



Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes

Tirol

Verwaltungsjahr 1998

Bisher erschienen:

- Reihe
Tirol 1999/1** Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes in bezug auf den
Abwasserverband Brixlegg und Umgebung
- Reihe
Tirol 1999/2** Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes in bezug auf den
Abfallbeseitigungsverband Innsbruck–Land
- Reihe
Tirol 1999/3** Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes in bezug auf den
Abfallwirtschaftsverband Unterland (inhaltsgleich mit 1999/2)
- Reihe
Tirol 1999/4** Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über Teilgebiete der
Gebarung und EU–Mittel im Land Tirol; den Abwasserverband Brixlegg
und Umgebung sowie die Abfallwirtschaft Tirol Mitte GesmbH
(teilweise inhaltsgleich mit 1999/1 bis 1999/3)
- Reihe
Tirol 1999/5** Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes in bezug auf die
Landeshauptstadt Innsbruck
- Reihe
Tirol 1999/6** Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes über die
Konsolidierungspakete im Land Tirol sowie in der
Landeshauptstadt Innsbruck (teilweise inhaltsgleich mit 1999/5)

Auskünfte

Rechnungshof
1033 Wien, Dampfschiffstraße 2
Telefon (00 43 1) 711 71 - 8466
Fax (00 43 1) 712 49 17

Impressum

Herausgeber: Rechnungshof
1033 Wien, Dampfschiffstraße 2

Redaktion und Grafik: Rechnungshof

Druck: Print Media Austria AG

Herausgegeben: Wien, im Dezember 1999



**Tätigkeitsbericht
des Rechnungshofes**

in bezug auf das

Bundesland Tirol

Verwaltungsjahr 1998

ALLGEMEINER TEIL

A

Vorbemerkungen

Vorlage an den Landtag 1

Darstellung der Prüfungsergebnisse 1

Hauptprobleme der öffentlichen Finanzkontrolle in allen Bundesländern

Einsparungspotentiale bei der Abwasserentsorgung 3

BESONDERER TEIL

Tirol

Bereich des Bundeslandes Tirol

Unerledigte Anregungen aus Vorjahren 7

Verwirklichte Empfehlung 8

Prüfungsergebnisse

Alpen Straßen AG 9

Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft mbH 17

B

ALLGEMEINER TEIL

Vorbemerkungen

Vorlage an den Landtag

Der RH erstattet gemäß Artikel 127 Abs 6 erster Satz B-VG dem Tiroler Landtag über seine Tätigkeit im vorausgegangenen Jahr Bericht. Über die Gebarungsüberprüfung der Alpen Straßen AG wird dem Nationalrat und dem Vorarlberger Landtag inhaltsgleich berichtet.

Darstellung der Prüfungsergebnisse

Nachstehend werden in der Regel punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Absatzbezeichnung), deren Beurteilung durch den RH (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des RH (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Bei dem in diesem Bericht enthaltenen Zahlenwerk wurden gegebenenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen vorgenommen.



Hauptprobleme der öffentlichen Finanzkontrolle in allen Bundesländern

Einsparungspotentiale bei der Abwasserentsorgung

Vorbemerkungen

Der RH hat — beginnend mit den Tätigkeitsberichten des Verwaltungsjahres 1993 — für alle Bundesländer gleichlautende Bemerkungen zu Hauptproblemen der öffentlichen Finanzkontrolle im Rahmen seiner jährlichen Berichterstattungen veröffentlicht. Die diesjährige Problemstellung befaßt sich mit Einsparungspotentialen bei der Abwasserentsorgung.

Rahmen- bedingungen

- 1 Der Standard der kommunalen Abwasserentsorgung in Österreich konnte infolge des in den letzten 15 Jahren getätigten hohen Investitionsaufwands stark angehoben werden. Damit waren die wesentlichen kommunalen und betrieblichen Abwasseremittenten mit Abwasserreinigungsanlagen ausgestattet.

Zuletzt wurden alte Abwasserreinigungsanlagen saniert und versucht, auch in kleineren Gemeinden eine den gesetzlichen Vorgaben entsprechende Abwasserbehandlung zu erreichen.

Zur Koordinierung und Abstimmung dieser Maßnahmen des Siedlungswasserbaues bestanden bei den Landesregierungen wasserwirtschaftliche Planungsorgane, welche die Gemeinden und Wasserverbände bei Entscheidungen berieten bzw in diese miteingebunden waren.

Der RH stellte allerdings bei den Konzepten zur Abwasserbehandlung kleinerer Gemeinden teilweise Fehlentwicklungen mit finanziellen Einsparungspotentialen in der Höhe von mehreren hundert Mill S fest.

So überwogen bei grundlegenden Lösungskonzepten mitunter lokale Interessen, wodurch natürliche geschlossene Entsorgungsräume willkürlich in mehrere Verbände zerteilt und Abwässer anstatt in einer zentralen Kläranlage in mehreren kleineren Kläranlagen gereinigt wurden, was vermeidbare Mehrkosten auslöste. Weiters wurden Abwasserreinigungsanlagen aufgrund überzogener Bemessungsansätze und in Erwartung unrealistischer künftiger Steigerungsraten — insbesondere beim Fremdenverkehr — häufig überdimensioniert geplant.

Diese den Bedarf übersteigenden Projekte wurden von den Landesbehörden, welche die Zweckmäßigkeit der Planungen und deren Förderungswürdigkeit zu prüfen hatten, dennoch genehmigt und unter Verwendung öffentlicher Mittel auch errichtet. Die Gründe dafür waren, daß sich die Projekte im Rahmen gesetzlicher Vorgaben befanden und große Reserven zweckmäßig erschienen.

Bei einigen vom RH überprüften Wasserverbänden wurden in Randzonen der Ortskanalnetze Anschlußkosten von bis zu rd 800 000 S je Objekt aufgewendet, was im Hinblick auf den dadurch erzielbaren Umweltnutzen als unverhältnismäßig anzusehen war.

Gleichzeitig wiesen aber alte Kanalbestände erhebliche Mängel auf, was zu Fremdwassereintritten führte und den Betrieb der Kläranlagen erschwerte.

Benachbarte Gemeinden verfügten mitunter über gar keine Abwasserreinigungsanlagen. Insbesondere im Bereich des ländlichen Raums wurden in vielen Kleingemeinden die anfallenden Abwässer noch immer über Hauskläranlagen und Senkgruben entsorgt. Somit versickerten sie in der Regel unzureichend gereinigt, was das Grundwasser und die Vorfluter belastete.

Die Landesbehörden forderten zwar die Gemeinden zur Herstellung entsprechender Abwasserreinigungsanlagen auf und erstellten regionale Entsorgungskonzepte. Allerdings gelang es häufig nicht, diese Konzepte umzusetzen, weil manche Gemeinden ihre Zustimmung versagten. Das Instrumentarium der Landesbehörden zur Durchsetzung dieser Konzepte erwies sich entweder als unzureichend oder wurde nicht angewendet.

In manchen Landesteilen verfügten die vom RH überprüften Abwasserverbände über Abwasserreinigungsanlagen mit erheblichen freien Kapazitäten und wären in der Lage gewesen, die Abwässer benachbarter Gemeinden zu übernehmen. Diese zweckmäßigen und kostengünstigen Formen einer Kooperation wurden jedoch meist nicht genutzt.

Gesichtspunkte der Gemeinden

- 2 Der RH stellte vielmehr bei den kleineren Gemeinden einen zunehmenden Trend zur Einzelentsorgung fest, was erhebliche zusätzliche Investitionen erforderte. Die Landesbehörden, durch wiederholte erfolglose Versuche, die Gemeinden zu einem gemeinsamen Abwasserreinigungsanlagen-Projekt zu bewegen, entmutigt, waren letztlich bereit, auch Einzellösungen zu akzeptieren.

Viele Gemeinden bzw Wasserverbände verweigerten, trotz wirtschaftlicher Nachteile von Einzellösungen, eine Kooperation mit Nachbargemeinden bzw -verbänden oder ignorierten jahrelang gesetzliche Vorgaben. Meist zögerten sie die erforderlichen Maßnahmen auch hinaus.

Der RH verwies darauf, daß bei zunehmender Anlagengröße und erhöhter Auslastung bedeutende Möglichkeiten der Kostensenkung vorhanden sind, weil sich die fixen Kosten auf eine größere Abwassermenge verteilen. Außerdem können durch Zusammenlegung von Projekten erhebliche Investitionskosten eingespart werden.



Das Zögern der Gemeinden, sich regionalen Entsorgungslösungen anzuschließen, hatte jedoch auch andere, teilweise nachvollziehbare Ursachen:

(1) Vorgelegte und amtlich genehmigte Projekte waren mitunter überaus aufwendig geplant, sehr teuer und wegen überzogener Bemessungsansätze stark überdimensioniert. Das löste bei der Bevölkerung Mißtrauen über die Zweckmäßigkeit dieser Projekte und Sorge vor einer zu hohen Gebührenbelastung aus.

(2) Kleinräumige alternative Formen der Abwasserentsorgung wurden seitens mancher Behörden bis vor kurzem als nicht genehmigungsfähig abgelehnt, können jedoch bei Streusiedlungen durchaus zweckmäßig sein.

(3) Die Gemeindeautonomie bei der Abwasserentsorgung und Verlängerungen der Vollzugsfristen im Wasserrechtsgesetz 1959 begünstigen ein Zuwarten mancher Gemeinden.

(4) Im Gegensatz zu früher wurden zuletzt auch billigere Lösungen, sowohl beim Kanalbau als auch bei den Abwasserreinigungsanlagen mit weniger Sicherheitsreserven genehmigungsfähig, was geringere Baukosten auslöste, niedrigere Abwassergebühren erwarten ließ und säumige Gemeinden gleichsam belohnte.

Lösungsansätze

3 Zur Ausschöpfung von Einsparungspotentialen beim Umgang mit öffentlichen Mitteln empfahl der RH, beim Siedlungswasserbau künftig folgende Gesichtspunkte zu beachten:

(1) Eine die Gemeindegrenzen überschreitende Zusammenarbeit bei Investitionen für Abwasserreinigungsanlagen wäre stärker ins Auge zu fassen.

(2) Um bedarfsgerechte Anlagen zu errichten, sollten Abwasserreinigungsanlagen mehr nach aktuellen Belastungswerten als nach unrealistischen Hochrechnungen einer künftigen maximalen Wochenbelastung bemessen werden.

(3) Vor einer allfälligen Sanierung bzw. Nachrüstung bestehender Kläranlagen sollten die wesentlichsten Kanalschäden behoben und unzulässige Einleitungen ins Kanalnetz unterbunden werden.

(4) Freie Kapazitäten in bestehenden Abwasserreinigungsanlagen sollten zur Erzielung einer besseren Reinigungsleistung oder zur Übernahme und Mitreinigung von Abwässern aus benachbarten Bereichen — die noch über keine Abwasserreinigungsanlagen verfügen oder deren Abwasserreinigungsanlagen überlastet sind — genutzt werden (Lastenausgleich durch Kläranlagenverbund).

(5) Die zuständigen Behörden sollten eingereichte Projekte für Abwasserreinigungsanlagen, die volkswirtschaftlich nicht optimal sind — zB wegen im Nahbereich befindlicher freier Abwasserreinigungsanlagen-Kapazitäten — auch nicht als förderungswürdig genehmigen.

(6) Aus Gründen der Wirtschaftlichkeit sollte eine lange Ausnutzung bestehender Anlagen angestrebt, und — sofern wasserwirtschaftlich vertretbar — eine größtmögliche Verlängerung der Übergangsfristen von den Behörden für die wasserrechtlich vorgeschriebene Sanierung der Abwasserreinigungsanlagen gewährt werden.

(7) Die gemeinsame Verwaltung benachbarter Verbände durch eine gemeinsame Betreibergesellschaft kann Personal- und Verwaltungsaufwand vermindern und sollte gegebenenfalls angestrebt werden.

(8) Bei der Erstellung von Gemeinde-Abwasserentsorgungsrahmenkonzepten sollte mehr Augenmaß gewahrt werden und vor der Miteinbeziehung entlegener Objekte eine stärkere Kosten/Nutzen-Abwägung erfolgen.

(9) Eine höhere Flexibilität bei neuen und naturnahen Verfahren der Abwasserentsorgung sowie bei den geforderten Reinigungsleistungen sollte auch bei peripheren und kleinräumigen Entsorgungsbereichen alternative und billigere Lösungen ermöglichen.



BESONDERER TEIL

Bereich des Bundeslandes Tirol

Unerledigte Anregungen aus Vorjahren

Nicht zur Gänze verwirklicht wurden die Empfehlungen des RH hinsichtlich:

Krankenanstalten

im Bereich der Krankenanstalten im Land Tirol

- (1) Schaffung einer grundsatzgesetzkonformen Sondergebührenregelung (WB 1997/3 Sondergebühren und Ärztehonorare Abs 15.2, TB Tirol 1997 S. 9 Abs 3).

Der Tiroler Landtag beschloß am 1. Juli 1998 eine Novelle zum TirKAG betreffend Sondergebühren und Honorare, die den maßgeblichen grundsatzgesetzlichen Vorgaben nicht entspricht, weil das Sondergebührenmodell des Bundes-Krankenanstaltengesetzes eine direkte Rechtsbeziehung zwischen dem Arzt und den in der Sonderklasse untergebrachten Patienten nicht zuläßt.

Laut Mitteilung der Landesregierung stelle die Neuregelung eine wesentliche Änderung gegenüber der bisherigen Rechtslage dar. Die Ausübung der Honorarberechtigung sei an eine Vereinbarung zwischen den honorarberechtigten Ärzten und dem Krankenanstaltenträger geknüpft. Diesem gebühre ein Anstaltsanteil von mindestens 10 % der Honorare. Den mitwirkenden Ärzten und dem nichtmedizinischen akademischen Personal stünden nach Abzug des Anstaltsanteils mindestens 40 % des verbleibenden Honorares zu. Die Rechnungslegung habe durch eine einvernehmlich festzulegende Verrechnungsstelle zu erfolgen.

- (2) Schaffung einer einheitlichen gesetzlichen Regelung zur Eindämmung der Nebenbeschäftigungen (WB 1997/3 Sondergebühren und Ärztehonorare Abs 12.2, TB Tirol 1997 S. 9 Abs 2).

Die Landesregierung teilte abermals mit, daß die gesetzlichen Maßnahmen des Landes zur Eindämmung der Nebenbeschäftigungen der Ärzte im Rahmen des Dienstrechts durch die Rezeption der entsprechenden bundesgesetzlichen Vorschriften mit diesen konform gingen. Eine Änderung könne aus rechtlichen und praktischen Überlegungen nur im Gleichschritt mit dem Bundesgesetzgeber erfolgen.

Verwirklichte Empfehlung

Verwirklicht wurde die Empfehlung des RH hinsichtlich:

Krankenanstalten

im Bereich der Krankenanstalten im Land Tirol

Einstellung der Beteiligung der Ärzte an den Ambulanzgebühren (WB 1997/3 Sondergebühren und Ärztehonoreare Abs 11.2, TB Tirol 1997 S. 9 Abs 1).

Laut Mitteilung der Landesregierung sei sie bestrebt gewesen, die Anregung des RH umzusetzen, doch seien ihre Möglichkeiten insofern eingeschränkt, als die Lösung dienst- und arbeitsrechtlicher Probleme durch die Träger der betreffenden Krankenanstalten zu erfolgen habe. In einigen Krankenanstalten sei aufgrund der Neuregelung der Krankenanstaltenfinanzierung die Ambulanzgebührenbeteiligung in einen fixen Gehaltsbestandteil der leitenden Ärzte umgewandelt worden. In den Landeskrankenanstalten bestehe keine Beteiligung leitender Ärzte an den Ambulanzgebühreneinnahmen.



Prüfungsergebnisse

Alpen Straßen AG

Die Alpen Straßen AG erreichte die vom Gesetzgeber erwarteten Einsparungsziele.

Die Brenner Autobahn wurde nach Ende der lückenlosen Gewichtsfeststellung von Lastkraftwagen an den Autobahngrenzen von einem bedeutenden Teil überladener Fahrzeuge befahren. Die durch die unzulässige Überbeanspruchung der Straßenkonstruktion zusätzlich angefallenen jährlichen Instandsetzungskosten betragen rd 35 Mill S.

Bei der Vergabe von Belaginstandsetzungsarbeiten (1990) wurde der Rücktritt des Billigstbieters von seinem Angebot unzulässigerweise anerkannt.

Bei der Bauvorbereitung und -abwicklung zweier Baulose im Abschnitt Landeck West – Pians/Paznaun traten Mängel bei der Grundeinlösung und der Verwertung von Baulosmaterial sowie bei der Doppelverrechnung von Leistungen auf. Weiters wurden zum Teil nicht aufgetretene Erschwernisse vergütet und dem Auftragnehmer Änderungen gegenüber der Ausschreibung sowie ein besonders aufwendiges Bauverfahren zugestanden.

Alpen Straßen AG					
Eigentümer:	Republik Österreich ab September 1997 Autobahnen- und Schnellstraßen Finanzierungs AG				Anteil in %
Land Tirol					65,00
Land Vorarlberg					25,67
					9,33
Unternehmensgegenstand:	Errichtung und Betrieb von Bundesstraßen				
Gebarungsentwicklung:	1994	1995	1996	1997	1998
	in Mill S				
Umsatzerlöse *	709,6	813,6	548,9	869,2	980,5
Betriebserfolg	58,6	53,2	13,9	6,2	0,83
Finanzerfolg	- 58,6	- 53,2	- 13,9	- 5,9	- 0,21
Mauteinnahmen einschließlich USt	1 639,6	1 897,5	2 391,8	2 344,4	2 460,3
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	0	0	0	0,27	0,62
Jahresüberschuß/-fehlbetrag	0	0	0	0,25	0,97
Zuschüsse:					
Bund (BMwA)	11,4	10,2	0,16	-	-
ÖKO Maut	1,8	0,08	0,38	-	-
Katastrophenfonds	0,2	-	-	-	-
	Anzahl				
Mitarbeiter (ohne Vorstand):	258	252	248	248	249
* Umsatzerlöse = an den Bund bzw ASFINAG weiterverrechnete Aufwendungen (ohne Mauteinnahmen).					

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 Der RH überprüfte von November 1997 bis Juni 1998 die Gebarung der Alpen Straßen AG im Zusammenhang mit der Errichtung bzw Instandsetzung von Bundesstraßen-, Autobahn- und Tunnelbauvorhaben sowie mit Rationalisierungsmaßnahmen.

Die Prüfungsmittelungen übermittelte der RH im September bzw Oktober 1998 der Alpen Straßen AG, dem BMwA, dem BMWV — diesem, insoweit die Auswirkungen der Nichteinhaltung von Gewichtslimits von Lastkraftwagen überprüft wurden —, den Landeshauptmännern von Tirol und Vorarlberg sowie der Autobahnen- und Schnellstraßen Finanzierungs AG. Die Stellungnahmen der überprüften Stellen langten zwischen November 1998 und Mai 1999 ein, zu denen der RH im August 1999 seine Gegenäußerungen abgab.

Rationalisierungs- maßnahmen

- 2.1 Die Synergieeffekte beim Personal und im Bereich der Verwaltung brachten von 1994 bis 1996 Einsparungen in dem vom Gesetzgeber erwarteten Ausmaß von rd 50 Mill S.
- 2.2 Der RH erachtete die anlässlich der Zusammenlegung der beiden früheren Straßensondergesellschaften Arlberg Straßentunnel AG und Brenner Autobahn AG getroffenen innerbetrieblichen Rationalisierungsmaßnahmen der Alpen Straßen AG für wirtschaftlich und zweckmäßig.
- 3.1 Eine dem Gesellschaftszweck nicht entsprechende finanzielle Zuwendung zur Unterstützung der wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet des Alterns betrug rd 100 000 S.
- 3.2 Der RH empfahl, derartige wissenschaftliche Arbeiten im Rahmen der Straßenforschung beim BMwA abzuwickeln.
- 4.1 Die einem Dienstnehmer zugesprochene freiwillige Abfertigung betrug das vierfache Monatsentgelt anstatt des dreifachen.
- 4.2 Der RH bemängelte, daß dies weder den gesetzlichen noch den kollektivvertraglichen Bestimmungen entsprach.

Aufsichtsrat

- 5.1 Zwei vom Bund entsandte Mitglieder des Aufsichtsrates nahmen von 1993 bis 1996 gelegentlich an den Sitzungen des Aufsichtsrates teil.
- 5.2 Nach Auffassung des RH bewirkte die häufige Abwesenheit der beiden Aufsichtsratsmitglieder eine Einschränkung der Kontrollmöglichkeit des Eigentümers.
- 5.3 *Laut Stellungnahme des BMwA werde es künftig die Tätigkeit der Aufsichtsratsmitglieder entsprechend beobachten.*



Brenner Autobahn

Instandsetzung 6 Die Instandsetzungskosten für die Brenner Autobahn betragen in den Jahren 1992 bis 1997 durchschnittlich 208 Mill S (valorisiert). Ein Anteil von 80 % entfiel auf Brücken; dies entsprach 4,7 % der jährlichen Wiederbeschaffungskosten der Brückenbauwerke. Diese auch für stark befahrene Autobahnen überdurchschnittlichen Kosten sind neben der außergewöhnlich frühzeitig notwendig gewordenen Sanierung der "Pilzbrücken" und der Verbreiterung der Brenner Autobahn (Kriechspuren, Abstellstreifen ua) durch die Benützung mit überladenen Lastkraftwagen bedingt (Gewicht über dem gesetzlich zulässigen Höchstgewicht).

Gewichtsvorgaben 7.1 Das Gewicht der Lastkraftwagen ist maßgeblich für die Dimensionierung von Autobahnbauwerken und für die Erhaltungs- und Instandsetzungskosten. Das Höchstgewicht für zwei- und dreiachsige Sattelschlepper beträgt in Österreich 40 t. Eine Überlastung um 10 % (44 t) erhöht (berechnet nach "Normlastwechseln") die Beanspruchung der Straßenkonstruktion um 46 %.

Nach Ende der lückenlosen Gewichtsfeststellung von Lastkraftwagen an den Autobahngrenzen Kufstein und Brenner im April 1998 befuhren überladene Lastkraftwagen die Brenner Autobahn wie nachstehend dargestellt:

Verkehrszählung Waage Brennersee	Anteil	
	überladener Lastkraftwagen ¹⁾	an der Beanspruchung der Autobahn
	in %	
15. bis 29. Juli 1998	8,1	36,3
19. Juli bis 8. August 1999	7,1	31,6

¹⁾ Gesamtgewicht mehr als 40 t (Achslast mehr als 14 t)

7.2 Unter der Annahme, daß die Hälfte der Instandsetzungskosten eng mit der Verkehrsbelastung zusammenhängt, erforderte diese unzulässige Überbeanspruchung jährlich zusätzliche Sanierungsmaßnahmen von rd 35 Mill S.

Der RH empfahl dem BMWV, um die Einhaltung der gesetzlichen Höchstgewichte und höchstzulässigen Achslasten insbesondere auf der Brennerstrecke bemüht zu sein, um — abgesehen von sicherheitstechnischen und umweltbezogenen Aspekten derartiger Überlastungen — die zusätzlichen Sanierungskosten zu vermeiden.

7.3 *Laut Stellungnahme des BMWV werde das Kontrollkonzept überarbeitet. Die Installation eines Systems von Wiegeeinrichtungen — allenfalls im Rahmen der geplanten Mautstellen als Vorselektion für eine mögliche Verkehrsausleitung — vorzugsweise auf den derzeit vom Transitverkehr am stärksten belasteten Strecken, erachte es als ersten und wichtigen Schritt für ein zweckmäßiges Kontrollkonzept. Hierbei bevorzuge es die Einrichtung von dynamischen Waagen gegenüber der von der Autobahnen- und Schnellstraßen Finanzierungs AG geplanten Zählung von Fahrzeug-Achsen und daraus hochgerechneter Gewichtsbestimmung.*

Drainasphalt

Vergabe

- 8.1 Die Angebotseröffnung für die Belaginstandsetzungsarbeiten 1990 auf Abschnitten der Brenner Autobahn brachte folgendes Ergebnis:

	in Mill S
Billigstbieter	69,2
Zweitbieter	86,2
Drittbbieter	100,6

Im Zuge des Aufklärungsgespräches behauptete der Billigstbieter einen Kalkulationsfehler und forderte eine zusätzliche Abgeltung von 5,2 Mill S. Die nach Angebotsabgabe zum Nachweis des angeblichen Kalkulationsfehlers vorgelegte Detailkalkulation wich in den strittigen Positionen vom ursprünglich abgegebenen Angebot ab. Obwohl der Vorstand zuerst unter Anerkennung der Zusatzkosten wegen des Preisvorteils einen Zuschlag an den Billigstbieter beantragte, lehnte der Bauausschuß des Aufsichtsrates diesen Vorschlag wegen des seiner Überzeugung nach nachgewiesenen Kalkulationsfehlers ab. Einem geänderten Antrag auf Zuschlag an den Zweitbieter stimmte der Aufsichtsrat zu.

- 8.2 Der RH erachtete das Verhalten des Billigstbieters als einen unzulässigen Rücktritt vom Angebot; der Vorstand hätte der Mehrforderung nicht zuzustimmen gehabt. Nach Ansicht des RH hatte die Alpen Straßen AG die manipulative Darstellung der nachgereichten Detailkalkulation nicht erkannt.

Ausführung

- 9.1 In der Ausschreibung und im Bauvertrag forderte die damalige Brenner Autobahn AG eine für den Schwerlastverkehr auch auf den steilen Gefällestrrecken ausreichende Verformungsfestigkeit des Drainasphalts. Der geforderte Hohlraumgehalt lag über der damals der Ausschreibung zugrundegelegten Entwurfsfassung der Straßenbaurichtlinie für Drainasphalt. Die Ausführung erfolgte mit noch höherem Hohlraumgehalt und einem gegenüber der Richtlinie und dem Vertrag geringeren Bindemittelgehalt; sie zeigte umfangreiche Qualitätsmängel. Verhandlungen und Sanierungsarbeiten dauerten über den gesamten Gewährleistungszeitraum bis Ende 1995. Der von der Alpen Straßen AG 1995 und 1997 erhobene und 1998 anlässlich der Gebarungüberprüfung vom RH in Augenschein genommene Straßenzustand zeigte großflächige Ausmagerungen, Spurrinnen, Unebenheiten und einzelne offene Nähte.

Eine umfangreiche Begutachtung im Zuge der Gewährleistungsverhandlungen kam zu dem Ergebnis, daß die besondere Schadensanfälligkeit durch den hohen in der Ausschreibung verlangten Mindesthohlraumgehalt und den damit zusammenhängenden geringen Bindemittelgehalt bedingt war.

- 9.2 Der RH bemängelte, daß die Alpen Straßen AG wegen der im Bauvertrag ungünstig vereinbarten Zusammensetzung des Drainasphalts auf eine noch nachdrücklichere Einforderung der Gewährleistung verzichtet und trotz Sanierung Leistungen übernommen hatte, die eine teilweise verringerte Lebensdauer erwarten ließen.



Arlberg Schnellstraße

Baustoffe aus
Baulosmaterial

- 10.1 Die bei den Baulosen 7 und 8 des Abschnittes Landeck West – Pians/Paznaun gegebenen hohen Massenüberschüsse ermöglichten eine teilweise Wiederverwendung im Baulosbereich. Diese wurde auch ansatzweise in den Ausschreibungen berücksichtigt. Im Zuge der Bauabwicklung traten zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer Auffassungsunterschiede insbesondere hinsichtlich der erforderlichen Materialaufbereitung auf.
- 10.2 Der RH beanstandete die diesbezüglich unzureichenden Ausschreibungen sowie die nicht hinreichende Vertretung der Interessen des Auftraggebers im Zuge der Bauabwicklung. Er bezifferte die im Bereich der Vergütung für das Wegschaffen von Material entstandenen Mehrkosten mit rd 4,2 Mill S.
- 10.3 *Laut Stellungnahme der Alpen Straßen AG werde sie im Zuge der Kollaudierung versuchen, einen Abzug in Höhe von 2,4 Mill S für das im Baulos verwendete Material zu erzielen.*
- 10.4 Der RH erachtete diesen Abzug — im Falle der Durchsetzung — als Teilerfolg und ersuchte, ihn auf dem laufenden zu halten.

Verrechnung von
Abtragsmaterial

- 11.1 Ein im Baulos 7 abzubrechender Stahlbetonbehälter mit dem darüberliegenden Material sowie in ein anderes Baulos verführtes Schüttmaterial wurden als Folge von unterlassenen Abzügen doppelt verrechnet.
- 11.2 Der RH beanstandete die dadurch entstandenen Mehrkosten von rd 0,4 Mill S.
- 11.3 *Die Alpen Straßen AG teilte eine im Zuge der Kollaudierung erfolgte entsprechende Korrektur der Schlußrechnung mit.*

Wegschaffen von
Lockermaterial

- 12.1 Im Wege eines Zusatzangebotes wurde dem Auftragnehmer eine Menge an zu deponierendem Material mit einem Betrag von rd 0,8 Mill S vergütet. Als Begründung diente die Anordnung eines Sachverständigen, derzufolge ein Teilbereich nur eingeschränkt zu verdichten wäre.
- 12.2 Der RH erachtete die entstandenen Kosten nur teilweise für berechtigt; er bezifferte die ungerechtfertigten Mehrkosten mit rd 0,6 Mill S.
- 12.3 *Die Alpen Straßen AG teilte eine entsprechende Korrektur der Schlußrechnung mit.*

Schadensfall
Pianner Tunnel

- 13.1 Im Jänner 1998 festgestellte Risse im Betongewölbe des Pianner Tunnels erforderten Sofortmaßnahmen. Untersuchungen der Schadensursache führten zu mehreren möglichen Einflüssen und zeigten insbesondere die deutliche Abweichung wesentlicher Berechnungsannahmen (zB Überschüttungshöhe und -material) von der tatsächlich am Bauwerk aufgetretenen Belastungssituation.

Im Juni und Juli 1998 vereinbarten die Alpen Straßen AG und die an der Abwicklung des Bauvorhabens beteiligten Unternehmungen bzw Ziviltechniker im Zuge eines Vergleiches eine Aufteilung der durch den Schadensfall entstandenen Kosten. Dieser Vereinbarung wurde ein auf die Zahlungsverpflichtungen der Alpen Straßen AG reduzierter Wert von 9,7 Mill S zugrunde gelegt. Dabei blieben Kostenanteile für Baustellenabsicherung und andere interne Kosten der Alpen Straßen AG von 2,4 Mill S unberücksichtigt.

- 13.2 Der RH führte das Schadensereignis auf Mängel bei der Bauvorbereitung und –abwicklung zurück. Er erachtete die Lastannahmen für zu günstig und kritisierte, daß die Abweichungen bei der Errichtung des Bauwerkes offenbar ohne Überprüfung der statischen Auswirkungen zugelassen worden waren. Er empfahl der Alpen Straßen AG, künftig der Vernetzung bzw Umsetzung von Berechnungsannahmen in allen Phasen der Bauvorbereitung und –abwicklung besondere Bedeutung beizumessen.

Nach Ansicht des RH wären hinsichtlich der Gesamthöhe des der Alpen Straßen AG entstandenen Schadens neben ihrem internen Aufwand und den vereinbarungsgemäß übernommenen Anteilen auch die Wertminderung für eine möglicherweise verringerte Lebensdauer des Bauwerkes und Folgekosten für vermehrte Erhaltungserfordernisse zu berücksichtigen gewesen.

- 13.3 *Laut Stellungnahme der Alpen Straßen AG habe der Verzicht auf einen Teil der Gesamtschadenskosten den außergerichtlichen Vergleich ermöglicht; die Anteile der Wertminderung und der Folgekosten seien geringfügig.*
- 13.4 Der RH anerkannte zwar die von der Alpen Straßen AG zur Schadensbewältigung getroffenen Veranlassungen, teilte aber die Einschätzung hinsichtlich der Wertminderung und der Folgekosten nicht.

**Weitere
Feststellungen**

- 14 Den Grundeinlösungsverfahren lagen nur zum Teil aktuelle Detailprojekte zugrunde; die dafür bezahlten Entschädigungen überstiegen zum Teil den Preis für Bauland deutlich.
- 15.1 Unter anderem wegen einer Planungsänderung zu umweltgerechterer Trassenfindung und zur Erhöhung der Akzeptanz bei der Bevölkerung traten bei zwei Baulosen der Arlberg Schnellstraße hohe Massenüberschüsse auf. Nur ein geringer Teil davon konnte auf vom Auftraggeber bereitgestellte Deponien verbracht, der Rest mußte vom Auftragnehmer weggeschafft und entsprechend vergütet werden. Die Planung und die vertragliche Umsetzung der Deponie des Auftraggebers erschienen dem RH unzureichend.
- 15.2 Der RH empfahl der Alpen Straßen AG, bereits bei der Trassenfindung aus volkswirtschaftlichen Gründen verstärkt auf eine mit den betroffenen öffentlichen Körperschaften akkordierte Lösung der Deponiefrage zu dringen.

**Weitere Feststellungen****15**

- 16 Bei einem Baulos der Arlberg Schnellstraße beanstandete der RH die Ausschreibungsunterlagen und die Angebotsprüfung, insbesondere im Zusammenhang mit dem angewendeten Preisaufschlags- und -nachlaßverfahren. Weiters kritisierte er eine im Zuge der Bauabwicklung dem Auftragnehmer zugestandene, gegenüber der Ausschreibung geänderte Baustellenzufahrt sowie die Änderung einer Abrechnungsgrenze und einer vertraglichen Leistung. Der Kollaudierungsbericht wäre nach Auffassung des RH vom Kollaudator sorgfältiger auszuarbeiten gewesen.
- 17.1 Im Zusammenhang mit einem eingesetzten besonderen Bauverfahren stellte der RH ein auffällig hohes Preisniveau dieses Verfahrens fest.
- 17.2 Der RH empfahl der Alpen Straßen AG, künftig bei der Auswahl zwischen mehreren technisch möglichen Lösungen verstärkt die Kosten der alternativen Bauverfahren als Entscheidungskriterium zu beachten.
- 18.1 Hinsichtlich des Anfalles von Überschußmaterial in einem Baulos und dessen möglicher Verwendung in einem anderen Baulos wurde nach Ansicht des RH nicht die kostengünstigste Lösung beauftragt.
- 18.2 Der RH empfahl der Alpen Straßen AG, verstärkt gesamtwirtschaftliche Betrachtungen bei baulosübergreifenden Vergabeentscheidungen miteinzubeziehen.

**Schluß-
bemerkungen**

- 19 Zusammenfassend hob der RH die nachstehenden Empfehlungen hervor:

Die Alpen Straßen AG sollte

(1) bereits bei der Trassenfindung aus volkswirtschaftlichen Gründen verstärkt auf eine mit den betroffenen öffentlichen Körperschaften akkordierte Lösung der Deponiefrage dringen,

(2) bei der Auswahl zwischen mehreren technisch möglichen Lösungen die Kosten alternativer Bauverfahren künftig verstärkt als Entscheidungskriterium beachten,

(3) bei baulosübergreifenden Entscheidungen vermehrt gesamtwirtschaftliche Betrachtungen miteinbeziehen und

(4) der Vernetzung bzw Umsetzung von Berechnungsannahmen in allen Phasen der Bauvorbereitung und -abwicklung besondere Bedeutung beimessen.

Das BMWV sollte

um die Einhaltung der Höchstgewichte und zulässigen Achslasten der Lastkraftwagen insbesondere auf der Brennerstrecke bemüht sein.



Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft mbH

Kurzfassung

Nach Auffassung des RH erfüllte die TILAK ihren Auftrag einer bedarfsgerecht sicherzustellenden medizinischen Versorgung. Die Datenauswertungen des Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds ergaben grundsätzlich positive Leistungswerte.

Der jahresdurchschnittliche Anstieg beim Bruttobetriebsabgang je stationären Patienten von 3,7 % im Zeitraum 1991 bis 1996 war niedrig.

Zwischen der TILAK und den Anstaltsleitungen, vor allem beim Landeskrankenhaus (Universitätskliniken) Innsbruck (LKHI) bestand keine klare Kompetenzregelung.

Das LKHI ist zugleich Landeskrankenanstalt und Teil der Medizinischen Fakultät. Die damit verbundene personelle und organisatorische Doppelstruktur erschwerte eine wirtschaftliche und sparsame Betriebsführung.

Der RH beurteilte die Reform der TILAK bezüglich der Verstärkung der Kontrolle durch einen unabhängigen Verwaltungsrat sowie bezüglich der vermehrten Einbindung von Organen des Bundes in die Entscheidungsabläufe als zweckmäßig.

Die Beachtung organisatorischer und struktureller Einflüsse auf den Bettenbedarf müßte nach Auffassung des RH eine weitere Bettenverminderung in den öffentlichen Krankenanstalten Tirols zur Folge haben.

Durch gezielte Maßnahmen gelang es der TILAK, die Abfallmengen mehr als zu halbieren und die damit verbundenen Kosten zu senken. Der RH bemängelte in diesem Zusammenhang jedoch die Entwicklung von Einzellösungen mit unterschiedlichen Abfallbehandlungsstrategien in den vier Landeskrankenanstalten.

Kenndaten der Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft mbH

Rechtsträger	Land Tirol			
Rechtsgrundlage	Beschluß der Landesregierung vom Juli 1990, Gründung 1991			
Krankenanstalten	Landeskrankenhaus (Universitätskliniken) Innsbruck, Landeskrankenhäuser Natters und Hochzirl, Psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol			
Leistungserstellung	1995	1996	1997	1998
	Anzahl			
Systemisierte Betten	2 514	2 436	2 372	2 355
Tatsächliche Betten	2 334	2 207	2 215	2 198
Korrigiertes Personal*	5 450	5 407	5 446	5 486
Stationäre Patienten	72 098	73 242	77 722	84 319
Pflegetage	737 907	710 400	702 051	716 082
Ambulanzfälle	278 029	285 071	293 306	305 454
Belagsdauer in Tagen	9,2	8,7	8,0	7,5
	in %			
Bettenauslastung	78,2	78,9	77,2	78,7
* auf Vollzeitbeschäftigte umgerechnet				
Gebahrungsentwicklung	in Mill S			
Personalausgaben	2 668	2 690	2 746	2 809
Sachausgaben	1 465	1 538	1 748	1 797
Ausgabensumme	4 133	4 228	4 494	4 606
Einnahmen	2 683	2 753	4 553	4 746
Betriebsabgang/ -überschuß	- 1 450	- 1 475	+ 59	+ 140

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 Der RH überprüfte von Juni bis Dezember 1997 mit Unterbrechungen Teilgebiete der Gebahrung der Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft mbH (TILAK). Die Tiroler Landesregierung gab zu dem im Mai 1998 übermittelten Prüfungsergebnis im September 1998 eine Stellungnahme ab. Der RH erstattete im Februar 1999 eine Gegenäußerung.



Rechtliche und wirtschaftliche Entwicklung

Errichtung der TILAK

- 2.1 Eine Zuständigkeitszersplitterung in der Landesverwaltung und die zunehmende Belastung des Haushalts durch die Spitalsdefizite veranlaßten das Land gegen Ende der achtziger Jahre, die Rechtsform bei der Führung der Landeskrankenanstalten zu ändern.

Der TILAK wurde ab dem Jahr 1991 die Rechtsträgerschaft bei den Landeskrankenanstalten übertragen und das Krankenhauspersonal des Landes zur Dienstleistung zugewiesen. Als wesentliches Ziel wurde eine Senkung der Zuwachsraten der Ausgaben festgelegt, wobei die Festlegung eines konkreten Ausmaßes unterblieb.

Der RH verglich einzelne Betriebsdaten vor (1985 bis 1990) und nach (1991 bis 1996) der Übertragung der Verantwortlichkeit an die TILAK. Er stellte dabei fest, daß der Bruttobetriebsabgang (insgesamt zu bedeckender Abgang) im Jahresdurchschnitt vor der Übertragung um 7,3 % anstieg, während danach die jährliche Erhöhung 6,5 % betrug. Der Anstieg beim Bruttobetriebsabgang je stationären Patienten verringerte sich von jahresdurchschnittlichen 5,5 % vor der Übertragung auf 3,7 % danach.

Die Betriebsausgaben verzeichneten vor der Übertragung einen jahresdurchschnittlichen Zuwachs von 7,8 % und danach von 7,6 %, wobei mit letzterem Zuwachs eine deutliche Leistungsausweitung verbunden war.

- 2.2 Nach Auffassung des RH hätte anstelle einer Ausgliederung eine Zusammenführung der Zuständigkeit in der Landesregierung bei einem politischen Referenten und bei einer Fachabteilung mit klarer Aufgabenabgrenzung gegenüber den Landeskrankenhäusern ausgereicht. Die erfolgte Ausgliederung war allerdings eine mögliche Alternative zur Bewältigung der gestiegenen Anforderungen komplexer Dienstleistungsbetriebe, vor allem des LKHI.

Zielerreichung

- 3.1 Bis zum Zeitpunkt der Gebarungsüberprüfung kam es zu keiner Festsetzung von Zielen und Maßstäben, welche eine Evaluierung der Tätigkeit der TILAK ermöglicht hätten.
- 3.2 Der RH stellte jedoch nunmehr fest, daß die TILAK einen deutlichen Zuwachs stationär versorgter Patienten bei gleichzeitiger Senkung der Belagsdauer verzeichnete. Auffallend war auch das Sinken der Durchschnittskosten je Hauptdiagnose und die Zunahme der Spitzenversorgungsleistungen.

Hinzuweisen war ferner, daß durch die Einrichtung einer kardiologischen Klinik eine Verbesserung der kardiologischen Versorgung im Einzugsgebiet Westösterreichs erzielt wurde. Die Erhöhung des Bauvolumens, die Standardisierung des Ablaufs von Bauprojekten, die Einführung eines zeitgemäßen Rechnungs- und betrieblichen Berichtswesens, von Abteilungsbudgets sowie Strukturierungsmaßnahmen zeigten die Bemühungen der TILAK, die Betriebsführung zu optimieren.

Betriebsergebnisse

- 4.1 Die TILAK erstellte eine jährliche Bilanz sowie Gewinn- und Verlustrechnung der Tiroler Landeskrankenanstalten. Zum 31. Dezember 1996 wurde ein Betriebsertrag von 4 Mrd S ermittelt, wovon auf Zuschüsse und Beiträge (für klinischen Mehraufwand seitens des Bundes, KRAZAF-Zuschüsse sowie Beiträge an der Betriebsabgangsdeckung) ein Anteil von 1,9 Mrd S (47,7 %) entfiel. Nach Abzug der Aufwendungen wurde ein Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit von 32 Mill S erzielt.

Zwei Drittel der Ausgaben betrafen das Personal. Die Ausgabenentwicklung wurde maßgeblich durch die Zuwächse der Personalausgaben bestimmt.

Im Zeitraum 1991 bis 1996 stieg die Zahl des korrigierten Personals von 5 029 um 7,5 % auf 5 407. Der Anteil des LKHI am Personalstand der TILAK belief sich 1996 auf 4 591 Dienstnehmer (84,9 %). Auffallend war bei der TILAK der hohe Zuwachs beim Verwaltungspersonal von 462 (1991) um 31 % auf 604 Bedienstete (1996).

Erheblich stiegen die Aufwendungen für Überstunden der Ärzte und des Pflegepersonals. Während die Aufwendungen 1991 für Überstunden der Ärzte 42,2 Mill S und für Pflegepersonal 5,5 Mill S betrugten, stiegen sie bis 1996 auf 97,3 Mill S (plus 130,6 %) bzw 16 Mill S (plus 190,9 %) an.

Die gesamten Sachausgaben erhöhten sich im Zeitraum 1991 bis 1996 um 55,6 % auf 1,5 Mrd S. Auf das LKHI entfielen davon 1,4 Mrd S (plus 58,6 %). Die Ausgaben für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter wuchsen bis 1996 auf 682 Mill S an (plus 46 %). Nichtmedizinische Fremdleistungen stiegen bis 1996 um 61,5 % auf 387 Mill S, vor allem durch Auslagerung von Leistungen im Bereich Reinigung und Wäsche.

Die gesamten Betriebseinnahmen der TILAK des Jahres 1996 verzeichneten gegenüber dem Vergleichsjahr 1991 einen höheren Zuwachs als die Betriebsausgaben und führten zu einer Verbesserung der Deckungsquote (Deckung der Betriebsausgaben durch die Betriebseinnahmen) von 63,8 % auf 65,1 %.

Die Einnahmen aus der stationären Versorgung stiegen von 1991 bis 1996 um 23,1 %, aus ambulanten Behandlungen um 96,8 %. Das LKHI konnte die Einnahmen aus den Ambulanzen infolge einer Differenzierung des Leistungskatalogs, durch Tarifierhöhungen und Vereinbarungen über Sachaufwandsvergütungen mit Sozialversicherungen sowie durch tagesklinische Behandlungen erheblich steigern.

Im stationären Bereich erzielte die TILAK von 1991 bis 1996 eine Erhöhung der Pflegegebührensätze von 32 %. Die Deckung der amtlichen Pflegegebühren durch die Pflegegebührensätze verlief hingegen — mit Ausnahme des LKH Hochzirl — rückläufig.

- 4.2 Der RH empfahl, den Beschäftigungsstand im Verwaltungsbereich zu vermindern. Ebenso wäre die Überstundenabgeltung im medizinischen Bereich auf ihre Notwendigkeit zu überprüfen.
- 4.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung habe der RH Veränderungen des Entlohnungssystems unberücksichtigt gelassen und hätten im LKHI im Zeitraum 1991 bis 1996 im Verwaltungsbereich 41 Dienstposten abgebaut werden können.*



Zwischenbetrieb-
licher Vergleich

- 5.1 Für einen zwischenbetrieblichen Vergleich der Jahre 1991 bis 1995 zog der RH die Daten der Bezirkskrankenhäuser, der Landeskrankenanstalten (LKA) Salzburg, des LKH Graz und des AKH Linz heran. Die TILAK verzeichnete mit einem Anstieg des Bruttobetriebsabgangs von 19,5 % gegenüber den übrigen Krankenanstalten des Landes Tirol in Höhe von 37,4 % einen erheblich günstigeren Wert.

Der Zuwachs des Bruttobetriebsabgangs je stationären Patienten des LKHI war mit 16,7 % gegenüber den LKA Salzburg (53,5 %), dem AKH Linz (32,9 %) sowie dem LKH Graz (52,2 %) ebenfalls bedeutend geringer. Das LKHI verzeichnete nach dem AKH Linz die niedrigste Steigerungsrate der Ausgaben je stationären Patienten und wies die höchste Steigerungsrate der Einnahmen je stationären Patienten auf.

- 5.2 Nach Auffassung des RH war auch bei Berücksichtigung betrieblicher und patientenbezogener Unterschiede der verglichenen Krankenanstalten bei der TILAK ein jahresdurchschnittlicher Anstieg beim Bruttobetriebsabgang je stationären Patienten von 3,7 % im Zeitraum 1991 bis 1996 als niedrig zu bewerten.

Der RH empfahl, neben der Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung auch die Verminderung der Betriebsabgänge als weitere zentrale Zielsetzung zu verfolgen.

- 5.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung könne der zwischenbetriebliche Vergleich nur unter Universitätskliniken angestellt werden. Darüber hinaus wäre die Abgangsentwicklung im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung im Zusammenhang mit den Personalausgaben als Leistungskennziffer nicht relevant.*

- 5.4 Der RH erwiderte, daß ein zwischenbetrieblicher Vergleich mit anderen als den von ihm herangezogenen Krankenanstalten keine wesentlichen Veränderungen im Ergebnis bedeutet hätte.

Verrechnung der
TILAK-Kosten

- 6.1 Im Rahmen der kameralen Betriebsabrechnung und betrieblichen Kostenrechnung wurden Kosten der zentral erbrachten Dienste (TILAK-Kosten) überwiegend proportional gemäß den jeweiligen Ausgabensummen der Landeskrankenanstalten verrechnet.

- 6.2 Der RH empfahl eine verursachungsgemäße Feststellung und Abrechnung innerbetrieblicher Leistungen.

- 6.3 *Laut Mitteilung der TILAK wäre die Anregung aufgegriffen worden und erfolgte mittlerweile die Verrechnung analog zur tatsächlichen Leistungserbringung.*

Medizinisches
Leistungsangebot

- 7.1 Bei der TILAK bewirkte im Zeitraum 1991 bis 1995 die deutliche Verminderung der durchschnittlichen Belagsdauer trotz einer erhöhten Anzahl stationärer Patienten einen insgesamten Rückgang der Pflögetage und der tatsächlich aufgestellten Betten.

Ein Vergleich von Basisdaten der Krankenanstalten LKHI, AKH Linz, LKH Graz, LKH Klagenfurt und Landeskrankenanstalten Salzburg ergab,

daß das LKHI im Jahr 1995 die niedrigste Belagsdauer erzielte und nach dem LKH Klagenfurt den höchsten Zuwachs an Pflgetagen aufwies.

Ein Vergleich der angeführten Krankenanstalten für den Zeitraum 1991 bis 1995 auf der Grundlage der Entlassungsdiagnosen ergab, daß das LKHI den höchsten Zuwachs im diagnostisch-stationären Bereich aufwies. Allerdings wiesen die jeweiligen Krankenanstalten je Hauptdiagnosegruppe erheblich unterschiedliche Zuwachsraten auf.

Auffallend war weiters, daß das LKHI nach dem AKH Linz im Jahr 1995 die geringsten durchschnittlichen Kosten je Hauptdiagnose (stationäre Endkosten je Hauptdiagnose) sowie den geringsten Kostenzuwachs im Betrachtungszeitraum aufwies. Allerdings war bei den Vergleichen darauf hinzuweisen, daß eine unterschiedliche Verteilung der Diagnosen innerhalb einer Krankenanstalt sowie die unterschiedlichen Zuwachsraten der Hauptdiagnosegruppen einen exakten Vergleich einschränkten.

Auswertungen der Datenerhebungen ausgewählter Leistungen der Spitzenversorgung der Jahre 1991 bis 1995 ergaben ferner, daß im LKHI in zunehmendem Ausmaß medizinische Spitzenversorgungsleistungen erbracht wurden.

Die Ergebnisse von Parallelberechnungen bei den verglichenen Krankenanstalten zum LKF-Modell 1997 für das Jahr 1995 wiesen das LKHI hinsichtlich der Anzahl erbrachter medizinischer Einzelleistungen sowie der Punkte der Leistungsorientierten Diagnosefallgruppen je stationären Patienten als eine Krankenanstalt mit hoher Leistungsdichte und geringem Kostenanfall aus.

- 7.2 Nach Auffassung des RH erfüllte die TILAK ihren Auftrag einer bedarfsgerecht sicherzustellenden medizinischen Versorgung. Die Datenauswertungen des KRAZAF ergaben grundsätzlich positive Leistungswerte.

Zudem stellte der RH — von Schwankungen abgesehen — eine Tendenz sinkender Zuwachsraten bei den Kosten und eine Verminderung der Belagsdauer fest. Die Auslastung aller Landeskrankenanstalten zusammen lag unter der für öffentliche Spitäler als zweckmäßig errichteten Auslastung von 85 %.

Organisation

Zuständigkeit

- 8.1 Zwischen der TILAK und den Anstaltsleitungen (kollegiale Führung) der vier Landeskrankenanstalten, vor allem beim LKHI, bestand keine klare Kompetenzregelung. Die TILAK nahm Aufgaben der Anstaltsleitungen wahr. Im Herbst 1993 wurde die Konzentration der strategischen Aufgaben bei der TILAK und die Rückverlagerung der operativen Tätigkeiten an die Führung des LKHI beraten.

In der Folge beschloß der Verwaltungsrat im Frühjahr 1995 eine Änderung der Geschäftsordnung des Vorstandes, die Auflassung der Bereichsdirektionen und die Schaffung von Stabebenen. Während je ein Vorstandsdirektor für die einzelnen Landeskrankenanstalten als Ansprechpartner festgelegt wurde, blieb die gemeinsame Zuständigkeit für das LKHI unverändert.



- 8.2 Der RH bemängelte die unklare Aufgabenabgrenzung zwischen TILAK und LKHI, die Auffassungsunterschiede über konkrete Aufgabenzuordnungen hervorrief.
- 8.3 *Laut Mitteilung der TILAK ergäbe sich die Aufgabenabgrenzung aus dem KAG, dem Übertragungsgesetz sowie der Geschäftsordnung.*
- 8.4 Der RH erwiderte, daß zwar Bemühungen erkennbar waren, eine zweckmäßige Zuständigkeitsregelung festzulegen. Es bestanden jedoch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung zwischen der Führung des LKHI und der TILAK Auffassungsunterschiede, die einer Regelung bedurften.

Medizinisches
Qualitätsmanagement

- 9.1 1995 wurde eine Stabsstelle Qualitätssicherung in der TILAK eingerichtet. Die Aufgaben der Stabsstelle wurden mit Planung der Qualitätssicherung und Erstellung von medizinischen Standards umschrieben.

Unabhängig davon schufen Klinik- bzw Institutsvorstände und klinische Abteilungsleiter ebenfalls 1995 eine Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung" auf universitärer Ebene.

Im Juli 1997 wurde schließlich beim Tiroler Krankenanstaltenfinanzierungsfonds eine landesweite Qualitätssicherungskommission eingerichtet, deren Tätigkeit neben der Verbesserung der Qualität des leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierungssystems auch die Planung und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen in den übrigen Krankenanstalten des Landes umfassen sollte.

- 9.2 Der RH bemängelte die unkoordinierte Vorgangsweise im Bereich qualitätssichernder Maßnahmen. Er empfahl, zur Vermeidung allfälliger nachteiliger Auswirkungen der neuen LKF der Koordination besondere Bedeutung beizumessen.

Dementsprechend wäre auch das Qualitätsmanagementprojekt "Medizinisches Leistungscontrolling" zu forcieren, weil mit der Bereitstellung gesicherter Leistungsdaten allfällige Schwachstellen erkennbar und für Verbesserungs- und Einsparungsmaßnahmen nutzbar gemacht werden könnten.

- 9.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung läge laut TirKAG die ausschließliche Zuständigkeit für Qualitätssicherungskommissionen beim Rechtsträger. Dieser habe jedoch keinerlei unkoordinierte Vorgehensweise zu verantworten, wenn von anderer Seite in Überziehung der eigenen Aufgaben unkoordinierte Vorgangsweisen gesetzt würden.*

Doppelstruktur
beim LKHI

- 10.1 Die Doppelstruktur des LKHI als Landeskrankenanstalt und Teil der Medizinischen Fakultät war von folgenden organisatorischen und personellen Rahmenbedingungen gekennzeichnet:

(1) Seit 1996 waren die Kompetenzen des Bundes für Belange aller Universitätskliniken auf drei Ressorts (BMWV, BMAGS und BMF) aufgeteilt.

(2) In den Universitätskliniken waren mehrere Kategorien von Dienstnehmern tätig (Bundes-, Landes- und sonstiges Personal), auf die unter-

schiedliche dienst- und besoldungsrechtliche Vorschriften Anwendung fanden.

(3) Beim LKHI hatten sowohl der Bund als auch die TILAK Dienstgeberfunktion. Unterschiedliche Dienst- und Besoldungsvorschriften führten zu unterschiedlicher Entlohnung für gleiche Arbeit.

(4) Als Rechtsträger hatte die TILAK im Rahmen des Versorgungsauftrages gegenüber den Klinik- und Institutsvorständen zwar ein Weisungsrecht, konnte aber keine disziplinären Maßnahmen setzen. Dennoch haftete sie für Behandlungsfehler im Rahmen der Krankenversorgung. Das Pflegepersonal unterstand der TILAK.

(5) Die TILAK hatte kein Mitspracherecht bei der Entscheidung, mit welchem Bewerber der Bund Verhandlungen über die Bestellung zum Klinik(Instituts)vorstand aufnahm und welchen er bestellte.

(6) Bundesweit stellten die Krankenversorgung sowie die Lehr- und Forschungstätigkeit eine Einheit dar. Der Bund vergütete den klinischen Mehraufwand für Lehre und Forschung in Form einer prozentmäßigen Beteiligung an den Gesamtausgaben der als Universitätskliniken geführten Landeskrankenhäuser. Ferner stellte der Bund in Wien alle Ärzte, in Graz und Innsbruck jeweils die Hälfte der Ärzte bei und beteiligte sich an den Investitionen.

(7) Als Grundlage für den Ersatz des klinischen Mehraufwands durch den Bund diente eine Vereinbarung, wonach der Bund 18 % des Betriebsaufwands zu tragen hatte. Eine Verordnung gemäß § 56 KAG zur verbindlichen Kostenteilung wurde bisher nicht erlassen.

(8) Mit den Rechtsträgern aller Universitätskliniken bestand grundsätzlich eine Vereinbarung über eine Beteiligung des Bundes in Höhe von 40 % der Investitionen. Bei einzelnen Projekten bestanden 50%ige Bundesbeteiligungen, nicht jedoch beim LKHI.

(9) Das Dienst Einkommen (Bezüge und Ärztehonorare) der im LKHI beim Bund beschäftigten Ärzte war der TILAK nicht bekannt. Die Ärztehonorare der Bundesärzte waren vorwiegend für die leitenden Ärzte ein bedeutender Teil des Einkommens aus dem Dienstverhältnis.

Die TILAK wiederum schloß ohne Mitbefassung des Bundes mit den Klinikvorständen und Leitern Klinischer Abteilungen Wirtschaftsverträge und vereinbarte für die Erfüllung ärztlicher Aufgaben — welche ohnehin zu den Dienstpflichten der Bundesbediensteten zählten — eine Gegenleistung.

10.2 Wie der RH bemängelte, erschwerten die personellen und organisatorischen Strukturen eine wirtschaftliche und sparsame Betriebsführung.

Reform der TILAK

11.1 Als Organe der TILAK waren die Generalversammlung, der Verwaltungsrat und die Geschäftsführung eingerichtet. Dem aus Landespolitikern, Mitgliedern von Interessenvertretungen und Nutzervertretern zusammengesetzten Verwaltungsrat oblagen neben der Kontrolle der Geschäftsführung auch die Beratung und Entscheidung über unternehmungspolitische Zielsetzungen der TILAK.



Der zweigliedrige Vorstand hatte die TILAK unter gemeinsamer Verantwortung zu führen. Neben Angelegenheiten, die gemeinsam zu beraten und zu beschließen waren, legte die Geschäftsordnung für die Geschäftsführung eigenständige Bereiche (Finanzen, Bau und Technik sowie Personal) fest.

Im Auftrag des Landeshauptmannes wurde in der ersten Jahreshälfte 1996 die Organisationsstruktur der TILAK überprüft. Im Mai 1996 lag ein Bericht zur TILAK vor, in dem Probleme der Führung, der Beziehungen zum medizinischen Personal und des Verwaltungsrates sowie allfällige Folgen und Vorschläge aufgezeigt wurden.

Die im Bericht vorgeschlagenen Lösungsansätze bildeten die Grundlage der TILAK-Reform, die in der Einrichtung eines Vorstandssprechers, eines Beirates zur Beratung des Eigentümervertreters der TILAK, eines neuen Verwaltungsrates und eines medizinischen Beirates mit Vertretern der Universitätsklinik zur Beratung des Vorstandes bestand.

Des weiteren wurde eine Abgrenzungsregelung zwischen TILAK und den kollegialen Anstaltsleitungen getroffen, wobei im wesentlichen ersterer der strategische und letzteren der operative Bereich übertragen wurden.

- 11.2 Der RH beurteilte die Reform der TILAK bezüglich der Verstärkung der Kontrolle durch einen von der Landesregierung unabhängigen Verwaltungsrat sowie bezüglich der vermehrten Einbindung von Organen des Bundes in die Entscheidungsabläufe des LKHI und des TILAK-Vorstandes als zweckmäßig.

Die Reform hatte aber keinen Einfluß auf die unzweckmäßige Doppelstruktur beim LKHI. Nach Ansicht des RH könnte die durch die TILAK-Reform geschaffene Verbesserung der Zusammenarbeit einen ersten Ansatz für eine einheitliche Führung des LKHI durch Bund und TILAK darstellen.

Zur Verbesserung der Effizienz aller Tiroler Krankenanstalten regte der RH weiters eine zentrale Leistungsplanung durch den Landesfinanzierungsfonds mit zweckmäßiger und qualitätssichernder Umsetzung an, welche auch einen weiteren Schritt zu einem Tiroler Krankenanstaltenverbund bedeuten könnte. Allfällige Einsparungseffekte durch einen zentralen Einkauf für alle Tiroler Krankenanstalten wären jedenfalls in bestimmten Bereichen (zB Medikamente, Medizintechnik) anzustreben.

Der RH regte auch an, die Führung der TILAK künftig zu verkleinern und die operative Personalkompetenz an die Krankenhäuser zu übertragen. Für allfällige strategische Maßnahmen und arbeitsrechtliche Angelegenheiten wäre eine Stabsstelle beim Vorstand ausreichend.

- 11.3 *Die Landesregierung verwies auf die, verglichen mit anderen Krankenhäusern, besseren Erfolgszahlen der TILAK. Eine monokratische Führung sei daher kein Erfolgskriterium.*
- 11.4 Der RH erwiderte, ungeachtet besserer Erfolgszahlen sollten weitere Effizienzverbesserungen angestrebt werden.

Auswahl

- 12.1 Das Land beauftragte im April 1990 einen Berater mit der Auswahl geeigneter Führungskräfte für zwei kaufmännische Vorstands- und vier Bereichsdirektionsposten. Aufgrund des Beratervorschlags bestellte die Landesregierung im Juli 1990 die ausgewählten Kandidaten in ihre Funktionen und erteilte den Auftrag zum Abschluß von Dienstverträgen. Für den Vorstandsbereich Finanzen, Bau und Technik wurde der Vorstand der Abteilung VII b des Amtes der Landesregierung bestellt.

Ein Vertrag mit dem designierten Geschäftsführer für den Vorstandsbereich Medizin, Verwaltung und Personal kam nicht zustande. Hindernis war die Forderung des Arztes, neben der Geschäftsführertätigkeit auch in seinem ärztlichen Fachbereich tätig sein zu können. Aufgrund eines weiteren Vorschlags des Beraters betraute das Land im Dezember 1990 den Primararzt für Interne Medizin des Bezirkskrankenhauses Kufstein auf fünf Jahre mit der Geschäftsführerfunktion.

- 12.2 Wie der RH vermerkte, trat die Mehrzahl der vom Berater ausgewählten Führungskräfte entweder den Dienst nicht an oder beendete die Tätigkeit kurze Zeit nach der Bestellung bzw vor Ablauf der Bestelldauer.

Der RH bemängelte das Fehlen wesentlicher Qualifikationsmerkmale (zB Hochschulabschluß, einschlägige Managementenerfahrung) in der Ausschreibung. Die bestellten Geschäftsführer verfügten vor allem nicht über die in der Ausschreibung geforderte ausreichende Erfahrung bei der Führung eines Großbetriebes. Der RH führte die Auswahl und Bestellung eines Landesbeamten auf die Absicht des Landes zurück, seinen Einfluß bei der Führung der Landeskrankenhäuser zu erhalten.

- 12.3 *Laut Mitteilung der Landesregierung habe sie sich hinsichtlich der Auswahl und der Bezugshöhe der Führungskräfte auf Vorschläge eines externen Beraters gestützt.*

Bezüge

- 13.1 Die Bezüge der Vorstandsdirektoren waren mit 160 000 S bzw 154 000 S monatlich doppelt so hoch wie die leitender Bediensteter des Amtes der Landesregierung. Sie entsprachen eher dem Bezugsniveau der Geschäftsführer eines anderen ausgegliederten Anstaltsträgers mit einem weit größeren Gebarungsumfang und der fünffachen Anzahl von Krankenhäusern.
- 13.2 Der RH empfahl Einsparungen bei den Bezügen und die Festlegung eines bestimmten Betriebserfolgs als Voraussetzung für einen erfolgsabhängigen Bezugsbestandteil.
- 13.3 *Laut Mitteilung der Landesregierung habe der RH den Gesamtvertragswert bzw die Gesamtverantwortung zu wenig berücksichtigt. Darüber hinaus erschiene eine ergebnisabhängige Entlohnung problematisch.*
- 13.4 Der RH hielt einen Anreiz für wirtschaftliches Handeln für zweckmäßig.



Landeskrankenhaus (Universitätskliniken) Innsbruck

Neustrukturierung
der Universitätsklinik
für Innere Medizin

- 14.1 Nach Mitteilung des Klinikvorstandes der Universitätsklinik für Innere Medizin vom Oktober 1997 war beabsichtigt, die bisherigen sechs Abteilungen in fünf klinische Abteilungen mit folgender Bettenanzahl umzustrukturieren:

Allgemeine Innere Medizin	106 Betten
Kardiologie	52 Betten
Hämatologie/Onkologie	22 Betten
Nephrologie	15 Betten
Gastroenterologie/Hepatology	15 Betten
Insgesamt	<u>210 Betten</u>

Obwohl diese Strukturierung beschlossen war, blieb die Bettenaufteilung zwischen der Klinischen Abteilung für Allgemeine Innere Medizin (Stammklinik) und der Klinischen Abteilung für Hämatologie noch strittig. Ferner gab es Überlegungen, die Klinische Abteilung für Nephrologie in die Abteilung für Allgemeine Innere Medizin zu integrieren.

- 14.2 Nach Ansicht des RH wäre eine Strukturierung in zwei bis drei Abteilungen aus betriebswirtschaftlichen, Ausbildungs- und Versorgungsgründen geeignet.
- 14.3 *Laut Mitteilung der Landesregierung sei die Neustrukturierung nunmehr mit Wirksamkeit vom 1. Jänner 2000 genehmigt worden, wobei zwischen den Abteilungen für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie strukturelle Verbesserungen vorgenommen worden seien.*

Pulmologie

- 15.1 Die Pulmologie (Lungenheilkunde) war in der Klinik institutionell nicht vertreten, obwohl die Fakultät eine außerordentliche Professur in diesem Fach forderte. Das BMWV stimmte weder einer Integration der im LKH Natters bestehenden Pulmologischen Abteilung in das LKHI, noch ihrer Umwandlung in eine pulmologische Außenstelle des LKHI zu. Die diskutierte Errichtung einer eigenen pulmologischen Abteilung im LKHI stand im engen Zusammenhang mit der Abteilung für Thoraxchirurgie der Universitätsklinik für Allgemeinchirurgie.
- 15.2 Der RH bemängelte, daß im Zuge der Neustrukturierung der Universitätsklinik für Innere Medizin die pulmologische Versorgung nicht mitberücksichtigt worden war. Für eine weiterführende Klärung der Aufgabengebiete in den LKH Natters und Hochzirl wäre aber eine Entscheidung über die Strukturen im LKHI vorrangig gewesen.
- 15.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung werde die chirurgische Versorgung pulmonologischer Patienten mittelfristig auf das LKHI konzentriert werden. Das medizinische Konzept für die LKH in Natters und Hochzirl werde noch weiter diskutiert.*

Zusammenarbeits-
vertrag

- 16.1 In der UOG–Novelle 1988 (BGBl Nr 745/1988) wurde die Verpflichtung des Bundes festgelegt, die Zusammenarbeit zwischen Bund und den Rechtsträgern der Universitätskliniken unter Beachtung bestimmter Vorgaben durch eine Vereinbarung zu regeln. Mit der Stadt Wien und in der Folge mit der TILAK wurde ein Entwurf eines Zusammenarbeitsvertrages erarbeitet, der sich jedoch wegen des Regelungsumfangs und Detaillierungsgrades als unzweckmäßig erwies.

Im Jahr 1992 legte das BMWF der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck eine Punktation des Vertragsentwurfs vor. Befürchtungen über eine Einschränkung der Rechte führten zur Ablehnung des Vertragsentwurfs durch die Fakultät. Schließlich erachtete auch die TILAK den Zusammenarbeitsvertrag als eher hinderlich. Mit der UOG–Novelle 1993, BGBl Nr 805/1993, wurde die Verpflichtung zum Abschluß von Zusammenarbeitsverträgen aufgehoben.

Das BMWF regte zur Verbesserung der Führung der Universitätskliniken im April 1994 Überlegungen zur Gründung eigener Trägergesellschaften an. Zudem erachtete das Arbeitsübereinkommen der Regierungsparteien vom November 1994 eine einheitliche Trägergesellschaft in Form einer Kapitalgesellschaft als zweckmäßig.

Im Mai 1995 beurteilte das Bundeskanzleramt–Verfassungsdienst die Errichtung von gemeinsamen Trägergesellschaften des Bundes und der jeweiligen Anstaltsträger und zog grundsätzlich drei Möglichkeiten in Betracht:

- (1) Schaffung eines eigenen Kompetenztatbestandes oder einer besonderen Ermächtigung im B–VG.
- (2) Abschluß einer bundesstaatlichen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B–VG.
- (3) Regelung auf privatrechtlicher Grundlage.

Zur Errichtung einer Betriebsgesellschaft führte das BMF aus, daß es Synergieeffekte geben könne, diese aber noch unklar wären. Es dürfe jedenfalls zu keiner Änderung der Finanzierungslastregel kommen. Das BMF erachtete die bisherige Konstruktion als ausreichend.

Im LKHI bestanden für bestimmte Bereiche zwischen TILAK und Organen des Bundes Einrichtungen zur gegenseitigen Abstimmung. So war im LKHI seit dem Jahr 1995 ein Koordinationsausschuß für Personalfragen eingerichtet. Im Rahmen der TILAK–Reform wurden — wie erwähnt — weitere gegenseitige Rechte (zB Teilnahme an Sitzungen) eingeräumt.

- 16.2 Nach Auffassung des RH war die Erfolglosigkeit der seit langem geführten Verhandlungen darin begründet, daß jeder Vertragspartner vorrangig den eigenen Vorteil im Auge hatte und weniger ein übergeordnetes Gesamtinteresse verfolgte. Die Organisation der Führung der Universitätskliniken wies nicht nur eine unzweckmäßige Doppelorganisation auf, sondern erforderte auch einen hohen Abstimmungsaufwand, der ein beträchtliches Einsparungspotential darstellt.



16.3 Die Landesregierung wies auf die im österreichweiten Vergleich günstigen Kennziffern des LKHI hin. Ferner wurde betont, daß die bestehende Doppelstruktur des LKHI nur geändert werden sollte, wenn sich daraus ein "betriebliches Einsparungspotential" ergeben würde.

16.4 Der RH erwiderte, daß Überlegungen anzustellen wären, ob und wie die Auflösung der bestehenden Doppelstruktur ohne Qualitätseinbußen, aber mit Einsparungen erreicht werden könnte. Ferner erschien dem RH die klare Zuordnung von Verantwortlichkeiten notwendig.

Ärztliche Direktion

17.1 Mit dem ärztlichen Direktor wurde bei seiner Bestellung eine Wochenverpflichtung von 30 Stunden vereinbart. Weiters war er berechtigt, in der Dienstzeit bis zu acht Wochenstunden im Rahmen der I. Universitätsklinik für Chirurgie als Operateur tätig zu sein. Zur Aufgabenbewältigung waren in der ärztlichen Direktion zusätzlich umgerechnet 1,5 Ärzte tätig.

Die medizinische Haupttätigkeit des ärztlichen Direktors war neben der Operationstätigkeit jedoch der Betrieb einer Spezialambulanz, die der Universitätsklinik für Neurologie zugeordnet war. Die TILAK gestattete dem ärztlichen Direktor, an drei Tagen die Patienten in der Ambulanz zu betreuen.

17.2 Der RH bemängelte, daß die zeitliche Inanspruchnahme für die Ambulanztätigkeit nachteilige Auswirkungen auf die Erfüllung der Aufgaben als ärztlicher Direktor hatte. Er vertrat die Auffassung, daß die Funktion des ärztlichen Leiters einer Schwerpunktkrankenanstalt weitere wichtige Tätigkeiten auszuschließen hätte.

Der RH empfahl, bei künftiger Bestellung eines ärztlichen Direktors des LKHI — zur Sicherstellung seiner Unbefangenheit gegenüber den Abteilungsvorständen und zur Konzentrierung seines Arbeitseinsatzes — keine medizinische Nebenbeschäftigung mehr zu genehmigen. Bis zum Wechsel in dieser Führungsfunktion schiene es zur Sicherung der Versorgung der Patienten zweckmäßig, eine interdisziplinäre neuro-urologische Ambulanz aufzubauen.

Medizinische
Fremdleistungen

18.1 Die Krankenanstalten des Landes Tirol erbrachten den Großteil der Laboruntersuchungen in eigenen Laboreinrichtungen. Das LKHI kaufte daneben Untersuchungsleistungen vorwiegend bei vorklinischen Einrichtungen (zB Institute für Pathologische Anatomie, Hygiene) ein (1996: 20 Mill S). Die vorklinischen Einrichtungen, deren Betriebsaufwand größtenteils vom Bund getragen wurde, erbrachten die überwiegend zur Routinediagnostik zählenden Untersuchungsleistungen neben ihrer Hauptaufgabe der Lehre und Forschung.

Eine Vereinbarung mit der TILAK über die Verpflichtung zur Erbringung der Leistungen und deren Abgeltung wurde — mit Ausnahme des Pathologisch-Anatomischen Instituts — nicht geschlossen, obwohl das Amt der Landesregierung seit den achtziger Jahren derartige Verträge forderte.

- 18.2 Der RH beanstandete, daß die TILAK diese Forderung des Amtes der Landesregierung zum Abschluß von Verträgen mit festgelegten Kostensätzen nicht erfüllte.

**Landeskrankenhaus
Hochzirl**

- 19 Das LKH Hochzirl war mit insgesamt 162 systemisierten Betten eine Sonderkrankenanstalt für Innere Medizin mit fachübergreifenden Aufgaben. Im Jahr 1994 entschied das Land, eine Abteilung für Neurologie mit 49 Betten zu errichten. Der Vollbetrieb wurde im Herbst 1996 aufgenommen. Die Anzahl der systemisierten Betten erhöhte sich damit auf 187.

Das LKH war mit einer Auslastung von nahezu 85 % im Jahr 1996 voll belegt. Die Zahl der stationären Patienten stieg seit 1991 von 1 748 auf 2 929 im Jahr 1996. Auf diese entfielen rd 40 600 bzw 53 800 Pflégetage.

Laut Mitteilung der Landesregierung wäre die Zahl der stationären Patienten von 1996 auf 1997 um 21 % angestiegen und die Belagsdauer im Jahr 1997 auf 15,8 Tage gesunken.

Der RH nahm vorerst die Tatsache zur Kenntnis, daß aufgrund der Reform der Krankenanstaltenfinanzierung die Krankenhaushäufigkeit bei sinkenden Belagstagen und sinkender Belagsdauer stark zugenommen hat. Auf diese Entwicklung wird der RH im Rahmen der Überprüfung des Krankenanstaltenfinanzierungsfonds der Länder näher eingehen.

- 20.1 Im Entwurf zum TirKAP 1997 legte das Land fest, daß das LKH Hochzirl höchstens 200 Betten aufweisen sollte. Diese wären auf die Fachbereiche für Innere Medizin mit 100 Betten, für die Neurologie mit 49 Betten und für die Remobilisation (REM; das ist die interdisziplinäre Wiederherstellung von älteren Patienten im Rahmen der diagnostisch-akutmedizinischen Versorgung) mit 51 Betten aufzuteilen.

Der ÖKAP 1997 sah ohne Remobilisation 150 Betten vor, wobei 100 Betten für die Innere Medizin und 50 Betten für die Neurologie geplant waren. Im März 1998 beantragte der Vorstand der TILAK, den ÖKAP 1997 bzw den Entwurf zum TirKAP 1997 insoweit abzuändern, daß im LKH Hochzirl im zweiten Halbjahr 1998 eine dritte Station für Neurologische Nachbehandlung in Betrieb gehen könnte.

Der beantragte Bettenstand wäre demnach 74 Betten für die Akutneurologie, 100 Betten für die Abteilung für Innere Medizin und 38 Betten für Rehabilitation/REM. Zugleich war beabsichtigt, die Universitätsklinik für Neurologie um 16 Nachbehandlungsbetten zu reduzieren.

Die TILAK beauftragte im Oktober 1997 das ÖBIG, ein Gutachten über die weiteren Versorgungsaufgaben der beiden LKH Hochzirl und Natters zu erstellen. Da sich aus der Gesamtheit der Krankheitsbilder in den Akutkrankenanstalten ein umfassender Versorgungsbedarf für Rehabilitation ableiten ließ, legte die TILAK für die beiden LKH die neurologische Akut-Nachbehandlung und Langzeitrehabilitation sowie die geriatrische Remobilisation fest.



Die TILAK hatte ferner für die Behandlung und Betreuung neurologischer Patienten in Tirol ein klares Konzept. Der erfolgte Ausbau der neurologischen Abteilung auf rd 70 Betten im LKH Hochzirl entsprach dem vom ÖBIG ermittelten Bedarf.

Das ÖBIG ermittelte für Tirol rd 122 REM-Betten, wovon 40 REM-Betten im LKH Hochzirl und 60 REM-Betten im LKH Natters eingerichtet werden sollten. Das LKH Hochzirl sollte laut den Vorstellungen des ÖBIG dabei die Remobilisation mit den Schwerpunkten Kardiologie und Rheumatologie und das LKH Natters die Remobilisation mit den Schwerpunkten Unfall, Orthopädie und Onkologie übernehmen.

20.2 Der RH empfahl, wegen der bereits getätigten Ersatz- und Erweiterungsinvestitionen die REM-Strukturen im LKH Hochzirl zu konzentrieren.

Landeskrankenhaus
Natters

21.1 Das LKH Natters wies im Jahr 1996 47 verfügbare Betten der Allgemeinchirurgie und 128 Betten der Pulmologie auf. Der Auslastungsgrad lag 1996 mit rd 76 % unter der als betriebswirtschaftlich effizient angesehenen Auslastung von 85 %.

Während die Pflage tage im Betrachtungszeitraum 1991 bis 1996 kaum abnahmen (rd 55 700 bzw 53 700 Pflage tage), stieg die Zahl der stationären Patienten von 3 477 auf 4 925 (plus 42 %). Die ambulanten Fälle stiegen von 1 268 (1991) um 135 % auf 2 979 (1996) an. Die durchschnittliche Belagsdauer sank in diesem Betrachtungszeitraum um 34 % auf 9,9 Tage. Die Endkosten je Patienten lagen mit 40 000 S unter jenen des LKHI (54 000 S).

Die künftige Zielsetzung für das LKH Natters war sowohl bei der Erstellung des ÖKAP 1996 als auch bei der Akkordierung mit dem TirKAP 1997 unklar. Dies veranlaßte die TILAK und das Land zu wiederholten Bedarfsanalysen. Der Planungs-prozeß war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen.

Im September 1997 nahm der TILAK-Beirat zur Kenntnis, daß es sinnvoll wäre, die Nachsorge (Remobilisation bzw Rehabilitation) in den LKH Natters und Hochzirl verstärkt anzubieten. Demnach sollte Natters entsprechend dem ÖKAP 1996 und TirKAP 1997 105 pulmologische Betten und 100 REM-Betten für Orthopädie, Unfallchirurgie und Pulmologie, bei gleichzeitiger Schließung der Chirurgie, erhalten.

Im LKH Hochzirl sollte, wie erwähnt, die dritte neurologische Station eingerichtet und die kardiologische Nachbetreuung sowie Rheumatologie konzentriert werden. Ein zusätzliches Konzept sah für das LKH Natters einen weiteren REM-Plan mit ähnlichen Schwerpunkten vor.

21.2 Der RH stellte fest, daß im Entwurf zum TirKAP 1997 die Bezeichnung REM nicht definiert war, wodurch auch eine diesbezügliche Bedarfsanalyse mit entsprechender Bettenaufteilung für die Tiroler Krankenanstalten fehlte. Ebenso wenig gab es konkrete Vorstellungen über die Abgeltung der derzeit nicht im Rahmen der LKF erfaßten REM-Leistungen.

Der RH wies ferner darauf hin, daß REM-Betten allenfalls bei einer anderwärtigen medizinischen Bedarfsentwicklung für andere Versorgungsaufgaben umgewidmet werden könnten. Er empfahl, den Bedarf an REM-Betten aufgrund von Patientendatensätzen für ganz Tirol durch Splittmerkmale, wie Alter, Hauptdiagnose und medizinische Einzelleistung zu ermitteln.

In der Folge wäre im Zusammenhang mit den Aufgabengebieten des LKHI über die weitere Nutzung der beiden LKH Hochzirl und Natters zu entscheiden, wobei — wie erwähnt — eine Konzentration der REM-Betten im LKH Hochzirl zweckmäßig wäre.

21.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierung habe die TILAK im Mai 1998 ein weiteres Konzept "Medizinische Zielsetzung für den Bereich des LKH Natters" vorgelegt. Neben der Pulmologie habe das Konzept konservativ-orthopädische Akutbetten, postoperative Akutnachbehandlungsbetten sowie onkologische Betten für die Nachbehandlung vorgesehen. Die Errichtung eines Instituts für physikalische Therapie wäre ebenfalls geplant.*

21.4 Der RH erwiderte, der neuerliche Versuch, den Bettenstand des LKH Natters zu sichern, könne mit der Sinnhaftigkeit, die Strukturen im Krankenhauswesen entscheidend zu reformieren, nicht in Einklang gebracht werden. Der Hinweis des RH auf die Möglichkeit von Umwidmungen bewahrheitete sich in der Fortschreibung des TirKAP 1999. Demnach kann ein Teil der 60 akutgeriatrischen Betten des LKH Natters für die Orthopädie vorgehalten werden.

Krankenanstaltenplanung

Tiroler Krankenanstaltenplan

22.1 Aufgrund der bundesstaatlichen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1991 bis 1994 war der ÖKAP durch eine geeignete Systemplanung weiterzuentwickeln. Mit dem Abschluß dieser Vereinbarung sollte ferner eine Strukturreform in Gang gesetzt werden.

Entsprechend der bundesstaatlichen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Reform der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 entwickelte die Tiroler Landesregierung in der Folge einen Tiroler Krankenanstalten- und Großgeräteplan (TirKAP), der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung der Landesregierung als Entwurf vorlag.

Der mit dem Bund abgestimmte Entwurf zum TirKAP 1997 sah den prognostizierten Bettenbedarf bis 2001 mit 4 288 Betten vor. Obwohl der TirKAP 1997 die zwischen Bund und Land im Frühjahr 1996 vereinbarte Bettenkapazität nicht ausschöpfte, bestand bei Erhöhung der Auslastung noch ein Einsparungspotential.

Der Entwurf zum TirKAP 1997 ging von einem bettenorientierten Versorgungsangebot (Planbettenkonzept) aus. Die ab dem Jahr 1997 geltende LKF bot hingegen Möglichkeiten, Angebotsplanung auch nach betriebswirtschaftlichen Entscheidungskriterien durchzuführen.



Das ÖBIG evaluierte die Berechnungsgrundlagen für den Entwurf TirKAP 1997 anhand der Basisdaten aus 1996 und der Halbjahresergebnisse aufgrund des LKF-Systems.

22.2 Nach Auffassung des RH führte diese Evaluierung zu Änderungen von Planungsrandbedingungen für den TirKAP 1997, die eine weitere Bettenverminderung zur Folge haben müßten. Die Auswirkungen des LKF-Systems zeigten sich bei den öffentlichen Krankenanstalten Tirols im Rückgang der durchschnittlichen Belagsdauer um 0,62 Tage im ersten Halbjahr 1997. In den zehn Jahren davor ging die Belagsdauer im Landesdurchschnitt insgesamt nur um 2,7 Tage zurück.

Aus- und Umlagerungspotentiale

23.1 Der RH sah hinsichtlich der Weiterentwicklung des Bettenbedarfs beträchtliche Aus- und Umlagerungspotentiale, das sind bestimmte Prozentsätze an Belagstagen einer Fachrichtung, die sich einerseits durch nicht notwendige Aufnahmen oder zu lange Verweildauer und andererseits durch eine Patientenaufnahme in der falschen Fachrichtung ergeben.

23.2 Ausgehend vom tatsächlichen Bettenbestand 1996 ermittelte der RH daraus folgende Einsparungsmöglichkeiten:

(1) Eine auf ein betriebswirtschaftlich effizientes Niveau angehobene Auslastung von 85 % ergäbe ein Einsparungspotential von rd 460 Betten für alle Krankenanstalten Tirols.

(2) Ein Auslagerungspotential ergäbe sich bei einer verstärkten Inanspruchnahme von mobilen Diensten, der Versorgung in Alten- und Pflegeheimen sowie von Tageschirurgien. Für alle Krankenanstalten Tirols wäre damit eine Einsparungsmöglichkeit von rd 130 Akutbetten vorhanden.

(3) Ein Umlagerungspotential ergäbe sich aus einer fallweise vorkommenden, nicht bedarfsgerechten Unterbringung von Patienten in Fachabteilungen, die im Anschluß an akutmedizinische Ereignisse eine längere Remobilisation benötigen. Unter Zugrundelegung einer nachfrageorientierten Bedarfsanalyse wären nach Ansicht des RH für Remobilisationspatienten in allen Tiroler Krankenanstalten 100 REM-Betten vorzusehen gewesen.

Der RH wiederholte sein Empfehlung, die REM-Betten im LKH Hochzirl zu konzentrieren. Zusätzlich wäre eine eigene Abgeltung im Rahmen des LKF für REM-Patienten zu erwirken.

23.3 Die TILAK verwies auf die aus ihrer Sicht bescheidenen Möglichkeiten der Aus- und Umlagerungen in andere Versorgungseinrichtungen des Landes.

23.4 Der RH erwiderte, die Ansicht der TILAK bezog sich auf das Versorgungsangebot der vier Landeskrankenanstalten, während für eine strukturelle Bereinigung des Akutbettenangebots der TILAK eine gesamtheitliche Betrachtung aller Krankenanstalten Tirols zweckmäßig erschiene. Dieser Betrachtungsweise schloß sich auch die Landesregierung an.

Im übrigen sind laut Tiroler Krankenanstaltenplan 1999 in den LKH Natters und Hochzirl insgesamt 110 Betten für Akutgeriatrie/Remobilisation vorgesehen.

Bettenvorhaltung für Fremd- und Gastpatienten

- 24.1 Die Vereinbarung über die Reform der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 sah für Gastpatienten aus einem anderen Bundesland keine über die Abgeltung durch die Landesfonds hinausgehende Entschädigung vor. Für ausländische Patienten waren (ausgenommen Selbstzahler) die zwischenstaatlichen Übereinkommen für den Pflegegebührenersatz maßgebend.

In den Tiroler Krankenanstalten wurden 1996 rd 9 000 (6 %) inländische Gastpatienten und rd 11 400 (7,7 %) ausländische Patienten aufgenommen. Dies entsprach einem Potential von rd 300 Betten (130 für Inländer, 170 für Ausländer). Werden die in anderen Bundesländern versorgten Tiroler Patienten gegengerechnet, so hielt das Land Tirol rd 250 Betten für ausländische bzw Gastpatienten vor; der Anteil der TILAK betrug dabei rd 130 Betten (LKHI: rd 120 Betten).

- 24.2 Da mit der erwähnten Vereinbarung auch der Aufwand für Gastpatienten gedeckt war, sprachen nach Auffassung des RH finanztechnische Gründe (zB keine überregionale finanzielle Einzelabgeltung für Spitzenleistungen) gegen eine Ausweitung von Krankenhausleistungen für Patienten aus anderen Bundesländern.
- 24.3 *Die TILAK betonte die Notwendigkeit einer österreichweiten Kapazitätsabstimmung insbesondere bei bestimmten hochspezialisierten Leistungen und verwies auf das Erfordernis der Sicherstellung der finanziellen Ressourcen.*

Bettenvorhaltung aufgrund konsiliar-ärztlicher Betreuung und struktureller Gegebenheiten

- 25.1 In Tirol waren in sechs Krankenanstalten der Basisversorgung Konsiliarfachärzte tätig. Diese deckten fallweise in ihrem medizinischen Leistungsumfang Fachrichtungen mit Schwerpunktversorgungscharakter ab.

Die Ergebnisse aus dem LKF-System ließen erkennen, daß zahlreiche Behandlungen der Standardversorgung im LKHI durchgeführt wurden, während periphere Krankenanstalten auch Spitzenleistungen erbrachten.

- 25.2 Nach Auffassung des RH war aus dem Blickwinkel einer medizinischen Qualitätssicherung aufgrund geringer Fallzahlen und unregelmäßiger ärztlicher Anwesenheiten die Ausweitung konsiliarärztlicher Tätigkeiten kritisch zu hinterfragen.

Der RH regte ferner die Erstellung von Zuordnungskriterien bei den medizinischen Leistungen an. Demnach könnte zB die Anzahl der Hauptdiagnosen maßgebend für die zweckmäßige Zuordnung von medizinischen Behandlungsfällen in die jeweiligen Krankenanstalten sein. Dies würde eine strukturelle Bereinigung der Akutbetten in Tirol ermöglichen.

- 25.3 *Laut Mitteilung der Landesregierung werde in Hinkunft im Einklang mit dem TirKAP 1997 eine Steuerung der Konsiliartätigkeiten über die Finanzierung nach dem LKF-System erfolgen.*



Bettenkapazität
der TILAK

26.1 Für die weitere Entwicklung der Krankenanstalten der TILAK stellte der RH Überlegungen zum zukünftigen Bettenbedarf an. Sie bezogen sich auf den Leistungsbedarf des Jahres 1996 und schlossen Bedarfsanalysen des ÖBIG sowie weitere Studien mit ein. Den Überlegungen lag auch die voraussichtliche Bettenentwicklung bis zum Jahr 2005 unter Beachtung der schon erwähnten Aus- und Umlagerungspotentiale zugrunde.

Für die Patientenversorgung im Bereich der Landeskrankenanstalten ergaben sich schließlich zwei Varianten mit nachstehendem Bettenbedarf:

	Chirurgische Versorgung	Interne Medizin	Pulmo- logie	Interne Versorgung	Neuro- logie	Remo- bilisation	Anzahl der Akutbetten*
Variante 1							
LKH Innsbruck	764	167	5	337	100	30	1 360
LKH Hochzirl	–	58	97	156	44	–	200
Variante 2							
LKH Innsbruck	764	171	102	440	100	–	1 432
LKH Hochzirl	–	58	–	58	49	93	200

* einschließlich Psychiatrie und Tagesklinik

26.2 Nach Ansicht des RH ergäbe sich aufgrund der beiden Varianten die Möglichkeit der Schließung des LKH Natters. Während bei der Variante 1 die Versorgung der REM-Patienten disloziert in den Bezirkskrankenanstalten wahrzunehmen wäre, geht die Variante 2 davon aus, daß nach strukturellen Veränderungen im LKHI das LKH Hochzirl REM-Patienten übernimmt.

26.3 *Der Vorstand der TILAK sah im Weiterbestehen der drei Krankenanstalten einen wirtschaftlichen Vorteil, der sich durch Entlastung der klinischen Bereiche mit teurer Nachversorgung und kostengünstiger Verlagerung von ausgewählten Leistungen in die beiden LKH Natters und Hochzirl ergeben würde. Der weiterhin steigenden Patientenentwicklung könne nur unter Zuhilfenahme der Versorgungseinrichtungen der LKH Hochzirl und Natters begegnet werden.*

Die Landesregierung räumte Überkapazitäten im LKHI ein, während die TILAK entgegnete, daß die vom RH herangezogenen Grundlagen von der zwischenzeitlichen Entwicklung überholt wären.

26.4 Der RH entgegnete, daß die TILAK keine Kostenvergleiche über alle in Frage kommenden medizinischen Leistungen im LKHI und im LKH Natters angestellt hatte. Ferner verwies er auf die Veränderungen anlässlich der Fortschreibung des TirKAP 1999.

Weiterentwicklung
des Tiroler Kranken-
anstaltenplans

27 Im Sinne einer patientengerechten und ökonomisch vertretbaren Sicher-
stellung der Krankenanstaltenversorgung empfahl der RH, die Weiter-
entwicklung des Tiroler Krankenanstaltenplans nach folgenden Kriterien
auszurichten:

(1) Schrittweise Änderung des nach dem Planbettenkonzept aufgebauten
Krankenanstaltenplans zu einem Konzept der Leistungsangebotsplanung
auch nach betriebswirtschaftlichen Kriterien. Dabei wäre der gemäß der
Vereinbarung über die Reform der Krankenanstaltenfinanzierung für die
Jahre 1997 bis 2000 zu erstellende Spitalsambulanzplan mitzubück-
sichtigen.

(2) Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesfonds an die
Anstaltsträger kann bei der Bepunktung je leistungsorientierter Diagno-
senfallgruppe im sogenannten LKF-Steuerungsbereich auf die landesspe-
zifischen Erfordernisse Bedacht nehmen. Dabei sollte auf eine Ausgewo-
genheit der im LKF-Steuerungsbereich gewichteten Punkte für die drei
Krankenhaustypen geachtet werden, um Patiententransfers in Kranken-
anstalten höherer Versorgungsstufen zu vermeiden.

(3) Weiterentwicklung der für alle Anstaltsträger einheitlichen Einzellei-
stungsverrechnung im ambulanten Sektor unter Beachtung betriebswirt-
schaftlicher Kriterien.

(4) Ausarbeitung von flächendeckenden Versorgungskonzepten unter
Rücksichtnahme auf eine möglichst zweckmäßige Aufteilung von Patien-
ten zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor durch eine
einheitliche Organisationseinheit.

(5) Ausbau von Einrichtungen zur tagesklinischen Behandlung, sofern die
Fortschreibung des LKF-Abrechnungssystems entsprechende Verrech-
nungspunkte vorsieht.

(6) Überwachung der Leistungsangebote durch ein einheitlich organisier-
tes medizinisches Qualitätscontrolling auf Basis vorhandener LKF-Daten
und wissenschaftlicher Auswertungen.

(7) Unterstützung der Steuerungsfunktion des LKF-Systems durch
schrittweise Reduktion des beim Landesfonds für die Tiroler Kranken-
anstalten eingerichteten Ausgleichstopfs von derzeit 61 Mill S. Vergütung
von LDF-Punkten nur für die im TirKAP 1997 festgelegten medizini-
schen Organisationseinheiten.

(8) Festlegung eines Niederlassungsplans für Kassenvertragsärzte unter
Einbeziehung von Kooperationsverträgen und Verwendung von Struktur-
mitteln gemäß der zuvor erwähnten Vereinbarung zur besseren ambulan-
ten Patientenversorgung.



Umweltschutz in den Landeskrankenhäusern

- Abfallbeseitigung
- 28.1 Zunehmende Abfallmengen und neue Vorgaben des Abfallrechts führten Anfang der neunziger Jahre zu stark steigenden Kosten für die Abfallbeseitigung. Durch gezielte Maßnahmen gelang es, die Abfallmenge mehr als zu halbieren und die damit verbundenen Kosten von rd 9,5 Mill S (1993) auf 5,4 Mill S (1996) zu senken. Die Koordination der Abfallwirtschaft der Krankenanstalten der TILAK war ab 1997 geplant.
- 28.2 Der RH bemängelte die Entwicklung von Einzellösungen mit unterschiedlichen Abfallbehandlungsstrategien in den vier Landeskrankenanstalten, die teilweise abfallwirtschaftlichen Prinzipien (Abfallvermeidung, -trennung und -verwertung) widersprachen.
- 28.3 *Laut Mitteilung der TILAK erfolge nunmehr eine Unterstützung der Tiroler Krankenanstalten in Abfallwirtschaftsfragen durch das LKHI.*
- Landeskrankenhaus
Innsbruck
- 29.1 Die abfallwirtschaftlichen Maßnahmen hatten primär die Trennung des Klinikmülls in verwertbare Altstoffe, die Abtrennung der Problemstoffe und die Minimierung der bei der Entsorgung teuren infektiösen Abfälle zum Ziel.
- Zur Umsetzung dieser abfallwirtschaftlichen Maßnahmen wurden die Mitarbeiter geschult sowie Kontaktpersonen als Multiplikatoren und Ansprechpartner in den Stationen angeworben. Im LKHI wurden für die Abfalltrennung Personalkosten von 30 Mill S jährlich ermittelt.
- Die infektiösen Abfälle wurden zu den Entsorgungsbetrieben Simmering transportiert und dort verbrannt. Da die TILAK hierfür über 20 S pro kg bezahlte, war die weitestgehende Verringerung der infektiösen Abfälle entscheidend. Die in der Regel mit kurzen Halbwertszeiten behafteten strahlenden Abfälle wurden in das Langzeitabklinglager des LKHI oder nach Seibersdorf verbracht.
- Von Seibersdorf erfolgte ein Abfalltransport in ein Endlager in Deutschland. In den letzten zwei Jahren wurden rd 2 500 kg strahlenden Abfalls entsorgt, wofür jährlich 400 000 S aufgewendet wurden.
- 29.2 Der RH beurteilte insgesamt die Maßnahmen zur Abfalltrennung, Zwischenlagerung und Entsorgung in Anbetracht der in kurzer Zeit erreichten Minderungen bei den Abfallmengen und Entsorgungskosten als zweckmäßig. Da eine direkte Verbringung strahlenden Materials von Innsbruck zur Endlagerung nach Deutschland Einsparungen erbringen könnte, regte er diesbezügliche Überlegungen an.
- 29.3 *Laut Mitteilung der TILAK werde der Vorschlag des RH geprüft werden.*

- Landeskrankenhaus Hochzirl
- 30.1 Im LKH Hochzirl lag kein Abfallwirtschaftskonzept vor. Abfallwirtschaftliche Aufzeichnungen sowie daraus abgeleitete Kenndaten wurden erst anlässlich der Gebarungsüberprüfung erstellt. Das LKH Hochzirl verfügte über eine eigene Verbrennungsanlage.
- Erhöhte Chlorabgaswerte bei Kontrollmessungen zeigten, daß die Trennung von PVC-hältigen Materialien nur ungenügend erfolgte. Auch die ungefährlichen medizinischen Abfälle wurden an Ort und Stelle verbrannt. Die infektiösen medizinischen Abfälle wurden extern entsorgt.
- Bei der Abfallverbrennung wurde Warmwasser erzeugt, das außerhalb der Heizperiode allerdings nur teilweise genutzt werden konnte. Die anfallende Flugasche war zwischen 1992 und Anfang 1996 fälschlich als Asche von Feuerungsanlagen und damit als ungefährlicher Abfall deklariert worden.
- 30.2 Der RH bemängelte, daß wegen der eigenen Verbrennungsanlage abfallwirtschaftliche Prinzipien unterlaufen, eine Mischmüllverbrennung betrieben und gesetzliche Vorgaben nicht beachtet wurden. Das Ziel der energetischen Nutzung der Abfälle wurde nur eingeschränkt erfüllt.
- 30.3 *Laut Mitteilung der Landesregierung habe die wiederholte Überschreitung der Grenzwerte bei der Verbrennungsanlage im Februar 1998 zu ihrer Schließung geführt.*
- Psychiatrisches Krankenhaus Hall in Tirol
- 31.1 Das PKH Hall verfügte über kein entsprechendes Abfallwirtschaftskonzept. Basis der Mülltrennung war ein Regelblatt vom Juli 1995. Eine getrennte Erfassung verwertbarer Altstoffe war in den einzelnen Gebäudebereichen grundsätzlich möglich. Die konkrete Abfalltrennung wurde in der Praxis von den Betreuern an dazu geeignet erscheinende Patienten übertragen, daher war der Trenneffekt mitunter zweifelhaft.
- Über die angefallenen und entsorgten Abfallmengen konnten keine entsprechenden Aufzeichnungen vorgelegt werden, doch wurden die Jahresmengen der Altstoffe aus Abrechnungen grob rückgerechnet.
- 31.2 Der RH beanstandete, daß im PKH Hall der Abfallwirtschaft gesamthaft wenig Bedeutung zugemessen wurde.
- 31.3 *Die Landesregierung räumte ein, daß ein Abfallwirtschaftskonzept im PKH Hall nicht vorlag. Aufzeichnungen über jene Bereiche, in denen keine Kosten bzw Erlöse anfielen, würden nun bei den Entsorgungsfirmen geführt.*
- 31.4 Der RH erwiderte, daß die Abfallnachweisverordnung die Abfallbesitzer zur Führung fortlaufender Aufzeichnungen verpflichtete.



Sonstige Feststellungen

32 Der RH traf folgende sonstige Feststellungen und Empfehlungen:

(1) Der Leiter der Stabsstelle Qualitätsmanagement übte gleichzeitig eine internistische Konsiliararztstätigkeit im LKH Natters aus. Diese Tätigkeit galt nicht als Dienstzeit. Es war vorgesehen, das zeitliche Ausmaß der Konsiliararztstätigkeit während seiner Dienstzeit nachzuleisten und zu dokumentieren. Der RH stellte fest, daß die mittels Computer zu erfassende Dienstzeit bis Anfang Dezember 1997 1 400 Fehlstunden aufwies.

Laut Auskunft des Arztes sei dies durch Unterlassung der Markierung der täglichen Dienstzeit entstanden. Dies sei mit dem Vorstand abgesprochen und sollte eine Zeiterfassung für Ärzte verhindern. Der RH beanstandete, daß die im Verwaltungsbereich tätigen Ärzte nicht dem gleichen Kontrollmechanismus wie das übrige Personal unterlagen.

(2) Zur fachkundigen Beratung im pharmakologischen Bereich und aus Einsparungs- sowie qualitätssichernden Gründen empfahl der RH die Einrichtung einer Arzneimittelkommission.

(3) Im Zuge der Strukturierung der Medizinischen Fakultät der Universität Innsbruck wurde auch die Einbeziehung vorklinischer Institute (Pathologische Anatomie, Klinische Pharmakologie, Hygiene und Labordiagnostik) in den klinischen Bereich des LKHI erwogen. Endgültige Klärungen im Bereich der Pathologie sowie Bakteriologie und Virologie unterblieben bisher.

Der RH bemängelte das Fehlen von Entscheidungsgrundlagen, insbesondere über das tatsächliche Ausmaß der finanziellen Belastungen für Bund und TILAK. Ferner stand der Umorganisation auch das den Institutsvorständen eingeräumte persönliche Recht der Gebührenverrechnung für Untersuchungsleistungen entgegen.

(4) Die Tarife, welche die Tiroler Gebietskrankenkasse den vorklinischen Instituten für Untersuchungen an ambulanten Spitalspatienten bezahlte, waren erheblich niedriger als jene Tarife, die die Krankenhäuser den Instituten für stationäre Patienten bezahlten. Der RH bemängelte, daß die TILAK Vergleiche mit anderen Kostenträgern unterließ. Er empfahl, einen einheitlichen Kostenersatz für spezielle Laboruntersuchungen von Bundeseinrichtungen (vorklinischen Instituten) für die Tiroler Krankenhäuser festzulegen.

(5) Die LKF bewirkte ein Steigen der stationären Aufnahmen, die auf unterschiedliche Faktoren wie die bessere Abgeltung der 0- und 1-Tagesaufnahmen (Aufnahme und Entlassung am selben Tag oder am Vortag bzw folgenden Tag) im Vergleich zur ambulanten Behandlung zurückzuführen waren. Des weiteren war die teilweise geringe Versorgung durch niedergelassene Fachärzte zu berücksichtigen.

Der RH wies darauf hin, daß aufgrund LKF-bedingter ökonomischer Sachzwänge und wegen arbeitsrechtlicher Maßnahmen (zB Krankenanstalten-Arbeitszeitgesetz) die Zusammenarbeit medizinischer Fächer gefördert wurde und dadurch Betteneinsparungen erzielt werden könnten.

(6) Die Bemühungen des LKHI zur Energieeinsparung beurteilte der RH als zweckmäßig. Er verwies im besonderen auf die Anregungen der Internen Revision.

Schluß- bemerkungen

33 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

(1) Neben der Sicherstellung der medizinischen Versorgung wäre die Verminderung des Betriebsabgangs als weitere zentrale Zielsetzung zu verfolgen.

(2) Die Aufgaben zwischen der TILAK und dem LKHI wären eindeutig und zweckmäßig abzugrenzen.

(3) Die Weiterentwicklung des Tiroler Krankenanstaltenplans wäre nach den Kriterien der Leistungsangebotsplanung unter Beachtung betriebswirtschaftlicher Kriterien vorzunehmen.

(4) Zwischen der TILAK und den vorklinischen Einrichtungen des Bundes im LKHI wären Verträge abzuschließen.

(5) Über die weitere Verwendung der LKH Natters und Hochzirl wäre im Zusammenhang mit den Aufgabengebieten des LKHI zu entscheiden.

(6) Bei den Bezügen von Führungskräften wäre ein erfolgsabhängiger Bezugsbestandteil vorzusehen. Neben einer Leitungsfunktion sollten von ihnen keine Nebenbeschäftigungen ausgeübt werden.

Wien, im Dezember 1999

Der Präsident:

Dr Franz Fiedler

Abkürzungsverzeichnis

A-N

Abs	Absatz
AKH	Allgemeines Krankenhaus
BGBI	Bundesgesetzblatt
BM...	Bundesministerium ...
BMAGS	für Arbeit, Gesundheit und Soziales
BMF	für Finanzen
BMwA	für wirtschaftliche Angelegenheiten
BMWF	für Wissenschaft und Forschung
BMWV	für Wissenschaft und Verkehr
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw	beziehungsweise
KAG	Krankenanstaltengesetz des Bundes
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
LDF	Leistungsbezogene Diagnosefallgruppen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus(-häuser)
LKHI	Landeskrankenhaus (Universitätskliniken) Innsbruck
Mill	Million(en)
Mrd	Milliarde(n)
Nr	Nummer

Abkürzungsverzeichnis

O-Z

ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstaltenplan
PKH	Psychiatrisches Krankenhaus
PVC	Polyvinylchlorid
rd	rund
REM	Remobilisation
RH	Rechnungshof
S	Schilling
S.	Seite
t	Tonne(n)
TB	Tätigkeitsbericht des Rechnungshofes (Verwaltungsjahr)
TILAK	Tiroler Landeskrankenanstaltengesellschaft mbH
TirKAG	Tiroler Krankenanstaltengesetz
TirKAP	Tiroler Krankenanstaltenplan
UOG	Universitäts-Organisationsgesetz
USt	Umsatzsteuer
WB	Wahrnehmungsbericht des Rechnungshofes
zB	zum Beispiel