gemeinderat im Folgejahr, das MMK mit einem Bettenstand von 200 Betten in die Verwaltung der Stadt Wien zu übernehmen und im Sinne der Stiftungsbedingungen weiterzuführen. Auch wurde festgelegt, dass die Stadt Wien keine Änderung der Zweckbestimmung des Stiftungsvermögens vornehmen dürfe und zu jedem Verkauf oder zu einer anderen Verwendung der Liegenschaft die Zustimmung der Bundesregierung einholen müsse. Ende 1930 wurden die Übergabe und die Auflagen erneut vertraglich festgehalten.

Nach dem Ende des 2. Weltkrieges bis in die späten 80er-Jahre stand das Bemühen im Vordergrund, das MMK durch bauliche und einrichtungsmäßige Maßnahmen schrittweise in ein zeitgemäßes Kinderspital umzuwandeln. Der Rückgang an Kinderinfektionskrankheiten führte zu einer Änderung des medizinischen Leistungsspektrums des MMK in Richtung Kinderchirurgie und Intensivneonatologie.

Mit dem Beginn der Bauarbeiten des Donauspitals im Jahre 1985 begann die Diskussion über den Weiterbestand des MMK, die sich bis in das Jahr 1998 fortsetzen sollte.

## 2.2 Umstrukturierung und Übersiedlung

Als Folge der Inbetriebnahme der kinderchirurgischen Abteilung des Donauspitals im Jahre 1992 kam es zur Schließung der Kinderchirurgie im MMK.

Angesichts der anhaltenden Diskussion über die Zukunft des MMK erteilte der Gemeinderat mit Beschluss vom 30. Juni 1994, Pr.Z. 2208/94, die grundsätzliche Genehmigung, eine Umstrukturierung des MMK ab 1995 in Form eines Fünfjahresprogrammes einzuleiten. Demzufolge sollte das MMK im Rahmen einer Abteilung für

interne Kinderheilkunde (80 Betten) eine 24-Stunden-Kinderambulanz, eine Intensivstation sowie eine Intensivneonatologie führen. Darüber hinaus war vorgesehen, als neuen Schwerpunkt ein Physiotherapeutisches Zentrum für Kinder zu schaffen.

Tatsächlich wurde aber die Intensivneonatologie des MMK mit Beginn des Jahres 1996 - als Modell mit zweijähriger Laufzeit - zur besseren Versorgung der neonatologischen Patienten der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung der Krankenanstalt Rudolfstiftung (KAR) dorthin verlegt. An dem Vorhaben, das MMK als Physiotherapeutisches Zentrum für Kinder zu etablieren, hielt man weiterhin fest.

Der stetige Rückgang der Leistungszahlen des MMK in den Jahren 1996 und 1997 zeigte jedoch, dass die Nachfrage nach kinderinternen und kinderrehabilitativen Leistungen deutlich geringer war als erwartet. In den beiden Jahren waren nur mehr 33 bzw. 30 der 80 systemisierten Betten belegt. Die Ausgaben pro Pflage tag erreichten eine Höhe, die erheblich über den Vergleichswerten von Schwerpunktkrankenanstalten des WKAV lagen. Von einer wirtschaftlich effizienten Betriebsführung des MMK konnte daher nicht mehr gesprochen werden.

In Abänderung des Gemeinderatsbeschlusses aus dem Jahr 1994 fiel im Jänner 1998 die Entscheidung, die Abteilung für Kinderheilkunde mit einer reduzierten Bettenanzahl sowie das Institut für Physikalische Medizin und Kinderrehabilitation in die KAR zu übersiedeln und den Standort MMK aufzulassen.

Mit dem Beschluss des Gemeinderates vom 27. März 1998, Pr.Z. 13/98-GGS, betreffend die Übersiedlung des MMK und die Durchführung von Strukturverbesserungen in der KAR wurde ein Sachkredit in Höhe von rd. 3,67 Mio.EUR für die baulichen Maßnahmen und rd. 0,87 Mio.EUR für die Einrichtung genehmigt. Während die mit dem Sachkredit zu realisierenden Strukturverbesserungen in der KAR im Wesentlichen die Neugestaltung des Ambulanzbereiches im Haupthaus und in der Boerhaavegasse 13 sowie die Errichtung eines Instituts für Physikalische Medizin und Rehabilitation mit integrierter Kinderrehabilitation betrafen, war für die zu übersiedelnde Kinderabteilung des MMK eine Kinderpflegestation mit 24 systemisierten Betten samt entsprechenden

Mutter-Kind-Einheiten vorgesehen.

Im April 1998 übergab das MMK die von ihm bisher verwalteten Personalwohnhäuser Landstraßer Hauptstraße und Schlachthausgasse an die KAR, wobei das letztgenannte Personalwohnhaus mit Jänner 2000 an die Magistratsabteilung 12 weitergegeben wurde.

Nach Fertigstellung der Stationssanierung und Transferierung der Kinderabteilung in die KAR wurde der Betrieb des MMK als Krankenanstalt mit 16. Dezember 1998 eingestellt. Entsprechend dem Übertragungsakt aus dem Jahre 1924 erteilte der Ministerrat Ende 1998 die Zustimmung, die Liegenschaft für einen allfälligen Verkauf oder für eine andere Verwendung heranziehen zu dürfen. Hinsichtlich der Nachnutzung und Verwertung dieser Liegenschaft wird auf eine gesonderte Prüfung des Kontrollamtes verwiesen.

### 2.3 Auswirkungen der Integration des MMK auf die KAR

Die KAR verfügt somit seit Ende 1998 über eine Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde mit 24 systemisierten Betten und acht Betten für Begleitpersonen sowie über eine 24-Stunden-Kinderambulanz mit Spezialambulanzen. Im Februar 2001 wurde die im Jahre 1996 vom MMK in die KAR verlegte Intensivneonatologie mit elf Inkubatorplätzen bzw. Betten der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde zugeordnet.

Die Arbeiten zur Schaffung eines eigenen Instituts für Physikalische Medizin und Kinderrehabilitation am Standort KAR gingen über das Planungsstadium nicht hinaus. Die Ende 1998 mit der Planung und Integration eines solchen Bereiches beauftragte Institutsleiterin wurde ebenso wie ein Mitarbeiter Ende 2001 in das Sozialmedizinische Zentrum Floridsdorf versetzt, sodass eine allfällige Betreuung der Kinder seitdem vom bestehenden Institut für physikalische Medizin und Rehabilitation der KAR wahrgenommen wird.

Das jahrelang verfolgte Konzept zur Schaffung eines eigenen Instituts für Physikalische Medizin und Kinderrehabilitation am Standort MMK bzw. KAR wurde damit endgültig

aufgegeben, wobei die dreijährige Planungsphase in der KAR im Hinblick auf die damit gebundenen Personalressourcen zu lang bemessen erschien.

### 3. Vom WKAV prognostiziertes Einsparungspotenzial

Wie aus den eingesehenen Unterlagen hervorging, führte die Generaldirektion des WKAV (WKAV-GD) erst im Februar 1998 umfassende Berechnungen über das zu erwartende Einsparungspotenzial bezüglich der Standortänderung MMK durch. Basierend auf einem Konzept der WKAV-GD - im Folgenden Variante A genannt - und basierend auf einem Konzept der KAR - im Folgenden Variante B genannt - entstanden zwei Berechnungen, die unterschiedliche Ergebnisverbesserungen voraussagten, obwohl ihnen das gleiche Berechnungsmodell zu Grunde lag.

Basierend auf den allerdings von einem eingeschränkten Betrieb ausgehenden Werten des Voranschlages 1998 wurden die jährlich wegfallenden Betriebsausgaben und Betriebseinnahmen des MMK den jährlich zuwachsenden Betriebsausgaben und Betriebseinnahmen des in die KAR zu übersiedelnden Leistungsbereiches gegenübergestellt und die sich daraus ergebende Einsparung ermittelt. Etwaige Erhaltungskosten bzw. Erlöse aus der Verwertung des stillgelegten MMK blieben - wie die für die Übersiedlung notwendigen Investitionsausgaben - unberücksichtigt.

Inhaltlich unterschieden sich die Varianten A und B jedoch einerseits im vorgesehenen Leistungsumfang der zu übersiedelnden Kinderambulanz und andererseits im veranschlagten Personalbedarf. Während in der Variante A von einer Tagesambulanz und von einem Personalbedarf in Höhe von 60,5 korrigierten Beschäftigten die Rede war, ging die Variante B von einer 24-Stunden-Kinderambulanz und von einem Personalbedarf von 87,5 korrigierten Beschäftigten aus. Demgemäß führte die Variante A zu einem jährlichen Einsparungspotenzial von rd. 4,55 Mio.EUR und die Variante B zu einem solchen von rd. 3,18 Mio.EUR (beide Beträge auf Preisbasis 1998).

Von den Entscheidungsträgern wurde letztlich der Variante B der KAR gegenüber der Variante A der WKAV-GD der Vorzug gegeben, wobei das jährliche Einsparungspotenzial in der Folge - ohne Berücksichtigung des Einnahmenentganges - mit

3,42 Mio.EUR (Preisbasis 1998) benannt wurde. Valorisiert mit dem Verbraucherpreisindex entspricht dies einem Betrag von rd. 3,55 Mio.EUR für das Jahr 2000.

#### 4. Würdigung des Einsparungspotenzials durch das Kontrollamt

Sowohl die vom Kontrollamt angestellte Berechnung eines allfälligen Kostenrückganges als auch die Darstellung der Entwicklung der Kapazitäts- und Leistungsdaten sowie des Personalstandes basieren auf einem Vergleich der Jahre 1996 und 2000. Das Jahr 1996 wurde gewählt, weil es noch eine Periode des Normalbetriebes des MMK vor der Übersiedlung darstellte und die Leistungskennzahlen erstmals bereinigt um die Begleitpersonen vorlagen. Diesem wurden die Daten des Jahres 2000 gegenübergestellt, da es bereits ein Jahr des Vollbetriebes der neuen Abteilung widerspiegelt und darüber hinaus der Kostennachweis 2001 zum Zeitpunkt der Prüfung noch nicht zur Verfügung stand.

#### 4.1 Entwicklung der Kapazitäts- und Leistungsdaten

Im Folgenden werden ausgewählte Kapazitäts- und Leistungsdaten des stationären sowie ambulanten Bereiches des ehemaligen MMK sowie der neuen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde der KAR überblicksweise dargestellt und erläutert.

##### 4.1.1 Stationärer Bereich

Daten lt. Kranken- anstaltenstatistik	1996	2000	Differenz	
	MMK	KAR Kinderabt.	absolut	in %
systemisierte Betten	80	24	-56	-70,0
belegbare Betten	69,8	24	-45,8	-65,6
durchschnittlich belegte Betten	33,2	15,5	-17,7	-53,3
Belagstage	12.140	5.669	-6.471	-53,3
Auslastung auf Basis systemisierter Betten	41,5%	64,5%	+23	+55,4
Auslastung auf Basis belegbarer Betten	47,5%	64,5%	+17	+35,8
stationäre Patienten *)	2.580	1.657	-923	-35,8
Begleitpersonen (Aufnahmen)	1.155	875	-280	-24,2
Eintagespflegen	146	77	-69	-47,3

Durch Rundungen entstandene Differenzen wurden nicht korrigiert.

\*)lt. Krankenanstalten-Statistik/Kostenstellenebene (inkl. Zu- und Abverlegungen)

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, waren im Jahre 1996 nicht einmal die Hälfte der

systemisierten oder belegbaren Betten mit Patienten belegt. Durch die Ende 1998 erfolgte Integration des MMK in die KAR gelangten schließlich 56 Betten zur Absystemisierung, wodurch es zu einer Reduktion von immerhin 70 % des ehemaligen Bettenangebotes kam. Die Verminderung betraf 52 pädiatrische Betten und vier Intensivbetten. Ex post betrachtet bestätigte sich, dass der massive Bettenabbau - mit Hinweis auf die Entwicklung der Belagszahlen - zu keinem Engpass in der medizinischen Versorgung der Kinder des 3. und 11. Bezirkes führte. Von den in der neuen Kinderabteilung der KAR verbliebenen 24 Betten waren nämlich im Jahr 2000 im Durchschnitt nur 15,5 Betten belegt.

Was die Auslastung der neuen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde betrifft, überschritt sie zwar mit 64,5 % auf Basis belegbarer Betten (exkl. Begleitpersonen) im Jahr 2000 deutlich den Vergleichswert des MMK von 47,5 %, erreichte damit aber nur das untere Niveau der durchschnittlichen Bettenauslastungen anderer allgemeiner Kinderabteilungen des WKAV.

Des Weiteren war festzustellen, dass die Zahl an stationären Patienten prozentuell etwas stärker sank als die Aufnahmen der für Kinderabteilungen typischen Anzahl von Begleitpersonen. Das Verhältnis Patienten zu Begleitpersonen von über 2 : 1 im Jahr 1996 ging damit im Jahr 2000 etwas zurück.

Der angeblich durch Begleitpersonen verursachte höhere Betreuungsaufwand für Spitalpersonal veranlasst die Verantwortlichen von Kinderabteilungen immer wieder dazu, die Bettenauslastung ihres Bereiches inkl. der Begleitpersonen darzustellen. Auch die KAR legte dem Kontrollamt Unterlagen vor, wonach die durchschnittliche Bettenauslastung der Kinderabteilung inkl. Begleitpersonen im Jahr 2000 beachtliche 94 % betragen würde. Hiezu war anzumerken, dass sich diese Auslastung nur deshalb ergab, weil der Berechnung lediglich die Patientenbetten und nicht auch die Betten für Begleitpersonen zu Grunde gelegt wurden. Eine Einbeziehung der Betten für Begleitpersonen hätte die durchschnittliche Auslastung auf rd. 70 % reduziert.

Während im Jahr 2000 die Zahl der Eintagespflegen WKAV-weit erneut deutlich

zugenommen hat, kam ihnen in der eingesehenen Kinderabteilung eine vernachlässigbare Bedeutung zu. Im Jahr 2000 waren lediglich 77 Eintagespflegen zu verzeichnen, um 69 weniger als 1996.

#### 4.1.2 Ambulanter Bereich

Wie bereits dargelegt, führte die Standortschließung des MMK zur Übersiedlung der 24-Stunden-Kinderambulanz (inkl. einer Kinderchirurgischen Konsiliarambulanz mit erweiterten Öffnungszeiten) und des Instituts für physikalische Medizin und Kinderrehabilitation in die KAR. Die anderen medizinischen Leistungsbereiche des MMK - wie Röntgen und Labor - wurden hingegen aufgelassen, da die KAR als Schwerpunkt-krankenhaus über diesbezügliche Infrastruktureinrichtungen verfügt.

Was das Institut für Physikalische Medizin und Kinderrehabilitation anlangt, stellte sich die Situation für das Kontrollamt derart dar, dass die Arbeiten zur Schaffung eines eigenen Instituts am Standort KAR über das Planungsstadium nicht hinausgingen. Über die Leistungen des schließlich für einen Zeitraum von drei Jahren als Provisorium geführten Instituts konnten von der KAR keine entsprechenden Daten vorgelegt werden.

#### Stellungnahme der Generaldirektion der Unternehmung "Wiener Krankenanstaltenverbund":

Leistungsdaten für das Institut für Physikalische Medizin und Kinderrehabilitation wurden von der Primarärztin des Instituts 1997/1998 an die damalige Projektleiterin übermittelt. Diese waren handschriftlich geführt und konnten für eine aussagekräftige Leistungsstatistik nicht herangezogen werden.

Mit der Versetzung der Institutsleiterin und zweier Mitarbeiter in das Sozialmedizinische Zentrum Floridsdorf (Ende 2001) wird eine allfällige Betreuung von Kindern vom Institut für Physikalische Medizin von der KAR wahrgenommen, entsprechende Leistungsaufzeichnungen liegen auf.



Die nachstehende Tabelle beschränkte sich somit auf die Darstellung der 24-Stunden-Kinderambulanz (inkl. Kinderchirurgischer Konsiliarambulanz):

Daten lt. Kranken- anstaltenstatistik	1996	2000	Differenz	
			absolut	in %
Ambulanter Bereich	MMK Pädiatrische Ambulanz	KAR Interne Kinderamb.		
ambulante Fälle	10.800*)	9.375	-1.425	-13,2
Frequenz ambulante Patienten	23.160	23.825	665	+2,9
Frequenz stationäre Patienten	2.448	1.190	-1.258	-51,4
Gesamtfrequenz	25.608	25.015	-593	-2,3

Durch Rundungen entstandene Differenzen wurden nicht korrigiert.

\*) inkl. ambulante Fälle des Instituts für Physikalische Medizin

Der Krankenanstaltenstatistik zufolge handelt es sich bei den ambulanten Fällen um die Anzahl der nichtstationären Patienten, die auf einer Ambulanz während eines Kalenderjahres mit einem Krankheitsfall behandelt werden und von außerhalb der Krankenanstalt kommend diese Ambulanz direkt aufsuchen. Unter dem Begriff Frequenz wird hingegen die Anzahl der Patientenbesuche eines Kalenderjahres verstanden.

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, ging die Zahl der ambulanten Fälle im Vergleichszeitraum um mehr als 10 % zurück. Dies hat seine Ursache darin, dass in den ambulanten Fällen der Pädiatrischen Ambulanz des MMK wegen der dortigen Ambulanzstruktur auch die Patienten des Instituts für Physikalische Medizin mitgezählt wurden, während im Jahr 2000 entsprechende Zahlen fehlten. Von einer weiteren Analyse wurde daher zu Gunsten der bereinigten Ambulanzfrequenzen Abstand genommen.

Bedingt durch den Bettenabbau trat ein massiver Rückgang in der Frequenz stationärer Patienten ein. Da demgegenüber die Frequenz ambulanter Patienten nur geringfügig anstieg, ging die Gesamtfrequenz der Kinderambulanz im Jahr 2000 gegenüber 1996 um rd. 2,3 % zurück.

Zur Zeit der Einschau war anzumerken, dass sich die seinerzeitige Erwartung der Verantwortlichen der KAR nicht erfüllte, wonach die Integration der Kinderambulanz des MMK in die KAR als Schwerpunktkrankenhaus zu einem erheblichen Anstieg der Ambulanzfrequenzen führen werde. Vielmehr hatte die Verlegung der Kinderambulanz

trotz Beibehaltung bzw. im Falle der Kinderchirurgischen Konsiliarambulanz Erweiterung des medizinischen Versorgungsangebotes keine nachhaltigen Auswirkungen auf die Patientennachfrage.

#### 4.2 Entwicklung des Personalstandes

##### 4.2.1 Übersiedlung und Umstrukturierung

Als Ausgangsbasis für die Darstellung der Entwicklung des Personalstandes des MMK im Zeitraum 1996 bis 2000 wurde der systemisierte Personalstand 1996 herangezogen. Demzufolge verfügte das MMK über 212 Dienstposten. Hiezu war anzumerken, dass der Dienstpostenstand 1996 des MMK bereits das Ergebnis einer im Jahre 1995 durchgeführten Perlustrierung durch die Magistratsdirektion war, die zu einem Abbau von Dienstposten geführt hatte. Sowohl die unbefriedigende Auslastung als auch die anhaltende Diskussion über eine mögliche Schließung des MMK waren hierfür verantwortlich gewesen.

Wie bereits erwähnt, wurde der Betrieb des MMK nach Übersiedlung der Kinderabteilung in die KAR mit Dezember 1998 eingestellt. Diese Umstrukturierung löste folgende Personalmaßnahmen aus:

Dienstposten	1996	2000			
	MMK	KAR	WKAV	Solldienstpostenplan	MD-Personalausgleichsstelle
I. Leitung	3	1			1
II. Verwaltungspersonal	13	7	10		4
III. Sonst.d.Leitung zug.Pers.	5	1			4
IV. ärztliches Personal	21	25			
V. Apothekenpersonal			1		
VI. Med. Fach- und Hilfspers.	13	5	2		6
VII. Pflegepersonal	99	32	5	57	6
VIII. Erziehungspersonal	1	1			
IX. Betriebspersonal	49	11			25
X. Technisches Personal	2	1			1
<i>Summe I-X Vollbeschäftigte</i>	<i>206</i>	<i>84</i>	<i>18</i>	<i>57</i>	<i>47</i>
Teilbeschäftigtes Pers.	5	1	2	1	1
Freigestelltes Personal					
Genehmigter Überstand	1				1
Gesamtsumme	212	85	20	58	49

Der Ordnung halber sei angemerkt, dass in dieser Tabelle einzelne Summen der Aufteilung 2000 auf Grund der berufsgruppenübergreifenden Umwandlung von Dienstposten gegenüber den Ausgangswerten des systemisierten Personalstandes 1996 abweichen.

Wie der Tabelle zu entnehmen ist, wurden von den 212 Dienstposten im Zuge der Übersiedlung des MMK insgesamt 85 in die KAR transferiert, wodurch die Personalforderung der Variante B weitestgehend zur Umsetzung gelangte. Weitere 20 Dienstposten wurden anderen Krankenanstalten des WKAV zur Deckung ihres Personalbedarfes zugeteilt oder in den Dienstpostenpool für das zu errichtende Geriatriezentrum Floridsdorf eingebracht.

Darüber hinaus wurden zur Erreichung des Solldienstpostenplanes für das Krankenpflegepersonal 58 Dienstposten auf andere Krankenanstalten des WKAV aufgeteilt. Die dabei frei gewordenen Überstandsposten wurden anschließend in die Magistratsdirektion - Personalausgleichsstelle (MD-PAST) transferiert. Nähere Erläuterungen zum Solldienstpostenplan und zu den damit in Verbindung stehenden Überstandsposten sind dem Bericht des Kontrollamtes über die Auswirkungen der Übersiedlung der Kinderklinik Glanzing, Pkt. 4.2.1, zu entnehmen.

Was die in der letzten Spalte dargestellte unmittelbare Transferierung von 49 Dienstposten in die MD-PAST betrifft, trug diese zu einem Rückgang des systemisierten Gesamtpersonalstandes des WKAV bei, der auch durch Personalmaßnahmen in anderen Bereichen zumindest bis 2001 nicht aufgehoben wurde. Der damit einhergegangene Personalabbau erfolgte u.a. durch Erstellung eines Sozialplanes, Pensionierungen oder Versetzungen in andere Einrichtungen des WKAV.

Eine Analyse der im Zuge der Leistungsverlagerung bzw. Schließung des MMK gesetzten Personalmaßnahmen ergab, dass diese vor allem zu einem Stellenabbau bei jenen Berufsgruppen geführt hatten, die in den nichtmedizinischen Versorgungsbereichen (wie z.B. Betriebsdienst, Küche oder Technik) tätig waren. Beim Pflegepersonal war ebenfalls ein Postenrückgang zu verzeichnen, allerdings wegen der

erfolgten Leistungsverlagerung in einem geringeren Umfang als beim nichtmedizinischen Personal. Darüber hinaus bewirkte die Integration des MMK in einzelnen Organisationseinheiten der KAR (wie z.B. Röntgen, Labor und Verwaltung) einen Mehrbedarf an Personal. Dieser fiel zum Teil etwas höher aus, da die KAR - wie dem Kontrollamt mitgeteilt wurde - bei der Personalausstattung punktuell einen Nachholbedarf hatte.

Der Großteil der insgesamt 13 umgewandelten Dienstposten des Betriebspersonals wurde zur Schaffung von Dienstposten des Ärzte- und Verwaltungspersonals (Abteilungsschreibkräfte) herangezogen. Hinsichtlich der Ärztedienstposten führte dies dazu, dass deren Anzahl nach der Umstrukturierung höher war als vorher. Dies wurde dem Kontrollamt gegenüber damit begründet, dass unabhängig von der Übersiedlung des MMK vier Dienstposten für die Aufnahmestation der KAR verwendet wurden, um die seit Anfang 1996 in der KAR Dienst zugeteilten Neonatologen mit den entsprechenden Dienstposten auszustatten.

Addiert man die unmittelbar in die MD-PAST eingebrachten Dienstposten mit jenen im Zusammenhang mit dem Solldienstpostenplan des Krankenpflegepersonals in die MD-PAST transferierten Überstandsposten, so zeigt sich, dass der WKAV im Rahmen der Übersiedlung des MMK letztlich insgesamt 107 Dienstposten einsparte, was in einem entsprechenden Kostenrückgang seinen Niederschlag finden musste.

#### 4.2.2 Personalausstattung

Der Personalbedarf der KAR anlässlich der Integration des MMK war - wie bereits unter Pkt. 3 erläutert - in den zur Auswahl stehenden Varianten A und B unterschiedlich hoch bemessen. Mit der beinahe vollständigen Umsetzung der von der KAR eingebrachten Variante B, die im Unterschied zur Variante A der WKAV-GD eine 24-Stunden-Kinderambulanz und eine Personalaufstockung in Teilbereichen vorsah, wurde schließlich der leistungs-, personal- und damit kostenintensiveren Variante der Vorzug gegeben.

Wie das Kontrollamt den zur Verfügung gestellten Projektunterlagen entnehmen konnte, hatte die WKAV-GD seinerzeit die Ansicht vertreten, dass die mäßige

Auslastung am Standort MMK keine eigene organisatorische Einheit einer 24-Stunden-Kinderambulanz rechtfertigt und das Donauespital sowie das Preyer'sche Kinderspital ohnehin über entsprechende Versorgungseinrichtungen verfügten. Die von ihr vorgeschlagene Mitversorgung der Kinderambulanz ab 13.00 Uhr durch die im Hauptgebäude der KAR situierte Interne Kinderstation oder andere 24-Stunden-Ambulanzen stand zwar vor der Übersiedlung zur Diskussion, wurde aber letztlich zu Gunsten der mit der Kollegialen Führung der KAR getroffenen Vereinbarung zurückgestellt. Demnach wäre der "Rund um die Uhr-Betrieb" der dislozierten Kinderambulanz zunächst als Provisorium einzurichten und die Inanspruchnahme ein Jahr nach Inbetriebnahme einer Evaluierung zu unterziehen gewesen. In diese Überprüfung sollten auch die erweiterten Öffnungszeiten der als Spezialambulanz der Internen Kinderambulanz geführten Kinderchirurgischen Konsiliarambulanz, Mo - Fr von 8.00 - 16.00 Uhr anstatt 8.00 - 13.00 Uhr, einbezogen werden. Als Folge des provisorisch eingerichteten Ambulanzbetriebes wurde ein Teil der transferierten Dienstposten sowie je ein Nachtdienst des Ärzte- und Pflegepersonals nur befristet zur Verfügung gestellt.

Wie das Kontrollamt im Zuge seiner Erhebungen im 1. Quartal 2002 feststellte, verfügte die neue Kinderabteilung der KAR nach wie vor über eine Kinderambulanz mit einem 24-Stunden-Betrieb. Da die nach einem Jahr geplante Evaluierung noch nicht erfolgte, wurde ein Großteil der befristeten Dienstposten bzw. Nachtdienste von Seiten der WKAV-GD im Jahresrhythmus bis 2002 verlängert. Nicht unerwähnt bleiben soll, dass die Ärztliche Direktion der KAR auf die Entwicklung der ambulanten und stationären Leistungen der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde insofern reagierte, als sie im Jänner 2001 die Reduzierung der ursprünglichen drei Ärztenachtdienste der Kinderabteilung wochentags auf zwei Nachtdienste veranlasste. Weiters wurde ein Tagdienst aus Zweckmäßigkeitsgründen in die Nachmittagsstunden verlegt.

Auch wenn die von der KAR getroffenen Personalmaßnahmen im ärztlichen Bereich grundsätzlich zu begrüßen waren, bestand nach Ansicht des Kontrollamtes weiterhin Handlungsbedarf in Bezug auf eine Überprüfung der Notwendigkeit des 24-Stunden-Betriebes der dislozierten Kinderambulanz und des an Wochenenden und Feiertagen

eingerrichteten dritten Ärztenachtdienstes. Die Integration der Kinderambulanz in die KAR führte nämlich nicht zu dem erhofften Anstieg der Ambulanzfrequenzen. Tatsächlich war ein geringfügiger Rückgang bei den Frequenzen gegenüber den Werten des MMK feststellbar. Darüber hinaus stellte sich bei einem vom Kontrollamt angestellten Vergleich mit anderen 24-Stunden-Internen Kinderambulanzen des WKAV heraus, dass die Kinderambulanz der KAR bei der Kennzahl "Frequenz je korrigierten Beschäftigten" in den Jahren 2000 und 2001 mit Abstand die niedrigsten Werte auswies.

Das Kontrollamt kam daher zum Ergebnis, dass die von der WKAV-GD ursprünglich verfolgte Variante, die Kinderambulanz als Tagambulanz zu führen und außerhalb der Betriebszeiten durch die Interne Kinderstation oder andere Ambulanzen im Hauptgebäude mitzuversorgen, angesichts des größten Einspareffekts erneut aufzugreifen wäre.

Hinsichtlich der Kinderchirurgischen Konsiliarambulanz ergab sich, dass die erweiterten Öffnungszeiten auf Grund von Personalengpässen nicht aufrecht erhalten werden konnten, was zwar angesichts der sinkenden Inanspruchnahme von Patientenseite zu keinem Versorgungsengpass führte, die Ambulanzfrequenz 2001 aber merklich sinken ließ. Das Kontrollamt stellte daher die Notwendigkeit einer Kinderchirurgischen Konsiliarversorgung am Standort KAR grundsätzlich in Frage und empfahl, die Auflassung derselben zu überprüfen.

Die Kollegiale Führung der KAR hat den Auftrag, bei der Umsetzung der anstehenden strukturellen Veränderungen im Bereich der Kinderabteilung entsprechende organisatorische Maßnahmen zu treffen, um nachhaltig weitere Einsparungen zu erwirken.

Dies trifft auf den Bereich der Kinderambulanz mit einem 24-Stunden-Betrieb zu. Die ursprünglich verfolgte Variante, die Kinderambulanz als Tagambulanz zu führen und außerhalb der Betriebszeiten durch die interne Kinderstation mitzuversorgen, ist eine Variante, die das Haus im Rahmen der bereits erwähnten

geplanten Struktur- und Organisationsveränderung derzeit prüft. Ebenso wird die Notwendigkeit der kinderchirurgischen Konsiliarversorgung am Standort KAR nochmals geprüft. Geplant ist, die Kinderambulanz (nach Beseitigung des Platzmangels in der KAR) im Zuge der Hallensanierung in das Haupthaus zu verlagern, als Tagambulanz zu führen und in den Nachtstunden von der Station der Kinderabteilung zu betreuen.

#### 4.3 Berechnungsmodell des Kontrollamtes

##### 4.3.1 Personal- und Sachkosten

Die vom Kontrollamt angestellte Berechnung zur Ermittlung eines auf die Umstrukturierung zurückgeführten Kostenrückganges basierte auf folgenden Prämissen:

- Das Berechnungsmodell gründete sich auf Kostenrechnungsdaten, da die Finanzbuchhaltung zwar die Ausgaben und Einnahmen einer Krankenanstalt, nicht aber jene einzelner Abteilungen bzw. Bereiche ausweist. Durch verschiedene Bereinigungen wurde allerdings versucht, die Kostenrechnungsdaten den Finanzbuchhaltungsdaten so weit wie möglich anzunähern.
- Unter Einsparungspotenzial im Sinne des Modells sind jene Beträge zu verstehen, die jährlich aus dem Rückgang der beim Betrieb anfallenden Kosten, also der Personal- und Sachkosten, realisiert werden.
- Die Investitionskosten fanden daher keine Berücksichtigung. Nähere Ausführungen hiezu sind aber dem Pkt. 4.3.2 zu entnehmen.
- Aus demselben Grund wurden die Einnahmen ausgeklammert. Unabhängig davon nahm das Kontrollamt eine Beurteilung der Auswirkungen der Einnahmementwicklung auf das Einsparungspotenzial in einem gesonderten Punkt (4.3.3) vor.
- Als Vergleichsjahre für die Berechnung des Kostenrückganges wurden die Jahre 1996 und 2000 gewählt. Die Gründe hierfür wurden im Pkt. 4 des vorliegenden Berichtes erläutert.
- Die durch die Umstrukturierung und die medizinische Entwicklung bedingte Änderung des medizinischen Leistungsspektrums fand zweifellos ihren Niederschlag in den Kosten des Jahres 2000. Sich daraus ergebende Auswirkungen auf die Kosten-

entwicklung waren nicht bezifferbar und fanden daher Eingang in die Berechnung.

- Die für den ehemaligen Krankenhausstandort - mangels erfolgter Verwertung - auch noch im Jahr 2000 anfallenden Sachausgaben (wie z.B. notwendige Instandhaltung, Bewachung, etc.) wurden nicht kostenerhöhend angesetzt.

Unter Berücksichtigung der genannten Voraussetzungen errechnete das Kontrollamt hinsichtlich der Übersiedlung des MMK folgenden in der Tabelle dargestellten Kostenrückgang 2000 gegenüber 1996:

	1996 in EUR	2000 in EUR
bereinigte Endkosten des MMK (inkl. Personalwohnhäuser)	8.001.642,00	
bereinigte Endkosten der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde in der KAR (inkl. Kinderambulanz)		3.777.378,00
bereinigte Endkosten der Personalwohn- häuser des ehemaligen MMK		74.485,00
Summe	8.001.642,00	3.851.863,00
zuzüglich Personalaufstockungen in der KAR und in anderen Krankenanstalten des WKAV aus Anlass der Übersiedlung des MMK		+ 500.000,00
zuzüglich Kostenzuwächse in anderen Kinderabteilungen des WKAV		-
abzüglich Summe der bereinigten Endkosten 1996 valorisiert auf 2000		- 8.416.923,00
Kostenrückgang 2000 gegenüber 1996		- 4.065.060,00

Vorweg sei angemerkt, dass unter den bereinigten Endkosten im Sinne des Berechnungsmodells jene Kosten zu verstehen sind, die nach Abzug der Pensionen, der kalkulatorischen Zusatzkosten und des fiktiven 17-prozentigen Verwaltungskostenbeitrages verbleiben.

Zur Ermittlung des Kostenrückganges wurde zunächst die Summe der bereinigten Endkosten 1996 des ehemaligen MMK jenen bereinigten Endkosten gegenübergestellt, die im Jahr 2000 nach der Umstrukturierung anfielen. Dabei handelt es sich einerseits um die Kosten der neuen Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde sowie der neuen Internen Kinderambulanz in der KAR und andererseits um die Kosten des Personalwohnhauses Landstraßer Hauptstraße, das als einziges der drei Personalwohnhäuser



des MMK weitergeführt wird. Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass auch die Kosten eines Monats des Personalwohnhauses Schlachthausgasse Berücksichtigung fanden, da dieses erst mit 1. Februar 2000 aus der Verwaltung der KAR ausschied.

Das vom MMK in die KAR transferierte medizinisch-technische Personal, Verwaltungs- und Betriebspersonal wurde nicht (wie das ärztliche und das Pflegepersonal) kostenrechnungsmäßig der neuen Kinderabteilung zugeordnet, sondern entsprechend der Organisationsstruktur der KAR auf anderen Kostenstellen ausgewiesen. Durch die Umlage der anteiligen Sekundärkosten dieser Kostenstellen auf die neue Kinderabteilung der KAR wurde zwar ein Teil der Personalvermehrung berücksichtigt, aber nicht in dem Ausmaß, in dem die Personalaufstockung in Teilbereichen der KAR auf Grund des Nachholbedarfes tatsächlich erfolgte.

Zudem fand in den bisherigen Positionen des Berechnungsmodells jene Zuteilung von Dienstposten (vgl. Pkt. 4.2.1) keine Berücksichtigung, die anlässlich der Übersiedlung des MMK in die KAR in anderen Einrichtungen des WKAV vorgenommen wurde. Zur Erreichung einer weitestgehenden Kostenwahrheit sah sich das Kontrollamt daher veranlasst, neben der oben erwähnten Personalaufstockung in der KAR auch die WKAV-weiten Dienstpostentransferierungen kostenmäßig zu bewerten und in das Berechnungsmodell einzubeziehen. Für die Ermittlung des kostenerhöhend veranschlagten Betrages von rd. 0,50 Mio.EUR wurden die durchschnittlichen Personalkosten des WKAV herangezogen, wobei jene Dienstposten, die in den Dienstpostenpool des im Jahr 2001 in Betrieb genommenen Geriatriezentrums Floridsdorf eingebracht wurden, mangels Kostenwirksamkeit im Jahr 2000 ausgeklammert blieben.

Was die Frage anlangt, ob der im Zuge der Übersiedlung des MMK erfolgte Bettenabbau die Auslastungen der anderen im WKAV bestehenden allgemein-pädiatrischen Kinderabteilungen beeinflusste, wird auf den Bericht des Kontrollamtes über die Auswirkungen der Übersiedlung der Kinderklinik Glanzing auf die Kosten des WKAV verwiesen. Die Prüfung ergab, dass der mit den Standortschließungen von Kinderspitälern Ende 1998/Anfang 1999 verbundene Kapazitätsabbau durch den rückläufigen Trend an stationären Aufenthalten von Kindern und eine entsprechende

Versorgung durch niedergelassene Kinderärzte im Großen und Ganzen kompensiert wurde. Das Kontrollamt nahm daher auch im Falle der Umstrukturierung des MMK keine Veranschlagung von Kostenzuwächsen in anderen Krankenanstalten des WKAV vor, die das Einsparungspotenzial gekürzt hätten.

Als letzter Schritt wurde schließlich die Summe der bereinigten Endkosten 1996 - zwecks Vergleichbarkeit mittels Steigerung des Verbraucherpreisindexes valorisiert auf 2000 - von den Kosten des Jahres 2000 in Abzug gebracht. Der so ermittelte Saldo betrug rd. 4,07 Mio.EUR und entsprach unter den genannten Voraussetzungen dem sich aus der Übersiedlung des MMK in die KAR ergebenden Rückgang der Personal- und Sachkosten des Jahres 2000 gegenüber 1996. Damit errechnete das Kontrollamt ein höheres jährliches Einsparungspotenzial als der WKAV, der allerdings bei seinem Ansatz der wegfallenden Betriebsausgaben vom nicht mehr repräsentativen Wirtschaftsjahr 1998 ausgegangen war.

Die Möglichkeiten, durch die Verlagerung des MMK in die KAR Einsparungen zu erzielen, dürften noch nicht zur Gänze ausgeschöpft sein. In Anbetracht dessen, dass die Überprüfung der Notwendigkeit der als Provisorium geführten 24-Stunden-Kinderambulanz inkl. der kinderchirurgischen Konsiliarversorgung bis zum Prüfungszeitpunkt noch ausständig war und sich bei der Auslastung der Ambulanzeinrichtungen entgegen den ursprünglichen Vorstellungen keine Verbesserung einstellte, wäre bei entsprechender Reduzierung der Betriebszeiten bzw. Personalausstattung der Kinderambulanz ein weiterer Kostenrückgang zu erwarten.

#### 4.3.2 Investitionen

Unter Bezugnahme auf den Beschluss des Gemeinderates vom 27. März 1998, Pr.Z. 13/98-GGS, betreffend die Übersiedlung des MMK und die Durchführung von Strukturverbesserungen in der KAR, teilte die Technische Direktion der KAR dem Kontrollamt mit, dass von den ursprünglich genehmigten Sachkreditmitteln in Höhe von rd. 4,54 Mio.EUR der größte Teil für die Realisierung der geplanten Strukturverbesserungen in der KAR verwendet wurde und nur rd. 1,24 Mio.EUR unmittelbar in die Bau- und Einrichtungskosten der neuen Kinderabteilung inkl. Ambulanz flossen, wobei

insgesamt betrachtet mit dem genehmigten Sachkreditrahmen das Auslangen gefunden werden konnte.

Geht man davon aus, dass im Jahre 1998 für eine kindergerechte und leistungsbezogene Umgestaltung des MMK ein Investitionserfordernis von rd. 21,80 Mio.EUR erhoben wurde, so konnte schließlich mit rd. 6 % dieses Betrages die Errichtung der neuen Kinderabteilung in der KAR verwirklicht werden.

Ein Vergleich des getätigten Investitionsvolumens von rd. 1,24 Mio.EUR mit den durchschnittlichen jährlichen Investitionsausgaben (Zeitraum 1990 bis 1995) des ehemaligen MMK von rd. 0,69 Mio.EUR zeigte, dass am vormaligen Standort MMK - unter der Annahme einer gleich bleibenden Investitionstätigkeit ohne größere Umbauarbeiten bzw. Neuanschaffungen - innerhalb von nur zwei Jahren gleich hohe Investitionsausgaben angefallen wären wie aus dem Anlass der Umstrukturierung.

Auch eine Gegenüberstellung der zu erhaltenden Nutzfläche des ehemaligen MMK (1996) von 13.714 m<sup>2</sup> mit jener der neuen Kinderabteilung der KAR (2000) von 833 m<sup>2</sup> verdeutlicht, dass die mit der Integration des MMK verfolgte Standortkonzentration nachhaltige Einsparungen bei den Investitionsausgaben des WKAV mit sich bringen wird.

#### 4.3.3 Einnahmen

Der mit der Leistungsverlagerung in die KAR verbundene Kapazitätsabbau von systemisierten Betten sollte naturgemäß nicht nur ausgabenseitige, sondern auch einnahmenseitige Auswirkungen zur Folge haben.

Sowohl die Variante A der WKAV-GD als auch die Variante B der KAR enthielt einen prognostizierten Einnahmerückgang in Höhe von rd. 0,23 Mio.EUR (Preisbasis 1998), der das zu erwartende Einsparungspotenzial schmälerte. Dieser war allein auf wegfallende "Sonstige Einnahmen" zurückzuführen, da von gleich bleibenden stationären und ambulanten Einnahmen ausgegangen wurde. Wie bereits erwähnt, fand dieser Rückgang aber letztlich keine Berücksichtigung im Ausweis der Ergebnisverbesserung.

Auch das Kontrollamt stellte Überlegungen an, die Entwicklung der Einnahmen aus stationären Leistungen der betreffenden bettenführenden Abteilungen des MMK und der KAR vor bzw. nach der Umstrukturierung in sein Berechnungsmodell einzu- beziehen. Die Einnahmen aus ambulanten Leistungen blieben unberücksichtigt, da sie einerseits nur einen geringen Anteil der Einnahmen ausmachen und andererseits pauschal bzw. leistungsunabhängig zur Verrechnung gelangen. Allfällige Erlöse (wie z.B. Erstattungen des Personals für Verpflegung und Unterkunft, Mieteinnahmen für Geschäftslokale, Kostenersätze durch Patienten) wurden bereits entsprechend den Bestimmungen der Kostenrechnungsverordnung bei den Endkosten, die in das Berechnungsmodell des Kontrollamtes einfließen, als Kostenminderungen in Abzug gebracht.

Wie schon im Bericht des Kontrollamtes über die Auswirkungen der Übersiedlung der Kinderklinik Glanzing ausgeführt, erschien ein unmittelbarer Vergleich der valorisierten stationären Einnahmen des Jahres 1996 mit jenen des Jahres 2000 nur wenig aussagekräftig zu sein, da in den zu berücksichtigenden Zeitraum eine Änderung des Finanzierungssystems fiel, u.zw. weg von der pauschalen Abrechnung nach Pflege- tagen hin zu einer leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF).

Fiktive Berechnungen auf Grundlage des alten Finanzierungssystems nach Tages- pauschalen und auf Basis des LKF bewogen das Kontrollamt, einen jährlichen Ein- nahmenentgang von rd. 0,50 Mio.EUR als realistisch anzusehen. Der vom Kontrollamt im Rahmen seines Berechnungsmodells ermittelte Rückgang der Personal- und Sachkosten wäre im Falle der MMK-Umstrukturierung um diesen Betrag auf rd. 3,57 Mio.EUR zu vermindern.

## 5. Zusammenfassung

Die Schließung des MMK und Übersiedlung von Leistungsanteilen in die KAR fand nach langjährigem Tauziehen um den Weiterbestand des Krankenhauses zu einem Zeitpunkt statt, als von einer effizienten Betriebsführung längst nicht mehr gesprochen werden konnte. Die Ausgaben pro Pfl egetag des MMK erreichten im Jahre 1996 eine Höhe, die erheblich über den Vergleichswerten von Schwerpunktkrankenanstalten des WKAV lagen.

Nachdem die politische Ebene im Jänner 1998 der gegebenen Entwicklung Rechnung trug, in dem sie die Integration des MMK in die KAR genehmigte, wurde dieses Projekt inkl. der baulichen und personellen Maßnahmen in nur elf Monaten ab Projektstart umgesetzt.

Mit relativ geringem finanziellen Aufwand wurde in der KAR eine der gesunkenen Nachfrage entsprechend verkleinerte Kinderabteilung geschaffen. Wie die Belagszahlen zeigen, führte der massive Bettenabbau weder zu einem Engpass bei der medizinischen Versorgung der Kinder des 3. und 11. Bezirks, noch verursachte er Auslastungsprobleme in anderen Kinderabteilungen des WKAV. Dies war umso bemerkenswerter, als beinahe zeitgleich die Kinderklinik Glanzing geschlossen wurde.

Durch die teilweise Integration des MMK wurde das Leistungsangebot des Schwerpunktkrankenhauses KAR um eine Kinderabteilung inkl. Ambulanz ergänzt und Synergien insofern erzielt, als das Röntgen und das Labor des MMK aufgelassen und stattdessen apparativ besser ausgestattete Zentraleinrichtungen der KAR von der neuen Kinderabteilung genutzt werden können.

Was die vom WKAV erwarteten wirtschaftlichen Vorteile einer Integration des MMK in die KAR anbelangte, so zeigte der unter bestimmten Prämissen durchgeführte Vergleich zweier repräsentativer Wirtschaftsjahre, dass tatsächlich ein Rückgang der jährlichen betrieblichen Kosten zu verzeichnen ist. Die größten Einsparungen wurden im Personalkostenbereich mit der Absystemisierung von Dienstposten erreicht, auch wenn die aus Anlass der Übersiedlung des MMK vorgenommenen Personalaufstockungen in anderen Einrichtungen des WKAV das Einsparpotenzial etwas schmälerten. Nicht zu vernachlässigen waren auch die durch die Standortkonzentration indizierten nachhaltigen Einsparungen bei den Investitionsausgaben des WKAV.

Im Falle der Umstrukturierung des MMK sah das Kontrollamt den Prozess der Kostenreduzierung noch nicht als abgeschlossen an. Da sich bei der Auslastung der Kinderambulanz (inkl. der Kinderchirurgischen Konsiliarambulanz) entgegen den ursprünglichen Vorstellungen keine Verbesserung einstellte, ließ die Umsetzung entsprechender

organisatorischer Maßnahmen auf Grundlage effizienter Betriebszeiten und angemessener Personalausstattung weitere Einsparungen erwarten.

Die Unternehmung WKAV bekennt sich dazu, dass der Prozess der Kostenreduzierung noch nicht abgeschlossen ist, hält allerdings fest, dass die weitere Optimierung der Integration der Kinderabteilung im Zusammenhang mit den geplanten notwendigen Strukturmaßnahmen in der KAR zu sehen ist. Dies betrifft vor allem die Kinderambulanz mit 24-Stunden-Betrieb. Die Kollegiale Führung der KAR hat den Auftrag, bei der Umsetzung der anstehenden strukturellen Veränderungen im Bereich der Kinderabteilung entsprechende organisatorische Maßnahmen zu treffen, um nachhaltig weitere Einsparungen zu erwirken.