

STEIERMÄRKISCHER LANDTAG
LANDESRECHNUNGSHOF



BERICHT

GZ: LRH 22 O 1 - 1997/8

**betreffend die Prüfung
der klinik- bzw. abteilungsübergreifenden
patientenbezogenen Organisation
im Landeskrankenhaus Graz**

INHALTSVERZEICHNIS

I. PRÜFUNGS-AUFTRAG	1
II. QUALITÄTSSICHERUNG ALS GESETZLICHE VORGABE	3
III. LEITFADEN ZUR PATIENTENAUFKLÄRUNG	7
IV. PATIENTENAUFNAHME IN DIE ANSTALTSPFLEGE	15
1. Die geplante Patientenaufnahme	16
2. Die nicht geplante Patientenaufnahme	17
V. AMBULANZBETRIEB	26
VI. KONSILIARBETREUUNG	29
VII. KRANKENGESCHICHTEN	33
1. Rechtsgrundlage	33
2. Formulareinsatz und Führungsmethoden	36
3. Vollständigkeit der Dokumentationsinhalte	40
4. Ablage- bzw. Archivierungsverfahren	41
5. Arztbriefe und Unterzeichnungsvorschriften	46
6. Aufbewahrungsverhältnisse von Krankengeschichten und Röntgenbildern	53
6.1. Krankengeschichtenarchivierung	53
6.2. Röntgenbildarchivierung	58
7. Befundübermittlung intern	61
8. Anforderung von Krankengeschichtenskopien	63
VIII. PATIENTENTRANSPORT	65
IX. BETREUUNG DER PATIENTEN DURCH SOZIAL- ARBEITER(INNEN)	73
X. SPEISENVERSORGUNG	79
1. Qualitätsstandard	79
2. Verteilerküche	82
XI. ZUSAMMENFASSUNG	85

I. PRÜFUNGS-AUFTRAG

Der Landesrechnungshof hat eine **Prüfung der klinik- bzw. abteilungsübergreifenden patientenbezogenen Organisation im Landeskrankenhaus Graz** durchgeführt.

Mit der Prüfung war die Gruppe 4 des Landesrechnungshofes beauftragt.

Bevor auf die einzelnen Prüfbereiche eingegangen wird, hält der Landesrechnungshof es für notwendig, zwei grundsätzliche Anmerkungen zu treffen:

◆ **LKH-Universitätsklinikum Graz - LKH 2000**

Wie bekannt, ist seit 1992 im Rahmen der Umsetzung der Ziel- und Gesamtplanung für das LKH-Universitätsklinikum Graz (LKH 2000) eine äußerst intensive Bautätigkeit gegeben. Das Gesamtprojekt besteht aus **37** Projekten und derzeit **137** Detailprojekten mit einer geplanten Gesamtfertigstellung im Jahr **2007**. Diese Bautätigkeit - bei Weiterführung des vollen Betriebes - hat natürlich wesentliche Auswirkungen auf die Organisationsstrukturen bzw. Organisationsabläufe. Das bedeutet, daß dadurch unmittelbar auch zusätzliche Belastungen für das Personal und für die zu versorgenden Patienten gegeben sind.

◆ **Situation des Patienten**

Losgelöst von den durch die derzeitige Bautätigkeit sich teilweise ergebenden Beeinträchtigungen in der Versorgung der Patienten muß doch festgehalten werden, daß insbesondere der stationäre Patient sich generell in einer gewissen Ausnahmesituation befindet.

Ausnahmesituation deshalb, da die Krankheit bzw. deren (erfolgreiche) Behandlung in der subjektiven Einschätzung derart dominierend ist (bzw. sein wird), daß eine objektive Beurteilung der Qualität der Gesamtversorgung nur bedingt möglich sein wird.

Patientenbefragungen bzw. deren Ergebnisse müssen daher wohl auch unter diesem Gesichtspunkt gesehen werden, da sie doch wesentlich vom momentanen körperlichen Wohlbefinden des Patienten bestimmt sein werden.

Der Landesrechnungshof hält es für notwendig, bereits eingangs auf diese (zusätzlichen) Aspekte hinzuweisen. „Positive“ bzw. „negative“ Anmerkungen bzw. Feststellungen wären daher zumindest teilweise auch unter diesen Gesichtspunkten zu sehen.

II. QUALITÄTSSICHERUNG ALS GESETZLICHE VORGABE

Der Landesrechnungshof hat sich in der vorliegenden Prüfung zum Ziel gesetzt, Sachverhalte und Arbeitsbereiche zu prüfen, die mit dem Patientenwohl und den Patientenbedürfnissen, also mit Qualitätssicherung zusammenhängen.

Gesetzliche Regelungen, die unter anderem der Sicherstellung der vorstehend angeführten Patientenanforderungen dienen und zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bzw. Betreuung von Patienten beitragen sollen, sind in § 5 b der Novelle zum **Bundeskrankenanstaltengesetz (KAG) vom 26. November 1993, BGBl. Nr. 801**, enthalten.

Binnen eines Jahres nach Inkrafttreten der Novelle zum KAG hätten die Länder entsprechende Ausführungsgesetze zu erlassen gehabt. Partiiell wurden die Inhalte der Novelle zum KAG durch die steirische Landesgesetzgebung auch ausgeführt. Hinsichtlich der Ausführung des § 5 b der KAG-Novelle, der die Grundsätze für die Qualitätssicherung festlegt, ist der Landesgesetzgeber nach wie vor in Verzug.

Die bundesgesetzliche Regelung schreibt die Einsetzung einer Kommission für Qualitätssicherung in den bettenführenden Krankenanstalten vor. Deren Aufgabe besteht darin, Qualitätssicherungsmaßnahmen zu initiieren, zu koordinieren, zu unterstützen sowie die Umsetzung der Qualitätssicherung zu fördern und die kollegiale Führung der Krankenanstalt über alle hierfür erforderlichen Maßnahmen zu beraten.

Bei Erstellung einer neuen Anstaltsordnung für das LKH-Universitätsklinikum Graz im Jahr 1997 hat die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft

m.b.H. trotz Fehlens einer zwingenden landesgesetzlichen Vorschrift in der Anstaltsordnung eine Kommission für Qualitätssicherung in der bundesgesetzlich normierten Zusammensetzung - also vorausgehend - vorgesehen.

Die vorangeführte Anstaltsordnung wurde von der Steiermärkischen Landesregierung mit Bescheid vom 20. August 1997, GZ: 12-86 Ga 46/7-1997, genehmigt, sohin auch die Kommission für Qualitätssicherung. Demnach hat die zuständige Behörde die Kommission für Qualitätssicherung ohne diesbezügliche landesgesetzliche Rechtsgrundlage mitgenehmigt.

Auch hinsichtlich der Ausführung des § 7 Abs. 2 KAG in der Fassung der vorzitierten Novelle besteht Säumigkeit des Landesgesetzgebers.

§ 7 Abs. 2 KAG trifft folgende Regelung:

„In Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, ist die Leitung des ärztlichen Dienstes hauptberuflich auszuüben.“

Hiezu wird folgendes bemerkt:

- **LKH-Universitätsklinikum Graz**

Zurzeit wird die Funktion des ärztlichen Leiters im LKH-Universitätsklinikum Graz nicht hauptberuflich, sondern nebenberuflich durch einen klinischen Abteilungsleiter wahrgenommen. Diese Lösung ist **gesetzeskonform**, da eine § 7 Abs. 2 KAG ausführende landesgesetzliche Bestimmung derzeit noch fehlt.

- **Landesnervenkrankenhaus Graz**

Hingegen hat die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. mit 1. Februar 1996, **ohne daß die landesgesetzliche Notwendigkeit bestanden hat**, im Landesnervenkrankenhaus Graz einen hauptberuflichen ärztlichen Leiter angestellt. Hätte die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft einen ärztlichen Leiter aus dem Kreis der Abteilungsleiter des Landesnervenkrankenhauses nebenberuflich zu den gleichen Bedingungen, wie dies bis zum 31. März 1996 zutreffend war, bestellt, so wäre bis 30. April 1998 eine **gesetzlich gedeckte Einsparung als Differenz zwischen nebenberuflicher und hauptberuflicher Entgeltleistung** in Höhe von rund 2,1 Mio. Schilling möglich gewesen.

Der Landesrechnungshof bezweifelt, ob der Betrieb des Landesnervenkrankenhauses überhaupt eine Besetzung der ärztlichen Leiterstelle in hauptberuflicher Funktion erfordert, zumal der Bundesgesetzgeber mit der Ausdrucksweise *„in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert“* nicht festlegt, ab welcher Größe bzw. unter welchen die Größe bestimmenden Kriterien die Erforderlichkeit einer entsprechenden Personalbesetzung angenommen werden muß.

Die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. hätte daher aus wirtschaftlichen Überlegungen zumindest solange eine hauptberufliche Besetzung hinausschieben können und müssen, bis eine landesgesetzliche Regelung getroffen wurde.

In diesem Zusammenhang wird noch auf folgendes hingewiesen:

Der **Bereichsdirektor der medizinischen Direktion in der Zentralklinik der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.** übt diese Funktion **neben** seiner Haupttätigkeit als Leiter der II. Medizinischen Abteilung aus.

Obwohl es sich um eine Bereichsdirektion mit Zuständigkeit für alle von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. geführten Krankenanstalten handelt, hält die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft die **nebenberufliche Ausübung** dieser Funktion für ausreichend. Im Falle der ärztlichen Leiterstelle im Landesnervenkrankenhaus Graz erachtete es die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft im Jahr 1996 für notwendig, daß diese in **hauptberuflicher** Funktion ausgeübt wird. Als 1993 die ärztliche Leiterstelle im LKH-Universitätsklinikum Graz neu zu besetzen war, wurde diese nur in **nebenberuflicher** Funktion vergeben.

Fest steht jedenfalls, daß die Funktion des medizinischen Bereichsdirektors und des ärztlichen Leiters des LKH-Universitätsklinikum Graz, die Aufgabenstellung und den Verantwortungsbereich betreffend, über jene des ärztlichen Leiters des Landesnervenkrankenhauses Graz zu stellen ist.

Aufgrund dieser Sachverhalte stellt der Landesrechnungshof fest:

- ◆ Der Landesrechnungshof hält es aufgrund der Aufgabenstellung und des Verantwortungsbereiches für gerechtfertigt, daß die Leitung der medizinischen Bereichsdirektion hauptberuflich ausgeübt wird.
- ◆ Für den Landesrechnungshof ist es nicht nachvollziehbar, daß der medizinische Bereichsdirektor wie auch der ärztliche Leiter des LKH-Universitätsklinikum Graz diese Funktion **nebenberuflich**, der ärztliche Leiter des Landesnervenkrankenhauses Graz diese hingegen **hauptberuflich** ausübt.

III. LEITFADEN ZUR PATIENTENAUFKLÄRUNG

Der Leitfaden zur Patientenaufklärung wurde als Projekt des Qualitätssicherungsbeirates entwickelt. Im Prinzip stellt der Leitfaden eine Informationsbrochure dar, die zwei Hauptziele verfolgt. Zum einen soll mit dem Leitfaden die **Prozeßqualität** verbessert werden, zum anderen soll er zur **Klarstellung von Rechtsproblemen** beitragen, denen sich ärztliche Mitarbeiter laufend ausgesetzt sehen. Adressaten des Leitfadens sind in erster Linie die ärztlichen Mitarbeiter. Am Rande werden auch Mitarbeiter des Pflegedienstes angesprochen, wie im Kapitel 5 des Leitfadens, der als Beitrag zur Hebung der Qualität „Hotelkomponente“ zu sehen ist.

Im Zusammenhang mit der Herausgabe des Leitfadens zur Patientenaufklärung hat der Vorstand am 21. Juli 1997 folgende Punkte beschlossen:

- „1. Die Einführung des Leitfadens, als Leitlinie für alle Landeskrankenhäuser der Steiermark mit Verteilung auf allen Stationen.*
- 2. Die Einführung und flächendeckende Anwendung im Handel erhältlicher, standardisierter, diagnose- und therapiespezifischer Aufklärungsbögen (mit Ausnahme der Aufklärungsbögen für Anästhesiologie und Sterilisation der Frau).*
- 3. Das Führen einer Aufklärungsdokumentation aus der hervorgeht, wer, wen, wann, worüber aufgeklärt hat.*
- 4. Den **freiwilligen Einsatz** eines allgemeinen medizinischen Behandlungsvertrages in Abteilungen, für die ein unmittelbarer Nutzen in Erwägung gezogen werden kann.*
- 5. Die Beauftragung einer Agentur bzw. Consultingfirma mit der professionellen Aufbereitung des Leitfadens.“*

Der Landesrechnungshof führt zu den einzelnen Beschlußpunkten aus:

- **Beschlußpunkt 1:**

Die „Leitlinie“, der eine verbindliche Wirkung für die betroffenen Mitarbeiter nicht zukommt, wurde auch in Ambulanzen zur Verteilung gebracht, was an sich sinnvoll ist, jedoch dem Vorstandsbeschuß nicht entspricht.

- **Beschlußpunkt 2:**

Zum Zeitpunkt der Beschlußfassung standen bereits in neun Krankenanstalten geeignete Aufklärungsbögen in Verwendung. Nicht die Verwendung von Aufklärungsbögen, jedoch die eingehaltene Vorgangsweise deutet auf organisatorische Verselbständigungen hin. (Siehe insbesondere Kapitel Krankengeschichten, Bericht Seite 33 ff.)

- **Beschlußpunkt 3:**

Hiezu hält der Landesrechnungshof fest, daß das Führen einer Aufklärungsdokumentation, wie auch der Beschlußinhalt zu Punkt 2, generelle Vorgaben der Unternehmensführung zu sein hätten. In einem „Leitfaden“ sollten für den Betrieb verbindliche Verfahrensabläufe nicht behandelt werden. Wenn schon rechtliche Notwendigkeiten dazu vorliegen, wäre es Sache der Unternehmensführung, entsprechende Organisationsmittel einzusetzen.

Diese Feststellung nimmt der Landesrechnungshof zum Anlaß anzuregen, die Schnittstelle zu definieren, welche Agenden als Organisationsmaßnahmen anzusehen sind und was dem Aufgabenbereich des Qualitätssicherungsbeirates bzw. Qualitätsmanagements zuzuordnen ist. Grundsätzlich würde es genügen, wenn der Qualitätssicherungsbeirat entsprechende Vorschläge unterbreitet.

- **Beschlußpunkt 4:**

Die Sinnhaftigkeit des „freiwilligen Einsatzes eines allgemeinen medizinischen Behandlungsvertrages“ muß in Zweifel gezogen werden, zumal für deren Anwendung nur Abteilungen in Frage kommen, für die ein „unmittelbarer Nutzen in Erwägung gezogen werden kann“.

- **Beschlußpunkt 5:**

Für die professionelle Aufbereitung des Leitfadens hat die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. dem Landesrechnungshof mit Schreiben vom 19. November 1997 eine Kostenaufstellung vorgelegt. Die Gesamtkosten für 1000 Ordner betragen demnach S 275.356,00 exkl. USt.

Zu diesen Kosten muß festgestellt werden, daß der Leitfaden nur eine an Mitarbeiter gerichtete Informationsbroschüre ist, weshalb die Beauftragung einer Agentur bzw. Consultingfirma als nicht notwendig erachtet wird, zumal die Möglichkeiten der hauseigenen EDV durchaus eine repräsentative Darstellung erlaubt hätten.

Der Landesrechnungshof ist grundsätzlich der Meinung, daß sich für die Umsetzung der Inhalte des Leitfadens in den Kapiteln 1 bis 4 besser eine Dienstweisung bzw. Richtlinie eignen würde. Dies deshalb, da in den angeführten Kapiteln wichtige rechtliche Probleme und Rechtsfragen im Zusammenhang mit der Patientenaufklärung und -information erörtert werden. Ein erforderliches Handlungsverhalten müßte von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. mit entsprechender Bindungswirkung vorgegeben werden, wofür ein unverbindlicher Leitfaden kein geeignetes Instrumentarium darstellt.

Der Landesrechnungshof stellt ferner fest, daß trotz einer personell hervorragend besetzten Arbeitsgruppe zahlreiche Fehler in diesem Leitfaden den Druck

von Korrekturseiten im Betrage von S 10.000,00 exkl USt. notwendig gemacht haben.

Auch nach erfolgter Korrektur sind immer noch Fehler festzustellen:

- Im Kapitel 1 wird unter „Ärztliche Aufklärung“ wörtlich wie folgt ausgeführt:

„Die ärztliche Aufklärungspflicht ist mit § 5 a (Patientenrechte) des Krankenanstaltengesetzes (KAG) geregelt. Die Implementierung dieses Paragraphen im Krankenanstalten-Landesgesetz (KALG) erfolgte in den §§ 11, 13 (6 a) und dem § 22 a des Ärztegesetzes. Nachfolgend ist ein möglicher Umgang mit den Gesetzesinhalten beschrieben.“

Dazu ist anzumerken, daß es unrichtig ist, wenn ausgesagt wird, die ärztliche Aufklärungspflicht sei im § 5 a („Patientenrechte“) des KAG geregelt. Denn § 5 a legt in lit. 2 nur fest, daß **„Pfleglinge ihr Recht auf Aufklärung und Information über die Behandlungsmöglichkeiten samt Risiken ausüben können“**.

In lit. 3 der gleichen Gesetzesstelle wird nominiert, daß **„auf Wunsch des Pfléglings ihm oder Vertrauenspersonen medizinische Informationen durch einen zur selbständigen Berufsausübung berechtigten Arzt in möglichst verständlicher und schonungsvoller Art gegeben werden“**.

Aus diesen Gesetzesbestimmungen läßt sich keine generelle ärztliche Aufklärungspflicht ableiten. Daher ist der obige Hinweis in der formulierten Fassung, die **ärztliche Aufklärungspflicht werde in § 5 a geregelt, rechtlich unzutreffend**.

- Eine nähere Betrachtung erschien dem Landesrechnungshof hinsichtlich des Inhaltes des folgenden Satzes notwendig: *„Die Implementierung dieses Paragraphen [§ 5 a] im Krankenanstalten-Landesgesetz (KALG) erfolgte in den §§ 11, 13 (6 a) und dem § 22 a des Ärztegesetzes“*.

Der Landesrechnungshof stellt dazu fest, daß die im zitierten Satz enthaltene Mitteilung für KAGES-Mitglieder nicht mit dem Gesetzestext übereinstimmt. Weder in § 11 noch in § 13 des KALG wurden die Grundsatzbestimmungen des § 5 a ausgeführt. Die richtige Information an Mitarbeiter hätte lauten müssen, daß § 5 a KAG in § 6 a des KALG ausgeführt wurde.

- Unstimmig mit der Gesetzesrealität ist ferner die im gleichen Satz an KAGES-Mitarbeiter ergangene Rechtsauskunft, die Implementierung des § 5 a KAG sei auch in § 22 a Ärztegesetz erfolgt.

Abgesehen davon, daß die vorliegende Aussage wegen der verfassungsrechtlichen Seite in grundsätzlicher Weise unrichtig ist und de facto auch nicht zutrifft, erscheint es dem Landesrechnungshof unverständlich, wie eine derartige Rechtsansicht unter Mitwirkung des Rechtsdienstes der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. im Leitfaden aufgenommen werden konnte.

Etwas unklar ist außerdem der Aussagegehalt des umseitig zitierten Satzes, mit dem sich der Leitfaden an KAGES-Mitarbeiter wendet: „*Nachfolgend ist ein möglicher Umgang mit den Gesetzesinhalten beschrieben*“. Was unter „möglicher Umgang“ gemeint wird, wie dieser sich abwickeln sollte, geht aus den nachfolgenden Ausführungen nicht hervor. Darüberhinaus wird der mögliche Umgang mit den Gesetzesinhalten nicht beschrieben.

Stattdessen werden auf sieben Seiten unkommentiert Gesetzestexte zu § 5 a KAG, zu den §§ 11, 13 (6 a) des KALG und der § 22 a des Ärztegesetzes in ungekürzter Fassung wiedergegeben.

Zur textlichen Wiedergabe des § 5 a KAG merkt der Landesrechnungshof außerdem an, daß die Wiedergabe dieser Gesetzesstelle keinen Sinn macht. Be-

kanntlich gelten im Land Steiermark die Bestimmungen des § 6 a KALG und nicht die im § 5 a KAG enthaltenen Vorschriften, weshalb nur erstere für Mitarbeiter von Bedeutung sind.

Das Abdrucken von reinen Gesetzestexten in einer derart aufwendigen Form erscheint dem Landesrechnungshof nicht vertretbar.

Kapitel 2 des Leitfadens befaßt sich mit dem Abschluß eines allgemeinen medizinischen Behandlungsvertrages. Unter anderem wird ausgeführt: „*Der Behandlungsvertrag ist unerläßlich.*“

Diese an die Mitarbeiter gerichtete Erkenntnis, daß der Abschluß eines Behandlungsvertrages unerläßlich ist, sollte sich in dem vom Vorstand gefaßten Beschluß nachvollziehen lassen. Dies ist nicht der Fall, da der Vorstand den freiwilligen Einsatz eines Behandlungsvertrages beschlossen hat (siehe Beschlußpunkt 4 auf Berichtsseite 7). Auf eine sorgfältigere Formulierung von Anträgen, die der Vorstand beschließt, sollte Wert gelegt werden.

Kapitel 4 setzt sich umfassend mit der Patientenaufklärung und Einwilligungserklärung auseinander.

Im Zuge der diesbezüglichen Ausführungen wird darauf hingewiesen, daß der Aufklärungs-/Einwilligungsbogen vom Patienten und Arzt unterzeichnet werden muß. Bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr müssen beide Elternteile oder der Elternteil mit Sorgerecht unterzeichnen. Unter den weiteren Ausführungen scheint sodann folgender Text auf:

*„Ein Mitunterzeichnen von Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr ist grundsätzlich positiv zu werten, in öffentlichen Anstalten jedoch nicht unbedingt erforderlich (mündliche Auskunft Univ.-Prof. Dr. Schick). **Der Rechtsvertreter der Stmk. Krankenanstalten GesmbH., Dr. Schweppe, empfiehlt jedoch, bei Kindern ab 14 Jahren auf die Einholung ihrer Unterschrift nicht zu verzichten.**“*

Mit dieser „Empfehlung“ ist nach Ansicht des Landesrechnungshofes keineswegs geklärt, wie bei der Mitunterzeichnung von Jugendlichen ab dem 14. Lebensjahr tatsächlich vorzugehen ist. Den Mitarbeitern diese Entscheidung in einem Leitfaden zu übertragen, ist jedenfalls keine rechtliche Lösung des Problems.

Resümierend stellt der Landesrechnungshof fest:

- ◆ Der Leitfaden als Leitlinie für alle Landeskrankenanstalten stellt keine verbindliche Arbeitsgrundlage für Mitarbeiter dar.
- ◆ Der Leitfaden schreibt demnach nicht zwingend die Einführung eines Aufklärungsbogens vor.
- ◆ Der Leitfaden verpflichtet auch nicht zur Führung einer Aufklärungsdokumentation.
- ◆ Der Leitfaden **empfiehlt nur** den Abschluß eines Behandlungsvertrages, obwohl ausgeführt wird, daß ein Abschluß **unerläßlich** ist.
- ◆ Der Leitfaden ist kein Regelwerk, das für die Ablauforganisation Neueinführungen vorschreibt.
- ◆ Der Leitfaden ist eine Empfehlung bzw. Anleitung mit Beispielen für Arbeitsprozesse, wobei den Adressaten mehr oder weniger überlassen wird, ob den Empfehlungen und Anleitungen in ihren Abteilungen nachgekommen wird.
- ◆ Der Leitfaden hätte mit der hauseigenen EDV in einer repräsentativen Ausführung erstellt werden können, wodurch sich die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. etliche Mehrkosten ersparen hätte können.

- ◆ Der Leitfaden ist trotz Durchführung von Korrekturen, die zusätzliche Druckkosten in Höhe von S 10.000,00 verursacht haben, immer noch fehlerhaft geblieben.

Um weitestgehend einheitliche Vorgehensweisen zu erreichen und aus Gründen der Durchsetzbarkeit sollten von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. statt des Leitfadens **Richtlinien bzw. Dienstanweisungen** herausgegeben werden.

IV. PATIENTENAUFNAHME IN DIE ANSTALTSPFLEGE

Im LKH-Universitätsklinikum Graz besteht eine Aufnahmeregelung sowohl für den chirurgischen wie auch für den internistischen Bereich. Mit dieser Regelung wird auf jene Patientengruppe abgestellt, die wegen akuter Gesundheitsstörungen das Krankenhaus aufsucht bzw. durch die Rettung eingeliefert wird.

Die Aufnahmeregelung sieht wie folgt aus:

	Chirurgie	Interne
Montag	2. Chir. Abteilung	4. Med. Abteilung
Dienstag	2. Chir. Abteilung	Med. Univ.-Klinik
Mittwoch	Univ.-Kl. f. Chirurgie	2. Med. Abteilung
Donnerstag	2. Chir. Abteilung	Med. Univ.-Klinik
Freitag	Univ.-Kl. f. Chirurgie	2. Med. Abteilung
Samstag	Univ.-Kl. f. Chirurgie	Med. Univ.-Klinik
Sonntag	Univ.-Kl. f. Chirurgie	alternierend

Zweck dieser Regelung ist es, die notwendigen personellen Ressourcen nicht auf allen chirurgischen bzw. internistischen Abteilungen und Kliniken bereitstellen zu müssen.

Bei der Aufnahme in die Anstaltspflege kann zwischen geplanten und nicht geplanten Patientenaufnahmen unterschieden werden.

1. Die geplante Patientenaufnahme

Diese Aufnahmeform bezieht sich auf Patienten, die aufgrund eines Vorbefundes zu einer Behandlung - zumeist handelt es sich um einen nicht akuten operativen Eingriff - oder zu einer Untersuchung einberufen werden.

Die Terminvergabe erfolgt nach Verfügbarkeit der Betten und Dringlichkeit der Behandlung, wobei in der Regel die „Nicht-Aufnahme-Tage“ im chirurgischen und internistischen Bereich dafür herangezogen werden.

Durch übermäßige Inanspruchnahme an den Aufnahmetagen kommt es hin und wieder zu Stornierungen bereits durchgeführter geplanter Patienteneinberufungen. Bei einer Befragung in der Klinischen Abteilung/Department für Allgemeinchirurgie wurde dieser Fall mit „rund einmal pro Woche“ angegeben.

2. Die nicht geplante Patientenaufnahme

Im chirurgischen und internistischen Bereich werden diese nicht vorhersehbaren Aufnahmen durch die dargestellte Aufnahmeregelung auf die einzelnen Kliniken und Abteilungen verteilt. In den übrigen medizinischen Fachbereichen (Gynäkologie, Dermatologie,) werden nicht geplante Patientenaufnahmen an allen Tagen der Woche durchgeführt.

Spontan von außen kommenden Kranken ist gemäß § 30 Abs.1 KALG 1957, in der derzeit geltenden Fassung, notwendige erste ärztliche Hilfe zu gewähren. Je nach Ergebnis der ersten ärztlichen Untersuchung kann diese zur ambulanten Versorgung oder der Aufnahme des Patienten führen. Bei unklaren Leiden des Patienten sind bis zur endgültigen Abklärung oftmals mehrere fachlich unterschiedliche Abteilungen zu durchlaufen.

Durch die Pavillonbauweise des LKH-Universitätsklinikum Graz ergeben sich damit jedoch zwangsläufig interne Transportwege. Der bei Notfallpatienten ohnehin bestehende Zeitdruck wird durch mehrmalige Transporte und allfällige Wartezeiten noch verstärkt.

Auch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. hat dieses Problem erkannt und gemeinsam mit dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung der Firma VAMED Engineering den Auftrag erteilt, einen „Modellvorschlag für die Zuständigkeit der Erstversorgung“ zu erarbeiten.

Die Einrichtung einer zentralen Anlaufstelle für spontan zur ersten ärztlichen Hilfe ankommende Patienten wurde nach Angaben der VAMED noch durch eine Studie (Ruchholtz S., Nast-Kolb D., Waydhas C., Betz P., Schweiberer L., 1994 „Frühletalität beim Polytrauma. Eine kritische Analyse vermeidbarer Feh-

ler“) unterstützt, die feststellte, daß ca. 64 % aller vermeidbaren Fehler in der Patientenerstversorgung der Gruppe Management- und Zeitfehler zuzuordnen sind.

In der Analyse der IST-Situation für das LKH-Universitätsklinikum Graz kommt die VAMED zu folgender Feststellung:

„Grundsätzlich ist jede Universitätsklinik oder landschaftliche Abteilung im LKH Graz für die Versorgung der Patienten der eigenen medizinischen Fachrichtung zuständig.

Die einweisende Stelle (Krankenhaus oder niedergelassene Ärzte) müssen daher die fachlich zuständige Klinik/Abteilung definieren. Bei Akuteinlieferung durch den Notarzt oder Rettungswagen wird von diesen die erste Anlaufstelle im LKH Graz bestimmt. Patienten die selbst oder mit privater Begleitung das LKH Graz im Akutfall aufsuchen, wenden sich nach eigener Einschätzung an eine vermutlich fachlich zuständige Klinik/Abteilung, oder werden meist von medizinischen Laien (Portier) weitergeleitet.

Aus dieser spezifischen Gegebenheit im LKH Graz können sich folgende Problemfelder ergeben:

- Räumliche Trennung - Patiententransporte:

*Bedingt durch die unterschiedliche medizinische Ausstattung und personelle Besetzung zu bestimmten Zeiten kann es erforderlich sein, Patienten zur weiteren Diagnostik in andere Einrichtungen zuzuweisen. Durch die Pavillonbauweise kann dies zu **einer Mehrzahl von Transporten oder Wegen der Patienten** führen.*

- Unklare Fälle - interdisziplinäre Betrachtung:

*Bei unklarem Krankheitsbild sind auch verschiedene medizinische Kliniken/Abteilungen befaßt, wobei die **Gefahr besteht, daß** durch getrennt aufeinander abfolgende Untersuchungen **wertvolle Zeit vergeht** und die interdisziplinäre Betrachtungsweise nicht immer gegeben ist oder verloren geht (z.B. Innere Medizin - Neurologie).*

- Aufnehmende Abteilung - Transferierung:

*Weiter kann es dazu kommen, daß Patienten auf einer nicht fachlich zuständigen Abteilung aufgenommen werden und erst nach Abklärung und Beiziehung von Konsiliarärzten eine Transferierung in die zuständige Abteilung erfolgt. Eine Folge davon kann **die Verlängerung der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus** sein, da erst zu einem späteren Zeitpunkt die bestmögliche Behandlung und Therapie einsetzt.“*

Die Firma VAMED Engineering erarbeitete auch einen Modellvorschlag für die *„Einrichtung einer räumlich zentralisierten Anlaufstelle für alle Spontanfälle der Fachrichtungen*

- *Innere Medizin*
- *Neurologie*
- *Chirurgie*
- *Unfallchirurgie*

sowie aller Fälle, deren fachliche Zuständigkeit noch nicht geklärt ist“.

Alle anderen Kliniken sollten weiterhin die Spontanfälle, deren Zuordnung in ihren eigenen Bereich fällt, innerhalb der eigenen Klinik versorgen. Daneben sollte für die Abklärung unklarer Fälle in der zentralen Einrichtung von den dort nicht ständig vertretenen Fachrichtungen ein Konsiliardienst vorgesehen werden.

Für die Umsetzung wurde folgender Stufenplan vorgeschlagen:

„Kurzfristig umsetzbare Maßnahmen:

Als kurzfristige Maßnahmen werden jene Maßnahmen zusammengefaßt die innerhalb eines Jahres umsetzbar sind.

Dazu gehören:

Zentrale Anlaufstelle für Spontanpatienten mit internistischer oder neurologischer Verdachtdiagnose. Der Vorteil dabei liegt in der klaren örtlichen Zuständigkeit, die in der Nähe von weiteren Diagnoseeinrichtungen (Radiologie, Labor) liegen sollte.

Die Umsetzung könnte gleichzeitig mit den Umbaumaßnahmen des ‘Medizinischen Blocks’ ablaufen, da in diesem Zusammenhang ohnehin bauliche Veränderungen erfolgen die auch räumliche und organisatorische Änderungen bedingen.

Mittelfristig umsetzbare Maßnahmen:

Als mittelfristige Maßnahmen werden jene Maßnahmen zusammengefaßt die in einem Zeitraum von bis zu 5 Jahren umsetzbar sind.

Dazu gehören:

Für die Unfallchirurgie würde sich eine Änderung des turnusmäßigen Aufnahmemedienstes in einen ständigen Aufnahmemedienst anbieten, um die bestehenden spezifischen fachlichen Einrichtungen und das Fachpersonal für diese Patienten besser nützen zu können, ohne gleichzeitig eine Parallelorganisation in der II. Chirurgie vorhalten zu müssen.

Diese Änderung ist jedoch nur in Zusammenhang mit einer Gesamtänderung der Aufnahmeorganisation für die Chirurgie zu sehen, da sonst durch unterschiedliche Aufnahmetage und räumliche Trennung in den anderen chirurgischen Fachgebieten ein überproportionaler Personaleinsatz erforderlich wird. Eine Möglichkeit der Lösung wäre die Bestimmung einer zentralen räumlichen Aufnahme für die Chirurgie an einem der beiden Standorte bei Einsatz eines gemischten Teams aus Univ. Klinik für Chirurgie und II. Chir. Abt. sowie Unfallchirurgie.

Langfristig umsetzbare Maßnahmen:

Im Rahmen des Realisierungsfortschrittes für das LKH 2000 würde sich dann auch die endgültige Einrichtung einer zentralen Erstversorgung für Spontananfälle für Innere Medizin, Neurologie, Chirurgie und Unfallchirurgie im LKH Graz-Universitätskliniken ergeben. Die Dimensionierung könnte auf die dann bestehenden Frequenzen genauer abgestimmt werden.

Diese Einrichtung sollte aus folgenden Funktionsbereichen bestehen:

- Erstbegutachtung*
- Schockraum, Erstversorgung, Eingriffsraum,*
- allg. und spezielle Untersuchungsplätze,*
- Bettenstation zur kurzfristigen stationären Aufnahme bis zur Abklärung und Entlassung oder Transferierung in die zuständige Fachabteilung,*
- Intensivplätze zur Versorgung der Patienten bis zur Stabilisierung und Transfer in die Intensivstation,*
- Kommunikationszentrale für die Rettungs- und Notarzteinsätze,*
- Koordinationsstelle der Notärzte (Ausbildung, Einsatzplanung).“*

In der Krankenanstaltenkonferenz wird die Beschlußlage bis 7. Juli 1995 zum Thema „Zentrale Erstuntersuchung, Beobachtung, Aufnahme“ wie folgt festgehalten:

„Expertengruppe Notfallaufnahme

Sitzung am 5.4.1995: grundsätzliche Akzeptanz des 3 Phasen-Modells und der beteiligten Fachrichtungen

Strukturkommission

*Sitzung am 3.5.1995: Kenntnisnahme des vorgeschlagenen Modells
Auftrag der darauf basierenden weiteren Detailplanungen*

Anstaltsleitung

Sitzung am 11.5.1995: Einsetzung einer Arbeitsgruppe für Erarbeitung des Raum- und Funktionsprogrammes gemeinsam mit einem Projektteam bestehend aus LKH Graz, Techn. Direktion KAGES, medizinischen Experten, VAMED“

Als „Empfehlung“ wird angegeben:

„Zur ehestmöglichen Umsetzung des vorstehenden Maßnahmenkataloges werden folgende Vorgangsweisen dem Vorstand zur Beschlußfassung empfohlen:

- a.) Realisierung der Phase 1 im Sinne des Motivenberichtes*
- b.) Planung eines Provisoriums im laufenden Jahr*
- c.) Umsetzung bis spätestens 1996“*

Im Antrag an den Vorstand anlässlich der Sitzung am 27. November 1995 betreffend „Projekt Erstuntersuchung, Beobachtung, Aufnahme - Antrag auf Investitionsentscheidung“ wird als Realisierungszeitpunkt angegeben:

„Die EBA soll mit Oktober/November 1996 den Betrieb aufnehmen.....“

Zu den Zielsetzungen des Projektes EBA (Erstuntersuchung, Beobachtung, Aufnahme) nimmt die Anstaltsleitung des LKH-Universitätsklinikum Graz wie folgt Stellung:

„Der Patient sollte die derzeit zur Verfügung stehende optimalste medizinische Betreuung erfahren.“

„Jene medizinischen Fachbereiche, in denen es zu Überschneidungen von Krankheitsbildern kommt bzw. die für eine Notfalldiagnostik erforderlich sind, sollten unter einem Dach vereinigt werden.“

„Im Falle eines akuten lebensbedrohlichen Geschehens Stabilisierung für den Weitertransport auf die zuständige Intensivstation.“

„Die EBA soll es der Anstaltsleitung des LKH Univ. Klinikum Graz ermöglichen, die Aufnahmesituation für Spontanpatienten zu verbessern.“

„Projektziel ist die bestmögliche Wahrnehmung der Verantwortung des Krankenhauses für Spontanpatienten mit internistischer oder neurologischer Verdachtsdiagnose. Durch die Möglichkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Erstversorgung verbessern sich die Ausbildungsmöglichkeiten aber auch die Voraussetzungen zur Verweildauerreduktion.“

„Die Anstaltsleitung des LKH Univ.-Kliniken Graz ist davon überzeugt, daß mit der Umsetzung dieses Projektes die Versorgung von Patienten mit internistischen und neurologischen Verdachtsdiagnosen wesentlich gesteigert werden kann.“

„Durch historisch gewachsene Strukturen, bedingt durch einen tageweise eingeteilten Rhythmus der Versorgung und räumliche Gliederung (Pavillionbauweise) kam und kommt es bei unklaren Patienten bis zur endgültigen Abklärung und Zuweisung zur fachlich zuständigen Abteilung zu mehrmaligen Transporten und/oder längeren Wartezeiten. Durch die Errichtung der EBA kann das Krankenhaus die Verantwortung für Spontanpatienten besser wahrnehmen. Besteht die Möglichkeit des Einsatzes eines interdisziplinären Ärzteteams in der Erstversorgung, verkürzt sich die Verweildauer durch raschere diagnostische Abklärung und früheres Einleiten der erforderlichen Therapie. Die Qualität der Interaktion zwischen Patienten, Arzt und Angehörigen kann dabei auch wesentlich gesteigert werden.“

„Als weitere Effekte können erreicht werden:

Störungsfreier Stationsbetrieb durch Aufnahme von Patienten zur Kurzzeitbeobachtung in einer eigenen Bettenstation ('Tagesklinik').

Vermeidung von stationären Aufnahmen durch Erstuntersuchung nach interdisziplinär abgesicherter Diagnose, Vermeidung von unnötigen Untersuchungen, überlanger Befundwartezeiten und unnötiger Patiententransfers.

Sicherstellung eines vertretbaren Aufnahmeambientes während der Umbauphase 'LKH 2000'.

Pflegerische (erforderlichenfalls medizinische) Betreuung während des Aufenthaltes von nicht gehfähigen Patienten, die von anderen Krankenhäusern zur Spezialdiagnostik in das LKH-Univ.-Kliniken Graz überwiesen werden.“

Es wurde somit vom LKH-Universitätsklinikum Graz eine Fülle von Gründen für die Errichtung einer zentralen Notfallaufnahme für unklare Patienten angegeben. Auch wurde dem Projekt offensichtlich vorrangige Bedeutung zugemessen, da Ende November 1995 bereits von einer Inbetriebnahme der „EBA“ mit Oktober/November 1996 gesprochen wurde.

Die erforderlichen Arbeiten wurden in weiterer Folge jedoch mit weniger Nachdruck betrieben, wie das Protokoll der Sitzung des Kernteams EBA vom 29. Oktober 1997 zeigt. Der Terminplan sieht hier nämlich als Zeitpunkt für Eröffnung und Inbetriebnahme den 31. Dezember 1999 vor.

Mit Beschluß vom 1. Dezember 1997 beauftragte der Vorstand die Technische Direktion, das Projekt EBA zu übernehmen und zügig voranzutreiben. Begründet wurde dieser Beschluß laut Protokoll der 47. Vorstandssitzung vom 1. Dezember 1997 wie folgt:

„Die Aufnahmesituation der letzten Monate an den landschaftlichen medizinischen Abteilungen des LKH Graz führten zu argen Bedrängnissen. Ein unüberbrückbarer Engpaß droht, wenn der Baubeginn des Zubaues II vor Eröffnung der EBA erfolgen würde.“

Der Anstoß für die Zentrale der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., das Projekt EBA nunmehr selbst in Angriff zu nehmen, ist demnach im näherrückenden Baubeginn des Zubaues II und der damit verbundenen Verschlechterung der Versorgung der Patienten zu sehen. Es geht somit eher darum, den derzeitigen Zustand der Patientenversorgung aufrecht zu erhalten, weniger darum, ihn besser zu gestalten.

Angesichts der vom LKH-Universitätsklinikum Graz angeführten Vorteile einer solchen Einrichtung speziell für das Wohl des Patienten ist dieser lange Zeitraum zwischen ursprünglicher Planung und nunmehr geplanter Verwirklichung verwunderlich.

Das „**Strategische Unternehmenskonzept 1996 - 2000**“ der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (Untertitel „*Fit in das Jahr 2000*“) - erarbeitet von „*rund 460 Führungskräften aus allen Berufsgruppen und Führungsebenen*“ - listet „*acht strategische Hauptaussagen*“ als „*Zielvorstellungen*“ auf.

Die erste strategische Hauptaussage lautet:

„Wir machen uns stark - für das Wohl des Patienten“

und weiter

„Die KAGes und alle ihre Mitarbeiter orientieren ihr Handeln am Wohl des Patienten.“

In der fünften strategischen Hauptaussage heißt es:

„Qualität verstehen wir vor allem als kontinuierliche Verbesserung der Primärprozesse medizinische und pflegerische Patientenbetreuung“

Die sechste strategische Hauptaussage erklärt:

„All unsere Kraft muß der optimalen Versorgung des Patienten dienen.“

Und schließlich lautet die strategische Hauptaussage Nummer acht:

„Die Aufgabe aller MitarbeiterInnen ist es, ihre Arbeit am Wohl des Patienten zu orientieren.“

Die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. geht in ihrer Projektbearbeitung davon aus, daß durch die Errichtung der EBA unter anderem die Versorgung der Patienten wesentlich verbessert, unnötige Untersuchungen, überlange Befundwartezeiten und unnötige Patiententransfers vermieden sowie die Verweildauer verkürzt werden kann, und die Patienten die derzeit zur Verfügung stehende optimalste medizinische Betreuung erhalten sollten.

In der bisherigen Projektabwicklung scheint das Wohl des Patienten, das nach einigen der genannten strategischen Hauptaussagen Mittelpunkt des Bemühens aller Mitarbeiter der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. zu sein hat, in nicht ausreichendem Maße berücksichtigt worden zu sein.

Wurde ursprünglich eine Inbetriebnahme mit Oktober/November 1996 geplant, so ist im derzeitigen Stand der Planung die Inbetriebnahme der EBA mit 31. Dezember 1999 festgelegt.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß die Projektverfolgung zur Errichtung einer zentralen Notfallaufnahme - die nach Angaben der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. sowohl die medizinische als auch die pflegerische Betreuung von Spontanpatienten wesentlich verbessern würde - vor allem gemessen an den eigenen strategischen Aussagen, nicht mit dem erforderlichen Nachdruck betrieben wurde.

Der nunmehrige Anlauf wurde offensichtlich weniger zur Verbesserung der Allgemeinsituation gesetzt, sondern vielmehr deshalb, da die sich auftuende Lücke im Bereich der Aufnahme bei Baubeginn des Zubaues II geschlossen werden muß.

V. AMBULANZBETRIEB

Gemäß § 34 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957, in der dzt. geltenden Fassung, sind in allgemeinen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten solche Personen, die einer stationären Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln.

Grundsätzlich ist die Tätigkeit der Ambulanzen auf folgende Fälle beschränkt:

- Die Erste ärztliche Hilfe.
- Eine Nachbehandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege, die im Interesse des Behandelten in der gleichen Anstalt durchgeführt werden muß.
- Wenn aufgrund einer Zuweisung durch den behandelnden Arzt Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen angewendet werden müssen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen.
- Wenn über ärztliche Zuweisung Befunderhebungen vor Aufnahme in die Anstaltspflege erforderlich sind.
- Wenn es im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden notwendig ist.
- Wenn es sich um eine Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften handelt.

Diese Einschränkungen gelten jedoch nicht für die Anstaltsambulatorien der Universitätskliniken, welche zu Unterrichts- und Forschungszwecken Personen ohne Beschränkung auf einen bestimmten Personenkreis untersuchen und behandeln können.

Das LKH-Universitätsklinikum Graz hat für alle Fachrichtungen Ambulanzen eingerichtet.

Zu unterscheiden sind dabei die sogenannten „allgemeinen Ambulanzen“ und die „Spezialambulanzen“.

Die Patienten werden - vor allem in den allgemeinen Ambulanzen - üblicherweise in der Reihenfolge ihrer Anmeldung untersucht bzw. behandelt. Ausnahmen davon bilden Notfälle sowie liegend transportierte Patienten, die bevorzugt behandelt werden. Derart können sich für andere Patienten auch längere Wartezeiten ergeben.

Zur Nachbehandlung wiederbestellte Patienten erhalten als Termin lediglich den Tag vorgegeben, an dem sie zu kommen haben. In weiterer Folge müssen sie warten, bis sie zur Behandlung aufgerufen werden.

Eine Ausnahme davon bilden jene Fälle, bei denen aus bestimmten Gründen - überwiegend in den Spezialambulanzen - die Behandlung oder Untersuchung immer durch denselben Arzt erfolgen sollte. Diese Patienten bekommen genau definierte Termine mit Datum und Uhrzeit.

Ein umfassendes Bestellsystem ist nach Angabe von Bediensteten verschiedener Ambulanzen aufgrund der hohen Anzahl von Spontanpatienten mit unterschiedlicher Dringlichkeit der Behandlung oder Untersuchung nicht verwirklichtbar.

Der Landesrechnungshof hat den Ablauf bezüglich der Patientenversorgung in einigen Ambulanzen stichprobenartig beobachtet. Dabei wurde festgestellt, daß die Vorgangsweise im wesentlichen positiv zu beurteilen ist. Das Personal an den Annahmeschaltern der einzelnen Ambulanzen ist - auch in Zeiten vermehrten Patientenandrangs - höflich und hilfsbereit.

VI. KONSILIARBETREUUNG

Liegt ein Patient in einer bestimmten Klinik und benötigt die fachärztliche Abklärung einer anderen Klinik, so wird diese im Rahmen der Konsiliarbetreuung erbracht.

Die Konsiliarbetreuung kann auf dreierlei Weise erbracht werden:

1. Konsiliarbetreuung im Operationssaal
2. Konsiliarbetreuung in der Ambulanz
3. Konsiliarbetreuung am Krankenbett

ad 1.: Im Operationssaal ist zwischen geplanter und ungeplanter Konsiliarbetreuung zu unterscheiden.

Bei der geplanten Konsiliarbetreuung ergeben sich laut Aussage der befragten Abteilungen keinerlei Probleme. Die Operationstermine werden im Einvernehmen festgelegt. Beinahe keine der leistungserbringenden Stellen führt darüber Aufzeichnungen, da, wie angegeben wird, die Konsiliarbetreuung ohnehin im Operationsbericht festgehalten ist.

Die ungeplante Konsiliarbetreuung betrifft hauptsächlich Unfallversorgungen und wird in der Dokumentation gleich wie die geplante Konsiliarbetreuung gehandhabt.

Ob und wie oft derartige Konsiliarbetreuungen durchgeführt werden, hängt naturgemäß vom jeweiligen Fachgebiet (operatives bzw. nicht operatives Fach) ab.

Von den operierenden Fächern wird die Frequenz der Konsiliarbetreuungen (geplant und ungeplant) im OP mit zwei- bis achtmal pro Monat angegeben.

ad 2.: Die Konsiliarbetreuung in einer Ambulanz einer anderen Klinik oder Abteilung führt zu den bereits beschriebenen hohen Frequenzen an Patiententransporten im LKH-Universitätsklinikum Graz. Sie stellt die häufigste Form der Konsiliarbetreuung dar. Sie ist für Patienten vorgesehen, die entweder selbst gehen können oder transportfähig sind.

Üblicherweise wird in den Ambulanzen kein eigener Termin für diese Patienten vereinbart. Ausnahmen bilden Liegendtransporte und Patienten in Rollstühlen oder schlechter gesundheitlicher Verfassung. Diese Patienten werden üblicherweise bevorzugt behandelt.

Ausnahmen von dieser Vorgangsweise bilden Spezialuntersuchungen (CT, MR, ...) die aufgrund des vorherrschenden Durchsatzengpasses ohnehin mit Bestellpraxis arbeiten.

Die Aufzeichnungen erfolgen, wie bei Patienten, die von außerhalb des Krankenhauses kommen, auf Ambulanzkarten.

ad 3.: In Fällen, in denen der Patient das Bett nicht verlassen kann und auch ein Liegendtransport in die entsprechende Klinik oder Abteilung nicht möglich ist, wird um Konsiliarbetreuung am Bett des Patienten ersucht.

Dazu hat der Landesrechnungshof die Organisation und Abwicklung der Konsiliartätigkeit an 15 verschiedenen Kliniken bzw. Abteilungen des LKH-Universitätsklinikum Graz hinterfragt. Dabei ergaben sich recht unterschiedliche Vor-

gangsweisen sowohl im Bereich der Anforderung, der Durchführung, als auch im Bereich der Dokumentation eines Konsiliarbesuches.

- Anforderung eines Konsiliarbesuches

Üblicherweise werden die Ersuchen um Konsiliarbesuche mittels Hol- und Bringdienst auf einem vom LKH-Universitätsklinikum Graz aufgelegten Vordruck übermittelt. Von zumindest einer Klinik wird jedoch ein eigener Vordruck - bestellt bei der Steiermärkischen Landesdruckerei - verwendet.

Je nach Dringlichkeit und technischer Ausstattung wird die Anforderung jedoch auch telefonisch oder mit Fax übermittelt.

- Durchführung des Konsiliarbesuches

Von allen betrachteten Stellen wurde angegeben, daß Anforderungen um Konsiliarbesuche, die mit „CITO“ gekennzeichnet sind (dies ist die Kennzeichnung für eine wegen drohender Gefahr für die Gesundheit oder das Leben eines Patienten besondere Dringlichkeit), sofort Folge geleistet wird.

Alle anderen Konsiliarbesuche würden noch am selben Tag durchgeführt. Die Ausnahme davon bildet die Klinische Abteilung für Onkologie, die laut Angabe des Leiters nicht dringliche Konsiliarbesuche auch erst am nächsten Tag erbringt.

Wie lange der Zeitraum von der Anforderung des Konsiliarbesuches bis zur tatsächlichen Erbringung desselben ist, läßt sich anhand der geführten Aufzeichnungen nur in Ausnahmefällen feststellen.

- Dokumentation der Konsiliarbesuche

In diesem Bereich wird die gesamte Bandbreite der Möglichkeiten genutzt.
Sie reicht von

- keine Dokumentation der erhobenen Befunde auf der leistungserbringenden Stelle
bis zu
- es werden zwei Durchschläge des Konsiliarbefundes abgelegt.

Die Einheitlichkeit beschränkt sich lediglich darauf, daß ein Konsiliarbefund jeweils beim Patienten bzw. bei seiner Krankengeschichte verbleibt.

Der Landesrechnungshof regt an, eine einheitliche Vorgangsweise für den Ablauf und die Dokumentation der Konsiliarbesuche zu erarbeiten.

VII. KRANKENGESCHICHTEN

1. Rechtsgrundlage

Nachstehend werden in verkürzter Form die gesetzlichen Bestimmungen angeführt, die bei der Führung von Krankengeschichten relevant sind.

Zufolge § 13 Abs. 1 Ziff. 2 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957 sind Krankenanstalten verpflichtet, Krankengeschichten anzulegen. In Krankengeschichten sind darzustellen:

- die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese)
- der Zustand der in Anstaltspflege genommenen Personen zur Zeit der Aufnahme (status praesens)
- der Krankheitsverlauf (decursus morbi).

Außerdem sind über Operationen eigene Operationsprotokolle zu führen, die der Krankengeschichte als Bestandteil anzuschließen sind. Einen Bestandteil der Krankengeschichte bilden auch Röntgenbilder und sonst wesentliche Unterlagen.

In Abs. 2 wird normiert, daß Krankengeschichten und OP-Protokolle bei ihrem Abschluß von dem für ihren Inhalt verantwortlichen behandelnden Arzt und vom ärztlichen Leiter der Krankenanstalt zu unterfertigen sind.

Die Unterfertigungsbefugnis kann der ärztliche Leiter an den Leiter der jeweiligen Fachabteilung bzw. an von diesem in Vorschlag gebrachte Ärzte delegieren. Ist die Fachabteilung in Departments untergliedert, so steht dem jeweiligen fachlich zuständigen Departmentleiter das Vorschlagsrecht zu.

Krankengeschichten und OP-Protokolle sind für die Dauer der Behandlung geschützt vor unbefugter Kenntnisnahme und nach ihrem Abschluß in gleicher Weise mindestens **durch dreißig Jahre**, allenfalls in Form von Mikrofilmen in doppelter Ausfertigung oder automationsunterstützt erstellten Datenträgern, deren Lesbarkeit gewährleistet sein muß, gesichert aufzubewahren.

Röntgenbilder und andere Bestandteile von Krankengeschichten, deren Beweiskraft nicht dreißig Jahre hindurch gegeben ist, sind mindestens **zehn Jahre** aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren gilt auch für ärztliche Aufzeichnungen für ambulante Fälle, demnach für die Aufbewahrung von Ambulanzkarten.

Mit der Führung von Krankengeschichten in Verbindung stehen die Regelungen im § 31 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957 betreffend die Entlassung von Patienten aus der Anstaltspflege.

Absatz 2 ordnet nämlich an:

*„Bei der Entlassung eines Patienten ist neben dem Entlassungsschein **unverzüglich ein Arztbrief** auszufertigen, der die für eine allfällige weitere medizinische Betreuung maßgebenden Angaben und Empfehlungen zu enthalten hat. Dieser Arztbrief ist unter Bedachtnahme auf § 13 a Abs. 3 nach Entscheidung des Patienten diesem, dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln. Konnte bei der Entlassung des Patienten für den behandelnden Arzt nur eine medizinische Kurzinformation zugefertigt werden, so muß ein ergänzender ausführlicher Arztbrief so rasch wie möglich nachgesandt werden.“*

Die vom Landesrechnungshof vorgenommenen Prüfungshandlungen basieren im wesentlichen auf den vorangeführten und im Zeitpunkt des Prüfungsbeginnes in Geltung stehenden Gesetzesvorschriften.

In Form von Stichproben wurden die im Zusammenhang mit Krankengeschichten stehenden Verfahrensabläufe der Univ.-Klinik für Chirurgie, Univ.-Klinik für Unfallchirurgie, HNO-Univ.-Klinik, Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie sowie der II. Medizinischen Abteilung geprüft.

2. Formulareinsatz und Führungsmethoden

Zur Führung von Krankengeschichten bedienen sich die vorangeführten Universitätskliniken/Abteilungen **überwiegend** vorgedruckter, nicht textgleicher Formulare. Die Univ.-Klinik für Unfallchirurgie verwendet anstelle von Formularen Heftmappen, deren Vorderseite bedruckt ist.

Das Heftmappensystem wendet übrigens auch die Klinische Abteilung/Department für Orthopädie als zur Univ.-Klinik für Chirurgie zugehörige Organisationseinheit an.

Die erwähnten Formulare bzw. Heftmappen bilden zugleich das Deckblatt bzw. den Umschlag für das Krankengeschichtenkonvolut.

In der nachfolgenden Sachverhaltsdarstellung sind klinik- bzw. abteilungsspezifisch die jeweils bestehenden Unterschiede bei der Führung von Krankengeschichten angeführt. Zugleich werden auch die verschiedenen Methoden geschildert, die bei der Ausfüllung von Krankengeschichtenformularen, Eintragungen in diese oder bei der Erstellung der Krankengeschichte unter Verwendung von Heftmappen angewandt werden. Vorwiegend beziehen sich die Ausführungen auf die Patientenstammdaten, Angaben zum stationären Aufenthalt, Diagnosestellungen, Therapien.

- **Univ.-Klinik für Chirurgie**

Das klinikspezifische Formular wird, soweit es verwendet wird, mit Klebeetiketten, beinhaltend die Patientenstammdaten, ausgedruckt mit KIS-Pro-

gramm, versehen. Händisch werden die Archiv-Nummer, Station und der Jahrgang darauf eingetragen.

– **Klin. Abteilung / Dep. für Orthopädie**

Obwohl die Klinische Abteilung für Orthopädie zur Organisationseinheit der Univ.-Klinik für Chirurgie zählt, wird zur Führung der Krankengeschichte nicht das klinikinterne Formular herangezogen. Stattdessen wird eine Heftmappe verwendet. Auf der Vorderseite werden KIS-erstellte Klebeetiketten mit Patientenstammdaten, der stationären Aufenthaltsdauer, der Diagnose und Therapie angebracht.

– **Klin. Abteilung / Dep. für Thoraxchirurgie und Hyperbare Chirurgie**

Die Patientenstammdaten werden am Formular mittels einer über das KIS-Programm ausgedruckten Klebeetikette ersichtlich gemacht. Zum stationären Aufenthalt, zur Diagnose und Therapie geben Klebeetiketten, die ebenfalls auf der Vorderseite des Krankengeschichtenformulars aufgeklebt sind, Auskunft. Diese Klebeetiketten stammen jedoch aus einem **eigenen Computerprogramm** dieser Klinischen Abteilung.

• **Univ.-Klinik für Unfallchirurgie**

Anstelle von Formularen stehen Heftmappen in Verwendung. Auf der Vorderseite sind diese mit Klebeetiketten von Patientenstammdaten versehen, eine sogenannte „Entlassungsetikette“ mit Angabe der stationären Aufenthaltsdauer, Diagnose und Therapie befindet sich darunter. Auf der Rückseite ist in Fortsetzung der Krankengeschichtenführung eine ausgefüllte Klebeetikette mit der Aufnahme- und einer Statusbeschreibung vorhanden.

- **Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie**

Das klinikinterne Krankengeschichtenformular wird händisch ausgefüllt.

- **II. Medizinische Abteilung / Männer**

Die Patientenstammdaten lassen sich teils aus kleinen bzw. größeren, mit KIS-Programm ausgedruckten Klebeetiketten, die auf den abteilungsinternen Krankengeschichtenformularen angebracht sind, entnehmen. Auch werden die Patientenstammdaten händisch vermerkt. Status praesens wird im Formular nicht immer ausgefüllt. Vereinzelt wird dann als Ersatz dafür ein eigenes Entwurfsformular der Krankengeschichte angeschlossen, um das die Krankengeschichte umfangreicher, aber nicht informativer wird, als es der Fall wäre, wenn das Krankengeschichtenformular ausgefüllt würde.

- **HNO-Univ.-Klinik**

Das klinikinterne Krankengeschichtenformular wird einheitlich maschinenschriftlich erstellt.

Die vorstehenden Ausführungen geben zu folgenden Feststellungen Anlaß:

- ◆ Verwendung uneinheitlicher Formulare bzw. Nichtverwendung von Vordrucken in den geprüften Universitätskliniken bzw. Abteilungen.
- ◆ Fehlen eines einheitlichen Vorgehens bei der Führung der Deckblätter von Krankengeschichten.

- ◆ Formulare werden zum Teil nicht ausgefüllt, weil offenbar der inhaltliche Rahmen nicht mehr den derzeitigen Vorstellungen über die Führung von Krankengeschichten, bedingt durch EDV-Möglichkeiten, entspricht.
- ◆ Entstehung von EDV-Subnetzen ohne offizielle Zustimmung zu dieser Organisationsmaßnahme.
- ◆ EDV-Doppelgleisigkeiten führen zu zusätzlichem Arbeitsaufwand für Mitarbeiter.

Der Landesrechnungshof empfiehlt als organisatorische Sofortmaßnahme zur Erreichung einer größeren Einheitlichkeit und Entflechtung der nach Meinung des Landesrechnungshofes außer Kontrolle geratenen administrativen Uneinheitlichkeiten die Herausgabe entsprechender Richtlinien.

3. Vollständigkeit der Dokumentationsinhalte

Soweit eine stichprobenartige Durchsicht von Krankengeschichten in den angeführten Universitätskliniken/Abteilungen gezeigt hat, sind grundsätzlich in den Krankengeschichten die gesetzlich vorgeschriebenen Angaben zur Anamnese, zum Status praesens und Aufzeichnungen zum Decursus morbi, jedoch in unterschiedlicher Ausführlichkeit, vorhanden. Eine exakt nach diesen Bezeichnungen ausgerichtete Krankengeschichtenführung ist nicht immer gegeben. Zwischendurch fehlen Teile dieser gesetzlichen Darstellungserfordernisse in den Krankengeschichten oder sind die Ausführungen zu diesen etwas knapp gehalten.

Bei der Führung der Krankengeschichten sollte überdies der vom Gesetz aufgetragenen Gliederung generell so entsprochen werden, daß anhand von Überschriften, wie es teilweise geschieht, eine inhaltliche Zuordnung zu Anamnese, Status praesens, Decursus morbi, OP-Dokumentation, Arztbrief usf. mit einem Blick möglich wird.

4. Ablage- bzw. Archivierungsverfahren

In den geprüften Universitätskliniken/Abteilungen erfolgt die **Ablage bzw. Archivierung** von Krankengeschichten nach **uneinheitlichen Kriterien**. Die Methoden, nach denen abgelegt bzw. archiviert wird, und die Suchsysteme zum Wiederauffinden von Krankengeschichten variieren wie folgt:

- **Univ.-Klinik für Chirurgie**

Auf dem Deckblatt wird eine fortlaufende Nummer eingetragen. Abgelegt wird getrennt nach Männer und Frauen, nach dem Alphabet, wobei buchstabenweise mit der Zahl 1 angefangen wird, und dies für den Zeitraum eines Kalenderjahres.

- **Klin. Abteilung / Dep. für Thoraxchirurgie und Hyperbare Chirurgie**

Die Deckblätter wurden zu Archivierungszwecken mit einer fortlaufenden Nummer versehen. Archiviert wurde getrennt nach Männer und Frauen und in alphabetischer Reihenfolge. Seit 1. Jänner 1997 erfolgt die Ablage nicht mehr in der zentralen Archivierungsstelle (2. Obergeschoß der Univ.-Klinik für Chirurgie), sondern es wird in eigenen Raumeinheiten abgelegt.

- **Klin. Abteilung / Dep. für Orthopädie**

Hier wird nach Eintrittsdatum, Monat und Jahrgang, getrennt nach Männer und Frauen, abgelegt.

- **Univ.-Klinik für Unfallchirurgie**

Die Archivierungsordnung wurde 1995 auf fortlaufende Nummern pro Jahrgang und getrennt nach Frauen und Männer umgestellt. Auf den Heftmappen wird die Krankengeschichtennummer eingetragen. Die Ablage richtet sich nach dieser Ordnungssystematik.

- **Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie**

Auf dem Deckblatt wird die Krankengeschichtennummer, bestehend aus einer gekürzten Jahreszahl und einer seit dem Jahr 1995 fortlaufenden Nummer, zu Archivierungszwecken vermerkt. Zwischen Frauen und Männern wird nicht unterschieden.

- **II. Medizinische Abteilung / Männer**

Abgelegt wird nach dem Entlassungsdatum, das nach Erstellung des Arztbriefes auf dem Deckblatt eingetragen wird.

- **HNO-Univ.-Klinik**

Die Archivierungs- bzw. Ablagenummer wird als fortlaufende Nummer auf dem Deckblatt in der Rubrik „Schemen Nr.“ eingetragen, beginnt jährlich mit 1, und zwar buchstabenweise in alphabetischer Reihe und getrennt nach Frauen und Männer.

Bei der Ablagesystematik von Krankengeschichten ist, wie die angeführten Beispiele zeigen, **keine Einheitlichkeit** erkennbar. Besonders am Beispiel der Univ.-Klinik für Chirurgie wird deutlich, daß kein einheitlich geordnetes Vorgehen besteht (siehe Entwicklung bei der Klin. Abteilung/Dep. für Thorax- und

Hyperbare Chirurgie). Die diesbezüglich festgestellte Heterogenität ist für den Landesrechnungshof das Ergebnis mangelnder Organisationsvorgaben durch die Unternehmensleitung und fehlender Richtlinien.

Uneinheitliche Archivierungsmethoden erschweren überdies das Wiederauffinden von Krankengeschichten.

Für das Wiederauffinden von Krankengeschichten gibt es gleichfalls unterschiedliche Verfahrensweisen. In der Univ.-Klinik für Chirurgie sucht man Krankengeschichten unter Zuhilfenahme des KIS-Programms, aber auch von Indexbüchern, die getrennt nach Frauen und Männer geführt werden. Ähnlich ist die Situation in der Klin. Abteilung/Dep. für Orthopädie, wo Rapportbücher angelegt sind. In der II. Medizinischen Abteilung/Männer werden die Durchschriften der Arztbriefe zur Abwicklung des Suchvorganges alphabetisch gesammelt. Derzeit umfaßt diese Registratur Arztbriefe zurück bis zum Jahr 1980. Ein Karteikartensystem ist wiederum in der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie installiert. Auf den eigens angelegten Karteikarten sind der Name des Patienten, das Geburtsdatum, der Entlassungstag und die fortlaufende Nummer der Krankengeschichte eingetragen.

Aus den vorstehenden Ausführungen geht unzweifelhaft hervor, daß bei der Führung von Krankengeschichten bis hin zur Archivierung **keine Einheitlichkeit** besteht. **Richtlinien, Dienstanweisungen u. dgl., die für eine einheitliche Vorgangsweise in der Ablauforganisation sorgen würden, konnten dem Landesrechnungshof nicht unterbreitet werden.**

Zum methodischen Vorgehen bei der Ablage und Archivierung von Krankengeschichten ist festzustellen, daß die derzeit gehandhabte Form in Ansehung der technischen Möglichkeiten als unzeitgemäß bezeichnet werden muß. Dies auch im Hinblick auf die vom Gesetzgeber ausdrücklich angeführten Einsatzmöglichkeiten einer Mikroverfilmung oder von automationsunterstützten Datenträgern.

Im übrigen scheint die Problematik der Archivierungsverhältnisse der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. schon seit langem bekannt gewesen zu sein. Denn die Fa. Heinle, Wischer und Partner Planungsgesellschaft m.b.H., AEW-Plan GesmbH, hat in den Monaten September 1991 bis Jänner 1992 eine Planung für ein modernes Archivierungssystem ausgearbeitet.

Fortführende Aktivitäten, wie beispielsweise Ausarbeitung eines Ausschreibungsmusters für einen Vergabeauftrag, lassen sich sodann für den Landesrechnungshof etwa ab Jahresmitte 1995 feststellen. Ohne daß eine Entscheidung für das eine oder andere Archivierungssystem gefallen wäre, enden diese nach den Dokumentationsunterlagen im November 1996.

Über Aufforderung ist dem Landesrechnungshof seitens der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. mit Schreiben vom 19. Jänner 1998 folgende Mitteilung zugegangen:

„Grundsätzlich wird darauf hingewiesen, daß das aktuelle Thema der Archivierung insbesondere im LKH-Univ.-Klinikum Graz Gegenstand eines EDV-Projektes sein wird, das in der 2. Jahreshälfte in Angriff genommen werden soll.“

Aus dem wiedergegebenen Text geht hervor, daß in der zweiten Jahreshälfte 1998 ein EDV-Projekt zur Lösung des Archivierungsproblems gestartet wird. Das bedeutet, daß seit 1991 bis zur zweiten Jahreshälfte 1998 die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. nicht in der Lage war, eine Entscheidung herbeizuführen.

Für das Projekt LKH 2000, das sich bereits in fortgeschrittener Umsetzungsphase befindet, können daher keine sicheren Angaben gemacht werden, welcher Raumbedarf durch die Modernisierung der Archivierung notwendig wird.

Nach Ansicht des Landesrechnungshofes hängt die Archivierung untrennbar mit dem Projekt LKH 2000 zusammen. Weder im Zeitpunkt des Beginnes der Projektrealisierung des LKH 2000, noch im Prüfungszeitpunkt konnte bzw. kann die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. auf eine diesbezügliche Lösung verweisen. Die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft hat zwar die Notwendigkeit zur Modernisierung des Archivierungssystems bereits im Jahr 1991 erkannt, hat aber bis zum Jahr 1998 keine Entscheidung getroffen. Der Landesrechnungshof kann bei dieser Sachlage nicht umhin, der Geschäftsführung der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. ineffizientes Handlungsverhalten zu unterstellen.

Vergleichsweise werden Krankengeschichten, wie aus einem Entwurf zu einer Diplomarbeit hervorgeht, im Unfallkrankenhaus Graz, ausgenommen Fieberkurven, schon seit ca. vier Jahren elektronisch erstellt und abgelegt.

5. Arztbriefe und Unterzeichnungsvorschriften

Eine Krankengeschichte schließt üblicherweise mit dem Arztbrief ab. Der Zeitpunkt für die Ausfertigung des Arztbriefes richtet sich nach § 31 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957. Demnach ist nach Entlassung des Patienten der Arztbrief unverzüglich diesem selbst, dem einweisenden oder dem weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln. Konnte bei der Entlassung des Patienten für den behandelnden Arzt nur eine medizinische Kurzinformation zugefertigt werden, so muß ein ergänzender ausführlicher Arztbrief so rasch wie möglich nachgesandt werden.

Der Arztbrief hat demnach zwei Funktionen:

- formeller Abschluß der Krankengeschichte
- Informationsgrundlage für eine weiterführende Behandlung des Patienten.

Zur erstangeführten Funktion merkt der Landesrechnungshof an, daß mit dem Arztbrief einer bindenden Formvorschrift bei Führung von Krankengeschichten entsprochen wird. Es besteht nämlich bei der Führung einer Krankengeschichte gemäß § 13 Abs. 2 des oben zitierten Gesetzes die Verpflichtung, daß die Krankengeschichte von zwei Ärzten zu unterfertigen ist:

- von dem für ihren Inhalt verantwortlichen behandelnden Arzt
und
- vom ärztlichen Leiter der Krankenanstalt.

Der ärztliche Leiter der Krankenanstalt kann die Befugnis zur Unterzeichnung der Krankengeschichten und OP-Protokolle an den Leiter der jeweiligen Fachabteilung bzw. an von diesem in Vorschlag gebrachte Ärzte delegieren. Ist

die Fachabteilung in Departments untergliedert, so steht dem jeweiligen fachlich zuständigen Departmentleiter das Vorschlagsrecht zu.

Der Landesrechnungshof hat zunächst die Einhaltung dieser Formvorschrift zu überprüfen versucht.

Über Aufforderung durch den Landesrechnungshof hat sich der ärztliche Leiter des LKH-Universitätsklinikum Graz mit Schreiben vom 5. Dezember 1997 dazu wie folgt geäußert:

„§ 13 Abs. 2 des Krankenanstaltengesetzes normiert, daß der Ärztliche Leiter der Krankenanstalt die Unterschriftsbefugnis für Krankengeschichten und Operationsprotokolle sowie Niederschriften über die Entnahme von Organen oder Organteile Verstorbener zum Zwecke der Transplantation inne hat und diese Befugnis an den jeweiligen Leiter einer Fachabteilung delegieren kann.

Diese Delegation der Unterschriftsleistung besitzt eine jahrzehntelange Tradition am LKH-Univ. Klinikum Graz. Es ist niemandem von den aktiv tätigen Verantwortlichen erinnerlich, seit wann diese Delegation vollzogen wird. Da derartige Regelungen in der Vergangenheit nur aufgrund einer Beauftragung durch die damals zuständige Rechtsabteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung erfolgten, müßten in diesem Bereich die entsprechenden Unterlagen aufliegen.

Die Delegation dieser Unterschriftsleistung ist somit als eine festgefügte Praxis zu sehen. Eine Regelung aus neuerer Zeit findet sich in der Anstaltsordnung § 23, Abs. 1, Ziff. 3.“

Zum Inhalt dieses Schreibens wird festgehalten:

Unzweifelhaft geht daraus hervor, daß der ärztliche Leiter keine näheren Kenntnisse besitzt, ob, zu welchem Zeitpunkt und an wen die Unterzeichnungsbefugnis für Krankengeschichten und OP-Protokolle delegiert wurde. Mangels entsprechender Kenntnis ist der ärztliche Leiter nicht in der Lage, die Einhaltung eines diesbezüglichen vorschriftsgemäßen Vorgehens zu kontrollieren. Auch ist der ärztliche Leiter sich nicht ganz seiner Stellung bewußt, wenn

er ausführt, daß in der Rechtsabteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung dazu entsprechende Unterlagen auflagen bzw. aufliegen müßten.

Der Landesrechnungshof weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß es Sache des ärztlichen Leiters wäre, weil zu seinem Aufgabenbereich gehörig, sich rasch zu vergewissern, ob die Rechtsabteilung 12 über derartige Unterlagen verfügt. Nicht nur im Falle des Nichtfündigwerdens in der Rechtsabteilung 12, sondern auch im Falle des Vorhandenseins entsprechender Unterlagen läge es am ärztlichen Leiter, entsprechende Regelungen zu treffen. Im ersteren Falle deshalb, wollte er künftighin nicht selbst unterzeichnen, um dem Gesetz zu genügen, im zweiten Falle, weil sich in den letzten Jahren die Organisationsstrukturen infolge durchgeführter Strukturmaßnahmen im LKH-Universitätsklinikum Graz derart gewandelt haben, daß unumgänglich eine Anpassung einer seinerzeit erfolgten Delegation vorgenommen werden müßte.

Solange es daran fehlt, entspricht nach Ansicht des Landesrechnungshofes die derzeitige Gepflogenheit der Unterzeichnung von Krankengeschichten in den Grundzügen nicht dem Gesetz.

Der Landesrechnungshof konnte beobachten, daß bei allen durchgesehenen Krankengeschichten, wie auch nahezu bei allen inneliegenden OP-Protokollen, Unterschriften des Klinikvorstandes/Abteilungsleiters bzw. Leiters einer Klinischen Abteilung/Departmentleiters fehlten, weshalb sich die Frage stellt, ob die Krankengeschichten als unterzeichnet im Sinne des § 13 Abs. 2 anzusehen sind.

Krankengeschichten schließen, wie eingangs erwähnt, üblicherweise mit dem Arztbrief. Nachdem Arztbriefe, wie die Prüfung gezeigt hat, im Regelfall vom Klinikvorstand/Abteilungsleiter bzw. Leiter einer Klinischen Abteilung/Departmentleiter und von ein bis zwei weiteren Ärzten unterfertigt sind, vertritt der

Landesrechnungshof die Auffassung, daß damit der Formvorschrift des § 13 Abs. 2 leg. cit., Krankengeschichten zu unterzeichnen, entsprochen ist. Dies selbst auch dann, wenn, wie im Falle des in der Univ.-Klinik für Chirurgie verwendeten Formulars, bei der Führung von Krankengeschichten auf diesem Formular aufgedruckt „Vidi Chef“ aufscheint und regelmäßig an dieser Stelle nicht unterzeichnet wird.

Fälle, wo der Arztbrief vom Departmentleiter allein bzw. nicht vom Klinikvorstand/Abteilungsleiter, sondern von zwei Ärzten der Funktionseinheit unterfertigt war, bildeten die Ausnahme.

Als Ausnahme anzusehen war auch das Fehlen eines Arztbriefes in einer Krankengeschichte der HNO-Univ.-Klinik und der Univ.-Klinik für Chirurgie. Doch wäre aufgrund der vorstehend vom Landesrechnungshof vertretenen Ansicht über die Erfüllung des Unterzeichnungsgebotes darauf zu achten, daß aus formellen Gründen sich immer ein Arztbrief in der Krankengeschichte befindet.

Der an zweiter Stelle genannten Funktion des Arztbriefes, nämlich Informationsgrundlage für eine weiterführende Behandlung eines Patienten, kommt wesentlich größere Bedeutung zu. Denn in diesem Fall geht es darum, eine Behandlungskontinuität für den Patienten sicherzustellen. Da diesem Umstand Qualitätssicherungsmerkmale anhaften, hat der Landesrechnungshof stichprobenweise die zwischen Entlassung und Erstellung von Arztbriefen liegenden Zeiträume in den einzelnen Kliniken/Abteilungen geprüft.

- **Univ.-Klinik für Chirurgie**

Ein Arztbrief fehlte in der Krankengeschichte mit der Arch. Nr. 2/97. In der zentralen Archivierungsstelle dieser Universitätsklinik werden nicht von allen klinischen Abteilungen die Krankengeschichten verwaltet. Von den Prüfungsfeststellungen zum Zeitpunkt des Schreibens von Arztbriefen sind nur die in der Archivierungsstelle verwalteten Krankengeschichten und darin enthaltenen Arztbriefe erfaßt. Nach den Stichproben werden Arztbriefe zwischen zwei und 34 Tagen nach der Entlassung von Patienten geschrieben.

- **Univ.-Klinik für Unfallchirurgie:** 3 bis 5 Tage
- **Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie:** 7 bis 13 Tage
- **II. Medizinische Abteilung / Männer:** 4 bis 9 Tage
- **HNO-Univ.-Klinik:** 2 bis 3 Tage

Bei Tonsillektomien und Adenotomien werden die Arztbriefe dem Patienten bei seiner Entlassung mitgegeben.

Dazu ist anzumerken, daß zu den vorstehenden Erhebungsdaten noch die zwischen dem Schreiben bzw. der Entfertigung des Arztbriefes liegende Zeit hinzuzurechnen ist, um die sich dann der Zeitpunkt der Zustellung des Arztbriefes verschiebt.

Aus den stichprobenweisen Erhebungsergebnissen ist zu ersehen, daß dem gesetzlichen Auftrag, so rasch wie möglich nach Entlassung des Patienten Arztbriefe nachzusenden, nicht immer nachgekommen wird.

Angeführt wird in diesem Zusammenhang auch, daß die in der Patientenbrochure „PATIENTEN INFO“ No. 1/1996, Herausgeber die Anstaltsleitung des LKH-Universitätsklinikum Graz, auf Seite 26 aufscheinende Patienteninformation „Bei der Entlassung erhalten Sie von der Schwester eine Aufenthaltsbestätigung, ihre persönlichen Unterlagen sowie einen **Arztbrief**“ nicht mit dem Prüfungsergebnis des Landesrechnungshofes übereinstimmt.

Die Mitgabe von Arztbriefen anlässlich der Entlassung stellt nach den Recherchen des Landesrechnungshofes eher die Ausnahme als den Regelfall dar. Anstelle von Arztbriefen werden dem Patienten aber medizinische Kurzinformationen (Kurzarztbriefe) mitgegeben. Diese Vorgangsweise ist gesetzlich gedeckt. Nur hat in einem solchen Fall so rasch wie möglich ein Arztbrief nachzufolgen. Die Patienteninformation, daß generell Arztbriefe mitgegeben werden, ist somit nicht praxisentsprechend und nicht korrekt.

So werden zum Beispiel von der **Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie** den Patienten bei ihrer Entlassung handgeschriebene Kurzarztbriefe mitgegeben. Durchschriften davon sind in den eingesehenen Krankengeschichten zwar enthalten, waren jedoch teils schwer- bis unleserlich. Dadurch erscheint nach Ansicht des Landesrechnungshofes der Bestimmungszweck, bis zur Nachsendung eines Arztbriefes eine Behandlungskontinuität zu gewährleisten, nicht erreicht, wenn der weiterbehandelnde Arzt einem schwer- bis unleserlichen Schriftbild gegenübersteht. Ein Beschwerdebrief eines niedergelassenen Arztes an die vorgenannte Universitätsklinik bestätigt dies.

Zur Ausstellung von Arztbriefen trifft überdies die Anstaltsordnung für das LKH-Universitätsklinikum Graz in § 58 Abs. 3 folgende Anordnung:

*„Ärzte sind verpflichtet, dafür Sorge zu tragen, daß bei der Entlassung **unverzüglich** ein Arztbrief ausgestellt wird, der nach Entscheidung des Patienten diesem oder dem einweisenden oder weiterbehandelnden Arzt zu übermitteln ist.“*

Demgegenüber trifft § 31 Abs. 2 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957 folgende Regelung:

*„Konnte bei der Entlassung des Patienten für den behandelnden Arzt nur eine medizinische Kurzinformation zugefertigt werden, so muß ein ergänzender ausführlicher Arztbrief **so rasch wie möglich** nachgesandt werden.“*

Vergleicht man den Regelungsinhalt des § 58 Abs. 3 der Anstaltsordnung mit dem im § 31 Abs. 2 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957, so zeigt sich, daß die Anstaltsordnung enger gefaßt ist und von der gesetzlichen Regelung abweicht.

Die Anstaltsordnung sollte in § 58 Abs. 3 der Gesetzeslage angepaßt werden.

Aufgrund von schriftlichen Unterlagen und nach durchgeführten Mitarbeiterbefragungen scheint die Kommunikation und Information zwischen dem LKH-Universitätsklinikum Graz und den für die fortzusetzende Behandlung zuständigen Stellen, wie niedergelassenen Ärzten, Rehabzentren etc., nach Entlassung des Patienten zu funktionieren. Faktum bleibt jedoch, daß grundsätzlich medizinische Kurzinformationen und nicht Arztbriefe dem Patienten bei seiner Entlassung ausgehändigt werden.

6. Aufbewahrungsverhältnisse von Krankengeschichten und Röntgenbildern

6.1. Krankengeschichtenarchivierung

Gesetzlich wird gefordert, daß Krankengeschichten und OP-Protokolle sowohl für die Dauer der Behandlung als auch nach deren Abschluß mindestens durch dreißig Jahre, geschützt vor unbefugter Kenntnisnahme, gesichert aufzubewahren sind.

Die folgenden Ausführungen zeigen auf, inwieweit dieser Vorschrift entsprochen wird. Zur übersichtlichen Darstellung der Verhältnisse werden zunächst die vom Landesrechnungshof für die verschiedenartigen Archive gewählten Begriffsbezeichnungen erklärt.

- **Akutarchiv**

Darunter fallen Archive, die entweder in den mit der Archivierung von Krankengeschichten befaßten Kanzleien, Sekretariaten, Räumen von Abteilungsleitern bzw. in unmittelbarer Nähe befindlichen Räumlichkeiten untergebracht sind.

- **Altarchive**

Diese unterteilen sich in

- intramurale Archive (Kellerarchive); Archive dieser Gattung befinden sich in dem Gebäudekomplex, in dem eine Abteilung geführt wird;

- extramurale Archive, „Kamperlager“ im Stiftingtal (ca. 5 km entfernt) und Altarchiv „LNKH“ im Gebäude des Landesnervenkrankenhauses (ca. 10 km entfernt), wobei den extramuralen Archiven Zentralarchivfunktion zukommt.

Aus folgenden medizinischen Fachrichtungen sind im „Kamperlager“ Krankengeschichten aufbewahrt:

I., II., IV. Med., ehemalige III. Med., I. und II. Chirurgie, HNO, Augenklinik, Gebärklinik, Urologie, Dermatologie, Zahnklinik inkl. Kieferchirurgie, Kinderklinik, Kinderchirurgie, Nervenklinik, Psychiatrie, Neurologie, ZRI.

Im Altarchiv LNKH:

Lungenabteilung, Nervenklinik, Kinderchirurgie, Dermatologie, I. und II. Med.

- **Zu Akutarchiven**

Hinsichtlich des Zuganges und Zugriffes zu Krankengeschichten ist festzustellen, daß aufgrund von Befragungen von Mitarbeitern nicht klarzustellen war, welcher Personenkreis zu den Akutarchiven letztlich Zutritt hat. Es kann daher keine eindeutige Aussage gemacht werden, ob eine gesicherte Aufbewahrung von Krankengeschichten und geschützt vor unbefugter Kenntnisnahme vorliegt.

Beispielsweise war das Krankengeschichtenarchiv für Männer in der II. Medizinischen Abteilung am Tage der Prüfung (17. November 1997) nicht verschlossen, sodaß jedermann zu den dort verwahrten Krankengeschichten Zugang und Zugriff gehabt hätte.

- **Zu Altarchiven**

- **Kellerarchive**

Zugang zu den Kellerarchiven haben grundsätzlich nur jene Mitarbeiter einer Klinik/Abteilung, die über entsprechende Schlüssel verfügen. Eine Ausnahme bildet beispielsweise eines der zwei Kellerarchive der Univ.-Klinik für Chirurgie, das von der Klin. Abteilung/Dep. für Orthopädie und von der Univ.-Klinik für Unfallchirurgie mitbenützt wird. Der Zugang steht somit Mitarbeitern der Univ.-Klinik für Chirurgie, der Klin. Abteilung/Dep. für Orthopädie und der Univ.-Klinik für Unfallchirurgie offen, also einem **erweiterten Personenkreis**.

Der zweite Raum dieses Kellerarchives, in dem sich eine Brunnenanlage befindet, erscheint dem Landesrechnungshof für Archivierungszwecke völlig ungeeignet. Zum Zeitpunkt der Besichtigung waren unter anderem am Boden Ambulanzkarten der Klin. Abteilung/Dep. für Orthopädie aus den Jahren 1984, 1985 und 1986 sowie jüngerer Jahrgänge gelagert. Hinsichtlich der zahlenmäßig genannten Jahrgänge ist die Aufbewahrungsfrist von zehn Jahren abgelaufen, sodaß kein Grund für eine fortgesetzte Archivierung besteht.

- **„Kamperlager“ und Altarchiv „LNKH“**

Ca. 1,3 Mio. Archivunterlagen sind nach den erhaltenen Auskünften, verteilt auf Krankengeschichten, Ambulanzkarten, Röntgenbilder und Aufnahmebücher, im „Kamperlager“ deponiert. Das Altarchiv „LNKH“ umfaßt ca. 300.000 Unterlagen.

Zuständig für die Verwaltung der beiden Archive ist der Hausdienst des LKH-Universitätsklinikum Graz, in dessen Aufgabenbereich grundsätzlich auch die Abholung und Suche von Krankengeschichten fällt.

ZRI, Gemeinsame Einrichtung Magnetresonanz und Kinderklinik haben für das Kamperlager eigene Schlüssel und daher jederzeit Zutrittsmöglichkeit. Mitarbeiter der sonst dort Krankengeschichten lagernden Abteilungen bekommen vom Hausdienst dann einen Schlüssel, wenn rasch eine Krankengeschichte benötigt wird oder wenn der Hausdienst verhindert ist. Jedenfalls ist **einem unbestimmten Personenkreis der Zugang zum Kamperlager eröffnet**. Das bedeutet, daß jeder Mitarbeiter aus dem unbestimmten Personenkreis unkontrolliert auch Krankengeschichten anderer, für ihn fremder Abteilungen, die im Kamperlager abgelegt sind, unbemerkt mitnehmen könnte.

Eine gesicherte Aufbewahrung der Krankengeschichten und geschützt vor unbefugter Kenntnisnahme erscheint dem Landesrechnungshof demnach nicht gegeben.

Auch verstößt nach Ansicht des Landesrechnungshofes das Gebarungsverhalten bei Archivierung von Krankengeschichten den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes vom 18. Oktober 1978, BGBl. Nr. 565. Vorkehrungen, die die Einhaltung der Vorschriften des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957 und des vorzitierten Datenschutzgesetzes weitestgehend garantieren, sollten getroffen werden. Eine Verweisung als Ersatz hierfür auf die im § 64 der Anstaltsordnung des LKH-Universitätsklinikum Graz für Mitarbeiter festgelegte Verschwiegenheitspflicht hält der Landesrechnungshof nicht für ausreichend.

Eine archivarische Schwachstelle stellt sodann die Rückstellung von Krankengeschichten, die aus dem Zentrallager „Kamper“ entnommen

werden, dar. Es besteht nämlich keine Kontrolle hierüber, ob Krankengeschichten, die entnommen wurden, nach deren Gebrauch wieder in das Lager zurückgebracht werden. Die Vollständigkeit des Lagerbestandes ist, wie von Mitarbeiterseite bestätigt wurde, damit in Frage gestellt. Vom Landesrechnungshof wird daher bis zur Reformierung der Archivierung die Einrichtung eines diesbezüglichen Kontrollsystems angeregt. Zumindest sollte nachvollzogen werden können, wer welche Krankengeschichte entnommen hat.

Die Altarchive „Kamperlager“ und „LNKH“ haben die Funktion eines Zentralarchivs. Die räumliche Entfernung der Altarchive/Zentralarchive beträgt 5 bzw. 10 km zum LKH-Universitätsklinikum Graz.

Bezüglich des „Kamperlagers“ ist anzuführen, daß diese Unternehmensentscheidung als problematisch angesehen werden muß. Dies aus folgenden Gründen:

Im Zeitpunkt der Betriebsaufnahme durch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. kämpfte man in allen Spitalsbereichen mit extremer Raumknappheit. Das traf auch auf die Archivierung von Krankengeschichten zu. Es war nur eine Frage der Zeit, wann die Raumressourcen erschöpft sein würden. Den kritischen Punkt erreichte man 1990, und mietete die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. zur Lösung dieses Raumproblems das „Kamperlager“ an. Klar mußte der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft in diesem Zeitpunkt sein, daß diese Disposition angesichts der Höhe der Lagermiete nur eine kurzfristige Lösungsvariante sein konnte, zumal damit das Kernproblem nicht gelöst war, sondern nur aufgeschoben wurde.

Die in der Zeit 1. Juni 1990 bis 1998 anfallenden Mieten ergeben einen Betrag von insgesamt **S 6,567.302,--**, wobei die Jahresmiete für 1998 S 839.094,-- beträgt.

Damit nicht weiterhin durch Mietzahlungen Geldmittel verlorengelassen, empfiehlt der Landesrechnungshof rasches Handeln, sowohl was die Regelung der Raumbeschaffung wie auch die Umstellung auf ein modernes Archivierungssystem betrifft.

6.2. Röntgenbildarchivierung

Die Frist für die Aufbewahrung von Röntgenbildern ist im § 13 Abs. 2 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957 mit **mindestens zehn Jahren** festgelegt. Die Möglichkeit der Mitgabe von Röntgenbildern an Patienten kann dieser Gesetzesbestimmung nicht entnommen werden.

Wie in den einzelnen geprüften Kliniken/Abteilungen dieser Vorschrift entsprochen wird, zeigen die nachstehend angeführten Sachverhalte.

- **Univ.-Klinik für Chirurgie**

„Zentrales Archiv“ (Obergeschoß 2. Stock) archiviert neben Krankengeschichten auch Röntgenbilder. Zu diesem Zweck wird ein eigenes Indexbuch geführt. Röntgenbilder werden teilweise bis zu sechs Monate nach Übermittlung der bezughabenden Krankengeschichte an das Archiv weitergeleitet. Zur Frage, welche Röntgenbilder zur Archivierung gelangen, konnten von den Mitarbeitern im Archiv keine Angaben gemacht werden.

– **Klin. Abteilung / Dep. für Orthopädie**

Röntgenbilder des Hausröntgens werden bei stationären Aufenthalten im Hausröntgen verwahrt. Sonstige Röntgenbilder wie CT, MR gehen an das ZRI oder, falls mitgebracht, an den Hausarzt zurück.

– **Klin. Abteilung/Dep. für Thoraxchirurgie und Hyperbare Chirurgie**

Hier wird der Röntgensack mit Thoraxröntgen zusammen mit der eingesackten Krankengeschichte archiviert. Sonstige Röntgenbilder gehen retour bzw. werden den Patienten mitgegeben.

• **Univ.-Klinik für Unfallchirurgie**

Röntgenbilder von stationären Patienten werden zugleich mit Ambulanz-Röntgenbildern in der Ambulanz archiviert.

• **Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie**

Röntgenbilder werden teils den Patienten mitgegeben, teils an das ZRI rückübermittelt. Für gewöhnlich kommt es nicht zu einer Archivierung.

• **II. Medizinische Abteilung / Männer**

Röntgenbilder werden grundsätzlich dem Patienten bei der Entlassung mitgegeben. Lungenröntgen, die zurückbleiben, werden im Keller monataeweise archiviert.

- **HNO-Univ.-Klinik**

Röntgenbilder werden in der Regel den Patienten mitgegeben. Bleiben welche zurück, werden diese grundsätzlich nachgeschickt. Hauseigene Röntgenbilder wie CT, MR werden an das ZRI retourniert.

Infolge unpräziser und nicht gesichert verifizierbarer Auskünfte von Mitarbeitern zu den oben dargestellten Sachverhalten ist für den Landesrechnungshof nicht überschaubar, ob die Aufbewahrung von Röntgenbildern in gesetzeskonformer Weise stattfindet.

Die Selektion der für die Archivierung vorgesehenen Röntgenbilder verläuft nicht, wie die Sachverhalte zeigen, nach bestimmten Ordnungskriterien. Auch ist nicht auszuschließen, daß vereinzelt Röntgenbilder an Patienten bzw. niedergelassene Ärzte weitergegeben werden. Dieses Vorgehen würde nicht im Einklang mit der Vorschrift, Röntgenbilder mindestens zehn Jahre aufzubewahren, stehen und wäre unzulässig.

Der Landesrechnungshof empfiehlt die Herausgabe einer Richtlinie, die vorgibt, wie der gesetzlichen Archivierungspflicht bei Röntgenbildern zu entsprechen ist, um die derzeitige willkürliche Vorgehensweise einigermaßen zu vereinheitlichen.

7. Befundübermittlung intern

Nahezu jede Patientenbehandlung macht Untersuchungen und die Inanspruchnahme der Dienste anderer medizinischer Fachdisziplinen notwendig. Für die Untersuchungen anfordernde Klinik/Abteilung ist es somit wesentlich, daß Untersuchungen möglichst rasch erfolgen und die Ergebnisse (Befunde) an sie unverzüglich zugehen, damit in der Behandlung zum Wohle des Patienten keine Verzögerungen entstehen.

Anhand von Krankengeschichten konnte der Landesrechnungshof erkennen, daß das Ziel, eine raschestmögliche Patientenbehandlung durchzuführen, nicht in jedem Falle gegeben erscheint. Auffallend oft werden nämlich Befunde (Untersuchungsergebnisse) durch den untersuchenden Arzt zunächst handschrieben der anfordernden Klinik/Abteilung zugemittelt. Bis maschinschriftlich der Befund nachgereicht wird, vergehen, je nachdem wie der Schreibdienst an den Untersuchungsstellen organisiert ist, ein bis mehrere Tage. Da handschriftliche Befunde nicht selten für den für die Behandlung zuständigen leitenden Arzt unleserlich sind, wird es zu Rückfragen kommen. Dieser Umstand bewirkt, daß kostbare Zeit für die Behandlung verlorenggeht. Dadurch bedingte Verzögerungen in der Behandlung treten nach Gesprächen mit Mitarbeitern immer wieder auf, wobei zur Häufigkeit keine Angaben erhältlich waren. Betriebswirtschaftlich entstehen dem Unternehmen im Hinblick auf das leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierungssystem nicht weiter verrechenbare Mehrkosten, die bei entsprechender Organisation minimierbar wären, volkswirtschaftlich fallen dadurch ebenfalls Kosten in nicht bezifferbarer Höhe an.

Außerdem ist ein automationsunterstützter Austausch von Befunden unter den Kliniken/Abteilungen über das installierte Krankenanstalten-Informationssystem (KIS)-Netz nach den erhaltenen Aussagen von Mitarbeitern derzeit kaum

möglich. In jenen Bereichen, wo eine Möglichkeit dazu besteht, sei dies ausschließlich aufgrund persönlicher Kontakte zwischen den Klinik-/Abteilungsmitarbeitern der Fall. Richtlinien jedoch, die einen derartigen Informationsaustausch als Organisationsmaßnahme offiziell vorsehen würden, sind nicht vorhanden.

Dieser Sachverhalt führt zur Feststellung, daß das in Betrieb stehende EDV-System zu keinem beschleunigten Befundaustausch beitragen kann. Nicht nur in diesem Bereich, sondern auch in anderen Bereichen wird, wie der Landesrechnungshof feststellen konnte, nach individuellen Vorstellungen gehandelt und zur administrativ organisatorischen Selbsthilfe als Ausfluß fehlender organisatorischer Grundlagen gegriffen. **Relativ viele uneinheitliche Insellösungen sind das Resultat.**

Eine schwerpunktmäßige Behandlung der vorbeschriebenen Bereiche zwecks effizienterer Gestaltung der Ablauforganisation sollte umgehend veranlaßt werden, weil so die Aufenthaltsdauer von Patienten verkürzt werden könnte. An dieser Stelle merkt der Landesrechnungshof an, daß ein oftmalig geäußerter Kritikpunkt von Mitarbeitern in Führungsposition darin besteht, wenig bis keine Unterstützung von der Unternehmensführung der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. zu erfahren, wenn es darum geht, konstruktive Vorschläge umzusetzen, die sinnvollere und zweckmäßigere Arbeitsabläufe ergeben würden.

8. Anforderung von Krankengeschichtenkopien

Kopien von Krankengeschichten sind über Anforderung von Gerichten, Verwaltungsbehörden, Sozialversicherungsträgern und nach der 16. KALG-Novelle vorbehaltlich der Zustimmung von Patienten einweisender oder weiterbehandelnder Ärzte diesen **kostenlos** zur Verfügung zu stellen.

§ 13 Abs. 1 Ziff. 2 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957 befreit somit die vorangeführten Stellen von einer Kostenersatzpflicht.

In § 6 a leg. cit., der die Patientenrechte ausführt, wird in Abs. 2 lit. f das Recht eines Patienten auf Ausfertigung einer **Kopie, und zwar gegen Ersatz der Kosten**, normiert.

Ein Kostenersatz entsteht beispielsweise auch dann, wenn die Anforderung einer Kopie bzw. von Patientenunterlagen durch private Zuschußversicherungen, die direkt mit dem LKH-Universitätsklinikum Graz verrechnen, zum Zwecke der Abrechnung von Sonderklassepatienten erfolgt.

Laut einer Dienstanweisung der Bereichsleitung Patientenverwaltung des LKH-Universitätsklinikum Graz besteht folgende Kostenersatzregelung:

- a) Sonderklasse-Patient:
- | | | |
|-------------|----------|---------------------|
| Grundgebühr | S 200,-- | |
| plus | S 10,-- | pro kopierter Seite |
- b) Allgemeine Klasse-Patient:
- | | | |
|-------------|----------|---------------------|
| Grundgebühr | S 300,-- | |
| plus | S 10,-- | pro kopierter Seite |

c) Ambulanter Patient:

Grundgebühr	S 300,--	
plus	S 10,--	pro kopierter Seite

Der Landesrechnungshof stellt dazu fest:

Die Grundgebühr, die seitens des LKH-Universitätsklinikum Graz als Kostenersatz verrechnet wird, soll den der Krankenanstalt entstehenden Manipulationsaufwand abdecken. Grundgebühr und die Kosten pro kopierter Seite der Krankengeschichte ergeben zusammen den gesamten Deckungskostenbeitrag, mit dem aus der Sicht der Krankenanstalt offenbar alle anfallenden Kosten (Selbstkosten) abgedeckt erscheinen.

Anzumerken ist, daß § 6 a Abs. 2 lit. f des zitierten Gesetzes nicht zwischen Patienten der Sonderklasse und Patienten der Allgemeinen Klasse, was den Kostenersatz anlangt, unterscheidet. Gesetzlicherseits wird kein differenzierter Kostenersatz verlangt. Es ist daher nicht nachvollziehbar, warum von einem Patienten der Allgemeinen Klasse S 300,-- und von einem Patienten der Sonderklasse nur S 200,-- Grundgebühr in Rechnung gestellt werden.

Zur Verrechnung gelangen müßten die dem LKH-Universitätsklinikum Graz entstehenden Kosten. Das heißt, daß jene Kosten in voller Höhe zu verrechnen wären, die dem tatsächlichen Aufwand entsprechen. Eine Differenzierung der Verrechnungskosten nach Patienten der Sonderklasse und Patienten der Allgemeinen Klasse oder im Zusammenhang mit Zuschußversicherungen hält der Landesrechnungshof für nicht gerechtfertigt. Eine Kostenüberwälzung, die sich ausschließlich nach kaufmännischen Grundsätzen richtet, sollte Platz greifen.

VIII. PATIENTENTRANSPORT

Patienten, die sich zur Behandlung in ein Krankenhaus begeben, benötigen oftmals eine Vielzahl von Behandlungen und Untersuchungen, die an verschiedenen Stellen (Ambulanzen und Untersuchungsstellen) durchgeführt werden.

Die nachfolgende Betrachtung bezieht sich auf Patienten, die diese Stellen nicht selbständig aufsuchen können. Es werden dabei **zwei Personengruppen** unterschieden:

- Patienten, die auf einer Station des LKH Universitätsklinikum Graz stationär aufgenommen sind und während ihres Aufenthaltes Untersuchungen oder Behandlungen benötigen, die nicht von dieser Station erbracht werden.
- Patienten, die von außerhalb durch das Rote Kreuz oder ein anderes Krankentransportunternehmen zur Untersuchung oder Behandlung in das LKH-Universitätsklinikum Graz gebracht werden.

Patienten, die sich stationär im LKH-Universitätsklinikum Graz befinden, werden entweder durch den anstaltseigenen Zentralen Patiententransport (ZPT) oder durch ein unter Vertrag mit der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. stehendes konzessioniertes Krankentransportunternehmen zu den Untersuchungs- bzw. Behandlungsstellen gebracht.

Jene Patienten, die von einem Krankentransportunternehmen von außerhalb in das LKH-Universitätsklinikum Graz gebracht werden, werden von diesem Krankentransportunternehmen auch innerhalb des LKH-Universitätsklinikum Graz zu den entsprechenden Untersuchungs- bzw. Ambulanzstellen befördert.

• Der Zentrale Patiententransport (ZPT)

Nach einem Organisationspapier des LKH Universitätsklinikum Graz (19.12.1994) hat der ZPT folgende Aufgaben wahrzunehmen:

- *„Die termingerechte, sichere, freundliche und hilfsbereite Beförderung bzw. Begleitung von Patienten, (persönlich mit Sitzwagen und dem Citybus)*
- *Die Veranlassung von Liegendtransporten durch die beauftragten Unternehmen (RK und externe Krankentransporte)*
- *Die Durchführung von Verstorbentransporten*
- *Eingeschränkte Proben Transporte während der Nachtstunden*
- *Wartung und Instandhaltung der für das Transportwesen bereitgestellten technischen Hilfsmittel“*

In einem anderen Papier „Aufgabenbereich des ZPTD“ (ohne Datumsangabe) sind folgende Zuständigkeiten angeführt:

- *„Der ZPTD ist über 24 Stunden telefonisch oder über Rückruf erreichbar.*
- *Alle stationären Patiententransporte von 0.00 - 24.00 Uhr*
- *alle externen Ambulanzpatienten von 0.00 - 24.00 Uhr (Rotes Kreuz)*
- *Begleitung von gehfähigen Patienten zu den Untersuchungen.*
- *Bluttransporte von 18.00 - 6.00 Uhr (außer Kinderchirurgie).*
- *Reinigung der Sitzwagerl: Da nur die Sitzwagerl dem ZPTD gehören, werden nur diese vom ZPTD gereinigt und gewartet.*
- *Liegewagerl gehören den Stationen und müssen auch von deren Personal gereinigt und gewartet werden.*
- *Aufnahme ZPTD: Die Aufgaben des zugeteilten ZPTD sind Patienten von der Aufnahme auf die Station und zu den internen Untersuchungsstellen zu bringen.*

Es ist nicht Aufgabe des Aufnahme-ZPTD hausinterne Arbeiten (Schwestern im Zimmer bei der Lagerung der Patienten zu helfen, Betten zu machen, Befunde tragen, auf unruhige oder im Schockraum liegende Patienten aufzupassen, bei Magenspülungen aktiv tätig zu sein, beim Ent- und Bekleiden der Patienten zu helfen usw.). In der Zeit, in der der ZPTD in der Aufnahme keine Arbeit hat, versorgt er Wachstationen oder transportiert interne Patienten.

- *Sauerstoff, Exitus-Transport“*

In einem Schreiben vom 29. April 1992 an den provisorischen Verwaltungsdirektor (Betreff: Übersicht Tätigkeitsbereich) wird der Aufgabenbereich wie folgt beschrieben:

- 1. „Sämtl. Patiententransporte von stationären Patienten mit Sitzwagerl in der Zeit von 0 - 24.00 Uhr, Montag bis Sonntag. Auch gehfähige stationäre Patienten werden von einem Mitarbeiter des ZPT begleitet.*
- 2. Transporte von liegenden Patienten werden prinzipiell vom RK durchgeführt. Ausnahmen, bei denen auf den ZPT zurückgegriffen wird, bilden Liegendtransporte von der Aufnahme zur jeweiligen Station und interne Liegendtransporte in der Med. und in der I. Chir., 0 - 24 Uhr.*
- 3. Versorgung des Hubschrauberlandeplatzes von 0 - 24 Uhr mit 2 Mitarbeitern.*
- 4. Bluttransporte von 18.00 bis 6.00 Uhr. Die Herz-Wach-Station wird an Samstagen, Sonn- und Feiertagen von 16.30 - 6.00, das Blocklabor II. Med. an Samstagen von 12.00 - 6.00 Uhr, sowie an Sonn- und Feiertagen, wenn diese Aufnahmetage sind, von 0 - 24.00 Uhr versorgt.*
- 5. Medikamententransporte bei Notfällen in der Nacht, sowie an Sonn- und Feiertagen.*
- 6. Patientenbegleitung im City-Bus.*
- 7. Ex-Transporte Mo - So von Station in die Ex-Kammer.*

8. *Patiententransporte jeder Art (gehend, sitzend, liegend) von der Aufnahme bis ins Bett der jeweiligen Station. Der „Aufnahmediener“ des ZPT hilft außerdem bei Magenspülungen.*
9. *Reinigung der Sitzwägel*
10. *Transporte von EEG, EKG und Ultraschallgerät zwischen Chir. und Med.*
11. *Sauerstoffversorgung an Sonn- und Feiertagen zwischen Sauerstoffzentrale und jeweiliger Station (auch Wochentags v. 6h - 13h).“*

Im Dienstpostenplan werden **91,80** Dienstposten ausgewiesen, die mit Stichtag 13. Oktober 1997 laut EDV-Ausdruck mit **91,00** Posten besetzt sind.

Eine Aufstellung der Leistungen des ZPT konnte dem Landesrechnungshof nicht zur Verfügung gestellt werden, da laut Aussage des Leiters des ZPT diesbezüglich keine Aufzeichnungen geführt werden.

Der Arbeitskreis „Qualitätsverbesserung und ökonomische Effizienzsteigerung des Zentralen-Patienten-Transports (ZPT) im LKH-Universitätskliniken-Graz“ geht im Jahre 1996 von „*etwa 250.000 Transporten jährlich*“ aus.

Wie aus der Anzahl der Beschäftigten und der angenommenen Anzahl an Transporten ersichtlich ist, handelt es sich beim ZPT um einen relativ großen Bereich der Betriebstätigkeit.

Die geringe Anzahl an Beschwerden ist allerdings auch hier im Lichte der besonderen Umstände zu sehen. Der Patient befindet sich in einer Ausnahmesituation und nimmt im allgemeinen unkritischer mehr hin als wenn er sich in gewohnter Umgebung befindet.

- **Transporte durch konzessionierte Krankentransportunternehmen**

Derzeit sind drei Unternehmen im LKH-Universitätsklinikum Graz vertraglich mit dem Transport von stationären Patienten betraut: Es sind dies das Rote Kreuz, die Fa. Kern und die Fa. Zirnstern & Fruhwirth.

Die Firmen Kern und Zirnstern & Fruhwirth stellen je einen Krankentransportwagen für den Transport bereit, das Rote Kreuz hat laut Vertrag sieben Wagen in der Zeit von 05:00 bis 15:00 Uhr in der Krankenanstalt stationiert. Bei einem darüber hinausgehenden Bedarf wird ein weiterer Wagen durch den ZPT (Funkzentrale) von der Rot-Kreuz-Zentrale angefordert.

Die Anzahl der Patiententransporte, die auf diese Weise durchgeführt werden, stieg seit 1988 beinahe jedes Jahr an und hat 1996 bereits den rund doppelten Umfang des Jahres 1988 erreicht.

Jahr	Anz.Transporte	1988 = 100
1988	24.963	100,0
1989	28.423	113,9
1990	32.020	128,3
1991	36.328	145,5
1992	43.836	175,6
1993	46.476	186,2
1994	46.213	185,1
1995	46.326	185,6
1996	49.231	197,2

Durch diese stark angestiegene Anzahl an Patiententransporten kommt es trotz der insgesamt neun Krankentransportwagen speziell am Vormittag,

wenn die Ambulanzen und Untersuchungsstellen in Betrieb sind, immer wieder zu Engpässen, wobei diese Situation durch die umfangreiche Bautätigkeit im Anstaltsgelände verschärft wird.

Im Bedarfsfall wird ein zusätzlicher Wagen des Roten Kreuzes von der Zentrale angefordert.

Nach Beobachtungen des Landesrechnungshofes werden derzeit Wartezeiten bis zum Rücktransport eines Patienten nach einer Untersuchung im Ausmaß von bis zu 50 Minuten erreicht.

Der erwähnte Arbeitskreis „Qualitätsverbesserung und ökonomische Effizienzsteigerung des Zentralen-Patienten-Transportes (ZPT) im LKH-Universitätskliniken-Graz“ wurde 1994 mit folgenden Zielen installiert:

- Verkürzung der Wartezeit von der Transportanforderung bis zur Übernahme des Patienten
- Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
- Verbesserung der ökonomischen Effizienz

Zur Lösung des Problems wurde ab August 1994 ein Kategorisierungssystem für den Patiententransport nach Dringlichkeitsstufen erstellt.

Demnach bedeuten:

- A** *Patient mit lebensbedrohlichen Zustandsbildern, welche sofortige diagnostische oder therapeutische Eingriffe erfordern.*

B Patienten, an denen dringliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen notwendig werden, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.

C „Einschubpatienten“ mit entsprechender organisatorischer oder medizinischer Notwendigkeit.

D Routinepatienten.

Als Ergebnis wurde von der Arbeitsgruppe eine deutliche Reduktion der „Patienten-Transport-Wartezeiten“ festgestellt.

In Minuten betrug die durchschnittliche Wartezeit

1994 (Ist-Analyse)	75
1995 (1. Evaluierung nach dem Probelauf)	20
1996 (2. Evaluierung nach der Standardisierung)	16

Der Landesrechnungshof beobachtete die Wartezeiten in sechs Fällen, wobei folgende Werte in Minuten gemessen wurden: 50; 40; 37; 34; 9; 8. Daraus errechnet sich ein Mittelwert von 30 Minuten, der allerdings zur Zeit des meisten Betriebes, am Vormittag, ermittelt wurde.

Von den auf den Rücktransport wartenden Patienten - im besonderen solchen, die liegend transportiert werden - wird dies oftmals als sehr unangenehm empfunden, da sie sich - speziell bei langen Wartezeiten - in ihrer Intimsphäre verletzt und den Blicken der Vorbeigehenden ausgeliefert fühlen.

Eine weitere Verkürzung der Wartezeiten wird vom Leiter des ZPT durch Anschaffung von Funkgeräten erwartet, welche es ermöglichen sollen, die Mitarbeiter effizienter zu dirigieren.

Grundsätzlich ist festzuhalten, daß - bedingt durch die Art der Aufzeichnungen, sofern sie in diesem Bereich überhaupt geführt werden - die Effizienz des Patiententransportes, bezogen auf die Wartezeiten, nicht überprüfbar ist.

IX. BETREUUNG DER PATIENTEN DURCH SOZIAL- ARBEITER(INNEN)

Im LKH-Universitätsklinikum Graz werden derzeit auf sechs Dienstposten sieben SozialarbeiterInnen beschäftigt.

Während weder das Krankenanstaltengesetz noch das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz SozialarbeiterInnen erwähnt, regelt § 49 der Anstaltsordnung des LKH-Universitätsklinikum Graz die Tätigkeit der SozialarbeiterInnen wie folgt:

„§ 49 Sozialarbeiter

(1) Der Wirkungsbereich der Sozialarbeiter umfaßt die soziale Betreuung der Patienten im Zusammenhang mit deren Einweisung in das Klinikum, deren Aufenthalt und Entlassung aus dem Klinikum.

(2) Im Rahmen ihrer Tätigkeit haben die Sozialarbeiter unbeschadet ihrer Zugehörigkeit zu den Bereichsverwaltungen im Einvernehmen mit dem jeweils behandelnden Arzt und dem Pflegedienst vorzugehen.“

Neben dieser recht allgemein gehaltenen Beschreibung der Tätigkeit, gibt es jedoch keine Dienstanweisung, die vor allem den Zuständigkeitsbereich zwischen den SozialarbeiterInnen und dem Pflegedienst abgrenzt. Dem Landesrechnungshof konnten lediglich zwei Unterlagen vorgelegt werden, die eine Art „Regelung“ enthielten:

- Ein Papier mit dem Titel „Sozialdienst - LKH Graz - Arbeitsschwerpunkte“: Diese Aufstellung zeigt den Stand vom 20. Dezember 1991. Es sind die Arbeitsschwerpunkte von sechs SozialarbeiterInnen in Schlagworten aufgelistet.

- Ein Aufstellung vom 15. November 1996 mit der Überschrift „Sozialarbeiter/innen im LKH Graz“:

Hier werden lediglich den sieben SozialarbeiterInnen bestimmte Kliniken zugeordnet, die Vertretung fixiert sowie die Telefonnummern und die Sprechstunden angegeben.

Eine Abgrenzung zwischen Sozialdienst und Pflegedienst findet sich in keinem Schreiben.

Die Notwendigkeit einer genauen Regelung zeigt sich besonders im Bereich der Entlassung des Patienten aus dem Klinikum.

Durch den Sozialdienst wurde dem Landesrechnungshof mitgeteilt, daß zu seinen Aufgaben auch die Koordination der Hauskrankenpflege für pflegebedürftige Patienten im Anschluß an die Anstaltspflege gehöre und auch wahrgenommen werde.

Die Befragung auf zwei Stationen ergab jedoch, daß die Verständigung und Koordination der jeweiligen Hauskrankenpflegeeinrichtungen durch die jeweilige Station erfolgt.

Diese Vorgangsweise wird vom Pflegepersonal auch durchwegs als effizienter und zielführender erachtet, da durch den direkten Kontakt der Krankenschwestern mit den Mitarbeitern der Hauskrankenpflege Informationen über Besonderheiten in der Pflege der einzelnen Patienten wesentlich besser weitergegeben werden könnten.

Auch wenn die derzeitige - unregelmäßige - Aufteilung der Zuständigkeiten nach Angaben der Mitarbeiter funktioniert, ist der Landesrechnungshof der Ansicht, daß dieser Bereich durch eine exakte Dienstanweisung zu regeln ist.

Der Aufgabenbereich des Sozialdienstes ist, wie bereits erwähnt, im Schreiben vom 20. Dezember 1991 unter dem Titel „Arbeitsschwerpunkte“ kurz umrissen.

Beispielhaft seien hier aufgezählt:

Krisenintervention bei akutem Krankheitsfall; Beratungsgespräche mit Betroffenen und auch Angehörigen; Anmeldung in Altenpflegeheimen; Geburtsanzeigen; Adoptionsvermittlung; Pflegeplatzsuche; Betreuung von Frauen nach Totgeburten oder bei Behinderung des Kindes; Beratung von Müttern über Behördenwege und finanzielle Ansprüche; Vermittlung von Familienhelfern und Erholungsaufenthalten; Vermittlung von Arbeit bzw. Wohnung für psychiatrische Patienten; Vermittlung von Nachsorgeeinrichtungen; Mitarbeit in den psychiatrischen Ambulanzen zur Prävention weiterer stationärer Aufnahmen; Pensions- und Hilflosenzuschuß-Anträge; Betreuung von HIV-Positiven und Aids-Patienten; Vermittlung und Aufbau des Informationsflusses zwischen Klinik und Bezirksverwaltungsbehörden bzw. Magistrat/Jugendämtern; Hilfestellung bei den Problemkreisen Kindesmißhandlung, sexueller Mißbrauch, Verwahrlosung und Verhaltensauffälligkeiten; Rechtsberatung; Unterstützung bei Behördenwegen.

Im Gespräch mit der dienstältesten Mitarbeiterin des Sozialdienstes konnte jedoch erfahren werden, daß noch eine Fülle von weiteren Hilfestellungen durch den Sozialdienst erbracht wird.

Diese reichen von der Vermittlung der Betreuung einer durch den Anstaltsaufenthalt einer Mutter ansonsten unversorgten Familie bis zur Vermittlung der Betreuung von unversorgten Haustieren.

Derart wird versucht, den Patienten bei Problemlösungen behilflich zu sein; eine Vorgangsweise, die sich wohl auch in verkürzten Heilungsphasen niederschlagen dürfte.

Für eine kurze Heilungsphase ist aber auch ein möglichst konfliktfreier und - so fern möglich - angenehmer Aufenthalt in der Krankenanstalt ausschlaggebend.

Der Landesrechnungshof möchte anhand von zwei Beispielen das Bemühen um den Patienten - speziell im Bereich der Betreuung - aufzeigen:

- Die MitarbeiterInnen der Klinischen Abteilung für Onkologie der Medizinischen Universitätsklinik versuchten die Qualität der Betreuung anzuheben, indem Fragebögen an die Patienten vor ihrer Entlassung ausgegeben wurden.

Anhand der Antworten wurde versucht, ein Schema sowohl bezüglich der Betreuung als auch der organisatorischen Abläufe zu erstellen, das den Wünschen der Patienten so weit wie möglich entgegenkommt.

Als Beispiel sei hier die Einführung eines Frühstückbuffets erwähnt, an dem die Patienten die Möglichkeit haben, sich selbst in der Zeit von 07:00 Uhr bis 10:00 Uhr zu bedienen.

Die anfängliche Befürchtung, daß dies zu erhöhten Kosten führen würde, bewahrheitete sich nicht. Die Verpflegskosten sanken nach Aussagen des klinischen Abteilungsleiters sogar unter das vorherige Niveau ab.

- Die Krankenschwestern der Universitätsfrauenklinik haben in Eigenregie ein Modell erarbeitet, das nunmehr als „Pflegevisite“ installiert ist.

Anstoß für die Erarbeitung dieses Modells waren unter anderem die hohe Fluktuation von Patientinnen, die starke Differenzierung im Patientengut,

aber auch die daraus resultierende enorme Belastung und zunehmende Verunsicherung des Pflegepersonals.

Die Sorge um das Wohl ihrer Patientinnen und die Unsicherheit, ob gewisse Anordnungen auch erledigt waren, bzw. um wichtige Informationen, die sie vergessen hatten, nun nachträglich bekanntzugeben, ließ viele Schwestern von zu Hause die Station anrufen. Dies hatte es für immer mehr Schwestern unmöglich gemacht, in ihrer Freizeit abschalten zu können.

Das daraufhin gemeinsam entwickelte Konzept der Pflegevisite wurde in der Zeit von Oktober 1994 bis Dezember 1994 erprobt und modifiziert. Seit Jänner 1995 ist die Pflegevisite fester Bestandteil im Pflegeprozeß.

Vorteile ergeben sich aus der Pflegevisite, die in der Zeit von 15:00 bis 16:30 Uhr täglich durchgeführt wird, sowohl für die Patientinnen als auch für das Pflegepersonal. Während für die Patientinnen eine über den gesamten Aufenthalt kontinuierliche Pflegequalität sichergestellt wird, steigt durch umfassende Information über alle Abläufe und das Einbinden in den Pflegeprozeß auch deren Zufriedenheit. Für das Pflegepersonal bringt die Sicherung der Pflegequalität durch Kontrolle, Neufestsetzung der Pflegeziele und Dokumentation eine funktionierende Teamarbeit, Zufriedenheit und verstärktes Selbstbewußtsein.

Wie aus den zur Verfügung gestellten Unterlagen hervorgeht, wird bei der Pflegevisite nicht allein die Pflege in den Vordergrund gestellt, sondern wird auch auf die Patientin mit ihren Befürchtungen und Unsicherheiten eingegangen.

So ist vorgesehen, mit den Patientinnen über deren Ängste und Wünsche bei bevorstehenden Untersuchungen oder OP-Vorbereitungen zu reden, zu erklären, warum und wie lange die Patientin nüchtern sein muß, oder wird

auch mitgeteilt, wann und wie die Patientin zu den bevorstehenden Untersuchungen (Rettung, ZPT, sitzend, liegend, gehend) gebracht wird. Ebenso werden der Sinn und das Ziel der einzelnen Pflegemaßnahmen mit den Patientinnen besprochen.

Positiv hervorzuheben ist das Projekt „Pflegevisite“, das von den Schwestern der Universitätsfrauenklinik aus Eigenantrieb erarbeitet wurde.

Aufgabe der Pflegedienstleitung sollte es sein, derartige Projekte auf anderen Kliniken und Abteilungen zu initiieren bzw. zu fördern.

X. SPEISENVERSORGUNG

1. Qualitätsstandard

Die Verpflegung der Patienten dient nicht nur der Ernährung der Patienten, sondern ist auch als therapeutischer Bestandteil der Krankenversorgung zu sehen. Demnach spielt auch der Qualitätsstandard in der Speisenversorgung eine wenn auch zurückgedrängte, aber doch nicht ganz unbedeutende Rolle im Gesundungsprozeß eines Patienten.

Im Zeitraum 22. September bis 21. Oktober 1997 wurde über Initiative des LKH-Universitätsklinikum Graz im Rahmen einer von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. finanziell unterstützten Diplomarbeit eine Patientenbefragung durchgeführt. Ein Befragungspunkt beschäftigte sich mit der Patientenzufriedenheit in puncto Qualität der Speisenversorgung.

Der Landesrechnungshof hat im Rahmen dieser Prüfung aufgrund der gegebenen Zeitnähe zum oben angeführten Befragungszeitraum seine Ausführungen auf die Ergebnisse der Befragungsaktion gestützt.

Die Befragungsergebnisse erscheinen dem Landesrechnungshof **grundsätzlich repräsentativ**. Es wurde nämlich auf sieben Stationen verschiedener medizinischer Fachrichtungen die Befragungsaktion durchgeführt. Ausgegeben wurden 296 Fragebogen. 210 beantwortete Fragebogen eigneten sich für eine Auswertung.

Die Befragung differenzierte zwischen Normalverköstigung bzw. Diät-Essen, wobei aber bei den für die Beurteilung formulierten Fragen kein Unterschied zwischen den beiden Essensformen gemacht wurde. Gefragt wurde:

„Wie beurteilen Sie das Diät-Essen (nur beantworten falls Sie auf Diät gesetzt waren), wie das Essen (Normalverköstigung nicht Diätessen)

in bezug auf Qualität

in bezug auf die Größe der Portionen

in bezug auf die Vielseitigkeit

in bezug auf die Auswahlmöglichkeiten.“

Der Höchstpunktwert bei der Auswertung wurde mit dem Wert 5 angenommen. Die Normalkost erhielt einen durchschnittlichen Wert von 4,32, wobei die Größe der Portionen besonders positiv beurteilt wurde.

Beim Diät-Essen ergab sich ein Durchschnittswert von 4,03 Punkten. Positiv innerhalb dieser Bewertung wurden die Punkte „Größe“, „Qualität“ und „Vielseitigkeit“ gesehen. Die beiden Auswertungsergebnisse zeigen eine recht gute Benotung.

Zu diesen Erhebungsergebnissen sieht sich der Landesrechnungshof jedoch zu einigen grundsätzlichen Anmerkungen veranlaßt:

- ◆ Beispielsweise erscheint dem Landesrechnungshof die Fragestellung in bezug auf die Qualität des Essens zu wenig differenziert. Denn in Einzelgesprächen mit Patienten wurde verhältnismäßig oft die Verzehreremperatur von warmen Speisen als ungenügend warm bzw. zu lauwarm bemängelt. Ein Qualitätsmerkmal einer warmen Speise ist naturgemäß, daß sie dem Patienten warm dargereicht werden sollte. Da aber in der Befragung, was unter Qualität zu verstehen ist, diese nicht definiert wird, und, beim Beispiel bleibend, nicht hinterfragt wird, ob die Speisen in sehr zufriedenstellender, wenig zufriedenstellender oder nicht zufriedenstellender Verzehreremperatur für den Patienten dargereicht werden, hat diese allgemein gehaltene Fragestellung zur Essensqualität nur bedingten Aussagewert.

- ▶ Etwas verfehlt sieht der Landesrechnungshof auch die Fragestellung bei Diätessen an, wonach die Auswahlmöglichkeit von sehr gut bis nicht genügend beurteilt werden sollte. Nach Auffassung des Landesrechnungshofes richtet sich im Regelfall die Auswahl des Diätessens nicht nach den Wünschen des Patienten, sondern nach den medizinischen Erfordernissen im Zusammenhang mit dem bestehenden Krankheitsbild eines Patienten oder nach der diätetischen Versorgungsnotwendigkeit des Patienten vor einer allenfalls bevorstehenden Operation. Im Normalfall besteht somit keine Auswahlmöglichkeit, weshalb die diesbezügliche Fragestellung, wenn sie beantwortet wurde, das Auswertungsergebnis verfälscht.

Beim Diätessen schneiden, wie schon umseitig angeführt, besonders gut die „Größe“, die „Qualität“ und die „Vielseitigkeit“ ab. Die günstigen Auswertungsergebnisse hinsichtlich Qualität und Vielseitigkeit des Diätessens zeigen dem Landesrechnungshof, ohne die Leistung in der diätetischen Speisenversorgung schmälern zu wollen, daß gezieltere und spezifiziertere Fragen gestellt werden sollten. So könnten besser wichtige Informationen dazu erhalten werden, wie die speziellen Rahmenbedingungen eines Diätessens aus Patientensicht beurteilt werden.

- ◆ Auch wurde die Befragung in sieben Stationen vorgenommen, wovon nur eine Station nach dem Schöpfsystem und sechs Stationen nach dem Tablettssystem bedient werden. Bei gleicher zahlenmäßiger Auswahl der Stationen entsprechend Schöpf- und Tablettssystem neigt der Landesrechnungshof zur Annahme, daß das Erhebungsergebnis nicht ganz so positiv ausgefallen wäre. Dafür spricht der Umstand, daß vom Schöpf- auf das Tablettssystem umgestellt wird.

2. Verteilerküche

Die Umstellung vom Schöpf- auf das Tablettssystem dient der Steigerung und Sicherstellung der Essensqualität. Um die qualitätsverbessernde Umstellung durchführen zu können, wurde der Bau einer zentralen Verteilerküche notwendig. Untergebracht ist die neue Verteilerküche im Gebäude der Univ.-Klinik für Chirurgie. Mitte März 1997 fand die Betriebsübergabe statt.

Funktionell bildet die Verteilerküche einen zur zentralen Krankenhausküche gehörigen dislozierten Betriebsteil. Beliefert wird die Verteilerküche mit Essen aus der ca. 300 m entfernt gelegenen Zentralküche des LKH-Universitätsklinikum Graz. Von der Zentralküche wird das Essen mit Lastkraftwagen zur Verteilerküche transportiert. Nach Tablettierung und Lagerung des Essens in Speisenverteilwagen kommt es zum Weitertransport in die Stationsbereiche. Die Belieferung einzelner Stationsbereiche erfolgt wiederum mit Lastkraftwagen.

Logistisch gesehen bildet der Ablauf, daß Essen von der Zentralküche mit Lastkraftwagen zur Verteilerküche gebracht, dort portioniert und teils nach diesem dazwischenliegenden Arbeitsgang wiederum auf Lastkraftwagen zum Weitertransport zu einzelnen Stationen verladen wird, keine optimale Lösung. Dieser umständliche Prozeßablauf ist eine unmittelbare Folge der Standortauswahl der Verteilerküche.

Bei der angeführten Verteilerküche handelt es sich um eine investive Zwischenlösung bis zum Jahr 2007, also für einen zehnjährigen Zeitraum. Danach soll sowohl die Zentralküche als auch die Verteilerküche im neu zu errichtenden sogenannten Versorgungszentrum zusammengeführt werden.

Selbst wenn immer wieder darauf hingewiesen wird, daß die Verteilerküche ein Provisorium für zehn Jahre darstellt, sieht sich der Landesrechnungshof ungeachtet dessen zu folgenden Anmerkungen veranlaßt:

Im Zuge von Besichtigungen der Verteilerküche am 6. Februar und 17. März 1998 war festzustellen, daß von zwei Fließbändern zum Portionieren von Speisen nur ein Band betrieben wird. Seit Mitte März 1997 (Betriebsübergabe), d. h. von Anfang an, steht das zweite Band nicht in Betrieb. Die Nichtinbetriebnahme des zweiten Bandes wurde damit erklärt, daß es an entsprechendem Personal mangle. Wegen des nicht zur Verfügung stehenden Personals könnten bereits einige Stationen nicht nach dem Tablettsystem mit Essen versorgt werden.

Zufolge dieses Sachverhaltes stellt der Landesrechnungshof fest, daß die **innerbetriebliche Organisation für diesen Fall nicht effizient funktioniert.**

Ein weiteres Beispiel für mangelndes Funktionieren der Organisation ergibt sich aus der Vorgehensweise bei der **Anschaffung von Speisenverteilwagen.**

Mit Auftrag vom 3. Februar 1997 wurden von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. 48 Stück Speisenverteilwagen im Gesamtwert von S 4,608.960,-- (ohne MWSt.) zur Lieferung vergeben. Abgerufen wurde der Lieferauftrag in drei Teillieferungen mit gleichbleibend hohem Auftragswert. Mitte Februar wurde eine Abschlagszahlung in Höhe von S 1,536.320,--, abzüglich 3 % Skonto, für die erste Teillieferung geleistet, Anfang März für die zweite und Anfang Juli für die dritte.

Für 46 der bis Ende Juni 1997 ausgelieferten 48 Speisenverteilwagen bestand zumindest bis Ende März 1998 (Ende der Landesrechnungshofprüfung) keine Verwendung. Auch konnte dem Landesrechnungshof kein definitiver Zeitpunkt für den vollzähligen Einsatz der Speisenverteilwagen genannt werden. Die Speisenverteilwagen stehen teils im Wagenraum der Verteilerküche, teils we-

gen Platzmangels in der Verteilerküche am Gang des neu errichteten, jedoch noch nicht adaptierten Versorgungstunnels für das LKH 2000 funktionslos in Warteposition.

Zu bemängeln ist die verfrühte Anschaffung der Verteilerwagen, weil dadurch Kapital für einen kaufmännisch nicht vertretbar langen Zeitraum gebunden wurde bzw. wird.

Die betriebstechnische Ausführung des Waschplatzes zur Reinigung von Speisenverteilwagen bietet nicht die Möglichkeit, die Speisenverteilwagen, wie im Projekt vorgesehen, abzuspritzen. Stattdessen wurden zur Zeit der Besichtigung die Speisenverteilwagen händisch gereinigt. Diese Form der Reinigung erfordert nach dem Dafürhalten des Landesrechnungshofes einen erhöhten Personaleinsatz.

Selbst unter dem Gesichtspunkt, daß die Verteilerküche ein Provisorium darstellt, muß der Landesrechnungshof in Ansehung der Grundsätze der Sparsamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bemängeln, daß

- ◆ das zweite Verteilerband in der Verteilerküche seit über einem Jahr nicht betrieben wird
- ◆ Speisenverteilwagen angeschafft wurden, für die seit etwas mehr als einem Jahr bzw. ab letzter Teillieferung seit etwas mehr als neun Monaten keine Verwendung besteht
- ◆ der Waschplatz in der Verteilerküche nicht projektgemäß genützt werden kann.

XI. ZUSAMMENFASSUNG

Der Landesrechnungshof hat eine Prüfung der **klinik- bzw. abteilungsübergreifenden patientenbezogenen Organisation im Landeskrankenhaus Graz** durchgeführt.

Vorweg wird festgestellt, daß seit 1992 im Rahmen der Umsetzung der Ziel- und Gesamtplanung für das LKH-Universitätsklinikum Graz (LKH 2000) eine äußerst intensive Bautätigkeit gegeben ist. Das bedeutet, daß dadurch unmittelbar auch zusätzliche Belastungen für das Personal und für die zu versorgenden Patienten gegeben sind. Auch muß darauf hingewiesen werden, daß insbesondere der stationäre Patient sich generell in einer gewissen Ausnahmesituation befindet, da die Krankheit bzw. deren (erfolgreiche) Behandlung in der subjektiven Einschätzung derart dominierend ist (bzw. sein wird), daß eine objektive Beurteilung der Qualität der Gesamtversorgung nur bedingt möglich sein wird.

„Positive“ bzw. „negative“ Anmerkungen im Prüfbericht wären daher zumindest teilweise auch unter diesen Gesichtspunkten zu sehen.

Qualitätssicherung als gesetzliche Vorgabe

Gesetzliche Regelungen, die unter anderem der Sicherstellung der Patienten-anforderungen dienen und zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung bzw. Betreuung von Patienten beitragen sollen, sind in § 5 b der Novelle zum **Bundeskrankenanstaltengesetz (KAG) vom 26. November 1993**, BGBl. Nr. 801, enthalten.

Binnen eines Jahres nach Inkrafttreten der Novelle zum KAG hätten die Länder entsprechende Ausführungsgesetze zu erlassen gehabt. Partiiell wurden die Inhalte der Novelle zum KAG durch die steirische Landesgesetzgebung auch ausgeführt. Hinsichtlich der Ausführung des § 5 b der KAG-Novelle, der die Grundsätze für die Qualitätssicherung festlegt, ist der Landesgesetzgeber nach wie vor in Verzug.

Die bundesgesetzliche Regelung schreibt die Einsetzung einer Kommission für Qualitätssicherung in den bettenführenden Krankenanstalten vor. Vorauseilend hat die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. bei Erstellung einer Anstaltsordnung im Jahr 1997, also ohne gesetzlich dazu verpflichtet zu sein, eine Kommission für Qualitätssicherung in der Anstaltsordnung vorgesehen.

Der Landesrechnungshof hat zusätzlich auf die Säumigkeit des Landesgesetzgebers bei Ausführung des § 7 Abs. 2 KAG hingewiesen. Diese Regelung legt fest, daß die Leitung des ärztlichen Dienstes in Krankenanstalten, deren Größe dies erfordert, **hauptberuflich** auszuüben ist.

Landesgesetzlich wurde diese Bestimmung des § 7 Abs. 2 leg. cit. bis Abschluß der Landesrechnungshofprüfung nicht ausgeführt; daher steht auch nicht fest, welche Krankenanstalten einen hauptberuflichen ärztlichen Leiter einstellen müssen.

Ohne daß eine gesetzliche Verpflichtung bestanden hat, hat die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. am 1. Februar 1996 im Landesnervenkrankenhaus Graz einen ärztlichen Leiter hauptberuflich angestellt.

Wäre die Leiterstelle nebenberuflich und unter den damaligen Entgeltbedingungen weitervergeben worden, hätte sich die Steiermärkische Krankenanstalt

engesellschaft m.b.H. bis Ende April 1998 rund 2,1 Mio. S an Entgeltleistungen ersparen können.

Vergleichsweise übt der Bereichsdirektor der medizinischen Direktion in der Zentralklinik der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. diese Funktion **nebenberuflich** aus. Auch der ärztliche Leiter des LKH-Universitätsklinikum Graz ist im Jahr 1993 nur **nebenberuflich** angestellt worden.

Unter Bedachtnahme auf die mit diesen Funktionen in Verbindung stehenden Aufgaben- und Verantwortungsbereiche und der Relation zu jenen des ärztlichen Leiters des Landesnervenkrankenhauses Graz kann der Landesrechnungshof die Vorgangsweise der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. nicht nachvollziehen.

Leitfaden zur Patientenaufklärung

Der Leitfaden zur Patientenaufklärung wurde als Projekt des Qualitätssicherungsbeirates entwickelt.

Hiezu sieht sich der Landesrechnungshof zu folgenden Bemerkungen veranlaßt:

- ◆ Der Leitfaden als Leitlinie für alle Landeskrankenhäuser stellt keine verbindliche Arbeitsgrundlage für Mitarbeiter dar.
- ◆ Der Leitfaden schreibt demnach nicht zwingend die Einführung eines Aufklärungsbogens vor.
- ◆ Der Leitfaden verpflichtet auch nicht zur Führung einer Aufklärungsdokumentation.

- ◆ Der Leitfaden **empfiehlt** nur den Abschluß eines Behandlungsvertrages, obwohl ausgeführt wird, daß ein Abschluß **unerlässlich** ist.
- ◆ Der Leitfaden ist kein Regelwerk, das für die Ablauforganisation Neueinführungen vorschreibt.
- ◆ Der Leitfaden ist eine Empfehlung bzw. Anleitung mit Beispielen für Arbeitsprozesse, wobei den Adressaten mehr oder weniger überlassen wird, ob den Empfehlungen und Anleitungen in ihren Abteilungen nachgekommen wird.
- ◆ Der Leitfaden hätte mit der hauseigenen EDV in einer repräsentativen Ausführung erstellt werden können. Es bestand keine Notwendigkeit, eine Agentur bzw. Consultingfirma damit zu beauftragen.
- ◆ Der Leitfaden ist trotz Durchführung von Korrekturen, die zusätzliche Druckkosten in Höhe von S 10.000,-- verursacht haben, immer noch fehlerhaft geblieben.

Um weitestgehend einheitliche Vorgehensweisen zu erreichen und aus Gründen der Durchsetzbarkeit sollten von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. statt des Leitfadens **Richtlinien bzw. Dienstweisungen** herausgegeben werden. (Siehe Details Bericht Seite 7 ff.)

Patientenaufnahme in die Anstaltspflege

Im LKH-Universitätsklinikum Graz besteht eine Aufnahmeregelung sowohl für den chirurgischen wie auch für den internistischen Bereich. Mit dieser Regelung wird auf jene Patientengruppe abgestellt, die wegen akuter Gesundheitsstörungen das Krankenhaus aufsucht bzw. durch die Rettung eingeliefert wird.

Die Aufnahmeregelung sieht wie folgt aus:

	Chirurgie	Interne
Montag	2. Chir. Abteilung	4. Med. Abteilung
Dienstag	2. Chir. Abteilung	Med. Univ.-Klinik
Mittwoch	Univ.-Kl. f. Chirurgie	2. Med. Abteilung
Donnerstag	2. Chir. Abteilung	Med. Univ.-Klinik
Freitag	Univ.-Kl. f. Chirurgie	2. Med. Abteilung
Samstag	Univ.-Kl. f. Chirurgie	Med.-Univ. Klinik
Sonntag	Univ. Kl. f. Chirurgie	alternierend

Zweck dieser Regelung ist es, die notwendigen personellen Ressourcen nicht auf allen chirurgischen bzw. internistischen Abteilungen und Kliniken bereitstellen zu müssen.

Im chirurgischen und internistischen Bereich werden die nicht vorhersehbaren Aufnahmen durch die dargestellte Aufnahmeregelung auf die einzelnen Kliniken und Abteilungen verteilt. In den übrigen medizinischen Fachbereichen (Gynäkologie, Dermatologie,) werden nicht geplante Patientenaufnahmen an allen Tagen der Woche durchgeführt.

Durch die Pavillonbauweise des LKH-Universitätsklinikum Graz ergeben sich damit jedoch zwangsläufig interne Transportwege. Der bei Notfallpatienten oh-

nehin bestehende Zeitdruck wird durch mehrmalige Transporte und allfällige Wartezeiten noch verstärkt.

Auch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. hat dieses Problem erkannt und gemeinsam mit dem Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung der Firma VAMED Engineering den Auftrag erteilt, einen „Modellvorschlag für die Zuständigkeit der Erstversorgung“ zu erarbeiten.

Die Firma VAMED Engineering erarbeitete auch einen Modellvorschlag für die *„Einrichtung einer räumlich zentralisierten Anlaufstelle für alle Spontanfälle der Fachrichtungen*

- *Innere Medizin*
- *Neurologie*
- *Chirurgie*
- *Unfallchirurgie*

sowie aller Fälle, deren fachliche Zuständigkeit noch nicht geklärt ist“.

Alle anderen Kliniken sollten weiterhin die Spontanfälle, deren Zuordnung in ihren eigenen Bereich fällt, innerhalb der eigenen Klinik versorgen. Daneben sollte für die Abklärung unklarer Fälle in der zentralen Einrichtung von den dort nicht ständig vertretenen Fachrichtungen ein Konsiliardienst vorgesehen werden.

Für die Umsetzung wurden im Stufenplan vorgesehen:

- **„Kurzfristig umsetzbare Maßnahmen:**

[innerhalb eines Jahres]

Dazu gehören:

Zentrale Anlaufstelle für Spontanpatienten mit internistischer oder neurologischer Verdachtdiagnose. Der Vorteil dabei liegt in der klaren örtlichen Zuständigkeit, die in der Nähe von weiteren Diagnoseeinrichtungen (Radiologie, Labor) liegen sollte.

Die Umsetzung könnte gleichzeitig mit den Umbaumaßnahmen des 'Medizinischen Blocks' ablaufen, da in diesem Zusammenhang ohnehin bauliche Veränderungen erfolgen die auch räumliche und organisatorische Änderungen bedingen.

- **Mittelfristig umsetzbare Maßnahmen**
- **Langfristig umsetzbare Maßnahmen“**

(Im Detail siehe Seite 19 f.)

Im Antrag an den Vorstand anlässlich der Sitzung am **27. November 1995** betreffend „Projekt Erstuntersuchung, Beobachtung, Aufnahme - Antrag auf Investitionsentscheidung“ wird als Realisierungszeitpunkt angegeben:

„Die EBA soll mit Oktober/November 1996 den Betrieb aufnehmen“

Zu den Zielsetzungen des Projektes EBA (Erstuntersuchung, Beobachtung, Aufnahme) nimmt die Anstaltsleitung des LKH-Universitätsklinikum Graz wie folgt Stellung:

„Der Patient sollte die derzeit zur Verfügung stehende optimalste medizinische Betreuung erfahren.“

Es wurde vom LKH-Universitätsklinikum Graz eine Fülle von Gründen für die Errichtung einer zentralen Notfallaufnahme für unklare Patienten angegeben. Auch wurde dem Projekt offensichtlich vorrangige Bedeutung zugemessen, da

Ende November 1995 bereits von einer Inbetriebnahme der „EBA“ mit Oktober/November 1996 gesprochen wurde (im Detail siehe Seite 21 ff).

Wurde ursprünglich eine Inbetriebnahme mit Oktober/November 1996 geplant, so ist im derzeitigen Stand der Planung die Inbetriebnahme der EBA mit 31. Dezember 1999 festgelegt.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß die Projektverfolgung zur Errichtung einer zentralen Notfallaufnahme - die nach Angaben der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. sowohl die medizinische als auch die pflegerische Betreuung von Spontanpatienten wesentlich verbessern würde - vor allem gemessen an den eigenen strategischen Aussagen, nicht mit dem erforderlichen Nachdruck betrieben wurde.

Der nunmehrige Anlauf wurde offensichtlich weniger zur Verbesserung der Allgemeinsituation gesetzt, sondern vielmehr deshalb, da die sich auftuende Lücke im Bereich der Aufnahme bei Baubeginn des Zubaues II geschlossen werden muß.

Ambulanzbetrieb

Das LKH-Universitätsklinikum Graz hat für alle Fachrichtungen Ambulanzen eingerichtet.

Zu unterscheiden sind dabei die sogenannten „allgemeinen Ambulanzen“ und die „Spezialambulanzen“.

Die Patienten werden - vor allem in den allgemeinen Ambulanzen - üblicherweise in der Reihenfolge ihrer Anmeldung untersucht bzw. behandelt. Aus-

nahmen davon bilden Notfälle sowie liegend transportierte Patienten, die bevorzugt behandelt werden. Derart können sich für andere Patienten auch längere Wartezeiten ergeben.

Der Landesrechnungshof hat den Ablauf bezüglich der Patientenversorgung in einigen Ambulanzen stichprobenartig beobachtet. Dabei wurde festgestellt, daß die Vorgangsweise **im wesentlichen positiv zu beurteilen ist**. Das Personal an den Annahmeschaltern der einzelnen Ambulanzen ist - auch in Zeiten vermehrten Patientenandrangs - höflich und hilfsbereit.

Konsiliarbetreuung

Liegt ein Patient in einer bestimmten Klinik und benötigt die fachärztliche Abklärung einer anderen Klinik, so wird diese im Rahmen der Konsiliarbetreuung erbracht.

Die Konsiliarbetreuung kann auf dreierlei Weise erbracht werden:

1. Konsiliarbetreuung im Operationssaal
2. Konsiliarbetreuung in der Ambulanz
3. Konsiliarbetreuung am Krankenbett.

Dazu hat der Landesrechnungshof die Organisation und Abwicklung der Konsiliartätigkeit an 15 verschiedenen Kliniken bzw. Abteilungen des LKH-Universitätsklinikum Graz hinterfragt. Dabei ergaben sich recht unterschiedliche Vorgangsweisen sowohl im Bereich der Anforderung, der Durchführung, als auch im Bereich der Dokumentation eines Konsiliarbesuches.

Wie lange der Zeitraum von der Anforderung des Konsiliarbesuches bis zur tatsächlichen Erbringung desselben ist, läßt sich anhand der geführten Aufzeichnungen nur in Ausnahmefällen feststellen.

Der Landesrechnungshof regt an, eine **einheitliche Vorgangsweise** für den Ablauf und die Dokumentation zu erarbeiten.

Krankengeschichten

Der Landesrechnungshof hat stichprobenmäßig die Rahmenbedingungen bei der Führung von Krankengeschichten in der Univ.-Klinik für Chirurgie, Univ.-Klinik für Unfallchirurgie, der HNO-Univ.-Klinik, der Univ.-Klinik für Dermatologie und Venerologie sowie der II. Medizinischen Abteilung unter den Gesichtspunkten

- Einhaltung gesetzlicher Vorschriften
- Formulareinsatz und Führungsmethoden
- Ablage- bzw. Archivierungsverfahren
- Ausstellung von Arztbriefen
- Archivierung der Krankengeschichten aus Standortsicht und aus der Sicht der Zugriffsmöglichkeiten
- Befundübermittlung intern
- Gebührenentrichtung bei Anforderung von Krankengeschichtenkopien

geprüft.

Hinsichtlich der **Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften** konnte der Landesrechnungshof feststellen, daß grundsätzlich in den Krankengeschichten die gesetzlich vorgeschriebenen Angaben bzw. Aufzeichnungen zur Anamnese, zum Status praesens und zum Decursus morbi enthalten waren.

Bezüglich des **Formulareinsatzes** ergab die Prüfung, daß keine einheitlichen Formulare in Verwendung stehen. Uneinheitlich wird auch bei der **Führung von Krankengeschichten** vorgegangen. (Siehe Details Berichtsseite 36 ff.)

Nach Meinung des Landesrechnungshofes sollten die diesbezüglichen Verfahrensabläufe auf einen möglichst einheitlichen Stand gebracht werden. Empfohlen wird daher die **Herausgabe einer Richtlinie**.

Sowohl die **Ablage** als auch die **Archivierung von Krankengeschichten** vollzieht sich in den geprüften Universitätskliniken und der Abteilung **nicht nach einheitlichen Kriterien**. Zum methodischen Vorgehen bei der Ablage und Archivierung von Krankengeschichten stellt der Landesrechnungshof fest, daß die derzeit angewandte Methode in Ansehung der technischen aber auch gesetzlich erlaubten Möglichkeiten **als unzeitgemäß** angesehen werden muß.

Dieses Problem hat die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. auch bereits im Jahr **1991** erkannt. Einzelne Aktivitäten, wie Beauftragung einer Planung bis hin zur Ausarbeitung eines Musters für die Durchführung einer Ausschreibung und interne Zusammenkünfte in einer Arbeitsgruppe, haben bis Herbst 1996 stattgefunden und endeten damit.

Laut Mitteilung der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. vom **19. Jänner 1998** soll das Thema der Archivierung in der zweiten Jahreshälfte 1998 Gegenstand eines EDV-Projektes bilden.

Das bedeutet, daß es **trotz mehrjähriger Befassung** mit diesem Thema zu keiner Entscheidung gekommen ist.

Im Zusammenhang mit der **Lagerung von Krankengeschichten** hat sich der Landesrechnungshof insbesondere mit der Situation der Zentralarchive ausein-

andergesetzt. Hinsichtlich der Standorte der Zentralarchive besteht grundsätzliche Kritik wegen ihrer ungünstigen Lage. Das Zentralarchiv „Kamperlager“ (Stiftingtal) ist ca. 5 km vom LKH-Universitätsklinikum Graz, das Zentralarchiv „LNKH“ im Gelände des Landesnervenkrankenhauses Graz ca. 10 km entfernt.

Weitere Kritik besteht hinsichtlich der **unkontrollierten Zugriffsmöglichkeiten** zu Krankengeschichten im sogenannten „Kamperlager“ und der speziell dadurch, aber auch generell bestehenden Problematik bei der Beobachtung datenschutzrechtlicher Vorschriften. (Siehe detaillierte Ausführungen Bericht Seite 53 ff.)

Bei **Anforderung von Krankengeschichtskopien** verrechnet die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. den **Patienten der Sonderklasse** eine Grundgebühr von **S 200,--**, den **Patienten der Allgemeinen Klasse S 300,--**. Diese Differenzierung hält der Landesrechnungshof für nicht gerechtfertigt, da jeweils nur der tatsächliche Aufwand der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. weiterverrechnet werden dürfte. (Details siehe Bericht Seite 63 f.)

Patiententransport

Patienten, die sich stationär im LKH-Universitätsklinikum Graz befinden, werden entweder durch den anstaltseigenen Zentralen Patiententransport (ZPT) oder durch ein unter Vertrag mit der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. stehendes konzessioniertes Krankentransportunternehmen zu den Untersuchungs- bzw. Behandlungsstellen gebracht.

Jene Patienten, die von einem Krankentransportunternehmen von außerhalb in das LKH-Universitätsklinikum Graz gebracht werden, werden von diesem Kran

krankentransportunternehmen auch innerhalb des LKH-Universitätsklinikum Graz zu den entsprechenden Untersuchungs- bzw. Ambulanzstellen befördert.

- **Der Zentrale Patiententransport (ZPT)**

Im Dienstpostenplan werden **91,80** Dienstposten ausgewiesen, die mit Stichtag 13. Oktober 1997 laut EDV-Ausdruck mit **91,00** Posten besetzt sind.

Eine Aufstellung der Leistungen des ZPT konnte dem Landesrechnungshof nicht zur Verfügung gestellt werden, da laut Aussage des Leiters des ZPT diesbezüglich keine Aufzeichnungen geführt werden.

Der Arbeitskreis „Qualitätsverbesserung und ökonomische Effizienzsteigerung des Zentralen-Patienten-Transports (ZPT) im LKH-Universitätsklinikum Graz“ geht im Jahre 1996 von „*etwa 250.000 Transporten jährlich*“ aus.

- **Transporte durch konzessionierte Krankentransportunternehmen**

Derzeit sind drei Unternehmen im LKH-Universitätsklinikum Graz vertraglich mit dem Transport von stationären Patienten betraut: Es sind dies das Rote Kreuz, die Fa. Kern und die Fa. Zirnstern & Fruhwirth.

Die Firmen Kern und Zirnstern & Fruhwirth stellen je einen Krankentransportwagen für den Transport bereit, das Rote Kreuz hat laut Vertrag sieben Wagen in der Zeit von 05:00 bis 15:00 Uhr in der Krankenanstalt stationiert. Bei einem darüber hinausgehenden Bedarf wird ein weiterer Wagen durch den ZPT (Funkzentrale) von der Rot-Kreuz-Zentrale angefordert.

Die Anzahl der Patiententransporte, die auf diese Weise durchgeführt werden, stieg seit 1988 beinahe jedes Jahr an und hat 1996 bereits den rund doppelten Umfang des Jahres 1988 erreicht.

Jahr	Anz. Transporte	1988 = 100
1988	24.963	100,0
1989	28.423	113,9
1990	32.020	128,3
1991	36.328	145,5
1992	43.836	175,6
1993	46.476	186,2
1994	46.213	185,1
1995	46.326	185,6
1996	49.231	197,2

Durch diese stark angestiegene Anzahl an Patiententransporten kommt es trotz der insgesamt neun Krankentransportwagen speziell am Vormittag, wenn die Ambulanzen und Untersuchungsstellen in Betrieb sind, immer wieder zu Engpässen, wobei diese Situation durch die umfangreiche Bautätigkeit im Anstaltsgelände verschärft wird.

Nach Beobachtungen des Landesrechnungshofes werden derzeit Wartezeiten bis zum Rücktransport eines Patienten nach einer Untersuchung im Ausmaß von bis zu 50 Minuten erreicht.

Ein Arbeitskreis „Qualitätsverbesserung und ökonomische Effizienzsteigerung des Zentralen-Patienten-Transportes (ZPT) im LKH-Universitätsklinikum-Graz“ wurde 1994 mit folgenden Zielen installiert:

- Verkürzung der Wartezeit von der Transportanforderung bis zur Übernahme des Patienten
- Verbesserung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit
- Verbesserung der ökonomischen Effizienz

Zur Lösung des Problems wurde ab August 1994 ein Kategorisierungssystem für den Patiententransport nach Dringlichkeitsstufen erstellt.

Demnach bedeutet:

A *Patient mit lebensbedrohlichen Zustandsbildern, welche sofortige diagnostische oder therapeutische Eingriffe erfordern.*

B *Patienten, an denen dringliche diagnostische oder therapeutische Maßnahmen notwendig werden, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.*

C *„Einschubpatienten“ mit entsprechender organisatorischer oder medizinischer Notwendigkeit.*

D *Routinepatienten.*

Als Ergebnis wurde von der Arbeitsgruppe eine deutliche Reduktion der „Patienten-Transport-Wartezeiten“ festgestellt.

In Minuten betrug die durchschnittliche Wartezeit

1994	(Ist-Analyse)	75
1995	(1. Evaluierung nach dem Probelauf)	20
1996	(2. Evaluierung nach der Standardisierung)	16

Der Landesrechnungshof beobachtete die Wartezeiten in sechs Fällen, wobei folgende Werte in Minuten gemessen wurden: 50; 40; 37; 34; 9; 8. Daraus errechnet sich ein Mittelwert von 30 Minuten, der allerdings zur Zeit des meisten Betriebes, am Vormittag, ermittelt wurde.

Eine weitere Verkürzung der Wartezeiten wird vom Leiter des ZPT durch Anschaffung von Funkgeräten erwartet, welche es ermöglichen sollen, die Mitarbeiter effizienter zu dirigieren.

Speisenversorgung

Das LKH-Universitätsklinikum Graz hat eine Patientenbefragung über die Zufriedenheit der Patienten mit der Speisenversorgung initiiert. Wegen der gegebenen Zeitnähe der Befragungsaktion zur gegenständlichen Prüfung hat sich der Landesrechnungshof auf die diesbezüglichen Auswertungsergebnisse gestützt. Der Wert 5 wurde bei der Auswertung als Höchstpunktwert angenommen. Die **Normalkost** erreichte einen durchschnittlichen Wert von 4,32, das Diät-Essen einen Durchschnittswert von 4,03. Insgesamt ergibt sich eine recht positive Beurteilung. (Näheres siehe Bericht Seite 79 ff.)

Hinsichtlich der **Verteilerküche** als Betriebsteil der Zentralküche des LKH-Universitätsklinikum Graz mußte der Landesrechnungshof feststellen, daß

- ◆ knapp mehr als ein Jahr nach Ausbau der Verteilerküche das **zweite Verteilerband noch nicht betrieben wird**,
- ◆ **Speisenverteilwagen** angeschafft wurden, für die seit etwas mehr als einem Jahr bzw. seit etwas mehr als neun Monaten ab letzter Teillieferung **keine Verwendung** besteht,
- ◆ **der Waschplatz** in der Verteilerküche **nicht projektgemäß genutzt** werden kann.

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 16. Juni 1998 abgehaltenen **Schlußbesprechung** eingehend dargelegt.

An der Schlußbesprechung haben teilgenommen:

von der Steiermärkischen
Krankenanstaltenges.m.b.H.: Prim. Univ.-Prof. Dr. Karl HARNONCOURT
Bereichsdirektor
Dr. Willibald PATETER
Stellvertr. Betriebsdirektor des LKH Graz
Mag. Birgit FAHRNBERGER
Mag. Isabella RIESNER

von der Rechtsabteilung 12: Oberregierungsrat Dr. Robert BLASCHKA

vom Büro des Herrn
Landesrates Dörflinger: Dr. Rosemarie BUCHEGGER

vom Landesrechnungshof: Hofrat Dr. Günther GROLLITSCH
Landesrechnungshofdirektor
Hofrat Dr. Karl BEKERLE
Oberregierungsrat Dr. Kuno DICKBAUER
Wirtschaftsrat Mag. Georg GRÜNWALD

Graz, am 19. Juni 1998

Der Landesrechnungshofdirektor:



(Dr. Grollitsch)