

**Zentralbetriebsrat der  
Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA)**

# **Die Zukunft von Unfallheilbehandlung und Rehabilitation**

**Wege vom ZBR Zukunftskonzept  
zur Stärkung der 2. und 3. Säule**

9. Oktober 2014

**Projektleitung / Autor**

ZBRV Wolfgang **Gratzer**

**Wir danken für die Mitwirkung / Beratung unseren Experten**

Dr. Christoph **Lechner** (Experte der AKNÖ,  
Mitglied des Europäischen Wirtschafts- u. Sozialausschusses)

Rudolf **Wagner** (GPA-djp)

Manfred **Wolf** (GPA-djp)

Karl **Dürtscher** (GPA-djp und Vorsitzender der AUVA Kontrollversammlung)

Mag. Alexander **Koppensteiner** (Abt. Ltg. der AUVA Präsidialabteilung)

# Alles aus einer Hand

## Die ZBR Arbeitsgruppen

### Beitragsreduzierung – geplante Kooperationen

Gruppenleiter: Dr. **Lechner** Christoph

Teilnehmer: ZBRV Stv. **Goblirsch** Alfred  
**Gimplinger** Angela  
BRV **Hawlicek** Rainer  
BRV DI **Lenz** Erik

### Unfallheilbehandlung / KABEG

Gruppenleiter: **Wagner** Rudolf

Teilnehmer: BR **Dollischel** Sonja  
ZBR **Ehetreiber** Karin  
BRV **Kanduth** Günther  
ZBRV Stv. **Kronsteiner** Martina  
ZBR **Magele** Dietmar  
BRV **Trummer** Viktoria

### Machbarkeitsstudie / Rehabilitation

Gruppenleiter: **Wolf** Manfred

Teilnehmer: **Dürtscher** Karl  
BRV **Gratzer** Michaela  
ZBR **Hautz** Gerald  
BRV **Hofböck** Claudia  
ZBR **Lehrer** Robert  
ZBR **Lintner** Josef

# Inhaltsverzeichnis

<b>Präambel</b> .....	Seite	2
<b>1. Beitragsreduzierung und geplante Kooperationen</b> .....	Seite	3
1.1. Präambel.....	Seite	3
1.2. Veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen.....	Seite	4
1.3. Schaffung von Transparenz und Kostenwahrheit .....	Seite	4
1.4. Wirtschaftliche Auswirkungen von Kooperationen .....	Seite	5
<b>2. Kooperation zwischen AUVA und KABEG</b> .....	Seite	6
2.1. Präambel.....	Seite	6
2.2. Notwendige Grenzen ziehen .....	Seite	7
2.3. Mitgestalten und Verantwortung tragen .....	Seite	8
2.4. Schadensbegrenzung - der Sozialplan .....	Seite	9
2.5. Eigene Erfahrungen und die Anderer nutzen und Visionen leben .....	Seite	10
<b>3. Die Wiener Machbarkeitsstudie</b> .....	Seite	12
3.1. Präambel.....	Seite	12
3.2. Positionierung zur CAG Studie .....	Seite	13
3.3. Die IST Situation aus der Sicht des ZBR .....	Seite	14
3.4. Alternativmodelle aus der Sicht des ZBR.....	Seite	15
3.5. Strukturelle Herausforderungen.....	Seite	18
3.6. ZBR Positionen zur Detailanalyse .....	Seite	19
<b>4. Forderungen des Zentralbetriebsrates</b> .....	Seite	20
4.1. Forderungen an die Politik.....	Seite	20
4.2. Forderungen an den Hauptverband.....	Seite	20
4.3. Forderungen an die AUVA .....	Seite	20
4.3.1. Forderungen zur Kooperation AUVA / KABEG .....	Seite	21
4.3.2. Forderungen zur Wiener Machbarkeitsstudie .....	Seite	21
<b>5. Schlussgedanken</b> .....	Seite	22

# Präambel

Eine Arbeitsgruppe des Zentralbetriebsrates der AUVA, die in 3 Unterarbeitsgruppen zu den Themen „Beitragsreduzierung – wirtschaftliche Situation“, „Unfallheilbehandlung / KABEG“ und „Machbarkeitsstudie / Rehabilitation“ gearbeitet hat, hat unter Miteinbeziehung von Experten und Kennern der AUVA und der österreichischen Sozialversicherung unter dem Motto: **„Unser Weg vom ZBR Zukunftskonzept zur Stärkung der 2. und 3. Säule“** eine Umsetzungsstrategie und ein daraus resultierendes Konzept für eine moderne und künftig noch stärkere AUVA, in denen auch künftig die eigenen Einrichtungen ein wesentliches und unverzichtbares Element darstellen, erarbeitet.

Prämisse dabei war es, einerseits die Unfallheilbehandlung und andererseits die Rehabilitation im Sinne des Mottos der AUVA - „Alles aus einer Hand“ - nachhaltig als eigenständige Aufgabenbereiche der AUVA zu definieren und Vorschläge zur Optimierung, Effizienz- und Qualitätssteigerung in den eigenen Einrichtungen der AUVA zu erarbeiten und vorzulegen. Basis für unsere Arbeit waren einerseits die vorliegende Machbarkeitsstudie zur Kooperation der 3 Wiener Einrichtungen und der zusätzlichen Einbindung des RZ Weißer Hof und andererseits die uns bisher vorliegenden Ergebnisse aus den Kooperationsgesprächen zwischen AUVA und KABEG.

Aus Sicht des ZBR sind beide genannten Kooperationsmodelle Pilotprojekte, die schlussendlich Auswirkungen auf alle Einrichtungen der AUVA haben können.

Als Hintergrund dazu war es uns auch wesentlich, die seit 1. Juli 2014 wirksame Beitragsreduzierung und deren fatale Auswirkungen auf das Budget der AUVA zu berücksichtigen und mit einzubeziehen.

# 1. Die Beitragsreduzierung und geplante Kooperationen

## 1.1. Präambel

Wie in den beiden ZBR Zukunftskonzepten dargestellt, ist das AUVA 4 Säulenmodell ein in Österreich einzigartiges und beispielhaftes Erfolgsmodell. Schließlich wird das Ereignis Arbeitsunfall auf 4 verschiedenen und ineinander übergreifenden Ebenen behandelt. Zielgerichtete und effiziente Prävention konnte die Zahl der Arbeitsunfälle Jahr für Jahr reduzieren und somit massiv Kosten dämpfen. Im Gegensatz zu vielen anderen Gesundheitseinrichtungen ist die AUVA im Zuge der Unfallheilbehandlung nicht daran interessiert, die medizinische Behandlung auf das Maß des Notwendigen zu beschränken, sondern ist gesetzlich verpflichtet, diese so effizient wie möglich mit allen geeigneten Mitteln zu betreiben. Schließlich geht es um nicht mehr und nicht weniger als Folgekosten, die durch erhöhten Rehabilitationsaufwand oder auch durch Rentenleistung entstehen würden, ebenso wie menschliches Leid zu vermeiden und Unfallopfer wieder so rasch als möglich ins Berufsleben zu integrieren. Wiederholt war und sind es auch die Leistungen in unseren UKH's, die medizinische Standards vorgeben und im Sinne von „best practice“ tätig sind. Gleiches gilt auch für die Rehabilitation der AUVA, die sich in Leistung, Angebot und Ergebnis deutlich von ihren (oft privaten) Mitbewerbern abhebt. Weil die AUVA eben nicht einseitig betriebswirtschaftlich, sondern vor allem ganzheitlich tätig ist, konnten Folgekosten (z. B. durch Vermeidung von Komplikationen oder verminderte Rentenleistung) nachhaltig gedämpft und menschliches Leid reduziert werden.

Deshalb muss es oberste Prämisse sein, bei allen Kooperationen die Eigenständigkeit aller AUVA Einrichtungen langfristig abzusichern, insbesondere bei Kooperationsgesprächen, wie sie zwischen AUVA und KABEG stattfinden. Schließlich soll ein UKH mit 400 Beschäftigten in ein Klinikum mit 4000 Beschäftigten angebunden werden. Diese Tatsache ist für die langfristige Beibehaltung der Eigenständigkeit und Unabhängigkeit eine enorme, allerdings von allen Beteiligten zu bewältigende Herausforderung. Schließlich würde die Reduzierung oder gar der Wegfall von Unfallheilbehandlung oder Rehabilitation aus dem Aufgabengebiet der AUVA eine existenzielle Bedrohung für die gesamte AUVA und deren inzwischen 125-jährigen Erfolgsgeschichte bedeuten.

Wie unten näher ausgeführt scheint es uns deshalb unabdingbar, durch eine Standortgarantie des Vorstandes für alle von Kooperationen betroffenen Einrichtungen, diese Absicht – auch nach außen hin – deutlich zu machen.

## **1.2. Veränderte wirtschaftliche Rahmenbedingungen**

Eine Beitragsreduzierung von 90 Millionen Euro oder rund 8% des Gesamtbudgets der AUVA bringt die AUVA in eine offensichtlich bewusst herbeigeführte prekäre Situation. Der Hintergrund dieser Beitragsreduzierung erscheint umso beängstigender, da niemand damit merkbar entlastet wird. Die dadurch entstehende Einsparung für den Arbeitgeber liegt beispielsweise bei einem Bruttobezug seines Arbeitnehmers in Höhe von 2000 Euro bei nur 2 Euro im Monat.

Konnte in den letzten Jahren noch ein positives Bilanzergebnis erreicht werden, ist für die kommenden Jahre ein deutlich negatives Ergebnis zu erwarten. In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass das Bekenntnis des Vorstandes und der Generaldirektion, weder bei Leistungen noch beim Personal Einsparungen vorzunehmen und darüber hinaus eine Beschäftigungsgarantie für alle von Kooperationen betroffenen KollegInnen besteht, einen enormen Stellenwert, sowohl bei unseren KollegInnen als auch bei der Belegschaftsvertretung selbst, einnimmt. Dennoch werden die derzeit laufenden Kooperationsgespräche und Überlegungen vor diesem angespannten wirtschaftlichen Hintergrund geführt. So sollen Kooperationen schlussendlich deutliche Kostenreduzierungen, nicht zuletzt durch eine nachhaltige und ebenfalls deutliche Reduktion des Dienstpostenplans und somit eine spürbare und nachhaltige Minderung des derzeitigen Personalstandes der zur Zeit bei der AUVA beschäftigten Menschen bewirken. Aber gerade in wirtschaftlich enorm herausfordernden Zeiten sollten Veränderungen nur sehr behutsam und wohlüberlegt durchgeführt werden. Es sollte aber auch Anlass dafür sein, alle wirtschaftlichen Aspekte, Kosten und Belastungen in ihrer Gesamtheit zu überprüfen.

## **1.3. Schaffung von Transparenz und Kostenwahrheit**

Das Potential zur Kostensanierung unserer AUVA erscheint enorm umfassend. Einerseits sind es zweckentfremdete Verwendung der Mittel wie die Zuschüsse zur EFZ insbesondere im Krankheitsfall, die Beitragsfreistellung diverser Gruppen oder die Krankenversicherung für Selbständige, und andererseits die fehlende Kostenwahrheit bei Unfallheilbehandlung und Rehabilitation, als auch die enorme Überzahlung des derzeit im Fokus stehenden §319a ASVG, die die finanzielle Situation der AUVA massiv negativ beeinträchtigen. Andererseits muss auch erwähnt werden, dass die AUVA im Bereich der arbeits- und berufsbedingten Erkrankungen der ihr zuzuordnenden Aufgabenstellung nicht gerecht wird und nach der genannten Beitragsreduzierung auch nicht annähernd gerecht werden kann.

Es erscheint uns deshalb unabdingbar, Kostenwahrheit und Transparenz in allen genannten Bereichen herzustellen und gleichzeitig eine entsprechende Überprüfung der Kosten der

gesetzlichen Aufgabenstellungen als auch der Kosten von arbeits- und berufsbedingten, als auch psychischer Erkrankungen durchzuführen.

Kostenwahrheit und Transparenz muss vor allem auch bei Kooperation mit den Ländern erfolgen. Schließlich sind es die Länder, die aus verfassungsrechtlicher Sicht den stationären Versorgungsauftrag zu erfüllen haben bzw. falls sie diesen Auftrag (wie z. B. die Behandlung von Freizeitunfällen in unseren UKH's) an Dritte weiter leiten, den Beitrag zur Deckung der daraus resultierenden Kosten zu leisten haben. Wir verweisen in diesem Zusammenhang auf ein verfassungsrechtliches Gutachten das Land NÖ betreffend.

Eine weitere wesentliche Forderung des ZBR stellt für uns die Einbeziehung der AUVA in die LKF-Finanzierung dar. Für uns ist nicht einsichtig, dass andere SV-Träger (z. B. WGKK – Hanuschspital) diesen Kostenersatz, im Gegensatz zur AUVA, in Anspruch nehmen können. Deshalb sollte die AUVA auch diesen Aspekt rechtlich und finanziell exakt prüfen.

#### **1. 4. Wirtschaftliche Auswirkungen von Kooperationen**

Sowohl im Zusammenhang mit der Machbarkeitsstudie als auch im Zuge der Kooperationsgespräche mit der KABEG liegen offenbar keine klaren Finanzierungspläne über notwendige Investitionen bzw. auch über Erträge aus bestehenden Objekten vor. Diese sind aus unserer Sicht vor einer entsprechenden Beschlussfassung selbstverständlich unabdingbar. So ergab eine detaillierte Prüfung der zur Zeit vorliegenden Machbarkeitsstudie durch Experten der GPA-djp und AKNÖ, dass das zur Zeit einschätzbare Einsparungspotential gerade einmal 6 Millionen Euro beträgt, die in voraussichtlich 10 Jahren nach Inbetriebnahme voll schlagend werden. Ob diese Einsparungen das zu erwartende Investitionspotential rechtfertigt, ist freilich genau zu prüfen.

Für den ZBR stellt sich zudem die Frage, wie die AUVA, die ein jährliches Defizit von rund 90 Millionen Euro zu erwarten hat und dieses nur wenige Jahre durch den Verbrauch der vorhandenen Rücklagen abdecken kann, die zu erwartenden enormen Investitionskosten finanzieren will. Wie auch von der CAG dargestellt, sind für den Zentralbetriebsrat folgende 3 Faktoren notwendig, um die Umsetzung der geplanten Kooperationen zu rechtfertigen:

1. Standortsicherung der AUVA durch die Errichtung von Traumazentren
2. Verbesserung der Versorgungsqualität für unsere PatientInnen
3. Langfristige Wirtschaftlichkeit

Ist einer dieser 3 Aspekte nicht sichergestellt, sollte aus der Sicht des Zentralbetriebsrates von der Umsetzung von Kooperationen Abstand genommen werden.

## **2. Kooperation zwischen AUVA und KABEG**

### **2.1. Präambel**

Die geplante Kooperation zwischen AUVA und KABEG hat für den Zentralbetriebsrat einen – über den Raum Klagenfurt hinaus gehend – enormen Stellenwert. Schließlich könnte dieses Projekt auch Modell für andere Kooperationen sein und könnte somit ein Pilotprojekt innerhalb der AUVA darstellen. Namentlich genannt seien hier das UKH Kalwang und eine mögliche Kooperation mit dem LKH Bruck/Mur oder auch eine schon wiederholt angedachte Anbindung des UKH Graz an das LKH Graz an einem anderen Standort (die Überlegungen des ZBR dazu finden sich am Ende dieses Kapitels). In allen Fällen würden sich vergleichsweise kleine UKH's an bestehende größere Kliniken anbinden (s. oben Vergleich UKH Klagenfurt mit dem Wörtherseeklinikum). Prämisse aus unserer Sicht dabei ist, dass es nicht zu einer Verschmelzung und somit zum Verlust der Eigenständigkeit der Unfallheilbehandlung durch die AUVA kommt. Nach Einschätzung der Experten aus AKNÖ, GPA-djp und Vida ist dieses Risiko enorm hoch. Die Gefahr, dass die AUVA die Behandlung von Arbeitsunfällen nur noch finanziert, jedoch nicht mehr eigenständig betreibt, ist mittelfristig absolut gegeben. Prämisse ist es für uns deshalb, klare Grenzen zwischen dem künftigen UKH Klagenfurt und dem Wörtherseeklinikum zu ziehen.

Unter dieser Voraussetzung ist für den ZBR die Errichtung eines Traumazentrums Süd allerdings vorstellbar, und gelingt es gleichzeitig, die Patientenströme von Arbeitsunfällen zu bündeln und somit die Auslastung mit PatientInnen nach Arbeitsunfällen nachhaltig zu steigern, auch durchaus sinnvoll. Freilich muss zuvor geprüft und analysiert werden, ob die drei Eckpunkte für sinnvolle Kooperationen (1. Vorteil für den Patienten, 2. Sicherung und Stärkung des Standortes und 3. wirtschaftlicher Nutzen) gegeben sind.

Zur Zeit liegen dem ZBR noch keine Finanzpläne vor, die den wirtschaftlichen Vorteil für die AUVA untermauern würden. Vielmehr scheint uns und auch zahlreichen KollegInnen die Kooperation als überhastet und wenig koordiniert. Beispielhaft dafür sei hier die Außenstelle Klagenfurt genannt. Hatte der Vorstand 2013 noch deren Neuerrichtung beschlossen, wurde wenig später ein Baustop verfügt und erst danach die jetzt festgelegte Vorgangsweise beschlossen. Insofern könnte man meinen, dass der Vorstand von den nunmehr so konkreten Kooperations- und Anbindungsgesprächen genauso überrascht war, wie der Zentralbetriebsrat. Dass in dieser Phase die Kommunikation schlecht funktioniert hat und KollegInnen über die inzwischen beschlossenen Gespräche und einer zu diesem Zeitpunkt bereits unterzeichneten Absichtserklärung (Letter of intent) aus den Medien informiert wurden, hat das Vertrauen der Belegschaft in die Geschäftsführung gestört und sollte im weiteren Verlauf dieses Projekts dringend vermieden werden.



Als einer der Grundlagen zur Bewertung dieser Kooperation diene uns die Broschüre der AK Wien „Umstrukturierung – Fusion, Outsourcing, Ausgliederung, Arbeitsplätze in Bewegung“ (Stand: Jänner 2011, Auflage 2) in denen nachfolgende Grundsätze definiert sind, die aus unserer Sicht auch für die Kooperation mit der KABEG Geltung haben:

- Eine Fusion ist kein Ersatz für eine klare Strategie.
- Eine Fusion ist kein Mittel, die Lösung von Problemen im eigenen Haus zu umgehen.
- Aus dem Zusammenschluss zweier Schwacher entsteht kein Starker, eine kleine „Infusion“ reicht noch lange nicht für die Gesundung eines kranken Riesen.

## **2.2. Notwendige Grenzen ziehen**

Einleitend sei festgehalten, dass die bestehende Beschäftigungsgarantie für unsere KollegInnen im UKH Klagenfurt eine enorme Bedeutung hat und dadurch auch sicher gestellt wird, dass einerseits die Arbeit vor Ort in gewohnter Qualität und mit gewohntem Engagement fortgeführt und andererseits die Kooperationsgespräche konstruktiv mitgestaltet werden. Will die AUVA aber auch ein klares Zeichen setzen, sowohl in die eigene Belegschaft aber auch nach außen hin, dass es für sie ein unumstößlicher Eckpfeiler ist, die Unfallheilbehandlung in Klagenfurt auch in Zukunft eigenständig zu betreiben, braucht es zusätzlich eine Standortgarantie, die diese Absicht untermauert.

In Folge möchten wir jene Bereiche, die aus unserer Sicht unabdingbar für eine eigenständige Unfallheilbehandlung sind und deshalb seitens der AUVA selbst betrieben werden müssen, näher definieren. Als Basis dazu ist die bauliche Abgrenzung durch die Errichtung eines eigenen Unfallkrankenhauses, in dem die ganzheitliche Versorgung des / der PatientIn in medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und diagnostischer Hinsicht ermöglicht wird, Grundvoraussetzung. Nur dann kann sich der ZBR eine Kooperation vorstellen. Dazu ist es jedenfalls unumgänglich einen eigenen Operationsbereich, eine eigene Radiologie und eine eigene Intensivstation zu betreiben. Wesentlich erscheint uns auch, dass die EDV eigenständig, z. B. durch die Installierung von AKIS (AUVA Krankenhaus Informationssystem), betrieben wird. Organisatorisch ist sicher zu stellen, dass die bisherigen Standards der AUVA in der Unfallheilbehandlung auch für ein künftiges AUVA Traumazentrum Süd als Mindeststandards festgeschrieben werden.

Den Begriff der Eigenständigkeit definiert der ZBR zu all dem bisher genannten vor allem nach § 34 ArbVG. Das heißt u. a., dass es sicher zu stellen ist, dass MitarbeiterInnen beider Kostenträger langfristig in ihrem Dienstrecht verbleiben. Eine systemisierte Jobrotation zwischen den Trägern als auch das Verleasen von MitarbeiterInnen zwischen KABEG und AUVA ist für den Zentralbetriebsrat nicht vorstellbar.

### **2.3. Mitgestalten und Verantwortung tragen**

Grundsätzlich will die Belegschaftsvertretung (sowohl örtlicher Betriebsrat als auch ZBR) unter Einbeziehung der Interessen unserer von der Kooperation betroffenen KollegInnen, den gesamten Kooperationsprozess konstruktiv mitgestalten. Voraussetzung dafür sind neben den oben definierten Aspekten eine rechtzeitige Gesamtvertragseinsicht. Im Sinne der wirtschaftlichen Mitbestimmung lt. ArbVG sind uns dabei nicht nur alle personellen Aspekte (z. B. Versetzungen, Überlassungen, Vertragsgestaltung etc.), sondern eben auch die finanziellen Rahmenbedingungen wichtig. Dazu gehören für uns einerseits alle Investitionskosten für ein neues Traumazentrum als auch die zu erwartenden Ertragswerte der bisherigen AUVA Immobilien (UK und AK) und andererseits eine transparente und detaillierte Gegenüberstellung der Kosten aus dem laufenden Betrieb aus dem UKH „Alt“ und dem Traumazentrum „Neu“.

Definiertes Ziel der Belegschaftsvertretung bei einer aktiven und konstruktiven Mitgestaltung ist es, dass die Unfallheilbehandlung der AUVA durch eine Kooperation mit dem Wörtherseeklinikum in einem neu zu errichtenden überregionalem TRAUMAZENTRUM SÜD erfolgt. Dazu wird es erforderlich sein, eine Optimierung der Patientenströme (s. unten) und ein intensives Bemühen zur Behandlung von Arbeitsunfällen in der gesamten (noch zu definierenden) Region Süd, anzustreben. Bisherige ungelöste Problemstellungen, hier sei namentlich das Konsiliararztproblem angeführt, sind im Zuge einer etwaigen Kooperation zu berücksichtigen. (Anm.: der ZBR ist allerdings auch der Überzeugung, dass diese Probleme auch anders zu lösen sind und sie deshalb keine derart umfassende Kooperation und bauliche Veränderung rechtfertigen).

Eine Mitgestaltung ist für uns bei Kooperationsgesprächen beispielhaft zu den Themen Speiseversorgung, Einkauf, Labor, Sterilisation, Energie, Schnittstellen für EDV/IT etc. vorstellbar und wichtig.

Abschließend möchten wir nochmals die Bedeutung einer regelmäßigen MitarbeiterInneninformation, gemeinsam durch AUVA und Belegschaftsvertretung, vor allen wesentlichen Schritten im Kooperationsprojekt, betonen und herausstreichen.

## 2.4. Schadensbegrenzung - der Sozialplan

Entschließt sich die AUVA die zur Zeit in Planung befindliche Kooperation umzusetzen, so sind unmittelbar nach einer entsprechenden Beschlussfassung die Verhandlungen zu einem Sozialplan aufzunehmen. Wie auch schon bei anderen Projekten die von einem, wenn auch manchmal kontroversiellen, schlussendlich aber immer konstruktiven Miteinander zwischen Geschäftsführung und Belegschaftsvertretung geprägt waren, ist es besonders im Rahmen dieses Großprojektes unverzichtbar, rechtzeitig Perspektiven für betroffene KollegInnen zu erarbeiten. Dabei verweisen wir u. a auf das ArbVG § 97 Abs.1, wo die Erstellung eines Sozialplanes optional über die Schlichtungsstelle eingefordert werden kann.

Grundsätzlich gehen wir davon aus, dass eine Kooperation zu einer deutlichen Veränderung des Dienstpostenplanes (insbesondere innerhalb der AUVA) und für viele KollegInnen zu einer weitreichenden Veränderung ihres bisherigen Aufgabengebietes bis hin, dass sie ihr derzeitiges Aufgabengebiet in einem neuen Traumazentrum Süd gar nicht mehr ausüben können, führen wird. Dass die Beschäftigungsgarantie nicht nur den Arbeitsplatz garantiert, sondern dass alle betroffenen KollegInnen auch künftig in ihrem, aber auch im Interesse der AUVA, sinnvoll und effizient eingesetzt werden, hat für uns bei derartigen Verhandlungen Prämisse. Erfahrungen dafür konnten sowohl AUVA als auch Belegschaftsvertretung bei anderen Projekten, wie sehr erfolgreich bei Cook&Chill und weniger erfolgreich im Rahmen der „Bündelung XVR“, sammeln. Basis für diese Gespräche ist für uns das vom CHANGE Team Kultur erarbeitete und das vom CHANGE Programmkernteam verabschiedete Konzept **„Umstrukturierungen Miteinander gestalten“**.

Folgende Themen müssen aus unserer Sicht jedenfalls Inhalt eines Sozialplans sein:

- Auf- und Umschulungsmaßnahmen für das Personal (vgl. Cook&Chill)
- Ausstiegsmodelle (siehe Bündelung Altersteilzeit mit 90%) und Anbieten von „Zuckerl“ für MA, die aussteigen wollen (z. B. Abfertigung sofort ausbezahlen)
- Sicherstellung der trägerinternen Nachbesetzung von Personal
- Betriebsvereinbarungen für MitarbeiterInnen, die als Arbeitskraft an die KABEG überlassen werden und für MitarbeiterInnen, die von KABEG oder Dritten an die AUVA überlassen werden (Leiharbeiter in der Übergangsphase)
- Verkehrskonzept für 200 UK MitarbeiterInnen wie z. B. kostenlose Stellflächen
- Im Rahmen unserer wirtschaftlichen Mitbestimmungs- und Beratungsrechte machen wir darauf aufmerksam, dass für den Aufwand des Sozialplans vom Vorstand der AUVA Rückstellungen im Budget der AUVA zu bilden sind

## 2.5. Eigene Erfahrungen und die Anderer nutzen und Visionen leben

Die AUVA internen Erfahrungen zeigen, dass viele Fusionen (Cook&Chill, Bündelung, PPP-Modell Linz) die Erwartungen der Auftraggeber nicht bzw. bei weitem nicht erfüllen konnten. Wir plädieren also dafür, mögliche Kooperationen wohl überlegt und mit Bedacht auf die mittel- und langfristigen Auswirkungen zu betreiben. Eine große Anzahl von Erfahrungsberichten verweist auf bestehende Gefahren und Risiken. Fast alle betrachteten Kooperationen haben auch unterschiedlich ausgeprägte negative Auswirkungen, die es zu vermeiden gilt. Dazu gehören nachhaltige Mehrkosten für die AUVA.

Zur Literatur, die uns für unsere Arbeit zur Verfügung stand, verweisen wir insbesondere auf die Studie der AK Wien „**Umstrukturierungen - Fusion, Outsourcing, Ausgliederung, Arbeitsplätze in Bewegung**“ und auf die IHS Studie „**Health Cooperation – Kostendämpfung durch Kooperationen im Gesundheitswesen**“.

Wir sind aber auch der Meinung, dass Veränderungen und Kooperationen getreu dem AUVA Leitsatz **"Wer Gutes bewahren will, muss sich ständig verändern!"** nicht nur Risiko, sondern auch Chance sein können. In diesem Sinne haben wir eine Unternehmenslandschaft gezeichnet, in der die Traumaversorgung innerhalb der AUVA neu geordnet und insbesondere durch Optimierung der Patientenströme effizienter und mit einer höheren Auslastung an Arbeitsunfällen gestaltet werden könnte. Voraussetzung dafür ist freilich, dass sich der Vorstand der AUVA zu seinen eigenen Einrichtungen und deren Optimierung bekennt.

### **Visionen der Unternehmenslandschaft zur Unfallheilbehandlung:**

Ziel unserer Überlegungen war es, die Versorgung von Arbeitsunfällen möglichst flächendeckend zu gestalten. Beispielhaft dafür sei z. B. die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, die wiederholt im Zusammenhang mit der Wiener Machbarkeitsstudie genannt wurde (siehe auch Pkt.: 4.1.), und das in Grünruhelage (München ist mehr als 1 Fahrstunde bzw. 75 Km entfernt) u. a. durch den Einsatz einer ständigen Flugrettung, schwere Unfallgeschehen, weit weg von Ballungszentren bündeln kann. Aus unserer Sicht ist Murnau deshalb ein völlig ungeeignetes Beispiel, um Rehabilitation in einem Ballungszentrum zu argumentieren, es zeigt aber sehr gut, wie man auch in Grünruhelage effiziente Unfallheilbehandlung in einem sehr großen Einzugsgebiet betreiben kann.

So meinen wir, dass sich in Österreich künftig 5 Traumazentren etablieren und untereinander eng kooperieren könnten. So könnte das zur Zeit in Diskussion stehende UK in einer Kooperation mit dem Wörtherseeklinikum ein überregionales Traumazentrum Süd bilden. Ähnliche Voraussetzungen wären für ein Traumanetzwerk West, bei dem das UKH Salzburg führender Player wäre, bzw. für ein Traumazentrum Nord mit dem UL und seiner Spezialisierung auf Unfälle nach Verbrennungen gegeben. Ein Traumaverbund Ost (UB und UM mit Einbindung von RM) ist ja offenbar in Planung und soll später detailliert kommentiert werden. Ein Traumaverbund Mitte könnte von UG und UO (mit Spezialisierung auf Orthopädie und posttraumatische, plastische Chirurgie) gebildet werden.

Abschließend soll noch angeführt werden, dass aus Sicht des Zentralbetriebsrates in diesem Zusammenhang die Besetzung von Führungspositionen einen besonderen Stellenwert einnimmt. So ist es aus unserer Sicht insbesondere im medizinischen Bereich unabdingbar, sich um ÄrztInnen mit einem national und international hohen Renommee zu bemühen.

### **3. Die Wiener Machbarkeitsstudie**

#### **3.1. Präambel**

In Folge soll das seitens der AUVA ins Auge gefasste Großprojekt zur Zusammenführung von UM, UB, RW und RM näher betrachtet werden. Wichtig dabei war es uns, auch internationale Erfahrungen einzuarbeiten und insbesondere die in der Diskussion immer wieder genannte „Berufsgenossenschaftliche Klinik Murnau“ näher zu betrachten und die dortige Situation mit jener der AUVA in der Großregion Wien in Vergleich zu bringen.

Bereits einleitend sei festgestellt, dass die Errichtung eines Traumazentrums Ost, in dem die UKH's Lorenz Böhler und Meidling zusammengeführt und die ambulante als auch die Tagesrehabilitation des RM ausgebaut werden, aus Sicht des ZBR im Sinne der Effizienz von Kooperationen (1. Verbesserungen für den Patienten, 2. Standortsicherung und 3. wirtschaftliche Ersparnisse) durchaus sinnvoll erscheint. Auch die Anbindung an ein bestehendes Klinikum ist für den ZBR bei einer Neuerrichtung eines Traumazentrums vorstellbar. Besonders reizvoll erscheint es für uns, dieses Vorhaben innerhalb der Familie der Sozialversicherung (s. Pkt. 4.4.) in Erwägung zu ziehen und zu prüfen.

Unvorstellbar ist es aus unserer Sicht jedoch, Langzeitrehabilitation von beispielsweise polytraumatisierten oder rückenmarkverletzten Menschen in einem Ballungsraum zu betreiben. Weil wir davon ausgehen, dass auch die Machbarkeitsstudie Pilot dafür sein könnte, wie die gesamte Rehabilitation der AUVA künftig gestaltet werden soll (es steht schließlich auch die Anbindung des RT im Großraum Graz an das UKH und ein bestehendes Großklinikum zur Diskussion) haben wir uns damit näher befasst. Schon auf den ersten Blick wird dabei deutlich, dass Rehabilitation sowohl von SV-Trägern als auch deren Vertragspartnern als auch von privaten Anbietern (die mit Rehabilitation Gewinne machen wollen) nahezu ausnahmslos in Grünruhelage betrieben wird. Das innerhalb der AUVA teilweise ins Treffen geführte Konsiliararztproblem ist auch bei wesentlich exponierteren RZ's, die schwersterkrankte Menschen rehabilitieren (z. B. RZ Hohegg der PVA) keinerlei Anlass, um den Standort in Frage zu stellen und bei entsprechenden Bemühungen gut lösbar.

Vielmehr weisen wir darauf hin, dass sich das RW im Rahmen seines 28-jährigen Bestehens einen hervorragenden Ruf in der europäischen Rehabilitationslandschaft erarbeitet hat. Würde man dem Beispiel Murnau tatsächlich folgen wollen (dieses 1953 in Grünruhelage errichtete und ständig wachsende UKH hat sich tatsächlich zu einem Vorzeigemodell etabliert), so müsste man die Unfallheilbehandlung in Grünruhelage in Anbindung an das bestehende RW betreiben und nicht umgekehrt.

International sei noch die Rehabklinik Nottwil, die für sich die europäische Führerschaft in Sachen Querschnittrehabilitation beansprucht und die sich knapp 70 Km vom nächsten Ballungszentrum (Zürich) entfernt, alleinstehend in Grünruhelage befindet, genannt.

Insgesamt erscheint es uns jedoch sinnvoll und notwendig, die Kooperationen zwischen den 4 AUVA Einrichtungen zu stärken und weiter auszubauen. Wir sind der Überzeugung, dass auch dieses Projekt eine enorme Herausforderung, aber auch Chance für die AUVA darstellt.

### **3.2. Positionierung zur CAG Studie**

Als wichtigste Grundlage für unsere Arbeit verwendeten wir die Machbarkeitsstudie der CAG. Auch unter Berücksichtigung dessen, dass es sich dabei nur um eine Grobstudie handelt und insbesondere das vorliegende Zahlenmaterial nur sehr vage dargestellt ist, ist es uns dennoch wichtig, in Folge auf die, aus unserer Sicht, wesentlichsten Mankos und Unzulänglichkeiten der Studie einzugehen.

Einleitend sei festgestellt, dass aus unserer Sicht keine korrekte Abwägung der möglichen Vor- und Nachteile dieser Variante erfolgte. Es entsteht bei näherer Befassung der Eindruck, dass das Modell als alternativlos dargestellt werden soll.

Als zentrales Element fehlt die Darstellung der zu erwartenden Investitionskosten ebenso wie allfällige Möglichkeiten zur Nachnutzung der bestehenden Einrichtungen bzw. zumindest eine grobe Einschätzung der zu erwartenden Einmalerlöse. Da, insbesondere in gemeinsamer Betrachtung mit den notwendigen Investitionskosten zur Errichtung eines Traumazentrums Süd (s. Pkt. 3), die vorhandenen Rücklagen (die darüber hinaus für die zu erwartenden Abgänge vorgesehen sind), bei weitem nicht ausreichen, ist die Darstellung wie ein derartiges Großprojekt finanziert werden soll, unverzichtbar.

Als wesentliche wirtschaftliche Entscheidungsgrundlage fehlt weiters, in welcher Höhe die künftige Tages- bzw. ambulante Rehabilitation von Fremdpatienten abgerechnet werden soll und welche konkreten wirtschaftlichen Auswirkungen daraus zu erwarten sind.

Die Zusammensetzung der Arbeitsgruppe zur Erstellung dieser Studie erscheint uns völlig unzureichend. So wurde die Studie ausschließlich unter Einbeziehung der ärztlichen Leitungen und der zentralen Verwaltung erstellt. Daraus ergibt sich ein unzureichendes und unvollständiges Bild, in dem pflegerische und verwaltungstechnische Maßnahmen, die für eine adäquate Entscheidungsgrundlage unverzichtbar sind, gänzlich fehlen.

Die Annahmen bzw. Beschreibungen hinsichtlich des Personalbedarfes (siehe Machbarkeitsstudie Datenherleitung – Stand 12.6.2014) sind teilweise unrichtig bzw. unvollständig. Als Beispiel sei hier angeführt, dass der Studie entsprechend die Pflegedienstleitung eines Traumazentrums nur einen Stellvertreter haben soll, wobei das dann deutlich kleinere UM bereits heute 2 Stellvertreter hat und auch dringend benötigt.

Es ist nicht dokumentiert worin das Hauptziel dieses Großprojekts (Standortsicherung, Versorgungsqualität, Wirtschaftlichkeit etc.) gesehen wird. Im Sinne einer adäquaten Zielsetzung fehlt auch die Darstellung, welche Vorteile die AUVA und deren PatientInnen und Personal aus einem allfälligen künftigen Traumazentrum Ost ziehen sollen.

Die vorliegenden Zahlen erscheinen nicht ausgiebig auf ihre Plausibilität geprüft. Die Einsparungspotentiale erscheinen nicht 1:1 anwendbar bzw. nutzbar. So sind z. B. Mehrkosten, die im Übergangsprozess gegeben sind, offenbar nicht berücksichtigt.

Letztlich fehlt der Hinweis, dass mit der kalkulierten „Abwanderung“ von rund 30.000 PatientInnen im ambulanten Bereich ein Verlust des „Marktanteiles“ im Gesundheitswesen und somit eine Leistungseinschränkung einhergeht.

### 3.3. Die IST Situation aus der Sicht des ZBR

Bei Betrachtung der IST-Situation zeigt sich für uns, dass in alle genannten Standorte enorme Investitionskosten in den letzten Jahren getätigt wurden. Dabei stellt sich für uns die Frage, wie weit diese Investitionskosten bei einer geplanten Abwanderung aus allen Standorten notwendig waren und wie lange die nun vorliegenden Absichten schon bestehen. Da wir bei einer allfälligen Errichtung eines Traumazentrums auch die Einbindung der ärztlichen Begutachtung und ggf. in Kooperation mit den anderen UV-Trägern die Schaffung einer „Gesundheitsstraße“ als sinnvoll und notwendig erachten, ist diese bei unten angeführter Graphik ebenfalls berücksichtigt.





Bei Betrachtung des IST Zustandes ergeben sich für uns 3 denkbare Möglichkeiten:

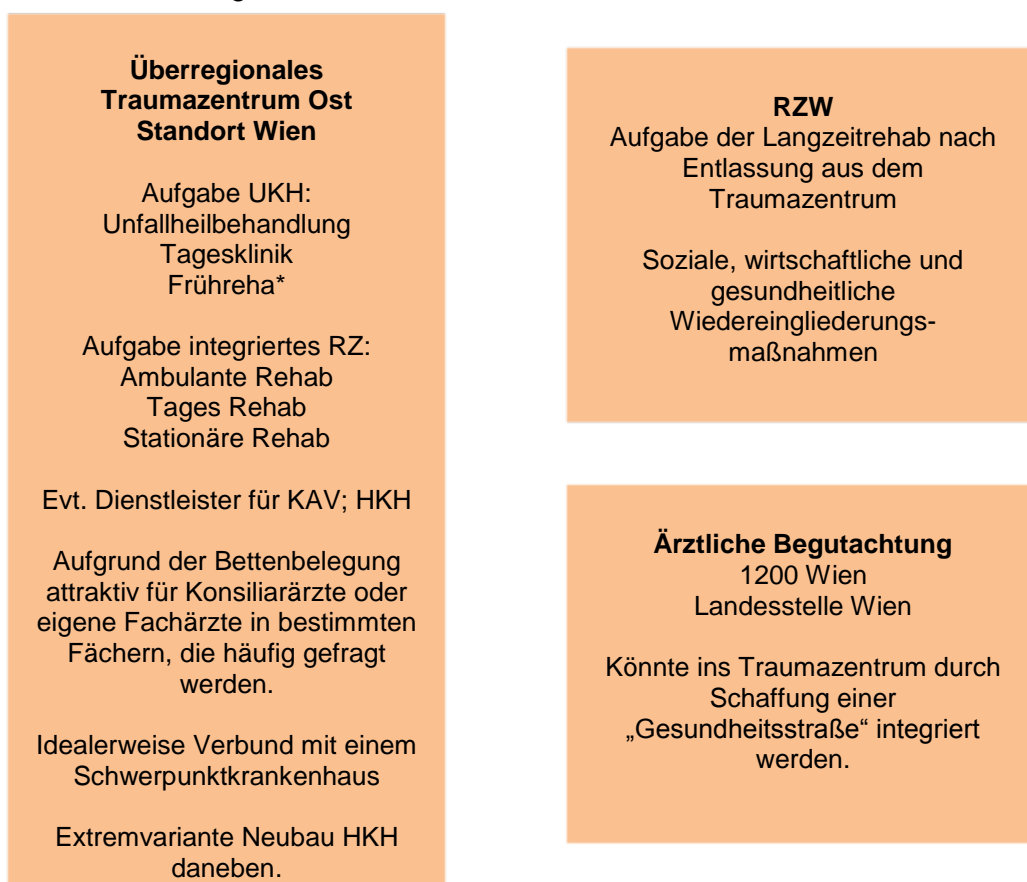
Szenario 1: Beibehaltung der IST-Situation

Szenario 2: Zusammenführung beider Unfallkrankenhäuser ggf. am bereits bestehenden Standort Meidling

Szenario 3: Errichtung eines Traumazentrums Ost mit Ausbau von ambulanter und Tagesrehabilitation und Integration einer „Gesundheitsstraße“ in Kooperation mit anderen SV Trägern und / bzw. mit einem bestehenden Klinikum des KAV

### 3.4. Alternativmodelle aus der Sicht des ZBR

In Folge möchten wir das von uns definierte Szenario 3 unter Berücksichtigung der Standards der „Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie“ (DGU), diese sieht keine Integration eines RZ für langfristige Rehabilitationsmaßnahmen in ein Traumazentrum vor, einer näheren Betrachtung unterziehen.



\* Unter Frührehabilitation versteht der Zentralbetriebsrat die gesamte gesundheitliche Wiederherstellung des Patienten, bis er tatsächlich rehabilitationsfähig ist.

## **Errichtung des Traumazentrums**

Voraussetzung zur Errichtung eines überregionalen Traumazentrums mit verstärkter Integration von Rehabilitationsmaßnahmen ist, dass internationale Erfahrungen und die Standards der DGU berücksichtigt werden. Dieses geplante Zentrum könnte ein wichtiger Player in der Gesundheitskonzeption der Ostregion (Wien, NÖ, Burgenland) werden.

Zur Standortfrage ist aus unserer Sicht einerseits der Ausbau des Standortes Meidling, der auch in räumlicher Nähe zum Kaiser Franz-Josef KH liegt, aber in Zusammenarbeit mit dem KAV auch die Anbindung an ein anderes Klinikum der Stadt Wien vorstellbar.

Ein besonders interessantes Projekt aus Sicht der SV wäre die gleichzeitige Errichtung des Traumazentrums mit einem Neubau des Hanusch-KH an einem neuen Standort in Wien. Dabei würden zwei bedeutende SV-Einrichtungen ein eigenes, autarkes Kompetenzzentrum bilden. Dies setzt freilich eine trägerübergreifende Zusammenarbeit voraus und sollte bei der Detailanalyse Berücksichtigung finden und geprüft werden.

## **Die Notwendigkeit der Eigenständigkeit der RZ's am Beispiel RZ Weißer Hof**

Es steht für den ZBR außer Frage, dass auch in dieser Konzeption das RZ Weisser Hof eine feste und unverzichtbare Größe ist. Öffentliche Aussagen, in denen der Standort massiv kritisiert und Patienten verunsichert werden (z. B. Kurier vom 21. Juli 2014) sind nicht geeignet, um eine gegenteilige Position zu festigen und werden von uns genauso abgelehnt wie die Verlegung dieses renommierten und international anerkannten RZ in den Bereich der Stadt Wien. Freilich ist nach 28ig-jährigem Betrieb eine umfassende Sanierung, bei der auch die Hotelkomponente entsprechende Berücksichtigung finden sollte, wünschenswert. Wie ideal dieser Standort (Grünruhelage in unmittelbarer Nähe zu einem Ballungszentrum) allerdings grundsätzlich ist, zeigt beispielsweise auch die Tatsache, dass sich der Klosterneuburger Bürgermeister nach diversen öffentlichen Darstellungen erst gar nicht um den Verbleib der AUVA am Standort bemüht und ankündigt, gemeinsam mit dem Land NÖ die Betreuung eines Kinderrehabilitationszentrums ins Auge zu fassen. Die auch öffentlich dargestellten Probleme und Mankos erscheinen Land und Gemeinde dabei offenbar durchaus lösbar.

Neben diesen und in Pkt. 4.1. angeführten, in Folge noch weitere Argumente, um unsere Position, den Standort RW zu erhalten, zu untermauern:

- Im internationalen Vergleich ist es „State of the Art“, Rehabilitation bedeutender Anbieter bewusst auf der „grünen Wiese“ (s. oben) zu betreiben. Auch Neubauten privater Anbieter in Österreich (aktuell 2 neue RZ im Umfeld des RH), Deutschland und der Schweiz bevorzugen Standorte in Grünruhelage.

- Der Wohlfühlfaktor ist in einer ansprechenden Umgebung und Landschaft wie es eine Grünruhelage bietet, weit höher und bietet ideale Bedingungen, damit sich der Patient mit seiner neuen Lebenssituation zurechtfinden und diese trainieren kann.
- Die große Mehrheit langjähriger MitarbeiterInnen unserer RZ sind überzeugt, dass der/die PatientIn diesen örtlichen Wechsel auch als einen wesentlichen Schritt auf dem Weg zur Wiederherstellung erlebt. Er darf das Krankenhaus verlassen!
- Die Atmosphäre für Angehörige ist wesentlich entspannter, es gibt mehr Möglichkeiten sich mit dem/der PatientIn zu befassen und Freizeit zu gestalten. Therapieangebote im Freien können ohne künstliche Bauten angeboten werden. (Bewegungstherapien im Gelände bei jedem Wetter)

Abschließend dazu möchten wir noch den Sprecher unserer Behindertenvertrauenspersonen, Koll. Erich Strobl, zum Thema zu Wort kommen lassen: *„Wie ich aus eigener Erfahrung - 2x Stollhof, 1x RW – weiß, ist Rehabilitation abseits der weitgehend barrierefreien Großstadt enorm wichtig. Sobald ein Patient außerhalb der Stadt wohnhaft ist, ist es mit Barrierefreiheit weitgehend vorbei. Sowohl bei den „Öffis“ als auch bei diversen Gebäuden – Wohnhäusern, Geschäften und öffentlichen Gebäuden, ist man gefordert, mit nicht behindertengerechten Bedingungen zu Recht zu kommen. Ganz zu schweigen von unbefestigten Wegen in Wald, Wiese und weitab von verbautem und befestigtem Gelände. Den Umgang damit lernt man nur da draußen und nicht auf 4 x 5 Metern Schotter, Stein, ebener Wiese und Beton mit barrierefreien Zu- und Abgängen.“*

Die im Zuge der Machbarkeitsstudie aufgetauchte These, dass Rehabilitation möglichst rasch, wenn nötig schon auf der Intensivstation durchgeführt werden sollte, teilen wir uneingeschränkt. Dies darf allerdings nicht nur für PatientInnen eines möglichen Traumazentrums gelten, sondern muss allgemeine Gültigkeit haben. Um diese Form der Frührehabilitation effizient gestalten zu können, braucht es Menschen (TherapeutInnen, PflegerInnen, ÄrztInnen etc.) und keine Neubauten mit Klinikatmosphäre.

Mit entsprechenden logistischen Konzepten und Ausstattung der bestehenden RZ's kann die Zuführung zur Erstrehabilitation sicher deutlich früher als zur Zeit erfolgen.

### 3.5. Strukturelle Herausforderungen

Die Herausforderungen, die sich bei der Zusammenlegung zu einem Traumazentrum ergeben, haben wir beispielhaft an Hand der derzeitigen Führungskräfte dargestellt:

<b>Leitungsfunktion</b>	<b>LBK</b>	<b>UM</b>	<b>RZM</b>	<b>RZW</b>
<i>Ärztliche Leitung</i>	1	1	1	1
<i>Stellvertreter</i>	1	1	1	1
<i>Pflegedienstleitung</i>	1	1		1
<i>Stellvertreter</i>	1	2		1
<i>Verwaltungsleitung</i>	1	1		1
<i>Stellvertretung</i>	1	2		1
<i>Kanzleileitung</i>	1	1		1
<i>Stellvertretung</i>	1	1		1
<i>Stationsleitung</i>	5	7	1	4
<i>Stellvertretung</i>	5	7	1	4
<i>Leitung OP</i>	1	1		1
<i>Stellvertretung</i>	1	1		
<i>Leitung Ergo</i>			1	1
<i>Stellvertretung</i>			1	1
<i>Leitung Physio</i>	1	1	1	1
<i>Stellvertretung</i>	1	1	1	2
<i>Materialverwaltung</i>	1	1		1
<i>Stellvertretung</i>	1	1		1
<i>Leitung Küche</i>		1		
<i>Stellvertreter</i>	1	2		1
<i>Leitung Technik</i>	1	1		1
<i>Stellvertreter</i>	1	1		

In der vorliegenden Machbarkeitsstudie gibt es lediglich einen rudimentären Hinweis auf die Struktur der künftigen kollegialen Führung, wobei diese vergleichsweise unterdimensioniert erscheint. Aus unserer Aufstellung wird ersichtlich, dass es vor allem bei Leitungsfunktionen in der mittleren Ebene zu deutlichen Veränderungen kommen wird. Wesentlich für die Detailanalyse wird deshalb sein, eine klare Zielstruktur als auch eine detaillierte Prozessbeschreibung wie die Überführung stattfinden soll, darzustellen.

Weiters bedarf es einer detaillierten Strukturierung der künftigen Organisationsbereiche und der damit verbundenen Arbeitsorganisation, sowie der Gegenüberstellung der bestehenden, als auch der zu erwartenden Dienstpostenpläne, um die notwendigen personellen Maßnahmen im Zuge eines Sozialplanes adäquat und effizient festzulegen.

Hinsichtlich der betrieblichen Interessenvertretungen gibt es ebenfalls Veränderungen. Die Errichtung der Körperschaften richtet sich nach den Bestimmungen des Betriebsbegriffes im ArbVG. Wir gehen davon aus, dass auch bei einem zentralen und überregionalen Traumazentrum die Bereiche UKH und RZ weiterhin getrennte organisatorische Betriebseinheiten, wenn auch unter einem Dach, bleiben.

Bei der von uns vorgeschlagenen Struktur (s. Pkt. 4.4.) käme es zur Verschmelzung der BR-Körperschaften UB und UM, die Körperschaften RZM und RZW bleiben weiter bestehen.

### **3.6. ZBR Positionen / Fragen zur Detailanalyse**

Zu den bereits oben erwähnten Punkten, die im Zuge einer Detailanalyse dargestellt werden sollten, erscheinen uns noch folgende Punkte klärungsbedürftig:

- Wie soll die Finanzierung dieses Projektes erfolgen. Wie hoch wäre der Anteil von Eigenmittel und Fremdmittel? Wie ist die gesamtwirtschaftliche Auswirkung?
- Was sind die Ziele des Projektes, kann damit der Standort gesichert und die Versorgungsqualität für die PatientInnen verbessert werden?
- Wie passt das vorgeschlagene Projekt in die Wiener Gesundheitslandschaft und wie wird dieses Projekt von KAV und den Wiener Gesundheitspolitikern gesehen?
- Wie sollen jene Standorte, die künftig nicht mehr benötigt werden, künftig genutzt bzw. verwertet werden und welche Erträge sind zu erwarten?
- Bleibt der Zuständigkeitsbereich (UKH – Landesstellen, RZ – Hauptstelle) unverändert?
- Gibt es Überlegungen, das neue überregionale Traumazentrum in stärkerem Ausmaß als bisher für Forschung, Lehre und Prävention zu nutzen?
- Wer behandelt künftig die Patientinnen und Patienten, die laut Machbarkeitsstudie im ambulanten Bereich wegfallen?
- Was ist unter „Synergieeffekten“ bei Konsiliarleistungen zu verstehen, worin bestehen diese?
- Wie gestaltet sich die Übergangsphase und welche Maßnahmen werden angedacht bzw. ergriffen, um Nachteile für die Arbeitnehmerschaft hintanzuhalten?
- Welche dienstrechtlichen Folgen ergeben sich aus den vorgeschlagenen Maßnahmen?

## 4. Forderungen des Zentralbetriebsrates

Für alle Positionierungen des AUVA Zentralbetriebsrates ist das seitens der AUVA BetriebsrätInnenkonferenz 2009 einstimmig beschlossene ZBR Zukunftskonzept „**Unsere AUVA - DAS Kompetenzzentrum für das Ereignis Unfall**“ bindend. Aus diesem Konzept ergeben sich aufgeteilt auf die Bereiche Politik, Hauptverband und AUVA Forderungen und Fragestellungen, die für uns hohe Aktualität und Wichtigkeit, einerseits in Bezug auf die geplanten Kooperationen, andererseits aber im Hinblick auf die beschriebene wirtschaftliche Situation der AUVA haben. Zusätzlich zu diesen bestehenden Forderungen haben wir aktuelle Eckpunkte zu den beiden Kooperationsprojekten definiert.

### 4.1. Forderungen an die Politik

- Einbindung in das LKF System
- Finanzierungsbeteiligung der Länder
- Exakte Kostenabrechnung von Nichtarbeitsunfällen in AUVA Einrichtungen
- Kostenwahrheit in den RZ's durch leistungsorientierte Abrechnung
- Gesetzlicher Präventionsauftrag für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren für die AUVA mit ausreichender Finanzierung
- Schaffung einer Uni – Professur für Pflegewissenschaften
- Schaffung eines Facharztes für Rehabilitation
- Schaffung einer Fachhochschule für Rehabilitation
- Verstärkung des Fachgebietes Rehabilitation in den spezifischen Ausbildungslehrgängen / Akademien
- Sicherstellung der finanziellen Leistungsfähigkeit der AUVA durch Entlastung von gesetzlich verordneten Aufgaben, die über das eigentliche Unfallversicherungsrecht hinausgehen oder einen angemessenen Beitragssatz

### 4.2. Forderungen an den Hauptverband

- Steuerung der Patientenströme (Arbeitsunfälle in die UKH's)
- Schaffung von Kostenwahrheit im Zusammenhang mit § 319a

### 4.3. Forderungen an die AUVA

- gezielte Zusammenarbeit durch die AUVA Landes- und Außenstellen auf Landes- und Gemeindeebene
- Kontrollmechanismen zur Überprüfung der PatientInnenströme
- Schaffung eines Angebotes zu einer Tagesrehabilitation in unseren RZ's
- Installierung einer mobilen Nachbetreuung in den RZ's
- Übernahme des Modells der Übergangspflege
- Errichtung von Rehab Ambulanzen
- Bessere Vernetzung unserer Rehabilitationszentren nach innen und außen
- Klärung der Finanzierung, Klärung der Belastungen der Finanzierung

#### **4.3.1. Forderungen zur Kooperation AUVA / KABEG**

- Die Standards und die Qualität der AUVA müssen bestehen bleiben
- Die Eigenständigkeit des UK (ganzheitliche Versorgung des Trauma Patienten im eigenen Haus – medizinisch, pflegerisch, therapeutisch, und diagnostisch) muss langfristig gewährleistet sein
- Eine Standort- und Beschäftigungsgarantie seitens der AUVA wird gefordert
- Kooperation mit der KABEG darf nicht zu einer Aushebelung der DO führen
- Keine Auslagerung von EDV, Radiologie, OP, Intensivstation usw.
- Information über Kosten/Nutzen Rechnung (Immobilien, Investitionen, LKF)
- Keine Jobrotation und kein Verleasen von MitarbeiterInnen
- Rechtzeitige Vertragseinsichtsnahme für die Belegschaftsvertretung
- Belegschaftsvertretung und Belegschaft sollen vor allen wesentlichen Schritten informiert werden
- Klärung der Finanzierung, Klärung der Belastungen der Finanzierung

#### **4.3.2. Forderungen zur Wiener Machbarkeitsstudie**

- Die Fragestellungen aus Pkt. 3.6. müssen geklärt sein
- Die Standards und die Qualität der AUVA müssen bestehen bleiben
- Die Eigenständigkeit der Unfallversorgung für den Großraum Wien muss langfristig gewährleistet sein
- Eine Standort- und Beschäftigungsgarantie seitens der AUVA wird gefordert
- Information über Kosten/Nutzen Rechnung (Immobilien, Investitionen, LKF)
- Der Standort „Weißer Hof“ muss laufend an die Gegebenheiten angepasst und abgesichert werden
- Die Belegschaftsvertretung soll in jede Phase und jeden Bereich der Studie eingebunden sein
- In die Detailstudie sollen gezielt Projekt-kritische AUVA-ExpertInnen eingebunden werden, um Kritikpunkte rechtzeitig berücksichtigen zu können
- Belegschaftsvertretung und Belegschaft sollen vor allen wesentlichen Schritten informiert werden

## **5. Schlussgedanken**

Dieses im Sommer 2014 auf der steirischen Teichalm erarbeitete Konzept, das im September 2014 über alle 3 im ZBR tätigen Fraktionen hinweg einstimmig beschlossen und im Oktober in Anwesenheit von rund 120 AUVA BetriebsrätInnen bestätigt wurde, ist für uns Auftrag und Richtlinie bei allen Kooperationsgesprächen zu unseren Einrichtungen.

Wir sehen all diese Kooperationen vor dem Hintergrund einer politisch herbeigeführten Beitragsreduzierung, die die AUVA bewusst in eine schwierige und vielleicht sogar existenziell bedrohliche wirtschaftliche Situation bringt. Unsere Überlegungen sind aus diesem Grund von großer Sorge getragen. Wir appellieren deshalb an den AUVA Vorstand, die Generaldirektion und all jene KollegInnen, die in die Kooperationsgespräche involviert sind, mögliche Veränderungen reiflich zu überlegen und sehr behutsam umzusetzen.

Wir werden am 1. November 2014 das 125 jährige Bestehen der AUVA begehen. Dabei können wir auf eine unvergleichliche Erfolgsgeschichte zurückblicken. Unser Wunsch für die Verantwortungsträger für und in der AUVA, aber auch für uns selbst ist es, Teil und nicht Schlussstrich dieser Erfolgsgeschichte zu werden.