



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

digkeiten und Verantwortlichkeiten der Kooperationspartner erfolgen, sondern auch weitere wichtige Aspekte, wie etwa die Fortbildung von onkologisch tätigen Ärzten im Onkologischen Schwerpunkt bzw. Zentrum, geregelt werden.

Tumorboard

- 22.1** Laut ÖSG sollte für die qualitätssichernde Abwicklung der Behandlung von an Krebs erkrankten Patienten in jedem Onkologischen Zentrum und in jedem Onkologischem Schwerpunkt ein Tumorboard eingerichtet sein. Damit sollen auf interdisziplinärem Wege – im Sinne einer verpflichtenden konsiliarärztlichen Kooperation bzw. Second Opinion – die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Schritte im Zusammenhang mit bösartigen Erkrankungen besprochen und festgelegt werden. Gemäß den im ÖSG vorgesehenen Versorgungsstrukturen bedarf es geregelter Verfahrensabläufe für die Therapiebesprechungen im Tumorboard.

In der assoziierten onkologischen Versorgung hatten die Erbringung von Therapie und Übernahme weiterer Leistungen in Abstimmung mit dem kooperierenden Onkologischen Schwerpunkt und/oder Onkologischem Zentrum zu erfolgen; die Zusammenarbeit mit dem Tumorboard des kooperierenden Schwerpunkts und/oder Zentrums war zu institutionalisieren.

Für die Tumorboards war in den vier LKH und im KH Dornbirn Folgendes vorgesehen:

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Die KHBG sah in den LKH insgesamt neun Tumorboards vor. Im LKH Feldkirch waren ein allgemeines interdisziplinäres Tumorboard und fünf schwerpunktbezogene Tumorboards⁵³ vorgesehen. In den LKH Bludenz, Bregenz und Hohenems gab es jeweils ein interdisziplinäres Tumorboard.

Die KHBG hatte 2009 – ausgehend vom ÖSG 2008 – ein Handbuch Tumorboard erstellt, das für alle Tumorboards in den LKH galt. Das Handbuch regelte u.a. die Zusammensetzung, die einzuschließenden Patientengruppen und den Prozessablauf im Tumorboard. Die im ÖSG 2010 bzw. 2012 festgelegte institutionalisierte Zusammenarbeit

⁵³ Pulmologisches Tumorboard, Tumorboard Mammazentrum, HNO Tumorboard, Schilddrüsen-Tumorboard, Neuroonkologisches Tumorboard

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

war hier nicht geregelt; nicht festgelegt waren weitere Rollen/Verantwortlichkeiten im Tumorboard (z.B. Moderation), Qualifikation der Teilnehmer, Patientenaufklärung, Überweisung von Patienten, Akutfälle etc.

KH Dornbirn

Im KH Dornbirn bestand ein interdisziplinäres Tumorboard.⁵⁴ Die dem RH vorgelegten Vorgaben aus 2008 entsprachen nicht den Festlegungen des ÖSG für Verfahrensabläufe im Tumorboard.

So fehlten die Bestimmung des Teilnehmerkreises, die Verpflichtung, jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzu-melden, sowie eine entsprechende Regelung der Dokumentationspflichten. Detaillierte Verfahrensabläufe und Verantwortlichkeiten waren ebenso wenig vorgesehen, wie eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem Tumorboard eines Onkologischen Schwerpunkts oder Zentrums.

- 22.2 Der RH wies darauf hin, dass der ÖSG Tumorboards explizit in Onkologischen Schwerpunkten und Zentren vorsah, nicht jedoch in Krankenanstalten mit einer assoziierten onkologischen Versorgung.

Angesichts dessen erschien es fraglich, ob bzw. unter welchen konkreten Voraussetzungen Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung geeignet sein können, die entsprechenden Vorgaben des ÖSG zu erfüllen. Da der RH nicht nur in Krankenanstalten Vorarlbergs, sondern auch in Salzburger Krankenanstalten (siehe dazu Reihe Salzburg 2013/1) Tumorboards im Rahmen der assoziierten onkologischen Versorgung vorfand, empfahl er dem BMG, eine diesbezügliche Klarstellung herbeizuführen.

In diesem Zusammenhang wies der RH auf die Ansicht des BMG hin, wonach die im ÖSG definierte abgestufte onkologische Versorgungsstruktur auf die Bündelung von Expertise, Erfahrung und Ressourcen zur Sicherung der Patientenbehandlungsqualität abziele; vor diesem Hintergrund hielte das BMG in einem Land in der Größe von Vorarlberg ein optimal besetztes Tumorboard (allenfalls mit telekommunikativer Ausstattung) für ausreichend.

Auf Grundlage der Klarstellung durch das BMG sollten die KHBG und das KH Dornbirn entsprechende Veranlassungen für ihre Tumorboards

⁵⁴ Die Tumorboardbesprechungen des affilierten Brustgesundheitszentrums erfolgten per Videokonferenz mit dem Brustzentrum Tirol.



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

bzw. für die im ÖSG geforderte institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Tumorboard eines Onkologischen Schwerpunkts und/oder Zentrums treffen sowie schriftlich festlegen bzw. vereinbaren. Weiters empfahl der RH, die Tumorboards regelmäßig zu evaluieren. Die KHBG sollte ferner das Handbuch Tumorboard überarbeiten bzw. ergänzen.

Angesichts der unzureichenden Vorgaben für das Tumorboard bzw. die diesbezüglichen Verfahrensabläufe sollte das KH Dornbirn weiters – abhängig von der Klarstellung des BMG über die Zulässigkeit von Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung – für dieses dem ÖSG entsprechende umfassende Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen ausarbeiten.

- 22.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme auf die Festlegungen des ÖSG, wonach eine assoziierte onkologische Versorgung die Kooperation mit einem Onkologischen Zentrum und/oder Schwerpunkt und dem jeweiligen Tumorboard zu institutionalisieren habe. Diese Festlegung schließe nicht grundsätzlich aus, dass in einer assoziierten onkologischen Versorgung ein eigenes Tumorboard eingerichtet sei, solange eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem kooperierenden Onkologischen Zentrum bzw. Schwerpunkt erfolge. Die Führung eines eigenen Tumorboards in einer assoziierten onkologischen Versorgung könne sich allerdings in der Praxis unter Umständen als ressourcenaufwendig und daher wenig effizient erweisen, weil die Besprechungsdichte höher sei (Besprechungen im Tumorboard der assoziierten onkologischen Versorgung und Besprechungen mit dem Tumorboard des Onkologischen Zentrums bzw. Schwerpunkts) sowie die Informationsunterlagen, Dokumentationen und Vorgehensweisen in den verschiedenen Tumorboards unterschiedlich und daher nur mit höherem Aufwand vergleichbar seien.*

Die breitere Zusammenarbeit der am onkologischen Versorgungsprozess auf allen Versorgungsstufen beteiligten Experten sei laut Stellungnahme des BMG jedenfalls gegenüber der parallelen Führung mehrerer kleiner Tumorboards mit einer naturgemäß jeweils auf die eigene Versorgungsstufe und das eigene Patientenkontingent eingeschränkten Sichtweise zu forcieren. Eine telekommunikative Ausstattung hierfür sei eine Einmalinvestition, die sich voraussichtlich in kürzester Zeit rechnen würde. Eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Onkologischen Zentrum bzw. Schwerpunkt sollte auch dahin führen, dass alle Patienten einer größeren Region (z.B. eines kleinen Bundeslandes) an einer einzigen Stelle anzumelden seien und damit für alle an der Versorgung dieser Patienten Beteiligten ein regelmäßiger aktueller Überblick und Austausch auf Expertenebene über das diesbezügliche Ver-

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

sorgungsgeschehen im Land gewährleistet sei. Eine damit verbundene einheitliche Dokumentation trage zur Verbesserung der Behandlungsqualität bei. Die Patienten müssten sich – unabhängig von ihrem Wohnort und unabhängig vom behandelnden Spital – darauf verlassen können, dass jede verfügbare Expertise in ihre Behandlung einfließe und bestmögliche Erfolgchancen bei der Behandlung gewährleistet seien.

Gerade in dem qualitativ äußerst sensiblen, aber in Österreich immer noch relativ kleinstrukturierten und damit zersplitterten onkologischen Versorgungsbereich sei es dringend erforderlich, diesen besser zu strukturieren sowie die vorhandene Expertise und Ausstattung stärker zu bündeln, klare Versorgungsaufträge festzulegen sowie die optimale Versorgungs- und Behandlungsqualität für die Patienten nachhaltig sicherzustellen. Daher seien die Festlegungen zur onkologischen Versorgung seinerzeit im Rahmen der Arbeiten zum ÖSG 2010 (übernommen in den ÖSG 2012) intensiv behandelt worden; seither würden diese sowohl von onkologischen Experten als auch von Seiten der Gesundheitsplanung und der Finanziers anerkannt. Das Ergebnis und die Feststellungen des RH zur onkologischen Versorgung würden jedoch zum Anlass genommen werden, die Vorgaben des ÖSG zur onkologischen Versorgung und ihre Umsetzung (insbesondere auch betreffend Tumorboards) in den zuständigen Arbeitsgremien zu besprechen und allfällig notwendige Klarstellungen und Präzisierungen mit den Ländern sowie der Sozialversicherung zu vereinbaren.

Laut Stellungnahme des Landes Vorarlberg folge die Verortung der Tumorboards in den dezentralen Häusern ablauforganisatorischen Erfordernissen; laut Darlegungen der KHBG sei sichergestellt, dass auch in dieser dezentralen Struktur die erforderlichen Fachleute aus der Schwerpunkteinrichtung beigezogen würden, um die gebündelte Expertise verfügbar zu haben. Die Frage, ob fachbezogen verteilte Tumorboards zulässig seien, sei aus den Strukturqualitätskriterien nicht zu beantworten. Hingegen seien die Auswahl des Teilnehmerkreises und ein formal gesicherter Prozessablauf für die Wirksamkeit des Gremiums von Bedeutung. Die KHBG werde im Rahmen der Erstellung eines abgestuften Versorgungskonzepts im Bereich der onkologischen Versorgung auch das Handbuch Tumorboard überarbeiten und ergänzen.

Die Stadtgemeinde Dornbirn teilte mit, es sei davon auszugehen, dass das KH Dornbirn aufgrund des onkologischen Schwerpunkts auch weiterhin ein Tumorboard benötigen werde. Die vom RH vorgeschlagenen Ergänzungen bzw. Korrekturen der Verfahrensweise würden in Absprache mit anderen Krankenanstalten realisiert werden.



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

- 22.4 Der RH wertete die Zusage des BMG, die Vorgaben des ÖSG zur onkologischen Versorgung und ihrer Umsetzung (insbesondere auch betreffend Tumorboards) in den Expertengremien zu besprechen und allfällig notwendige Klarstellungen und Präzisierungen mit den Ländern und der Sozialversicherung zu vereinbaren, positiv. Im Hinblick auf mögliche Unklarheiten auch in anderen Bundesländern empfahl der RH dem BMG, seine Ausführungen zur Organisation der onkologischen Versorgung auch den anderen Bundesländern bzw. den Rechtsträgern der Krankenanstalten mitzuteilen.

Gegenüber dem Land Vorarlberg verwies der RH auf die klaren Ausführungen des BMG. Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit betonte er nachdrücklich die Notwendigkeit, dass die KHBG, welche über insgesamt neun Tumorboards verfügte – davon drei in assoziierten onkologischen Versorgungen – und das KH Dornbirn dementsprechende Veranlassungen für ihre Tumorboards treffen. Diese wären vom Land Vorarlberg auf ihre Übereinstimmung mit dem ÖSG und den oben zitierten Erläuterungen des BMG zu überprüfen.

Gegenüber der Stadtgemeinde Dornbirn verwies der RH ebenfalls auf die Klarstellungen des BMG. Bezugnehmend auf die Ausführungen des BMG zur Effizienz der Führung eines eigenen Tumorboards in einer assoziierten onkologischen Versorgung empfahl der RH der Stadtgemeinde Dornbirn bzw. dem KH Dornbirn, die Führung eines eigenen Tumorboards zu überdenken.

- 23.1 Gemäß ÖSG haben sich die Tumorboards u.a. aus Vertretern der Pathologie, der Radiodiagnostik, der Radioonkologie und der Inneren Medizin/Hämatookologie zusammensetzen.

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Für die LKH legte darüber hinaus auch das Handbuch Tumorboard der KHBG die Teilnahme von Vertretern der genannten vier Fachrichtungen an ihren Tumorboards fest. Beispielhaft ausgewählte Protokolle der verschiedenen Tumorboards bzw. Erhebungen des RH zeigten folgendes:

Qualitätssicherung in den fünf überprüften **Krankenanstalten**

Tabelle 13: Zusammensetzung von Tumorboards in den LKH

Tumorboard	Pathologie	Radiologie	Radio-onkologie	Hämatonkologie
LKH Bludenz	nein	ja	ja	ja
LKH Bregenz	nein	teilweise	teilweise	ja
LKH Feldkirch				
allgemeines Tumorboard	teilweise	teilweise	teilweise	ja
pulmologisches Tumorboard	ja	ja	ja	nein
HNO-Tumorboard	nein	nein	ja	teilweise ²
Schilddrüsen-Tumorboard	ja	nein	nein	nein
Brustzentrum-Tumorboard	ja	teilweise	ja ¹	teilweise ²
neuroonkologisches Tumorboard	nein	ja	ja	nein
LKH Hohenems	nein	teilweise	teilweise	teilweise ²

¹ teilweise keine Fachärzte sondern Assistenzärzte vertreten

² teilweise Internist ohne Additivausbildung Hämatonkologie

Quellen: KHBG; Tumorboard-Protokolle (Oktober 2012 bis Jänner 2013); Erhebungen des RH

Die im ÖSG geforderten Fachbereiche waren in den Tumorboardsitzungen häufig nicht durchgängig vertreten. Begründet wurde dies u.a. mit der personellen Situation und/oder dem fehlenden medizinischen Erfordernis, bei bestimmten Tumorboards alle bzw. bestimmte Vertreter der geforderten Fachrichtungen beizuziehen.

KH Dornbirn

Im KH Dornbirn war niemals ein Pathologe in den interdisziplinären Tumorboards anwesend; begründet wurde dies damit, dass das LKH Feldkirch die Entsendung eines Pathologen aus personellen Gründen abgelehnt habe. Weiters fehlten teilweise ein Radioonkologe bzw. ein Hämatonkologe.

Das Tumorboard des affilierten Brustgesundheitszentrums im KH Dornbirn wurde als Telekonferenz mit dem Brustgesundheitszentrum Tirol abgehalten; die Teilnahme von Vertretern der vier Fachbereiche war vorgesehen, ließ sich aber aufgrund der meist fehlenden Teilnehmerangaben in den Protokollen nicht nachvollziehen.



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

- 23.2 Der RH hielt kritisch fest, dass keine der überprüften Krankenanstalten die Vorgaben des ÖSG über die Zusammensetzung des Tumorboards durchgängig einhielt, wodurch die im Sinne der Patientenbehandlungssicherheit geforderte Interdisziplinarität nicht gegeben war.

Der RH empfahl daher der KHBG und der Stadtgemeinde Dornbirn, im Hinblick auf die Organisationspflichten eines Rechtsträgers und unter Berücksichtigung der Klarstellung des BMG betreffend Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgung, für die Teilnahme von Fachärzten aller im ÖSG vorgesehenen Fachrichtungen in den Tumorboards zu sorgen und die Einhaltung zu kontrollieren.

- 23.3 *Das Land Vorarlberg vertrat in seiner Stellungnahme die Ansicht, dass die Strukturqualitätskriterien insoweit als Maßstab heranzuziehen seien, als sie als Stand der Wissenschaft anzusehen sind. Im Einzelfall bestehe sowohl für Behörden als auch für Krankenanstaltenträger die Möglichkeit, davon abzuweichen, wenn die Qualitätskriterien des ÖSG veraltet, praktisch unanwendbar geworden oder durch andere Maßnahmen nachweisbar gleichwertige Ergebnisse erzielbar seien (siehe auch TZ 7).*

Die Stadtgemeinde Dornbirn teilte mit, das Fehlen eines Pathologen sei darauf zurückzuführen, dass im LKH Feldkirch derzeit für diese Kooperation nicht genügend personelle Ressourcen zur Verfügung stünden.

- 23.4 Gegenüber dem Land Vorarlberg verwies der RH auf die in TZ 22 dargestellten Ausführungen des BMG, wonach die Festlegungen zur onkologischen Versorgung seinerzeit im Rahmen der Arbeiten zum ÖSG 2010 intensiv behandelt worden seien und seither sowohl von onkologischen Experten als auch von Seiten der Gesundheitsplanung und der Finanziere anerkannt würden. Diese Festlegungen wurden in den ÖSG 2012 übernommen. Dem ÖSG entsprechend verblieb der RH bei seiner Empfehlung, für die Teilnahme von Fachärzten aller im ÖSG vorgesehenen Fachrichtungen in den Tumorboards zu sorgen und die Einhaltung zu kontrollieren.

Gegenüber der Stadtgemeinde Dornbirn wiederholte der RH, dass der ÖSG die Teilnahme eines Pathologen an den Tumorboards ausdrücklich vorsah. Er hielt daher – für den Fall der Aufrechterhaltung des Tumorboards nach den obigen Ausführungen des BMG – seine Empfehlung aufrecht.

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

24.1 Der ÖSG 2010 bzw. 2012 legte für das Tumorboard betreffend Patientenkreis Folgendes fest: „Anmeldung jeder Person mit einer malignen Neuerkrankung; jene Abteilung zunächst zuständig, die den Patienten dem Tumorboard vorstellt“.⁵⁵

In den überprüften Krankenanstalten war der Patientenkreis für die Tumorboards wie folgt geregelt:

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Das Handbuch Tumorboard der KHBG bestimmte Folgendes: „... Für einfach gelagerte Neuerkrankungen mit unstrittiger Therapieoption werden Ablaufpfade (Workflows) im Tumorboard festgelegt. ... Komplexe Fälle, die den Einschlusskriterien nicht entsprechen, werden im Tumorboard besprochen. ...“

Bei Bekanntwerden einer Tumorerkrankung war laut Handbuch innerhalb der Fachabteilung zu überprüfen, ob der Patient die Einschlusskriterien für eine in einem Workflow festgelegte Behandlung erfüllte. Nur dann, wenn dies nicht der Fall war oder aus anderen Gründen eine vom Workflow abweichende Behandlung angezeigt war, war der Patient im Tumorboard anzumelden.

Erhebungen zur praktischen Handhabung dieser Vorgaben ließen darüber hinaus den Schluss zu, dass **abgesehen** von Workflows im Sinne des Handbuchs Tumorboard⁵⁶, für die Behandlung von krebserkrankten Personen bspw. auch Standardprotokolle ohne vorherige Befassung eines (mit allen vorgesehenen Fachbereichen besetzten) Tumorboards eingesetzt wurden.

Nicht geregelt war im Handbuch Tumorboard, welches Tumorboard für welche Erkrankungen zuständig war. In der Praxis wurden bspw. pulmonologische Krebserkrankungen sowohl im „allgemeinen Tumorboard“ des LKH Feldkirch als auch im pulmonologischen Tumorboard behandelt.

⁵⁵ Noch basierend auf dem ÖSG 2008 wurde in einer Besprechung zwischen dem Amt der Vorarlberger Landesregierung und der KHBG im September 2009 festgelegt, dass im interdisziplinären Tumorboard alle bösartigen Neuerkrankungen exklusive einer speziellen Neuerkrankung der Haut vorzustellen waren.

⁵⁶ Diese wurden im Übrigen nicht nur von Tumorboards, sondern auch vom Onkologischen Arbeitskreis (siehe TZ 20) genehmigt.

KH Dornbirn

Das KH Dornbirn gab an, alle bösartigen Neuerkrankungen exklusive einer speziellen Neuerkrankung der Haut⁵⁷ im interdisziplinären Tumorboard vorzustellen.

- 24.2 Die im Handbuch Tumorboard der KHBG festgelegte bzw. die in den LKH tatsächlich gelebte Vorgangsweise und die vom KH Dornbirn definierte Ausnahme standen in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des ÖSG, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“. Das Handbuch der KHBG sah eine Anmeldung im Tumorboard nämlich nur dann vor, wenn die maligne Neuerkrankung nicht den Kriterien eines bestimmten Workflows entsprach. Im KH Dornbirn wurden bestimmte bösartige Hauterkrankungen nicht im Tumorboard behandelt.

Der RH empfahl daher der KHBG und dem KH Dornbirn (für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards), gemeinsam mit dem Land Vorarlberg und dem BMG diesbezüglich eine Vorgangsweise für ihre Tumorboards festzulegen, die den Vorgaben des ÖSG entsprach.

Weiters wäre – für den Fall der Aufrechterhaltung der bestehenden Tumorboardstruktur – im Handbuch Tumorboard der KHBG festzulegen, welches Tumorboard für welche Patienten bzw. welche Krebserkrankungen zuständig ist.

- 24.3 *Das Land Vorarlberg teilte in seiner Stellungnahme mit, dass im Sinne der Behandlungsqualität darauf zu achten sein werde, die gebündelte Kompetenz der Tumorboards auf jene Fälle zu konzentrieren, in denen der einzelne Patient von eben dieser profitiere. Die verfügbare Arbeitszeit der hochqualifizierten Fachleute dürfe nicht mit der Diskussion von Fällen blockiert werden, für die abgestimmte und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlungsstandards zur Verfügung stünden. Auch die durch Verordnung der Vorarlberger Landesregierung verbindlich erklärten Strukturqualitätskriterien seien insoweit als Maßstab heranzuziehen, als sie als Stand der Wissenschaft anzusehen sind. Im Einzelfall bestehe die Möglichkeit, davon abzuweichen, wenn die Qualitätskriterien des ÖSG veraltet, praktisch unanwendbar geworden oder durch andere Maßnahmen nachweisbar gleichwertige Ergebnisse erzielbar seien.*

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Dornbirn beruhe der Umstand, dass nicht alle Patienten mit einer malignen Neuerkrankung im Tumor-

⁵⁷ C44.x („Sonstige bösartige Neubildungen der Haut“)

Qualitätssicherung in den fünf überprüften Krankenanstalten

board vorgestellt würden, auf einem Missverständnis. Der Gesundheitsfonds habe im Jahr 2010 eine Überprüfung des Tumorboards des KH Dornbirn durchgeführt und dabei lediglich eine Patientin mit einer speziellen Diagnose untersucht. Dies werde korrigiert.

- 24.4 Gegenüber dem Land Vorarlberg verwies der RH neuerlich auf die in TZ 22 dargestellten Ausführungen des BMG, wonach die Festlegungen zur onkologischen Versorgung seinerzeit im Rahmen der Arbeiten zum ÖSG 2010 intensiv behandelt worden seien, seither sowohl von onkologischen Experten als auch von Seiten der Gesundheitsplanung und der Finanziere anerkannt würden sowie in den ÖSG 2012 übernommen wurden. Die Festlegung des ÖSG „Anmeldung jeder Person mit einer malignen Neuerkrankung; jene Abteilung zunächst zuständig, die den Patienten dem Tumorboard vorstellt“ ließ aus Sicht des RH den Schluss zu, dass der ÖSG zwischen Anmeldung und Vorstellung von Patienten im Tumorboard unterschiede. Daher verblieb der RH bei seiner Empfehlung, wonach die KHBG gemeinsam mit dem Land Vorarlberg und dem BMG hinsichtlich des Patientenkreises eine Vorgangsweise für ihre Tumorboards festlegen sollte, die den Vorgaben des ÖSG entsprach.

Auch gegenüber der Stadtgemeinde Dornbirn verwies der RH neuerlich auf die Ausführungen des BMG über Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungen in TZ 22. Danach könne sich die Führung eines eigenen Tumorboards in einer assoziierten onkologischen Versorgung in der Praxis unter Umständen als ressourcenaufwendig und daher wenig effizient erweisen, weil die Besprechungsdichte höher sei sowie die Informationsunterlagen, Dokumentationen und Vorgehensweisen in den verschiedenen Tumorboards unterschiedlich und daher nur mit höherem Aufwand vergleichbar seien. Im Hinblick darauf wäre die Führung eines eigenen Tumorboards im KH Dornbirn zu überdenken.

- 25.1 Der ÖSG legte für das Tumorboard betreffend Dokumentation verbindliche schriftliche Vereinbarungen zur Beschlussfassung der Behandlungsvorschläge und zur Dokumentationspflicht fest.



Qualitätssicherung in den
fünf überprüften Krankenanstalten



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Das Handbuch Tumorboard traf für die Tumorboard-Dokumentation verpflichtende Vorgaben.⁵⁸ Die beispielhaft eingesehenen Protokolle der einzelnen Tumorboards waren sehr unterschiedlich und erfüllten nur teilweise die Vorgaben des Handbuchs bzw. des ÖSG; so fehlten bspw. teilweise eine Auflistung der Teilnehmer oder eine eindeutige Dokumentation der Beschlussfassung. Zum Teil waren keine Protokolle verfügbar.

KH Dornbirn

Wie erwähnt traf das KH Dornbirn keine detaillierten schriftlichen Festlegungen hinsichtlich der Dokumentation der Tumorboardbeschlüsse. So fehlten in den Protokollen der Tumorboards des Brustgesundheitszentrums⁵⁹ häufig die Namen der Teilnehmer.

- 25.2 Aus Sicht des RH war die Dokumentation der Tumorboards zumindest teilweise nicht geeignet, das ÖSG-gemäße Zustandekommen der Tumorboardbeschlüsse nachzuweisen.

Der RH empfahl der KHBG und dem KH Dornbirn (für das Tumorboard des Brustgesundheitszentrums und – im Fall der Aufrechterhaltung – für das allgemeine Tumorboard), für eine einheitliche und umfassende, dem ÖSG entsprechende Dokumentation der Tumorboardsitzungen und der für die einzelnen Patienten jeweils getroffenen Tumorboardentscheidungen zu sorgen.

- 25.3 *Das Land Vorarlberg sagte zu, dass dieser Punkt von der KHBG im Rahmen der Erarbeitung eines abgestuften onkologischen Versorgungskonzepts berücksichtigt werde.*

⁵⁸ z.B.: Patientenidentität, Datum des Tumorboards, Tumorentität, Therapieempfehlung und Namen der anwesenden Fachärzte

⁵⁹ per Videokonferenz mit dem Brustgesundheitszentrum Tirol, dessen affiliierter Partner das KH Dornbirn war

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Kennzahlen **26.1** Vor dem Hintergrund des nunmehr gesetzlich verankerten verpflichtenden Charakters des ÖSG⁶⁰ beurteilte der RH in den fünf überprüften Krankenanstalten die Einhaltung der fachbezogenen und leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien anhand ausgewählter Eingriffe. In Abstimmung mit den überprüften Krankenanstalten zog der RH folgende OP-Leistungen für einen Qualitätsvergleich heran:

Tabelle 14: Ausgewählte Eingriffe		
Fachrichtung	Eingriffsart	Mindestfallzahl
HNO	Mandel- und Nasenpolypentfernung (Adeno-, Tonsillo- und Tonsillektomien)	keine
Chirurgie	Bauchchirurgie:	
	OP Bauchspeicheldrüse (Eingriffe am Pankreas)	10 (verbindlich)
	OP Dickdarm (Colonresektionen)	keine
	OP Blinddarm (Appendektomie)	keine
	OP Schilddrüse (Thyreoidektomien)	30
	OP Gallenblase (Cholezystektomie)	keine
Gynäkologie/ Geburtshilfe	Kaiserschnittgeburt (Entbindung durch Sectio caesarea)	365 (Geburten insgesamt)
	Brustkrebsoperationen	30 ¹
Orthopädie/ Unfallchirurgie	Arthroskopien Knieendoprothetik Hüftendoprothetik	jeweils 100 (Abteilung) bzw. 50 (Fachschwerpunkt oder Department)

¹ Gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 23. November 2012 (ÖSG 2012) wurde die Mindestfallzahl für Brustkrebsoperationen auf 50 angehoben. Für den relevanten Prüfungszeitraum 2009 bis 2011 galten allerdings ausschließlich die Mindestfallzahlen des ÖSG 2010.

Quelle: ÖSG

Wie bereits im Rahmen seiner Gebarungsüberprüfungen im Bundesland Salzburg (siehe dazu Reihe Bund 2012/12 und Reihe Salzburg 2012/9 bzw. Reihe Bund 2013/3 und Reihe Salzburg 2013/1) erhob der RH u.a. folgende wesentliche Parameter: Anzahl der durchgeführten Eingriffe (je Abteilung bzw. je Arzt), durchschnittliche Operationszeit sowie durchschnittliche Verweildauer auf der Betten- bzw. auf der Intensivstation.

⁶⁰ Aufgrund seines Charakters als „Sachverständigengutachten“ wird der ÖSG in Hinkunft von den Behörden beim Vollzug der Landeskrankenanstaltengesetze und der sanitären Aufsicht sowie von den Krankenanstaltenträgern im Rahmen ihrer Verpflichtung zur Qualitätssicherung als Maßstab heranzuziehen sein.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

Die Detailergebnisse der Erhebungen für das Jahr 2011 sind den Tabellen im Anhang zu entnehmen.

- 26.2 Der RH stellte fest, dass bei einigen Leistungen die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung unter den vom ÖSG geforderten Mindestwerten lag.

Unabhängig davon betrachtete der RH die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Arzt. Diese Analyse ergab, dass in mehreren Fällen nur wenige Eingriffe je Arzt durchgeführt wurden, wie das Beispiel Arthroskopie am Kniegelenk zeigte:

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

In den vier LKH wurden 2011 Arthroskopien am Kniegelenk insgesamt zwischen 145-mal (LKH Bregenz) und 402-mal (LKH Feldkirch) vorgenommen. Die Anzahl dieser Eingriffe je Arzt bewegte sich zwischen weniger als fünf (in allen LKH außer Hohenems) und 94 Eingriffen je Arzt (LKH Hohenems).⁶¹

KH Dornbirn

Im KH Dornbirn entfielen 2011 bei den 332 Arthroskopien am Kniegelenk auf einen Arzt zwischen vier und 107 dieser Eingriffe.

Bei den durchschnittlichen Operationszeiten, die der RH anhand der sogenannten Schnitt-, Nahtzeiten beurteilte, zeigten sich große Streubreiten. Die Durchschnittszeiten waren daher wenig aussagekräftig. Beispielsweise betrug die Operationszeit bei der Arthroskopie am Kniegelenk im LKH Bludenz durchschnittlich 23 Minuten, im LKH Bregenz 34 Minuten, im LKH Feldkirch 28 Minuten, im LKH Hohenems 18 Minuten und im KH Dornbirn 21 Minuten. Die Bandbreite zwischen der minimalen und der maximalen Schnitt-, Nahtzeit lag zwischen drei Minuten (LKH Bludenz und Feldkirch) und 140 Minuten (LKH Feldkirch). Die Begründungen für überdurchschnittlich lange Operationszeiten waren aus Sicht des RH nachvollziehbar und betrafen in der Regel medizinisch komplexe Operationen.

⁶¹ Die Arthroskopie am Kniegelenk war die einzige Leistung, die 2011 in allen fünf KH in einer repräsentativen Anzahl erbracht wurde, weil das LKH Hohenems chirurgisch in erster Linie als Tagesklinik fungierte und hauptsächlich Arthroskopien am Kniegelenk durchführte.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Auch die durchschnittlichen Verweildauern (null Tage im LKH Hohenems⁶² bis vier Tage im LKH Bludenz) waren bei der Arthroskopie am Kniegelenk sehr unterschiedlich; höhere Verweildauern betrafen in der Regel Einzelfälle und waren ebenfalls Folgen medizinisch komplexer Eingriffe.

26.3 *Das Land Vorarlberg teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die in der Leistungsmatrix ausgewiesenen Mindestfallzahlen laut ausdrücklicher Bestimmung des ÖSG als Vorschläge von medizinischen Experten/Fachgesellschaften und als unverbindliche Richtwerte zu verstehen seien. Lediglich die Mindestfallzahlen für Ösophaguschirurgie sowie Eingriffe am Pankreas seien laut ÖSG verbindlich. Die Mindestfallzahlen würden sich weiters nicht auf den einzelnen Arzt beziehen, sondern auf die jeweilige Organisationseinheit. Daher seien die vom RH gezogenen Schlussfolgerungen bei den in Betracht genommenen Eingriffen nicht nachvollziehbar.*

26.4 Der RH entgegnete dem Land Vorarlberg, dass er gerade deshalb, weil die Fallzahlen von medizinischen Experten/Fachgesellschaften erstellt werden und Empfehlungen darstellen, diese als Referenzwerte heranzog. Im Hinblick auf die unterschiedliche Verbindlichkeit der Mindestfallzahlen beschränkte er sich auf die Feststellung, dass die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Abteilung bei einigen Leistungen unter diesen Mindestwerten lag. Eine Leistungskonzentration empfahl er in TZ 27 für Eingriffe am Pankreas, für welche die Mindestfallzahlen – wie das Land Vorarlberg selbst ausführte – verbindlich sind. Die Empfehlung zur Konzentration von Schilddrüsenoperationen erfolgte vor dem Hintergrund, dass hier die Mindestfallzahlen nicht einmal zur Hälfte (14 % und 34 %) erreicht wurden und darauf aus Sicht des RH im Rahmen der Leistungsangebotsplanung reagiert werden sollte. Unabhängig von den im ÖSG geforderten, auf Organisationseinheiten bezogenen Mindestfallzahlen betrachtete der RH als zusätzlichen Aspekt der Leistungserbringung die Anzahl der durchgeführten Eingriffe je Arzt.

Leistungsbezogene
Strukturqualitäts-
kriterien

27.1 In der Leistungsmatrix des ÖSG sind für ausgewählte medizinische Einzelleistungen Qualitätskriterien festgelegt, die von der Krankenanstalt bei Erbringung der entsprechenden Leistung sicherzustellen sind und als leistungsbezogene Strukturqualitätskriterien bezeichnet werden.

Krankenanstalten müssen bspw. für die Erbringung bestimmter Leistungen über die Möglichkeit einer intraoperativen histopathologischen

⁶² Im LKH Hohenems wurde dieser Eingriff tagesklinisch erbracht.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

Befundung mittels Gefrierschnitt verfügen. Die vier LKH sowie das KH Dornbirn hatten die Möglichkeit, von der Abteilung für Pathologie im LKH Feldkirch intraoperativ histopathologische Befunde per Probentransport anzufordern.

Ebenso gehören Mindestfrequenzen pro Jahr und Krankenanstalten-Standort zu den leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien. In den überprüften Krankenanstalten lag die Anzahl der vom RH ausgewählten Eingriffe im mehrjährigen Durchschnitt (2009 bis 2011) – mit Ausnahme von zwei Operationsarten – über den im Rahmen der leistungsbezogenen Strukturqualitätskriterien des ÖSG vorgegebenen Mindestfrequenzen.

Wie aus Tabelle 15 ersichtlich ist, lag jedoch die Anzahl der Thyreoidektomien (totale oder teilweise Entfernung der Schilddrüse) in den LKH Bludenz und Bregenz sowie im KH Dornbirn im mehrjährigen Durchschnitt unter den im ÖSG enthaltenen Mindestfrequenzen.

Tabelle 15: Thyreoidektomien in den LKH Bludenz, Bregenz und Feldkirch sowie im KH Dornbirn 2009 bis 2011

	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindest- frequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
LKH Bludenz	8	2	3	4,3	30	14,3
LKH Bregenz	6	2	5	4,3	30	14,3
LKH Feldkirch	146	166	109	140,3	30	467,7
KH Dornbirn	14	9	8	10,3	30	34,3

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Bludenz; LKH Bregenz; LKH Feldkirch; KH Dornbirn; RH

Im LKH Bregenz und im KH Dornbirn wurden die Mindestfrequenzen des ÖSG hinsichtlich der Eingriffe am Pankreas im mehrjährigen Durchschnitt nur zu 33 % bzw. rd. 13 % erreicht.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Tabelle 16: Eingriffe am Pankreas in den LKH Bregenz und Feldkirch sowie im KH Dornbirn 2009 bis 2011						
	2009	2010	2011	Durchschnitt 2009 bis 2011	Mindest- frequenz ¹	erreicht zu
	Anzahl					in %
LKH Bregenz	3	3	4	3,3	10	33,0
LKH Feldkirch	15	13	8	12,0	10	120,0
KH Dornbirn	2	2	–	1,3	10	13,0

¹ Mindestfrequenz pro Jahr und Krankenanstalt-Standort laut ÖSG

Quellen: LKH Bregenz; LKH Feldkirch; KH Dornbirn; RH

27.2 Der RH hob hervor, dass die in den ÖSG-Strukturqualitätskriterien für bestimmte Leistungen geforderte Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitts bzw. einer telepathologischen Versorgung durch eine andere Krankenanstalt in den überprüften Krankenanstalten erfüllt war.

In Anbetracht der niedrigen Fallzahlen von Schilddrüsenoperationen an den Standorten Bregenz und Bludenz (Erfüllungsgrad 14 %) sowie Dornbirn (Erfüllungsgrad 34 %) empfahl der RH daher der KHBG und der Stadtgemeinde Dornbirn, diese Leistungen in Zukunft ausschließlich am Standort Feldkirch zu erbringen. Auch Operationen der Bauchspeicheldrüse (Erfüllungsgrad 33 % in Bregenz und 13 % in Dornbirn) sollten am Standort Feldkirch konzentriert werden.

27.3 *Laut Stellungnahme des Landes Vorarlberg werde die Konzentration von Eingriffen mit geringer Frequenz – auch bei fehlender Evidenz des Qualitätszugewinns – unter dem Gesichtspunkt der Ablaufökonomie von der KHBG angestrebt. Einschränkend müsse hier aber die unter Ausbildungsaspekten notwendige Diversität des Eingriffsspektrums auch peripherer Häuser in die Überlegungen eingeschlossen werden.*

27.4 Der RH wies gegenüber dem Land Vorarlberg in diesem Zusammenhang auf die Möglichkeit hin, die Ausbildung aufgrund der einheitlichen Trägerschaft der KHBG im Verbund der Landeskrankenhäuser anzubieten.

Dislozierte
Tageskliniken

28.1 Gemäß den krankenanstaltenrechtlichen Vorgaben und dem ÖSG sind fachrichtungsspezifische Leistungen grundsätzlich im Rahmen einer Fachabteilung zu erbringen. Unter bestimmten Voraussetzungen (fachbezogenen Strukturqualitätskriterien) kann die Leistungserbringung aber auch im Rahmen reduzierter Organisationsformen erfolgen. Eine dieser Formen stellt die sogenannte dislozierte Tagesklinik dar, deren Leistungsangebot sich entsprechend der jeweils gültigen Leistungsmatrix auf tagesklinisch erbringbare, vorrangig elektive Leistungen beschränkt.

Allgemeines

Dislozierte Tageskliniken bedurften gemäß ÖSG einer Anbindung an eine fachgleiche Partnerabteilung⁶³ (Kooperationspartner) oder Mutterabteilung⁶⁴ in einer anderen Krankenanstalt.⁶⁵ In beiden Fällen waren die Anbindung und die Leitung der jeweiligen dislozierten Tagesklinik schriftlich zu regeln, bspw. in der Anstaltsordnung (§ 29 Abs. 2 lit. a SpG⁶⁶).

Für die Fächer Augenheilkunde und HNO-Heilkunde waren gemäß RSG dislozierte Tageskliniken in folgenden Krankenanstalten vorgesehen:

Tabelle 17: Dislozierte Tageskliniken für Augen- sowie HNO-Heilkunde gemäß RSG

	LKH Bludenz	LKH Bregenz	LKH Hohenems	KH Dornbirn
Augenheilkunde	X		X	X
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde	X	X ¹		X

¹ In dem Ende April 2013 beschlossenen RSG 2015 war eine Verlegung an den Standort Hohenems vorgesehen.

Quellen: RSG; RH

⁶³ autonome Organisationseinheit (Typ 1)

⁶⁴ Satelliteneinheit (Typ 2)

⁶⁵ Der wesentliche Unterschied zwischen autonomer Organisationseinheit (Typ 1) und Satelliteneinheit (Typ 2) liegt darin, dass bei Typ 1 die Anbindung an eine Fachabteilung als Kooperationspartner der Qualitätssicherung und Sicherstellung der Übernahme von Patienten im Falle von Komplikationen bzw. bei Verlegungsbedarf in eine Abteilung als höherwertige Versorgungsstruktur dient. Beim Typ 2 geht die Anbindung weiter, weil die ärztliche Versorgung in Verantwortung der Mutterabteilung also durch deren Fachärzte erfolgt, die jedoch in organisatorischen Belangen der Ärztlichen Direktion des jeweiligen Standorts der Tagesklinik unterstehen.

⁶⁶ siehe die Klarstellung in der entsprechenden Regierungsvorlage über eine Änderung des Vorarlberger Spitalgesetzes, Beilagen Nr. 138/2012 zu den Sitzungsberichten des XXIX. Vorarlberger Landtages, S. 25

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Erbracht wurden diese tagesklinischen Eingriffe von niedergelassenen Fachärzten, mit denen Verträge zumeist über die Durchführung von Operationen und Konsilien abgeschlossen worden waren.⁶⁷

LKH Bludenz

Am LKH Bludenz wurden elektive Leistungen aus den Fachbereichen Augenheilkunde sowie Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde von niedergelassenen Fachärzten erbracht. Dafür war gemäß RSG die Nutzung der interdisziplinären Tagesklinik vorgesehen.

Die laut ÖSG für den Betrieb einer dislozierten Tagesklinik notwendige Anbindung an eine entsprechende Fachabteilung als Kooperationspartner oder als Mutterabteilung war allerdings nicht gewährleistet. Ebenso wenig war die Leitung der dislozierten Tagesklinik in der Anstaltsordnung geregelt.

Darüber hinaus zeigte eine Analyse des 2011 am LKH Bludenz in den Fachbereichen Augen- und Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erbrachten Leistungsspektrums, dass einige Eingriffe über eine tagesklinische Leistungserbringung hinausgingen. Ein Teil der von den niedergelassenen Fachärzten behandelten Patienten belegte nach wie vor über mehrere Tage hinweg stationäre Betten, wie die folgende Tabelle zeigt:

⁶⁷ Einzelne Altverträge hatten noch die Belegung eines bestimmten Kontingents an Betten für die stationäre Behandlung von Patienten zum Gegenstand, waren aber bereits im Auslaufen.

Tabelle 18: ausgewählte Eingriffe der dislozierten Tageskliniken im LKH Bludenz 2011

Aufenthaltsdauer in Tagen	0 ¹	1	2	3	4	5	6	7	Summe
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde									
Adenotomie	-	14	33	12	7	-	-	-	66
Tonsillotomie	-	-	-	4	4	-	-	-	8
Tonsillektomie	-	-	1	36	13	-	-	-	50
operative Blutstillung einer Nachblutung	-	1	5	-	-	-	-	-	6
Summe	-	15	39	52	24	-	-	-	130
Augenheilkunde									
Katarakt	206	17	2	-	-	-	-	-	225

¹ Bei einer tagesklinischen Behandlung wird der Patient üblicherweise noch am selben Tag entlassen (so genannter Null-Tagesfall). Die Aufenthaltsdauer von einem Tag ist erst erreicht, wenn der Patient über Nacht bleibt.

Quellen: DIAG; RH

Im Fachbereich HNO waren alle ausgewählten Eingriffe mit einem stationären Aufenthalt verbunden; bei rd. 88 % war dieser mehrtägig. Die Eingriffe wurden zu rd. 85 % an Patienten unter 18 Jahren erbracht. Hierbei stellten die Tonsillektomien (Entfernung der Gaumenmandeln) insofern einen Sonderfall dar, als bei diesem Eingriff laut einer gemeinsamen Empfehlung der zuständigen Fachgesellschaften⁶⁸ eine stationäre Betreuung für mindestens zwei bis drei Tage, gegebenenfalls auch länger, medizinisch geboten war.

Hintergrund für diese Empfehlung war die Häufung von Todesfällen nach Mandeloperationen bei Kindern aufgrund von Nachblutungen, die in Österreich in der Vergangenheit aufgetreten war. Dementsprechend durfte die Tonsillektomie laut ÖSG ab 2013 auch nicht mehr im Rahmen einer dislozierten Tagesklinik, sondern nur mehr an einem Fachschwerpunkt oder einer Fachabteilung für HNO erbracht werden. Dies galt auch für operative Blutstillungen einer Nachblutung.

Im Fachbereich Augenheilkunde hatten rd. 8 % der ausgewählten Eingriffe einen stationären Aufenthalt zur Folge.

⁶⁸ Gemeinsame Empfehlung der Österreichischen Gesellschaften für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie und Kinder- und Jugendheilkunde zur Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) vom 9. November 2007

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

LKH Bregenz

Am LKH Bregenz wurden Eingriffe der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde im Rahmen der interdisziplinären Tagesklinik von einem entsprechend ausgebildeten externen Facharzt erbracht; mit diesem war ein Werkvertrag über die Durchführung von Operationen und Konsilien abgeschlossen worden.

Die laut ÖSG erforderliche Anbindung an die entsprechende Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt war auch hier nicht gegeben. Auch enthielt die Anstaltsordnung keine Regelung über die Leitung der dislozierten Tagesklinik. Darüber hinaus war das Leistungsspektrum nicht auf tagesklinische Eingriffe beschränkt, wie folgende Tabelle zeigt:

Tabelle 19: ausgewählte Eingriffe der dislozierten Tagesklinik im LKH Bregenz 2011									
Aufenthaltsdauer in Tagen	0 ¹	1	2	3	4	5	6	7	Summe
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde									
Adenotomie	71	10	33	1	-	-	-	-	115
Tonsillotomie	-	-	20	1	-	-	-	-	21
Tonsillektomie	-	8	75	2	-	-	-	-	85
operative Blutstillung einer Nachblutung	-	2	2	-	-	-	-	-	4
Summe	71	20	130	4	-	-	-	-	225

¹ Bei einer tagesklinischen Behandlung wird der Patient üblicherweise noch am selben Tag entlassen (so genannter Null-Tagesfall). Die Aufenthaltsdauer von einem Tag ist erst erreicht, wenn der Patient über Nacht bleibt.

Quellen: DIAG; RH

Rund 68 % der ausgewählten Eingriffe hatten einen stationären Aufenthalt zur Folge, bei rd. 60 % fiel dieser mehrtägig aus. Da rd. 82 % der behandelten Patienten unter 18 Jahren alt waren, kam es dadurch vor allem zur Belegung von Betten auf der Fachabteilung für Kinderheilkunde.

Auch im LKH Bregenz wurden Tonsillektomien und operative Blutstillungen einer Nachblutung vorgenommen, deren Erbringung ab 2013 nur mehr im Rahmen eines Fachschwerpunkts oder einer Fachabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erlaubt war.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

LKH Hohenems

Im LKH Hohenems wurden Leistungen im Fachbereich Augenheilkunde (ausschließlich Katarakt-Operationen) in der interdisziplinären Tagesklinik⁶⁹ von einem niedergelassenen Facharzt erbracht, obwohl keine Anbindung an eine entsprechende Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt bestand. Eine Regelung über die Leitung der dislozierten Tagesklinik in der Anstaltsordnung fehlte ebenso. Die Einschränkung auf eine tageschirurgische Leistungserbringung wurde im Fachbereich Augenheilkunde – wie eine Analyse des RH zeigt – im Jahr 2011 im Wesentlichen eingehalten.

Auf die ebenfalls am LKH Hohenems vorgehaltene dislozierte Tagesklinik für Chirurgie, die im Unterschied zu den anderen dislozierten Tageskliniken an eine Fachabteilung (im LKH Bregenz) angebunden war, traf dies – bezogen auf zwei ausgewählte Eingriffsarten – allerdings nicht zu. Mit Cholezystektomien und Appendektomien wurden dort auch Eingriffe vorgenommen, die nicht für eine tagesklinische Erbringung vorgesehen und dementsprechend mit stationären Aufenthalten verbunden waren.

Tabelle 20: ausgewählte Eingriffe der dislozierten Tageskliniken im LKH Hohenems 2011

Aufenthaltsdauer in Tagen	0 ¹	1	2	3	4	5	6	7+	Summe
Augenheilkunde									
Katarakt	361				8 ²				369
Chirurgie									
Cholezystektomie	–	21	4	3	3	3	–	2	36
Appendektomie	–	1	–	–	–	1	–	–	2
Summe	–	22	4	3	3	4	–	2	38

¹ Bei einer tagesklinischen Behandlung wird der Patient üblicherweise noch am selben Tag entlassen (so genannter Null-Tagesfall). Die Aufenthaltsdauer von einem Tag ist erst erreicht, wenn der Patient über Nacht bleibt.

² Insgesamt acht Katarakt-Operationen führten zu einem stationären Aufenthalt von einem bis zu 28 Tagen.

Quellen: DIAG; RH

⁶⁹ Wie auch bei den beiden anderen Krankenanstalten war im RSG in einer Fußnote die Nutzung der interdisziplinären Tagesklinik zur Erbringung von Leistungen der Augenheilkunde vermerkt.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

KH Dornbirn

Auch im KH Dornbirn war die Anbindung an eine entsprechende Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt nicht gewährleistet. Ebenso wenig wurde eine Regelung über die Leitung der dislozierten Tagesklinik getroffen.

Wie eine Analyse des RH zeigt, erbrachten niedergelassene Fachärzte im KH Dornbirn im Jahr 2011 in beiden Fachbereichen elektive Leistungen, die mit einer mehrtägigen Belegung von Betten verbunden waren.

Tabelle 21: Auszug elektiver Leistungen der Belegärzte im KH Dornbirn 2011									
Aufenthaltsdauer in Tagen	0 ¹	1	2	3	4	5	6	7+	Summe
Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde									
Adenotomie	51	67	48	9	9	7	1	1	193
Tonsillotomie	-	-	24	-	-	-	-	-	24
Tonsillektomie	-	4	27	23	19	10	1	5	89
operative Blutstillung einer Nachblutung	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Summe	51	71	99	32	28	18	2	6	307
Augenheilkunde									
Katarakt	449		74			1		1	525

¹ Bei einer tagesklinischen Behandlung wird der Patient üblicherweise noch am selben Tag entlassen (so genannter Null-Tagesfall). Die Aufenthaltsdauer von einem Tag ist erst erreicht, wenn der Patient über Nacht bleibt.

Quellen: DIAG; RH

Im Fachbereich Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde hatten rd. 83 % der ausgewählten Eingriffe einen stationären Aufenthalt zur Folge, bei rd. 60 % fiel dieser mehrtägig aus. Da rd. 86 % der behandelten Patienten unter 18 Jahren alt waren, kam es dadurch vor allem zur Belegung von Betten auf der Fachabteilung für Kinderheilkunde.

Auch im KH Dornbirn wurden Tonsillektomien und eine operative Blutstillung einer Nachblutung vorgenommen, deren Erbringung ab 2013 nur mehr im Rahmen eines Fachschwerpunkts oder einer Fachabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erlaubt war.

Im Fachbereich Augenheilkunde hatten rd. 14,5 % der ausgewählten Eingriffe einen stationären Aufenthalt zur Folge. Bei rd. 14 % dauerte der Aufenthalt ein bis drei Tage.

28.2 (1) Bezogen auf den Fachbereich Augenheilkunde stellte der RH kritisch fest, dass in den LKH Bludenz und Hohenems sowie im KH Dornbirn Katarakt-Operationen im Rahmen der interdisziplinären Tagesklinik durchgeführt wurden, ohne dass die im ÖSG geforderte Anbindung an eine entsprechende Fachabteilung in einer anderen Krankenanstalt gegeben war. Weiters erfolgte der Eingriff im LKH Hohenems bei rd. 2 %, im LKH Bludenz bei rd. 8 % und im KH Dornbirn bei 14,5 % der behandelten Patienten nicht tageschirurgisch, sondern war mit einem stationären Aufenthalt verbunden.

(2) Der RH bemängelte weiters, dass Leistungen betreffend die Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde sowohl in den LKH Bludenz und Bregenz als auch im KH Dornbirn im Rahmen der dort eingerichteten interdisziplinären Tageskliniken ohne Anbindung an eine entsprechende Fachabteilung in einer anderen Krankenanstalt erbracht wurden. Darüber hinaus beschränkte sich die Leistungserbringung weder auf tageschirurgisch durchgeführte noch im Rahmen einer dislozierten Tagesklinik erbringbare Eingriffe. Ein Großteil der Eingriffe war mit einem mehrtägigen stationären Aufenthalt verbunden. Für die an allen drei Krankenanstalten durchgeführten Tonsillektomien und operativen Stillungen von Nachblutungen wäre laut ÖSG-Leistungsmatrix 2013 als Mindestversorgungsstruktur ein Fachschwerpunkt erforderlich.

(3) Ebenfalls nicht auf tageschirurgische Eingriffe beschränkt war das Leistungsangebot in der dislozierten Tagesklinik für Chirurgie im LKH Hohenems; hier wurden auch Cholezystektomien und Appendektomien vorgenommen, die laut Leistungsmatrix in einer Fachabteilung zu erbringen wären.

Neben der Verletzung der im ÖSG festgelegten Strukturqualitätskriterien war mit diesen Vorgangsweisen auch eine krankenanstaltsrechtswidrige Ausweitung des Leistungsangebots verbunden; Patienten, die an keiner der „Stamm“-Abteilungen der genannten Krankenanstalten versorgt werden konnten, wurden nämlich dennoch zur stationären Behandlung ausschließlich durch Konsiliar- bzw. Belegärzte aufgenommen und belegten zum Teil über mehrere Tage hinweg Betten.⁷⁰

⁷⁰ Eine Ausweitung des im Rahmen der Strukturplanung festgelegten Leistungsangebots dadurch, dass Patienten ausschließlich zur stationären Behandlung durch den Konsiliararzt aufgenommen und nur durch diesen betreut werden (Belegarztmodell), war von den geltenden krankenanstaltsrechtlichen Normen nicht gedeckt. Auch gemäß § 101 lit. e SpG war die Konsiliararztstätigkeit in Krankenanstalten im Interesse der medizinischen Qualitätssicherung auf eine Ergänzungs- und Hilfsfunktion, also die zusätzliche Diagnose und Therapie bereits anderweitig stationär versorgter Patienten, zu beschränken.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

In diesem Zusammenhang verwies der RH auf seine kritische Feststellung in TZ 7; danach soll zwar die Nichterfüllung der Strukturqualitätskriterien bei der Abgeltung durch den Landesgesundheitsfonds ab Oktober 2013 mit einem Punkteabzug verbunden werden, allerdings waren davon gerade die im Rahmen der dislozierten Tageskliniken erbrachten stationären Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde ausgenommen. Deshalb empfahl er dem Land Vorarlberg in TZ 7, diese Finanzierungsregelung in Zukunft ausnahmslos anzuwenden.

Die KHBG als Rechtsträgerin der LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems sowie die Stadtgemeinde Dornbirn als Rechtsträgerin des KH Dornbirn wies der RH in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine nicht den Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechende Behandlung unter Umständen auch Haftungsansprüche zur Folge haben kann.⁷¹

Bei den Tageskliniken empfahl der RH daher der KHBG und der Stadtgemeinde Dornbirn, eine Einschränkung des Leistungsspektrums auf tageschirurgische Leistungen vorzunehmen und die Anbindung an eine Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt sicherzustellen. Dies wäre in einer schriftlichen Vereinbarung oder – wie in § 29 Abs. 2 lit. a SpG vorgesehen – in der Anstaltsordnung festzulegen. Darin sollte aus Sicht des RH jedenfalls ein verantwortlicher Leiter der dislozierten Tagesklinik bestimmt sowie eine Abstimmung mit dem Kooperationspartner bzw. der Mutterabteilung hinsichtlich der zu treffenden Qualitätssicherungsmaßnahmen geregelt werden.

Sofern die zahlreichen bisher im Rahmen der dislozierten Tageskliniken erbrachten stationären Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht an der Fachabteilung im LKH Feldkirch konzentriert werden könnten, empfahl der RH dem Land, die Strukturplanung entsprechend zu adaptieren und zusätzlich zumindest einen Fachschwerpunkt einzurichten, um in Zukunft eine ÖSG-konforme Versorgung gewährleisten zu können.

- 28.3** *Das Land Vorarlberg führte aus, dass die Frage der Ausgestaltung der „Anbindung“ im ÖSG erst im Zuge der Erarbeitung der KAKuG-Novelle in der Regierungsvorlage konkretisiert worden sei. Erst mit der SpG-Novelle 2013 sei die dementsprechende Anbindung rechtlich verpflichtend vorgeschrieben und die Aufnahme in die Anstaltsordnung geregelt worden. Das Amt der Vorarlberger Landesregierung habe die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten aufgefordert, in den kommenden Monaten die Anstaltsordnungen anzupassen. Zur Kritik des RH, im Bereich*

⁷¹ Gemäß §§ 8 Abs. 2 in Verbindung mit 59j KAKuG waren Patienten in Zukunft den Strukturqualitätskriterien des ÖSG entsprechend zu behandeln.



Qualitätsvergleich anhand
ausgewählter Eingriffe



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

Augenheilkunde und HNO würden in den jeweiligen interdisziplinären Tageskliniken teilweise auch Leistungen erbracht, für welche laut den Strukturqualitätskriterien eine andere (höhere) Mindestversorgungsstruktur vorgesehen sei, werde darauf verwiesen, dass Verstöße gegen den ÖSG und die darin enthaltenen Strukturqualitätskriterien niemals als (krankenanstalts)rechtswidrig beurteilt werden könnten. Außerdem seien Tonsillektomien bis zur erst kürzlich beschlossenen Revision des ÖSG 2013 auch in interdisziplinären Tageskliniken laut Leistungsmatrix erbringbar gewesen.

Bezüglich der kritisierten Erbringung von Cholezystektomien und Appendektomien in der interdisziplinären Tagesklinik im LKH Hohenems werde eine Verlagerung in das LKH Bregenz angestrebt. Zur Kritik des RH, in den Landeskrankenhäusern hätten eine größere Anzahl an HNO-Eingriffen in den interdisziplinären Tageskliniken eine mehrtägige Aufenthaltsdauer zur Folge gehabt, verwies das Land darauf, dass die Festlegung der jeweiligen Belegsdauer im Ermessen des behandelnden Arztes liege. Die Einrichtung eines Fachschwerpunkts für HNO sei im RSG 2015 nicht vorgesehen, werde jedoch geprüft.

Die Stadtgemeinde Dornbirn führte in ihrer Stellungnahme aus, dass Kataraktoperationen zum weitaus überwiegenden Teil tageschirurgisch durchgeführt worden wären. Die fehlende Anbindung an eine Fachabteilung werde in Absprache mit dem Rechtsträger der betroffenen Krankenanstalt nachgeholt. Die damit im Zusammenhang stehende Änderung der Anstaltsordnung werde ebenfalls vollzogen. Aufgrund der derzeitigen Versorgungssituation in den Fachabteilungen sei eine tageschirurgische Behandlung im KH Dornbirn unerlässlich, um die Versorgung innerhalb des Landes Vorarlberg sicherzustellen. Dasselbe gelte für den HNO-Bereich und die dort durchgeführten Tonsillektomien. Eine entsprechende Kooperation mit der Fachabteilung würde auch in diesem Bereich vereinbart werden.

- 28.4 Der RH stellte klar, dass er die Verletzung der Strukturqualitätskriterien nicht als krankenanstaltsrechtswidrig qualifizierte. Allerdings wies er auf die Rechtswidrigkeit der Ausweitung des Leistungsangebots durch die Erbringung mehrtägiger stationärer Leistungen im Rahmen von dislozierten Tageskliniken hin; dies betraf etwa die zahlreichen an den LKH Bludenz und Bregenz sowie am KH Dornbirn stationär erbrachten Adenotomien, Tonsillektomien und operativen Stillungen von Nachblutungen. Im Zusammenhang damit, dass die Erbringung von Tonsillektomien (erst) ab 2013 nur mehr im Rahmen eines Fachschwerpunkts oder einer Fachabteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde erlaubt ist, verwies der RH auf die gemeinsame Empfehlung der Österreichischen Gesellschaften für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde,

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Kopf- und Halschirurgie sowie Kinder- und Jugendheilkunde zur Entfernung der Gaumenmandeln (Tonsillektomie) vom November 2007. Danach ist eine stationäre Betreuung für mindestens zwei bis drei Tage, gegebenenfalls auch länger, medizinisch geboten.

Gerade weil die Beurteilung der Anstaltsbedürftigkeit im Ermessen des behandelnden Arztes liegt, war es notwendig, bestimmte Leistungen an einer Fachabteilung zu erbringen; dort ist für den Fall, dass der Patient nach der Operation der Anstaltspflege bedarf, auch eine entsprechende stationäre Versorgung sichergestellt. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auch auf die Tatsache, dass eine Abrechnung nach dem Tagesklinikmodell weder für die Tonsillektomie noch für die operative Stillung einer Nachblutung zulässig war (vgl. Anlage 9 des LKF-Modells 2013).

Die Ausführungen der Stadtgemeinde Dornbirn, wonach die derzeitige Versorgungssituation eine tageschirurgische Erbringung von Tonsillektomien im KH Dornbirn erfordere, nahm der RH zur Kenntnis; gleichzeitig wies er aber auf seine Empfehlung an das Land Vorarlberg hin, die Strukturplanung entsprechend zu adaptieren und zusätzlich zumindest einen Fachschwerpunkt einzurichten, sofern eine Konzentration der stationären Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde an der Fachabteilung im LKH Feldkirch aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht realisiert werden könnte. Positiv beurteilte er die Bemühungen des KH Dornbirn, eine Kooperation mit der entsprechenden Fachabteilung vereinbaren zu wollen.

Satelliten- departments für Unfallchirurgie

29.1 Laut ÖSG ist im Fachbereich Unfallchirurgie pro Versorgungsregion eine zentrale Versorgungseinheit als unfallchirurgische Standardabteilung vorzusehen. Zusätzliche dezentrale, kleine Einheiten mit eingeschränktem Leistungsangebot sollen nur in begründeten Ausnahmefällen⁷² und nur mehr als Satellitendepartment, also im organisatorischen Verbund mit der zentralen Fachabteilung (Mutterabteilung) betrieben werden.

⁷² Insbesondere zur Abdeckung von Versorgungslücken in peripheren Regionen



Allgemeines

Der entsprechende krankenanstaltenrechtliche Rahmen für Satellitendepartments wurde 2011 mit einer Novelle des KAKuG geschaffen. Danach sind die im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Unfallchirurgie bis 31. Dezember 2015⁷³ in Satellitendepartments umzuwandeln. Ebenso wurde in der Novelle klargestellt, dass ein Satellitendepartment organisatorisch⁷⁴ zwar jener Krankenanstalt zuzurechnen ist, in der es sich örtlich befindet, die ärztliche Versorgung auf Grundlage einer Kooperationsvereinbarung jedoch durch die Abteilung für Unfallchirurgie einer anderen Krankenanstalt⁷⁵ (Mutterabteilung) erfolgt. Den erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage⁷⁶ zufolge bedeutet das: Die ärztlichen Mitarbeiter eines Satellitendepartments sind dienstrechtlich der Krankenanstalt der Mutterabteilung zugeordnet und unterliegen auch der fachlichen Aufsicht des Abteilungsleiters.⁷⁷

Diese Form der Anbindung ist aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig. Neben der gesicherten Übernahme von Patienten, deren Behandlung die Kompetenz bzw. Ausstattung einer Abteilung erfordert, spielt auch der Qualifikationserhalt der im Satellitendepartment eingesetzten ärztlichen Mitarbeiter eine wichtige Rolle. Diese sollen ihre Tätigkeit in regelmäßigen Abständen und über einen längeren Zeitraum im Rahmen der Mutterabteilung zu erbringen haben.

Das Ziel der Qualitätssicherung verfolgte auch § 31 Abs. 4 SpG; danach waren bei der Führung von Departments die Maßnahmen der Qualitätssicherung mit denen der Mutterabteilung abzustimmen.

Von den fünf überprüften Krankenanstalten verfügten das LKH Bludenz und das KH Dornbirn über jeweils ein Department für Unfallchirurgie. Konkrete Pläne für eine Umwandlung in Satellitendepartments bestanden nicht.

⁷³ Diese Frist entstammt dem § 65 Abs. 4h KAKuG, wonach die Landesgesetzgebung vorzusehen hat, dass die vor dem 1. Jänner 2012 im Rahmen von Abteilungen für Chirurgie eingerichteten Departments für Unfallchirurgie bis 31. Dezember 2015 in Satellitendepartments gemäß § 2a Abs. 5 Z 1 lit. a umzuwandeln sind.

⁷⁴ Darunter fällt laut den EB der RV jedenfalls die gesamte datenschutzrechtliche, sicherheitstechnische und IKT-technische Verantwortung.

⁷⁵ Die Krankenanstalt in der die Mutterabteilung eingerichtet ist, trägt daher im Innenverhältnis zwischen den beteiligten Krankenanstalten auch die Verantwortung, wenn sich aufgrund der ärztlichen Behandlung im Satellitendepartment ein Haftungsfall ergibt.

⁷⁶ siehe 1519 der Beilagen XXIV. GP, Seite 6

⁷⁷ Dieser kann die organisatorische Verantwortung für das Satellitendepartment allerdings dem mit der Führung des Departments vor Ort betrauten Arzt seiner Abteilung übertragen.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

LKH Bludenz

Mutterabteilung des Departments im LKH Bludenz war die Abteilung für Unfallchirurgie am LKH Feldkirch. Die Zusammenarbeit beschränkte sich auf die Zuweisung von jenen Patienten nach Feldkirch, die in Bludenz aufgrund des eingeschränkten Leistungsangebots nicht behandelt werden konnten. Es bestand weder eine schriftliche Kooperationsvereinbarung, noch war die Mutterabteilung in die Qualitätssicherungsmaßnahmen des Departments eingebunden.

KH Dornbirn

Das Department für Unfallchirurgie des KH Dornbirn war an die Abteilung für Unfallchirurgie des LKH Bregenz angebunden. Die Zusammenarbeit gestaltete sich dahingehend, dass bei fehlenden Bettenkapazitäten Patienten von Dornbirn nach Bregenz verlegt wurden und bei fachspezifischen Problemen oder Fragen ein telefonischer oder tele-radiologischer Austausch stattfand. Eine schriftliche Kooperationsvereinbarung bestand nicht. In die Qualitätssicherungsmaßnahmen des Departments war die Mutterabteilung nicht eingebunden.

- 29.2 Der RH kritisierte die mangelhafte Anbindung der Departments für Unfallchirurgie in den überprüften Krankenanstalten an die jeweilige Mutterabteilung. Die für die Qualitätssicherung relevanten Punkte waren nicht in nachvollziehbarer Form geregelt. Somit war auch nicht sichergestellt, dass im Department nach denselben Qualitätsmaßstäben gearbeitet wurde wie in der Fachabteilung.

Der RH empfahl daher den LKH Bludenz, Bregenz und Feldkirch sowie dem KH Dornbirn bzw. der KHBG und der Stadtgemeinde Dornbirn, die Eckpunkte einer entsprechenden Zusammenarbeit in Fragen der Qualitätssicherung in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung, zumindest aber gemäß § 29 Abs. 2 lit. a SpG in den Anstaltsordnungen, festzulegen.

Einen darüber hinausgehenden Handlungsbedarf sah der RH im Hinblick auf die bevorstehende Umwandlung der Departments in Satellitendepartments. Dies traf insbesondere auf das KH Dornbirn zu, wo diese eine dienstrechtliche Zuordnung des Ärzteteams zur Mutterabteilung in Bregenz und damit zu einem anderen Rechtsträger bedeutete.

Der RH empfahl daher der KHBG als Rechtsträgerin des LKH Bregenz sowie der Stadtgemeinde Dornbirn als Rechtsträgerin des KH Dornbirn, eine gemeinsame Strategie für die zukünftige Integration der am

KH Dornbirn tätigen Fachärzte für Unfallchirurgie in die Mutterabteilung am LKH Bregenz zu formulieren. Der KHBG als Rechtsträgerin der LKH Bludenz und Feldkirch empfahl er darüber hinaus, zusätzlich eine solche rechtsträgerintern auch für die am LKH Bludenz tätigen Unfallchirurgen zu entwickeln.

Weiters empfahl er der KHBG und der Stadtgemeinde Dornbirn, durch Personalrotation dafür Sorge zu tragen, dass die im Satellitendepartment eingesetzten ärztlichen Mitarbeiter zum Zweck der Qualitätssicherung und des Qualifikationserhalts ihre Tätigkeit auch regelmäßig über einen längeren Zeitraum in der Mutterabteilung erbringen.

- 29.3 *Das Land Vorarlberg wies in seiner Stellungnahme neuerlich darauf hin, dass die Frage der Ausgestaltung der „Anbindung“ erst im Zuge der Erarbeitung der KAKuG-Novelle 2011 in der Regierungsvorlage konkretisiert worden sei. Darüber hinaus bestehe gemäß SpG ausdrücklich bis Ende 2015 Zeit, die Umwandlung der Unfalldepartements in sogenannte Satellitendepartements vorzunehmen.*

Laut Stellungnahme der Stadtgemeinde Dornbirn sei die Subordination der unfallchirurgischen Fachärzte am KH Dornbirn unter einen anderen Rechtsträger dienstrechtlich und faktisch mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Laut ÖSG könnte allerdings auch innerhalb der orthopädischen Abteilung ein Fachschwerpunkt „sportmedizinische Versorgung“ mit starker unfallchirurgischer Affinität errichtet werden. Im Rahmen eines Strategiepapieres werde überlegt, welcher im ÖSG verankerten Variante in Zukunft näher getreten werde.

- 29.4 Der RH stellte gegenüber dem Land Vorarlberg klar, dass er selbst die bis Ende 2015 bestehende Frist für die Umwandlung in Satellitendepartments in seinen Ausführungen ausdrücklich erwähnte. Da die laufende Frist jedoch nichts an dem von ihm festgestellten Handlungsbedarf hinsichtlich der Realisierung der Umwandlung änderte, verblieb der RH bei seinen Empfehlungen.

Die Zusage der Stadtgemeinde Dornbirn, sich im Rahmen eines Strategiepapieres mit der weiteren Vorgehensweise betreffend die unfallchirurgische Versorgung auseinanderzusetzen, beurteilte der RH positiv.

Qualitätsvergleich anhand ausgewählter Eingriffe

Verweildauern im OP **30.1** Die Verweildauer des Patienten im OP-Bereich stellt einen Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation dar. Der RH verglich bei vier ausgewählten Behandlungen (Cholezystektomie, Appendektomie, Implantation einer Totalendoprothese Hüfte und Arthroskopie am Knie) in den überprüften Krankenanstalten jene Zeiten, in denen der Patient zwar im OP-Bereich eingeschleust war, aber nicht operiert wurde. In der Regel waren das die Zeiten zwischen Einschleusen und erstem Hautschnitt sowie letzter Naht und Ausschleusen.

Tabelle 22: Verweildauer im OP-Bereich – 2011

KH/Eingriff	Cholezystektomie	Appendektomie	Implantation einer Totalendoprothese Hüfte	Arthroskopie am Knie
	in Minuten ¹			
LKH Bludenz	42	33	Leistung nicht erbracht	40
LKH Bregenz	48	41	60	43
LKH Feldkirch	55	45	68	50
LKH Hohenems	35	31 ²	Leistung nicht erbracht	Daten nicht verfügbar
KH Dornbirn	41	35	58	30

¹ gewählt wurde der Median aus mehreren Eingriffen

² Leistung nur zweimal erbracht

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

30.2 Die Verweildauern im OP-Bereich (Zeitraum zwischen Ein- und Ausschleusen abzüglich Schnitt-, Nahtzeiten) bewegten sich in einer unauffälligen Bandbreite und waren organisatorisch bzw. patientenbezogen zu erklären. Ihre Größenordnung entsprach im Übrigen den Verweildauern der vom RH im Rahmen von vorangegangenen Gebärungsüberprüfungen betrachteten Krankenanstalten im Land Salzburg.

Wartezeiten im OP **31.1** Ein weiterer Qualitätsindikator für eine zweckmäßige OP-Organisation ist die Wartezeit für den Patienten zwischen der Einleitung der Narkose (Anästhesiebeginn) und dem Beginn der Operation, in der Regel der erste Hautschnitt.

Tabelle 23: Wartezeit zwischen Anästhesiebeginn und erstem Hautschnitt – 2011

	Minimum	Maximum	Median
Cholezystektomie (laparoskopisch und offen)			
Anästhesiebeginn bis Schnitt		in Minuten	
LKH Bludenz	10	76	29
LKH Bregenz	12	80	25
LKH Feldkirch	7	183	22
LKH Hohenems	7	28	16
KH Dornbirn	14	90	26
Appendektomie (laparoskopisch und offen)			
Anästhesiebeginn bis Schnitt		in Minuten	
LKH Bludenz	8	61	19
LKH Bregenz	10	44	20
LKH Feldkirch	5	161	17
LKH Hohenems	15	18	16
KH Dornbirn	8	99	20
Totalendoprothese des Hüftgelenks			
Anästhesiebeginn bis Schnitt		in Minuten	
LKH Bludenz		Leistung nicht erbracht	
LKH Bregenz	22	65	36
LKH Feldkirch	13	154	35
LKH Hohenems		Leistung nicht erbracht	
KH Dornbirn	26	73	39
arthroskopische Operation des Kniegelenks			
Anästhesiebeginn bis Schnitt		in Minuten	
LKH Bludenz	9	52	31
LKH Bregenz	11	62	23
LKH Feldkirch	6	131	23
LKH Hohenems		Zeitmarken aus OP-Pflege-Protokollen nicht auswertbar	
KH Dornbirn	9	93	20

Quellen: überprüfte Krankenanstalten; RH

31.2 Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, wiesen die überprüften Krankenhäuser beim Medianwert der Wartezeit beinahe idente Ergebnisse auf. Die hohen Maximalwerte beim LKH Feldkirch waren auf komplexe Einzelfälle bzw. dessen Funktion als Schwerpunktkrankenhaus zurückzuführen.

Sonstige Feststellungen

Qualitätssicherungs- 32.1 Gemäß KAKuG bzw. SpG⁷⁸ ist in jeder bettenführenden Krankenanstalt kommission eine Qualitätssicherungskommission einzurichten, um Maßnahmen der Qualitätssicherung zu initiieren, zu koordinieren und zu unterstützen, die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung zu beraten. Der Kommission haben zumindest je eine Vertretung des ärztlichen Dienstes, des Pflegedienstes, des medizinisch-technischen Dienstes, der Krankenhausverwaltung und des Rechtsträgers der Anstalt anzugehören.

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

Die Qualitätssicherungskommissionen der LKH bestanden aus fünf bis sieben Mitgliedern einschließlich des Rechtsträgervertreters; sie waren jeweils als Stabstellen der Krankenhausleitung eingerichtet. Ihre Aktivitäten waren sehr unterschiedlich. So war die Kommission im LKH Bludenz bis Ende 2012 kaum tätig⁷⁹ und hatte seit 2009 keine nennenswerte Maßnahme gesetzt. Im LKH Hohenems wurde sie ab Jänner 2013 neu besetzt, davor hatte die Krankenhausleitung selbst mehr als zwei Jahre deren Aufgaben übernommen. Demgegenüber setzten die Qualitätssicherungskommissionen im LKH Feldkirch und Bregenz⁸⁰ eine Reihe medizinischer Qualitätssicherungsmaßnahmen⁸¹.

Teilweise fehlten nachvollziehbare Jahresplanungen; auch Sitzungsprotokolle bzw. Jahresberichte waren nicht in allen LKH bzw. für den Zeitraum 2009 bis 2011 vollständig vorhanden.

Das für alle LKH geltende Handbuch Qualitätssicherungskommission regelte u.a. Zusammensetzung, Aufgaben, Verfahrensabläufe, Gremien-

⁷⁸ § 5b KAKuG und § 31 SpG

⁷⁹ Ab Jänner 2013 übernahm es der ärztliche Leiter, die Qualitätssicherungskommission wieder zu aktivieren.

⁸⁰ zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle nicht vollständig besetzt

⁸¹ SOP Medikamentenlagerung, Patientenidentifikation (Patientenarmbänder für alle Patienten), SOP Schockraum, Einführung OP-Checkliste, Verbesserung der Organisationsabläufe in der Endoskopie, Aus- und Weiterbildungsveranstaltungen etc.

struktur Dokumentation etc. Weiters war festgelegt, dass in einer jährlichen Strategiesitzung die Geschäftsführung der KHBG und der Leiter des Qualitätsmanagements der KHBG gemeinsam mit den Leitern der Qualitätssicherungskommissionen die Aktivitäten abstimmen sowie eine Strategieplanung durchführen sollten. Seit Inkrafttreten des Handbuchs im Juni 2009 hatte noch keine solche Sitzung stattgefunden.

KH Dornbirn

Im KH Dornbirn nahmen das ebenfalls als Stabstelle der Krankenhausleitung eingerichtete Qualitätsmanagement und die insgesamt rd. 80 Qualitätsbeauftragten aus den Bereichen ärztlicher, medizinisch-technischer und psychologischer bzw. psychotherapeutischer Dienst sowie Pflege- und Verwaltungsdienst die Funktion der Qualitätssicherungskommission wahr. Weiters lagen Arbeitsprogramme und Jahresberichte vor. Es wurden laufend Qualitätssicherungsprojekte durchgeführt;⁸² Evaluierungen erfolgten ebenso.

Mindestens vier Mal pro Jahr trafen sich alle Qualitätsbeauftragten zu Workshops. Drei bis vier Mal pro Jahr fanden Treffen zwischen dem Leiter der Qualitätssicherungskommission und der Krankenhausleitung statt; an weiteren drei- bis viermaligen jährlichen Treffen nahmen darüber hinaus auch das Hygieneteam, die OP-Organisation, die Personalverwaltung, das Rechnungswesen und die Öffentlichkeitsarbeit teil. Ein Vertreter der Stadtgemeinde Dornbirn als Rechtsträgerin nahm nicht teil.

- 32.2 Der RH wertete positiv, dass die KHBG mit dem Handbuch Qualitätssicherungskommission beabsichtigte, dieses gesetzlich festgelegte Qualitätssicherungsinstrument effizient zu nutzen. Er stellte aber kritisch fest, dass diese Vorgaben zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht durchgängig eingehalten wurden. Weiters wies der RH darauf hin, dass die Qualitätssicherungskommissionen der LKH Bludenz und Hohenems in den letzten Jahren wenig aktiv waren.

Ohne zu verkennen, dass die KHBG mit ihrer Stabstelle für Qualitätsmanagement zahlreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen für alle LKH veranlasste, empfahl ihr der RH, die vorgesehenen Strategiesitzungen durchzuführen, um den Informationsfluss einerseits von den Qualitätssicherungskommissionen zur Geschäftsführung und andererseits zwischen den einzelnen LKH zu gewährleisten; darauf aufbauend

⁸² im medizinischen Bereich bspw.: OP-Statut und OP-Neuorganisation, haustübergreifend Einführung des Patientenidentifikationsbandes, Sicherheit medizinischer Geräte, umfangreiche Aus- und Weiterbildungen

Sonstige Feststellungen

sollten bedarfsgerechte Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie ein entsprechender Umsetzungszeitraum festgelegt und in der Folge die Verwirklichung evaluiert werden.

Der RH anerkannte die Aktivitäten des Qualitätsmanagements bzw. der Qualitätssicherungskommission des KH Dornbirn. Da die Stadtgemeinde Dornbirn als Rechtsträgerin des KH Dornbirn ihrer gesetzlich geforderten Einbindung in die Qualitätssicherungskommission nicht nachkam, empfahl der RH, künftig regelmäßig einen Vertreter in die Qualitätssicherungskommission des KH Dornbirn zu entsenden.

32.3 *Die Stadtgemeinde Dornbirn sagte die entsprechende Bestellung eines Rechtsträgervertreters zu.*

Patientenbefragungen

33.1 Patientenbefragungen sind eine wichtige Grundlage für das krankenanstalteninterne Qualitätsmanagement bzw. für die Evaluation sowie Steuerung von qualitätsrelevanten Prozessen.⁸³ An den fünf überprüften Krankenanstalten wurde dieses Instrument zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wie folgt angewandt:

LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems

- Die KHBG sah in ihrer Qualitätsstrategie Patientenbefragungen als ein Instrument zur Messung der Ergebnisqualität vor. In den einzelnen LKH fanden u.a. kontinuierliche Patientenbefragungen statt; als Maßnahmen daraus wurden bspw. im LKH Hohenems der Entlassungsprozess besser strukturiert und im LKH Bludenz Wartezeiten bei der Applikation von Chemotherapien reduziert sowie ein zusätzlicher fachärztlicher Wochenend-Visitendienst eingeführt.⁸⁴ Der im Jahr 2012 von der KHBG aktualisierte Fragebogen enthielt auch vier Fragen zur Zufriedenheit mit dem behandelnden Arzt. Im Laufe des Jahres 2013 war sein Einsatz in allen LKH beabsichtigt.

⁸³ Nüßling, R., Steffanowski, A., Körner, M., Rundel, M. Kohl, C.F.R., Löschmann, C., Schmidt, J. (2007): Kontinuierliche Patientenbefragung als Instrument für das interne Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement*, 12, 44–50.

⁸⁴ Im Jahr 2008 wurde zuletzt eine umfassende krankenhausübergreifende Patientenbefragung durchgeführt. In den Jahren 2009 bis 2011 fanden themen- bzw. schwerpunktbezogene Patientenbefragungen – ausgenommen im LKH Feldkirch – selten statt.

Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Patientenbehandlung

- Die KHBG gab die Vorgangsweise der Mitarbeiter bei der Durchführung der Befragungen mit dem neuen Fragebogen schriftlich vor.⁸⁵ Dabei wurde jedoch bspw. nicht festgelegt, welche konkrete Ziele die Befragung verfolgte, welche standardisierte Information bei der Übergabe des Fragebogens an den Patienten erfolgen sollte, wie die Rücklaufquoten definiert waren oder wer etwa für die Umsetzungskontrolle allenfalls notwendiger Maßnahmen zuständig war.

KH Dornbirn

- Das KH Dornbirn nahm 2010/2011 an einer österreichweiten umfassenden sektorenübergreifenden Patientenbefragung der Gesundheit Österreich GmbH teil.⁸⁶
- Für ihre kontinuierliche Patientenzufriedenheitserhebung⁸⁷ verwendete es einen sehr einfachen Fragebogen, der im Wesentlichen nur zu den Themen „Anregungen/Beschwerden/Lob“ und „Verbesserungsvorschläge/Wünsche/Ideen“ jeweils ein Freitextfeld auswies. Sie lagen in den Stationen auf bzw. wurden jedem Patienten bei der Entlassung ohne standardisierte Information übergeben. Die Auswertungen wiesen lediglich die Anzahl der Rückmeldungen betreffend Lob und Tadel zu den Kategorien Aufklärung, Umgangsformen und Behandlung aus.

33.2 Der RH hielt die Durchführung von Patientenbefragungen grundsätzlich für geeignet, um für die Qualitätssicherung in der Patientenbehandlung einen Mehrwert zu erzielen. Voraussetzung dafür war seiner Ansicht nach aber, dass der Fragebogen konkrete Fragestellungen in Bezug auf die Behandlungsqualität aufwies und klare Vorgaben für die Durchführung der Befragung bestanden.

Der KHBG als Rechtsträgerin der LKH Bludenz, Bregenz, Feldkirch und Hohenems empfahl er daher, auch im Interesse eines aussagekräftigen Vergleichs der Ergebnisse der LKH, die Festlegungen für die Durchführung der Patientenbefragungen zu ergänzen bzw. zu konkretisieren, bspw. Zielsetzungen der Befragung, Standardinformationen bei

⁸⁵ Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle war die Vorgangsweise bei der Verteilung und Auswertung der Fragebögen bzw. dem anschließenden Informationsfluss in den LKH unterschiedlich. Eine Einbindung der Qualitätssicherungskommission war nur teilweise vorgesehen.

⁸⁶ mit durchwegs überdurchschnittlichen Ergebnissen

⁸⁷ Darüber hinaus führte das KH Dornbirn 2009 bis 2011 eine Reihe themenbezogener Patientenbefragungen durch; hier waren Ziele, Ablauf, Auswertung sowie die notwendigen Maßnahmen und deren Umsetzung nachvollziehbar dokumentiert.

Sonstige Feststellungen

Übergabe an den Patienten, Definition der Rücklaufquoten, Verantwortlichkeiten für das Umsetzen und die Evaluierung von Maßnahmen. Auch wäre eine genauere Definition der Befragungszeiträume sowie der Patientengruppen zu überlegen und der Fragebogen regelmäßig zu evaluieren.

Der einfache Fragebogen des KH Dornbirn (insbesondere aufgrund der Freitextfelder) und damit auch die Auswertungen waren aus Sicht des RH als Instrument zur Verbesserung der Patientenbehandlungsqualität wenig zweckmäßig. Für den Fall, dass eine kontinuierliche Patientenbefragung aufrecht erhalten werden soll, empfahl er, einen Fragebogen mit konkreten Fragestellungen – etwa im Sinne der von der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführten Patientenbefragungen – zu entwickeln, klare schriftliche Festlegungen für den Ablauf und die Auswertungen der Befragungen zu treffen sowie den Fragebogen regelmäßig zu evaluieren.

Obduktionen

34.1 In Österreich werden drei Arten von Obduktionen unterschieden:

- Eine klinische Obduktion wird bei Versterben eines Patienten in einer öffentlichen Krankenanstalt auf landesgesetzlicher Grundlage (in Vorarlberg aufgrund des Leichen- und Bestattungsgesetzes) angeordnet. Obduktionsindikatoren sind vor allem diagnostische Unklarheit oder postoperatives Ableben. Die klinische Obduktion dient zur genaueren Abklärung der Todesursache und zur klinischen Qualitätssicherung.
- Wenn ein Todesfall nicht im Krankenhaus auftritt, kann eine sanitätsbehördliche Obduktion nach den Sanitätsgesetzen beauftragt werden. Indikation zur Obduktion ist im Wesentlichen eine unklare Todesursache, die durch die Totenbeschau nicht geklärt werden kann.
- Gerichtliche Obduktionen finden bei Verdacht auf fremde Beteiligung am Tod auf Grundlage der Strafprozessordnung⁸⁸ statt. Die Staatsanwaltschaft beauftragt aufgrund einer Anzeige eine Obduktion. Auch im Fall eines Fremdverschuldens in Verbindung mit einem Tod am Operationstisch bzw. in Narkose (mors in tabula) muss nach dem Ärztegesetz⁸⁹ eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft erstattet werden.

⁸⁸ BGBl 631/1975 i.d.g.F.

⁸⁹ § 54 ÄrzteG

**Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung**

Die Anzahl der klinischen Obduktionen sank im Verhältnis zu allen Todesfällen von 2004 bis 2011 sowohl in Österreich als auch in Vorarlberg um rd. sechs bzw. 3,3 Prozentpunkte auf 12,3 % bzw. 10 % (2004: Österreich – 18,2 %, Vorarlberg – 13,3 %). Auch die sanitätspolizeilichen Obduktionsraten sanken in Österreich in diesem Zeitraum von 2,7 % auf 1,5 %, in Vorarlberg von 2,7 % auf 2,2 %. Die gerichtlichen Obduktionsraten blieben in Österreich und Vorarlberg nahezu konstant (2004: 1,6 % bzw. 1,5 %, 2011: beide 1,7 %).

Zu klinischen Obduktionen verwies das SpG (§ 50) auf das Vorarlberger Leichen- und Bestattungsgesetz⁹⁰. Gemäß § 12 Vorarlberger Leichen- und Bestattungsgesetz sind Leichen in öffentlichen Krankenanstalten zu obduzieren, wenn die Autopsie

- durch den Staatsanwalt angeordnet wurde oder
- öffentliche und wissenschaftliche Interessen wahrt, insbesondere zur diagnostischen Klärung der Todesursache.

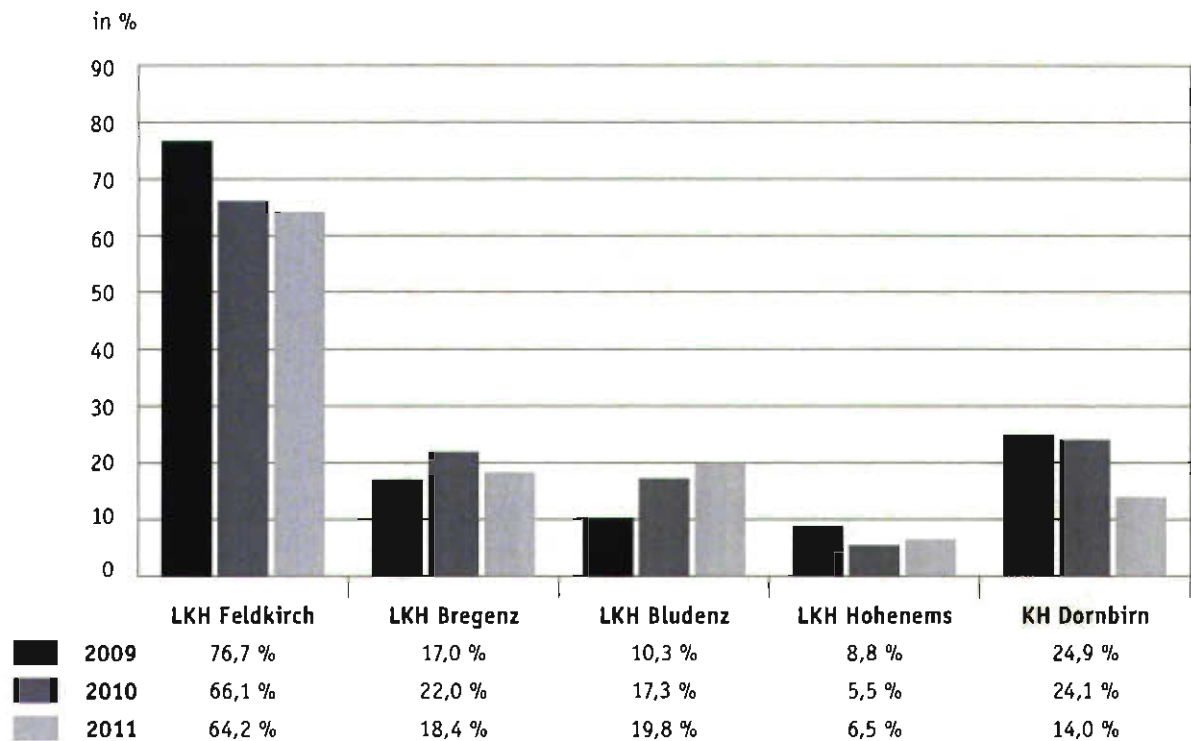
Ansonsten durfte eine Leichenöffnung nur bei Vorliegen der Zustimmung des Verstorbenen oder seiner nächsten Angehörigen vorgenommen werden.

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die klinischen Obduktionsraten in den überprüften Krankenanstalten Vorarlbergs in den Jahren 2009 bis 2011, wobei hier nur die Anzahl der in den jeweiligen Krankenanstalten Verstorbenen als Verhältniszahl herangezogen wurde:

⁹⁰ Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen, LGBl. 58/1969 i.d.g.F.

Sonstige Feststellungen

Abbildung 1: Obduktionsrate (Obduktionen/alle im KH Verstorbenen) in Vorarlberger Krankenanstalten 2009 bis 2011



Quellen: KHBG; KH Dornbirn

Die Vorgehensweise bei der Entscheidung zur Obduktion war in allen überprüften Krankenhäusern grundsätzlich ähnlich. Keine Obduktion erfolgte, wenn die Todesursache klar war bzw. der Todesfall erwartet wurde. Im Fall eines unklaren Todesfalls oder wenn noch Fragen zur Todesursache bestanden, wurde eine klinische Obduktion veranlasst. Bei Verdacht eines Verschuldens wurde eine gerichtliche Obduktion⁹¹ durchgeführt sowie eine Sachverhaltsdarstellung an die Staatsanwaltschaft übermittelt. Die Entscheidung, wann eine klinische Obduktion durchzuführen war, oblag einerseits dem jeweiligen Stationsarzt nach Rücksprache mit dem Abteilungsleiter bzw. dessen Vertreter, andererseits auch dem Gemeinde- bzw. Stadtarzt.

Trotzdem waren die klinischen Obduktionsraten (Anzahl der durchgeführten Obduktionen im Verhältnis zur Anzahl der im Krankenhaus Verstorbenen) – wie in Abbildung 2 ersichtlich – in den überprüften Krankenanstalten unterschiedlich und reichten von 5,5 %

⁹¹ von einem Gerichtsmedizinischen Institut

(LKH Hohenems 2010) bis 76,7 % (LKH Feldkirch 2009). Die großen Unterschiede waren für die überprüften Krankenhäuser nicht erklärbar.

Eine schriftliche Regelung, wer eine klinische Obduktion anordnen konnte, bestand in den überprüften Krankenanstalten nicht; ebenso wenig war – abgesehen von der allgemeinen Regelung im Vorarlberger Leichen- und Bestattungsgesetz – festgelegt, unter welchen Voraussetzungen eine Obduktion anzuordnen war. Alle klinischen Obduktionen in Vorarlberg wurden von der Pathologie des LKH Feldkirch durchgeführt.

Das KH Dornbirn hatte mit dem Institut für Pathologie des LKH Feldkirch zu Fortbildungszwecken vereinbart, zweimal jährlich eine kurze Autopsiebesprechung mit den Ärzten des KH Dornbirn abzuhalten, bei der einige Obduktionen noch einmal besprochen wurden und die Pathologen allfällige Besonderheiten aufzeigten. Das LKH Hohenems plante, in Hinkunft ähnliche Fortbildungsveranstaltungen abzuhalten.

- 34.2 Nach Ansicht des RH waren Obduktionen ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung des medizinischen Qualitätsniveaus. Der RH empfahl dem BMG – vor dem Hintergrund der Wichtigkeit der Durchführung von Obduktionen für die medizinische Qualitätssicherung einerseits und für Forschung und Lehre andererseits – die Gründe für das Sinken der klinischen Obduktionsraten in den österreichischen Krankenanstalten in den letzten Jahren zu erheben.

Der KHBG und dem KH Dornbirn empfahl der RH, die Ursachen für die deutlich unterschiedlichen Obduktionsraten in den einzelnen Krankenhäusern zu ermitteln. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Erhebung wären gegebenenfalls für die Durchführung klinischer Obduktionen klare schriftliche Regelungen zu treffen und insbesondere festzulegen, in welchen Fällen Obduktionen in die Wege zu leiten sind; weiters wäre schriftlich zu bestimmen, auf wessen Anordnung hin Obduktionen vorzunehmen sind.

Hinsichtlich der Autopsiebesprechungen regte der RH an, diese in allen überprüften Krankenhäusern durchzuführen, um die behandelnden Ärzte über die Ergebnisse ausgewählter klinischer Obduktionen im Sinne einer Fortbildung zu informieren.

- 34.3 *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine Obduktion als klinische Qualitätssicherung beim heutigen Stand der Wissenschaft nicht notwendig und nicht obligat sei. Bei Todesfällen in Krankenhäusern werde die Obduktion vermehrt mittels spezieller CT-Geräte und chemischer Analysen sowie durch verbesserte Diagnostik ersetzt. Sin-*

Sonstige Feststellungen

kende klinische Obduktionsraten seien auch international zu beobachten (z.B. wegen verbesserter diagnostischer Möglichkeiten zu Lebzeiten, Widerständen der Angehörigen, kostengünstigeren Alternativen). Im Übrigen würden die Obduktionsraten schon seit Mitte der 1980er-Jahre kontinuierlich sinken.

Laut Stellungnahme des Landes Vorarlberg erscheine die Ermittlung der Ursache für die unterschiedlichen Obduktionsraten zur wirksamen Steuerung nicht erforderlich. Seitens der KHBG werde ein Diskussionsprozess auf Chefarzdebene mit dem Ziel einer verbindlichen krankenhäuserübergreifend gültigen Verfahrensweisung zur Anordnung von Obduktionen in den Vorarlberger Landeskrankenhäusern eingeleitet werden. Eine Evaluierung der Wirksamkeit sei jederzeit über den Vergleich der Obduktionsraten möglich.

- 34.4 Gegenüber dem BMG hielt der RH vor dem Hintergrund einer Reihe von Expertenmeinungen und verschiedener Literatur bzw. Maßnahmen klinische Obduktionen trotz der verbesserten diagnostischen Möglichkeiten nach wie vor für ein wichtiges Instrument zur medizinischen Qualitätssicherung.

Gegenüber dem Land Vorarlberg beurteilte der RH das Bestreben nach einer verbindlichen krankenhauserübergreifend gültigen Verfahrensweisung positiv. Einen wichtigen Beitrag dazu würde eine vorangehende Ermittlung der Ursachen für die deutlich unterschiedlichen Obduktionsraten leisten.

Zytostatika-
aufbereitung im
KH Dornbirn

- 35.1 Das KH Dornbirn verfügte ursprünglich über zwei Zytostatikaaufbereitungen, nämlich eine auf der Abteilung für Innere Medizin sowie eine für die Abteilungen Gynäkologie und Geburtshilfe bzw. Pädiatrie. Für beide lagen keine spitalsrechtlichen Bewilligungen oder entsprechende Anzeigen im Amt der Vorarlberger Landesregierung vor. Die zweite Zytostatikaaufbereitung wurde im Zuge des Neubaus bzw. der Sanierung der Abteilung für Pädiatrie aufgelassen. Die Verbliebene auf der Abteilung für Innere Medizin war vorerst weiter in Betrieb, doch war geplant, eine neue, den aktuellen Vorgaben entsprechende Zytostatikaufbereitung einzurichten.
- 35.2 Der RH empfahl der Stadtgemeinde Dornbirn und dem Land Vorarlberg, unter Beachtung der einschlägigen Qualitätsvorgaben des ÖSG bzw. des BMG den rechtskonformen Zustand herzustellen.
- 35.3 *Laut Stellungnahme des Landes Vorarlberg habe eine Nachfrage beim KH Dornbirn ergeben, dass mit der seinerzeitigen Aufstellung der bei-*



Sonstige Feststellungen

**Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung**

den Zytostatikaaufbereitungsanlagen keine wesentlichen Veränderungen im Sinne des § 24 SpG verbunden gewesen seien. Daher sei davon auszugehen gewesen, dass keine spitalsbehördliche Bewilligungs- oder Anzeigepflicht vorgelegen sei. Der bisherige Stand sei deshalb aus spitalsbehördlicher Sicht rechtskonform.

Die Stadtgemeinde Dornbirn teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass in der Vergangenheit keine spitalsbehördliche Genehmigung für die Zytostatikaaufbereitung im KH Dornbirn bestanden habe und deren Notwendigkeit fraglich sei. Im Zuge des Neubaus der Zytostatikaaufbereitung unter gleichzeitiger Ablösung der alten Box werde mit der Spitalsbehörde ein rechtskonformer Zustand hergestellt werden.

- 35.4 Vor dem Hintergrund des geplanten Neubaus der Zytostatikaaufbereitung unter gleichzeitiger Ablösung der alten Box und der Zusage des KH Dornbirn, mit der Spitalsbehörde einen rechtskonformen Zustand herzustellen, nahm der RH die Rechtsauffassung des Landes Vorarlberg zur Kenntnis. In diesem Zusammenhang und aufgrund der im Umgang mit Zytostatika gebotenen höchsten Sorgfalt im Hinblick auf Produkt- und Personenschutz verwies der RH auch auf den Erlass des BMG betreffend „Standards für das Gebrauchsfertigmachen, die Applikation und die Entsorgung von Zytostatika (gemäß § 2 Z 12 GQG)“ vom Mai 2011⁹², welcher an alle Landeshauptleute mit dem Ersuchen erging, diesen verbindlich heranzuziehen.

⁹² GZ. BMG-20100/0024-III/3/2011, <http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Arzneimittel/>

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

36 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMG

(1) Es wären verbindliche Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in Form von Bundesqualitätsrichtlinien entsprechend den Vorgaben im Gesundheitsqualitätsgesetz zu erlassen. (TZ 3)

(2) Unter Hinweis auf die im Gesundheitsqualitätsgesetz festgelegten Verpflichtungen wäre der Aufbau eines gesamtösterreichischen Qualitätssystems zügig voranzutreiben. (TZ 4)

(3) Die mit dem Indikatorenmodell A-IQI aus Routinedaten ermittelten und daher auch vergleichbaren Ergebnisse wären zugunsten einer einheitlichen und öffentlichen Qualitätsberichterstattung im Rahmen eines österreichischen Qualitätsberichts zu nutzen. (TZ 4, 8)

(4) Es wäre klarzustellen, ob bzw. unter welchen konkreten Voraussetzungen Tumorboards im Rahmen einer assoziierten onkologischen Versorgung geeignet sein können, die entsprechenden Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit zu erfüllen. (TZ 22)

(5) Vor dem Hintergrund der Wichtigkeit der Durchführung von Obduktionen für die medizinische Qualitätssicherung einerseits und für Forschung und Lehre andererseits wären die Gründe für das Sinken der klinischen Obduktionsraten in den österreichischen Krankenanstalten in den letzten Jahren zu erheben. (TZ 34)

Land Vorarlberg

(6) Wie im Vorarlberger Spitalgesetz vorgesehen, wären angemessene Fristen einzuräumen, innerhalb derer eine Einhaltung der Strukturqualitätskriterien durch die Rechtsträger der Krankenanstalten gewährleistet sein muss. (TZ 5)

(7) Betreffend die Vergütung von Leistungen im Zusammenhang mit der Erfüllung der Strukturqualitätskriterien wäre die Finanzierungsregelung in Zukunft ausnahmslos anzuwenden und der damit verbundene Punkteabzug sukzessive zu erhöhen, um die Abrechenbarkeit von Leistungen im Rahmen des Landesgesundheitsfonds der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Art. 4 Abs. 8) entsprechend zu gestalten. (TZ 7, 28)



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

(8) Die Festlegungen der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung und der Stadtgemeinde Dornbirn betreffend das zulässige onkologische Leistungsspektrum ihrer Krankenhäuser wären auf ihre Konformität mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu überprüfen und auf für ganz Vorarlberg zweckmäßige, klare sowie patientensichere onkologische Versorgungsaufträge und -strukturen zu achten. (TZ 20)

(9) Sofern die zahlreichen bisher im Rahmen der dislozierten Tageskliniken erbrachten stationären Leistungen der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde aufgrund mangelnder Kapazitäten nicht an der Fachabteilung im Landeskrankenhaus Feldkirch konzentriert werden könnten, wären die Strukturplanung entsprechend zu adaptieren und zusätzlich zumindest ein Fachschwerpunkt einzurichten, um in Zukunft eine dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit konforme Versorgung gewährleisten zu können. (TZ 28)

BMG, Land Vorarlberg
und Vorarlberger
Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit
beschränkter Haftung

(10) Die im Handbuch Tumorboard der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung festgelegte bzw. die in den Landeskrankenhäusern tatsächlich gelebte Vorgangsweise betreffend den im Tumorboard zu behandelnden Patientenkreis stand in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“. Daher wäre diesbezüglich gemeinsam eine Vorgangsweise für die Tumorboards der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung festzulegen, die den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit entsprach. (TZ 24)

BMG, Land Vorarlberg
und Krankenhaus
Dornbirn

(11) Da die festgelegte Ausnahme betreffend den im Tumorboard zu behandelnden Patientenkreis in einem Spannungsverhältnis zum Wortlaut des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, wonach „... jede Person mit einer malignen Neuerkrankung im Tumorboard anzumelden war ...“ stand, wäre – für den Fall der Beibehaltung des Tumorboards – diesbezüglich gemeinsam eine Vorgangsweise festzulegen, die den Vorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit entsprach. (TZ 24)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

Land Vorarlberg
und Stadtgemeinde
Dornbirn

(12) Bezüglich der Zytostatikaaufbereitung im Krankenhaus Dornbirn wäre unter Beachtung der einschlägigen Qualitätsvorgaben des Österreichischen Strukturplans Gesundheit bzw. des BMG der rechtskonforme Zustand herzustellen. (TZ 35)

Vorarlberger Kranken-
haus-Betriebs-
gesellschaft mit
beschränkter Haftung

(13) In allen Landeskrankenhäusern wäre die Einführung von OP-Checklisten zu veranlassen, die alle Bereiche der WHO-Checkliste abdecken. (TZ 19)

(14) Das onkologische Versorgungskonzept für die vier Landeskrankenhäuser wäre, unter Berücksichtigung der jeweiligen Versorgungsstufen der Landeskrankenhäuser, rasch fertigzustellen und zügig umzusetzen. Dabei wäre auf die Patientensicherheit bzw. die Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit besonders Bedacht zu nehmen. In diesen Festlegungen könnten auch die Rahmenbedingungen für die erforderlichen Kooperationsvereinbarungen normiert werden. Das Handbuch Tumorboard wäre zu überarbeiten bzw. zu ergänzen. (TZ 20, 21, 22)

(15) Für den Fall der Aufrechterhaltung der bestehenden Tumorboardstruktur wäre im Handbuch Tumorboard der Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung festzulegen, welches Tumorboard für welche Patienten bzw. welche Krebserkrankungen zuständig ist. (TZ 24)

(16) Es wäre für eine einheitliche und umfassende, dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechende Dokumentation der Tumorboardsitzungen und der für die einzelnen Patienten jeweils getroffenen Tumorboardentscheidungen zu sorgen. (TZ 25)

(17) Es wäre eine rechtsträgerinterne Strategie für die zukünftige Integration der am Landeskrankenhaus Bludenz tätigen Fachärzte für Unfallchirurgie in die Mutterabteilung am Landeskrankenhaus Feldkirch zu entwickeln. (TZ 29)

(18) Die im Handbuch Qualitätssicherungskommissioner vorgesehenen Strategiesitzungen wären durchzuführen; darauf aufbauend sollten bedarfsgerechte Qualitätssicherungsmaßnahmen sowie ein entsprechender Umsetzungszeitraum festgelegt und in der Folge die Verwirklichung evaluiert werden. (TZ 32)

(19) Auch im Interesse eines aussagekräftigen Vergleichs der Ergebnisse der Landeskrankenhäuser wären die Festlegungen für die Durchführung der Patientenbefragungen zu ergänzen bzw. zu kon-



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

ketisieren, bspw.: Zielsetzungen der Befragung, Standardinformationen bei Übergabe an den Patienten, Definition der Rücklaufquoten, Verantwortlichkeiten für das Umsetzen und die Evaluierung von Maßnahmen. Auch wäre eine genauere Definition der Befragungszeiträume sowie der Patientengruppen zu überlegen und der Fragebogen regelmäßig zu evaluieren. (TZ 33)

Stadtgemeinde
Dornbirn

(20) Es wäre ehestmöglich unter Berücksichtigung der Versorgungsstufe des Krankenhauses Dornbirn dessen onkologisches Leistungsspektrum schriftlich festzulegen. Dabei wäre auf die Patientensicherheit bzw. die Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit besonders Bedacht zu nehmen. In diesen Festlegungen könnten auch die Rahmenbedingungen für die erforderlichen Kooperationsvereinbarungen normiert werden. (TZ 20, 21)

(21) Es wäre regelmäßig ein Vertreter in die Qualitätssicherungskommission des Krankenhauses Dornbirn zu entsenden, um seine gesetzlich geforderte Einbindung sicherzustellen. (TZ 32)

Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung und Stadtgemeinde Dornbirn

(22) Im Hinblick auf die Organisationspflichten eines Rechtsträgers und unter Berücksichtigung der Klarstellung des BMG betreffend Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungsleistungen wäre für die Teilnahme von Fachärzten aller im Österreichischen Strukturplan Gesundheit vorgesehenen Fachrichtungen in den Tumorboards zu sorgen und die Einhaltung zu kontrollieren. (TZ 23)

(23) In Anbetracht der niedrigen Fallzahlen von Schilddrüsenoperationen in den Landeskrankenhäusern Bludenz und Bregenz sowie im Krankenhaus Dornbirn wären diese Leistungen in Zukunft ausschließlich am Standort Feldkirch zu erbringen. Operationen der Bauchspeicheldrüse sollten ebenfalls im Landeskrankenhaus Feldkirch konzentriert werden. (TZ 27)

(24) Bei den Tageskliniken wäre eine Einschränkung des Leistungsspektrums auf tageschirurgische Leistungen vorzunehmen und die Anbindung an eine Fachabteilung einer anderen Krankenanstalt sicherzustellen. Dies wäre in einer schriftlichen Vereinbarung oder – wie in § 29 Abs. 2 lit. a Vorarlberger Spitalgesetz vorgesehen – in der Anstaltsordnung festzulegen. Darin sollte jedenfalls ein verantwortlicher Leiter der dislozierten Tagesklinik bestimmt sowie eine Abstimmung mit dem Kooperationspartner bzw. der Mutterabteilung hinsichtlich der zu treffenden Qualitätssicherungsmaßnahmen geregelt werden. (TZ 28)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

(25) Es wäre eine gemeinsame Strategie für die zukünftige Integration der am Krankenhaus Dornbirn tätigen Fachärzte für Unfallchirurgie in die Mutterabteilung am Landeskrankenhaus Bregenz zu formulieren. (TZ 29)

(26) Durch Personalrotation wäre dafür Sorge zu tragen, dass die im Satellitendepartment eingesetzten ärztlichen Mitarbeiter zum Zweck der Qualitätssicherung und des Qualifikationserhalts ihre Tätigkeit auch regelmäßig über einen längeren Zeitraum in der Mutterabteilung erbringen. (TZ 29)

Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung, Stadtgemeinde Dornbirn, Landeskrankenhaus Bludenz, Bregenz und Feldkirch, Krankenhaus Dornbirn

(27) Da die Anbindung der Departments für Unfallchirurgie an die jeweilige Mutterabteilung in den überprüften Krankenanstalten mangelhaft war, wären die Eckpunkte einer entsprechenden Zusammenarbeit in Fragen der Qualitätssicherung in einer schriftlichen Kooperationsvereinbarung, zumindest aber gemäß § 29 Abs. 2 lit. a Vorarlberger Spitalgesetz in den Anstaltsordnungen, festzulegen. (TZ 29)

Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung und Krankenhaus Dornbirn

(28) Insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichen Ausdehnung der systematischen Infektionserfassung wäre das bestehende Hygiene-Modell durch eine an den Empfehlungen des BMG orientierte Ergänzung der Personalausstattung zusätzlich aufzuwerten. (TZ 13)

(29) Auf Grundlage der Klarstellung durch das BMG betreffend Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungseinrichtungen sollten die entsprechenden Veranlassungen für die Tumorboards bzw. für die im Österreichischen Strukturplan Gesundheit geforderte institutionalisierte Zusammenarbeit mit einem Tumorboard eines Onkologischen Schwerpunkts und/oder Zentrums getroffen sowie schriftlich festgelegt bzw. vereinbart werden. Weiters wären die Tumorboards regelmäßig zu evaluieren. (TZ 22)



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen



Qualitätssicherungsmaßnahmen
in der Patientenbehandlung

(30) Die Ursachen für die deutlich unterschiedlichen Obduktionsraten in den einzelnen Krankenhäusern wären zu ermitteln. Ausgehend von den Ergebnissen dieser Erhebung wären gegebenenfalls für die Durchführung klinischer Obduktionen klare schriftliche Regelungen zu treffen und insbesondere festzulegen, in welchen Fällen Obduktionen in die Wege zu leiten sind; weiters wäre schriftlich zu bestimmen, auf wessen Anordnung hin Obduktionen vorzunehmen sind. (TZ 34)

Landeskrankenhaus
Bludenz, Bregenz,
Feldkirch und
Hohenems, Kranken-
haus Dornbirn

(31) Unter Einbindung der Primärärzte der Fachabteilungen wäre auf eine systematische Erfassung und zentrale Auswertung von Komplikationen durch das Qualitätsmanagement mit anschließender Meldung an die kollegiale Führung hinzuwirken. (TZ 15)

(32) Zur Gewährleistung der bestmöglichen onkologischen Behandlung der Patienten wären schriftliche Kooperationsvereinbarungen mit Onkologischen Schwerpunkten bzw. Zentren zu schließen. (TZ 21)

(33) Es sollten Autopsiebesprechungen mit dem Institut für Pathologie des Landeskrankenhauses Feldkirch durchgeführt werden, um die behandelnden Ärzte über die Ergebnisse ausgewählter klinischer Obduktionen im Sinne einer Fortbildung zu informieren. (TZ 34)

Landeskrankenhaus
Bludenz

(34) Nach Einführung einer systematischen Infektions-Surveillance auf der Intensivstation wäre diese schrittweise auch auf die Fachbereiche Allgemeinchirurgie (anhand der Indikator-Operation Verschluss einer Leistenhernie) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) auszudehnen. (TZ 14)

Landeskrankenhaus
Bregenz

(35) Es wäre eine Ausdehnung der Infektions-Surveillance auf die Fachbereiche Allgemeinchirurgie (anhand des Indikator-Eingriffs Colonoperationen) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) vorzunehmen. (TZ 14)

Landeskrankenhaus
Feldkirch

(36) An der Abteilung für Allgemeinchirurgie, in der nosokomiale Infektionen bereits anhand der Colonoperationen per KISS erfasst wurden, wäre eine vergleichbare Erfassung (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) an der Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe einzuführen. (TZ 14)

**Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen****Krankenhaus
Dornbirn**

(37) Eine zusätzliche Infektionserfassung in den Fachbereichen Allgemeinchirurgie (anhand des Indikator-Eingriffs Colonoperationen) sowie Gynäkologie und Geburtshilfe (anhand des Indikator-Eingriffs Kaiserschnitt) sollte eingeführt werden. Darüber hinaus wäre die an der Abteilung für Orthopädie vorhandene Infektionserfassung an ein Surveillance-System im Sinne des SpG (KISS, ANISS) anzuschließen. (TZ 14)

(38) Es wäre zu überlegen, in den OP-Checklisten die Freitextfelder durch die WHO-Vorgaben zu ersetzen und damit auch die beiden Checklisten zu einer zusammenzuführen. (TZ 19)

(39) Abhängig von der Klarstellung des BMG betreffend Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungseinrichtungen sollten für das Tumorboard dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechende umfassende Verfahrens- bzw. Arbeitsanweisungen ausgearbeitet werden. (TZ 22)

(40) Unter Berücksichtigung der Klarstellung des BMG betreffend Tumorboards in assoziierten onkologischen Versorgungseinrichtungen wäre für eine einheitliche und umfassende, dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit entsprechende Dokumentation der Tumorboardsitzungen und der für die einzelnen Patienten jeweils getroffenen Tumorboardentscheidungen zu sorgen. (TZ 25)

(41) Für den Fall, dass eine kontinuierliche Patientenbefragung aufrecht erhalten werden soll, wäre ein Fragebogen mit konkreten Fragestellungen – etwa im Sinne der von der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführten Patientenbefragungen – zu entwickeln, klare schriftliche Festlegungen für den Ablauf und die Auswertungen der Befragungen zu treffen sowie der Fragebogen regelmäßig zu evaluieren. (TZ 33)

ANHANG

- Anhang 1: Hals–Nasen–Ohren–Operationen**
- Anhang 2: Mastektomie und Mammateilresektion**
- Anhang 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)**
- Anhang 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)**
- Anhang 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)**
- Anhang 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)**
- Anhang 7: Pankreatektomie
(OP an der Bauchspeicheldrüse)**
- Anhang 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)**
- Anhang 9: Arthroskopie**
- Anhang 10: Totalendoprothetik der Hüfte**
- Anhang 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks**
- Anhang 12: Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens**

ANHANG 1

ANHANG 1: Hals-Nasen-Ohren-Operationen													
	Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			durchschnittliche	Verweildauer in Tagen		Mittelwert Intensiv
			minimale	maximale	durchschnittliche		minimale	maximale	minimale		maximale		
Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Bludenz	65	65,0	65	65	19,4	6	75	2,3	1	7			
LKH Bregenz	105	105,0	105	105	11,6	3	54	0,6	-	3			
LKH Feldkirch ¹	246	22,4	9	36	21,7	3	83	1,3	-	9			
LKH Hohenems	-												
KH Dornbirn	193	48,3	1	112	16,7	4	92	1,5	-	17		1,0	
operative Blutstillung einer Nachblutung nach Tonsillektomie/Adenotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Bludenz	4	4,0	4	4	20,0	12	25	2,3	2	3			
LKH Bregenz	4	4,0	4	4	22,5	19	26	1,5	1	2			
LKH Feldkirch	25	2,5	1	4	16,9	3	45	5,4	1	14			
LKH Hohenems	-												
KH Dornbirn	-												
Tonsillektomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Bludenz	50	50,0	50	50	23,1	12	50	3,2	-	4			
LKH Bregenz	80	80,0	80	80	12,1	5	30	1,9	1	3			
LKH Feldkirch ¹	219	18,3	3	27	26,5	8	114	4,5	-	14		7,3	
LKH Hohenems	-												
KH Dornbirn	44	22,0	12	32	18,0	8	37	3,4	1	10			
Tonsillotomie (Leistungseinheit je Sitzung)													
LKH Bludenz	8	8,0	8	8	28,6	10	60	3,6	3	4			
LKH Bregenz	4	4,0	4	4	8,2	6	10	2,0	2	2			
LKH Feldkirch ¹	48	5,3	2	15	25,9	7	64	3,5	2	8			
LKH Hohenems	-												
KH Dornbirn	2	2,0	2	2	12,0	9	15	2,0	2	2			

¹ Im Zuge dieser Operationen wurden oftmals mehrere Leistungen erbracht.

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 2: Mastektomie und Mammateilresektion

Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt		durchschnittliche	Schnitt-, Nahtzeit in Minuten		durchschnittliche	minimale maximale		Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale		minimale	maximale		minimale	maximale	
Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)										
LKH Bludenz	-									
LKH Bregenz	7	1,8	1	3	85,1	55	110	6,7	3	10
LKH Feldkirch	86	12,3	2	36	74,3	23	154	4,2	1	39
LKH Hohenems	-									
KH Dornbirn	13	2,6	1	6	129,9	76	192	9,0	4	24
Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)										
LKH Bludenz	-									
LKH Bregenz	15	1,9	1	3	50,8	12	105	6,3	1	23
LKH Feldkirch	45	7,5	1	19	36,1	11	231	2,9	-	32
LKH Hohenems	-									
KH Dornbirn	57	7,1	1	28	74,0	13	282	5,2	-	17
totale Mastektomie mit axillärer Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)										
LKH Bludenz	-									
LKH Bregenz	4	2,0	1	3	89,5	62	117	15,3	8	26
LKH Feldkirch	31	5,2	2	13	78,1	36	140	7,5	2	24
LKH Hohenems	-									
KH Dornbirn	10	2,5	1	5	143,0	69	237	9,5	8	18
totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (Leistungseinheit je Seite)										
LKH Bludenz	-									
LKH Bregenz	2	1,0	1	1	66,5	50	83	10,5	10	11
LKH Feldkirch	9	2,3	1	6	55,8	23	92	6,6	4	13
LKH Hohenems	-									
KH Dornbirn	17	2,8	1	9	96,9	39	282	10,2	6	17

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 3

ANHANG 3: Appendektomie (OP am Blinddarm)												
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Verweildauer in Tagen	Mittelwert Intensiv
		durchschnittliche	minimale	maximale								
Appendektomie laparoskopisch												
LKH Bludenz	179	25,6	1	50	25,8	8	144	4,3	-	20	3,8	
LKH Bregenz	151	11,6	1	27	39,8	16	111	3,8	1	20	8,0	
LKH Feldkirch	67	5,6	1	10	48,1	16	138	4,4	2	12		
LKH Hohenems	2	1,0	1	1	56,5	42	71	3,0	1	5		
KH Dornbirn	34	3,8	1	11	49,0	15	86	5,3	3	12		
Appendektomie offen												
LKH Bludenz	-											
LKH Bregenz	3	1,5	1	2	106,0	85	131	7,0	4	9		
LKH Feldkirch	57	3,8	1	12	51,7	8	97	5,7	2	30	6,0	
LKH Hohenems	-											
KH Dornbirn	114	10,4	1	23	47,1	13	267	5,1	2	35	3,6	

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 4: Hemikolon (OP am Mastdarm)											
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt		durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv	
		minimale	maximale								Schnitt-, Nahtzeit in Minuten
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose laparoskopisch (Leistungseinheit je Seite)											
LKH Bludenz	27	6,8	2	13	80,1	45	117	16,0	8	28	2,0
LKH Bregenz	-										
LKH Feldkirch	13	3,3	1	7	143,8	40	225	7,6	4	11	
LKH Hohenems	-										
KH Dornbirn	6	2,0	1	4	160,2	3	239	9,7	8	15	1,2
Resektion des linken Hemikolon mit primärer Anastomose offen											
LKH Bludenz	-										
LKH Bregenz	48	5,3	1	11	141,2	76	251	12,3	5	46	6,2
LKH Feldkirch	36	3,0	1	6	152,9	52	479	18,3	6	47	5,5
LKH Hohenems	-										
KH Dornbirn	29	2,9	1	5	154,8	60	256	18,3	2	53	3,2
Resektion des linken Hemikolon ohne primäre Anastomose											
LKH Bludenz	13	2,6	1	5	79,0	45	103	24,0	10	39	6,5
LKH Bregenz	15	2,1	1	5	157,1	66	280	15,9	1	43	10,2
LKH Feldkirch	19	2,4	1	5	138,3	60	285	32,2	1	115	11,3
LKH Hohenems	-										
KH Dornbirn	9	1,0	1	4	151,8	86	203	32,3	14	52	8,6
Resektion des rechten Hemikolon offen											
LKH Bludenz	1	1,0	1	1	56,0	56	56	14,0	14	14	2,0
LKH Bregenz	10	1,4	1	3	120,5	64	244	18,0	9	37	16,5
LKH Feldkirch	21	2,3	1	4	117,3	56	211	25,9	2	95	13,3
LKH Hohenems	-										
KH Dornbirn	29	2,9	1	7	140,8	62	227	20,4	8	51	6,1

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 5

ANHANG 5: Cholezystektomie (OP der Gallenblase)

Anzahl OP	durchschnittliche OP-Anzahl je Arzt	durchschnittliche OP-Anzahl je Arzt	minimale maximale	durchschnittliche	minimale maximale	durchschnittliche	minimale maximale	Verweildauer in Tagen	Mittelwert Intensiv	
										Schnitt-, Nähtzeit in Minuten
Cholezystektomie laparoskopisch										
LKH Bludenz	125	25,0	19	30	35,0	15	117	2	29	1,9
LKH Bregenz	181	13,9	2	28	75,7	31	192	2	20	3,7
LKH Feldkirch	95	7,9	1	13	66,1	18	225	1	104	10,0
LKH Hohenems	37	12,3	2	25	67,3	30	137	1	13	
KH Dornbirn	153	13,9	1	27	71,5	25	157	3	19	2,0
Cholezystektomie offen										
LKH Bludenz	3	1,0	1	1	50,3	24	99	12	21	1,0
LKH Bregenz	8	2,0	1	5	159,9	60	294	7	51	14,7
LKH Feldkirch	20	2,0	1	4	108,3	19	203	4	150	14,0
LKH Hohenems	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Dornbirn	21	2,3	1	6	107,3	28	171	1	58	2,8
endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP)¹										
LKH Bludenz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LKH Bregenz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LKH Feldkirch	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LKH Hohenems	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Dornbirn	8	1,2	1	2	85,7	63	134	5	20	3,0
Extraktion eines Konkretes aus den Gallenwegen im Rahmen einer ERCP¹										
LKH Bludenz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LKH Bregenz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LKH Feldkirch	1	1,0	1	1	92,0	92	92	26	26	26,0
LKH Hohenems	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Dornbirn	1	1,0	1	1	53,0	53	53	7	7	
Gallengangsrevision offen										
LKH Bludenz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LKH Bregenz	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LKH Feldkirch	4	1,3	1	2	125,0	96	158	15	36	14,0
LKH Hohenems	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
KH Dornbirn	2	2,0	2	2	83,0	66	100	19	20	4,0

¹ ERCP wurden nur in Ausnahmefällen im OP-Saal vorgenommen, weshalb keine Dokumentation als Operation erfolgte. Im LKH Feldkirch wurden 2011 insgesamt rd. 210, im KH Dornbirn rd. 90, im LKH Bludenz 16 und im LKH Bregenz 1 derartige Eingriffe durchgeführt.

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 6: Thyreoidektomie (OP an der Schilddrüse)

	Anzahl OP	durchschnittliche		OP-Anzahl je Arzt		durchschnittliche		Schnitt-, Nahtzeit in Minuten		Verweildauer in Tagen		Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	minimale	maximale	minimale	maximale	minimale	maximale			
partielle Thyreoidektomie												
LKH Bludenz	2	1,0	1	1	66,0	44	88	7,5	3	12		
LKH Bregenz	6	1,5	1	2	99,0	76	116	4,7	4	6		
LKH Feldkirch	62	6,9	2	26	97,0	12	243	3,7	2	6		2,0
LKH Hohenems	-											
KH Dornbirn	4	1,0	1	1	61,5	26	89	6,3	2	13		
totale Thyreoidektomie												
LKH Bludenz	-											
LKH Bregenz	-											
LKH Feldkirch	31	3,4	1	14	139,6	70	241	4,6	3	8		
LKH Hohenems	-											
KH Dornbirn	4	2,0	1	3	168,3	60	253	8,8	4	14		
totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie												
LKH Bludenz	-											
LKH Bregenz	-											
LKH Feldkirch	12	3,0	1	8	214,2	149	298	5,5	3	9		
LKH Hohenems	-											
KH Dornbirn	-											

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 7

ANHANG 7: Pankreatektomie (OP an der Bauchspeicheldrüse)										
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			Verweildauer in Tagen		
		minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
Pankreasresektion links offen										
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1	1,0	1	1	182,0	182	182	12,0	12	12	
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
partielle Duodenopankreatektomie										
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	1,0	1	2	356,5	310	405	29,3	13	54	5,0
4	2,0	2	4	387,3	326	518	26,5	11	46	4,0
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 8: Sectio caesarea (Kaiserschnitt)

	Anzahl OP	durchschnittliche			OP-Anzahl je Arzt			Schnitt-, Nahtzeit in Minuten			durchschnittliche			Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	
LKH Bludenz	101	11,2	27	38,4	22	65	5,8	-	10					
LKH Bregenz	310	31,0	62	31,9	15	101	7,2	1	35				5,0	
LKH Feldkirch	331	22,1	49	41,6	6	198	7,9	2	56				2,0	
LKH Hohenems	-													
KH Dornbirn	260	18,6	35	41,9	17	136	6,4	1	40				1,4	

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 9

ANHANG 9: Arthroskopie													
Anzahl OP	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Mittelwert Intensiv
arthroskopische Operation des Kniegelenks													
LKH Bludenz	272	38,9	2	83	22,7	3	102	2,3	54				
LKH Bregenz	145	11,2	1	30	33,7	7	122	2,9	50				7,0
LKH Feldkirch	402	16,1	1	72	27,6	3	140	4,0	36				
LKH Hohenems	352	70,4	24	94	18,1	6	66	-	-				
KH Dornbirn	332	33,2	1	107	21,4	6	73	1,1	53				3,4
arthroskopische Operation des Schultergelenks													
LKH Bludenz	19	4,8	1	15	27,0	12	41	10,4	86				
LKH Bregenz	76	15,2	1	55	29,3	14	109	3,7	9				3,0
LKH Feldkirch	85	7,1	1	23	47,5	15	144	8,9	85				1,5
LKH Hohenems	2	1,0	2	2	25,5	23	28	-	-				
KH Dornbirn	-												
diagnostische Arthroskopie des Kniegelenks													
LKH Bludenz	11	3,7	1	8	27,7	8	59	3,1	10				
LKH Bregenz	2	2,0	2	2	19,0	14	24	1,5	2				
LKH Feldkirch	17	2,4	1	9	22,8	7	75	4,1	16				
LKH Hohenems	-												
KH Dornbirn	1	1,0	1	1	11,0	11	11	1,0	1				

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 10: Totalendoprothetik der Hüfte

Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt			durchschnittliche	minimale	maximale	durchschnittliche	minimale	maximale	Verweildauer in Tagen	Mittelwert Intensiv
		durchschnittliche	minimale	maximale								
Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
LKH Bludenz	-											
LKH Bregenz	2	2,0	2	2	127,0	124	130	32,0	27	37		
LKH Feldkirch ¹	62	12,4	1	25	136,8	63	247	15,5	6	60		1,0
LKH Hohenems	-											
KH Dornbirn	10	3,3	2	4	130,7	91	178	14,6	9	31		1,6
Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
LKH Bludenz	-											
LKH Bregenz	103	14,7	1	30	82,4	38	174	10,6	4	40		4,5
LKH Feldkirch	225	17,3	1	92	73,0	5	211	12,0	4	66		1,0
LKH Hohenems	-											
KH Dornbirn	178	25,4	3	38	82,9	38	227	13,5	2	46		3,5
Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks												
LKH Bludenz	-											
LKH Bregenz	5	1,7	1	2	107,6	76	169	25,2	14	37		2,0
LKH Feldkirch	12	3,0	1	6	128,2	69	216	27,3	8	118		
LKH Hohenems	-											
KH Dornbirn	2	1,0	1	1	101,5	91	112	18,5	10	27		

¹ teilweise in Kombination mit der Leistung "Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks" (MEL NE140)

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 11

ANHANG 11: Totalendoprothetik des Kniegelenks										
Anzahl OP	durchschnittliche	OP-Anzahl je Arzt		durchschnittliche	minimale maximale		durchschnittliche	minimale maximale		Mittelwert Intensiv
		minimale	maximale		Schnitt-, Nahtzeit in Minuten	Verweildauer in Tagen				
Explantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks										
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	3,0	1	8	143,5	109	186	16,2	11	69	1,0
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	1,0	1	1	133,0	121	145	15,5	12	19	1,0
Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks										
10	10,0	10	10	80,8	56	118	14,3	9	25	1,0
58	11,6	1	34	63,7	45	115	7,0	6	33	3,0
274	22,8	1	55	94,3	52	206	12,0	3	36	4,0
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
160	20,0	1	39	85,5	18	185	12,4	3	37	1,8
Reimplantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks										
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

1. teilweise in Kombination mit der Leistung "Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks" (MEL NE250)

Quelle: jeweiliges Krankenhaus

ANHANG 12

Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in Blaudruck

ANHANG 12
Entscheidungsträger**Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit
beschränkter Haftung****Aufsichtsrat**

Vorsitzender

Mag. Markus WALLNER
(23. Februar 2007 bis 21. März 2012)

Dr. Rainer GÖGELE
(22. März 2012 bis 20. Juni 2012)

Dr. Christian BERNHARD
(seit 21. Juni 2012)

Stellvertreter des
Vorsitzenden

Dieter EGGER
(12. Juni 2003 bis 15. Oktober 2010)

Dr. Adolf CONCIN
(seit 16. Oktober 2010)

Geschäftsführung

Dr. Gerald FLEISCH
(seit 11. März 2004)

Dr. Till HORNUNG
(seit 1. August 2007)



Bericht des Rechnungshofes

**Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG;
Follow-up-Überprüfung**

**R
H**

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis _____ 262

BMLVS
BMWFJ

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Landesverteidigung und Sport
Wirtschaft, Familie und Jugend

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG;
Follow-up-Überprüfung

KURZFASSUNG _____ 265

Prüfungsablauf und -gegenstand _____ 272

Zweckmäßigkeit der SIVBEG _____ 273

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen _____ 277

Unternehmenskonzept und Personalangelegenheiten _____ 291

Externe Berater _____ 300

Bietverfahren und Kaufverträge _____ 305

Organisation _____ 310

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____ 314

ANHANG

Anhang 1 bis 3 _____ 317

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIG	Bundesimmobiliengesellschaft m.b.H.
BKA	Bundeskanzleramt
BM...	Bundesministerium ...
BMeiA	für europäische und internationale Angelegenheiten
BMF	für Finanzen
BMLVS	für Landesverteidigung und Sport
BMUKK	für Unterricht, Kunst und Kultur
BMWFJ	für Wirtschaft, Familie und Jugend
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische Union
EUR	Euro
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Körner-Kaserne	General Theodor-Körner-Kaserne
m ²	Quadratmeter
MA 21a	Magistratsabteilung 21a der Stadt Wien
Mio.	Million(en)
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite
SIVBEG	SIVBEG – Strategische Immobilien Verwertungs-, Beratungs- und Entwicklungsgesellschaft m.b.H.
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
USt	Umsatzsteuer



Abkürzungen

v.a.	vor allem
VfSlg.	Erkenntnisse und Beschlüsse des Verfassungsgerichtshofes
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel

**Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Landesverteidigung und Sport
Wirtschaft, Familie und Jugend**

**Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG;
Follow-up-Überprüfung**

Die SIVBEG, das BMLVS und die BIG setzten die Empfehlungen des RH, die dieser im Jahr 2010 zu den Kasernen- und Liegenschaftsverkäufen durch die SIVBEG veröffentlicht hatte, teilweise um.

Durchgeführte Änderungen bewirkten zwar mehr Kostenbewusstsein und Transparenz, die Überprüfung der Zweckmäßigkeit der SIVBEG unterblieb jedoch, obwohl die Aufrechterhaltung der SIVBEG bis zur Verwertung der letzten entbehrlich gewordenen Liegenschaft relativ hohe Kosten verursachen könnte. Eine Überprüfung der SIVBEG in Hinblick auf Doppelstrukturen (SIVBEG, BMLVS und BIG) erfolgte nicht. Deutlich verfehlt werden wird das vom BMLVS im Jahr 2005 gesetzte Ziel, die militärisch nicht mehr erforderlichen Liegenschaften bis 2013 zu verwerten. Darüber hinaus verringerte sich der ursprünglich geschätzte Gesamterlös aus den Verkäufen um mehr als 40 % von rd. 715 Mio. EUR auf vorläufig rd. 410 Mio. EUR (zu erwartende Mindereinnahmen von rd. – 305 Mio. EUR). Ende 2012 bestanden im BMLVS Überlegungen, Liegenschaftsverwertungen künftig selbst durchzuführen. In diesem Fall würde die SIVBEG ihren Hauptaufgabenbereich gänzlich verlieren.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung der Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG – Strategische Immobilien Verwertungs-, Beratungs- und Entwicklungsgesellschaft m.b.H. (SIVBEG) war, die Umsetzung der Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung (Bund 2010/6) abgegeben hatte. (TZ 1)

Kurzfassung

Zweckmäßigkeit der SIVBEG

Das BMLVS und die Bundesimmobiliengesellschaft m.b.H. (BIG) setzten die Empfehlung des RH, die Zweckmäßigkeit der SIVBEG zu überprüfen, nicht um. Deren Entscheidung vom Mai 2010, die SIVBEG weiterzuführen, war ohne schriftlich dokumentierte Überlegungen und Untersuchungen nicht nachvollziehbar. Zudem blieb eine vom BKA im Rahmen der Verwaltungsreform initiierte Untersuchung möglicher Synergien von SIVBEG und BIG sowie von Einsparungspotenzialen ohne Ergebnis. (TZ 2)

Das vom BMLVS im Jahr 2005 gesetzte Ziel, die militärisch nicht mehr erforderlichen Liegenschaften innerhalb von acht Jahren bis 2013 zu verwerten, wird deutlich verfehlt werden. Da der Verwertungsprozess mindestens noch bis 2018 dauern wird und sich der ursprünglich geschätzte Gesamterlös um mehr als 40 % von rd. 715 Mio. EUR auf vorläufig rd. 410 Mio. EUR verringerte, standen die Erlöse zur Finanzierung der Österreichischen Bundesheerreform verspätet und in einem weitaus geringeren Ausmaß als noch 2005 geplant zur Verfügung. Bis Juli 2012 konnte die SIVBEG erst rd. 187,43 Mio. EUR realisieren. (TZ 2)

Die Weiterführung der SIVBEG bis zur Verwertung der letztlich entbehrlich gewordenen Liegenschaft könnte relativ hohe Kosten verursachen, wenn gegen Ende des Verwertungsprozesses nur mehr wenige, schwer verwertbare Liegenschaften übrig bleiben sollten. (TZ 2)

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH, durch rechtzeitige und ausreichende Auftragserteilung die Kapazitätsauslastung der SIVBEG sicherzustellen, nur teilweise um. Der elfte und bislang letzte Verwertungsauftrag an die SIVBEG vom April 2011 lag mittlerweile bereits fast zweieinhalb Jahre zurück. Die Gründe dafür waren v.a. Auffassungsunterschiede im BMLVS hinsichtlich der Schaffung der Verwertungsvoraussetzungen und Verzögerungen infolge des ungeklärten militärischen Nutzungsendes. Darüber hinaus bestanden Überlegungen, Liegenschaftsverwertungen künftig selbst durchzuführen. Nach Auffassung des Leiters der Sektion Bereitstellung hätte das BMLVS bei der Verwertung von zahlreichen Immobilien ohne SIVBEG bewiesen, zumindest über das gleiche Wissen zu verfügen. Damit stellte er die Zweckmäßigkeit der SIVBEG in Frage, weil sie ihren Hauptaufgabenbereich verlieren würde. (TZ 3)

**Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe
durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung**

Die Empfehlungen des RH einerseits an das BMLVS, verkaufsrelevante Sachverhalte künftig noch vor der Erteilung der Verwertungsaufträge zu klären, und andererseits an die SIVBEG, bei ausgewählten Liegenschaften Entwicklungsvarianten zu erarbeiten, wurden nur teilweise umgesetzt. Zwar übermittelte das BMLVS die ihm bekannten Liegenschaftsdaten an die SIVBEG, diese gaben allerdings nur einen ersten Hinweis auf Verwertungsergebnisse. Verwertungsprobleme infolge unklarer Zuständigkeiten sowie verzögerter bzw. nicht geklärter Standortentscheidungen bestanden weiterhin. Dies zeigte insbesondere das im Jahr 2008 vom BMLVS der SIVBEG übertragene Verwertungsverfahren für die General Theodor-Körner-Kaserne (Körner-Kaserne) in Wien. (TZ 4, 5)

Obwohl die Verkaufsabsicht öffentlich noch nicht bekannt war, nahm an den Behördengesprächen der SIVBEG mit der Stadt Wien hinsichtlich einer neuen Flächenwidmung zeitweise auch bereits der Wohnfonds Wien als potenzieller Kaufinteressent teil. Im Hinblick auf die spätere öffentliche Feilbietung bestand eine Bieterungleichbehandlung. Der Wohnfonds Wien strebte einen Direktkauf ohne öffentliche Feilbietung an. Dessen alternativ vorgeschlagene Kooperationsvereinbarung hätte zum wirtschaftlichen Nachteil für die Republik Österreich, die den gesetzlichen Auftrag zur bestmöglichen Verwertung hatte, das Erlöspotenzial um rd. 16 % von rd. 20,15 Mio. EUR auf rd. 16,88 Mio. EUR geschmälert. (TZ 5)

Im Juni 2012 beschloss der Gemeinderat der Stadt Wien eine neue Flächenwidmung mit der Zweckbestimmung „Landesverteidigung“; statt der von der SIVBEG angestrebten „zivilen“ Nutzung mit Wohnbebauung, die die MA 21a in ihrem internen Erstentwurf vorgesehen hatte. Dadurch war der Verkauf trotz der bereits über vier Jahre laufenden Liegenschaftsentwicklung durch die SIVBEG auf unbestimmte Zeit ausgeschlossen. (TZ 5)

Die lange Dauer war aber auch auf verzögerte bzw. nicht geklärte Standortentscheidungen zurückzuführen. Beispielsweise hatte das BMLVS im Jahr 2010 – zwei Jahre nach der Beauftragung – aufgrund neuer Planungsvorstellungen überlegt, das Verwertungsverfahren einzustellen. Weiterhin offen war, ob das BMUKK die Körner-Kaserne als Schulstandort in Anspruch nehmen wird. Die deshalb Ende 2012 eingeleitete Standortprüfung hatte zudem Auswirkungen auf eine andere Verwertung. So musste die SIVBEG das bereits öffentlich ausgeschriebene Verkaufsverfahren für die Biedermann-Huth-Raschke-Kaserne, die als alternativer Schulstandort in Frage kam, unterbrechen. (TZ 4)

Kurzfassung

Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH, eine Änderung des mit der BIG bestehenden Syndikatsvertrags hinsichtlich des Erfolgshonorars für erfolgreiche Verkaufsabschlüsse herbeizuführen, nicht um. Die SIVBEG hatte von 2009 bis 2011 weiterhin Honorare in Höhe von rd. 300.000 EUR an die BIG zu zahlen, obwohl diese zum Erfolg keinen erkennbar adäquaten Beitrag leistete. Das BMLVS und die BIG beabsichtigten, erst 2015 über eine entsprechende Änderung des Syndikatsvertrags zu verhandeln. (TZ 6)

Unternehmenskonzept und Personalangelegenheiten

Die SIVBEG setzte die Empfehlung des RH, ihr Unternehmenskonzept laufend weiterzuentwickeln und die Änderungen schriftlich festzuhalten, nur teilweise um. Beispielsweise unterblieben die Aktualisierung von Preissteigerungen sowie die Berichtigung der Anzahl der Liegenschaftsverwertungen. Weiters fehlte eine strategische Weiterentwicklung der SIVBEG, insbesondere im Hinblick auf die zwischenzeitlich verstärkt eingetretenen Verzögerungen im Verwertungsprozess. (TZ 7)

Das BMLVS reduzierte die Anzahl der Geschäftsführer der SIVBEG entsprechend dem Unternehmensbedarf (Geschäftsumfang, Personalausstattung) und setzte damit die Empfehlung des RH um. Für die Sicherstellung des Vier-Augen-Prinzips setzten sowohl die BIG als auch das BMLVS jeweils einen Prokuristen ein. Dazu bestellte das BMLVS einen seiner Mitarbeiter, allerdings ohne vorangegangenes Auswahlverfahren. Zudem stellte ihn die SIVBEG im Ausmaß von 15 Stunden zu einer um rd. 100 % über dem Mindestgehalt liegenden Bezahlung des entsprechenden Kollektivvertrags an. Obwohl er die Nebenbeschäftigung bei der SIVBEG mit Ausnahme zwingender Dienstpflichten außerhalb der Kernzeit des BMLVS zu leisten hatte, erbrachte dieser seine Leistungen für die SIVBEG zu einem Drittel in der Kernzeit des BMLVS. (TZ 8)

Die Zuständigkeiten jener zwei Dienstnehmer, die für das BMLVS das Aufsichtsrecht (Liegenschaftsverwertungen) und die Gesellschafterrechte gegenüber der SIVBEG getrennt voneinander wahrnahmen, waren unklar abgegrenzt. Darüber hinaus wirkte der Leiter der Sektion Bereitstellung auf die Geschäftstätigkeit der SIVBEG ein, indem er Ende 2012 als Vorgesetzter der zwei genannten Dienstnehmer per Weisung den zwölften Verwertungsauftrag des BMLVS an die SIVBEG unterbrach. (TZ 8)

**Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe
durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung**

Die Empfehlungen des RH, auf eine klare Begriffstrennung zwischen Zielvorgabe und Zielvereinbarung sowie bei der Gestaltung der Geschäftsführerbezüge verstärkt auf tatsächliche Leistungsanreize zu achten, setzte die SIVBEG um. Weiters verankerte sie im Unternehmenskonzept leistungs- und erfolgsorientierte Prämien und setzte die Empfehlung um, mit den Mitarbeitern nur dann Zielvereinbarungen zu schließen, wenn entsprechende Regelungen bestanden. Damit war die gebotene Rechtssicherheit gewährleistet. (TZ 9, 10, 11)

Externe Berater

Die SIVBEG setzte die Empfehlung des RH, Gutachten schriftlich zu beauftragen und Vergleichsangebote einzuholen, nur teilweise um. Die SIVBEG hatte zwar eine Dienstanweisung zur Einhaltung der Schriftform erlassen, durch die Beschränkung auf die mit sieben Gutachtern geschlossenen Rahmenvereinbarungen verzichtete sie allerdings auf das Einholen weiterer Vergleichsangebote. Zudem bestand im Hinblick auf die Anzahl der Beauftragungen und die Gesamtauftragssumme je Gutachter nach wie vor ein Ungleichgewicht. Die diesbezügliche Empfehlung des RH, Gutachterleistungen verstärkt nach dem Rotationsprinzip zu vergeben, setzte die SIVBEG daher nur teilweise um. (TZ 12, 13)

Die SIVBEG hielt bei den zwei seit November 2008 beauftragten externen Maklerleistungen die Verhandlungen zur Vergabe schriftlich fest. Zudem dokumentierte sie den Entscheidungsprozess, was eine Erhöhung der Transparenz bewirkte. Damit setzte sie die Empfehlung des RH um. (TZ 14)

Die SIVBEG nahm für Rechtsberatungen nach entsprechender Prüfung die Finanzprokuratur in Anspruch und setzte damit die Empfehlung des RH um. (TZ 15)

Bietverfahren und Kaufverträge

Die SIVBEG setzte die Empfehlung des RH, auf eine mehrfache und ausreichende Feilbietung von Liegenschaften in Printmedien nicht zu verzichten, nur teilweise um. So wurde bei vier Liegenschaftstransaktionen mit einem Gesamterlös von rd. 16,67 Mio. EUR die empfohlene über einen längeren Zeitraum laufende (zwei Monate und mehr) mehrfache Veröffentlichung in Printmedien nicht eingehalten. Damit war die Ausnutzung des größtmöglichen Preiswettbewerbs nicht sichergestellt. (TZ 16)

Kurzfassung

Die SIVBEG überdachte die Regelung des Pönales und setzte damit die Empfehlung des RH um. Bei Nicht hinterlegung des Kaufpreises innerhalb der festgesetzten Frist behielt sie sich ausdrücklich die Geltendmachung von Schadenersatz in der Höhe des Kaufpreisausfalls und der allfällig entstehenden zusätzlichen Verwertungskosten vor. Weiters setzte die SIVBEG die Empfehlung des RH, auf die Übertragung der in den Kaufverträgen bedungenen Nachbesserungsklauseln auf Rechtsnachfolger zu achten, um. Diese galten im Regelfall für 15 Jahre. Die Maßnahmen trugen zu einer Verbesserung des Kostenbewusstseins sowie zu einer Steigerung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit bei. (TZ 17, 18)

Organisation

Die Empfehlung des RH, alle für die laufende Tätigkeit erforderlichen Informationen verfügbar zu machen, wurde nur teilweise umgesetzt. Zwar erfasste die SIVBEG Liegenschaftsinformationen in einer neu eingerichteten Verkaufsdatenbank, eine Kostenauswertung bei erfolgreichen Verkäufen war jedoch ebenso wenig vorgesehen wie die Eingabe von Projektzielen oder Terminen. (TZ 19)

Die SIVBEG setzte die Empfehlung des RH, die zeitlichen Ressourcen aller Mitarbeiter strukturiert zu erfassen, nur teilweise um. So war zwar eine Leistungserfassung für die beiden Projektmanager, nicht jedoch für den Geschäftsführer, den Prokuristen und die Büroassistentin vorgesehen. Zudem war die Leistungserfassung lückenhaft und nur eingeschränkt zur Kostenverrechnung nutzbar; Controlling bzw. Kostenverfolgung waren kaum möglich. (TZ 20)



BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

Kenndaten der SIVBEG – Strategische Immobilien Verwertungs-, Beratungs- und Entwicklungsgesellschaft m.b.H.

Rechtsgrundlage	Bundesgesetz über die Errichtung einer Strategischen Immobilien Verwertungs-, Beratungs- und Entwicklungsgesellschaft m.b.H. (SIVBEG-Errichtungsgesetz), BGBl. I Nr. 92/2005 i.d.g.F.
Rechtsform	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Eigentümer	Republik Österreich, vertreten durch das BMLVS (55 %), und die Bundesimmobiliengesellschaft m.b.H. (45 %)
Organe	Geschäftsführung, Aufsichtsrat, Generalversammlung
Unternehmensgegenstand	Verwertung von im Eigentum des Bundes (Anmerkung: Republik Österreich) und in der Verwaltung des BMLVS stehenden Liegenschaften über Auftrag des Bundesministers für Landesverteidigung im Namen und für Rechnung des Bundes nach wirtschaftlichen und marktorientierten Grundsätzen

	2008	2009	2010	2011	2012
	in 1.000 EUR				
Anlagevermögen	17,46	20,44	14,72	11,88	8,47
Umlaufvermögen (inklusive Rechnungsabgrenzungsposten) ¹	1.500,44	3.772,71	3.738,78	5.337,36	11.701,69
Eigenkapital	1.090,67	968,62	813,13	983,45	2.521,21
Fremdkapital ¹	427,22	2.824,53	2.940,38	4.365,79	9.188,86
Umsatzerlöse	2.356,98	1.196,23	999,15	1.157,10	5.129,64
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	1.078,30	- 121,90	- 155,49	181,85	1.903,28
Bilanzgewinn/Bilanzverlust	- 115,93	- 237,98	- 393,47	- 223,15	1.314,61
	Anzahl				
Mitarbeiter per 31. Dezember	8	6	5	5	5

¹ Die SIVBEG verwaltete die Erlöse der Grundstücksverwertungen auf einem Treuhandkonto und leitete sie nach rechtskräftigem Zustandekommen des Kaufvertrags unter Abzug ihres Honorars an den Bund weiter. Beim Verwertungsverfahren für den Garnisonsübungsplatz Völtendorf in St. Pölten mit einem Kaufpreis von rd. 2,54 Mio. EUR entschied die zuständige Grundverkehrsbehörde, dass das Rechtsgeschäft schwebend unwirksam bis zur rechtskräftigen Beendigung des Verwaltungsverfahrens wäre. Zwischenzeitlich brachte die Käuferin beim Verfassungsgerichtshof Beschwerde ein. Infolge der offenen Entscheidung über den Kaufvertrag entschied die SIVBEG im Einvernehmen mit dem BMF und dem BMLVS, den Kaufpreis bis zur rechtskräftigen Entscheidung bei der SIVBEG zu belassen, um ihn allenfalls an die Käuferin rückerstatten zu können. Aus diesem Grund ergab sich der Anstieg des Umlaufvermögens. Parallel zum Eingang des Kaufpreises auf der Aktivseite der Bilanz wurde auf der Passivseite eine Verbindlichkeit in Höhe des Kaufpreises eingestellt. Damit erklärt sich der Anstieg des Fremdkapitals.

Quelle: SIVBEG

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH überprüfte im Oktober 2012 bei der SIVBEG – Strategische Immobilien Verwertungs-, Beratungs- und Entwicklungsgesellschaft m.b.H. (SIVBEG) die Umsetzung ausgewählter, strategisch relevanter Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebarungüberprüfung abgegeben hatte. Von November 2012 bis Jänner 2013 holte er ergänzende Unterlagen ein. Parallel dazu führte der RH Gespräche mit dem BMLVS und der BIG in Bezug auf Eigentümervorgaben und den Stand des Verwertungsprogramms militärisch nicht mehr erforderlicher Liegenschaften. Der in der Reihe Bund 2010/6 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

(2) Zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen hatte der RH den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinem Bericht Reihe Bund 2011/13 veröffentlicht.

(3) Der RH überprüft ausschließlich abgeschlossene Entscheidungen und Gebarungsvorgänge (Eigentümergebarungsvorgänge, einzelne Phasen der Liegenschaftsentwicklung, Organbeschlüsse, Dienstanweisungen, externe Beratungsleistungen). Zur Zeit der Gebarungüberprüfung waren entgegen dem ursprünglichen Verkaufsplan insbesondere in Wien noch Verwertungsverfahren im Laufenden oder der SIVBEG noch nicht übertragen. Im Hinblick auf deren Gebarungsrelevanz überprüfte er allerdings bei länger laufenden Verfahren **zwischenzeitlich** bereits abgeschlossene Prozessschritte.

Darüber hinaus bestanden Ende 2012 im BMLVS **Überlegungen**, Liegenschaftsverwertungen künftig selbst durchzuführen. Dadurch würde **die** SIVBEG ihren Hauptaufgabenbereich gänzlich verlieren. In diesem **Fall** würde der RH eine Überprüfung der Verwertungshandlungen des BMLVS allenfalls im Zuge einer gesonderten Gebarungüberprüfung vornehmen.

(4) Zu dem im Juni 2013 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die SIVBEG im August 2013 sowie das BMLVS und die BIG im September 2013 Stellung. Das BMWFJ übermittelte im September 2013 die Kenntnisnahme des Prüfungsergebnisses. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Dezember 2013.

**Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe
durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung****Zweckmäßigkeit der
SIVBEG**

2.1 (1) Der RH hatte dem BMLVS und der BIG in seinem Vorbericht (TZ 13) empfohlen, ehestmöglich – spätestens aber anlässlich des Auslaufens der Verträge mit den beiden Geschäftsführern im Jahr 2011 – die Zweckmäßigkeit der SIVBEG auf Grundlage der seit ihrer Gründung gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen zu überprüfen. Dabei wäre auch zu berücksichtigen, ob und durch wen künftig eine Entwicklung von zu verwertenden Liegenschaften erfolgen soll. Die Überprüfung sollte im Hinblick darauf erfolgen, dass der Bund mit der BIG bereits über eine Verwertungsgesellschaft für seine Immobilien verfügte.

(2) Das BMLVS hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, gemeinsam mit der BIG als zweite Eigentümerin eine Überprüfung durchgeführt zu haben. Demnach werde an der Fortführung der Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG festgehalten. Nach Auslaufen der Funktionsperiode der Geschäftsführung mit zwei Mitgliedern im Jahr 2011 werde jedoch nur mehr eine Geschäftsführerposition besetzt werden. Im Sinne einer Weiterentwicklung des Geschäftsmodells der SIVBEG sollten darüber hinaus weitere alternative Verwertungsvarianten überprüft werden.

(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

– Zur Zweckmäßigkeit der SIVBEG:

Das BMLVS und die BIG beschlossen im Mai 2010 in einer außerordentlichen Generalversammlung, das Geschäftsmodell der SIVBEG beizubehalten und mit Auslaufen der Funktionsperiode der Geschäftsführung im Jahr 2011 nur mehr eine Geschäftsführerposition zu besetzen. Diesem Beschluss ging laut BMLVS und BIG eine Evaluierung voraus. Eine schriftliche Dokumentation darüber fehlte jedoch.

Im November 2011 initiierte das BKA im Rahmen der Verwaltungsreform die Erstellung einer sogenannten Projektskizze, bei der mögliche Synergien von SIVBEG und BIG sowie Einsparungspotenziale unter Ausschluss von Doppelgleisigkeiten in beiden Gesellschaften untersucht werden sollten. Nach Angaben des BMLVS stellte das BKA die Projektskizze im Februar 2012 zurück.

– Zum Verwertungsprogramm der SIVBEG:

Ursprünglich war bei der Errichtung der SIVBEG im Jahr 2005 vorgesehen gewesen, die militärisch nicht mehr erforderlichen Liegenschaften bis 2013 zu verwerten. Seitdem erfolgte allerdings schrittweise eine Änderung des Verwertungsprogramms. Die Anzahl der zu verwer-

Zweckmäßigkeit der SIVBEG

tenden Liegenschaften verringerte sich zunächst von 152 (2005) auf 146 (2008) und in der Folge auf 142 (2012)¹. Der geschätzte Gesamterlös, der zur Finanzierung der Österreichischen Bundesheerreform herangezogen werden sollte, sank von rd. 715 Mio. EUR (2005) auf vorläufig rd. 410 Mio. EUR (2012).

Bis Juli 2012 konnte die SIVBEG erst 113 Liegenschaften um insgesamt rd. 187,43 Mio. EUR verwerten. Die Verwertung wird sich sohin deutlich verzögern und nach aktuellem Zeitplan mindestens bis 2017 dauern. Einzelne Verkäufe sollen aufgrund der Komplexität in Tranchen oder erst im Jahr 2018 hzw. später erfolgen. Ebenso wie bei den Verkaufszeitpunkten lagen bei den Verkaufserlösen keine gesicherten Zahlen vor. In den geschätzten weiteren Erlösen von rd. 222 Mio. EUR² auf insgesamt rd. 410 Mio. EUR waren zwei Liegenschaften³ noch nicht erfasst.

Erlöse aus den durch die SIVBEG abgewickelten Liegenschaftsverkäufen								
Jahr	2006	2007	2008	2009	2010	2011	bis Juli 2012	Summe
	in Mio. EUR							
Verkaufserlös	28,47	24,26	35,19	33,74	20,34	23,42	22,01	187,43

Quelle: SIVBEG

Ob die SIVBEG sämtliche noch zum Verkauf stehende Liegenschaften abwickeln sollte, war noch nicht Gegenstand von gemeinsamen Überlegungen des BMLVS und der BIG. Das BMLVS und die BIG verwiesen lediglich auf das SIVBEG-Errichtungsgesetz. Demnach war die Aufgabenerfüllung der SIVBEG dann beendet, wenn die letzte der im Zuge der Österreichischen Bundesheerreform 2010 entbehrlich gewordene Liegenschaft verwertet war.

2.2 Das BMLVS und die BIG setzten die Empfehlung des RH, die Zweckmäßigkeit der SIVBEG zu überprüfen, nicht um. Der RH kritisierte, dass deren Entscheidung, die SIVBEG weiterzuführen, ohne schriftlich dokumentierte Überlegungen und Untersuchungen nicht nachvollzieh-

¹ Die Reduktion von 2008 auf 2012 um vier Liegenschaften war einerseits auf die Aussetzung der Verwertung von Liegenschaften (acht Liegenschaften) und andererseits auf neu übertragene Liegenschaften (vier Liegenschaften) zurückzuführen.

² 187,43 Mio. EUR + 222,16 Mio. EUR = 409,59 Mio. EUR. Der Betrag von 222,16 Mio. EUR setzte sich wie folgt zusammen: 188,96 Mio. EUR (geplantes Verwertungsprogramm) + 33,20 Mio. EUR (Starhemberg-Kaserne und Hiller-Kaserne).

³ Fernmeldeanlage Station Gols, Fernmeldeanlage Deutsch Kaltenbrunn



Zweckmäßigkeit der SIVBEG

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

bar war sowie darüber hinaus die vom BKA initiierte Untersuchung u.a. möglicher Synergien von SIVBEG und BIG ohne Ergebnis blieb.

Der RH bemängelte weiters, dass das Ziel des BMLVS, die militärisch nicht mehr erforderlichen Liegenschaften innerhalb von acht Jahren bis 2013 zu verwerten, deutlich verfehlt werden wird. Da der Verwertungsprozess mindestens noch bis 2018 dauern wird und sich der ursprünglich geschätzte Gesamterlös um mehr als 40 % von rd. 715 Mio. EUR auf vorläufig rd. 410 Mio. EUR verringerte (zu erwartende Mindereinnahmen von rd. – 305 Mio. EUR), standen die Erlöse zur Finanzierung der Österreichischen Bundesheerreform verspätet und in einem weitaus geringeren Ausmaß als noch 2005 geplant zur Verfügung.

Der RH gab daher erneut zu bedenken, dass die Aufrechterhaltung der SIVBEG bis zur Verwertung der letzten entbehrlich gewordenen Liegenschaft relativ hohe Kosten verursachen könnte, wenn gegen Ende des Verwertungsprozesses nur mehr wenige schwer verwertbare Liegenschaften übrig bleiben sollten. Daher empfahl er dem BMLVS und der BIG, weiterhin die Zweckmäßigkeit der SIVBEG auf Grundlage der seit ihrer Gründung gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen, insbesondere auch im Hinblick auf Doppelstrukturen (SIVBEG, BMLVS und BIG), zu überprüfen. Er hatte dies bereits in die Verwaltungsreformdiskussion eingebracht (siehe Reihe Positionen 2011/1). Insbesondere wäre eine strategische mittelfristige Verwertungsplanung zu erstellen. Der Verkauf der verbleibenden Liegenschaften könnte durch die BIG oder durch das BMLVS erfolgen. Erste Überlegungen dazu wurden innerhalb des BMLVS bereits angestellt (siehe nachfolgend TZ 3).

- 2.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS sei die Empfehlung der Überprüfung der Zweckmäßigkeit der SIVBEG umgesetzt worden. Es habe ein umfangreicher Evaluierungsprozess stattgefunden. Das BMLVS übermittelte Protokolle über drei gemeinsam mit der BIG, der SIVBEG und der Finanzprokurator im Oktober, November und Dezember 2009 zum Thema „Verkauf von Großkasernen“ geführte Besprechungen. Das BMLVS ging jedoch auf diese inhaltlich in der Stellungnahme nicht ein.*

Das BMLVS teilte überdies mit, dass in einer Gesellschafterversammlung der SIVBEG Ende Mai 2010 das Geschäftsmodell für die Verwertung nicht mehr benötigter Liegenschaften als zweckmäßig angesehen worden sei. Die Teilnehmer seien allerdings überein gekommen, dass im täglichen Geschäftsverkehr identifizierte Optimierungspotenziale auf ihre Realisierung beurteilt und gegebenenfalls genutzt werden sollten. Darüber hinaus habe Anfang Juli 2010 der damalige Bundesminister für Landesverteidigung und Sport im Rechnungshofausschuss

Zweckmäßigkeit der SIVBEG

des Nationalrates die Ausschussmitglieder und den Präsidenten des RH über den Evaluierungsprozess informiert. Die Feststellungen des RH seien nicht zutreffend.

Laut Stellungnahme der BIG sei in Zusammenhang mit der Empfehlung des RH hinsichtlich einer Überprüfung der Zweckmäßigkeit der SIVBEG das Vorhaben, die neue Geschäftsführung der SIVBEG nur mehr mit einem Geschäftsführer zu besetzen, umgesetzt worden.

- 2.4 Der RH erwiderte dem BMLVS, dass die seiner Stellungnahme angeschlossenen Besprechungsprotokolle zum Thema „Verkauf von Großkasernen“ keine Überprüfung der Zweckmäßigkeit der SIVBEG enthielten. Gegenstand der Besprechungen waren ausschließlich die grundsätzlichen Schwierigkeiten, die sich für die SIVBEG bei der Verwertung von großen Kasernen bzw. Liegenschaften ergaben. Darauf aufbauend erfolgte lediglich eine Diskussion über die Vorgangsweise bei der Verwertung einzelner Liegenschaften (in Wien, Baden, Graz usw.) sowie über neue Verwertungsstrategien (Optionsvertrag, Gründung von Projektgesellschaften, Kooperation mit Gemeinden) unter Berücksichtigung rechtlicher Aspekte (haushaltsrechtlich, europarechtlich).

Nach Ansicht des RH fand jedoch nicht die von ihm empfohlene Überprüfung der Zweckmäßigkeit der SIVBEG und ihres Geschäftsmodells statt. Bei einer Evaluierung handelte es sich um eine grundsätzliche Untersuchung, ob und inwieweit Systeme, Prozesse, Modelle, Maßnahmen, Instrumente oder Handlungsanweisungen geeignet waren, den Unternehmensgegenstand zu erfüllen. Gerade im Hinblick auf die Verzögerungen beim Verwertungsprozess und die damit einhergehende längere Verwertungsdauer sowie im Hinblick auf zu erwartende Mindereinnahmen von rd. – 305 Mio. EUR vermisste der RH die Überprüfung alternativer Abwicklungsmodelle, entweder durch die BIG oder das BMLVS selbst.

Der RH verwies darauf, dass das BMLVS – ähnlich wie andere Bundesministerien – Liegenschaftsverkäufe durchführte und dazu entsprechende Strukturen und personelle Ressourcen vorhielt. Darüber hinaus verfügte der Bund mit der BIG bereits über eine eigene Verwertungsgesellschaft. Da diese ohnedies 45 % der Gesellschaftsanteile der SIVBEG hielt, wäre auch eine gänzliche Eingliederung der Aufgaben der SIVBEG in die BIG vorstellbar. Die im Rahmen der Verwaltungsreform eingeleitete Untersuchung zwecks möglicher Synergien von SIVBEG und BIG sowie von Einsparungspotenzialen, die im Februar 2012 zurückgestellt wurde, sollte deshalb unbedingt fortgesetzt werden.



Zweckmäßigkeit der SIVBEG

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

Ferner hielt der RH fest, dass sich der vom BMLVS ins Treffen geführte Rechnungshofausschuss des Nationalrates im Juli 2010 noch auf den ersten Bericht des RH hinsichtlich der Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG (Vorbericht, veröffentlicht in der Reihe Bund 2010/6) bezogen hatte. Die dabei erfolgte Information des damaligen Bundesministers für Landesverteidigung und Sport über einen möglichen Evaluierungsprozess war im Hinblick auf die zwischenzeitliche Follow-up-Überprüfung und die bis einschließlich Anfang 2013 dem RH zur Verfügung gestellten Unterlagen (Beschlüsse, Stellungnahmen usw.) nicht nachvollziehbar.

So soll bereits dem Ende Mai 2010 gefassten Generalversammlungsbeschluss des BMLVS und der BIG, das Geschäftsmodell der SIVBEG beizubehalten, eine Evaluierung vorausgegangen sein. Eine schriftliche Dokumentation darüber – wie schon im Sachverhalt dargestellt – fehlte allerdings. Darüber hinaus ließen die erst im November 2011 vom BKA im Rahmen der Verwaltungsreform eingeleiteten und Anfang 2012 wieder zurückgestellten Untersuchungen im Hinblick auf die SIVBEG den Schluss zu, dass die Evaluierung der SIVBEG jedenfalls noch nicht abgeschlossen sein konnte.

Der RH stellte gegenüber der BIG klar, dass – ungeachtet der Verkleinerung der Geschäftsführung der SIVBEG, auf die der RH ohnedies in TZ 8 einging – die Überprüfung der Zweckmäßigkeit der SIVBEG laut vorliegenden Unterlagen nicht stattgefunden hatte. Deshalb hielt er seine diesbezügliche Empfehlung sowohl der BIG als auch dem BMLVS gegenüber aufrecht. Dabei wäre auch eine strategische mittelfristige Verwertungsplanung zu erstellen.

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

Kapazitätsauslastung der SIVBEG

3.1 (1) Der RH hatte dem BMLVS in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, durch rechtzeitige und ausreichende Auftragserteilung die Kapazitätsauslastung der SIVBEG sicherzustellen, um eine effiziente Geschäftstätigkeit zu ermöglichen.

(2) Das BMLVS hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Beendigung der militärischen Nutzung von Liegenschaften intern mit einer möglichst kontinuierlichen Auslastung der SIVBEG abzustimmen. Das BMLVS habe die SIVBEG mit der neunten Beauftragung vom August 2009 und der zehnten Beauftragung vom Dezember 2009 mit insgesamt 15 Liegenschaften zur Verwertung beauftragt. Die elfte Beauftragung mit zwölf Liegenschaften sei im April 2011 erfolgt.

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLVS die SIVBEG bislang elf Mal beauftragte, zuletzt im April 2011. Bis Juli 2012 wickelte die SIVBEG die Verwertung von 113 Liegenschaften ab. Dabei verkaufte sie in den Jahren 2006 bis 2008 zwischen 21 und 24 Liegenschaften, in den Jahren 2009 bis 2011 waren es 16 bis 18.

Der Rückgang des Verkaufs von Liegenschaften wird den Abschluss des geplanten Verwertungsprogramms von insgesamt 142 Liegenschaften verzögern. Die Gründe dafür waren v.a. Auffassungsunterschiede im BMLVS hinsichtlich der Schaffung der Verwertungsvoraussetzungen, unklare Zeitvorgaben bezüglich des militärischen Nutzungsendes und Überlegungen, Liegenschaftsverwertungen künftig selbst durchzuführen:

- Die Auffassungsunterschiede hinsichtlich der Schaffung der Verwertungsvoraussetzungen betrafen z.B. das Amtsgebäude Franz-Josefs-Kai. So erteilte Ende September 2012 der Generalstabchef des BMLVS die Weisung, die Voraussetzungen für den Verkauf so zu schaffen, dass eine Verwertung noch im Jahr 2013 erfolgen könne. Per neuerlicher Weisung von Anfang November 2012 änderte dieser jedoch seine erste Weisung dahingehend, dass nicht die Verwertung im Jahr 2013, sondern in diesem Jahr erst deren Voraussetzungen zu schaffen wären.
- Das ungeklärte militärische Nutzungsende betraf Liegenschaften, die das BMLVS teilweise bereits 2006 der SIVBEG übertragen hatte. Betreffend das Amtsgebäude Vorgartenstraße („Albrechtskaserne“) war das Nutzungsende seit der Beauftragung im März 2008 offen. Anfang 2012 gelangte das BMLVS zum Ergebnis, dass sogar eine Erweiterung des Amtsgebäudes Vorgartenstraße vorteilhaft wäre. Im Oktober 2012 sah das BMLVS die Nutzungseinstellung zunächst mit Mitte 2016 vor, im November 2012 wurde dieser Termin jedoch bereits wieder ausgesetzt. Trotz des ungeklärten Nutzungsendes versuchte die SIVBEG, die Liegenschaft zu entwickeln. So führte sie erste Behördengespräche und ließ ein externes Verkehrswertgutachten um 25.629 EUR erstellen.
- Der Leiter der Sektion Bereitstellung stellte Überlegungen an, Liegenschaftsverwertungen künftig selbst durchzuführen. Ihm erschien die verbindliche Festlegung einer „Firma“ zur Veräußerung von Bundesvermögen ohne vorherige Bewertung und nachvollziehbare Begründung rechtlich bedenklich. Das BMLVS hätte bei der Verwertung von zahlreichen Immobilien ohne SIVBEG bewiesen, zumindest über das gleiche Wissen zu verfügen. Infolge des Honoraranspruchs der SIVBEG würden sich die Nettoerlöse des BMLVS verringern.



Kapazitätsauslastung und
Liegenschaftsverwertungen

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

Aus diesem Grund erteilte er Ende 2012 dem für die Genehmigung der Verwertungsaufträge an die SIVBEG zuständigen Abteilungsleiter Infrastruktur die Weisung, künftig die Verwertung jedes einzelnen „Grundstücks“ einzeln zu veranlassen und mögliche Methoden der Verwertung in „Alternativen“ zu beurteilen. Zudem wären ihm Auftragserteilungen an die SIVBEG mit einem Wert von über 1 Mio. EUR vor Genehmigung vorzuschreiben.

Unabhängig davon unterbrach er den aktenmäßigen Genehmigungsweg des zwölften Verwertungsauftrags, so dass mit Stand Februar 2013 seit 22 Monaten kein Auftrag mehr an die SIVBEG erfolgt war.

- 3.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH nur teilweise um. So lag die elfte und bislang letzte Beauftragung an die SIVBEG vom April 2011 zur Zeit der Gebarungüberprüfung bereits 22 Monate zurück. Der RH kritisierte die Auffassungsunterschiede hinsichtlich der Schaffung der Verwertungsvoraussetzungen und die Verzögerungen infolge des ungeklärten militärischen Nutzungsendes. Mit Aufträgen wie z.B. beim Amtsgebäude Vorgartenstraße sorgte das BMLVS zwar für eine entsprechende Kapazitätsauslastung; weil die SIVBEG aber keine entsprechenden Verkäufe herbeiführen konnte, entstanden sowohl intern als auch extern verlorene Personal- und Sachaufwendungen. Beim Amtsgebäude Vorgartenstraße waren dies z.B. für das Verkehrswertgutachten 25.629 EUR.⁴

Darüber hinaus verwies der RH auf Überlegungen im BMLVS, Liegenschaftsverwertungen künftig selbst durchzuführen. Nach Auffassung des RH war mit der Weisung des Leiters der Sektion Bereitstellung, alternative Verwertungsmethoden zu beurteilen, die Zweckmäßigkeit der SIVBEG in Frage gestellt, weil sie damit ihren Hauptaufgabenbereich verlieren würde. Daher wiederholte der RH seine Empfehlung an das BMLVS und die BIG, die Zweckmäßigkeit der SIVBEG zu überprüfen (siehe TZ 2).

Sollte an der Fortführung der SIVBEG weiterhin festgehalten werden, wäre seitens des BMLVS ehestmöglich die Kapazitätsauslastung der SIVBEG durch eine rechtzeitige und ausreichende Auftragserteilung sicherzustellen. Im Hinblick auf die tatsächlichen Verwertungsmöglichkeiten verwies der RH zudem auf die Notwendigkeit, das militärische Nutzungsende der Liegenschaften verbindlich festzulegen.

⁴ Hinsichtlich der projektbezogenen Personalaufwendungen der SIVBEG lagen infolge ihrer lückenhaften Leistungserlassung keine Angaben vor (siehe TZ 20).

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

3.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS seien die Überlegungen des damaligen Leiters der Sektion Bereitstellung lediglich eine Einzelmeinung gewesen. Sie würden nicht den Standpunkt des BMLVS darstellen. Die internen Vorbereitungen für die Erteilung der zwölften Beauftragung an die SIVBEG seien nahezu abgeschlossen und eine Auftragserteilung an die SIVBEG werde in Kürze ergehen.*

3.4 Der RH verwies gegenüber dem BMLVS auf die aufgrund der Geschäftseinteilung des BMLVS eingeräumten Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen des Leiters der Sektion Bereitstellung. Diese konnten im Hinblick auf die Verzögerungen des Verwertungsprozesses nicht außer Acht gelassen werden.

Der RH hielt überdies fest, dass die elfte und bislang letzte Beauftragung des BMLVS an die SIVBEG zwischenzeitlich bereits fast zweieinhalb Jahre (April 2011 bis September 2013) zurücklag. Dadurch wird der Verwertungsprozess noch länger dauern.

Verwertungsprozess durch das BMLVS

4.1 (1) Der RH hatte dem BMLVS in seinem Vorbericht (TZ 29 und 39) im Hinblick auf die Verkürzung der Verwertungsdauer von Liegenschaften empfohlen, verkaufsrelevante Sachverhalte künftig noch vor der Erteilung der Verwertungsaufträge zu klären und mit der SIVBEG Lösungsstrategien mit klaren Verantwortlichkeiten festzulegen.

(2) Das BMLVS hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die zuständige Organisationseinheit im BMLVS zur detaillierten Aufbereitung vor Auftragsvergabe angewiesen worden sei. Daneben fanden regelmäßige Arbeitssitzungen mit der SIVBEG zur Grundlagenaufbereitung statt.

(3) Der RH stellte nunmehr Folgendes fest:

- Zur Klärung verkaufsrelevanter Sachverhalte stellte das BMLVS der SIVBEG die ihm bekannten Liegenschaftsdaten zu Rechtsverhältnissen, Rückbaumaßnahmen, Kontaminationen, Denkmalschutz oder Dienstbarkeiten zur Verfügung.
- Nach der Beauftragung bestanden allerdings weiterhin Verwertungsprobleme, die u.a. auf unklare Zuständigkeiten zurückzuführen waren. So ließ beim Amtsgebäude Vorgartenstraße nicht nur die SIVBEG, sondern auch das BMLVS ein Verkehrswertgutachten erstellen. Diese Gutachten führten zu sehr unterschiedlichen Ergeb-



Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

nissen. In drei Fällen⁵ zog das BMLVS überdies seinen Verwertungsauftrag wieder zurück.

- Hinzu kamen verzögerte und nicht geklärte Standortentscheidungen. Beispielsweise übertrug das BMLVS der SIVBEG im März 2008 die Verwertung der unbebauten Flächen (rd. 40.800 m²) der im 14. Wiener Gemeindebezirk gelegenen Körner-Kaserne. Dabei nahm es die mit dem Kommandogebäude bebauten Flächen (rd. 29.200 m²) ausdrücklich aus (siehe Anhang 1). Aufgrund dieser Vorgaben initiierte die SIVBEG Gespräche mit der für Flächenwidmungs- und Bebauungsplanung zuständigen Magistratsabteilung 21a der Stadt Wien (MA 21a). Dabei berücksichtigte sie neben der Möglichkeit einer Wohnbebauung auch das Interesse des BMUKK an einem neuen Schulstandort.

Im Jahr 2010 – zwei Jahre nach der Beauftragung der SIVBEG – überlegte das BMLVS, das Verwertungsverfahren einzustellen und eine Entscheidung über eine allfällige Gesamtverwertung mit dem Kommandogebäude abzuwarten. Hintergrund war, dass der Verkauf der unbebauten Flächen Baumaßnahmen von rd. 4,20 Mio. EUR⁶ erforderte, was den geschätzten Verkaufspreis um rd. 21,55 Mio. EUR entsprechend verringert hätte. Im Gegenzug teilte die SIVBEG dem BMLVS mit, die Kosten für diese Baumaßnahmen nicht nachvollziehen zu können. Zudem würden Änderungen der Planungsvorgaben die Stellung der SIVBEG gegenüber der Stadt Wien beim laufenden und bei kommenden Verkaufsverfahren verschlechtern und Zeitverzögerungen nach sich ziehen. Anfang 2011 entschied das BMLVS, das Verkaufsverfahren weiterzuführen.

Weiterhin offen war, ob das BMUKK die Körner-Kaserne als Schulstandort in Anspruch nehmen wird. Die deshalb Ende 2012 eingeleitete Standortprüfung hatte zudem Auswirkungen auf eine andere Verwertung. So musste die SIVBEG das bereits öffentlich ausgeschriebene Verkaufsverfahren für die Biedermann-Huth-Raschke-Kaserne, die als alternativer Schulstandort in Frage kam, unterbrechen und den geplanten Abgabetermin am 1. März 2013 bis zur endgültigen Entscheidung aussetzen.

- 4.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung nur teilweise um. Zwar übermittelte das BMLVS die ihm bekannten Liegenschaftsdaten an die SIVBEG, diese gaben allerdings nur einen ersten Hinweis auf Verwertungser-

⁵ betraf Liegenschaftsteile von zwei Kasernen (Martin-Kaserne und Benedek-Kaserne)

⁶ für Notstromversorgung, Telefon-, Daten-, Stromleitungen, Umformerstation, Umgrenzungsmauer-Einfriedung neu; darüber hinaus bestanden noch Schätzungen für die Kosten für Abbruch und Entsorgung in Höhe von 2,25 Mio. EUR

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

schwernisse. Der RH verwies kritisch auf die weiterhin bestehenden Verwertungsprobleme infolge unklarer Zuständigkeiten sowie verzögerter bzw. nicht geklärter Standortentscheidungen.

Hinsichtlich der Körner-Kaserne kritisierte er v.a. die dadurch verursachte Unterbrechung des bereits öffentlich ausgeschriebenen Verkaufsverfahrens für die nahe gelegene Biedermann-Huth-Raschke-Kaserne. Sie bedeutete eine Schmälerung des Vertrauens potenzieller Käufer in die Verkaufsabsicht der SIVBEG bzw. der Republik Österreich. Der RH empfahl dem BMLVS daher erneut, verkaufsrelevante Sachverhalte noch vor der Erteilung der Verwertungsaufträge zu klären und mit der SIVBEG Lösungsstrategien mit klaren Verantwortlichkeiten festzulegen.

4.3 Laut Stellungnahme des BMLVS seien bei militärischen Liegenschaften durch ihre vielfältigen Nutzungen im Zuge der Verwertung vielfältige verkaufsrelevante Fragen zu klären. Es nehme die Empfehlungen des RH zum Anlass, zur Optimierung der Verwertungs vorbereitungen die internen Abläufe einer Evaluierung zu unterziehen.

4.4 Der RH betonte gegenüber dem BMLVS – entgegen dem Stand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung –, dass das Verkaufsverfahren für die Biedermann-Huth-Raschke-Kaserne zwischenzeitlich wieder fortgesetzt wurde. Die nunmehr bis 24. Jänner 2014 zum Verkauf ausgeschriebene Liegenschaft war nur noch eine Teilfläche der vor rund einem Jahr erstmals zum Verkauf angebotenen Fläche. Laut einer Presseinformation der SIVBEG vom 22. Oktober 2013, die auf die neuerliche Ausschreibung Bezug nahm, hätte der Bund **Eigenbedarf** angemeldet, so dass der Verkaufsprozess unterbrochen worden wäre. Die ursprünglich angebotene Fläche wäre daraufhin geteilt worden. Es würde sohin nur mehr ein Teil zum Verkauf angeboten. Auf der anderen Teilfläche würde voraussichtlich eine Schule errichtet werden. Der Mindestkaufpreis war mit rd. 7,18 Mio. EUR taxiert.

Im Hinblick auf die Wiederaufnahme dieses Verkaufsverfahrens unter geänderten Voraussetzungen nahm der RH insgesamt zur Kenntnis, dass das BMLVS seine internen Abläufe zur Optimierung der Verwertungs vorbereitungen zu evaluieren beabsichtigte.

Liegenschafts-
entwicklung
durch die SIVBEG

5.1 (1) Der RH hatte der SIVBEG in seinem Vorbericht (TZ 13) im Hinblick auf eine raschere Abwicklung der Verkaufsverfahren empfohlen, Entwicklungsvarianten zu erarbeiten. Dies betraf v.a. Liegenschaften, bei denen wegen großer Flächen oder schwieriger Rahmenbedingungen ein langes Verkaufsverfahren zu erwarten war bzw. ein Verkauf der



Kapazitätsauslastung und
Liegenschaftsverwertungen

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

gesamten Liegenschaft an einen einzigen Käufer unwahrscheinlich erschien.

(2) Die SIVBEG hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, in Absprache mit dem BMLVS bei Liegenschaftsverkäufen eine Gesamtverwertung bevorzugt zu haben, um v.a. in den ersten Jahren entsprechende Erlöse zu erzielen. In der Projektentwicklung habe sie ihr Augenmerk auf finanziellen Mehraufwand, Personalressourcen und Projektrisiko gerichtet.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das aktualisierte Unternehmenskonzept der SIVBEG (siehe TZ 7) als Aufgaben der Liegenschaftsentwicklung weiterhin die Erstellung und Beauftragung von Studien, Business-Plänen und Analysen vorsah. Laut SIVBEG erfolgten solche Untersuchungen im Vorfeld schwieriger Verwertungen, wie z.B. hinsichtlich der Körner-Kaserne (Wien), der Rainer-Kaserne (Salzburg) oder der Martinek-Kaserne (Niederösterreich).

Bei der Überprüfung zeigte sich im Fall der Verwertung der unbebauten Flächen der Körner-Kaserne (siehe auch TZ 4), dass entgegen dem Unternehmenskonzept nicht die SIVBEG, sondern die seitens der Stadt Wien für Flächenwidmung zuständige MA 21a eine entsprechende Bebauungsstudie in Auftrag gegeben hatte. Obwohl die Verkaufsabsicht öffentlich noch nicht bekannt war, nahmen darüber hinaus an den Behördengesprächen, die die SIVBEG ab Ende 2008 mit der MA 21a führte, zeitweise auch bereits zwei potenzielle Kaufinteressenten teil. Insbesondere war dies der im Bereich sozialer Wohnbau tätige Wohnfonds Wien⁷, der großes Interesse hatte, dass auf dem Kasernenareal geförderter Wohnbau errichtet wird.

Die SIVBEG schlug dem Wohnfonds Wien eine gemeinsame Liegenschaftsentwicklung der unbebauten Flächen vor. Dabei ging sie von einem Verkehrswert von rd. 20,15 Mio. EUR⁸ aus, den ein von ihr beauftragter Gutachter unter Annahme eines Nutzungsverhältnisses von 85 % gefördertem und 15 % frei finanziertem Wohnbau ermittelt hatte. Nach Vorlage eines internen Entwurfs einer neuen Flächenwidmung für eine umfangreiche Wohnbebauung durch die MA 21a im Mai 2011 (siehe Anhang I) ergaben sich jedoch zwischen der Stadt

⁷ Darüber hinaus war zeitweise auch die zu 99,99 % im unmittelbaren Eigentum der Stadt Wien stehende Wien Holding GmbH eingebunden. Diese brachte die Idee von Projektentwicklungsgesellschaften ein.

⁸ Auf den vom Gutachter festgestellten Verkehrswert von 20,15 Mio. EUR wurden noch Kosten (v.a. Rodungsarbeiten und Ersatzpflanzungen) aufgeschlagen. Dadurch ergab sich der Mindestverkaufspreis in Höhe von 21,55 Mio. EUR (siehe TZ 4).

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

Wien und der SIVBEG Auffassungsunterschiede hinsichtlich des weiteren Verwertungsverfahrens:

- Laut SIVBEG ließ geförderter Wohnbau keinen Direktverkauf an den Wohnfonds Wien zu. Sie stützte sich dabei auf den Gesetzesbeschluss des Nationalrates vom November 2010, wonach die im Eigentum der Republik Österreich stehenden Flächen bestmöglich zu verwerten waren.
- Die MA 21a vertrat indes die Ansicht, dass geförderter Wohnbau ein öffentliches Interesse darstellte. Der Wohnfonds Wien war derselben Auffassung und strebte einen Direktkauf ohne öffentliche Feilbietung an, weil Preiswettbewerb der falsche Zugang im geförderten Wohnbau wäre. Aufgrund der Bedenken der SIVBEG legte er allerdings als Alternative einen Entwurf einer Kooperationsvereinbarung (siehe Anhang 2) vor. Diese sollte den künftigen Käufer binden, die Flächen nach dem Ankauf von der SIVBEG direkt an vom Wohnfonds Wien empfohlene Bauträger zu fixen Preisen weiterzuveräußern. Darüber hinaus sollte die MA 21a die Flächenwidmung mit dem Wohnfonds Wien und dem Käufer abstimmen.
- Da die SIVBEG eine solche Kooperationsvereinbarung nicht akzeptierte
 - u.a. lag der vom Wohnfonds Wien veranschlagte Preis für frei finanzierte Flächen mit 350 EUR pro m² deutlich unter jenem ihres Verkehrswertgutachtens mit 681 EUR pro m² – schlug sie dem Wohnfonds Wien einen die Interessen der Stadt Wien (geförderter Wohnbau) berücksichtigenden Kaufvertragsentwurf⁹ vor.
- Diesen Kaufvertragsentwurf lehnte wiederum der Wohnfonds Wien aufgrund einer damit verbundenen öffentlichen Feilbietung ab. Insgesamt kam keine der vorgeschlagenen Vereinbarungen bzw. Verträge zustande.

In der Folge überarbeitete die MA 21a ihren internen Erstentwurf für eine neue Flächenwidmung. Der überarbeitete Entwurf mit der Zweckbestimmung „Landesverteidigung“ stand der von der SIVBEG angestrebten „zivilen“ Nutzung mit Wohnbebauung entgegen. Laut MA 21a wäre die Bereitschaft des Liegenschaftseigentümers zur Sicherstellung einer den Kriterien des geförderten Wohnbaus entsprechenden Infrastruktur zuletzt nicht erkennbar gewesen. Im Juni 2012 erfolgte der erforderliche Beschluss des Gemeinderates der Stadt Wien (siehe Anhang 1). Dadurch war der Verkauf trotz der bereits über vier Jahre

⁹ mittels Nachbesserungsklausel



Kapazitätsauslastung und
Liegenschaftsverwertungen

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

laufenden Liegenschaftsentwicklung der SIVBEG auf unbestimmte Zeit ausgeschlossen.

Ebenso wie bei der Verwertung der Körner-Kaserne hatte die SIVBEG auch beim Amtsgebäude Vorgartenstraße im zweiten Wiener Gemeindebezirk bereits vor dem Verkaufsverfahren Kontakt mit dem Wohnfonds Wien. Für das Amtsgebäude lagen zwei Gutachten mit Verkehrswerten von rd. 13,71 Mio. EUR und rd. 22,82 Mio. EUR vor. Der tatsächliche Liegenschaftswert war aufgrund unsicherer Rahmenbedingungen und ausstehender Umwidmung allerdings noch unklar.

- 5.2 Die SIVBEG setzte die Empfehlung nur teilweise um. Sie trug zwar mit der Durchführung von Untersuchungen und Gutachten verstärkt zur Liegenschaftsentwicklung bei, ihre Vorgangsweise wie z.B. bei der Verwertung der Körner-Kaserne war jedoch nicht zweckmäßig. Der RH kritisierte v.a. die Gespräche mit dem Wohnfonds Wien als potenziellen Kaufinteressenten lange vor Beginn des Verkaufsverfahrens. Im Hinblick auf die spätere öffentliche Feilbietung bestand eine Bietungleichbehandlung.

Weiters hielt der RH kritisch fest, dass die vom Wohnfonds Wien vorgeschlagene Kooperationsvereinbarung mit fixen Preisvorgaben dem gesetzlichen Auftrag der bestmöglichen Verwertung widersprochen und zum wirtschaftlichen Nachteil für die Republik Österreich das Erlöspotenzial um rd. 16 % von rd. 20,15 Mio. EUR auf rd. 16,88 Mio. EUR geschmälert hätte. Zusätzlich war zu berücksichtigen, dass der Verkehrswert von rd. 20,15 Mio. EUR nicht das größtmögliche Erlöspotenzial auswies, weil dieser auf einem Anteil von nur 15 % frei finanziertem Wohnbau basierte. Im Fall einer Erhöhung des Anteils auf z.B. 30 % würde der Verkehrswert bei rd. 25,02 Mio. EUR liegen.

Nach Auffassung des RH führten die Verhandlungen der SIVBEG mit dem Wohnfonds Wien zudem zu einer rechtlich in Frage zu stellenden Interessenvermischung. So wären mit der Bestimmung der Kooperationsvereinbarung, dass die MA 21a die Flächenwidmung mit dem Wohnfonds Wien abstimmen sollte, hoheitliche Planungsinteressen berührt gewesen. Der RH empfahl daher der SIVBEG neuerlich, im Hinblick auf hohe Erlöspotenziale – wie z.B. bei der Körner-Kaserne oder auch beim Amtsgebäude Vorgartenstraße – eigene Entwicklungsvarianten zu erarbeiten. Aus Gründen der Gleichbehandlung verwies der RH auch darauf, keine Gespräche mit potenziellen Kaufinteressenten vor der öffentlichen Feilbietung zu führen.

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

- 5.3 *Laut Stellungnahme der SIVBEG sei es eine wesentliche Aufgabe, mit Standortgemeinden Gespräche über eine mögliche künftige zivile Widmung Gespräche zu führen. Zudem sei abzuklären, ob die Kommune die zum Verkauf stehende Liegenschaft zur Erfüllung gesetzlicher Aufgaben selbst im öffentlichen Interesse erwerben wolle.*

Im Fall der Körner-Kaserne seien mit der für die Flächenwidmung zuständigen MA 21a zahlreiche Gespräche geführt worden. Diese habe das Interesse der Stadt Wien zur Errichtung von gefördertem Wohnbau bekannt gegeben. Da die Stadt Wien jedoch nicht selber geförderten Wohnbau errichte, sondern ausgegliederte Gesellschaften wie den Wohnfonds Wien heranziehe, habe diese den Wohnfonds Wien zu den erwähnten Gesprächen eingeladen. Der Wohnfonds Wien sei als Fonds der Gebietskörperschaft Stadt Wien mit der Begleitung der Wohnbauförderungsvergabe sowie mit der Durchführung von Bauträgerwettbewerben für den geförderten Wohnbau betraut. Entgegen der Feststellung des RH, die Verkaufsabsicht der unbebauten Fläche der Körner-Kaserne sei nicht bekannt gewesen, sei diese seit der Beauftragung im Jahr 2008 auf der Homepage der SIVBEG vorangekündigt gewesen.

Wenn die Stadt Wien Flächen ankaufe, gebe die MA 21a als Widmungsbehörde Bebauungsstudien in Auftrag. Um in der SIVBEG Kosten zu sparen, sei mit der MA 21a vereinbart worden, dass der SIVBEG das Gutachten zur Verfügung gestellt werde.

In sämtlichen Gesprächen habe die SIVBEG gegenüber der Stadt Wien und dem Wohnfonds Wien immer die Rechtsansicht der Finanzprokurator vertreten, dass zum Zwecke des geförderten Wohnbaus in Wien kein Direktverkauf an eine zur Erfüllung dieser Aufgabe zuständige Stelle zulässig sei. Aus diesem Grund seien Varianten erörtert worden, um den Grundsätzen der bestmöglichen Verwertung bzw. dem Gebot der Bietergleichbehandlung zu entsprechen und der Stadt Wien zu ermöglichen, den Wohnbau sicherzustellen.

Hinsichtlich der Änderung des Flächenwidmungs- und Bebauungsplans für die Körner-Kaserne durch den Gemeinderat der Stadt Wien habe die SIVBEG einen Entwurf eines argumentativen Einwands an die Liegenschaftseigentümerin übermittelt. Wie auch der Einwand bzw. die Stellungnahme der Finanzprokurator von April 2012 sei dieser vom Gemeinderat der Stadt Wien nicht berücksichtigt worden.

Der Feststellung des RH, dass im Hinblick auf die spätere Feilbietung eine Bieterungleichbehandlung vorliege, werde klar widersprochen. Im Rahmen einer Projektentwicklung sei es essenziell, mit potenziellen



Kapazitätsauslastung und
Liegenschaftsverwertungen

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

Käufern Gespräche zu führen. Zum Zwecke der Planung, Entwicklung, Bewertung und Bewerbung einer Liegenschaft würden selbstverständlich Gespräche mit Behörden und Interessenten im Vorfeld einer öffentlichen Ausschreibung, wobei sämtliche Erkenntnisse in die Verkaufsunterlagen aufgenommen würden, erfolgen. Der Wohnfonds Wien sei seitens der MA 21a in die Gespräche miteingebunden worden.

Ein fairer und transparenter Wettbewerb werde dadurch gewährleistet, dass allen Bietern im Wege der Ausschreibung sämtliche Unterlagen und Informationen rechtzeitig zur Verfügung gestellt würden. Dadurch könnten ein Wettbewerbsvorsprung und somit eine Ungleichbehandlung ausgeschlossen werden. Die Feststellung des RH, dass die in Zusammenhang mit der Körner-Kaserne „[...] vorgeschlagene Kooperationsvereinbarung mit fixen Preisvorgaben dem gesetzlichen Auftrag der bestmöglichen Verwertung widersprochen und zum wirtschaftlichen Nachteil für die Republik Österreich das Erlöspotenzial um rd. 16 % [...] geschmälert hätte“, sei irreführend, weil mit dieser Aussage unterstellt werde, dass die SIVBEG oder Vertreter des Bundes den Abschluss dieser Kooperationsvereinbarung in Erwägung gezogen oder die angeführten Preise vorgegeben hätten. Tatsächlich habe der Wohnfonds Wien die Kooperationsvereinbarung unaufgefordert vorgelegt. Die SIVBEG habe diese jedoch nicht weiter behandelt und einen Abschluss wegen offensichtlicher Unvereinbarkeit mit dem Haushaltsrecht niemals in Erwägung gezogen.

Die vom RH dargestellten Auswirkungen auf den Verkehrswert bei einer Änderung des Anteils des freifinanzierten Wohnbaus seien ohne Berücksichtigung der faktischen Unsicherheit der zukünftigen Flächenwidmungs- und Bebauungsbestimmungen erfolgt. Ohne Erstellung eines Wertermittlungsgutachtens und ohne Rechtssicherheit der Erlangung einer bestimmten Flächenwidmungs- und Bebauungsplanung sei diese „Hochrechnung“ unvollständig bzw. unzulässig, weil nicht alle wertbestimmenden Faktoren (Entwicklungsdauer, Kapitalverzinsung, unterschiedliche Preise je nach Lage auf der Liegenschaft, Flächenwidmungs- und Bebauungsbestimmungen usw.) berücksichtigt würden.

Die Flächenaufteilung von 85 % gefördertem und 15 % frei finanziertem Wohnbau sei keine Annahme des Gutachters, sondern eine klare Vorgabe der MA 21a gewesen. Deswegen sei es auch nicht im Ermessen des Bundes oder der SIVBEG, den Anteil für frei finanzierten Wohnbau auf z.B. 30 % zu erhöhen, um einen besseren Kaufpreis zu erzielen. Sei dem so, würde die SIVBEG die Liegenschaft zu 100 % für den freifinanzierten Wohnbau zur Verfügung stellen und somit einen wesentlich höheren Kaufpreis erzielen. Faktum sei, dass keinerlei Rechtsanspruch auf eine bestimmte Flächenwidmungs- und

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

Bebauungsplanung bestehe, diese jedoch naturgemäß maßgeblich den Verkehrswert einer Liegenschaft bestimme.

- 5.4 Der RH entgegnete der SIVBEG, ihr Herantreten an die MA 21a keinesfalls kritisiert zu haben. Er erachtete Gespräche mit der in der Stadt Wien für die Flächenwidmung zuständigen Abteilung für zweckmäßig und erforderlich.

Eine Abstimmung von hoheitlichen Planungsinteressen mit der MA 21a war allerdings vom Kaufinteresse der Stadt Wien strikt zu trennen. Dies deshalb, weil damit Angelegenheiten der „Liegenschaftsverwaltung“ der Stadt Wien betroffen waren. Gemäß Art. 116 Abs. 2 B-VG war die Liegenschaftsverwaltung der Privatwirtschaftsverwaltung zuzuordnen. Sihin handelte es sich um jenen Bereich, in dem die Stadt Wien nicht als Trägerin von Hoheitsrechten (Hoheitsverwaltung) agierte, sondern in dem sie sich für ihr Handeln jener Rechtsformen bediente, die auch Rechtsunterworfenen zur Verfügung standen (z.B. Kauf).

Nach Ansicht des RH verabsäumte die SIVBEG, der frühzeitigen Einbindung des Wohnfonds Wien entgegenzutreten. Mit ihren Gesprächen und ihrem Vorschlag für eine gemeinsame Liegenschaftsentwicklung im Juli 2010 bewirkte die SIVBEG das Gegenteil. Dies führte dazu, dass der Wohnfonds Wien den erwähnten Entwurf einer Kooperationsvereinbarung vorlegte.

Zum Argument der SIVBEG, dass im Hinblick auf die spätere Feilbietung keine Bieterungleichbehandlung vorläge, entgegnete der RH der SIVBEG wie folgt:

- Ungeachtet der rechtlichen Bedenken lag der Nachteil aus einer vorzeitigen Einbeziehung einzelner Kaufinteressenten v.a. darin, dass diese erwartungsgemäß in diesen Gesprächen auf eine für sie vorteilhafte Vorgehensweise hinzuwirken versuchen.
- Auch die Ankündigung der SIVBEG, „sämtliche Erkenntnisse in die Verkaufsunterlagen“ aufzunehmen, würde nichts an einer Bieterungleichbehandlung ändern.
- Da der Wohnfonds Wien bereits während des Umwidmungsverfahrens eingebunden war und damit die Möglichkeit zu einer unmittelbaren Interaktion mit der Verkaufsbeauftragten (SIVBEG) und der Planungsbehörde (MA 21a) hatte, konnte eine Wettbewerbsverzerrung nicht ausgeschlossen werden.



Kapazitätsauslastung und
Liegenchaftsverwertungen

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenchaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

Ferner war die von der SIVBEG ins Treffen geführte Vorankündigung der Verkaufsabsicht auf ihrer Homepage seit 2008 insofern zu relativieren, als sie nur eine Vorinformation auf ein späteres mögliches Bietverfahren darstellte. Eine solche Information verlor an Wert, wenn der tatsächliche Zeitpunkt der Einleitung eines Bietverfahrens nicht bekannt bzw. mit großen Unsicherheiten behaftet war. Für potenzielle Interessenten besaß jedoch der genaue Zeitpunkt einer Einleitung eines Bietverfahrens im Hinblick auf Entscheidungen über alternative Liegenchaftsankäufe und damit einhergehende Finanzierungserfordernisse erhebliche Bedeutung. Bei der Körner-Kaserne dauerte der Entwicklungsprozess bereits rund fünf Jahre, ohne dass es zu einem Bietverfahren gekommen wäre. Laut Homepage der SIVBEG (Stand November 2013) wurde der geplante Verkauf mittlerweile für 2015/2016 anberaumt. Im Vergleich zur ersten Vorankündigung durch die SIVBEG wären dies bereits rund acht Jahre.

Zum Argument der SIVBEG, dass die Feststellungen des RH im Hinblick auf das Erlöspotenzial irreführend wären, entgegnete der RH der SIVBEG wie folgt:

- Durch die vom RH vorgenommene Einschätzung des Liegenchaftswerts der Körner-Kaserne bei Variierung der für den frei finanzierten Wohnbau vorgesehenen Flächen kam das Erlöspotenzial der Liegenchaft (rd. 25,02 Mio. EUR bei einem Anteil von 30 %) zum Ausdruck.
- Im Gegensatz zu Vorverhandlungen mit privaten Interessenten zählte es nach Ansicht des RH selbstverständlich zu den Aufgaben der SIVBEG, mit der MA 21a die Rahmenbedingungen für eine spätere Verwertung zu klären. So zeigten Beispiele in Deutschland, dass bei Nachnutzungen von Kasernen ein Anteil von 30 % für den frei finanzierten Wohnbau realistisch war.

Der RH hielt daher insgesamt seine Empfehlung gegenüber der SIVBEG aufrecht, im Hinblick auf hohe Erlöspotenziale eigene Entwicklungsvarianten zu erarbeiten. Überdies verwies er neuerlich darauf, keine Vorgespräche mit potenziellen Kaufinteressenten zu führen.

Erfolgshonorar
für die BIG

- 6.1** (1) Der RH hatte dem BMLVS in seinem Vorbericht (TZ 8 und 41) empfohlen, eine Änderung des mit der BIG bestehenden Syndikatsvertrags anzustreben. Damit sollten Honorare für erfolgreiche Verkaufsabschlüsse (Erfolgshonorar) jenem Rechtsträger zufließen, der daran tatsächlich maßgeblich mitgewirkt hatte.

Kapazitätsauslastung und Liegenschaftsverwertungen

(2) Das BMLVS hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die BIG einen angemessenen Anteil am Verkaufserfolg in Form eines Erfolgshonorars erhalte. Zusätzlich erhalte diese für ihre Supportleistungen in den Bereichen Personalverrechnung, Recht, Finanzen und Rechnungswesen, bautechnische Unterstützung und Beratung, bewertungstechnische Unterstützung und Beratung, Informationstechnologie, Marketing sowie Miete ein entsprechendes jährliches Entgelt. Dies stelle eine wesentliche Geschäftsgrundlage der Kooperation zwischen BMLVS und BIG dar.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der zwischen BMLVS und BIG seit Oktober 2005 bestehende Syndikatsvertrag durch eine Zusatzvereinbarung vom Juni 2011 ergänzt wurde. Diese bezog sich auf die für Oktober 2011 geplante gesellschaftsrechtliche Änderung der SIVBEG mit nur noch einem Geschäftsführer. Alle anderen Bestimmungen blieben unverändert.¹⁰

Entsprechend dem Syndikatsvertrag stand der BIG bei Liegenschaftsverkäufen der SIVBEG ein Erfolgshonorar in Höhe von 7 % jenes Teiles des Nettoverkaufspreises zu, der den Basiswert um mehr als 4 % überstieg. Dabei vereinnahmte die BIG im Zeitraum zwischen 2006 und 2011 Erfolgshonorare von insgesamt rd. 660.000 EUR; davon entfielen rd. 300.000 EUR auf die Jahre 2009 bis 2011.

Der Syndikatsvertrag war zeitlich unbefristet, enthielt aber für die Zeit ab Jänner 2015 keine Entgeltregelung. Im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014 hatte die BIG ihre Leistungen entgeltfrei zu erbringen. Nach Mitteilung der BIG war von dieser Regelung die Abgeltung der Supportleistungen, nicht jedoch das Erfolgshonorar umfasst, so dass dieses der BIG auch im Zeitraum von Oktober 2013 bis Dezember 2014 und darüber hinaus zustehen wird.

Laut BMLVS und BIG wäre der Geschäftsführung der BIG eine Änderung des Syndikatsvertrags aus gesellschafts- und unternehmensrechtlichen Gründen nicht möglich.¹¹ Das BMLVS und die BIG sagten jedoch zu, die Empfehlung des RH in die Verhandlungen betreffend

¹⁰ In finanzieller Hinsicht regelte der Syndikatsvertrag

- die Abgeltung der Supportleistungen der BIG (Personalverrechnung, Recht, Finanzen und Rechnungswesen, bautechnische Unterstützung und Beratung, bewertungstechnische Unterstützung und Beratung, Informationstechnologie, Marketing),
- die Höhe der Miete für die Beistellung von Büroräumlichkeiten durch die BIG und
- den Anspruch sowie die Berechnungsmethode für ein Erfolgshonorar, das die SIVBEG bei erfolgreichen Verkaufsabschlüssen der BIG zu leisten hatte.

¹¹ Die Geschäftsführung dürfe nicht zum Nachteil der Gesellschaft auf vertraglich vereinbarte Zahlungen verzichten.



Kapazitätsauslastung und
Liegenchaftsverwertungen

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenchaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

eine neue Entgeltregelung für Supportleistungen im Syndikatsvertrag einzubringen.

- 6.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil die SIVBEG weiterhin Erfolgshonorare in Höhe von rd. 300.000 EUR an die BIG zu zahlen hatte, obwohl diese zum Erfolg keinen erkennbar adäquaten Beitrag leistete.

Der RH kritisierte, dass das BMLVS und die BIG beabsichtigten, erst 2015 über eine entsprechende Änderung des Syndikatsvertrags zu verhandeln. Die ins Treffen geführten gesellschafts- und unternehmensrechtlichen Gründe galten für die Geschäftsführung der BIG. Auf das BMWFJ als Eigentümer der BIG trafen sie jedoch nicht zu. Mit Zustimmung des BMWFJ wäre eine Vertragsänderung jederzeit möglich gewesen. Der RH empfahl daher erneut dem BMLVS eine Änderung bzw. Ergänzung des Syndikatsvertrags betreffend das Erfolgshonorar der BIG bei erfolgreichen Verkaufsabschlüssen. Darauf sollte der Bundesminister für Landesverteidigung und Sport beim Bundesminister für Wirtschaft, Familie und Jugend als Eigentümerversorger der BIG hinwirken.

- 6.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS werde aufgrund des Auslaufens der Leistungsvereinbarungen zwischen dem BMLVS und der BIG bis 2015 eine Nachfolgeregelung zu finden sein.*

Die Überlegungen und Empfehlungen des RH werde das BMLVS in die Verhandlungen einbeziehen.

Unternehmenskonzept und Personalangelegenheiten

Unternehmenskonzept 7.1 (1) Der RH hatte der SIVBEG in seinem Vorbericht (TZ 11) empfohlen, das Unternehmenskonzept vom März 2006 im Hinblick auf die erhebliche Abweichung von Planzielen laufend weiterzuentwickeln und die Änderungen schriftlich festzuhalten, um über eine Grundlage für ein Controlling zu verfügen.

(2) Die SIVBEG hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, ihr Unternehmenskonzept zwischenzeitlich modifiziert zu haben und dieses bei wesentlichen Änderungen anzupassen. Dazu hätten sie auch das BMLVS und die BIG angewiesen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die SIVBEG ihr ursprünglich im März 2006 erstelltes Unternehmenskonzept zwischenzeitlich zwei-

Unternehmenskonzept und Personalangelegenheiten

mal (Juni 2009 und November 2011) aktualisiert hatte. Insbesondere erfolgten Änderungen hinsichtlich der

- Geschäftsordnung und der Aufgaben der Geschäftsführung im Hinblick auf die seit Oktober 2011 bestehende Alleingeschäftsführung,
- Möglichkeit der Vereinbarung von variablen Gehaltsbestandteilen mit Mitarbeitern sowie
- Streichung der Vorgaben für Planrechnung und Finanzplan.

Trotz der Reduktion auf einen Geschäftsführer (siehe nachfolgend in TZ 8) blieb jedoch das Diagramm über das Grundmodell der SIVBEG im aktualisierten Unternehmenskonzept von November 2011 unverändert. Weiters wurden die Preissteigerungen gegenüber dem Jahr 2006 bei Fremdleistungen und Instandhaltungskosten nicht berücksichtigt. Zu den sonstigen Sachkosten wie Büro- und Materialkosten, Kommunikationskosten, Fahrt- und Reisekosten, Schulungskosten und Spesen für den Aufsichtsrat erfolgten keine näheren Angaben.

Die Unternehmenskonzepte von 2009 und 2011 gingen mit durchschnittlich 20 bis 25 Liegenschaftsverkäufen pro Jahr von einer deutlich höheren Anzahl als noch 2006 aus (15 Liegenschaftsverkäufe). Tatsächlich wurden zwischen 2006 und 2008 durchschnittlich rd. 22 Liegenschaften pro Jahr, in den Jahren 2009 bis 2011 nur mehr durchschnittlich rd. 17 Liegenschaften pro Jahr verwertet. Infolgedessen wird der Verwertungsprozess wesentlich länger dauern (siehe TZ 2).

7.2 Die SIVBEG setzte die Empfehlung teilweise um, indem sie das Unternehmenskonzept im Hinblick auf die Alleingeschäftsführung oder die Möglichkeit der Vereinbarung von variablen Gehaltsbestandteilen aktualisierte. Allerdings unterblieben die Aktualisierung von Preissteigerungen bei Fremdleistungen sowie Instandhaltungskosten und die Berichtigung der Anzahl der Liegenschaftsverwertungen. Weiters vermisste der RH eine strategische Weiterentwicklung der SIVBEG, insbesondere im Hinblick auf die zwischenzeitlich verstärkt eingetretenen Verzögerungen im Verwertungsprozess (siehe TZ 2). Daher empfahl der RH der SIVBEG erneut, das Unternehmenskonzept laufend weiterzuentwickeln und die Änderungen schriftlich festzuhalten.

7.3 *Laut Mitteilung der SIVBEG bezeichne ein Unternehmenskonzept einen groben, nicht bis ins Detail ausgeführten Plan, eine Skizze eines Vorhabens bzw. eine Sammlung von Leitsätzen und Prinzipien. Auf Grundlage des Unternehmenskonzepts würden in regelmäßigen Abständen verschiedene Detailplanungen erfolgen. Die SIVBEG habe quartals-*



Unternehmenskonzept und
Personalangelegenheiten

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

weise Planrechnungen erstellt und an das Aufsichtsgremium übermittelt. Diese würden z.B. einen Quartalsbericht (Bilanz, Gewinn- und Verlustrechnung, Cashflow) oder eine Vorschau auf das laufende bzw. kommende Jahr beinhalten. Änderungen im Unternehmenskonzept würden somit nur bei wesentlichen Änderungen (z.B. strategische Ausrichtung, Personalpolitik, Prozesse oder Firmenstruktur) erfasst. Somit sei auch keine Preissteigerung für Fremdleistungen und Instandhaltungskosten berücksichtigt worden, weil diese nur Grobschätzungen darstellen würden.

Im Unternehmenskonzept seien u.a. in die Zukunft gerichtete und Unsicherheiten unterliegende Annahmen (Verkaufszeitpunkt und Verkaufserlöse) getroffen worden. Wie viele Liegenschaften tatsächlich verkauft werden könnten, hänge von der Beauftragung und vom Schließungszeitpunkt der Kasernen ab.

Zur Feststellung des RH, dass eine Weiterentwicklung des Unternehmenskonzepts hinsichtlich der strategischen Ausrichtung nicht erfolgt sei, werde z.B. auf die Konzepte betreffend den „Verkauf von Großkasernen“ und die „Analyse der Fonds- und Stiftungsvariante“ verwiesen. Diese seien als Beilagen zum Unternehmenskonzept übergeben worden.

- 7.4 Der RH erwiderte der SIVBEG, dass die Konzepte betreffend den „Verkauf von Großkasernen“ und die „Analyse der Fonds- und Stiftungsvariante“ zusätzlich zum Unternehmenskonzept zu sehen waren. Dies auch deshalb, weil das Unternehmenskonzept der SIVBEG auf den konkreten operativen Betrieb (z.B. Anzahl der Liegenschaftsverkäufe) Bezug nahm.

Hinsichtlich des Unternehmenskonzepts hielt der RH fest, dass insbesondere das Diagramm über das Grundmodell der SIVBEG eine Darstellung einer wesentlichen strategischen Ausrichtung war und daher nach den von der SIVBEG in der Stellungnahme selbst dargestellten Grundsätzen anzupassen gewesen wäre. Da auch detailliertere Planungen über Preisangaben oder erwartete Liegenschaftsverkäufe im Unternehmenskonzept enthalten waren, wären diese ebenfalls – ungeachtet anderer Planrechnungen und Berichte – regelmäßig zu aktualisieren.

Dass der Verkaufserfolg von Liegenschaften nicht im Detail planbar war, entthob die SIVBEG nicht von einer laufenden Anpassung ihrer ursprünglich im Unternehmenskonzept getroffenen Annahmen. Infolge der zwischenzeitlichen Verzögerungen im Verwertungsprozess (siehe TZ 2) wäre eine Anpassung der Planzahlen sowie eine darauf aufbauende strategische Weiterentwicklung der SIVBEG geboten gewesen.

Unternehmenskonzept und Personalangelegenheiten

Einzelne Berichte könnten die Anpassung des Unternehmenskonzepts nicht ersetzen. Deshalb hielt der RH seine Empfehlung gegenüber der SIVBEG aufrecht, das Unternehmenskonzept laufend weiterzuentwickeln und die Änderungen schriftlich festzuhalten.

Geschäftsführung und Unternehmens- steuerung

8.1 (1) Der RH hatte dem BMLVS in seinem Vorbericht (TZ 16) im Hinblick auf eine Kostensenkung empfohlen, die Anzahl der Geschäftsführer der SIVBEG entsprechend dem Unternehmensbedarf (Geschäftsumfang, Personalausstattung) zu reduzieren. Das Vier-Augen-Prinzip wäre in geeigneter Weise sicherzustellen. Eventuell erforderliche Änderungen des Syndikatsvertrags wären anzustreben.

(2) Das BMLVS hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass nach Auslaufen der Bestellungsperiode der zwei Geschäftsführer der SIVBEG im Oktober 2011 die Geschäftsführung auf eine Person reduziert werde. Die dafür notwendige Änderung des Syndikatsvertrags sei im Juni 2011 erfolgt. Zur Wahrung und Sicherstellung des Vier-Augen-Prinzips sei ein bestgeeigneter Mitarbeiter des BMLVS ermittelt und im Rahmen einer Nebentätigkeit mit einer Prokura ausgestattet worden. Dieser habe – wie vorher der zweite Geschäftsführer – alle Gebarungsvorgänge zu überprüfen und gegenzuzeichnen.

(3) Wie der RH nunmehr feststellte, leitete seit Oktober 2011 nur mehr ein Geschäftsführer die SIVBEG. Dessen Vertrag war auf fünf Jahre befristet.¹² Darüber hinaus beschlossen das BMLVS und die BIG durch eine entsprechende Zusatzvereinbarung des Syndikatsvertrags, jeweils einen Gesamtprokuristen zu nominieren.

– Den vom BMLVS bestellten Prokuristen stellte die SIVBEG im November 2011 als Mitarbeiter im Ausmaß von 15 Stunden an. Dessen Gehalt lag um rd. 100 % über dem Mindestgehalt des Kollektivvertrags für Angestellte der Immobilienverwalter der vereinbarten Verwendungsgruppe IV. Eine operative Mitarbeit nach außen war nicht vorgesehen. Der ohne Auswahlverfahren bestellte Prokurist war gleichzeitig im BMLVS (Abteilung Betriebswirtschaft und Finanzmanagement mit der Zuständigkeit des Beteiligungscontrollings) unbefristet im Ausmaß von 41 Stunden pro Woche in leitender Position tätig.¹³ Die Nebenbeschäftigung bei der SIVBEG hatte

¹² Das Beschäftigungsverhältnis des Geschäftsführers der SIVBEG bei der BIG Entwicklungs- und Verwertungs GmbH war mit 31. Dezember 2011 aufgrund der zeitlichen Mehrbelastung durch den Wegfall des zweiten Geschäftsführers der SIVBEG beendet worden.

¹³ Im Bereich Betriebswirtschaft und Finanzmanagement; in dieser Funktion war er für das strategische Beteiligungscontrolling hinsichtlich der SIVBEG zuständig.



Unternehmenskonzept und
Personalangelegenheiten

BMLVS BMWFJ

Kasernen- und Liegenschaftsverkäufe durch die SIVBEG; Follow-up-Überprüfung

er mit Ausnahme zwingender Dienstpflichten außerhalb der Kernzeit des BMLVS zu leisten. Innerhalb der ersten elf Monate bis September 2012 erfasste er an 59 Tagen Tätigkeiten innerhalb der Kernzeit des BMLVS für die SIVBEG.

- Die BIG als zweite Eigentümerin bestellte ihren Leiter des Unternehmens- und Beteiligungsrechts und Prokuristen zum zweiten Prokuristen in der SIVBEG. Er hatte diese Funktion bereits seit dem Jahr 2007 inne. Ein Beschäftigungsverhältnis bei der SIVBEG bestand nicht.

Unbeschadet der Rechte der Generalversammlung und des Aufsichtsrats gemäß GmbH-Gesetz unterlag die Tätigkeit der Gesellschaft der Aufsicht des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport. Dieser konnte gemäß § 5 Abs. 2 SIVBEG-Errichtungsgesetz in Erfüllung seines Aufsichtsrechts dem Geschäftsführer oder den Geschäftsführern der Gesellschaft im Besonderen für Liegenschaften des Bundes, die im Grundbuch als in der Verwaltung der Republik Österreich, Heeresverwaltung, stehend bezeichnet waren, allgemeine Weisungen oder Weisungen im Einzelfall erteilen.

- Laut Geschäftseinteilung des BMLVS war die Abteilung Infrastruktur für die Angelegenheiten der Ausübung des Weisungsrechts gegenüber der SIVBEG gemäß § 5 Abs. 2 SIVBEG-Errichtungsgesetz zuständig. Dem Abteilungsleiter oblag damit z.B. die Genehmigung der Verwertungsaufträge an die SIVBEG (z.B. elfte Beauftragung, Entwurf für zwölfte Beauftragung, siehe TZ 3).
- Mit 1. Juli 2011 betraute der Bundesminister für Landesverteidigung und Sport per Weisung den Gruppenleiter Bereitstellungunterstützung – er war Vorgesetzter des Abteilungsleiters Infrastruktur – mit der Ausübung der Gesellschafterrechte des BMLVS an der SIVBEG. In Ausübung dieser Funktion wurde er in der Organisationshierarchie weisungsfrei gestellt und hatte direkt mit dem Bundesminister und seinem Kabinett zu verkehren. Der Gruppenleiter nahm z.B. im Rahmen des Verwertungsverfahrens der Körner-Kaserne an Behördengesprächen teil.
- Der erwähnte Gruppenleiter wurde mit Generalversammlungsbeschluss vom 17. August 2011 auch Mitglied des Aufsichtsrats der SIVBEG. Eine vorangehende schriftliche Bestellung durch den Bundesminister für Landesverteidigung und Sport unterblieb.

Unternehmenskonzept und Personalangelegenheiten

8.2 Das BMLVS setzte die Empfehlung des RH durch die Verkleinerung der Geschäftsführung und die Einsetzung zweier Prokuristen zur Sicherstellung des Vier-Augen-Prinzips um. Der RH wies jedoch auf die Notwendigkeit hin, die Arbeitszeit des vom BMLVS ohne vorangegangenes Auswahlverfahren eingesetzten Prokuristen zu evaluieren; denn obwohl dieser die Nebenbeschäftigung bei der SIVBEG mit Ausnahme zwingender Dienstpflichten außerhalb der Kernzeit des BMLVS zu leisten hatte, erbrachte er seine Leistungen zu einem Drittel in der Kernzeit des BMLVS. Eine Überschneidung von Aufgaben in der SIVBEG und im BMLVS (Beteiligungscontrolling) war nicht auszuschließen. Weiters wies der RH auf die Überbezahlung des Prokuristen über Kollektivvertrag hin.

Ungeachtet dessen hielt der RH kritisch fest, dass die Zuständigkeiten jener Dienstnehmer, die für das BMLVS das Aufsichtsrecht (Liegenschaftsverwertungen) und die Gesellschafterrechte gegenüber der SIVBEG getrennt voneinander wahrnahmen, unklar abgegrenzt waren. So hatte der Gruppenleiter Bereitstellungsunterstützung weisungsfrei die Gesellschafterrechte wahrzunehmen. Gleichzeitig nahm er aber auch durch die Teilnahme an Behördengesprächen (Körner-Kaserne) Aufsichtstätigkeiten wahr, obwohl diese gemäß SIVBEG-Errichtungsgesetz und Geschäftseinteilung des BMLVS dem Abteilungsleiter Infrastruktur zustanden.

Darüber hinaus wirkte der Leiter der Sektion Bereitstellung auf die Geschäftstätigkeit der SIVBEG ein, indem er Ende 2012 als Vorgesetzter der zwei genannten Dienstnehmer per Weisung den zwölften Verwertungsauftrag des BMLVS an die SIVBEG unterbrach (siehe TZ 3). Deshalb wies der RH gegenüber dem Bundesminister für Landesverteidigung und Sport auf die Notwendigkeit hin, eine klare Festlegung des Weisungsrechts gegenüber der SIVBEG vorzunehmen.

8.3 *Laut Stellungnahme des BMLVS greife es die Empfehlungen des RH auf und werde einen neuen Eigentümervertreter unter Berücksichtigung der Erfordernisse einer klaren Abgrenzung von den Zuständigkeiten der Abteilung Infrastruktur bestimmen. Der Eigentümervertreter sei – entgegen der Feststellung des RH – „nicht weisungsfrei“ gestellt, sondern an die Weisungen des Bundesministers für Landesverteidigung und Sport gebunden.*

Laut Stellungnahme der SIVBEG hätten die ersten elf Monate des Beschäftigungsverhältnisses des vom BMLVS eingesetzten Prokuristen 46 Wochen bzw. 231 Arbeitstage umfasst bzw. – unter Berücksichtigung von neun gesetzlichen Feiertagen – 222 Arbeitstage. Der Prokurist habe davon an „56 Tagen“ zwingende Dienstpflichten in der