

# STEIERMÄRKISCHER LANDTAG

## LANDESRECHNUNGSHOF

GZ.: LRH 22 A 2 - 93/9

# BERICHT

betreffend die Prüfung der Leistungsdaten,  
Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse  
der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich  
sowie stichprobenweise Prüfung der Verrechnung  
der Ambulanzleistungen

## INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. PRÜFUNGS-AUFTRAG .....	1
II. EINLEITENDE BEMERKUNGEN .....	2
III. RECHTLICHE GRUNDLAGEN FÜR DIE AMBULANZTÄTIGKEIT .....	7
IV. ABLAUF UND KONTROLLE DER AMBULANZVERRECHNUNG .....	10
V. DATENVERGLEICH IM AMBULANZBEREICH .....	17
VI. DARSTELLUNG DER ENTWICKLUNG DES KOSTEN- DECKUNGSGRADES PRO AMBULANTEM FALL .....	27
VII. BEMERKUNGEN ZU LIMITIERUNGEN UND PÄUSCHALIERUNGEN VON AMBULANZGEBÜHREN .....	40
1. Ausmaß von Gebühren .....	45
2. Untersuchungs- bzw. Behandlungspflicht .....	47
VIII. PRÜFUNG DER AMBULANZGEBÜHRENABRECHNUNGEN MIT DEN EINZELNEN SOZIALVERSICHERUNGS- TRÄGERN .....	51
1. Kontrolle, ob die im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festgelegte Frist bezüglich der Vorlage der Abrechnungs- unterlagen bei den einzelnen Kassen von den Ambulanzen eingehalten wird ...	52
2. Kontrolle, ob die im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festgelegte Frist für die Akontierung und endgültige Honorierung der Ambulanzleistungen durch die Kassen eingehalten wird .....	53
3. Prüfmöglichkeiten der Ambulanzen auf inhaltliche und ziffernmäßige Richtig- keit der Abrechnung bzw. allfällige Reaktionen der Krankenhäuser auf Korrekturen oder Rückweisungen .....	58
4. Bearbeitung der von den Kassen rück- gesendeten Behandlungsscheine .....	64

<b>IX.</b>	<b>NÄHERE PRÜFUNG VERTRAGLICHER BESTIMMUNGEN DER ANLAGE A BZW. DER GÜLTIGEN ZUSATZVER- EINBARUNG UND DES AMBULANZSTRAHLENVERTRAGES AM BEISPIEL DES LANDESKRANKENHAUSES GRAZ ..</b>	<b>67</b>
	1. Zytologische Untersuchungen .....	68
	2. Ultraschalluntersuchungen .....	72
	3. Hämodialyse .....	76
	4. Computertomographie .....	83
	5. Polysomnographie .....	86
	6. Magnetresonanzuntersuchung .....	88
	7. Psychotherapie .....	90
	8. HELP-Therapie .....	93
	9. Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät ..	95
	10. Isotopendiagnostik .....	98
<b>X.</b>	<b>BETRACHTUNGEN ZUR GESTALTUNG DER AMBULANZGEBÜHREN .....</b>	<b>106</b>
<b>XI.</b>	<b>SCHLUSSBEMERKUNG .....</b>	<b>111</b>

**BEILAGENVERZEICHNIS**

- Beilage 1** Einnahmen-Ambulanzgebühren 1987 - 1992  
Einnahmen-Anstalt-Ambulanzgebühren  
1987 - 1992  
Einnahmen-Ärzte-Ambulanzgebühren  
1987 - 1992
- Beilage 2** Urgenz des Landeskrankenhauses Feldbach vom 21. Juni 1993 bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Stmk. Gebietskrankenkasse betr. Nachverrechnung von zu Unrecht zurückgewiesenen Behandlungsscheinen der Gynäkologischen Abteilung - I. - IV. Quartal 1992
- Beilage 3** Schreiben des Landeskrankenhauses Feldbach vom 6. August 1993 betr. Nachverrechnung 1992 der Post 003 - Thorax-Röntgen
- Beilage 4** Schreiben der KAGES vom 15. September 1993 betr. Durchschnittskosten für die Hämodialyse (Kostenerhebung am Landeskrankenhaus Bruck/Mur)
- Beilagen 5/6** Schreiben der Verwaltungsdirektion (Patientenverwaltung bzw. Ambulanzverrechnung) des Landeskrankenhauses Graz vom 6. Mai bzw. 19. Mai 1992 betr. Isotopenlimit

## I. PRÜFUNGS-AUFTRAG

Der Landesrechnungshof hat eine Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie eine stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen durchgeführt.

Mit der Durchführung der Prüfung war die Gruppe 4 des Landesrechnungshofes beauftragt. Unter dem verantwortlichen Gruppenleiter, Hofrat Dr. Karl Bekerle, haben die Einzelprüfungen Oberregierungsrat Dr. Kuno Dickbauer und VB Mag. Georg Grünwald durchgeführt.

Der Landesrechnungshof hat die gegenständliche Prüfung von Mitte April 1993 bis Ende Juli 1993 durchgeführt, wobei sich die Prüfung im wesentlichen auf den Zeitraum 1987 bis 1992 bezog.

## II. EINLEITENDE BEMERKUNGEN

Bereits im Bericht vom 7. Juli 1992, GZ: LRH 22 Z 1 - 91/4, hat sich der Landesrechnungshof in grundsätzlicher Weise mit dem wirtschaftlichen Aspekt der Ambulanztätigkeit befaßt. Zwei wesentliche Aussagen mit unterschiedlichem Bedeutungsgehalt waren das Resultat. Eine bestand in der Feststellung, daß rund 64 % der Ambulanzleistungserlöse im Landeskrankenhaus Graz erzielt werden. Die andere wurzelte in der betriebswirtschaftlich bedeutsamen Feststellung, daß der durchschnittliche Deckungsgrad pro Ambulanzfall in den Jahren 1986 bis 1990 von 56,7 % auf 44,8 % gesunken ist. Eine wirtschaftlich sehr unerfreuliche Entwicklung, wenn man sich vor Augen hält, daß letztlich die öffentliche Hand für die immer größer werdenden Betriebsabgänge aufzukommen hat.

Trotz der wachsenden Schwierigkeiten in bezug auf die Finanzierbarkeit des Krankenhausbetriebes in den öffentlichen Spitälern ist es aber wichtig, daß eine zeitgemäße medizinische Versorgung der Bevölkerung sichergestellt bleibt. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, erscheint es auch notwendig, daß die verantwortliche Krankenhausbetriebsführung im Rahmen ihrer Möglichkeiten beiträgt. Allen Einsparungspotentialen sollte im Hinblick auf die angespannte Finanzlage der Steiermärkischen Krankenanstalten GesmbH (KAGES) mit größter Aufmerksamkeit nachgegangen werden. Jedoch darf eine allfällige Verbesserung in wirtschaftlicher Hinsicht nicht den bestehenden medizinischen Versorgungsstandard belasten oder gar gefährden.

Bevor auf das eigentliche Prüfungsthema übergegangen wird, hält der Landesrechnungshof für angezeigt, einen Gesamtüberblick über Leistungserlöse, Gesamtaufwandsentwicklung und Deckungsverhältnis in der Zeitreihe

der Jahre 1987 bis 1992 zu bringen.

Die **Leistungserlöse** stellen sich wie folgt dar:

	<b>Pflege- gebühren</b>	<b>Besondere Gebühren</b>	<b>Ambulanz- gebühren</b>	<b>Insgesamt</b>	
1987	2494	329	250	3073	i n  M i l l i o n e n
1988	2620	343	290	3253	
1989	2698	358	284	3340	
1990	2779	383	317	3479	
1991	2906	398	347	3651	
1992	3088	422	396	3906	

Daraus ergibt sich, daß zwischen 1987 und 1992 die Leistungserlöse um 27,1 % gestiegen sind.

Wie die Gesamtaufwandsentwicklung im Zeitraum 1987 bis 1992 verlaufen ist, wird in der nachfolgenden Übersicht dargestellt. Zusätzlich wurde wegen des überdurchschnittlich hohen Anteiles der Personalkosten am Gesamtaufwand die Entwicklung des Personalaufwandes tabellarisch erfaßt.

	<b>Gesamt- aufwand</b>	<b>Personal- aufwand</b>	<b>Prozentverhältnis Personalaufwand zu Gesamtaufwand</b>	
1987	5116	3500	68,4	i n  M i l l i o n e n
1988	5571	3591	64,4	
1989	5878	3851	65,5	
1990	6396	4181	65,4	
1991	7164	4744	66,2	
1992	7950	5521	69,4	

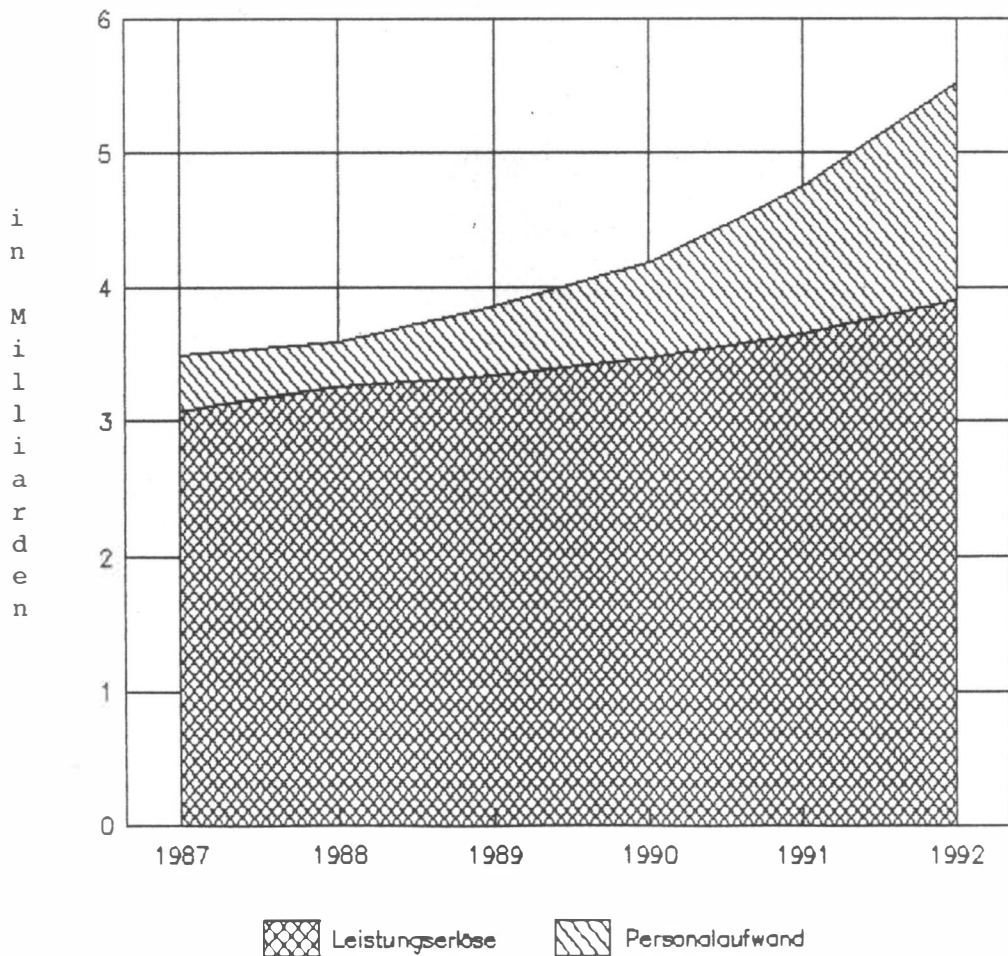
In den Jahren 1987 bis 1992 ist demnach der Gesamtaufwand der KAGES um 55,4 %, der Personalaufwand um 57,7% gestiegen.

Das Deckungsverhältnis der

- \* Leistungserlöse zu Personalaufwand
- \* Leistungserlöse zu Gesamtaufwand

für den Zeitraum 1987 bis 1992 ergibt folgendes Bild:

### Leistungserlöse – Personalaufwand



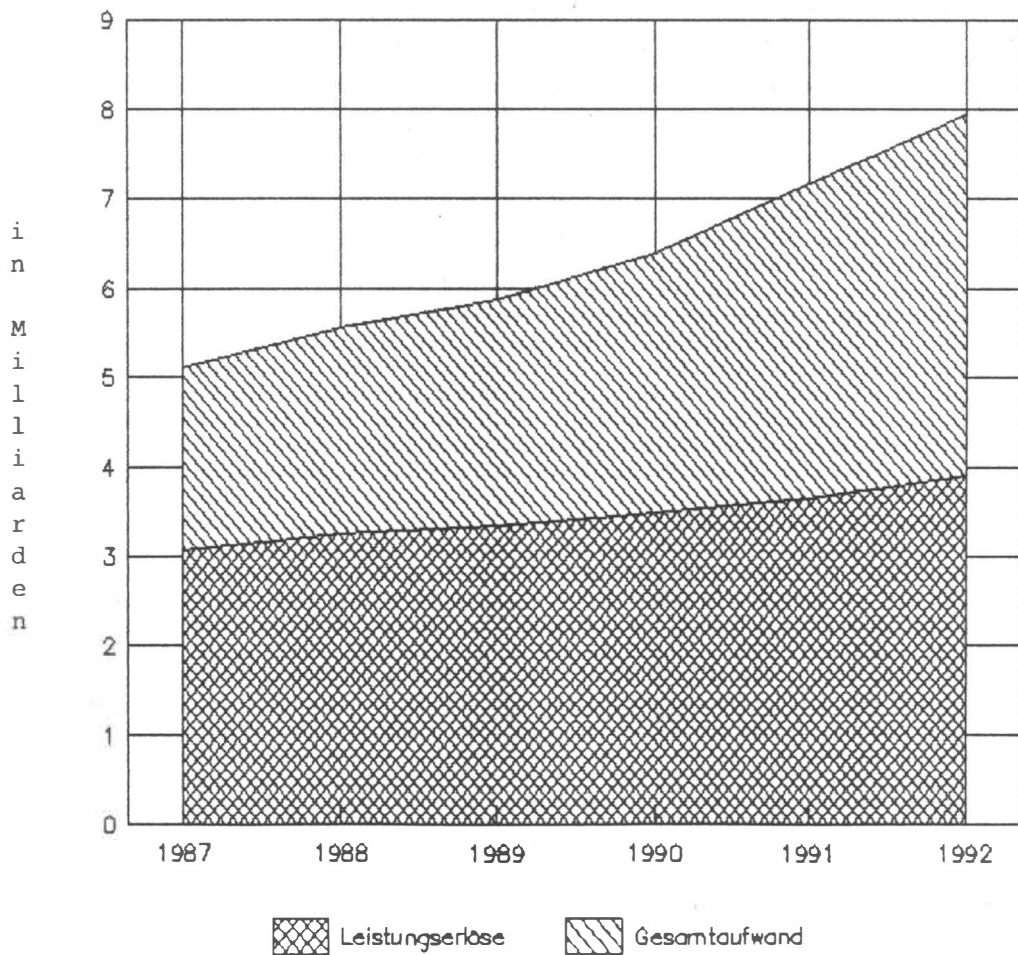


Das bedeutet, daß

1987	noch	87,8 %
1992	nur noch	70,7 %

des Personalaufwandes durch Leistungserlöse gedeckt werden konnten.

### Leistungserlöse – Gesamtaufwand



Die Entwicklung des Deckungsverhältnisses zeigt, daß

1987	noch	60,08 %
1992	nur noch	49,13 %

des Gesamtaufwandes durch Leistungserlöse gedeckt werden konnten. 1991 hat das Deckungsverhältnis noch 50,97 % betragen und wurde 1992 bereits die 50 %-Marke unterschritten.

In den Jahren 1987 bis 1992 hat sich demnach das Betriebsergebnis der KAGES extrem verschlechtert. Eine annähernd gleiche Entwicklung hat das Deckungsverhältnis von durchschnittlichen Kosten pro Ambulanzfall zu durchschnittlichen Erlösen pro Ambulanzfall genommen. Angesichts dieses ungünstigen Wirtschaftsergebnisses hat sich der Landesrechnungshof in den nachfolgenden Kapiteln eingehend mit den Gebarungsverhältnissen im Ambulanzbereich beschäftigt.

### III. RECHTLICHE GRUNDLAGEN FÜR DIE AMBULANZTÄTIGKEIT

Nach der Bestimmung des § 34 Abs. 1 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957 (KALG), LGBI. Nr. 78, in der derzeit geltenden Fassung, sind in öffentlichen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten Personen, die einer stationären Pflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln. Alle unter der Rechtsträgerschaft der KAGES geführten Krankenanstalten unterliegen in bezug auf ihre Ambulanztätigkeit dieser gesetzlichen Regelung.

**Gesetzlicher Anspruch besteht auf folgende ambulante Leistungen:**

- \* Erste ärztliche Hilfe oder
- \* Nachbehandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege oder
- \* Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden aufgrund einer Zuweisung durch den behandelnden Arzt, sofern diese außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen oder
- \* Befunderhebungen vor Aufnahme in die Anstaltspflege infolge ärztlicher Zuweisung oder
- \* Organ- oder Blutspenden oder
- \* Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften.

Für jede in der Krankenanstalt vorgenommene Untersuchung und Behandlung einschließlich der Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften können vom Rechtsträger der Krankenanstalt Ambulanzgebühren eingehoben werden.

Die Ambulanzgebühren setzen sich gemäß § 37a Abs. 1

leg. cit. aus einer

- o **Anstaltsgebühr** für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und einer
- o **Arztgebühr**

zusammen.

Die Anstaltsgebühr stellt einen Erlös dar, der der Krankenanstalt aus den vereinnahmten Ambulanzgebühren verbleibt. Die Arztgebühr als Teil der Ambulanzgebührenerlöse wird an die anspruchsberechtigten Ärzte weitergeleitet.

Im Hinblick auf die Entgeltleistung für ambulante Untersuchungen und Behandlungen ist bei den Ambulanzpatienten zwischen zwei Gruppen zu unterscheiden. Für jene Personen, die direkt mit dem Spital abrechnen (Selbstzahler), werden die Ambulanzgebühren durch die Landesregierung im Wege einer **Verordnung** gemäß § 37a Abs. 2 leg. cit. festgesetzt.

Davon abweichend wird für die als versichert geltenden Personen die Ambulanzgebühr gemäß § 47 Abs. 1 leg. cit. durch Abschluß **privatrechtlicher Verträge** zwischen den Sozialversicherungsträgern und den Rechtsträgern von öffentlichen Krankenanstalten geregelt.

Insbesondere haben diese Verträge das **Ausmaß** der zu entrichtenden Sondergebühren, zu denen die Ambulanzgebühren zählen, zu enthalten. Vertragsparteien sind der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Einvernehmen mit den in Betracht kommenden

Versicherungsträgern und der Rechtsträger der Krankenanstalt.

Verträge der vorgenannten Art sind beispielsweise

- o der Allgemeine Ambulanzvertrag 1986 in der Fassung der 6. Zusatzvereinbarung,
- o der Ambulanz-Strahlenvertrag 1961 in der Fassung der 4. Zusatzvereinbarung vom 6. September 1990.

Derartige Verträge bedürfen zu ihrer Rechtswirksamkeit gemäß § 15 Abs. 3 leg. cit. der Genehmigung der Landesregierung.

Wie sich der Landesrechnungshof überzeugen konnte, hat die KAGES regelmäßig dieser gesetzlichen Vorschrift entsprochen. Bezüglich der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 steht die Genehmigung noch aus.

#### IV. ABLAUF UND KONTROLLE DER AMBULANZVERRECHNUNG

Im § 34 Abs. 5 KALG ist verankert, daß das Anstaltsambulatorium in geeigneter Weise Aufzeichnungen zu führen hat, in denen die Benützer des Ambulatoriums mit Vor- und Zunamen, Geburtsdaten und Anschrift unter Anführung der Vorgeschichte der Erkrankung, der Diagnose und der Therapie sowie allenfalls des Kostenträgers und der vorgeschriebenen Behandlungsgebühr zu verzeichnen sind.

Die im Ambulanzbetrieb verwendeten Drucksorten der Landeskrankenhäuser Feldbach, Deutschlandsberg und Bruck/Mur wurden vom Landesrechnungshof eingesehen. Hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung entsprechen diese den gesetzlichen Anforderungen. Unterschiede bestehen nur in Größe, Ausführung und Farbgebung, wodurch keine Einheitlichkeit gegeben ist. Die Beschaffung der anstaltsspezifisch ausgeführten Ambulanzkarten nimmt jede einzelne Anstalt auf Basis einer Ausschreibung selbst wahr.

Nach Meinung des Landesrechnungshofes wäre zu überlegen, ob nicht für alle Krankenanstalten einheitliche Formulare eingeführt werden sollten, weil für eine größere Bestellmenge ein günstigerer Beschaffungspreis erzielt werden könnte.

Über jeden Patienten, der eine Ambulanz aufsucht, wird eine Ambulanzkarte angelegt, an die im Regelfall entweder ein Kranken- und Behandlungsschein, ein Ambulanzschein oder Erste-Hilfe-Schein angeschlossen wird. Diesen verschiedenen Behandlungsscheinen kommt im Verrechnungssystem der Ambulanzen besondere Bedeutung zu, die darin besteht, daß die Behandlungsscheine einerseits den **einzigsten Beleg** in der Abrechnungsabwicklung mit den Sozial-

versicherungsträgern bilden, und zum anderen für die Krankenanstalt ohne diesen Beleg eine Kontrolle der abgerechneten Leistungen auf deren vollständige Erstattung undurchführbar ist.

Das in den Ambulanzstellen der Landeskrankenhäuser Graz, Bruck/Mur und Feldbach mit den im Ambulanzbereich üblichen administrativen Tätigkeiten befaßte Personal führt auch die zur Verrechnung notwendigen Eintragungen auf den Behandlungsscheinen durch. Die verrechnungsfertigen Behandlungsscheine werden sodann an die Ambulanzverrechnungsstelle der Krankenanstalt weitergeleitet.

Etwas anders wird im Landeskrankenhaus Deutschlandsberg verfahren. Hier werden von der zentralen Ambulanzstelle die Behandlungsscheine nicht ausgefüllt, sondern besorgt das die Verrechnungsstelle aufgrund von Leistungsmeldungen. Ein rein organisatorischer Unterschied.

Von der Ambulanzverrechnungsstelle werden zu Verrechnungszwecken die Behandlungsscheine nach sogenannten "§ 2-Kassen" und "kleinen Kassen" geordnet; in Graz führt diese Arbeit bereits die Ambulanzstelle durch.

Zu den "§ 2-Kassen" zählen im wesentlichen die Gebietskrankenkasse (GKK), die Betriebskrankenkassen Donawitz, Kindberg, Zeltweg, Boehler, Pengg und die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues; zu den Sonderversicherungsträgern, auch "kleine Kassen" genannt, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und die Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen.

Die Verrechnung der § 2-Kassen wird von der bei der

GKK eingerichteten "Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle (GAEV)" besorgt.

Die Behandlungsscheine der § 2-Kassen, vor allem die der GKK, die weitaus den überwiegenden Anteil an den gesamten Behandlungsscheinen einnehmen, werden in der Ambulanzverrechnungsstelle fortlaufend numeriert. Die bisherigen Vorgänge wiederholen sich in jeder aus einem Quartal bestehenden Abrechnungsperiode.

Angesichts der Vielzahl von Behandlungsscheinen, die bei den § 2-Kassen anfallen, läuft die Ambulanzverrechnung überall nach dem gleichen Muster ab:

- Sämtliche verrechnungsfertigen Ambulanzscheine werden an die GAEV übermittelt, ohne daß eine gesonderte Rechnungslegung erfolgt.
- Aus buchhalterischen Gründen wird mit Hilfe eines Näherungswertes ein Forderungsbetrag errechnet, der in der Krankenhausbuchhaltung vorläufig als Forderung verbucht wird. Nachdem die Abrechnung der GAEV vorliegt, kommt es zu einer Korrekturbuchung.

Eine Form der Rechnungslegung, der eine exakte Feststellung des tariflich vereinbarten Leistungsbetrages mit einer anschließenden Endsummenbildung aller einzelnen Beträge vorausgehen würde, würde übermäßig viel Zeit beanspruchen. Nach den erhaltenen Auskünften könnte in diesem Fall mit den personellen Ressourcen der vereinbarungsgemäße Zeitrahmen für die Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern, das ist bis zum 20. des dem Quartal folgenden Monats, nicht eingehalten werden.

Bei den "kleinen Kassen" dagegen wird der genaue Forde-



rungsbetrag durch Summation der pro Behandlungsschein sich ergebenden Verrechnungsbeträge gebildet.

Im Zuge der Rechnungslegung werden die Behandlungsscheine, die, wie schon erwähnt, den **einzigen Beleg** sowohl für die Ambulanzverrechnungsstelle als auch für die Sozialversicherungsträger darstellen, geschlossen vorgelegt. Den Ambulanzverrechnungsstellen **fehlen** diese Belege für eine **allfällige Kontrolle**.

Infolge des mit den § 2-Kassen praktizierten Abrechnungssystems ist der Ambulanzverrechnungsstelle unbekannt,

- o wie hoch der genaue Forderungsbetrag im Quartal sein müßte,
- o ob der von der GAEV gleichsam für die Krankenanstalten ausgerechnete Quartalsvergütungsbetrag mit den verrechneten Leistungen übereinstimmt oder
- o ob alle in Rechnung gestellten Leistungen von der GAEV bearbeitet und in ihrer Abrechnung berücksichtigt wurden.

Im Normalfall enthält die Abrechnung der GAEV vergütungsschmälernde Rückweisungen, die insgesamt von der Ambulanzverrechnungsstelle einer Nachkontrolle zu unterziehen wären. Die rückweisungsbe gründenden, auf der Abrechnung der GAEV aufscheinenden Anmerkungen bestehen aus standardisierten Texten, die nicht immer ausreichend den Rückweisungsgrund, demzufolge Kürzungen getätigt werden, für eine Kontrolle umschreiben.

Aufgrund der vorangegangenen Ausführungen ist leicht abschätzbar, daß eine lückenlose Kontrolle einer GAEV-Abrechnung durch die Ambulanzverrechnungsstelle mit

einem hohen zeit- und kostenmäßigen Aufwand verbunden wäre. Darüber befragt, ob eine vollständige Kontrolle durchgeführt werde, erklärten Mitarbeiter der Ambulanzverrechnungsstellen, daß sie im Rahmen der personellen Möglichkeiten kontrollieren würden. Die geschilderte Kontrollintensität bewegte sich in einer Bandbreite von Kaum-Prüfungen bis hin, daß einiges doch kontrolliert werde. Von einer vollständigen Kontrolle war in keinem Fall die Rede.

Ergänzend dazu wurde zum Ausdruck gebracht, daß seitens der KAGES keine Dienstanweisungen, Anleitungen, Richtlinien u. dgl. vorhanden wären, die den diesbezüglich erforderlichen Kontrollvorgang detailliert festlegen oder einheitlich vorschreiben würden.

Wie umständlich sich die Nachkontrolle einer Abrechnung der GAEV gestaltet, läßt sich daran ermessen, daß die GKK eine Einsichtnahme in die abgerechneten Behandlungsscheine nur im eigenen Haus gewährt. Unweigerliche Folge davon ist eine Dienstreise des kontrollierenden Krankenhausmitarbeiters, abgesehen vom damit verbundenen Zeitaufwand.

Im Kapitel VIII/3 des vorliegenden Berichtes finden sich konkrete Beispiele, aus denen zu ersehen ist, wie wichtig es ist, daß die Kontrolltätigkeit nicht vernachlässigt bzw. sorgfältig wahrgenommen wird.

Auch die Interne Revision der KAGES hat, wie aus einem Schreiben an die Verwaltungsdirektion des **Landeskrankenhauses Deutschlandsberg** vom 2. März 1992 hervorgeht, eine Prüfung von Ambulanzabrechnungen vorgenommen. Geprüft wurde die chirurgische Ambulanz ab dem 3. Quartal

1988 bis zum 2. Quartal 1991 und ergab sich, daß die GAEV erhebliche Streichungen und daher Minderzahlungen zu tatsächlichen Leistungen vorgenommen habe. Die errechnete Minderzahlung im Röntgenbereich in Gesamthöhe von S 320.682,-- bzw. im Nicht-Röntgenbereich in der Gesamtsumme von S 228.161,80 (zusammen S 548.843,80) scheint, so der Wortlaut dieses Schreibens, jedoch den Relationsrahmen bei weitem zu übersteigen.

Der Landesrechnungshof merkt dazu an, daß selbst die Interne Revision der KAGES mit diesem Prüfergebnis auf Mißstände in der Ambulanzabrechnungskontrolle hinweist.

Konsequenzen auf dieses Prüfergebnis der Internen Revision folgten von Seite der KAGES offenbar keine, denn der Landesrechnungshof hat im Verlaufe der Prüfung der Ambulanzen nicht den Eindruck gewonnen, daß seither das Kontroll- bzw. Abrechnungssystem in den Ambulanzen effizienter gestaltet worden sei. Die weiteren Ausführungen im Bericht untermauern überdies diesen Eindruck.

Umso erwähnenswerter erscheint es daher, daß die Mitarbeiter im Landeskrankenhaus Deutschlandsberg aus **Eigeninitiative** auf den Ambulanzkarten das Röntgenformat und die dazugehörigen Tarifleistungspositionen vermerken. Richtlinien oder Dienstanweisungen, die diesen Vermerk vorgang vorschreiben würden, bestünden, wie von Seite der Mitarbeiter zu erfahren war, keine.

Durch die Anbringung dieses Vermerkes eröffnet sich eine, wenn auch nicht sehr umfassende, hausinterne Kontrolle der diesbezüglichen Ambulanzabrechnungen.

Die mehr als angespannte Finanzlage der KAGES müßte nach Ansicht des Landesrechnungshofes Grund genug dafür

sein, daß mit größtmöglicher Sorgfalt jeder möglichen Einnahmequelle nachgegangen wird, um eine Minimierung des Betriebsabganges zu erreichen.

Am Rande dieser Thematik wird noch darauf aufmerksam gemacht, daß der Betrieb eines Anstaltsambulatoriums vom Rechtsträger der Krankenanstalt gemäß § 34 Abs. 6 KALG durch eine Ambulatoriumsordnung zu regeln ist. Die Prüfung auf Einhaltung dieser Vorschrift hat ergeben, daß in keinem der geprüften Spitäler eine derartige Ordnung vorhanden ist.

## V. DATENVERGLEICH IM AMBULANZBEREICH

Vom KRAZAF werden die Kostenrechnungsergebnisse und Statistikdaten der Krankenanstalten, so auch die der Ambulanzen, jährlich ausgewertet. Zum Zwecke der Vergleichbarkeit der Auswertungsergebnisse miteinander, hat der KRAZAF Richtlinien für ein einheitliches System der Leistungserfassung und Leistungsstatistik in den Krankenanstalten herausgegeben.

In den folgenden Übersichten werden Leistungsdaten und Kostenstellenrechnungsergebnisse der

chirurgischen Ambulanz  
internen Ambulanz und  
gynäkologischen Ambulanz

aller auswärtigen Spitäler, soweit Daten erreichbar waren, gegenübergestellt. Das Datenmaterial wurde den KRAZAF-Auswertungen aus dem Jahr 1991 entnommen, da im Prüfungszeitpunkt für 1992 noch keine Daten vorlagen.

Buchhalterisch stellen Ambulanzen nicht-bettenführende Hauptkostenstellen im Sinne der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung dar, und ist gemäß dieser ein Kostenstellenverantwortlicher namhaft zu machen.

Den folgenden Auswertungen werden die einzelnen Begriffsbestimmungen vorangestellt:

### **Ambulante Fälle:**

Anzahl der nicht-stationären Patienten, die auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle während eines Jahres mit **einem** Krankheitsfall behandelt werden und die von außerhalb der Krankenanstalt kommend diese nicht-

bettenführende Hauptkostenstelle **direkt aufsuchen.**

**Untersuchungs-/Behandlungsplätze:**

Anzahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle. Ein Untersuchungs-/Behandlungsplatz ist ein Arbeitsplatz, an dem ein Patient untersucht/behandelt wird. Besteht die Möglichkeit, **mehrere Patienten gleichzeitig zu untersuchen/behandeln**, so ist die entsprechende Anzahl der Untersuchungs-/Behandlungsplätze für Patienten (z. B. Wiegen, Kojen, Behandlungsstühle) **anzugeben.**

**Leistungen an ambulanten Patienten:**

Anzahl der Untersuchungen und Behandlungen an ambulanten Patienten einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle.

**Korrigierte Beschäftigte:**

Anzahl der Personen, umgerechnet auf Vollzeitbeschäftigung nach Beschäftigungsdauer und Arbeitszeit, welche im Erhebungsjahr in Dienstverwendung der Krankenanstalt stehen und der nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle zugeordnet sind.

Die Anzahl der Personen je Kostenstelle muß im Zusammenhang mit den in der Kostenstellenrechnung verrechneten Personalkosten stehen.

**Frequenzen an ambulanten Patienten:**

Anzahl der Besuche von ambulanten Patienten einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle.

CHIRURGISCHE AMBULANZEN

Landeskrankenhaus	Ambulante Fälle	U/B-Plätze	Behandlungen gesamt	Korrigierte Beschäftigte	Behandlungen pro Tag	Durchschn. Personalkosten je korr.Besch. des Ambulanzbereiches	Durchschn. Personalkosten je korr.Besch. des Gesamtbetriebes
Bruck/Mur	9.027	4	37.648	12,8	103	518.565	418.620
Leoben	12.529	9	105.900	19,8	290	524.679	410.651
Bad Aussee	3.292	2	10.561	8,0	29	543.977	420.254
Bad Radkersburg	5.408	3	14.164	4,0	39	424.068	414.371
Deutschlandsberg	9.280	8	41.606	12,7	114	490.746	415.434
Feldbach	9.757	9	25.986	8,0	71	505.821	415.336
Fürstenfeld	7.781	5	48.786	10,6	134	494.311	416.645
Hartberg	10.799	5	40.790	14,8	112	503.029	415.396
Judenburg	7.636	2	22.459	10,3	62	496.517	417.889
Knittelfeld	10.615	11	63.380	15,3	174	447.793	410.909
Mariazell	1.686	1	6.548	4,2	18	668.790	421.715
Mürzzuschlag	6.177	2	27.199	10,1	75	566.312	414.857
Rottenmann	8.754	4	21.929	5,6	60	508.987	397.181
Voitsberg	7.477	3	64.388	6,4	176	520.775	416.622
Wagna	12.672	3	90.639	11,7	248	515.235	418.690

Eine nähere Betrachtung der vorstehenden Basisdaten in bezug auf das Verhältnis von Untersuchungs-/Behandlungsplätzen zu korrigierten Beschäftigten ergibt in einigen Krankenanstalten eine nicht zufriedenstellende Situation. Zu den Krankenanstalten, auf die das besonders zutrifft, zählen das

LKH Bad Aussee	mit 2 U/B-Plätzen,	8,0 korr.Beschäftigten
LKH Judenburg	mit 2 U/B-Plätzen,	10,3 korr.Beschäftigten
LKH Mürzzuschlag	mit 2 U/B-Plätzen,	10,1 korr.Beschäftigten
LKH Wagna	mit 3 U/B-Plätzen,	11,7 korr.Beschäftigten
LKH Mariazell	mit 1 U/B-Platz,	4,2 korr.Beschäftigten

Demnach ist festzustellen, daß das Verhältnis zwischen Untersuchungs-/Behandlungsplätzen und korrigierten Beschäftigten auf eine personelle Überbesetzung hindeutet. Relativierend wirkt nur die Behandlungskapazität, ganz besonders im Falle der Ambulanztätigkeit im Landeskrankenhaus Wagna. Hier werden mit 11,7 korrigierten Beschäftigten 90.639 Behandlungen durchgeführt. Das ändert aber nichts an der vorhin getroffenen Feststellung, daß die Untersuchungs-/Behandlungsplätze im Vergleich zu den korrigierten Beschäftigten nach der KRAZAF-Basisdatenauswertung mit zuviel Personal ausgestattet erscheinen.

Noch zutreffender ist diese Feststellung bei der chirurgischen Ambulanz der Landeskrankenhäuser Judenburg und Mürzzuschlag, wo auf jeweils zwei Untersuchungs-/Behandlungsplätze 10,3 bzw. 10,1 korrigierte Beschäftigte kommen; die Behandlungsleistung aber nur 22.459 bzw. 27.199 Behandlungen beträgt. Gemessen an der Behandlungsleistung in der Ambulanz im Landeskrankenhaus Voitsberg mit **64.388** Behandlungen bei **6,4** korrigierten Beschäftigten sind die vorangeführten Zahlenwerte als auffallend



niedrig zu bezeichnen.

Zu ersehen ist außerdem, daß die durchschnittlichen Personalkosten pro korrigiertem Beschäftigten im Ambulanzbereich einiges höher liegen als jene der korrigierten Beschäftigten im Gesamtbetrieb. Differenzen bis rund S 247.000,-- sind feststellbar.

**INTERNE AMBULANZEN**

Landeskrankenhaus	Ambulante Fälle	U/B-Plätze	Behandlungen gesamt	Korrigierte Beschäftigte	Behandlungen pro Tag	Durchschn. Personalkosten je korr.Besch. des Ambulanzbereiches	Durchschn. Personalkosten je korr.Besch. des Gesamtbetriebes
Bruck/Mur	2.231	5	31.330	6,7	86	435.570	418.620
Leoben	4.217	6	50.947	4,7	140	504.706	410.651
Bad Aussee	1.544	2	10.655	2,6	29	555.891	420.254
Bad Radkersburg	1.129	1	3.817	1,5	10	550.920	414.371
Deutschlandsberg	1.372	7	22.606	8,7	62	576.581	415.434
Feldbach	1.190	5	17.891	5,8	49	467.900	415.336
Fürstenfeld	3.096	3	3.096	1,3	8	535.629	416.645
Hartberg	2.137	4	30.815	7,6	84	528.994	415.396
Knittelfeld	2.358	3	25.226	9,4	69	508.271	410.909
Mürzzuschlag	984	3	14.973	5,5	41	498.186	414.857
Rottenmann	2.170	4	18.071	5,7	50	407.039	397.181
Wagna	2.437	3	26.532	3,8	73	516.470	418.690
Hörgas-Enzenbach	1.738	4	21.828	6,1	60	477.139	367.183
Stolzalpe	136	1	1.720	1,0	5	668.241	399.240

Hier fällt besonders auf, daß die durchschnittlichen Personalkosten pro korrigiertem Beschäftigten in der Ambulanz der angeführten Krankenanstalten im Betrage zwischen rund S 10.000,-- bis S 270.000,-- über jenen liegen, wie sie für den Gesamtbetrieb errechnet wurden.

Aus diesem Grunde scheint eine Überprüfung der Personalkostenzuordnung vordringlich.

Außerdem zeigt sich, daß in der internen Ambulanz im Landeskrankenhaus Fürstenfeld drei Untersuchungs-/Behandlungsplätze mit nur 1,3 korrigierten Beschäftigten besetzt sind.

In den Landeskrankenhäusern Knittelfeld, Mürzzuschlag und Wagner sind ebenfalls drei Untersuchungs-/Behandlungsplätze eingerichtet. Zum Unterschied zu Fürstenfeld umfaßt die Personalausstattung 9,4, 5,5 bzw. 3,8 korrigierte Beschäftigte.

Bezieht man in die Betrachtung noch ein, daß im Jahr 1991 im Landeskrankenhaus Knittelfeld mit 9,4 korrigierten Beschäftigten 25.226 Behandlungen, im Landeskrankenhaus Wagner mit 3,8 korrigierten Beschäftigten 26.532 Behandlungen durchgeführt wurden, so verstärkt sich der Eindruck, daß das vorliegende Datenmaterial keinen realen Hintergrund haben kann.

Ein noch extremeres Bild liefert eine Betrachtung der Ambulanzdaten im Landeskrankenhaus Leoben. Danach werden mit 4,7 korrigierten Beschäftigten 50.947 Behandlungen durchgeführt.

GYNÄKOLOGISCHE AMBULANZEN

Landes- krankenhaus	Ambulante Fälle	U/B- Plätze	Behandlungen gesamt	Korr. Besch.	Frequenzen pro Tag	Behandlungen pro Tag	Pers.Kosten je korr.Besch.	Durchschn. vorläufige Pers.Kosten je korr.Besch.
Leoben	3.450	2	12.253	2,8	23	34	558.510	410.651
Bruck/Mur	2.253	4	18.455	5,5	36	51	671.954	418.620
Rottenmann	2.464	3	6.818	2,8	15	19	448.862	397.181
Judenburg	1.893	2	18.269	4,6	38	50	599.850	417.889
Voitsberg	6.570	1	13.159	3,2	27	36	643.809	416.622
Deutsch- landsberg	2.395	3	6.344	4,1	17	17	689.194	415.434

Für Feldbach gibt es 1991 noch keine Basisdaten.

Bezüglich der Personalkosten der gynäkologischen Ambulanz des Landeskrankenhauses Deutschlandsberg ist festzustellen, daß diese mit S 689.194,-- pro korrigiertem Beschäftigten an der Spitze liegen.

Täglich werden 17 Behandlungen durchgeführt. Dieser Wert ist unter allen vergleichbaren der niedrigste.

Trotz einer geringfügig höheren Tageskapazität von 19 Behandlungen betragen die Personalkosten pro korrigiertem Beschäftigten im Landeskrankenhaus Rottenmann im Jahresschnitt nur S 448.862,--.

Daraus errechnet sich ein höchst aufklärungsbedürftiger Differenzbetrag von S 240.332,--, um den die Personalkosten pro korrigiertem Beschäftigten im Landeskrankenhaus Deutschlandsberg höher liegen; in Prozenten sind dies 53,5 %. Dieser überaus große Unterschied gerade bei den Personalkosten sollte einer Überprüfung unterzogen werden.

Aufmerksamkeit sollte auch dem Umstand zugewandt werden, daß im Landeskrankenhaus Bruck/Mur auf 2.253 ambulante Fälle 18.455 Behandlungen entfallen. Das bedeutet nämlich, daß jeder ambulante Fall im Durchschnitt 8,2mal zu einer Behandlung in die Ambulanz kommt.

Im Landeskrankenhaus Judenburg zieht ein ambulanter Fall 9,6malige Behandlungen nach sich, wie sich aus der Zahl der ambulanten Fälle von 1.893 zu 18.269 Behandlungen ergibt.

Verglichen mit der Häufigkeit der auf einen ambulanten Fall folgenden Behandlungen in den sonstigen gynäkologischen Ambulanzen, in denen zwei bis 3,5 Behandlungen

je ambulatem Fall durchgeführt werden, liegen die Werte in Bruck/Mur und Judenburg auffallend darüber.

In der vorliegenden Übersichtstabelle wurden außerdem die durchschnittlichen Personalkosten pro korrigiertem Beschäftigten sowohl im Ambulanzbetrieb als auch Gesamtbetrieb der Krankenanstalt eingetragen. Es zeigt sich im Vergleich, daß die durchschnittlichen Personalkosten im Ambulanzbereich pro korrigiertem Beschäftigten um rund S 50.000,-- bis S 275.000,-- höher als die für den Gesamtbetrieb errechneten liegen. Auch in diesem Fall sollte eine Überprüfung durchgeführt werden.

Aufgrund der vorstehend angeführten Beispiele vertritt der Landesrechnungshof die Meinung, daß die Datennähe zu den tatsächlichen Verhältnissen nicht immer gegeben erscheint.

## VI. DARSTELLUNG DER ENTWICKLUNG DES KOSTENDECKUNGSGRADES PRO AMBULANTEM FALL

Am Beispiel der Landeskrankenhäuser Graz, Bruck/Mur, Deutschlandsberg und Feldbach wird die Entwicklung des Kostendeckungsgrades pro ambulantem Fall aufgezeigt.

Der Kostendeckungsgrad wurde jeweils aus der Sicht der Sozialversicherungsträger und der KAGES dargestellt.

Vor allem der letzteren Sichtweise gilt in diesem Kapitel das eigentliche Interesse, weil sich darin das Deckungsverhältnis der durchschnittlich der KAGES verbleibenden Erlöse zu den durchschnittlich ihr erwachsenden Kosten pro Ambulanzfall widerspiegelt. Bei der Berechnung des Deckungsgrades ohne Arztgebühr in der letzten Spalte der nachfolgenden Übersichten wurde nur der Anteil der leitenden Ärzte an den Ambulanzgebührenerlösen abgezogen. Dies deshalb, da der Anteil der beihilfeleistenden Ärzte an den Ambulanzgebühren in den durchschnittlichen Kosten pro ambulantem Fall mitenthalten ist.

Das in den Übersichten verwendete Datenmaterial wurde den jährlichen Kostenrechnungsauswertungen des KRAZAF, und zwar bis zum Jahr 1991, weil im Zeitpunkt des Abschlusses der Prüfung die Auswertungen für 1992 noch nicht vorlagen, einer Zusammenstellung der KAGES über die Ambulanzgebühreneinnahmen, untergliedert nach Anstalts- und Arztgebührenanteilen (Beilage 1), sowie den jeweiligen Haushaltslisten entnommen.

Landeskrankenhaus Graz

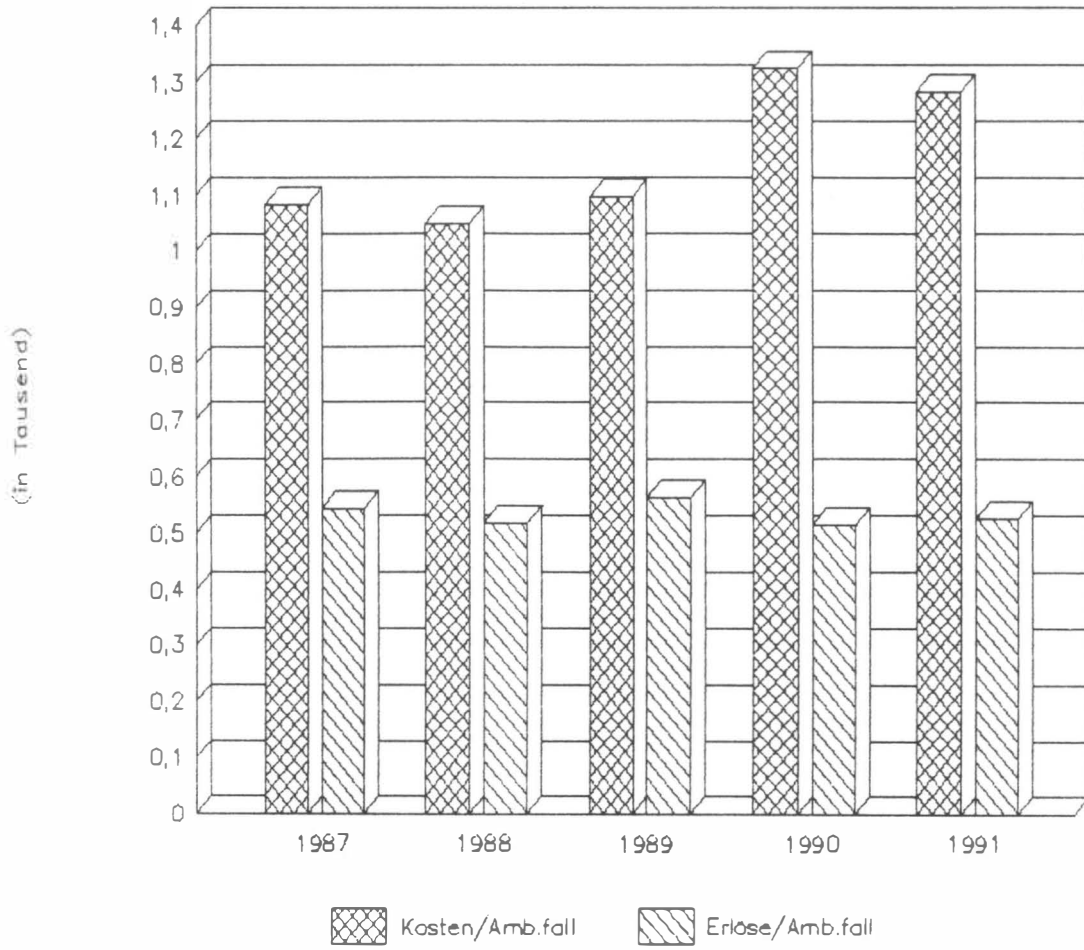
	Amb.Fälle	Durchschn. Kosten pro Amb.Fall	Durchschn. Erlös pro Amb.Fall	Deckungsgrad Amb.Gebühren	Durchschn.der KAGES verbleibender Erlös pro Amb.Fall inkl. Arztgebührenanteil d. beihilfeleist.Ärzte	Deckungsgrad ohne Arztgebühren- anteil der leitenden Ärzte
1987	257.964	1.082,--	629,03	58,1 %	542,25	50,1 %
1988	290.805	1.047,--	596,90	57,0 %	517,83	49,5 %
1989	308.236	1.097,--	627,--	57,2 %	562,76	51,3 %
1990	333.415	1.324,--	585,25	44,2 %	514,--	38,8 %
1991	381.690	1.283,--	586,86	45,7 %	525,94	41,0 %

"Deckungsgrad Ambulanzgebühren" entspricht der Sichtweise der Sozialversicherungsträger,

"Deckungsgrad ohne Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte" der der KAGES.



# LKH Graz



## **Landeskrankenhaus Graz**

Wie aus obiger Gegenüberstellung hervorgeht, konnte die KAGES 1987 auf einen durchschnittlichen Erlös pro Ambulanzfall von S 629,03 zurückblicken, 1991 ergibt sich nur ein Betrag von S 586,86, d. h. der KAGES ist es nicht gelungen, die Kostensteigerungen mit den Gebühren (Tarifen) abzufangen, ja nicht einmal den Einnahmenstand von 1987 zu halten.

Im Kostendeckungsgrad pro Ambulanzfall wird diese Entwicklung ebenso deutlich sichtbar. Dieser betrug im Jahr 1987 noch 58,1 % und ist auf 45,7 % im Jahr 1991 gefallen.

Werden die Arztgebührenanteile der leitenden Ärzte als Teil der Ambulanzgebühren in Abzug gebracht, so sinkt der Kostendeckungsgrad im gleichen Zeitraum von anfänglich 50,1 % auf 41 %.

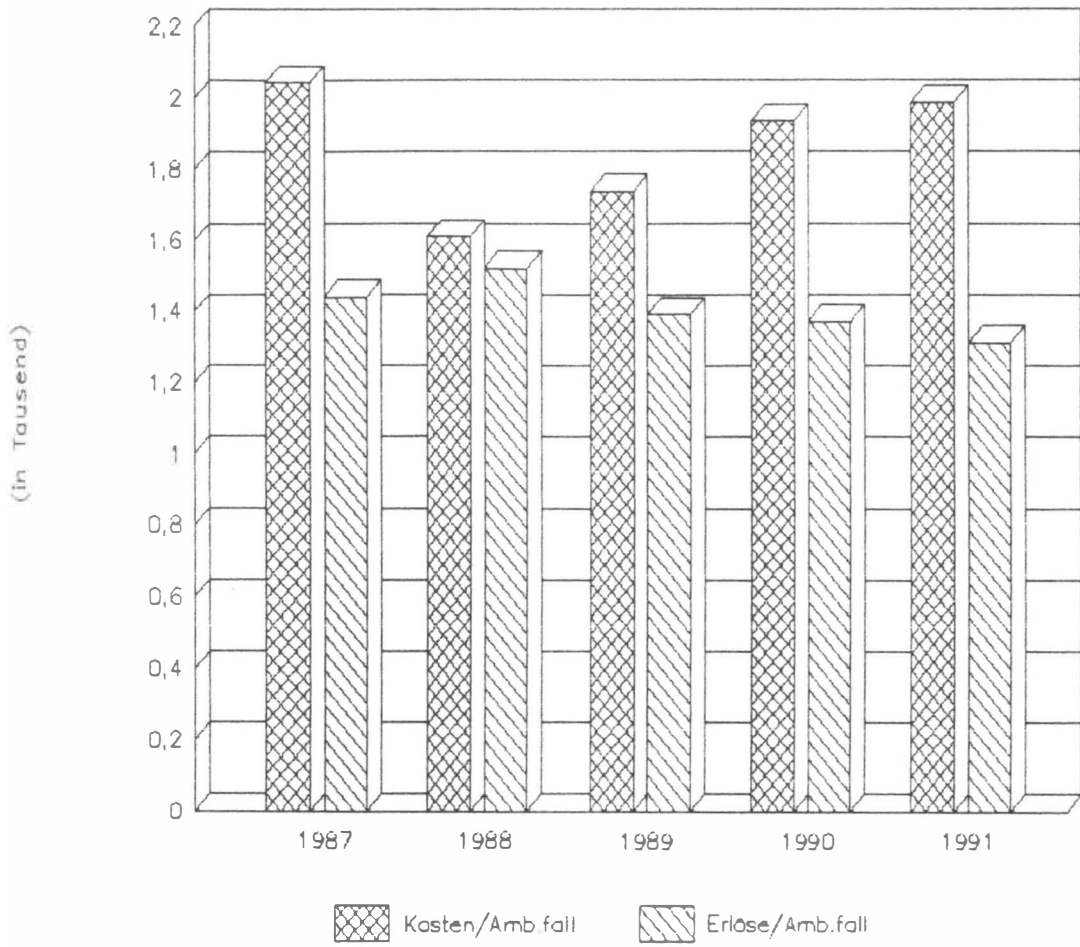
Landeskrankenhaus Bruck/Mur

	Amb. Fälle	Durchschn. Kosten pro Amb. Fall	Durchschn. Erlös pro Amb. Fall	Deckungsgrad Amb. Gebühren	Durchschn. der KAGES verbleibender Erlös pro Amb. Fall inkl. Arztgebührenanteil d. beihilfeleist. Ärzte	Deckungsgrad ohne Arztgebühren- anteil der leitenden Ärzte
1987	10.035	2.043,--	1.697,59	83,1 %	1.439,09	70,4 %
1988	11.936	1.609,--	1.499,50	93,2 %	1.520,45	94,5 %
1989	12.233	1.738,--	1.479,85	85,1 %	1.391,23	80,1 %
1990	11.630	1.934,--	1.474,11	76,2 %	1.371,46	70,9 %
1991	13.609	1.986,--	1.412,03	71,1 %	1.312,52	66,1 %

"Deckungsgrad Ambulanzgebühren" entspricht der Sichtweise der Sozialversicherungsträger,

"Deckungsgrad ohne Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte" der der KAGES.

# LKH Bruck/Mur



## Landeskrankenhaus Bruck/Mur

Pro Ambulanzfall betragen im Jahr 1987 die durchschnittlichen Kosten S 2.043,--, die durchschnittlichen Ambulanzleistungserlöse S 1.697,59. Das entspricht einem Kostendeckungsgrad von 83,1 %. Nach Abzug des Arztgebührenanteiles der leitenden Ärzte ergibt sich im Jahr 1987 ein Kostendeckungsgrad von 70,44 %.

Eine Gegenüberstellung mit dem Jahr 1991 läßt erkennen, daß mit den vereinnahmten Ambulanzgebühren nur noch eine Kostendeckung in Höhe von 71,1 % bzw. nach Abrechnung des Arztgebührenanteiles von 66,1 % erreicht werden konnte.

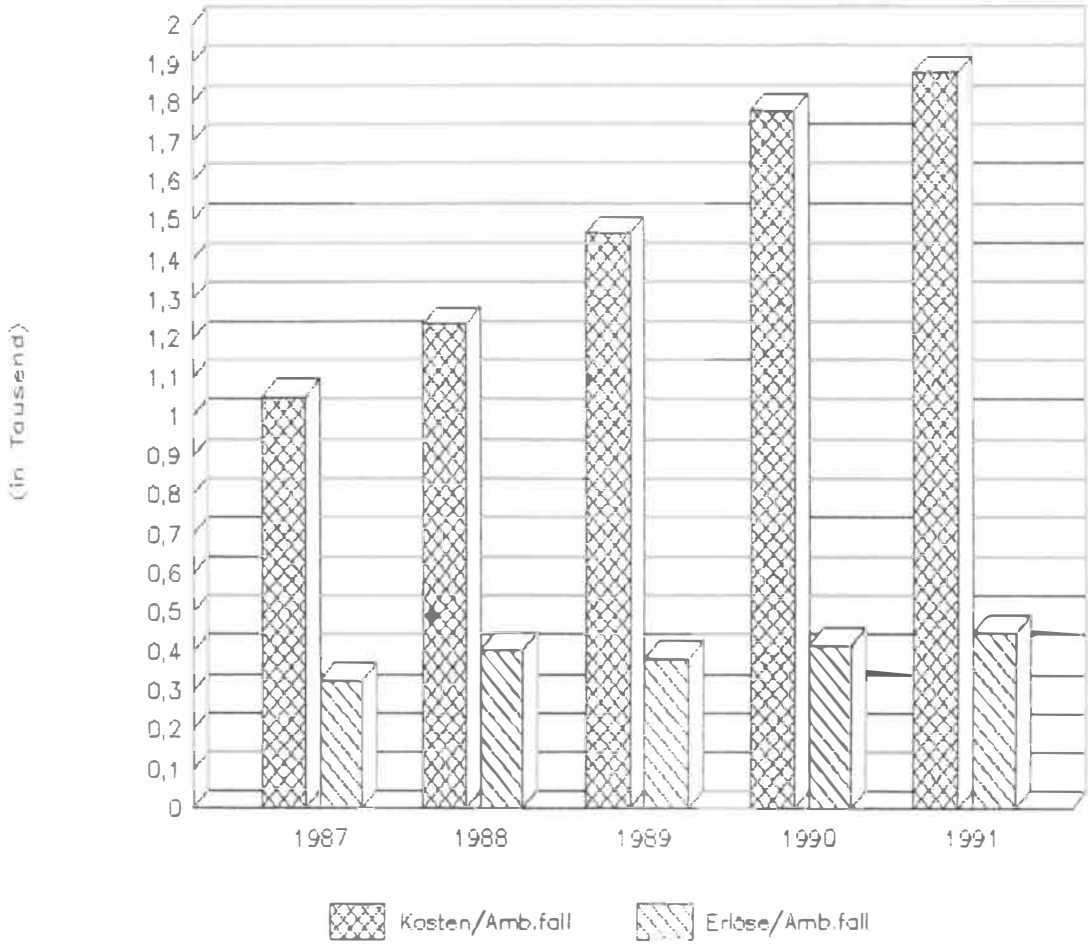
Landeskrankenhaus Deutschlandsberg

	Amb.Fälle	Durchschn. Kosten pro Amb.Fall	Durchschn. Erlös pro Amb.Fall	Deckungsgrad Amb.Gebühren	Durchschn.der KAGES verbleibender Erlös pro Amb.Fall inkl. Arztgebührenanteil d. beihilfeleist.Ärzte	Deckungsgrad ohne Arztgebühren- anteil der leitenden Ärzte
1987	14.346	1.051,--	398,80	37,9 %	326,48	31,1 %
1988	12.478	1.237,--	484,77	39,2 %	403,67	32,6 %
1989	11.922	1.466,--	494,31	33,7 %	383,10	26,1 %
1990	12.234	1.780,--	513,88	28,9 %	416,01	23,4 %
1991	13.047	1.875,--	568,73	30,3 %	447,82	23,9 %

"Deckungsgrad Ambulanzgebühren" entspricht der Sichtweise der Sozialversicherungsträger,

"Deckungsgrad ohne Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte" der der KAGES.

# LKH Deutschlandsberg



## Landeskrankenhaus Deutschlandsberg

Im Jahr 1987 betragen die durchschnittlichen Kosten pro Ambulanzfall S 1.051,--, die Ambulanzerlöse S 398,80. Das ergibt einen Kostendeckungsgrad von **37,9 %**, der, wenn der Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte abgezogen wird, auf **31,1 %** fällt.

Verglichen mit dem Jahr 1991 stehen durchschnittlichen Kosten von **S 1.875,--** durchschnittliche Erlöse von **S 568,73** gegenüber. Daraus errechnet sich ein Kostendeckungsgrad von **30,3 %**, der sich nach Abzug des Arztgebührenanteiles auf **23,9 %** verringert.



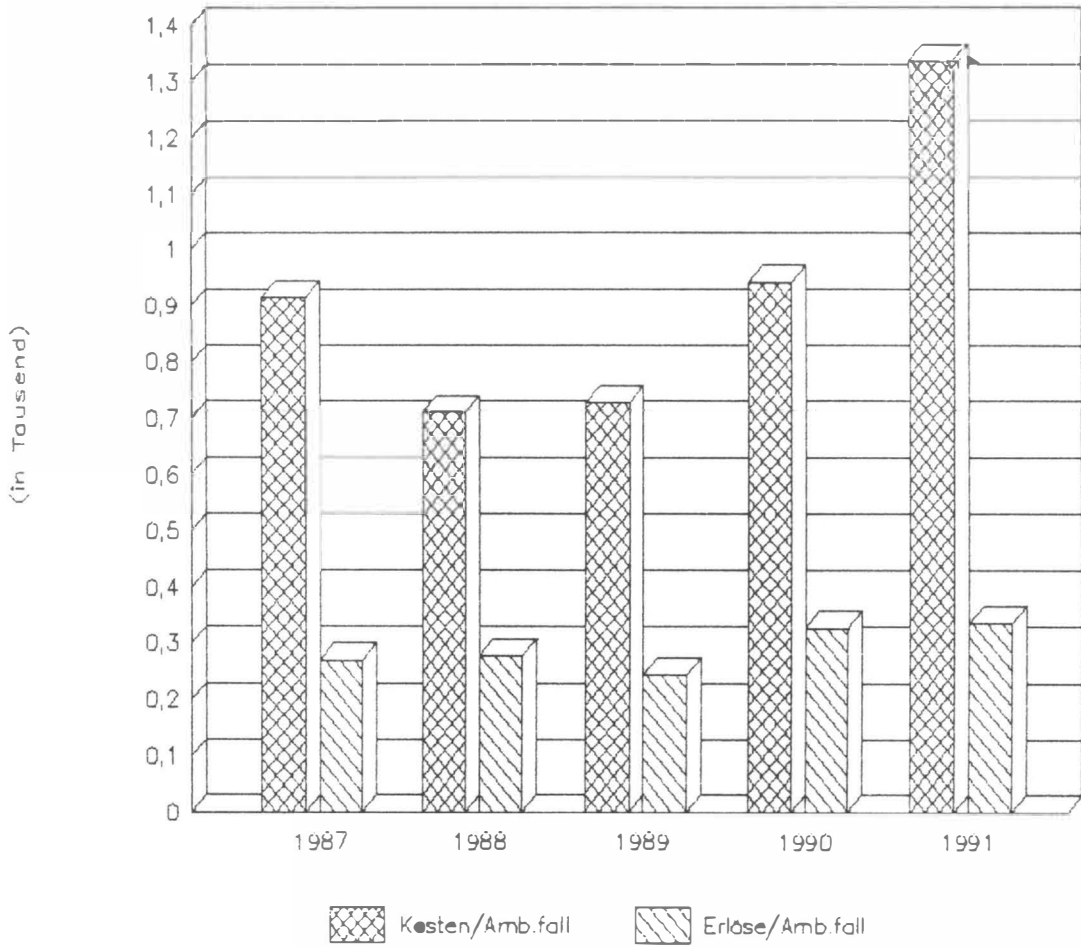
Landeskrankenhaus Feldbach

	Amb.Fälle	Durchschn. Kosten pro Amb.Fall	Durchschn. Erlös pro Amb.Fall	Deckungsgrad Amb.Gebühren	Durchschn.der KAGES verbleibender Erlös pro Amb.Fall inkl. Arztgebührenanteil d. beihilfeleist.Ärzte	Deckungsgrad ohne Arztgebühren- anteil der leitenden Ärzte
1987	10.209	914,--	341,51	37,4 %	269,41	29,5 %
1988	10.349	710,--	352,40	49,6 %	277,26	39,1 %
1989	10.627	728,--	321,48	44,2 %	244,70	33,6 %
1990	10.676	942,--	407,58	43,2 %	327,71	34,8 %
1991	11.164	1.335,--	432,90	32,4 %	335,85	25,2 %

"Deckungsgrad Ambulanzgebühren" entspricht der Sichtweise der Sozialversicherungsträger,

"Deckungsgrad ohne Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte" der der KAGES.

# LKH Feldbach



## **Landeskrankenhaus Feldbach**

Wie der Übersichtstafel zu entnehmen ist, lagen die durchschnittlichen Kosten pro Ambulanzfall im Jahr 1987 bei S 914,--, die durchschnittlichen Ambulanzleistungserlöse bei S 341,51. Der Kostendeckungsgrad betrug somit **37,4 %**, nach Abzug des Arztgebührenanteiles der leitenden Ärzte nur noch **29,5 %**.

1991 sind die durchschnittlichen Kosten pro Ambulanzfall auf S 1.335,-- angestiegen, die Erlöse auf S 432,90. Daraus errechnet sich ein Kostendeckungsgrad von **32,4 %** bzw. um den Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte vermindert von **25,2 %**. Dies bedeutet, daß die KAGES 1991 im Landeskrankenhaus Feldbach **74,8 %** der Ambulanzkosten selbst zu tragen bzw. mittels Zuschüssen abzudecken hatte.

**Zusammenfassend stellt der Landesrechnungshof bei den ausgewählten Krankenanstalten fest, daß sich der Kostendeckungsgrad pro ambulante Fall innerhalb des Zeitraumes der Jahre 1987 bis 1991 merklich verschlechtert hat.**

## VII. BEMERKUNGEN ZU LIMITIERUNGEN UND PAUSCHALIERUNGEN VON AMBULANZGEBÜHREN

Der Landesrechnungshof mußte bei der Prüfung feststellen, daß einzelne Gebührenleistungen der Krankenversicherungsträger aufgrund einer Vereinbarung zwischen der KAGES und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger an eine Limitierung gebunden werden bzw. pauschaliert sind.

Bevor im grundsätzlichen auf die Limitierung von Ambulanzgebühren eingegangen wird, werden die **Arten der Limitierungen** dargelegt:

### a) **Prozentmäßige Limitierung**

Bei prozentmäßiger Limitierung einer Leistung wird diese nur bis zu einem bestimmten Prozentsatz der Behandlungsfälle honoriert.

#### **Beispiele:**

- \* Gynäkologische Ultraschalluntersuchungen können an der Universitätsfrauenklinik Graz in maximal **6 %** und an den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen des Rechtsträgers im Ausmaß von maximal **3 % der ambulanten Fälle** verrechnet werden.
- \* Ultraschalluntersuchungen im internistischen Bereich an den medizinischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten des Rechtsträgers in **maximal 15 % der ambulanten Behandlungsfälle** pro Quartal der jeweiligen Abteilungen.
- \* Ultraschalluntersuchungen auf der Neurochirurgischen Universitätsklinik Graz in **maximal 22 % der ambulanten**

### ten Behandlungsfälle.

- \* Ultraschalluntersuchungen auf der Universitätsaugenklinik Graz und in der Augenabteilung des Landeskrankenhauses Leoben in **maximal 3 % der ambulanten Behandlungsfälle.**
  
- \* Computertomographie: Diese Gebühr kann nur von der radiologischen Universitätsklinik Graz und dem Zentralröntgeninstitut Leoben einmal **pro Patient und Tag** nach **vorheriger Bewilligung** der zuständigen Kasse verrechnet werden. Von den in der jeweiligen Landeskrankenanstalt durchgeführten Computertomogrammen können **maximal 38 % pro Jahr** (kein Garantiebetrug) als **ambulante Leistungen** verrechnet werden.

### b) Zahlenmäßige Limitierung

Bei zahlenmäßiger Limitierung einer Leistung wird diese nur bis zu einer bestimmten festgelegten Anzahl honoriert. Für jene Anzahl von Leistungen, welche über diese Grenze erbracht werden, bleiben die Kassen leistungsfrei.

### Beispiele:

- \* H.E.L.P.-Therapie (Heparinduzierte extrakorporale Lipoproteinplasmapharese) an der Universitätsklinik für Neurologie: Innerhalb eines Kalenderjahres können **höchstens 285** Untersuchungen verrechnet werden.
  
- \* Geburtshilfliche Ultraschalluntersuchungen: An der geburtshilflich-gynäkologischen Universitäts-

klinik Graz können pro Fall und Quartal **vier**, an den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten des Rechtsträgers **drei Ultraschalluntersuchungen** verrechnet werden. Im Falle einer Risikoschwangerschaft können auch an den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten des Rechtsträgers ebenfalls **vier Ultraschalluntersuchungen pro Fall und Quartal** verrechnet werden.

### c) Betragsmäßige Limitierung

Bei einer betragsmäßigen Limitierung einer Leistung wird diese nur zu einem bestimmten Schillingbetrag honoriert.

#### Beispiele:

\* Polysomnographie: Diese Gebühr ist von der Universitätskinderklinik Graz, der Universitätsklinik für Kinderchirurgie Graz und von der Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Leoben verrechenbar.

#### L i m i t

Die Verrechnung dieser Gebühr

ist	bis 31.12.1992	ab 01.01.1993
im Kalenderjahr bei		
a) den steir. § 2-Kassen mit	S 1,320.000,--	S 2,660.000,--
b) der BVA mit	S 67.000,--	S 135.000,--
c) der SVA der Bauern mit	S 57.000,--	S 115.000,--
d) der VA der österr. Eisenbahnen mit	S 45.000,--	S 91.000,--
e) der SVA der gewerbl. Wirtschaft mit	S 21.000,--	S 42.000,--
f) der KFA Graz mit	S 9.000,--	S 18.000,--

limitiert (keine Garantiesummen).

\* Einzelpsycho-, Gruppenpsycho- und Familientherapie:

\*\* L1 Einzelpsychotherapie: Mindestdauer pro therapeutischer Sitzung 50 min.

\*\* L2 Gruppenpsychotherapie: Mindestdauer 90 min pro Sitzung und einmal pro Woche, maximal zehn Patienten pro Gruppe.

\*\* L3 Familientherapie: Mindestdauer 90 min. pro Sitzung.

Die Gebühren L1 bis L3 können von der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz und der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz verrechnet werden.

Die Verrechnung der Gebühren L1 bis L3 ist im Kalenderjahr bei

L i m i t

bis 31.12.1992 ab 01.01.1993

a) den steir. § 2-Kassen mit	S 663.000,--	S 1,163.000,--
b) der BVA mit	S 151.000,--	S 265.000,--
c) der SVA der Bauern mit	S 4.000,--	S 7.000,--
d) der SVA der gewerbl. Wirtschaft mit	S 17.000,--	S 30.000,--
e) der VA der österr. Eisenbahnen mit	S 28.000,--	S 49.000,--
f) der KFA Graz mit	S 10.000,--	S 18.000,--

limitiert (keine Garantiesummen).

\* Isotopendiagnostische Leistungen: Die Honorierung erfolgt in der Weise, daß für die durchgeführten isotopendiagnostischen Untersuchungen von den Krankenversicherungsträgern folgende Jahrespauschalbeträge bezahlt werden:

	Limitbetrag	Pauschale für Sachaufwand
§ 2-Kassen	S 11,574.242,--	S 3,762.758,--
VA öffentl. Bediensteter	S 1,777.228,--	S 577.772,--
SVA der Bauern	S 684.478,--	S 222.522,--
SVA der gewerbl. Wirtschaft	S 631.652,--	S 205.348,--
VA der österr. Eisenbahnen	S 552.412,--	S 179.588,--
KFA Graz	<u>S 159.988,--</u>	<u>S 52.012,--</u>
S u m m e	S 15,380.000,--	S 5,000.000,--

Zu diesen beispielsweise dargelegten Limitierungen sieht sich der Landesrechnungshof zu folgenden **grundsätzlichen Bemerkungen** veranlaßt:



## 1. Ausmaß von Gebühren

- a) Gemäß § 37a Abs. 1 KALG sind **Ambulanzgebühren die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr.**

Damit wird vom Gesetzgeber klar zum Ausdruck gebracht, daß Ambulanzgebühren einen Aufwand abdecken haben. Da in jedem Fall bei Erbringung von Leistungen - also auch von Ambulanzleistungen - ein Aufwand entsteht, kann in keinem Fall die Gebühr Null sein.

- b) Gemäß § 47 Abs. 1 KALG sind

".... Soweit in diesem Gesetz nicht besonders bestimmt ist, die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten, insbesondere **das Ausmaß** der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - **und allfälligen Sondergebühren**, sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, nach Maßgabe der Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 und des § 48 durch privatrechtliche Verträge zu regeln. ...."

Auch aus dieser vom Gesetzgeber getroffenen Formulierung ".... das Ausmaß der .... **zu entrichtenden Pflegegebühren** .... und allfälligen Sondergebühren" ist abzuleiten, daß eine Gebühr, die keinen Geldwert festlegt, also "Null"-Schilling beträgt, nicht entrichtet werden kann. Das Wort "entrichten" setzt einen Zahlungsvorgang voraus.

Die zwischen der KAGES und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger getroffene vertragliche Regelung, wonach bei Erreichen

- \* einer bestimmten Fallzahl  
oder
- \* eines bestimmten Prozentsatzes  
oder
- \* eines bestimmten Betrages

- übrigens vollkommen losgelöst von medizinischen Notwendigkeiten - von den Krankenversicherungsträgern **keine Gebühr** zu entrichten ist, entspricht daher nicht den zwingenden Bestimmungen der §§ 37a Abs. 1 und 47 Abs.1 KALG.

Der Landesrechnungshof muß daher ausdrücklich feststellen, daß die getroffene vertragliche Regelung der Limitierung von Ambulanzgebühren **nicht gesetzeskonform** ist.

An dieser Feststellung kann auch nichts der Umstand ändern, daß grundsätzlich Vertragsfreiheit besteht, da sich vertragliche Vereinbarungen im vorgegebenen gesetzlichen Rahmen zu bewegen haben.

## 2. Untersuchungs- bzw. Behandlungspflicht

Im § 34 Abs. 1 KALG ist festgelegt, daß **Personen**, die einer stationären Anstaltspflege nicht bedürfen, **ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind, wenn die in der zitierten Gesetzesbestimmung dargelegten Voraussetzungen gegeben sind.**

Liegen also diese Voraussetzungen vor, so besteht eine **Untersuchungs- bzw. Behandlungspflicht.** Das bedeutet aber, daß die Krankenanstalten nach Erreichung der vertraglich vereinbarten Limitierung die Untersuchung bzw. Behandlung **nicht ablehnen können** und damit gezwungen sind, die Leistungen zum "Null-Tarif" zu erbringen.

Trotz vereinbarter Limitierungen besteht beispielsweise bei der Computertomographie noch zusätzlich eine chefärztliche Bewilligungspflicht vor Inanspruchnahme einer diesbezüglichen ambulanten Leistung. Unverständlich mutet dabei an, daß trotz chefärztlicher Anerkennung der Notwendigkeit einer diesbezüglichen Untersuchung die Krankenversicherungsträger ab dem Zeitpunkt, ab dem das vereinbarte Limit erreicht wurde, von einer Gebührenleistung entbunden, also leistungsfrei sind.

Abgesehen davon, daß der Landesrechnungshof die Limitierung von Ambulanzgebühren nicht für gesetzeskonform hält, sind derartige vertragliche Vereinbarungen, die **einen Vertragspartner zur Leistungserbringung verpflichten, den anderen Vertragspartner leistungsfrei stellen, als problematisch anzusehen.**

Nach Darlegung der grundsätzlichen gravierenden Bedenken gegen die Limitierung von Ambulanzgebühren werden im folgenden am **Beispiel "Isotopendiagnostische Leistungen"** die Auswirkungen der Limitierung der Honorierung dieser Leistungen für die KAGES aufgezeigt.

### Isotopenleistungen 1992 - Limitüberschreitung

	Frauenklinik	I. Med.	ZRI	Anerkannte Summe	Jahreslimit	Limit- einbehalt	in %
§ 2-Kassen	12,162.380,-	7,535.126,-	15,969.926,-	35,667.432,-	15,337.000,-	20,330.432,-	57
BVA	1,476.928,-	803.789,-	1,789.772,-	4,070.489,-	2,355.000,-	1,715.489,-	42
SVA d.Bauern Steiermark	454.940,-	435.336,-	759.232,-	1,649.508,-	907.000,-	742.508,-	45
SVA d.gewerbl. Wirtschaft	428.300,-	275.500,-	697.376,-	1,401.176,-	837.000,-	564.176,-	40
Eisenbahnkasse	387.980,-	260.860,-	668.640,-	1,317.480,-	732.000,-	585.480,-	44
KFA Graz	154.820,-	107.380,-	136.655,-	398.855,-	212.000,-	186.855,-	47
	<b>15,065.348,-</b>	<b>9,417.991,-</b>	<b>20,021.601,-</b>	<b>44,504.940,-</b>	<b>20,380.000,-</b>	<b>24,124.940,-</b>	<b>54</b>

Die in der vorstehenden Tabelle verwendeten Bezeichnungen haben folgende Bedeutung:

Zu Spalte 4: Unter "anerkannte Summe" ist jener Betrag zu verstehen, den die Kassen aufgrund ihrer Berechnung anerkennen würden, wenn es nicht eine Limitierung gäbe.

Zu Spalte 5: Hier scheinen Jahreslimite, bis zu denen die Kassen zahlen, auf.

Zu Spalte 6: In dieser Rubrik werden die Limitüberschreitungen, die zu Lasten der KAGES gehen, ausgewiesen.

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß die KAGES im Jahr 1992 bei den isotopendiagnostischen Leistungen Erlöse in der Höhe von S 44,504.940,- an sich erzielt hätte, wenn nicht vertraglich ein Jahrespauschalbetrag als Limit vereinbart worden wäre.

Im Bezugsjahr 1992 hatte die KAGES daher aus diesem Bereich lediglich Erlöse in Höhe von S 20,380.000,--. Der Betrag für erbrachte, jedoch nicht vergütete Leistungen beläuft sich somit auf S 24,124.940,--, d. h. daß nur 46 % (!) der möglichen Gebührenerlöse aufgrund der vereinbarten Limitierung tatsächlich erzielt werden konnten. Überdies wird nachdrücklichst darauf hingewiesen, daß für die Errechnung der Gebührensumme noch immer die Tarifsätze aus dem Jahre 1984 zur Anwendung gelangen. Auf die Geltendmachung der seit 1984 eingetretenen Kostensteigerungen wie Personalkosten usw. hat die KAGES unverständlicherweise verzichtet.

Nicht verzichtet hat die KAGES jedoch auf Tarifierhebungen für Selbstzahler. Hier wurden regelmäßig Ansuchen um Tarifierhebungen mit dem Hinweis auf überproportionale Kostensteigerungen gestellt.

Der Vollständigkeit halber wird noch darauf hingewiesen, daß von den tatsächlich erzielten Erlösen in Höhe von S 20,380.000,-- noch die Arztgebühr in Abzug zu bringen ist, sodaß der der KAGES tatsächlich verbleibende Erlös noch wesentlich geringer ist.

Dem Landesrechnungshof erscheint es daher vordringlich, daß die KAGES derartig vertraglich vereinbarte Limitierungen dem Grunde nach überdenkt, da sie nicht gesetzeskonform sind und überdies das Betriebsergebnis negativ beeinflussen. Wesentliche mögliche Ambulanzleistungserlöse gehen dadurch verloren.

### VIII. PRÜFUNG DER AMBULANZGEBÜHRENABRECHNUNGEN MIT DEN EINZELNEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGERN

Für die in diesem Kapitel beschriebene Prüfung wurden die Abrechnungen aller Ambulanzen der Landeskrankenhäuser Bruck a. d. Mur, Deutschlandsberg und Feldbach für den Zeitraum 1987 bis 1992 mit allen Krankenversicherungsträgern kontrolliert.

Die Überprüfung richtete sich nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Kontrolle, ob die im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festgelegte Frist bezüglich der Vorlage der Abrechnungsunterlagen bei den einzelnen Kassen von den Ambulanzen eingehalten wird.
2. Kontrolle, ob die im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festgelegte Frist für die Akontierung und endgültige Honorierung der Ambulanzleistungen durch die Kassen eingehalten wird.
3. Prüfmöglichkeiten der Ambulanzen auf inhaltliche und ziffernmäßige Richtigkeit der Abrechnung bzw. allfällige Reaktionen der Krankenhäuser auf Korrekturen oder Rückweisungen.
4. Bearbeitung der von den Kassen rückgesendeten Behandlungsscheine.

1. Kontrolle, ob die im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festgelegte Frist bezüglich der Vorlage der Abrechnungsunterlagen bei den einzelnen Kassen von den Ambulanzen eingehalten wird

Die Frist wird im § 5 Abs. 1 des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 festgelegt:

"Die Ambulanzfälle werden für jedes Kalender-  
vierteljahr bis zum 20. des auf dem Kalender-  
vierteljahr folgenden Monats mittels einer Sam-  
melaufstellung in zweifacher Ausfertigung ....  
verrechnet."

Ursprünglich wurden die Vorlagetermine von allen  
geprüften Ambulanzen eingehalten.

Allerdings mußte der Landesrechnungshof feststellen,  
daß einzelne Ambulanzen im Laufe der Zeit die Vorlage-  
termine bei jenen Kassen zu überziehen begannen,  
die ihrer vertraglich festgelegten Akontierungspflicht  
nie nachkamen (siehe Punkt 2).



2. Kontrolle, ob die im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festgelegte Frist für die Akontierung und endgültige Honorierung der Ambulanzleistungen durch die Kassen eingehalten wird

§ 5 Abs. 4 Allgemeiner Ambulanzvertrag 1986:

"Für zeitgerecht eingelangte Quartalsabrechnungen (§ 5 Abs. 1) wird innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende des Abrechnungsquartales eine Akontierung von 80 % der Summe des letzten abgerechneten Quartales geleistet. Später eingelangte Abrechnungen werden bei der Akontierung nicht berücksichtigt. Die endgültige Liquidierung der Quartalsabrechnungen hat spätestens bis zum Ende des 3. Monats nach dem Akontierungstermin zu erfolgen. Geleistete Akontierungen sind zu berücksichtigen."

Gemäß den Bestimmungen des § 5 Abs. 4 des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 hätten die Krankenversicherungsträger - soferne die Abrechnungen bis zum 20. des dem Abrechnungsquartal folgenden Monats vorgelegt werden - bis zum 21. ("innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende des Abrechnungsquartales") des dem Abrechnungsquartal folgenden Monats eine Akontierung in der Höhe von 80 % der Summe des letzten abgerechneten Quartales zu leisten.

Der Landesrechnungshof mußte feststellen, daß dieser Termin von **keiner** einzigen Kasse eingehalten wird.

Im Durchschnitt betragen die Zahlungsterminüberschreitungen im Prüfzeitraum bei

den § 2-Kassen	rund 10 Tage
der Sozialversicherungsanstalt der Bauern	rund 19 Tage
der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter	rund 27 Tage

Am 30. April 1990 wurde mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern eine Sondervereinbarung - gültig ab 1. Jänner 1990 - geschlossen, derzufolge der Akontierungstermin statt "innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende des Abrechnungsquartals" auf "innerhalb von 3 Wochen nach Einlangen der Abrechnung" verschoben wurde.

Mit dieser neuen Regelung sanken die Zahlungsterminüberschreitungen durch die Sozialversicherungsanstalt der Bauern von rund 19 Tagen auf rund 6 Tage.

Der Landesrechnungshof hält fest, daß mit dieser Vereinbarung jedoch keine wie immer geartete Verbesserung für die KAGES verbunden war, wie durch die Senkung der durchschnittlichen Zahlungsterminüberschreitungen vermutet werden könnte. Vielmehr kam es dadurch zu einer Schlechterstellung gegenüber der Regelung im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986, da diese Vereinbarung lediglich den - auch weiterhin nicht eingehaltenen - Zahlungszeitpunkt hinausschiebt.

Es ist dem Landesrechnungshof unverständlich, warum von der KAGES, anstelle auf Einhaltung des Vertrages zu drängen, eine Vereinbarung getroffen wurde, die offenbar nur den Zweck hat, die Nichteinhaltung des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 durch die Sozialversicherungsanstalt der Bauern zu sanieren.

Von der Versicherungsanstalt der österreichischen Eisenbahnen und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft werden überhaupt **keine Akontierungszahlungen** geleistet. Von diesen beiden Kassen erfolgt die endgültige Abrechnung bzw. Honorierung nach rund 36 bzw. rund 50 Tagen.

Dem Landesrechnungshof konnten von keiner der drei geprüften Krankenanstalten - und auch nicht vom Landeskrankenhaus Graz, bei dem Stichproben ähnliche Ergebnisse brachten - schriftliche Urkunden auf Einhaltung der vertraglich vereinbarten Zahlungstermine nachgewiesen werden.

Der hier angesprochene § 5 "Verrechnung und Zahlung von Ambulanzgebühren" des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 normiert **Rechte und Pflichten** sowohl für die Kassen als auch für die Krankenanstalten.

Der Landesrechnungshof muß jedoch feststellen, daß lediglich bei den Krankenanstalten eine Nichteinhaltung von Verrechnungsbestimmungen zu Konsequenzen führt (so folgt z. B. auf ein zu spätes Einreichen der Verlust einer Akontozahlung).

Für Abweichungen von Bestimmungen durch die Kassen sind **keinerlei Folgen** vorgesehen (so zieht z. B. eine von den Kassen verspätet durchgeführte Akontierung keinerlei Folgen nach sich).

Daß eine beide Seiten gleich behandelnde Textierung solcher Bestimmungen möglich ist, zeigt z. B. der § 10 des **Oberösterreichischen Ambulanzvertrages**:

"1.) Die Versicherungsträger sind verpflichtet, die Ambulanzgebührensätze innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt der Abrechnungen anzuweisen.

2.) Nach Ablauf der im Absatz 1 angeführten Frist müssen die Versicherungsträger Verzugszinsen in der Höhe von 8,5 % leisten  
..."

Als weiteres Beispiel sei der § 9 Abs. 2 des Wiener Ambulanzvertrages angeführt:

"Für den Fall des Zahlungsverzuges sind Verzugszinsen in der Höhe von 3 v. H. p. a. über der jeweiligen Bankrate zu entrichten.

Sollte die im § 48 Abs. 1 Wiener Krankenanstaltengesetz 1987 festgelegte Höhe der Verzugszinsen eine Änderung erfahren, so gilt ab Wirksamkeitsbeginn dieser Gesetzesänderung die jeweils festgesetzte Höhe als vereinbart."

Auch im § 47 Abs. 1 KALG sind für Pflegegebührenabrechnungen Verzugszinsen vorgesehen:

"Die Verträge haben auch Bestimmungen zu enthalten, daß Pflegegebührenabrechnungen binnen sechs Wochen ab Rechnungslegung zur Zahlung fällig und im Falle des Zahlungsverzuges Verzugszinsen in Höhe von 3 v. H. über der jeweiligen Bankrate zu entrichten sind."

Legt man die anhand der Landeskrankenhäuser Bruck a. d. Mur, Deutschlandsberg und Feldbach ermittelten Durchschnittswerte auf alle Landeskrankenanstalten um, so ergeben sich für das Jahr 1992 - bei Anwendung der im Jahre 1992 gültigen Bankraten - fiktive **Verzugszinsen in Höhe von rund S 894.000,--**.

Bei Anwendung eines Verzugszinssatzes von 3 % über den jeweiligen Bankraten - analog zu § 47 Abs. 1 KALG bezüglich der Pflegegebührenersätze - hätten sich **Verzugszinsen in Höhe von rund S 1,220.000,--** allein für das Jahr 1992 ergeben.

**Im Lichte dieser Hochrechnungen ist es dem Landesrechnungshof nicht verständlich, warum von seiten der KAGES bei den Kassen nicht auf Einhaltung des**

im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festgelegten Zahlungstermines gedrängt wurde, bzw. bei den Honorarverhandlungen nicht versucht wurde, eine Bestimmung über Verzugszinsen, z. B. wie im Oberösterreichischen Ambulanzvertrag, in den Vertrag aufzunehmen.

### 3. Prüfmöglichkeiten der Ambulanzen auf inhaltliche und ziffernmäßige Richtigkeit der Abrechnung bzw. allfällige Reaktionen der Krankenhäuser auf Korrekturen oder Rückweisungen

Die vollständige Überprüfung und das Nachvollziehen der Ambulanzabrechnungen ist bei allen Krankenversicherungsträgern - mit Ausnahme der Krankenversicherungsträger nach dem ASVG - möglich.

Bei den ASVG-Krankenversicherungsträgern - die Abrechnung wird hier durch die Gemeinsame Ärzterechnungsstelle bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse durchgeführt - ist die Kontrolle der Richtigkeit der Abrechnung bzw. der Korrektheit von Änderungen oder Streichungen nur schwer, meist überhaupt nicht nachvollziehbar.

An die ASVG-Krankenversicherungsträger wird keine Forderung im Sinne eines bestimmten Schillingbetrages gestellt. Vielmehr werden die mit Positionsnummern versehenen Behandlungsscheine an die Gemeinsame Ärzterechnungsstelle übermittelt, welche sodann allfällige Korrekturen durchführt, die Positionsnummern mit Schillingbeträgen bewertet, die endgültige Abrechnung erstellt und liquidiert.

Einerseits ist keine Prüfmöglichkeit gegeben, ob tatsächlich alle in Rechnung gestellten Positionsnummern in die Abrechnung Eingang gefunden haben, andererseits sind die durchgeführten und mitgeteilten Änderungen - wobei es keine Möglichkeit gibt festzustellen, ob alle Änderungen mitgeteilt werden - aufgrund der allgemein gehaltenen Formulierungen (z. B. "laut Diagnose bzw. Leistungsangabe RÖ-Position ge-

ändert" oder "Änderung der Pauschale, da lt. Leistung nicht richtig zugeordnet") oft nicht quantifizierbar.

Der Landesrechnungshof mußte in diesem Zusammenhang feststellen, daß von seiten der betroffenen Krankenhäuser kaum Rückfragen diese unklaren "Rückweisungstexte" betreffend bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle getätigt werden, wie das **Beispiel der Ambulanz der Gynäkologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Feldbach zeigt.**

Über einen Zeitraum von vier Quartalen (1. Quartal 1992 bis 4. Quartal 1992) wurden dieser Ambulanzleistungen (Thoraxröntgen) - fälschlicherweise - mit den Vermerken "Positionsnummer für die Ambulanz nicht zulässig" bzw. "Es liegt keine schriftliche Bewilligung des KV-Trägers vor" **nicht honoriert.**

Weiters wurde dem Landeskrankenhaus Feldbach zur Ambulanzabrechnung 3. Quartal 1992 mit Schreiben vom 4. März 1993 fälschlicherweise mitgeteilt, daß von der Frauenambulanz röntgendiagnostische Leistungen **nicht** in Rechnung gestellt werden können.

Die erste schriftliche Urgenz durch das Landeskrankenhaus Feldbach bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle erfolgte - nach wiederholten Hinweisen durch den Landesrechnungshof - erst mit Schreiben vom 21. Juni 1993 (Beilage 2).

Als Folge dieser Urgenz wurde mit der Abrechnung des 1. Quartales 1993 ein Betrag von **S 42.336,--** für das Jahr 1992 aufgrund der ungerechtfertigten Streichungen **nachbezahlt.**

Von der Leitung des Landeskrankenhauses Feldbach wurden die vorgenannten Abrechnungsdifferenzen als damit "positiv erledigt" angesehen (Beilage 3).

Die Überprüfung dieser Nachzahlung mit den ausgewiesenen Streichungen des Jahres 1992 durch den Landesrechnungshof ergab jedoch folgenden Sachverhalt:

Es wurden sowohl von der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle Fehler gemacht, indem nicht alle Leistungen, auf deren Honorierung nach Ansicht des Landesrechnungshofes Anspruch besteht, berücksichtigt wurden, aber auch vom Landeskrankenhaus Feldbach, da erbrachte Leistungen ab Einführung des "Organtarifes" mit 1. April 1992 zum Teil falsch in Rechnung gestellt wurden.

#### **1. Quartal 1992**

Für dieses Quartal wurde von der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle keine Nachzahlung geleistet. Insgesamt scheint 49mal die Rückweisung "Positionsnummer für die Ambulanz nicht zulässig" auf der Abrechnung auf.

Stichprobenweise Überprüfungen ergaben, daß es sich um Thoraxröntgen handelte. Diese Leistung war zu diesem Zeitpunkt üblicherweise mit der Position 933 (= S 175,--) in Rechnung zu stellen.

Daraus errechnet sich der noch immer ausstehende Betrag von S 8.575,--.

#### **Nachtrag zum 1. Quartal 1992**

Für den Nachtrag des 1. Quartales 1992 wurde eben-



falls keine Nachzahlung geleistet, obwohl auf der Abrechnung für den Nachtrag des 1. Quartales 1992 viermal die Position 933 (= Röntgenformat 35 x 43) mit dem Rückweisungsgrund "Positionsnummer für die Ambulanz nicht zulässig" nach Ansicht des Landesrechnungshofes ungerechtfertigterweise nicht honoriert wurde.

Fehlbetrag für den Nachtrag des 1. Quartales 1992 S 700,--.

## **2. Quartal 1992**

Mit 1. April 1992 wurde für die Ambulanzen der sogenannte "Organtarif" eingeführt.

**Organtarif:** Dieser sollte zu einer Vereinfachung der Abrechnung sowohl für die Ambulanzen als auch für die Versicherungsträger führen. Die Idee dahinter ist, daß die häufigsten Untersuchungen nicht mehr mit den einzelnen Röntgenfilmformaten in Rechnung zu stellen sind, sondern lediglich mit einer Leistungsposition. Die Honorierung für die einzelnen Organtarifpositionen errechnet sich aus der durchschnittlichen Anzahl der jeweils für diese Leistung erforderlichen Röntgenaufnahmen und -formate.

Ab 1. April 1992 waren demnach die durchgeführten Thoraxaufnahmen mit der neugeschaffenen **Organtarifposition 003** (= S 432,--) in Rechnung zu stellen.

Für das 2. Quartal 1992 wurde die Position 003 (= Herz-Lunge/Thorax bei Erwachsenen) 41mal nachbezahlt, obwohl laut Abrechnung dieses Quartals diese Position lediglich 38mal nicht honoriert worden war.

Von der Ambulanz wurde 23mal die Position 933 anstelle der Position 003, auf die laut Vertrag Anspruch bestanden hätte, in Rechnung gestellt.

Aufgrund dieses Fehlers bei der Rechnungslegung verzichtete die Ambulanz auf S 5.773,--.

Allerdings blieb bei der Nachverrechnung sogar die für die Kasse ohnehin günstigere Position 933 gänzlich unberücksichtigt.

Fehlbetrag für das 2. Quartal 1992 zu Lasten der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle S 4.163,---.

### **3. Quartal 1992**

Für dieses Quartal wurde die Position 003 lediglich 49mal nachbezahlt, obwohl bei der ursprünglichen Abrechnung 54mal der Rückweisungsgrund "Positionsnummer für die Ambulanz nicht zulässig" aufscheint.

Unter der Annahme, daß ab diesem Zeitpunkt - ein Quartal nach Umstellung auf den Organtarif - die erbrachten Leistungen richtig in Rechnung gestellt wurden, ergibt sich ein noch ausstehender Betrag von S 2.160,--.

### **4. Quartal 1992**

Für dieses Quartal wurde die Position 003 lediglich achtmal nachhonoriiert, obwohl bei der ursprünglichen Abrechnung 18mal der Rückweisungsgrund "Positionsnummer für die Ambulanz nicht zulässig" bzw. einmal der Grund "Es liegt keine schriftliche Bewilligung des KV-Trägers vor" aufscheint.

Unter der gleichen Annahme wie für das 3. Quartal 1992 ergibt sich daraus ein noch ausstehender Betrag von **S 3.795,--**.

Für das **Jahr 1992** ergeben sich gemäß den oben stehenden Berechnungen - trotz Nachzahlung - noch offene Forderungen an die Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle von **S 19.393,--**. Daneben wurde durch falsche Rechnungslegung auf einen Betrag von **S 5.773,--** verzichtet.

Der Landesrechnungshof hat nur die **Rückweisungen** der Abrechnung der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Feldbach für das Jahr 1992, also nur einer Ambulanz eines Krankenhauses, überprüft.

Die Überprüfung der gesamten Abrechnung mit den § 2-Kassen ist aus den auf Seite 58 genannten Gründen - so liegen die mit den jeweiligen Positionsnummern versehenen Behandlungsscheine nur bei der Gebietskrankenkasse auf, wo dem Landesrechnungshof eine Einsichtnahme verwehrt ist - nicht möglich. Es muß jedoch davon ausgegangen werden, daß diese vom Landesrechnungshof für diese Ambulanz getroffenen Feststellungen auch auf andere Ambulanzen zutreffen werden.

Das bedeutet aber, daß allein schon aus der teilweisen Unwissenheit, **wie** Leistungen aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen mit den Kassen abgerechnet werden können, nicht unbeträchtliche Einnahmenverluste für die KAGES entstehen. Im Hinblick auf die Bestimmung des § 37a Abs. 1 KALG, wonach die Ambulanzgebühr zu einem Teil aus einer Arztgebühr besteht, muß der Landesrechnungshof darauf hinweisen, daß diese Einnahmenverluste der KAGES auch zu Einkommensverlusten der Ärzte führen.

#### 4. Bearbeitung der von den Kassen rückgesendeten Behandlungsscheine

Arbeitsintensiv und zeitaufwendig gestalten sich jene Fälle, in denen vom Patienten eine falsche Zugehörigkeit zu einer Krankenversicherung angegeben wird. Diese Fälle werden von den Kassen mit dem Hinweis "ho. nicht versichert" bzw. "kein Anspruch" an die Ambulanz rückübermittelt.

Eine Mitteilung, welcher der leistungszuständige Krankenversicherungsträger ist, erfolgt nicht. Die Verwaltung muß in diesen Fällen versuchen, die richtige Versicherungszugehörigkeit zu ermitteln, eine Selbstzahlerrechnung erstellen oder die Kosten mit der Sozialhilfe/Fürsorge abrechnen.

Eine Sicherungsmeldung wird üblicherweise in all jenen Fällen durchgeführt, in denen die Frist noch nicht abgelaufen ist.

Um die richtige Versicherungszugehörigkeit zu ermitteln, tätigt z. B. das Landeskrankenhaus Graz schriftliche Anfragen an den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Wien.

Im Hinblick auf den relativ einfachen EDV-Zugriff der Krankenversicherungsträger auf die Versicherten-datei des Hauptverbandes und in Ergänzung zu § 4 des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 "Zusammenarbeit zwischen den Rechtsträgern und dessen Krankenanstalten einerseits und den Kassen andererseits"

Abs. 1:  
"Auskünfte, Bescheinigungen und Abschriften (Kopien) von Befunden werden sowohl von der

Krankenanstalt der Kasse als auch umgekehrt auf Verlangen unbeschadet des § 13 Abs. 1 Ziff. 4 des Stmk. KAG kostenlos erteilt bzw. übermittelt."

sollte nach Meinung des Landesrechnungshofes doch darauf gedrängt werden, von den Kassen nicht nur die Erklärung ihrer Unzuständigkeit, sondern zugleich die Mitteilung, welcher andere Krankenversicherungsträger zuständig ist, zu erhalten.

Der Landesrechnungshof merkt in diesem Zusammenhang an, daß eine derartige Vereinbarung im Bereich der Anmelde- und Registrierungskosten bei Organtransplantationen bereits besteht.

**§ 4 Abs. 3 dieser Vereinbarung lautet:**

"Sollte ein Anmeldeformular für einen Nichtanspruchsberechtigten vorgelegt werden, wird der Krankenversicherungsträger vor der Rücksendung nach Maßgabe seiner Möglichkeiten den tatsächlich zuständigen Krankenversicherungsträger am Formular vermerken. Dieses Formular ist in der Folge von der Gesellschaft dem zuständigen Krankenversicherungsträger neuerlich vorzulegen."

Eine analoge Regelung im Ambulanzbereich ist anzustreben.

Der Landesrechnungshof muß zu diesem Prüfbereich zusammenfassend folgendes feststellen:

- a) Von seiten der KAGES erfolgten keine Reaktionen auf Vertragsverletzungen (vertraglich festgelegte Fristen werden nicht eingehalten) durch die Kassen.
- b) Es konnte kein Versuch der KAGES festgestellt werden, für den Fall von Zahlungsterminüberschreitungen durch die Kassen eine Regelung für Verzugszinsen in den Allgemeinen Ambulanzvertrag einzubauen.
- c) Es wurde eine Vereinbarung mit der Sozialversicherungsanstalt der Bauern getroffen, die durch eine Zahlungszielausweitung lediglich zu einer Schlechterstellung der KAGES führte.
- d) Die KAGES hat nicht im ausreichenden Maße dafür Sorge getragen, daß eine den gültigen Vereinbarungen entsprechende Abrechnung gewährleistet ist.
- e) Es wurde nicht versucht, die Abrechnungsvorgänge in bestimmten Bereichen, wie der Ermittlung der richtigen Versicherungszugehörigkeit, zu vereinfachen bzw. zu optimieren.
- f) Die aus teilweiser Unwissenheit der vertraglichen Vereinbarungen für die KAGES entstehenden Einnahmenverluste bedeuten auch Einkommensverluste für die Ärzte, da gemäß § 37a Abs. 1 KALG die Ambulanzgebühr zu einem Teil auch aus einer Arztgebühr besteht.

IX. NÄHERE PRÜFUNG VERTRAGLICHER BESTIMMUNGEN DER ANLAGE A BZW. DER GÜLTIGEN ZUSATZVEREINBARUNG UND DES AMBULANZSTRAHLENVERTRAGES AM BEISPIEL DES LANDESKRANKENHAUSES GRAZ

Es wurden die Vertragsbestimmungen folgender Leistungen untersucht:

1. Zytologische Untersuchungen
2. Ultraschalluntersuchungen
3. Hämodialyse
4. Computertomographie
5. Polysomnographie
6. Magnetresonanzuntersuchungen
7. Psychotherapie
8. HELP-Therapie
9. Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät
10. Isotopendiagnostik

## 1. Zytologische Untersuchungen

Die für das Jahr 1992 gültige Regelung die zytologischen Untersuchungen betreffend findet sich in der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986:

### "D Zytologische Untersuchung

1. Gynäkologische-zytologische  
Untersuchung pro Untersuchung S 97,--
2. nicht-gynäkologische-zytologische  
Untersuchung pro Untersuchung S 105,--

Nicht-gynäkologische-zytologische Untersuchungen, die den Anteil von 10 % der innerhalb eines Kalenderjahres anfallenden zytologischen Untersuchungen (= Summe  $D_1 + D_2$ ) übersteigen, werden nur in der Höhe des Tarifes für gynäkologische-zytologische Untersuchungen honoriert. Eine allenfalls erforderliche Kürzung erfolgt im Zuge der Abrechnung des 4. Quartales des betreffenden Kalenderjahres."

Ursprünglich sah der Allgemeine Ambulanzvertrag 1986 nur eine Leistungsposition für zytologische Untersuchungen mit S 79,-- vor. Mit der 2. Zusatzvereinbarung (ab 1. Jänner 1988) zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 konnte eine Aufsplitterung der Leistung in gynäkologische und nicht-gynäkologische Untersuchungen ausgehandelt werden:

Gynäkologische-zytologische Untersuchung S 79,--  
nicht-gynäkologische-zytologische Untersuchung S 92,--

Der "Preis" für diese Aufsplitterung war allerdings die restriktive Verrechnungsbestimmung, daß die nicht-gynäkologisch-zytologischen Untersuchungen im Ausmaß von maximal 10 % der gesamten zytologischen Untersuchungen zum höheren Tarif honoriert werden. Der die



10 %-Grenze übersteigende Anteil wird nur mehr zum niedrigeren Tarif für gynäkologisch-zytologische Untersuchungen honoriert.

Solche "Preisnachlässe" können als eine Art "Mengenrabatt" betrachtet werden, der bei kostendeckenden Preisen durch allfällige Fixkostendegressionen auch seine Begründung finden kann.

Da jedoch der Selbstzahlertarif für zytologische Untersuchungen im Jahr 1992 bei S 151,-- lag, kann beim Kassentarif von S 105,-- kaum von einem kostendeckenden Tarif gesprochen werden.

Der in Geltung stehende Allgemeine Ambulanzvertrag 1986 regelt in § 2 den Umfang der Ambulanzleistungen auf Rechnung einer Kasse in bezug auf Zuweisungen derart, daß er diese in Abs. c auf **Vertrags(fach)ärzte und eigene Einrichtungen** der Kasse beschränkt. Zuweisungen durch Nicht-Vertrags(fach)ärzte wurden demnach direkt mit dem Patienten zum Selbstzahlertarif (1992: S 151,--) verrechnet.

Mit dem Geschäftsausschuß der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger wurde einfach vereinbart, diese Vorgangsweise für § 2-Versicherte insofern zu ändern, als auch Überweisungen von Nicht-Vertrags(fach)ärzten direkt mit der Kasse - allerdings zum niedrigeren Kassentarif - abzurechnen sind.

**Der Verlust der Differenz zwischen Selbstzahlertarif (S 151,--) und Kassentarif (S 97,--) geht zu Lasten der KAGES.**

Laut Auskunft des Landeskrankenhauses Graz war der Rückgang der Selbstzahlerfälle um rund 12.000 im Jahre 1992 in etwa der Hälfte der Fälle auf diese Vereinbarung zurückzuführen.

Die **Mindereinnahmen**, die das Landeskrankenhaus Graz durch diese Vereinbarung allein im Jahre 1992 zu verzeichnen hatte, beziffern sich damit auf rund **S 324.000,--**.

Der Abschluß dieser für die KAGES ungünstigen Vereinbarung wird von der KAGES mit Schreiben vom 13. August 1993 wie folgt begründet:

- a) Die Vereinbarung wurde vom Geschäftsausschuß der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger "angeregt".
- b) Die privatärztlichen Zuweisungen zur zytologischen Untersuchung hätten auch auf eine Zuweisung durch die Kasse - gemäß § 2 Abs. 1 lit. c des Allgemeinen Ambulanzvertrages - umgeschrieben werden können.
- c) Vom Vorstand der Geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik sei ein Antrag auf Durchführung der zytologischen Einsendeuntersuchungen von Wahlärzten zum Kassentarif gestellt worden.
- d) "Nicht zuletzt zur Sicherung der notwendigen Anzahl von Einsendeuntersuchungen für die Arztausbildung" sei dieses Angebot angenommen worden.

Zu diesen Begründungen stellt der Landesrechnungshof fest:

- ad a) Die Tatsache, daß diese Vereinbarung - die lediglich zu Lasten der KAGES geht - vom Geschäftsausschuß der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger "angeregt" wurde, kann wohl keine plausible Begründung für die Zustimmung zu dieser Vereinbarung sein.
- ad b) Da diese Zuweisungen de facto nicht auf "Kassenzuweisungen" umgeschrieben wurden, sollten sie nach Ansicht des Landesrechnungshofes auch nicht wie solche behandelt werden.
- ad c) Der Antrag des Vorstandes der Geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik wäre aufgrund des finanziellen Verlustes abzulehnen gewesen.
- ad d) Da im Landeskrankenhaus Graz im Jahre 1990 rund 94.000 und im Jahre 1991 rund 117.000 zytologische Untersuchungen allein für die § 2-Kassen durchgeführt wurden, dürfte die "notwendige Anzahl von Einsendeuntersuchungen für die Ärzteausbildung" wohl bei weitem überschritten sein.

Der Landesrechnungshof merkt dazu an, daß es unverständlich ist, warum die KAGES - noch dazu in einem Bereich wie dem der zytologischen Untersuchungen, in dem die Kassentarife bei weitem nicht kostendeckend sind - eine Vereinbarung eingehen konnte, die lediglich zu einer Erlösminderung führte.

## 2. Ultraschalluntersuchungen

Die in der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 die Verrechnung von Ultraschalluntersuchungen betreffenden Bestimmungen lauten:

"F1: Geburtshilfliche Ultraschalluntersuchungen pro Untersuchung S 224,--

An der Geburtshilflich-gynäkologischen Universitätsklinik Graz können pro Fall und Quartal vier, an den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten des Rechtsträgers drei Ultraschalluntersuchungen verrechnet werden. Im Falle einer Risikoschwangerschaft können auch an den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten des Rechtsträgers ebenfalls vier Ultraschalluntersuchungen pro Fall und Quartal verrechnet werden.

F2: Gynäkologische Ultraschalluntersuchungen pro Untersuchung S 224,--

Gynäkologische Ultraschalluntersuchungen können an der Universitätsklinik Graz in maximal 6 % und an den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen in 3 % der ambulanten Fälle verrechnet werden. Eine Verrechnung des gynäkologischen Ultraschalles ab dem Zeitpunkt des ersten geburtshilflichen Ultraschalles bis einschließlich zur Niederkunft der Patientin ist jedoch ausgeschlossen.

F3: Ultraschalluntersuchungen in der Pädiatrie für Hüft- und Schädeluntersuchungen an der Universitätskinderklinik, an der Universitätsklinik für Kinderchirurgie in Graz und am ZRI Graz sowie der Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Leoben und im Landeskrankenhaus Stolzalpe. Bei Hüftuntersuchungen ist mit dem Tarif die Ultraschalluntersuchung beider Hüften abgegolten.  
pro Untersuchung S 273,--

F4: Ultraschalluntersuchungen im internistischen Bereich an den medizinischen Abteilungen der Landeskrankenanstalten des Rechtsträgers in maximal 15 % der ambulanten Behandlungsfälle pro Quartal der jeweiligen Abteilungen  
pro Untersuchung S 224,--

F5: Ultraschalluntersuchungen auf der Neurochirurgischen Universitätsklinik Graz in maximal 22 % der ambulanten Behandlungsfälle  
pro Untersuchung S 224,--

F6: Ultraschalluntersuchungen auf der Universitätsaugenklinik Graz und in der Augenabteilung des Landeskrankenhauses Leoben in maximal 3 % der ambulanten Behandlungsfälle  
pro Untersuchung S 224,--

F7: Ultraschalluntersuchungen in der Pädiatrie, ausgenommen bei Leistungen nach F3, an der Universitätsklinik für Radiologie in Graz  
pro Untersuchung S 224,--

Zusätzlich zu den Gebühren für Ultraschalluntersuchungen F1 - F7 können allgemeine Ambulanzgebühren gemäß den Positionen A - C nur dann verrechnet werden, wenn Leistungen erbracht werden, welche die Verrechnung von allgemeinen Ambulanzgebühren auslösen."

Von den sieben verschiedenen **Ultraschalluntersuchungen** sind nur jene aus **der Pädiatrie** (F3 und F7) **nicht limitiert**. Bei allen übrigen Untersuchungen geht das Morbiditätsrisiko zu Lasten der Krankenanstalten.

Bei näherer Betrachtung der Position F2 - gynäkologischer Ultraschall (in maximal 6 % der ambulanten Behandlungsfälle der Universitätsfrauenklinik Graz bzw. in maximal 3 % der ambulanten Behandlungsfälle der übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen verrechenbar) - ergibt sich nachstehendes Bild:

Landeskrankenhaus Graz

Zeitraum	Behandlungs- fälle *	Anzahl F2 in Rechnung gestellt	Anzahl F2 honoriert	Anzahl F2 gekürzt
1992	13.521	2.181	811	1.370

\* Behandlungsfall gemäß Allgemeinem Ambulanzvertrag 1986 (Anlage A II).

Der **gynäkologische Ultraschall** wurde im Jahre 1992 in der Ambulanz der Universitätsfrauenklinik Graz **in durchschnittlich 16,13 % aller Behandlungsfälle durchgeführt**, jedoch gemäß Vertrag **in nur 6 % dieser Behandlungsfälle honoriert**.

In Schillingen bewertet bedeutet dies, daß der Ambulanz im Jahre 1992 durch die Limitierung zu Kassentarifen bewertete erbrachte Leistungen in Höhe von **S 306.880,--** nicht honoriert wurden.

Die gesonderte Betrachtung der Universitätsfrauenklinik Graz begründet sich darin, daß hier laut Vertrag ein doppelt so hoher Limitierungsprozentsatz gilt als bei den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Ambulanzen.

Die Auswertung der Abrechnungen der geburtshilflich-gynäkologischen Ambulanzen der Landeskrankenhäuser Bruck a. d. Mur, Deutschlandsberg und Feldbach ergibt - zusammengefaßt für das Jahr 1992 - folgende Relationen:

Landeskrankenhäuser Bruck/Mur, Deutschlandsberg, Feldbach

Zeitraum	Behandlungs- fälle *	Anzahl F2 in Rechnung gestellt	Anzahl F2 honoriert	Anzahl F2 gekürzt
1992	8.600	2.192	258	1.934

\* Behandlungsfall gemäß Allgemeinem Ambulanzvertrag 1986  
(Anlage A II).

Von den 2.192 durchgeführten und in Rechnung gestellten gynäkologischen Ultraschalluntersuchungen wurde lediglich 258mal (= 11,77 % von 2.192) diese Leistung honoriert.

In Schillingen bewertet ergibt die Kürzung im Jahre 1992 für die geburtshilflich-gynäkologischen Ambulanzen der Landeskrankenhäuser Bruck a. d. Mur, Deutschlandsberg und Feldbach einen Betrag von S 433.216,--.

Der gynäkologische Ultraschall wurde im Jahre 1992 von den drei oben genannten Ambulanzen in durchschnittlich 25,49 % der Behandlungsfälle erbracht, jedoch nur in 3 % der Behandlungsfälle honoriert.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß, da die gegenständliche Limitierung von 3 % in keiner Relation zur Realität (25,49 %) steht, die KAGES längst um eine Anhebung oder besser Beseitigung dieser Limitierung hätte bemüht sein müssen.

Hinsichtlich der rechtlichen Problematik von Limitierungen wird auf Kapitel VII verwiesen.

### 3. Hämodialyse

Ambulante Hämodialysen werden derzeit in den **Landeskrankenhäusern Graz, Bruck a. d. Mur und Rottenmann** durchgeführt.

Die gültige vertragliche Regelung der ambulanten Hämodialyse findet sich in der "6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986":

"G Hämodialyse Tarif  
bis 31.12.1992 ab 1.1.1993

1. Die Gebühr für die erste und zweite wöchentliche ambulant durchgeführte Hämodialyse beträgt je S 2.900,-- S 2.300,--  
  
Eine notwendige dritte wöchentlich durchgeführte ambulante Hämodialyse wird mit einem Betrag von S 1.740,-- S 2.300,-- vergütet.
2. Dieser Betrag wird von den Kassen nur dann bezahlt, wenn vorher die Zustimmung der Kasse für die ambulante Hämodialyse eingeholt worden ist.
3. Der Antrag für die Durchführung einer ambulanten Hämodialyse ist vom Krankenhaus zu stellen, wofür das Formular "Ambulanzschein für Nachbehandlung nach Anstaltspflege" zu verwenden ist. Im Antrag ist neben der medizinischen Begründung auch die voraussichtliche Dauer der ambulanten Behandlung anzugeben. Der bewilligte Antrag bildet die Grundlage der Kostenabrechnung mit den Kassen.
4. Rechnungslegung und -zahlung sind separat von den allgemeinen Ambulanzleistungen nach den Bestimmungen des § 5 des Allgemeinen Ambulanzvertrages durchzuführen."



Mit der Unterzeichnung dieser 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 erklärte sich die KAGES mit der Reduktion eines Tarifes ab 1. Jänner 1993 einverstanden, obwohl dieser Tarif in der Zeit vom 1. Jänner 1983 bis 31. Dezember 1992 in unveränderter Höhe bestanden hatte.

Geht man von der Annahme aus, daß in jedem Behandlungsfall pro Woche drei Dialysen durchgeführt werden, so sanken damit die Tariferlöse pro Woche und Fall von S 7.540,-- um S 640,-- auf S 6.900,-- oder rund minus 8,5 %.

Da sich die tatsächliche Aufteilung zwischen erster und zweiter Dialyse pro Woche zu dritter Dialyse pro Woche jedoch nicht wie zwei Drittel (= 66,6 %) zu ein Drittel (= 33,3 %) verhält, sondern wie anhand der Frequenzen des Landeskrankenhauses Bruck a. d. Mur im Jahre 1992 errechnet 72,71 % zu 28,28 %, ist der tatsächliche Tarifrückgang mit minus 10,6 % noch etwas höher anzusetzen.

Legt man den Frequenzen des Jahres 1992 die ab 1. Jänner 1993 vereinbarten Tarife zugrunde, so ergeben sich für das

Landeskrankenhaus Bruck/Mur	S 1,665.880,--
und für das	
Landeskrankenhaus Graz	S 2,097.840,--
in Summe	S 3,763,720,--

an **Mindereinnahmen** aufgrund der durch die 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 herabgesetzten Tarife.

Die Frequenzen des Landeskrankenhauses Rottenmann

blieben bei dieser Betrachtung außer Ansatz, da das Jahr 1992 als Anlaufphase (Behandlungsbeginn der Ambulanz 1. Dezember 1991) zu betrachten und daher nicht aussagekräftig ist. Unabhängig von den Frequenzen vergrößert es jedoch die oben errechneten Minder-einnahmen.

Dieser zehn Jahre (1. Jänner 1983 bis 31. Dezember 1992) gleichbleibenden und nunmehr (ab 1. Jänner 1993) für die Sozialversicherungsträger herabgesetzten Tarifhöhe steht eine gänzlich andere Tarifentwicklung im Bereich der Selbstzahler gegenüber.

Betrag der Selbstzahler-tarif mit Stichtag 1. Jänner 1987 noch S 4.541,-- pro Dialyse, so stieg dieser - beantragt durch die KAGES - auf S 6.028,--, gültig ab 1. Jänner 1993 (Verordnung vom 14. Dezember 1992, LGB1. Nr. 70). Begründet wurden die Anträge auf Erhöhung der Ambulanzgebühren mit dem Hinweis auf "die über der allgemeinen Inflationsrate gelegene krankenhausspezifische Kostensteigerung". Eine Kostenkalkulation wurde nicht vorgelegt.

Auf der Erlösseite steht nun somit seit 1. Jänner 1993 der Kassentarif von S 2.300,-- (Anstaltsgebühr S 2.001,--, Arztgebühr S 299,--) einem Selbstzahler-tarif von S 6.028,-- (Anstaltsgebühr S 5.465,--, Arztgebühr S 563,--) gegenüber.

Um die Aufwandsseite näher untersuchen zu können, wurde auf Anfrage des Landesrechnungshofes mitgeteilt, daß von der KAGES anlässlich der Inbetriebnahme der Dialysestation Rottenmann (1. Dezember 1991) eine Kostenkalkulation durchgeführt wurde. Als **kostendeckender** Preis wurden S 2.982,-- (Anstaltsgebühr S 2.644,--, Arztgebühr S 338,--) angegeben.

Eine weitere Kalkulation wurde von der KAGES mit Schreiben vom 15. September 1993 übermittelt, in der für das Landeskrankenhaus Bruck/Mur - allerdings ausschließlich für die Hämodialyse (keine Hämofiltration, keine Hämodiafiltration) - ein Betrag von S 2.207,77 ohne Arztgebühr errechnet wird (Beilage 4).

Der Landesrechnungshof sieht folgende, einander widersprechende und auch nicht gesetzeskonforme Tarife bzw. Kalkulationsergebnisse als aufklärungsbedürftig an:

a) Kassentarif

(gültig vom 1.1.1983

bis 31.12.1992)

für die 1. und 2. Dialyse

pro Woche je (Anstalts- + Arztgebühr) S 2.900,--

3. Dialyse pro Woche (Anstalts- + Arztgebühr) S 1.740,--

b) Kassentarif

(gültig ab 1.1.1993)

1. bis 3. Dialyse

pro Woche je (Anstalts- + Arztgebühr) S 2.300,--

c) Selbstzahlertarif

(gültig ab 1.1.1993)

pro Dialyse (Anstalts- + Arztgebühr) S 6.028,--

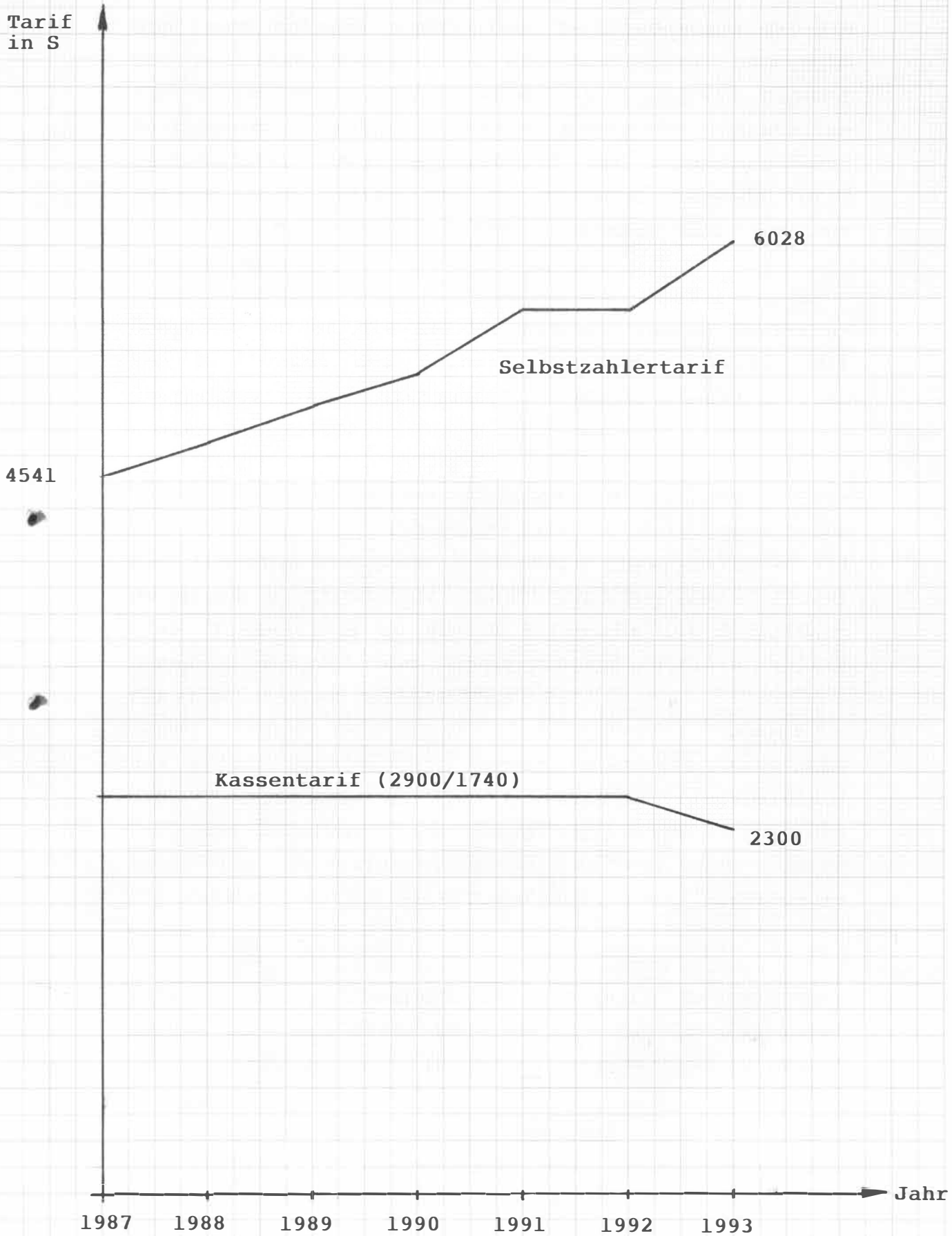
d) Tarifkalkulation

(erstellt Ende 1991) (Anstalts- + Arztgebühr) S 2.982,--

e) Tarifkalkulation

(übermittelt Sept. 1993) (nur Anstaltsgebühr) S 2.207,77

### DIALYSE: Vergleich Selbstzahlertarif - Kassentarif 1987 - 1993



Die KAGES stimmte somit einer Tarifiereduktion zu, die pro Fall und Woche einen Einnahmenverlust von mehr als S 640,-- auslöste, wobei ihr aufgrund eigener Kalkulationen (1991: S 2.982,-- Arztgebühr + Anstaltsgebühr bzw. 1993: S 2.207,77 nur Anstaltsgebühr) bekannt sein mußte, daß der zuvor bestehende Tarif von S 2.900,-- bzw. S 1.740,-- ohnehin nicht kostendeckend war.

Überdies wurden die in den letzten Jahren beantragten Erhöhungen des Selbstzahlertarifes jeweils mit überproportional steigenden krankenhausspezifischen Kosten begründet.

Allein die Personalkosten stiegen im Zeitraum 1. Jänner 1983 bis 31. Dezember 1992 (= Geltungszeitraum des Kassentarifes von S 2.900,-- bzw. S 1.740,-- um 49,28 %. Durch die Gehaltserhöhung ab 1. Jänner 1993 (Kassentarif ab diesem Zeitpunkt auf S 2.300,-- gesenkt) beträgt der Steigerungsprozentsatz allein für die Gehälter bereits 55,17 %.

Bei dieser Hochrechnung wurden weder die Umstellung des Gehaltsschemas (S I Ärzte bzw. S II Pflegebereich) noch die Änderungen der Sonderregelungen berücksichtigt. Bei Einbeziehung dieser Neuregelungen müßten die Personalkostensteigerungen noch höher ausgewiesen werden.

Aufgrund dieser Steigerungen im Bereich der Personalkosten wäre bei einer Änderung der Tarife eine Anhebung dieser, keinesfalls jedoch eine Senkung zu erwarten gewesen.

Aus rechtlicher Sicht sieht der Landesrechnungshof in der vorliegenden Tarifgestaltung auch eine dem

KALG, welchem die Krankenhäuser der KAGES als öffentliche Krankenhäuser unterliegen, widersprechende Vorgangsweise.

Der § 37a Abs. 1 KALG lautet:

"Ambulanzgebühren sind die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr."

Mit dieser Gesetzesbestimmung ist die Höhe der Selbstzahlertarife eindeutig festgelegt.

Der Selbstzahlertarif 1993 liegt um 137,54 % über den von der KAGES bekanntgegebenen Selbstkosten (laut Kalkulation September 1993). Damit liegt der Selbstzahlertarif weit über der gesetzlichen Obergrenze.

Es ist dem Landesrechnungshof nicht verständlich, warum die KAGES einerseits im Rahmen der Ambulanzgebührenverhandlungen der Senkung eines ohnehin nicht kostendeckenden - und seit 1. Jänner 1983 in gleicher Höhe bestehenden - Tarifes zugestimmt hat, andererseits jedoch laufend Erhöhungen des Selbstzahlertarifes über die gesetzliche Obergrenze beantragt und mit Kostensteigerungen begründet hat.

Überdies sollte die am Beispiel Hämodialyse dargelegte Vorgangsweise der KAGES seitens der Rechtsabteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung zum Anlaß genommen werden, auch andere Selbstzahlertarife hinsichtlich ihrer gesetzmäßigen Höhe einer Überprüfung zu unterziehen.

#### 4. Computertomographie

Die vertragliche Bestimmung des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 die Computertomographie (CT) betreffend lautet:

"H Computertomographie  
pro Untersuchung S 1.900,--

Diese Gebühr kann nur von der radiologischen Universitätsklinik Graz und dem Zentralröntgeninstitut Leoben einmal pro Patient und Tag nach vorheriger Bewilligung der zuständigen Kasse verrechnet werden. Von den in der jeweiligen Krankenanstalt durchgeführten Computertomogrammen können maximal 30 % als ambulante Leistungen verrechnet werden.

Mit dieser Gebühr sind weiters alle Kosten (z. B. Kontrastmittel, Röntgenfilme etc.), die im Zusammenhang mit Computertomographie-Untersuchungen anfallen, abgegolten."

Die Entwicklung der Verrechnungsbestimmungen und der Tarife in den folgenden Zusatzvereinbarungen (ZV) stellt sich wie folgt dar:

1. ZV	verrechenbar in maximal 30%	pro Unters.	S 1.900,--
2. ZV	verrechenbar in maximal 30%	pro Unters.	S 1.800,--
	Sachaufwand für verwendete Kontrastmittel	pro Unters.	S 359,--

"Zusätzlich zu der Gebühr für die Computertomographie können in maximal 30% der pro Jahr verrechenbaren Computertomographien verwendete Kontrastmittel verrechnet werden. Alle weiteren Kosten, die im Zusammenhang mit CT-Untersuchungen anfallen, sind mit der Gebühr für CT abgegolten."

3. ZV	verrechenbar in maximal 33,33%	pro Unters.	S 1.800,--
	Kontrastmittel in 30% der verrechenbaren CT	pro Unters.	S 515,--
4. ZV	verrechenbar in maximal 38% (kein Garantiebetrags)	pro Unters.	S 1.800,--
	Kontrastmittel in 30% der verrechenbaren CT	pro Unters.	S 515,--
5. ZV	verrechenbar in maximal 38% (kein Garantiebetrags)	pro Unters.	S 1.800,--
	Kontrastmittel in 30% der verrechenbaren CT	pro Unters.	S 600,--
6. ZV	verrechenbar in maximal 38% (kein Garantiebetrags)	pro Unters.	S 1.800,--
	Kontrastmittel in 30% der verrechenbaren CT	pro Unters.	S 655,--

Der gültige Selbstzahlertarif für CT-Untersuchungen liegt derzeit bei S 7.504,--.

Der Landesrechnungshof stellt fest, daß mit dieser Vereinbarung die Ambulanzen verpflichtet werden, vor der Erbringung der Leistung die Zustimmung der zuständigen Kasse einzuholen, obwohl bei der Abrechnung aufgrund der Limitbestimmungen unter Umständen nicht alle von eben diesen Kassen bewilligten Untersuchungen honoriert werden.

Gemäß dem gesetzlichen Auftrag (z. B. § 116 ASVG) trifft die Krankenversicherung Vorsorge u. a. für den Versicherungsfall der Krankheit, wobei alle Krankenversicherungsgesetze (§ 133 Abs. 2 ASVG, § 90 Abs. 2 GSVG, § 83 Abs. 2 BSVG, § 62 Abs. 2 B-KUVG) folgende Einschränkung kennen:



"Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten."

Geht man von der wohl begründeten Annahme aus, daß der jeweilige Chef(Kontroll)arzt der Kasse nur jene Fälle bewilligt, die dem oben zitierten Gesetzesauftrag entsprechen, so ergibt sich folgendes Bild:

Bei Überschreiten des Limitierungsprozentsatzes von derzeit 38 % werden die vom Chef(Kontroll)arzt der Kasse bewilligten CT-Untersuchungen nicht mehr honoriert.

Andererseits werden bei Unterschreitung des Limitierungsprozentsatzes nur die jeweils erbrachten Leistungen honoriert; die Differenz bis zum Limitierungsprozentsatz bleibt aufgrund des Vertragszusatzes "kein Garantiebetrug" jedoch unberücksichtigt.

**Der Landesrechnungshof stellt fest, daß mit dieser Regelung das gesamte Morbiditätsrisiko dem Krankenhauserhalter auferlegt wird.**

## 5. Polysomnographie

Die Bestimmungen der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 die Polysomnographie betreffend lauten:

"K Polysomnographie pro Untersuchung S 1.100,--

Diese Gebühr ist von der Universitätsklinik Graz, der Universitätsklinik für Kinderchirurgie Graz und von der Kinderabteilung des Landeskrankenhauses Leoben verrechenbar.

### T a r i f

Die Verrechnung dieser Gebühr ist im Kalenderjahr bei	bis 31.12.1992	ab 01.01.1993
a) den steir.§ 2-Kassen mit	S 1,320.000,--	S 2,660.000,--
b) der BVA mit	S 67.000,--	S 135.000,--
c) der SVA der Bauern mit	S 57.000,--	S 115.000,--
d) der VA der österr. Eisenbahnen mit	S 45.000,--	S 91.000,--
e) der SVA der gewerbl. Wirtschaft mit	S 21.000,--	S 42.000,--
f) der KFA Graz mit	S 9.000,--	S 18.000,--

limitiert (keine Garantiesummen).

"Die Limitierung wird halbjährlich durchgeführt. Als Limitbetrag für die halbjährliche Limitierung ist für den jeweiligen Versicherungsträger die Hälfte des jeweiligen Limitbetrages heranzuziehen. Die sich innerhalb eines Kalenderjahres ergebenden Limitüber- bzw. Limitunterschreitungen werden gegeneinander ausgeglichen."

**Auch bei den Verrechnungsbestimmungen dieser Leistung muß der Landesrechnungshof feststellen, daß trotz rund 100 %iger Anhebung der Limitgrenzen das gesamte Morbiditätsrisiko, welches die soziale Krankenversicherung aufgrund ihres Wesens als Versicherung zu tragen hätte, wieder auf die KAGES und damit auf den Krankenhauserhalter abgewälzt wird.**

Weiters wird festgehalten, daß diese Limitgrenzen Vorteile allein für die Krankenkassen bedeuten, da bei **Unterschreitungen** lediglich der **geringere Betrag** honoriert wird ("keine Garantiesummen"). Bei Überschreitungen werden jedoch die in Schillingen bewerteten Leistungen, welche über der Limitsumme liegen, um eine Honorierung von Null-Schillingen erbracht.

## 6. Magnetresonanzuntersuchung

6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986:

"I MR-Untersuchung	Tarif
	bis 31.12.1992 ab 1.1.1993
pro Patient und Tag	S 3.300,-- S 3.600,--

Diese Gebühr kann nur einmal pro Patient und Tag nach vorheriger Bewilligung der zuständigen Kasse verrechnet werden."

Die Magnetresonanz(MR)anlage wurde im Landeskrankenhaus Graz am 22. Jänner 1987 in Betrieb genommen.

Mit der 1. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 wurde ein Tarif (S 3.000,--) für die MR-Untersuchung, verrechenbar ab 1. Jänner 1987, vereinbart. Erst mit Schreiben vom 27. Oktober 1987 - eingelangt am 2. Dezember 1987 in der Rechtsabteilung 12 - wurde von der KAGES um einen Selbstzahler-tarif, der mit Wirkung vom 1. Jänner 1988 mit S 8.000,-- festgesetzt wurde, angesucht.

Der Landesrechnungshof ist der Meinung, daß das Ansuchen bereits bei Errichtung, **spätestens** jedoch zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme der MR-Anlage gestellt werden hätte müssen.

Selbstzahlern und von Sanatorien und Krankenhäusern außerhalb des KAGES-Bereiches zugewiesenen Patienten konnte diese Leistung bis zur Einführung des Selbstzahler-tarifes (Zeitraum 22. Jänner 1987 bis 1. Jänner 1988) lediglich mit dem Ambulanzpauschale in Rechnung gestellt werden.

Der Landesrechnungshof bemerkt dazu, daß mit dieser unkoordinierten Vorgangsweise der KAGES ein möglicher Einnahmenverlust in Kauf genommen wurde.

## 7. Psychotherapie

Die Bestimmungen der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 die Psychotherapie betreffend lauten:

Tarif  
bis 31.12.1992 ab 1.1.1993

"L1 Einzelpsychotherapie  
Minstdauer pro therapeutischer Sitzung 50 min

pro Sitzung	S 350,--	S 420,--
-------------	----------	----------

L2 Gruppenpsychotherapie  
Minstdauer 90 min  
pro Sitzung und einmal  
pro Woche, maximal  
zehn Patienten pro Gruppe

pro Patient und Sitzung	S 100,--	S 100,--
----------------------------	----------	----------

L3 Familientherapie  
Minstdauer 90 min  
pro Sitzung

pro Sitzung	S 600,--	S 700,--
-------------	----------	----------

Die Gebühren L1 - L3 können von der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz und der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz verrechnet werden. Von der Universitätsklinik für Psychiatrie Graz und der Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz kann bei Verrechnung einer der Gebühren L1 - L3 kein Pauschale gemäß A - C in Rechnung gestellt werden.

Innerhalb eines Quartales können acht Sitzungen pro Behandlungsfall ohne Vorgehen durchgeföhrt werden. Für weitere Sitzungen ist die vorherige chef(kontroll)ärztliche Bewilligung des leistungszuständigen Krankenversicherungsträgers erforderlich.

Unter der für einzelne Tarifpositionen maßgeblichen Behandlungszeit ist die reine Therapiezeit zu verstehen.

Die Einzelpsychotherapie (L1) wird vor allem verrechnet bei:

- a) Krisenintervention (eine bis sieben therapeutische Sitzungen à 50 min) bei Patienten mit "aktuellen psychosomatischen Erkrankungen" oder "psychosomatischen Krisen";
- b) Kurzpsychotherapie (acht bis 20 therapeutische Sitzungen mindestens á 50 min) vor allem bei Patienten mit chronifizierten "psychosomatischen und psychoneurotischen Erkrankungen";
- c) Langzeitpsychotherapie (21 bis maximal 100 Sitzungen mindestens á 50 min) bei Patienten mit schweren strukturellen Erkrankungen, wo eine Nachreifung der Person erforderlich ist.

Bei der Familientherapie (L3) ist die Betreuung der Familie durch mindestens zwei Therapeuten vorgesehen. Diese Therapie kommt bei Indikationen wie z. B. schweren psychosomatischen und psychoneurotischen Erkrankungen vor allem Jugendlicher z. B. Anorexia nervosa zur Verrechnung.

Die Verrechnung der Gebühren L1 bis L3 ist im Kalenderjahr bei

	T a r i f	
	bis 31.12.1992	ab 01.01.1993
a) den steir.§ 2-Kassen mit	S 663.000,--	S 1,163.000,--
b) der BVA mit	S 151.000,--	S 265.000,--
c) der SVA der Bauern mit	S 4.000,--	S 7.000,--
d) der SVA der gewerbl. Wirtschaft mit	S 17.000,--	S 30.000,--
e) der VA der österr. Eisenbahnen mit	S 28.000,--	S 49.000,--
f) der KFA Graz mit	S 10.000,--	S 18.000,--

limitiert (keine Garantiesummen).

Die Limitierung wird halbjährlich durchgeführt. Als Limitbetrag für die halbjährliche Limitie-

rung ist für den jeweiligen Versicherungsträger die Hälfte des betreffenden Jahresbetrages heranzuziehen. Die sich innerhalb eines Kalenderjahres ergebenden Limitüber- bzw. Limitunterschreitungen werden gegeneinander ausgeglichen."

Analog zur Computertomographie findet sich auch hier die Abrechnungsbestimmung, daß eine Leistung limitiert wird, obwohl der Chef(Kontroll)arzt die medizinische Notwendigkeit der Erbringung dieser Leistung bestätigt hat.

Der Landesrechnungshof stellt fest, daß auch bei dieser Leistung von seiten der KAGES eine Abrechnungsbestimmung vereinbart wurde, die das Morbiditätsrisiko der Versicherten des Vertragspartners auf den Krankenanstaltenerhalter überwälzt.



## 8. HELP-Therapie

Die Vertragsbestimmung der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 lautet:

"M H.E.L.P.-Therapie  
(Heparininduzierte extra-  
korporale Lipoprotein-  
plasmapharese) an der  
Universitätsklinik für  
Neurologie

Sachaufwand pro Untersuchung S 17.000,--

Zusätzlich zu dieser Gebühr kann die allgemeine Ambulanzgebühr verrechnet werden.

Innerhalb eines Kalenderjahres können höchstens 285 Untersuchungen verrechnet werden. Bei Überschreitung erfolgt eine Kürzung im Zuge der Abrechnung des 4. Quartales des betreffenden Kalenderjahres."

Diese Behandlung wurde mit der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 als Kassenleistung eingeführt und wird ab 1. Jänner 1993 maximal 285mal pro Jahr honoriert.

Für das Jahr 1992 wurde eine Pauschalabgeltung in Höhe von S 3,680.000,-- vereinbart.

Obwohl die Vertragsverhandlungen für die 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag mit den Krankenversicherungsträgern Anfang Dezember 1992 abgeschlossen waren und die Pauschalabgeltung für das Jahr 1992 auf einen Behandlungsbeginn mit 2. Quartal 1992 schließen läßt, wurde von der KAGES erst mit Schreiben vom 23. Juni 1993 ein Antrag auf Einführung eines Selbstzahlertarifes in Höhe von S 25.700,-- bei der Rechtsabteilung 12 gestellt.

Mit Verordnung vom 12. Juli 1993, LGB1. Nr. 78, in Kraft seit 1. August 1993, hat die Steiermärkische Landesregierung die Ambulanzgebühr für Selbstzahler in der beantragten Höhe von S 25.700,-- festgesetzt.

Bis zur Verlautbarung des Selbstzahlertarifes konnte die KAGES an Selbstzahler daher nur eine Rechnung in Höhe von maximal S 831,-- (Pos. 1: Erstuntersuchung S 303,-- plus Pos. 2: Eingriffe pro Sitzung S 528,--) ausstellen.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß die KAGES spätestens zum Zeitpunkt der Aufnahme der HELP-Therapie um einen Selbstzahlertarif hätte ansuchen müssen.

**Abermals wurde mit dieser Vorgangsweise - ähnlich wie bei Einführung der Magnetresonanzuntersuchung - durch Säumigkeit der KAGES ein möglicher Einnahmenverlust in Kauf genommen.**

## 9. Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät

Mit Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 14. Dezember 1992 wurde für die Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät ein **Selbstzahlertarif** in Höhe von **S 66.894,--** (Anstaltsgebühr S 59.759,--, Arztgebühr S 7.135,--) mit Wirkung ab 1. Jänner 1993 eingeführt.

Laut § 3 der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 8. Juli 1991 gelten diese Selbstzahlertarife "für alle jene Personen, für welche die Ambulanzgebühren nicht von einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger bezahlt werden".

Da es der KAGES bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht gelungen ist, mit den Sozialversicherungsträgern einen Tarif für die Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät auszuhandeln, kann für Versicherte der gesetzlichen Sozialversicherung - und auch für Betreute der Bundesrepublik Deutschland und Belgiens gemäß den zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen - lediglich der Pflegegebührenersatz (vorläufiger Pflegegebührenersatz 1993: S 1.169,-- pro Tag) in Rechnung gestellt werden.

Bei einer durchschnittlichen Verweildauer von fünf Tagen ist dies ein Betrag von **S 5.845,--**.

Alle zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen sehen vor, daß plötzlich notwendige ärztliche Hilfeleistungen an Versicherten eines Vertragsstaates zu denselben Bedingungen zu erbringen sind wie für Versicherte des eigenen Landes. Dasselbe gilt für versicherte ausländische Staatsangehörige von Vertrags-

staaten, die ihren Wohnsitz in Österreich haben.

Die zwischenstaatlichen Abkommen mit der Bundesrepublik Deutschland und mit Belgien sehen überdies auch eine Einweisung durch einen Versicherungsträger des Vertragsstaates zur Durchführung bestimmter Behandlungen als zulässig vor.

Da jedoch mit den Sozialversicherungsträgern kein Tarif ausgehandelt werden konnte, ist es aufgrund der herrschenden Vertrags- und Gesetzeslage lediglich möglich, für die Behandlung von ausländischen Patienten nur jenen Tarif zu verlangen, der auch für österreichische Versicherte gilt - in diesem Fall also lediglich den für die Sozialversicherungsträger gültigen Pflegegebührenersatz (1993: S 1.169,-- pro Tag).

Die enorme Differenz zwischen der Honorierung dieser Leistung und den tatsächlichen Kosten führt zu erheblichen Einnahmeneinbußen für die KAGES.

Das Gamma-Knife-Gerät des Landeskrankenhauses Graz wurde am **21. April 1992 in Betrieb genommen.**

Bis 31. Dezember 1992 wurden 144, im Zeitraum 1. Jänner 1993 bis 30. Juni 1993 86 Behandlungen durchgeführt.

Das Ansuchen um Einführung eines Selbstzahlertarifes wurde von der KAGES mit Schreiben vom 10. Juni 1992 gestellt.

Ein Tarif mit den Sozialversicherungsträgern existiert bis dato nicht.

Der Landesrechnungshof ist der Meinung, daß

- a) das Tarifansuchen für den Selbstzahlertarif zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt gestellt hätte werden müssen und
- b) verstärkte Anstrengungen in den Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern um Einführung eines Tarifes für die Gamma-Knife-Behandlung angebracht gewesen wären bzw. sind.

In der derzeitigen Situation profitieren nur die Sozialversicherungsträger (und Kassen jener Staaten, mit denen ein zwischenstaatliches Sozialversicherungsabkommen besteht) von der durch diese Behandlung stark verkürzten Verweildauer.

Die Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern über die Festsetzung eines Tarifes hätten nach Meinung des Landesrechnungshofes bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung für die Errichtung der Gamma-Knife-Anlage in Graz beginnen müssen.

Wiederum ist durch Säumigkeit der KAGES ein (möglicher) Einnahmenverlust in Kauf genommen worden. Auch ist es der KAGES bis heute nicht gelungen, für das seit 21. April 1992 in Betrieb stehende Gamma-Knife-Gerät einen Tarif mit den Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren.

## 10. Isotopendiagnostik

Die Leistungen der Isotopendiagnostik - ursprünglich geregelt in der Anlage D zum Ambulanzstrahlenvertrag vom 11. November 1961 - sind mit einem fixen Betrag limitiert.

Die Tarife gelten laut Mitteilung der KAGES seit dem Jahre 1984 und wurden seither auch nicht erhöht.

Die im Zeitraum 1987 bis 1992 geltenden Limite betragen:

1987-1989 S 15,380.000,-- und

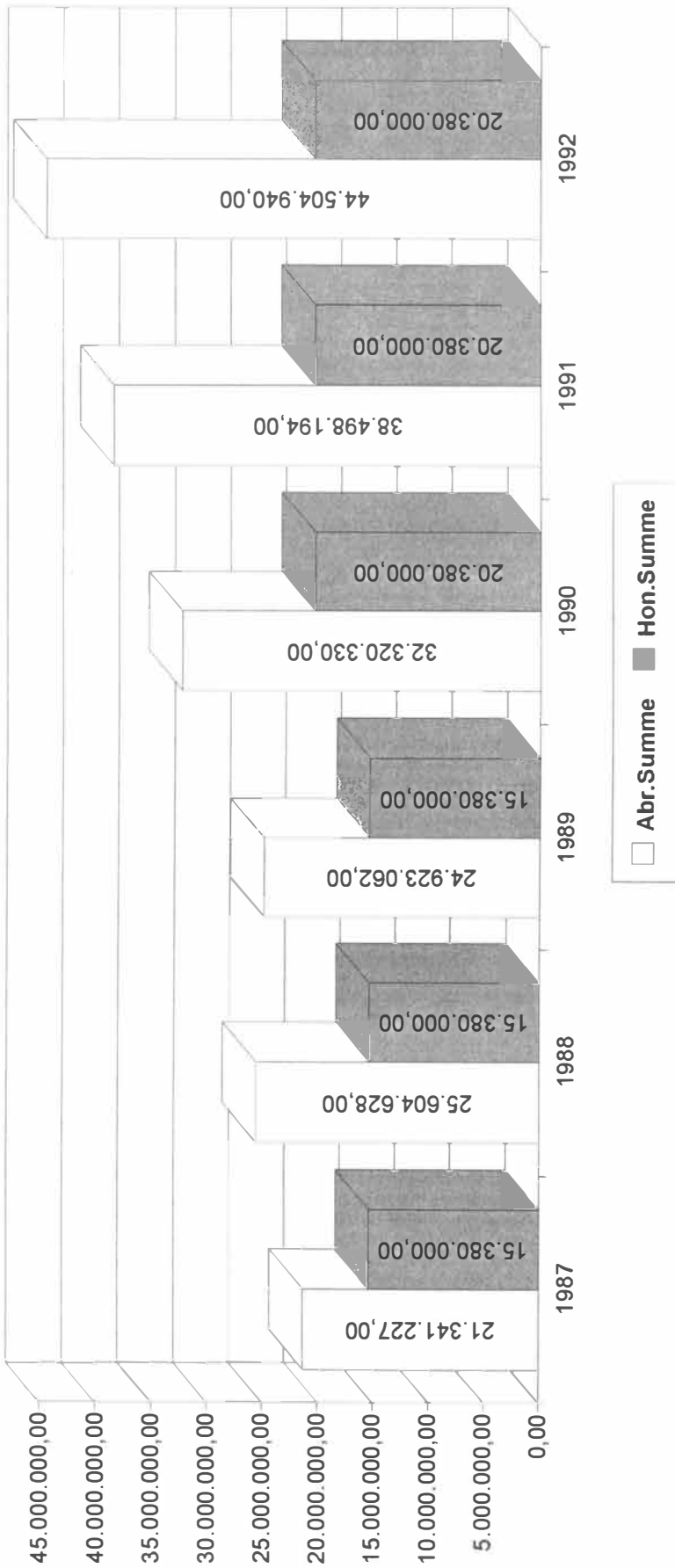
1990-1992 S 20,380.000,-- pro Jahr für alle Kassen.

Nachstehende Übersicht zeigt die Entwicklung der Abrechnungssummen und der tatsächlich honorierten Summen für die Jahre 1987 bis 1992:

Jahr	Abrechnungssumme S	Honorarsumme= Limit S	Kürzungsbetrag S	Honorarsumme in % der Abrech. Summe
1987	21,341.227,-	15,380.000,-	5,961.227,-	72
1988	25,604.628,-	15,380.000,-	10,224.628,-	60
1989	24,923.062,-	15,380.000,-	9,543.062,-	62
1990	32,320.330,-	20,380.000,-	11,940.330,-	63
1991	38,498.194,-	20,380.000,-	18,118.194,-	53
1992	44,504.940,-	20,380.000,-	24,124.940,-	46
1987- 1992	187,192.381,-	107,280.000,-	79,912.381,-	57

\* Nach Abzug der Arztgebühr und Berücksichtigung des Anstaltsanteiles verringert sich der Prozentsatz von 46 % auf 37,2 %.

# Isotopendiagnostik



Abrechnungssumme = In Schillingen bewertete und von den Kassen anerkannte Leistungen.

Honorarsumme = Tatsächlich ausbezahlte Summe.

Kürzungsbetrag = Jener Anteil der Abrechnungssumme, der aufgrund der Vertragsregelung nicht angewiesen wurde.

Honorarsumme in % der Abrechnungssumme = Prozentanteil der - in Schilling bewerteten - honorierten Leistungen an den von den Kassen - in Schilling bewerteten - anerkannten Leistungen.

Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, daß die Bewertung der Leistungen jeweils mit dem seit dem Jahre 1984 gültigen und seither nicht erhöhten Tarif erfolgt.

Sieht man vom Jahr 1990 - in dem die Limitsumme um fünf Millionen Schilling aufgestockt wurde - ab, so ergab sich eine **ständige Verschlechterung des Verhältnisses "tatsächlich ausbezahltes Honorar zu Abrechnungssumme"**; das heißt, daß die Kürzungen durch die Kassen relativ schneller als die Abrechnungssummen gestiegen sind.

Von dieser Entwicklung wurde die Finanzdirektion der KAGES schriftlich durch die zuständige Ambulanzverrechnungsstelle des Landeskrankenhauses Graz unterrichtet (Beilagen 5 und 6).

Im Lichte dieser Vertrags- und Ertragslage im Bereich der Isotopendiagnostik ist es dem Landesrechnungshof unverständlich, daß von seiten der KAGES am **5. November 1992** an die Krankenversicherungsträger die Tätigkeitsaufnahme des nuklearmedizinischen Labors (= Iso-



topenlabor) mit 4. November 1992 mitgeteilt und gleichzeitig lediglich um Begleichung der dort erbrachten Leistungen ersucht wurde, ohne zuvor jemals Tarifverhandlungen geführt zu haben.

Da die KAGES im zitierten Schreiben in keiner Weise die geltende Limitregelung im Isotopenbereich angeschnitten hat, wurde mit Schreiben vom 27. April 1993 durch den Geschäftsausschuß der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger mitgeteilt, daß "die Verrechnung der ambulanten Leistungen des nuklearmedizinischen Labors des Landeskrankenhauses Leoben .... bis zum Abschluß einer anderslautenden Vereinbarung im Rahmen des derzeit bestehenden Isotopenlimits erfolgen kann".

Erst mit Schreiben vom 10. **Mai 1993** an den Geschäftsausschuß der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger ersucht die KAGES "um Aufnahme von Gesprächen über die Vergütung der vom Landeskrankenhause Leoben zusätzlich übernommenen Versorgung des Bereiches Steiermark Nord, mit ambulanten nuklearmedizinischen Leistungen".

Lange davor, nämlich mit Bescheid vom 23. August 1991, wurde der KAGES die sanitätsbehördliche Errichtungsbewilligung für das nuklearmedizinische Labor in Leoben erteilt. Schon zu diesem Zeitpunkt hätte die KAGES Tarifverhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern aufnehmen können, damit mit Leistungsbeginn (4. November 1992) eine entsprechende Honorierung der dort erbrachten Leistungen gesichert gewesen wäre.

Auch in diesem Fall muß von einer unverständlichen Säumigkeit der KAGES gesprochen werden.

Mit der 4. Zusatzvereinbarung zum Ambulanzstrahlenvertrag vom 11. November 1961 wurde die Limitsumme von zuvor S 15,380.000,-- um S 5,000.000,-- auf S 20,380.000,-- ab 1. Jänner 1990 bei gleichbleibenden Tarifen angehoben.

Zum selben Zeitpunkt entfiel auch die bis dahin bestehende chef(kontroll)ärztliche Bewilligungspflicht für Isotopenleistungen.

Das Ausmaß der aufgrund der vereinbarten Limitierung **nicht honorierten** Leistungen betrug (bewertet zum Tarif aus dem Jahre 1984)

1987	S 5,961.227,--
1988	S 10,224.628,--
1989	S 9,543.062,--
1990	S 11,940.330,--
1991	S 18,118.194,--
1992	S 24,124.940,--

**Innerhalb dieser sechs Jahre wurden somit Leistungen im Ausmaß von S 79,912.381,-- erbracht, aber nicht vergütet.**

Ab dem Jahre 1990 konnte die Limitsumme um fünf Millionen Schilling angehoben werden, was jedoch wegen der steigenden Fallzahlen - der Tarif blieb unverändert - nur ein kurzfristiges besseres Ergebnis brachte.

Betrug das Verhältnis "in Rechnung gestellte und anerkannte Leistung zu honorierter Leistung" im Jahre 1987 noch rund 72 %, so sank es bis zum Jahr 1989 bereits auf 62 %. 1990 konnte dieses Ergebnis aufgrund der Limitanhebung mit 63 % etwa gleich gehalten werden.

In den Jahren 1991 und 1992 ist das Verhältnis "in Rechnung gestellte und anerkannte Leistung zu honorierter Leistung" auf 53 % und 46 % gefallen.

Sollte für die Zukunft keine spürbare Anhebung der Limitierung und Einrechnung der zusätzlich erbrachten Leistungen im Landeskrankenhaus Leoben bzw. eine Aufhebung der Limitierung auf dem Verhandlungswege erzielbar sein, ist mit einer Fortsetzung der stark fallenden Tendenz zu rechnen.

Die von der KAGES in den meisten Ansuchen um Tarifierhöhung für Selbstzahler angesprochenen "krankenhausspezifisch höheren Teuerungsraten" haben im Bereich der Isotopendiagnostik offenbar keinen Niederschlag gefunden.

Da diese Tarife seit der 4. Zusatzvereinbarung zum Ambulanzstrahlenvertrag, also seit 1. Jänner 1990, lediglich für die Ermittlung der Überschreitungsbeiträge herangezogen werden, ist der Landesrechnungshof der Frage, wie weit diese Kassentarife die tatsächlichen Kosten abdecken, nicht nachgegangen.

Den Bereich der Isotopendiagnostik zusammenfassend stellt der Landesrechnungshof fest, daß

a) es die KAGES verabsäumt hat oder es ihr nie ge-

lungen ist, die seit 1984 bestehenden Kassentari-  
fe jemals anzuheben; hingegen für die entspre-  
chenden Selbstzahlertarife sehr wohl Tarifierhe-  
bungen mit dem Hinweis auf Kostensteigerungen be-  
antragt wurden;

- b) es der KAGES nicht gelungen ist, das Absinken  
des Verhältnisses "in Rechnung gestellte und  
anerkannte Leistung zu honorierter Leistung"  
auf unter 50 % (1992: 46 %) zu verhindern;
- c) es die KAGES wiederum versäumte, früh genug Ge-  
spräche über die Honorierung neuer Leistungen  
bzw. neuer Leistungsstandorte aufzunehmen. Ein  
weiterer vermeidbarer Einnahmefall wurde  
damit in Kauf genommen.

**Zusammenfassend zu den Kapiteln VIII und IX** muß der  
Landesrechnungshof feststellen, daß die KAGES insbeson-  
dere durch

- \* Säumigkeit
- \* vermeidbare fehlerhafte Abrechnungen
- \* Akzeptierung von vertraglichen Schlechterstellun-  
gen trotz steigender Kosten

unnötigerweise nicht unbeträchtliche Einnahmenverluste  
in Kauf genommen hat.

Das gesamte Gesundheitssystem und damit auch die Finan-  
zierung des Krankenhausbetriebes wird immer von Zuschüs-  
sen der öffentlichen Hand abhängig sein. Das bedeutet  
für die KAGES aus betriebswirtschaftlicher Sicht ein  
"Sicherheitsnetz", da der Betriebsabgang durch einen

entsprechenden Zuschuß des Landes Steiermark (Gesell-  
schafterzuschuß) abgedeckt wird. **Wie hoch** dieser Zuschuß  
unbedingt zu sein hat, wird jedoch auch wesentlich von  
der Ausschöpfung der Einnahmelmöglichkeiten mitbestimmt.

Im Hinblick auf den hohen und jährlich überproportional  
steigenden Finanzbedarf der KAGES erscheint es vordring-  
lich, daß die **Geschäftsführung der KAGES im Sinne eines  
ständigen Bemühens der Sicherung und Maximierung der  
Einnahmen** - ohne daß der Landesrechnungshof die Schwie-  
rigkeit der Verhandlungen mit den Krankenversicherungs-  
trägern unterschätzt - **eine größere Beachtung als bisher  
schenkt.**

## X. BETRACHTUNGEN ZUR GESTALTUNG DER AMBULANZGEBÜHREN

Der Landesrechnungshof hat sich in grundsätzlicher Weise mit dem Zustandekommen der Ambulanzgebühren beschäftigt. Zwei Arten von Ambulanzgebühren, nämlich die für Selbstzahler und die für Kassenpatienten, bilden das Entgelt für erbrachte Ambulanzleistungen und bestimmen den Betriebserfolg in diesem Krankenhausbereich.

Die Gebühr für Selbstzahler geht auf die gesetzliche Regelung im § 37a Abs. 1 KALG zurück. Nach dieser Gesetzesbestimmung setzt sich die Ambulanzgebühr aus einer Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand und einer Arztgebühr zusammen. Im Abs. 2 wird normiert, daß die Landesregierung die näheren Bestimmungen über die Ambulanzgebühren durch Verordnung zu erlassen hat.

Demnach bedarf jede Erhöhung der Gebühren für Selbstzahler einer Verordnung der Landesregierung. Anträge auf Anhebung der Gebühren behandelt die Rechtsabteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung.

Die KAGES hat am 27. Oktober 1987, 20. Februar 1989, 21. Februar 1990, 19. Juni 1991 und 5. August 1992 die Anhebung der amtlich festgesetzten Ambulanzgebührensätze für Selbstzahler jeweils um einen einheitlichen Prozentsatz beantragt. Begründet wurden diese Anträge sinngemäß damit, daß die krankenhausspezifische Kostensteigerung infolge fortschreitender Medizintechnik sowie hoher Personalkostenintensität über der allgemeinen Inflationsrate liege.

Entsprechende Kalkulationsunterlagen, die die Erforderlichkeit einer Tarifierhöhung belegen würden, wurden der Behörde nicht übermittelt. Ausgenommen dann, wenn

die Neueinführung einer Ambulanzgebühr beantragt wurde, wie bei der Kernspintomographie, in vitro-Fertilisierung, Lithotripsie, Gamma-Knife-Behandlung, zuletzt für die H.E.L.P.-Therapie (Antrag vom 23. Juni 1993), hat die KAGES entsprechende Kalkulationen der Behörde vorgelegt.

Am **Beispiel des Hämodialysetarifes** läßt sich gut veranschaulichen, zu welchen Diskrepanzen es kommen kann, wenn der Erhöhungsantrag für Selbstzahler nicht auf einem Kalkulationsnachweis beruht.

Mit Schreiben vom **1. Juli 1993** hat die KAGES nämlich dem Landesrechnungshof mitgeteilt, daß eine Kostenkalkulation für eine Dialysebehandlung einen **kostendeckenden Tarif in Höhe von S 2.982,--** ergeben habe. Die Durchschnittskosten für die Hämodialyse im Landeskrankenhaus Bruck/Mur wurden im Schreiben vom 15. September 1993 mit S 2.207,77 beziffert.

Im Vergleich dazu scheint bereits in der Verordnung vom 21. Dezember 1987, LGB1. Nr. 95, für die Dialysebehandlung ein **Selbstzahlertarif in Höhe von S 4.750,--** auf. Der ab 1. Jänner 1993 gültige Tarif (Gebühr) für Selbstzahler beträgt aufgrund der Verordnung vom 14. Dezember 1992, LGB1. Nr. 70, pro Dialysebehandlung S 6.028,-- und wurde in der Verordnung vom 12. Juli 1993, LGB1. Nr. 78, in gleicher Höhe kundgemacht. Demnach lag der Selbstzahlertarif seit 1988 um S 1.768,-- höher als der von der KAGES als kostendeckend bekanntgegebene Betrag von S 2.982,--, ab 1. Jänner 1993 ist die Differenz sogar S 3.046,--.

In diesem Zusammenhang wird neuerlich darauf hingewiesen, daß der Selbstzahlertarif von S 6.028,-- nach der Gesetzeslage ein **kostendeckender Tarif** zu sein hat. Dies bedeutet aber, daß der Betrag von S 6.028,-- einem ko-

stendeckenden Kalkulationsergebnis gleichzusetzen ist. Somit liegen dem Landesrechnungshof für ein und dieselbe Ambulanzleistung zwei kraß voneinander abweichende Zahlungsrößen vor, einmal in Höhe von S 2.982,-- und weiters in Höhe von S 6.028,--.

Der Landesrechnungshof muß davon ausgehen, daß der von der KAGES pro Dialysebehandlung als kostendeckend angegebene Betrag von S 2.982,-- der tatsächlichen Kostensituation entspricht. Folglich ist der amtliche Selbstzahlertarif überhöht und entspricht nicht den Bestimmungen des § 37a Abs. 1 KALG.

Legt man die mit Schreiben vom 15. September 1993 für das Landeskrankenhaus Bruck/Mur bekanntgegebenen Vollkosten für die Dialyse zugrunde, so ist die Differenz zum Selbstzahlertarif noch höher.

Anders als bei den Selbstzahlertarifen basiert die Tarifgestaltung bei den Kassenpatienten gemäß § 47 Abs. 1 KALG auf dem Ergebnis von Verhandlungen zwischen der KAGES und den Sozialversicherungsträgern. Die nachfolgende Übersicht, in der Kassentarife und Selbstzahlertarife vergleichbarer allgemeiner Ambulanzleistungen gegenübergestellt wurden, besitzt einige Aussagefähigkeit in bezug auf das Deckungsverhältnis von Kassentarif zu den von der Steiermärkischen Landesregierung festgesetzten Tarifen (Gebühren).



Leistungsart	Kassentarif	Amtlicher Selbstzahler-tarif	Deckungs-verhältnis Kassentarif: Selbstzahler-tarif
Geburtshilfl. Ultraschall-untersuchung	S 224,--	S 228,--	98,25 %
Hämodialyse	S 2.300,--	S 6.028,--	38,15 %
Computer-tomographie	S 1.800,-- (zuz. S 655,-- Sachaufwand in 30% von 38% der ambulanten Fälle)	S 7.504,--	23,98 % (32,71 %)
Magnetresonanz-untersuchung	S 3.600,--	S 10.156,--	35,44 %
Stoßwellen-lithotripsie	S 7.000,--	S 33.252,--	21,05 %

Wie aus der vorstehenden Übersicht zu ersehen ist, bewegt sich das Deckungsverhältnis von Kassentarif zu amtlichem Selbstzahlertarif zwischen **21,05 %** und **98,25 %**, bei den meisten Ambulanzleistungen jedoch zwischen **21,05 %** und **38,15 %**.

Von den Sozialversicherungsträgern werden demnach bei den beispielsweise angeführten Ambulanzleistungen überwiegend nur **21,05 %** bis **38,15 %** der Selbstkosten der KAGES getragen; dies unter der Annahme, daß Selbstkosten und Selbstzahlertarif ident sind. Wie das Beispiel Häm-

dialyse zeigt, trifft dies jedoch nicht immer zu. Auch bei einer vertraglichen Gebührenregelung kann aus der Sicht des Rechtsträgers der öffentlichen Krankenanstalten nur die Aufwands(Kosten)abdeckung Basis der Verhandlungen sein.

Der Landesrechnungshof meint, daß das Zustandekommen von Tarifen (Gebühren) mit so unterschiedlichen Kostendeckungshöhen (21,05 % bis 98,25 %) nicht mit einem systematischen kostenbezogenen Verhandeln in Einklang zu bringen ist.

Von Wichtigkeit ist daher, daß die KAGES selbst detaillierte Kenntnis über die Kosten und Deckung dieser Kosten hat.

Nur dann wird es der KAGES überhaupt möglich sein, fundierte Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern zu führen.

Sogenannte "Paketlösungen", d. h. wieviel darf es **insgesamt** aus der Sicht der Krankenversicherungsträger mehr kosten, und danach Aufteilung auf einzelne Leistungsbe- reiche, wie dies in der Vergangenheit teilweise prakti- ziert wurde, sollten vermieden werden, da die Tarifge- staltung nicht abgekoppelt von der Kostenentwicklung der einzelnen Leistungen gesehen werden darf.

Da die Umstellung auf eine leistungsbezogene Abrechnung bevorsteht, sollte auch aus diesem Grunde der Tarifge- staltung für Einzelleistungen mehr Beachtung als bisher beigemessen werden.

## **XI. SCHLUSSBEMERKUNGEN**

Der Landesrechnungshof hat eine "Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie eine stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen" durchgeführt.

Bevor auf das eigentliche Prüfungsthema eingegangen wird, hält es der Landesrechnungshof für angezeigt, einen Gesamtüberblick über Leistungserlöse, Gesamtaufwandsentwicklung und Deckungsverhältnis für den Zeitraum 1987 bis 1992 zu geben.

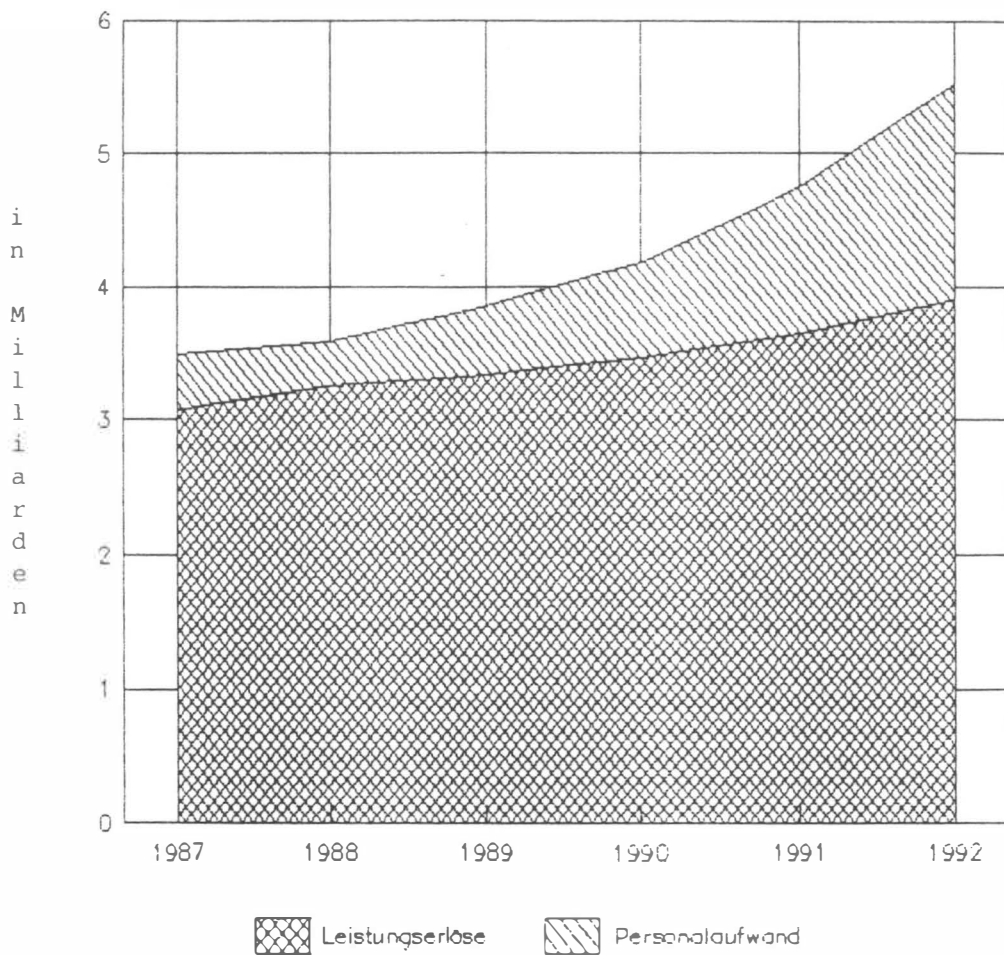
Die **Leistungserlöse** sind in diesem Zeitraum um **27,1 %** gestiegen, dieser Steigerung steht jedoch eine Erhöhung des **Gesamtaufwandes** um **55,5 %** und des **Personalaufwandes** um **57 %** gegenüber.

Das Deckungsverhältnis der

- \* Leistungserlöse zu Personalaufwand
- \* Leistungserlöse zu Gesamtaufwand

für den Zeitraum 1987 bis 1992 ergibt daher folgendes Bild:

## Leistungserlöse – Personalaufwand

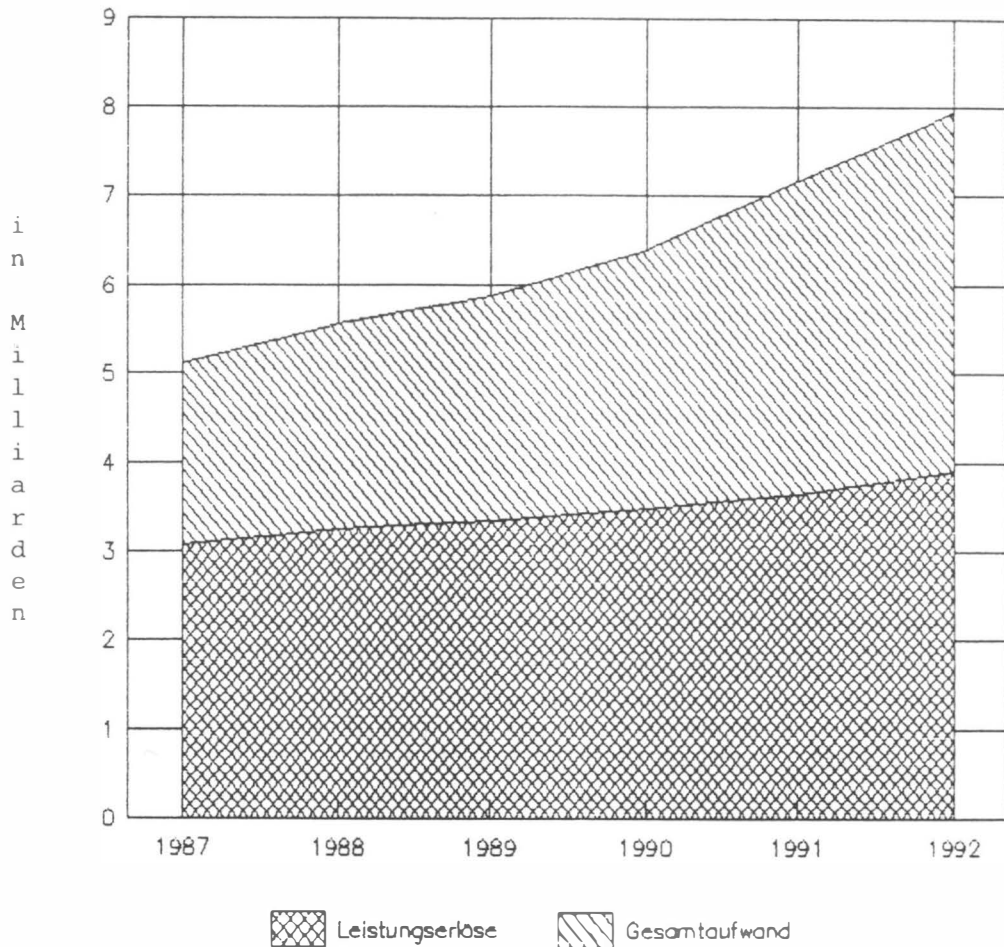


Das bedeutet, daß

1987	noch	87,8 %
1992	nur noch	70,7 %

des Personalaufwandes durch Leistungserlöse gedeckt werden konnten.

## Leistungserlöse – Gesamtaufwand



Die Entwicklung des Deckungsverhältnisses zeigt, daß

1987            noch            60,08 %

1992            nur noch        49,13 %

des **Gesamtaufwandes** durch Leistungserlöse gedeckt werden konnten. 1991 hat das Deckungsverhältnis noch 50,97 % betragen und wurde 1992 bereits die 50 %-Marke unterschritten.

In den Jahren 1987 bis 1992 hat sich demnach das Betriebsergebnis der KAGES extrem verschlechtert. Eine

annähernd gleiche Entwicklung hat das Deckungsverhältnis von durchschnittlichen Kosten pro Ambulanzfall zu durchschnittlichen Erlösen pro Ambulanzfall genommen.

#### ABLAUF UND KONTROLLE DER AMBULANZVERRECHNUNG

Die Verrechnung der "\$ 2-Kassen" (Gebietskrankenkasse, Betriebskrankenkassen Donawitz, Kindberg, Zeltweg, Boehler, Pengg und Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues) wird von der bei der Gebietskrankenkasse eingerichteten "Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle (GAEV)" besorgt.

Angesichts der Vielzahl von Behandlungsscheinen, die bei den \$ 2-Kassen anfallen, läuft die Ambulanzverrechnung überall nach dem gleichen Muster ab:

- o Sämtliche verrechnungsfertigen Ambulanzscheine werden an die GAEV übermittelt, ohne daß eine gesonderte Rechnungslegung erfolgt.
- o Aus buchhalterischen Gründen wird mit Hilfe eines Näherungswertes ein Forderungsbetrag errechnet, der in der Krankenhausbuchhaltung vorläufig als Forderung verbucht wird. Nachdem die Abrechnung der GAEV vorliegt, kommt es zu einer Korrekturbuchung.

Im Zuge der Rechnungslegung werden die Behandlungsscheine, die den **einzigen Beleg** sowohl für die Ambulanzverrechnungsstelle als auch für die Sozialversicherungsträger darstellen, geschlossen vorgelegt. Den Ambulanzverrechnungsstellen **fehlen** diese Belege für eine **allfällige Kontrolle**.

Infolge des mit den § 2-Kassen praktizierten Abrechnungssystems ist der Ambulanzverrechnungsstelle unbekannt,

- o wie hoch der genaue Forderungsbetrag im Quartal sein müßte,
- o auch ob der von der GAEV gleichsam für die Krankenanstalten ausgerechnete Quartalsvergütungsbeitrag mit den verrechneten Leistungen übereinstimmt oder
- o ob alle in Rechnung gestellten Leistungen von der GAEV bearbeitet und in ihrer Abrechnung berücksichtigt wurden.

Im Normalfall enthält die Abrechnung der GAEV vergütungsschmälernde Rückweisungen, die insgesamt von der Ambulanzverrechnungsstelle einer Nachkontrolle zu unterziehen wären. Die rückweisungsbegründenden, auf der Abrechnung der GAEV aufscheinenden Anmerkungen bestehen aus standardisierten Texten, die nicht immer ausreichend den Rückweisungsgrund, demzufolge Kürzungen getätigt werden, für eine Kontrolle umschreiben.

Im Kapitel VIII/3 des vorliegenden Berichtes finden sich konkrete Beispiele, aus denen zu ersehen ist, wie wichtig es ist, daß die Kontrolltätigkeit nicht vernachlässigt bzw. sorgfältig wahrgenommen wird.

Auch die Interne Revision der KAGES hat, wie aus einem Schreiben an die Verwaltungsdirektion des Landeskrankenhauses Deutschlandsberg vom 2. März 1992 hervorgeht, eine Prüfung von Ambulanzabrechnungen vorgenommen. Geprüft wurde die chirurgische Ambulanz ab dem 3. Quartal 1988 bis zum 2. Quartal 1991 und ergab sich, daß die GAEV erhebliche Streichungen und daher Minderzahlungen

zu tatsächlichen Leistungen vorgenommen habe. Die errechnete Minderzahlung im Röntgenbereich in Gesamthöhe von S 320.682,-- bzw. im Nicht-Röntgenbereich in der Gesamtsumme von S 228.161,80 (zusammen S 548.843,80) scheint, so der Wortlaut dieses Schreibens, jedoch den Relationsrahmen bei weitem zu übersteigen.

Der Landesrechnungshof merkt dazu an, daß selbst die Interne Revision der KAGES mit diesem Prüfergebnis auf Mißstände in der Ambulanzabrechnungskontrolle hinweist.

Konsequenzen auf dieses Prüfergebnis der Internen Revision folgten von Seite der KAGES offenbar keine, denn der Landesrechnungshof hat im Verlaufe der Prüfung der Ambulanzen nicht den Eindruck gewonnen, daß seither das Kontroll- bzw. Abrechnungssystem in den Ambulanzen effizienter gestaltet worden sei. Die Ausführungen im Kapitel VIII/3 des Berichtes untermauern überdies diesen Eindruck.

Die mehr als angespannte Finanzlage der KAGES müßte nach Ansicht des Landesrechnungshofes Grund genug dafür sein, daß mit größtmöglicher Sorgfalt jeder möglichen Einnahmequelle nachgegangen wird, um eine Minimierung des Betriebsabganges zu erreichen.

#### DATENVERGLEICH IM AMBULANZBEREICH

In diesem Kapitel hat sich der Landesrechnungshof mit Statistikdaten und KRAZAF-Auswertungsergebnissen der auswärtigen Krankenanstalten befaßt. Das zugrundegelegte Datenmaterial umfaßt die ambulanten Fälle, Untersuchungs-/Behandlungsplätze in den Ambulanzen, die Leistungen an ambulanten Patienten, die korrigierten Beschäftigten, Frequenzen an ambulanten Patienten sowie



die durchschnittlichen Personalkosten pro korrigiertem Beschäftigten, abgestuft nach Ambulanz- und Gesamtbetrieb.

Der angestellte Datenvergleich hat gezeigt, daß die Datennähe zu den tatsächlichen Verhältnissen in einer Reihe von Fällen nicht immer gegeben erscheint. Im Detail wird auf Kapitel V, Seite 17 ff, verwiesen.

#### DARSTELLUNG DER ENTWICKLUNG DES KOSTENDECKUNGSGRADES PRO AMBULANTEM FALL

Am Beispiel der Landeskrankenhäuser Graz, Bruck/Mur, Deutschlandsberg und Feldbach wird die Entwicklung des Kostendeckungsgrades pro ambulantem Fall aufgezeigt.

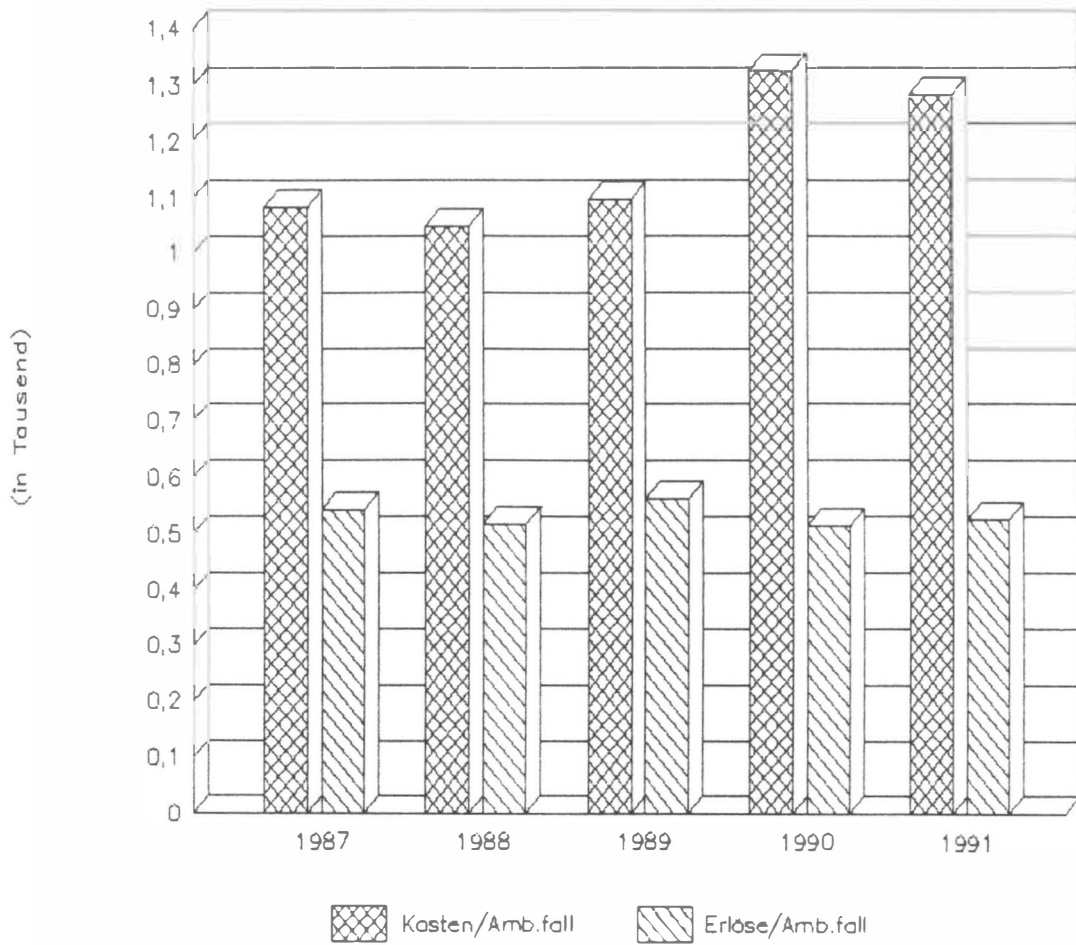
Der Kostendeckungsgrad wurde jeweils aus der Sicht der Sozialversicherungsträger und der KAGES dargestellt.

##### Landeskrankenhaus Graz

Die KAGES konnte 1987 auf einen durchschnittlichen Erlös pro Ambulanzfall von S 629,03 zurückblicken, 1991 ergibt sich nur ein Betrag von S 586,86, d.h. der KAGES ist es nicht gelungen, die jährlichen Kostensteigerungen mit den Gebühren (Tarifen) abzufangen; ja nicht einmal den Einnahmenstand von 1987 zu halten.

Im Kostendeckungsgrad pro Ambulanzfall wird diese Entwicklung ebenso deutlich sichtbar. Dieser betrug im Jahr 1987 noch 58,1 % und ist auf 45,7 % im Jahr 1991 gefallen. Werden die Ambulanzgebührenanteile der leitenden Ärzte als Teil der Ambulanzgebühren in Abzug gebracht, so sinkt der Kostendeckungsgrad im gleichen Zeitraum von anfänglich 50,1 % auf 41 %.

# LKH Graz



### Landeskrankenhaus Bruck/Mur

Pro Ambulanzfall betragen im Jahr 1987 die durchschnittlichen Kosten S 2.043,--, die durchschnittlichen Ambulanzleistungserlöse S 1.697,59. Das entspricht einem Kostendeckungsgrad von 83,1 %. Nach Abzug des Arztgebührenanteiles der leitenden Ärzte ergibt sich im Jahr 1987 ein Kostendeckungsgrad von 70,4 %.

Eine Gegenüberstellung mit dem Jahr 1991 läßt erkennen, daß mit den vereinnahmten Ambulanzgebühren nur noch eine Kostendeckung in Höhe von 71,1 % bzw. nach Abrechnung des Arztgebührenanteiles von 66,1 % erreicht werden konnte.

### Landeskrankenhaus Deutschlandsberg

Im Jahr 1987 betragen die durchschnittlichen Kosten pro Ambulanzfall S 1.051,--, die Ambulanzerlöse S 398,80. Das ergibt einen Kostendeckungsgrad von 37,9 %, der, wenn der Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte abgezogen wird, auf 31,1 % fällt.

Verglichen mit dem Jahr 1991 stehen durchschnittlichen Kosten von S 1.875,-- durchschnittliche Erlöse von S 568,73 gegenüber. Daraus errechnet sich ein Kostendeckungsgrad von 30,3 %, der sich nach Abzug des Arztgebührenanteiles auf 23,9 % verringert.

### Landeskrankenhaus Feldbach

Die durchschnittlichen Kosten lagen pro Ambulanzfall im Jahr 1987 bei S 914,--, die durchschnittlichen Ambulanzleistungserlöse bei S 341,51. Der Kostendeckungsgrad betrug somit 37,36 %, nach Abzug des Arztgebührenanteiles der leitenden Ärzte nur noch 29,5 %.

1991 sind die durchschnittlichen Kosten pro Ambulanzfall auf S 1.335,- angestiegen, die Erlöse auf S 432,90. Daraus errechnet sich ein Kostendeckungsgrad von **32,43 %** bzw. um den Arztgebührenanteil der leitenden Ärzte vermindert von **25,2 %**. Dies bedeutet, daß die KAGES 1991 im Landeskrankenhaus Feldbach **74,8 %** der Ambulanzkosten selbst zu tragen bzw. mittels Zuschüssen abzudecken hatte.

**Zusammenfassend stellt der Landesrechnungshof bei den ausgewählten Krankenanstalten fest, daß sich der Kostendeckungsgrad pro ambulatem Fall innerhalb des Zeitraumes der Jahre 1987 bis 1991 merklich verschlechtert hat.**

#### BEMERKUNGEN ZU LIMITIERUNGEN UND PAUSCHALIERUNGEN VON AMBULANZGEBÜHREN

Der Landesrechnungshof mußte bei der Prüfung feststellen, daß einzelne Gebührenleistungen der Krankenversicherungsträger aufgrund einer Vereinbarung zwischen der KAGES und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger an eine Limitierung gebunden werden bzw. pauschaliert sind.

Bevor im grundsätzlichen auf die Limitierung von Ambulanzgebühren eingegangen wird, werden die **Arten der Limitierung** dargelegt:

##### a) Prozentmäßige Limitierung

###### Beispiel:

Gynäkologische Ultraschalluntersuchungen können an der Universitätsfrauenklinik Graz in maximal **6 %**

und an den übrigen geburtshilflich-gynäkologischen Abteilungen des Rechtsträgers im Ausmaß von maximal **3 % der ambulanten Fälle** verrechnet werden.

(Weitere Beispiele siehe Seite 40/41.)

b) Zahlenmäßige Limitierung

Beispiel:

H.E.L.P.-Therapie (Heparinduzierte extrakorporale Lipoproteinplasmapharese) an der Universitätsklinik für Neurologie: Innerhalb eines Kalenderjahres können **n höchstens 285** Untersuchungen verrechnet werden.

(Weiteres Beispiel siehe Seite 41.)

c) Betragsmäßige Limitierung

Beispiel:

Isotopendiagnostische Leistungen: Die Honorierung erfolgt in der Weise, daß für die durchgeführten isotopendiagnostischen Untersuchungen von den Krankenversicherungsträgern folgende Jahrespauschalbeiträge bezahlt werden:

	Limitbetrag	Pauschale für Sachaufwand
§ 2-Kassen	S 11,574.242,--	S 3,762.758,--
VA öffentl. Bediensteter	S 1,777.228,--	S 577.772,--
SVA der Bauern	S 684.478,--	S 222.522,--
SVA der gewerbl. Wirtschaft	S 631.652,--	S 205.348,--
VA der österr. Eisenbahnen	S 552.412,--	S 179.588,--
KFA Graz	<u>S 159.988,--</u>	<u>S 52.012,--</u>
S u m m e	S 15,380.000,--	S 5,000.000,--

(Weiteres Beispiel siehe Seite 42.)

Zu diesen beispielsweise dargelegten Limitierungen sieht sich der Landesrechnungshof zu folgenden **grundsätzlichen Bemerkungen** veranlaßt:

### 1. Ausmaß von Gebühren

- a) Gemäß § 37a Abs. 1 KALG sind **Ambulanzgebühren die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr.**

Damit wird vom Gesetzgeber klar zum Ausdruck gebracht, daß Ambulanzgebühren einen Aufwand abzudecken haben. Da in **jedem Fall** bei Erbringung von Leistungen - also auch von Ambulanzleistungen - ein Aufwand entsteht, kann in **keinem Fall** die Gebühr Null sein.

- b) Gemäß § 47 Abs. 1 KALG sind

".... soweit in diesem Gesetz nicht besonders bestimmt ist, die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Rechtsträgern der öffentlichen Krankenanstalten, insbesondere **das Ausmaß** der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren - unter Berücksichtigung der Abgeltung für therapeutische Behelfe - **und allfälligen Sondergebühren**, sowie die Dauer, für welche die Pflegegebühren zu zahlen sind, nach Maßgabe der Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 und des § 48 durch privatrechtliche Verträge zu regeln. ...."

Auch aus dieser vom Gesetzgeber getroffenen Formulierung "**.... das Ausmaß der .... zu entrichtenden Pflegegebühren .... und allfälligen Sondergebühren**" ist abzuleiten, daß eine Gebühr, die keinen Geldwert

festlegt, also "Null"-Schilling beträgt, nicht entrichtet werden kann. Das Wort "entrichten" setzt einen Zahlungsvorgang voraus.

Die zwischen der KAGES und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger getroffene vertragliche Regelung, wonach bei Erreichen

- \* einer bestimmten Fallzahl  
oder
- \* eines bestimmten Prozentsatzes  
oder
- \* eines bestimmten Betrages

- übrigens vollkommen losgelöst von medizinischen Notwendigkeiten - von den Krankenversicherungsträgern **keine Gebühr** zu entrichten ist, entspricht daher nicht den zwingenden Bestimmungen der §§ 37a Abs. 1 und 47 Abs. 1 KALG.

Der Landesrechnungshof muß daher ausdrücklich feststellen, daß die getroffene vertragliche Regelung der Limitierung von Ambulanzgebühren **nicht gesetzeskonform** ist.

## 2. Untersuchungs- bzw. Behandlungspflicht

Im § 34 Abs. 1 KALG ist festgelegt, daß **Personen**, die einer stationären Anstaltspflege nicht bedürfen, **ambulant zu untersuchen oder zu behandeln sind, wenn die** in der zitierten Gesetzesbestimmung dargelegten **Voraussetzungen gegeben sind.**

Liegen also diese Voraussetzungen vor, so besteht eine **Untersuchungs- bzw. Behandlungspflicht.** Das be-

deutet aber, daß die Krankenanstalten nach Erreichung der vertraglich vereinbarten Limitierung die Untersuchung bzw. Behandlung **nicht** ablehnen können und damit gezwungen sind, die Leistungen zum "Null-Tarif" zu erbringen.

Nach Darlegung der grundsätzlichen gravierenden Bedenken gegen die Limitierung von Ambulanzgebühren werden im folgenden am **Beispiel "Isotopendiagnostische Leistungen"** die Auswirkungen der Limitierung der Honorierung dieser Leistungen für die KAGES aufgezeigt.

Die KAGES hätte an sich im Jahr 1992 bei den isotonendiagnostischen Leistungen Erlöse in der Höhe von **S 44,504.940,--** erzielt, wenn nicht vertraglich ein Jahrespauschalbetrag als Limit vereinbart worden wäre.

Im Bezugsjahr 1992 hatte die KAGES daher aus diesem Bereich lediglich Erlöse in Höhe von S 20,380.000,--. Der Betrag für **erbrachte, jedoch nicht vergütete Leistungen** beläuft sich somit auf **S 24,124.940,--**, d.h. daß nur **46 % (!)** der möglichen Gebührenerlöse aufgrund der vereinbarten Limitierung tatsächlich erzielt werden konnten. Überdies wird nachdrücklichst darauf hingewiesen, daß für die Errechnung der Gebührensumme noch immer die Tarifsätze aus dem Jahre 1984 zur Anwendung gelangen. Auf die Geltendmachung der seit 1984 eingetretenen Kostensteigerungen wie Personalkosten usw. hat die KAGES unverständlicherweise verzichtet.

Nicht verzichtet hat die KAGES jedoch auf Tarifierhebungen für Selbstzahler. Hier wurden regelmäßig Ansuchen um Tarifierhebungen mit dem Hinweis auf überproportionale Kostensteigerungen gestellt.



Der Vollständigkeit halber wird noch darauf hingewiesen, daß von den tatsächlich erzielten Erlösen in Höhe von S 20,380.000,-- noch die Arztgebühr in Abzug zu bringen ist, sodaß der der KAGES tatsächlich verbleibende Erlös noch wesentlich geringer ist.

Dem Landesrechnungshof erscheint es daher vordringlich, daß die KAGES derartig vertraglich vereinbarte Limitierungen dem Grunde nach überdenkt, da sie nicht gesetzeskonform sind und überdies das Betriebsergebnis negativ beeinflussen. Wesentliche mögliche Ambulanzleistungserlöse gehen dadurch verloren.

#### AMBULANZGEBÜHRENBRECHNUNGEN MIT DEN EINZELNEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGERN

#### Einhaltung der Frist für die Akontierung und endgültige Honorierung der Ambulanzleistungen durch die Kassen

§ 5 Abs. 4 Allgemeiner Ambulanzvertrag 1986 sieht folgendes vor:

"Für zeitgerecht eingelangte Quartalsabrechnungen (§ 5 Abs. 1) wird innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende des Abrechnungsquartales eine Akontierung von 80 % der Summe des letzten abgerechneten Quartales geleistet. Später eingelangte Abrechnungen werden bei der Akontierung nicht berücksichtigt. Die endgültige Liquidierung der Quartalsabrechnungen hat spätestens bis zum Ende des 3. Monats nach dem Akontierungstermin zu erfolgen. Geleistete Akontierungen sind zu berücksichtigen."

Gemäß den Bestimmungen des § 5 Abs. 4 des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 hätten die Krankenversicherungsträger - sofern die Abrechnungen bis zum 20. des dem Abrechnungsquartal folgenden Monats vorgelegt werden - bis zum 21. ("innerhalb von 3 Wochen nach dem Ende des Abrechnungsquartales") des dem Abrechnungsquartal fol-

genden Monats eine Akontierung in der Höhe von 80 % der Summe des letzten abgerechneten Quartales zu leisten.

Der Landesrechnungshof mußte feststellen, daß dieser Termin von **keiner** einzigen Kasse eingehalten wird.

Von seiten der KAGES erfolgten keine Reaktionen auf Vertragsverletzungen (vertraglich festgelegte Fristen werden nicht eingehalten) durch die Kassen.

Es konnte kein Versuch der KAGES festgestellt werden, für den Fall von Zahlungsterminüberschreitungen durch die Kassen eine Regelung für Verzugszinsen in den Allgemeinen Ambulanzvertrag einzubauen.

Demgegenüber sieht im Falle des Zahlungsverzuges

\* der § 10 des Oberösterreichischen Ambulanzvertrages 8,5 % Verzugszinsen,

\* der § 9 Abs. 2 des Wiener Ambulanzvertrages Verzugszinsen in der Höhe von 3 v.H.p.a. über der jeweiligen Bankrate

vor.

Legt man die anhand der Landeskrankenhäuser Bruck/Mur, Deutschlandsberg und Feldbach ermittelten Durchschnittswerte auf alle Landeskrankenanstalten um, so hätten sich bei Anwendung eines Verzugszinssatzes von 3 % über der jeweiligen Bankrate allein für das Jahr 1992 Verzugszinsen in Höhe von rund S 1,220.000,-- ergeben.

**Dem Landesrechnungshof ist es daher nicht verständlich, warum von seiten der KAGES bei den Kassen nicht auf Einhaltung des im Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 festge-**

legten Zahlungstermines gedrängt wurde, bzw. bei den Honorarverhandlungen nicht versucht wurde, eine Bestimmung über Verzugszinsen, z. B. wie im Oberösterreichischen Ambulanzvertrag, in den Vertrag aufzunehmen.

Der Landesrechnungshof hat nur die Rückweisungen der Abrechnung der Ambulanz der Geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung des Landeskrankenhauses Feldbach für das Jahr 1992, also nur einer Ambulanz eines Krankenhauses, überprüft. Die komplette Überprüfung einer Abrechnung ist dem Landesrechnungshof nicht möglich, da die dafür benötigten Behandlungsscheine mit den in Rechnung gestellten Positionsnummern bei der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle der Gebietskrankenkasse aufliegen, wo dem Landesrechnungshof eine Einsichtnahme verwehrt ist. Jedenfalls mußte dabei festgestellt werden, daß die KAGES nicht im ausreichenden Maße dafür Sorge getragen hat, daß eine den gültigen Vereinbarungen entsprechende Abrechnung gewährleistet ist. (Im Detail siehe Seite 59ff.) Es muß jedoch davon ausgegangen werden, daß diese vom Landesrechnungshof für diese Ambulanz getroffenen Feststellungen auch auf andere Ambulanzen zutreffen werden.

Das bedeutet aber, daß allein schon aus der teilweisen Unwissenheit, wie Leistungen aufgrund der vertraglichen Vereinbarungen mit den Kassen abgerechnet werden können, nicht unbeträchtliche Einnahmenverluste für die KAGES entstehen. Im Hinblick auf die Bestimmung des § 37a Abs. 1 KALG, wonach die Ambulanzgebühr zu einem Teil aus einer Arztgebühr besteht, muß der Landesrechnungshof darauf hinweisen, daß diese Einnahmenverluste der KAGES auch zu Einkommensverlusten der Ärzte führen.

NÄHERE PRÜFUNG VERTRAGLICHER BESTIMMUNGEN DER ANLAGE A  
BZW. DER GÜLTIGEN ZUSATZVEREINBARUNG UND DES AMBULANZ-  
STRAHLENVERTRAGES AM BEISPIEL DES LANDESKRANKENHAUSES  
GRAZ

Es wurden die Vertragsbestimmungen folgender Leistungen untersucht:

1. Zytologische Untersuchungen
2. Ultraschalluntersuchungen
3. Hämodialyse
4. Computertomographie
5. Polysomnographie
6. Magnetresonananzuntersuchungen
7. Psychotherapie
8. HELP-Therapie
9. Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät
10. Isotopendiagnostik

1. Zytologische Untersuchungen

Ursprünglich sah der Allgemeine Ambulanzvertrag 1986 nur eine Leistungsposition für zytologische Untersuchungen vor. Mit der 2. Zusatzvereinbarung (ab 1. Jänner 1988) zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 konnte eine Aufsplitterung der Leistung in gynäkologische und nicht-gynäkologische Untersuchungen ausgehandelt werden:

Gynäkologische-zytologische Untersuchung dzt. S 97,--  
nicht-gynäkologische-zytologische Unters.dzt. S 105,--

Der "Preis" für diese Aufsplitterung war allerdings die restriktive Verrechnungsbestimmung, daß die nicht-gynäkologisch-zytologischen Untersuchungen im Ausmaß

von maximal 10 % der gesamten zytologischen Untersuchungen zum höheren Tarif honoriert werden. Der die 10 %-Grenze übersteigende Anteil wird nur mehr zum niedrigeren Tarif für gynäkologisch-zytologische Untersuchungen honoriert.

Der in Geltung stehende Allgemeine Ambulanzvertrag 1986 regelt in § 2 den Umfang der Ambulanzleistungen auf Rechnung einer Kasse in Bezug auf Zuweisungen derart, daß er diese in Abs. c auf **Vertrags(fach)ärzte und eigene Einrichtungen** der Kasse beschränkt. Zuweisungen durch Nicht-Vertrags(fach)ärzte wurden demnach direkt mit dem Patienten zum Selbstzahlertarif (1992: S 151,--) verrechnet.

Mit dem Geschäftsausschuß der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger wurde einfach vereinbart, diese Vorgangsweise für § 2-Versicherte insoferne zu ändern, als auch Überweisungen von Nicht-Vertrags(fach)ärzten direkt mit der Kasse - allerdings zum niedrigeren Kassentarif - abzurechnen sind.

**Der Verlust der Differenz zwischen Selbstzahlertarif (S 151,--) und Kassentarif (S 97,--) geht zu Lasten der KAGES.**

Die **Mindereinnahmen**, die das Landeskrankenhaus Graz durch diese Vereinbarung allein im Jahre 1992 zu verzeichnen hatte, beziffern sich damit auf rund **S 324.000,--**.

Der Landesrechnungshof merkt dazu an, daß es unverständlich ist, warum die KAGES - noch dazu in einem Bereich wie dem der zytologischen Untersuchungen, in dem die Kassentarife bei weitem nicht kostendeckend

sind - eine Vereinbarung eingehen konnte, die lediglich zu einer Erlösminderung führte.

## 2. Ultraschalluntersuchungen

Von den sieben verschiedenen Ultraschalluntersuchungen sind nur jene aus der Pädiatrie (F3 und F7) nicht limitiert (im Detail siehe Seite 72 ff.)

Bei allen übrigen Untersuchungen geht das Morbiditätsrisiko zu Lasten der Krankenanstalten.

Der **gynäkologische Ultraschall** wurde im Jahre 1992 in der Ambulanz der Universitätsfrauenklinik Graz in **durchschnittlich 16,13 % aller Behandlungsfälle durchgeführt**, jedoch gemäß Vertrag **in nur 6 % dieser Behandlungsfälle honoriert**.

In Schillingen bewertet bedeutet dies, daß der Ambulanz im Jahre 1992 durch die Limitierung zu Kassentarifen bewertete erbrachte Leistungen in Höhe von **S 306.880,--** nicht honoriert wurden.

Die Auswertung der Abrechnungen der geburtshilflich-gynäkologischen Ambulanzen der Landeskrankenhäuser Bruck/Mur, Deutschlandsberg und Feldbach zeigt, daß von den **2.192** durchgeführten und in Rechnung gestellten gynäkologischen Ultraschalluntersuchungen lediglich **258 (= 11,77 %)** honoriert wurden.

In Schillingen bewertet ergibt die Kürzung im Jahre 1992 für die geburtshilflich-gynäkologischen Ambulanzen der Landeskrankenhäuser Bruck/Mur, Deutschlandsberg und Feldbach einen Betrag von **S 433.216,--**.

Der gynäkologische Ultraschall wurde im Jahre 1992

von den drei oben genannten Ambulanzen in durchschnittlich 25,49 % der Behandlungsfälle erbracht, jedoch nur in 3 % der Behandlungsfälle honoriert.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß, da die gegenständliche Limitierung von 3 % in keiner Relation zur Realität (25,49 %) steht, die KAGES längst um eine Anhebung oder besser Beseitigung dieser Limitierung hätte bemüht sein müssen.

### 3. Hämodialyse

Die gültige vertragliche Regelung der ambulanten Hämodialyse findet sich in der "6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986":

"G Hämodialyse Tarif  
bis 31.12.1992 ab 1.1.1993

1. Die Gebühr für die erste und zweite wöchentliche ambulant durchgeführte Hämodialyse beträgt je S 2.900,-- S 2.300,--

Eine notwendige dritte wöchentlich durchgeführte ambulante Hämodialyse wird mit einem Betrag von S 1.740,-- S 2.300,-- vergütet.

Mit der Unterzeichnung dieser 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 erklärte sich die KAGES mit der Reduktion eines Tarifes ab 1. Jänner 1993 einverstanden, obwohl dieser Tarif in der Zeit vom 1. Jänner 1983 bis 31. Dezember 1992 in unveränderter Höhe bestanden hatte.

Geht man von der Annahme aus, daß in jedem Behand-

lungsfall pro Woche drei Dialysen durchgeführt werden, so sanken damit die Tariferlöse pro Woche und Fall von S 7.540,-- um S 640,-- auf S 6.900,-- oder rund minus 8,5 %.

Da sich die tatsächliche Aufteilung zwischen erster und zweiter Dialyse pro Woche zu dritter Dialyse pro Woche jedoch nicht wie zwei Drittel (= 66,6 %) zu ein Drittel (= 33,3 %) verhält, sondern wie anhand der Frequenzen des Landeskrankenhauses Bruck/Mur im Jahre 1992 errechnet 72,71 % zu 28,28 %, ist der tatsächliche Tarifrückgang mit minus 10,6 % noch etwas höher anzusetzen.

Legt man den Frequenzen des Jahres 1992 die ab 1. Jänner 1993 vereinbarten Tarife zugrunde, so ergeben sich für das

Landeskrankenhaus Bruck/Mur	S 1,665.880,--
und für das	
Landeskrankenhaus Graz	S 2,097.840,--
in Summe	<b>S 3,763.720,--</b>

an **Mindereinnahmen** aufgrund der durch die 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 **herabgesetzten** Tarife.

Dieser zehn Jahre (1. Jänner 1983 bis 31. Dezember 1992) gleichbleibenden und nunmehr (ab 1. Jänner 1993) für die Sozialversicherungsträger herabgesetzten Tarifhöhe steht eine gänzlich andere Tarifentwicklung im Bereich der Selbstzahler gegenüber.

Betrag der Selbstzahlertarif mit Stichtag 1. Jänner 1987 noch S 4.541,-- pro Dialyse, so stieg dieser -



beantragt durch die KAGES - auf S 6.028,--, gültig ab 1. Jänner 1993 (Verordnung vom 14. Dezember 1992, LGB1. Nr. 70). Begründet wurden die Anträge auf Erhöhung der Ambulanzgebühren mit dem Hinweis auf "die über der allgemeinen Inflationsrate gelegene krankenhausspezifische Kostensteigerung". Eine Kostenkalkulation wurde nicht vorgelegt.

Auf der Erlösseite steht nun somit seit 1. Jänner 1993 der Kassentarif von S 2.300,-- (Anstaltsgebühr S 2.001,--, Arztgebühr S 299,--) einem Selbstzahler-tarif von S 6.028,-- (Anstaltsgebühr S 5.465,--, Arztgebühr S 563,--) gegenüber.

Die KAGES stimmte somit einer Tarifiereduktion zu, die pro Fall und Woche einen Einnahmenverlust von mehr als S 640,-- auslöste, wobei ihr aufgrund eigener Kalkulationen (1991: S 2.982,-- Arztgebühr + Anstaltsgebühr bzw. 1993: S 2.207,77 nur Anstaltsgebühr, im Detail siehe Seite 76 ff) bekannt sein mußte, daß der zuvor bestehende Tarif von S 2.900,-- bzw. S 1.740,-- ohnehin nicht kostendeckend war.

Überdies wurden die in den letzten Jahren beantragten Erhöhungen des Selbstzahlertarifes jeweils mit überproportional steigenden krankenhausspezifischen Kosten begründet.

Aus rechtlicher Sicht sieht der Landesrechnungshof in der vorliegenden Tarifgestaltung auch eine dem KALG, welchem die Krankenhäuser der KAGES als öffentliche Krankenhäuser unterliegen, widersprechende Vorgangsweise.

Der § 37a Abs. 1 KALG lautet:

"Ambulanzgebühren sind die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr."

Mit dieser Gesetzesbestimmung ist die Höhe der Selbstzahlertarife eindeutig festgelegt.

Der Selbstzahlertarif 1993 liegt um 137,54 % über den von der KAGES bekanntgegebenen Selbstkosten (laut Kalkulation September 1993). Damit liegt der Selbstzahlertarif über der gesetzlichen Obergrenze.

**Es ist dem Landesrechnungshof nicht verständlich, warum die KAGES einerseits im Rahmen der Ambulanzgebührenverhandlungen der Senkung eines ohnehin nicht kostendeckenden - und seit 1. Jänner 1983 in gleicher Höhe bestehenden - Tarifes zugestimmt hat, andererseits jedoch laufend Erhöhungen des Selbstzahlertarifes über die gesetzliche Obergrenze beantragt und mit Kostensteigerungen begründet hat.**

#### 4. Computertomographie

Gemäß der 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 können pro Untersuchung S 1.800,-- einmal pro Patient und Tag nach vorheriger Bewilligung der zuständigen Kasse verrechnet werden. Von den durchgeführten Computertomographien (CT) können jedoch **maximal 38 %** tatsächlich verrechnet werden. Hinzu können noch für Kontrastmittel pro Untersuchung S 655,--, jedoch nur in 30 % der verrechenbaren CT, in Rechnung gestellt werden.

Der gültige Selbstzahlertarif für CT-Untersuchungen liegt derzeit bei S 7.504,--.

Der Landesrechnungshof stellt fest, daß mit dieser Vereinbarung die Ambulanzen verpflichtet werden, vor der Erbringung der Leistung die Zustimmung der zuständigen Kasse einzuholen, obwohl bei der Abrechnung aufgrund der Limitbestimmungen unter Umständen nicht alle von eben diesen Kassen bewilligten Untersuchungen honoriert werden.

Geht man von der wohl begründeten Annahme aus, daß der jeweilige Chef(Kontroll)arzt der Kasse nur jene Fälle bewilligt, die dem oben zitierten Gesetzesauftrag entsprechen, so ergibt sich folgendes Bild:

Bei Überschreiten des Limitierungsprozentsatzes von derzeit 38 % werden die von Chef(Kontroll)arzt der Kasse bewilligten CT-Untersuchungen nicht mehr honoriert.

Andererseits werden bei Unterschreitung des Limitierungsprozentsatzes nur die jeweils erbrachten Leistungen honoriert; die Differenz bis zum Limitierungsprozentsatz bleibt aufgrund des Vertragszusatzes "kein Garantiebetrug" jedoch unberücksichtigt.

**Der Landesrechnungshof stellt fest, daß mit dieser Regelung das gesamte Morbiditätsrisiko dem Krankenhaushalter auferlegt wird.**

##### 5. Polysomnographie

Die Verrechnung der Gebühr von S 1.100,-- pro Untersuchung war bis 31. Dezember 1992 mit S 1,519.000,--

und ist ab 1. Jänner 1993 mit S 3,061.000,-- im Kalenderjahr limitiert (im Detail siehe Seite 86/87.)

**Auch bei den Verrechnungsbestimmungen dieser Leistung muß der Landesrechnungshof feststellen, daß trotz rund 100 %iger Anhebung der Limitgrenzen das gesamte Morbiditätsrisiko, welches die soziale Krankenversicherung aufgrund ihres Wesens als Versicherung zu tragen hätte, wieder auf die KAGES und damit auf den Krankenhauserhalter abgewälzt wird.**

#### 6. Magnetresonanzuntersuchung

6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986:

"I MR-Untersuchung	Tarif
	bis 31.12.1992 ab 1.1.1993
pro Patient und Tag	S 3.300,-- S 3.600,--

Diese Gebühr kann nur einmal pro Patient und Tag nach vorheriger Bewilligung der zuständigen Kasse verrechnet werden."

Die Magnetresonanz(MR)anlage wurde im Landeskrankenhaus Graz am 22. Jänner 1987 in Betrieb genommen.

Mit der 1. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 wurde ein Tarif (S 3.000,--) für die MR-Untersuchung, verrechenbar ab 1. Jänner 1987, vereinbart. Erst mit Schreiben vom 27. Oktober 1987 - eingelangt am 2. Dezember 1987 in der Rechtsabteilung 12 - wurde von der KAGES um einen Selbstzahler-tarif, der mit Wirkung vom 1. Jänner 1988 mit S 8.000,-- festgesetzt wurde, angesucht.

Der Landesrechnungshof ist der Meinung, daß das Ansuchen bereits bei Errichtung, **spätestens** jedoch zum Zeitpunkt der Inbetriebnahme der MR-Anlage gestellt werden hätte müssen.

Selbstzahlern und von Sanatorien und Krankenhäusern außerhalb des KAGES-Bereiches zugewiesenen Patienten konnte diese Leistung bis zur Einführung des Selbstzahlertarifes (Zeitraum 22. Jänner 1987 bis 1. Jänner 1988) lediglich mit dem Ambulanzpauschale in Rechnung gestellt werden.

**Für die KAGES ist dadurch unnötigerweise ein Einnahmenverlust entstanden.**

## 7. Psychotherapie

Die Verrechnung dieser Gebühr (im Detail siehe Seite 91 ) war bis 31. Dezember 1992 mit S 873.000,-- und ist ab 1. Jänner 1993 mit S 1,532.000,-- im Kalenderjahr limitiert.

Analog zur CT findet sich auch hier die Abrechnungsbestimmung, daß eine Leistung limitiert wird, obwohl der Chef(Kontroll)arzt die medizinische Notwendigkeit der Erbringung dieser Leistung bestätigt hat.

Der Landesrechnungshof stellt fest, daß auch bei dieser Leistung von seiten der KAGES eine Abrechnungsbestimmung vereinbart wurde, die das Morbiditätsrisiko der Versicherten des Vertragspartners auf den Krankenanstaltenerhalter überwälzt.

## 8. HELP-Therapie

Diese Behandlung wurde mit der 6. Zusatzvereinbarung

zum Allgemeinen Ambulanzvertrag 1986 als Kassenleistung eingeführt und wird ab 1. Jänner 1993 **maximal 285mal pro Jahr** honoriert.

Für das Jahr 1992 wurde eine Pauschalabgeltung in Höhe von S 3,680.000,-- vereinbart.

Obwohl die Vertragsverhandlungen für die 6. Zusatzvereinbarung zum Allgemeinen Ambulanzvertrag mit den Krankenversicherungsträgern Anfang Dezember 1992 abgeschlossen waren und die Pauschalabgeltung für das Jahr 1992 auf einen Behandlungsbeginn mit 2. Quartal 1992 schließen läßt, wurde von der KAGES erst mit Schreiben vom **23. Juni 1993** ein Antrag auf Einführung eines Selbstzahlertarifes in Höhe von S 25.700,-- bei der Rechtsabteilung 12 gestellt.

Mit Verordnung vom 12. Juli 1993, LGB1. Nr. 78, in Kraft seit 1. August 1993, hat die Steiermärkische Landesregierung die Ambulanzgebühr für Selbstzahler in der beantragten Höhe von S 25.700,-- festgesetzt.

Bis zur Verlautbarung eines Selbstzahlertarifes konnte die KAGES an Selbstzahler daher nur eine Rechnung in Höhe von maximal S 831,-- (Pos. 1: Erstuntersuchung S 303,-- plus Pos. 2: Eingriffe pro Sitzung S 528,--) ausstellen.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß die KAGES spätestens zum Zeitpunkt der Aufnahme der HELP-Therapie um einen Selbstzahlertarif hätte ansuchen müssen.

**Abermals wurde mit dieser Vorgangsweise - ähnlich wie bei Einführung der MR-Untersuchung - durch Säumigkeit der KAGES ein möglicher Einnahmenverlust in Kauf genommen.**

## 9. Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät

Mit der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 14. Dezember 1992 wurde für die Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät ein **Selbstzahlertarif** in Höhe von **S 66.894,--** (Anstaltsgebühr S 59.759,--, Arztgebühr S 7.135,-) mit Wirkung ab **1. Jänner 1993** eingeführt.

Da es der KAGES bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht gelungen ist, mit den Sozialversicherungsträgern einen Tarif für die Behandlung mit dem Gamma-Knife-Gerät auszuhandeln, kann für Versicherte der gesetzlichen Sozialversicherung - und auch für Betreute der Bundesrepublik Deutschland und Belgiens gemäß den zwischenstaatlichen Sozialversicherungsabkommen - lediglich der Pflegebührenersatz (vorläufiger Pflegegebührenersatz 1993: S 1.169,-- pro Tag) in Rechnung gestellt werden.

Bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von fünf Tagen ist dies ein Betrag von **S 5.845,--**.

Der Landesrechnungshof ist der Meinung, daß

- a) das Tarifansuchen für den Selbstzahlertarif zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt gestellt hätte werden müssen und
- b) verstärkte Anstrengungen in den Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern um Einführung eines Tarifes für die Gamma-Knife-Behandlung angebracht gewesen wären bzw. sind.

Wiederum ist durch Säumigkeit der KAGES ein (möglicher) Einnahmenverlust in Kauf genommen worden. Auch ist es der KAGES bis heute nicht gelungen, für das seit 21. April 1992 in Betrieb stehende Gamma-Knife-Gerät einen Tarif mit den Krankenversicherungsträgern zu vereinbaren.

#### 10. Isotopendiagnostik

Die Leistungen der Isotopendiagnostik - ursprünglich geregelt in der Anlage D zum Ambulanzstrahlenvertrag vom 11. November 1961 - sind mit einem fixen Betrag limitiert.

Die im Zeitraum 1987 bis 1992 geltenden Limite betragen:

1987-1989 S 15,380.000,-- und

1990-1992 S 20,380.000,-- pro Jahr für alle Kassen.

**Innerhalb der Jahre 1987 bis 1992 wurden Leistungen im Ausmaß von S 79,912,381,-- erbracht, aber nicht vergütet. (Im Detail siehe Seite 98 ff.)**

Ab dem Jahre 1990 konnte die Limitsumme um fünf Millionen Schilling angehoben werden, was jedoch wegen der steigenden Fallzahlen - der Tarif blieb unverändert - nur ein kurzfristiges besseres Ergebnis brachte.

Betrug das Verhältnis "in Rechnung gestellte und anerkannte Leistung zu honorierter Leistung" im Jahre 1987 noch rund 72 %, so sank es bis zum Jahr 1989



bereits auf 62 %. 1990 konnte dieses Ergebnis aufgrund der Limitanhebung mit 63 % etwa gleich gehalten werden.

In den Jahren 1991 und 1992 ist das Verhältnis "in Rechnung gestellte und anerkannte Leistung zu honorierter Leistung" auf 53 % und 46 % gefallen.

**Auch in diesem Fall muß von einer äußerst negativen Entwicklung der Einnahmensituation gesprochen werden.**

**Zusammenfassend zu den Kapiteln VIII und IX** muß der Landesrechnungshof feststellen, daß die KAGES insbesondere durch

- \* Säumigkeit
- \* vermeidbare fehlerhafte Abrechnungen
- \* Akzeptierung von vertraglichen Schlechterstellungen trotz steigender Kosten

unnötigerweise nicht unbeträchtliche Einnahmenverluste in Kauf genommen hat.

Das gesamte Gesundheitssystem und damit auch die Finanzierung des Krankenhausbetriebes wird immer von Zuschüssen der öffentlichen Hand abhängig sein. Das bedeutet für die KAGES aus betriebswirtschaftlicher Sicht ein "Sicherheitsnetz", da der Betriebsabgang durch einen entsprechenden Zuschuß des Landes Steiermark (Gesellschafterzuschuß) abgedeckt wird. **Wie hoch** dieser Zuschuß unbedingt zu sein hat, wird jedoch auch wesentlich von der Ausschöpfung der Einnahmelmöglichkeiten mitbestimmt.

Im Hinblick auf den hohen und jährlich überproportional

steigenden Finanzbedarf der KAGES erscheint es vordringlich, daß die Geschäftsführung der KAGES im Sinne eines ständigen Bemühens der Sicherung und Maximierung der Einnahmen - ohne daß der Landesrechnungshof die Schwierigkeit der Verhandlungen mit den Krankenversicherungsträgern unterschätzt - eine größere Beachtung als bisher schenkt.

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 27. Oktober 1993 stattgefundenen **Schlußbesprechung** eingehend dargelegt.

An der Schlußbesprechung haben teilgenommen:

von der Steiermärkischen  
Krankenanstalten GesmbH:

DDr. Gerhard MOSER,  
Vorstandsdirektor

Dipl.-Ing. Dr. Klaus FANKHAUSER,  
Vorstandsdirektor

Oberamtsrat Ernst HECKE,  
Bereichsdirektor

Mag. Arnold ERKER,  
Abteilungsleiter

vom Büro des Herrn Landes-  
rates Dr. Strenitz:

Regierungsrat Mag. Helmut HIRT

von der Rechtsabteilung 12:

Wirkl.Hofrat Dr. Horst NIGITZ,  
Vorstand der Rechtsabteilung 12

Wirtschaftsrat Mag. Wolfgang  
FISCHER

VB Mag. Hans-Peter ORTNER

von der Rechtsabteilung 10:

Wirtschaftsrat DKfm. Friedrich  
STANGL

vom Landesrechnungshof:

Landesrechnungshofdirektor  
Wirkl.Hofrat Dr. Herbert LIEB

Landesrechnungshofdirektor-  
Stellvertreter  
Wirkl.Hofrat Dr. Hans LEIKAUF

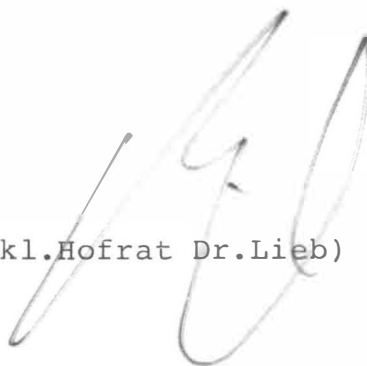
Hofrat Dr. Karl BEKERLE

Oberregierungsrat Dr. Kuno  
DICKBAUER

VB Mag. Georg GRÜNWALD

Graz, am 8. November 1993

Der Landesrechnungshofdirektor:

A handwritten signature in dark ink, appearing to be 'H. Lieb', written over a faint, larger signature.

(Wirkl.Hofrat Dr.Lieb)