

**STEIERMÄRKISCHER LANDTAG**  
**LANDESRECHNUNGSHOF**



**BERICHT**

**GZ: LRH 22 LK 1 - 1998/3**

**betreffend die stichprobenweise Überprüfung  
der Leistungsverrechnungen und Kalkulationen  
gemäß den Bestimmungen  
des KAG 1957 bzw. KALG 1957  
sowie der Einhaltung  
der Bestimmungen des Bundesgesetzes  
über die Dokumentation  
im Gesundheitswesen 1996**

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>I. Prüfungsauftrag .....</b>	<b>1</b>
<b>II. Einhaltung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen 1996 .....</b>	<b>2</b>
1. Gesetzliche Grundlagen .....	2
2. Umsetzung durch die KAGES .....	4
2.1. Weiterverrechnung von Kosten .....	4
2.2. Einhaltung der Bestimmungen über Kostenstellenbeschreibungen und Kostenstellennachweise .....	14
<b>III. Leistungsverrechnungen und Kalkulationen gemäß den Bestimmungen des KALG 1957 i.d.g.F. ....</b>	<b>20</b>
1. Versicherte .....	20
2. Nichtversicherte .....	22
<b>IV. Prüfung der im Anhang A der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr. 98/1996) über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten ausgewiesenen Leistungen .....</b>	<b>30</b>
1. Nachkalkulation bestehender Tarife .....	31
2. Kalkulation neuer Tarife .....	36
<b>V. Prüfung der im Anhang B der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr. 98/1996) über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten ausgewiesenen ambulatorischen Strahlenleistungen .....</b>	<b>41</b>
1. Grundsätzliches .....	42
2. Strahlentherapie .....	46
3. Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen .....	52
4. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen .....	53
5. Dosisberechnung und Grunduntersuchung .....	54
6. Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen .....	55
<b>VI. Zusammenfassung .....</b>	<b>60</b>

## BEILAGENVERZEICHNIS

- Beilage 1** Muster einer Kostenstellenbeschreibung
- Beilage 2** Muster eines Kostennachweises
- Beilage 3** Handbuch über die Dokumentation von Kostendaten in Fonds-  
krankenanstalten
- Beilage 4** Dienstanweisung für die Bereichsverwaltungen aus dem „Organi-  
sationshandbuch für die Verwaltungsdirektion des LKH-Univer-  
sitätsklinikum Graz
- Beilage 5** Schreiben der Finanzdirektion der KAGES an die Verwaltungsdirektion des LKH-Universitätsklinikum Graz vom 7. Juli 1997 betreffend Kostenberechnungen
- Beilage 6** Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten, LGBl. Nr. 98/1996

## I. Prüfungsauftrag

Der Landesrechnungshof hat eine stichprobenweise Überprüfung der Leistungsverrechnungen und Kalkulationen gemäß den Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes (KAG) 1957 bzw. Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes (KALG) 1957 sowie der Einhaltung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen 1996 durchgeführt.

Mit der Prüfung war die Gruppe 4 des Landesrechnungshofes beauftragt.

## **II. Einhaltung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen 1996**

### **1. Gesetzliche Grundlagen**

- a) **„Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen“ (BGBl. Nr. 745/1996, mit 1. Jänner 1997 in Kraft getreten):**

Gemäß § 7 Abs. 3 ist als Grundlage für die Erfassung und Meldung der Statistik- und Kostendaten ein bundeseinheitliches Statistik- und Kostenrechnungssystem anzuwenden.

- b) **„Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend die Dokumentation von Kostendaten in Krankenanstalten, deren Träger auf der Grundlage der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 finanziert werden (Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten)“ (BGBl. Nr. 784/1996).**

Diese Verordnung trat mit 1. Jänner 1997 in Kraft und löste die seit 1. Jänner 1978 geltende **„Verordnung des Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz vom 10. Mai 1977 betreffend die Anwendung eines bundeseinheitlichen Buchführungssystems, das eine Kostenermittlung und eine Kostenstellenrechnung in den Krankenanstalten ermöglicht (Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung - KRV)“ (BGBl. Nr. 328/1977)** ab.

- c) Die „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ (BGBl. Nr. 784/1996) schreibt in § 35 vor, daß das **„Handbuch über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten“** inklusive der dazugehörigen Anhänge 1 bis 8 bundeseinheitlich anzuwenden ist.

## 2. Umsetzung durch die KAGES

### 2.1. Weiterverrechnung von Kosten

Der Landesrechnungshof hat stichprobenweise geprüft, ob die gesetzlichen Vorgaben durch die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGES) eingehalten werden. Betrachtet wurden dabei neben dem LKH-Universitätsklinikum Graz das LKH Fürstenfeld und das LKH Bad Aussee.

Dabei richtete sich die Prüfung nach der Einteilung der Kosten gemäß § 4 Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten:

- „(1) *Primäre Kosten sind einfache ursprüngliche Kosten, die von außen in den Wirtschaftsbereich Krankenanstalt eingehen.*
- (2) *Sekundäre Kosten sind aus primären Kosten abgeleitete zusammengesetzte gemischte Kosten (innerbetriebliche Leistungen): sie sind Gegenstand der Verrechnung zwischen den einzelnen Kostenstellen.*
- (3) *Primäre und sekundäre Kosten sind abrechnungstechnisch*
- a) *direkte Kosten, wenn sie den Kostenstellen verursachungsgemäß unmittelbar zugerechnet werden, oder*
  - b) *indirekte Kosten, wenn sie den Kostenstellen mit Hilfe von Schlüsselwerten zugerechnet werden.“*

#### a) **Primäre Kosten**

Die primären Kosten sind den einzelnen Kostenstellen verursachungsgemäß unmittelbar zuzurechnen (direkte Kosten). Die Zurechnung über Schlüsselwerte hat lediglich in Einzelfällen, wenn die direkte Zurechnung wirtschaftlich nicht vertretbar ist, zu erfolgen.

Gemäß § 6 Abs. 1 der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten bestehen die primären Kostenartengruppen aus:

- a) *Personalkosten*
- b) *Kosten für medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter*
- c) *Kosten für nichtmedizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter*
- d) *Kosten für medizinische Fremdleistungen*
- e) *Kosten für nichtmedizinische Fremdleistungen*
- f) *Energiekosten*
- g) *Abgaben, Beiträge, Gebühren und sonstige Kosten und*
- h) *kalkulatorische Zusatzkosten (kalkulatorische Abschreibungen, kalkulatorische Zinsen).*

Bei seiner Überprüfung mußte der Landesrechnungshof feststellen, daß es bei der Kostenartengruppe „Kosten für medizinische Fremdleistungen“ zu Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben kommt.

Während von Dritten erbrachte medizinische Fremdleistungen in Rechnung gestellt und den verursachenden Kostenstellen zugerechnet werden, unterbleibt eine derartige Kostenzurechnung, wenn die medizinische Fremdleistung von einem anderen Haus der KAGES erbracht wird.

Es handelt sich dabei um nachstehende Fremdleistungen:

- Laboruntersuchungen
- Therapien und Diagnostik
- Autopsien und
- sonstige medizinische Leistungen.



**Nicht weiter verrechnet** werden demnach z. B. Leistungen wie:

- Magnetresonanzuntersuchungen (MR)
- Computertomographieuntersuchungen (CT)
- Ultrafast-CT-Untersuchungen
- Stoßwellenlithotripsiebehandlungen von Nieren- oder Blasensteinen bzw. von Gallensteinen (ESWL)  
aber auch
- Dialysebehandlungen.

Diese beispielhaft angeführten Leistungen sind im derzeit geltenden Selbstzahlertarif (Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten, LGBl.Nr. 98/1996) - welcher nach den gesetzlichen Vorgaben den verursachten Selbstkosten zu entsprechen hat - festgelegt.

Grundsätzlich bestehen die Ambulanzgebühren gemäß § 37a Abs. 1 KALG aus einer „Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und einer allfälligen Arztgebühr“.

Gemäß § 37b Abs. 2 ist die Arztgebühr noch um den Anstaltsanteil - der durch Verordnung der Landesregierung unter Bedachtnahme auf die Art und die Ausstattung einer Krankenanstalt bzw. Abteilung sowie auf den mit ihrem Betrieb verbundenen Aufwand zu bestimmen ist - zu vermindern.

Der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit wegen führt der Landesrechnungshof in der Folge die in der Verordnung LGBl. Nr. 98/1996 verlautbarten Tarife an:

Untersuchung nach dem Magnetresonanzverfahren pro Untersuchung und Region

Anstaltsgebühr	S 5.818.--	Arztgebühr	S 504.--
----------------	------------	------------	----------

CT-Untersuchung pro Untersuchung und Körperregion

Anstaltsgebühr	S 3.270.--	Arztgebühr	S 484.--
----------------	------------	------------	----------

Ultrafast-CT-Untersuchungen

Anstaltsgebühr	S 7.534.--	Arztgebühr	S 745.--
----------------	------------	------------	----------

Stoßwellenlithotripsie pro Nieren- oder Blasensteinbehandlung

Anstaltsgebühr	S 37.248.--	Arztgebühr	S 6.912.--
----------------	-------------	------------	------------

Stoßwellenlithotripsie pro Gallensteinbehandlung

Anstaltsgebühr	S 39.730.--	Arztgebühr	S 6.912.--
----------------	-------------	------------	------------

Hämofiltration

Anstaltsgebühr	S 6.468.--	Arztgebühr	S 640.--
----------------	------------	------------	----------

Hämodiafiltration

Anstaltsgebühr	S 5.820.--	Arztgebühr	S 575.--
----------------	------------	------------	----------

Es handelt sich dabei durchwegs um spezielle medizinische Leistungen, die naturgemäß nur in größeren Krankenanstalten angeboten werden. Durch das Nichtverrechnen der Kosten derartiger medizinischer Leistungen auf die Kostenstellen der anfordernden Krankenhäuser aus dem KAGES-Bereich werden vor allem das LKH-Universitätsklinikum Graz, das LKH Bruck und das LKH Leoben in der Kostenstellenrechnung **unrichtig** dargestellt. Es verbleiben solcherart Kosten für Leistungen an Patienten anderer Landerkrankeanstalten auf den Kostenstellen des leistungserbringenden Hauses.

Eine wesentliche Funktion der Kosten- und Leistungsrechnung ist es, Daten für eine interne Steuerung bereitzustellen. Es sollte damit auch ermöglicht werden, sowohl Effizienz als auch Effektivität der einzelnen Leistungsstellen zu beurteilen.

Mit unrichtiger Zuordnung bzw. unterlassener Weiterverrechnung von Kosten wird den Anstaltsleitungen entweder ein Entscheidungsinstrument genommen oder es werden Entscheidungen aufgrund von falschen Daten getroffen.

Auch die Gegenüberstellung von Aufwand und Ertrag ist nicht mehr aussagekräftig, da bei den anfordernden Häusern dem Ertrag (z. B. LKF-Punkte) nicht mehr der gesamte Aufwand gegenübersteht und andererseits bei den leistungserbringenden Häusern Kosten für Patienten anderer Häuser ausgewiesen werden, jedoch keine Erträge dafür aufzeichnen.

Der Landesrechnungshof weist darauf hin, daß die gesetzlichen Grundlagen für die Kostenstellenrechnung bereits mit der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung, BGBl. Nr. 328/1977, in Kraft seit 1. Jänner 1978, erlassen wurden und muß diesbezüglich feststellen, daß die KAGES dem seit **1. Jänner 1978** in Kraft stehenden Gesetzesauftrag nicht in vollem Umfang nachkommt.

## b) **Sekundäre Kosten**

Dies ist der Bereich der eigentlichen **innerbetrieblichen Leistungsverrechnung**. Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung hat grundsätzlich nach dem Verbrauch an innerbetrieblichen Leistungen (direkte Kosten) zu erfolgen. Ist die Feststellung des tatsächlichen Verbrauchs im einzel-

nen nicht möglich oder wirtschaftlich vertretbar, dann ist die innerbetriebliche Leistungsverrechnung mit Hilfe von Schlüsselwerten vorzunehmen (indirekte Kosten).

Das „Handbuch über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten“ bestimmt allgemein, daß für die Umlage der Hilfskostenstellen solche Schlüssel zu verwenden sind, die eine **genaue innerbetriebliche Weiterverrechnung der Kosten gewährleisten**. Für bestimmte, taxativ aufgezählte Hilfskostenstellen wird der zu verwendende Schlüssel jedoch exakt vorgegeben.

Die Überprüfung der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung in den einzelnen betrachteten Krankenhäusern ergab folgendes Bild:

### **LKH Fürstenfeld**

Die Aufteilung der **indirekten Kosten** - also die Zuordnung nach Schlüsselwerten - erfolgt in diesem Haus - mit zwei Ausnahmen - nach den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen.

Die eine **Ausnahme betrifft die Kosten für den Betriebsärztlichen Dienst**. Laut Handbuch wird die Anzahl der Beschäftigten als Schlüssel vorgegeben. Tatsächlich wird jedoch die Aufteilung der Kosten gemeinsam mit den Hauskosten nach „m<sup>2</sup>“ vorgenommen. Von der Anstaltsleitung wurde dem Landesrechnungshof erklärt, daß eine Änderung im Sinne der verbindlichen Verrechnungsvorschriften vorgenommen werden wird.

Die zweite Ausnahme betrifft die **Kosten für Konsiliarärzte**. Während die Kosten für von außerhalb des Hauses kommende Konsiliarärzte rich-

tigerweise direkt den anfordernden Kostenstellen angelastet werden, werden die Kosten für Ärzte des eigenen Hauses, die Leistungen für eine andere Kostenstelle erbringen, **nicht weiterverrechnet**. So wurden im Jahre 1997 188 chirurgische Konsilien für die Medizinische Abteilung und 87 medizinische Konsilien für die Chirurgie durchgeführt. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen wären diese innerbetrieblich zwischen den einzelnen Kostenstellen erbrachten medizinischen Leistungen jeweils den anfordernden Stellen weiterzuerrechnen. Durch die Nichtverrechnung wird die Aussagekraft der Kostenstellenrechnung beeinträchtigt.

Positiv anzumerken ist, daß zum Zeitpunkt der Überprüfung gerade Schlüsselwerte für einzelne Kostenarten (Heizung, Reinigung) wegen durchgeführter Umbauarbeiten neu erhoben wurden.

Weiters wurde dem Landesrechnungshof mitgeteilt, daß die Aufteilung der Laborkosten in Zukunft nicht mehr nach der erbrachten Anzahl, sondern nach den verursachten Kosten mittels Äquivalenzzahlenrechnung durchgeführt werden wird. Ein entsprechendes Modell zur genaueren Kostenzuordnung ist derzeit in Ausarbeitung.

### **LKH Bad Aussee**

Auch in diesem Haus wird keine Verrechnung der konsiliarärztlichen Tätigkeit hauseigener Ärzte auf die einzelnen Kostenstellen vorgenommen. Über die Anzahl konnten keine Angaben gemacht werden, da die konsiliarärztliche Tätigkeit lediglich in den betreffenden Krankengeschichten erfaßt und nicht getrennt aufgezeichnet wird.

Die Stromkosten werden nach einem Schlüssel verteilt, der im Jahre 1978 mittels der vom Elektroversorgungsunternehmen leihweise zur Verfügung gestellten Subzähler ermittelt wurde. Der Landesrechnungshof hat angeregt, diesen Schlüssel an die mittlerweile erfolgten räumlichen und technischen Änderungen anzupassen.

Die Verrechnung der Kosten für den **Betriebsärztlichen Dienst** erfolgt auch in diesem Haus **nicht** nach den gesetzlichen Bestimmungen. Anstelle die Anzahl der Beschäftigten je Kostenstelle als Schlüssel zu verwenden, werden hier die Kosten nach Kostenstellenzugehörigkeit der diesen Dienst in Anspruch nehmenden Personen zugerechnet.

### **LKH-Universitätsklinikum Graz**

Die innerbetriebliche Leistungsverrechnung im Bereich des LKH-Universitätsklinikum Graz wurde vom Landesrechnungshof unter Berücksichtigung sowohl der Größe als auch der mannigfaltigen interdisziplinären Verflechtungen der einzelnen Kostenstellen (insgesamt gibt es rund 670 Kostenstellen im LKH-Universitätsklinikum Graz) untereinander sowie der seit Jahren umfangreichen Bautätigkeit mit den damit verbundenen oftmaligen Änderungen einzelner Schlüsselwerte stichprobenweise geprüft.

Die in den gesetzlichen Bestimmungen - aus wirtschaftlichen Erwägungen - offengelassene Möglichkeit der Zurechnung von Kosten mittels Schlüsselwerten wird in einem großen Haus mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Kostenstellen öfter zur Anwendung kommen müssen als in einer kleinen Krankenanstalt. In vielen Fällen wird der zusätzliche Aufwand einer exakten Erfassung von Leistungen und Kosten für eine direk-

te Zuordnung in keinem sinnvollen Verhältnis zur damit erzielten Genauigkeit stehen.

Voraussetzung für eine Kostenstellenrechnung ist jedoch, daß „kostenstellenfremde“ Kosten überhaupt weiterverrechnet werden und die Aufteilung von Kosten über plausible, die Realität abbildende Schlüsselwerte erfolgt.

Bei seiner Überprüfung mußte der Landesrechnungshof feststellen, daß auch in diesem Haus die Kosten für die **konsiliarärztliche Tätigkeit** hauseigener Ärzte **nicht** über die **innerbetriebliche Leistungsverrechnung aufgeteilt** werden.

Die Anzahl derartiger Visiten ist von Kostenstelle zu Kostenstelle sehr verschieden. So wird diese Anzahl vom Leiter der 4. Medizinischen Abteilung mit rund einmal pro Monat angegeben, während von der Universitätsaugenklinik für das Jahr 1996 gezählte 1.945 Visiten gemeldet werden. Von den meisten leistungserbringenden Stellen konnten **lediglich Schätzungen** angegeben werden, da keine separaten Aufzeichnungen geführt werden.

Der Landesrechnungshof regt an, die Kosten dieser Leistungen auf allen Stellen zu erfassen und mittels innerbetrieblicher Leistungsverrechnung den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend verursachungsgemäß zuzurechnen, um eine einseitige Belastung einzelner Kostenstellen zu vermeiden.

Ein weiteres Problem ergibt sich bei der Verrechnung von jenen Kosten, die entstehen, wenn ein Patient, der stationär aufgenommen ist, Leistungen einer Ambulanz in Anspruch nimmt.

Eine direkte Verrechnung der Kosten erfolgt in diesem Fall nur dann, wenn es sich um einen Sonderklassepatienten handelt und derart ein zusätzliches Honorar lukriert werden kann.

Die Aufteilung der Kosten für stationäre Patienten, die keine Sonderklassepatienten sind und Leistungen einer Ambulanz in Anspruch nehmen, erfolgt über Schlüsselwerte.

Diese Schlüsselwerte wurden nach Angaben der Mitarbeiter der Finanzabteilung des LKH-Universitätsklinikum Graz im **Jahre 1987** mittels Strichlisten in einem etwa 14-tägigen Zeitraum erhoben. Eine Adaption dieser Schlüssel wurde im **Jahre 1990** versucht, wobei durch den enormen Datenaufwand, der händisch zu sichten war, lediglich mit einem einmonatigen Zeitaufwand eine Erhebung der Medizinischen Universitätsklinik vorgenommen wurde. **Diese Schlüsselwerte werden seither unverändert verwendet.**

**Dies bedeutet jedoch, daß sowohl zusätzliche Leistungen, die in der Zwischenzeit erbracht werden, ebensowenig berücksichtigt werden wie Leistungen, die mittlerweile nicht mehr erbracht werden. Ebenso nicht berücksichtigt ist in diesem Schlüssel jene Anzahl von Ambulanzen, die seit 1987 neu geschaffen wurden.**

Da die derzeit verwendeten Schlüsselwerte somit in keinem Bezug mehr zu den tatsächlichen Gegebenheiten stehen, sind diese umgehend zu aktualisieren, um sowohl den Vorgaben der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten zu entsprechen als auch fundierte und vergleichbare Kostenstellenrechnungsergebnisse als Entscheidungsinstrument für die Anstaltsleitung zur Verfügung zu haben.



Im „Bericht der Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H. über Maßnahmen aufgrund von Berichten des Landesrechnungshofes und der internen Revision“ aus dem Jahr 1994 führt der Vorstand der KAGES wörtlich aus:

*„Nichts destotrotz hat die Geschäftsführung das Jahr 1994 als Schwerpunktjahr der Ambulanzen erklärt und alle Häuser und Ambulanzkostenstellenverantwortlichen bei der Befassung mit und Steuerung der Einnahmen und Kosten eingebunden.“*

Dazu merkt der Landesrechnungshof an, daß es sich offensichtlich nur um eine Absichtserklärung des Vorstandes gehandelt hat, da im Rahmen der gegenständlichen Prüfung konkrete Maßnahmen nicht erkennbar waren. Diesbezüglich wird im besonderen auch auf die Ausführungen der Kapitel III bis V verwiesen.

## **2.2. Einhaltung der Bestimmungen über Kostenstellenbeschreibungen und Kostenstellennachweise**

### **a) Kostenstellenbeschreibung**

Die Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten legt in § 10 fest:

*„Die Kostenstellen der einzelnen Krankenanstalten sind zu beschreiben. Die Kostenstellenbeschreibung hat mindestens zu enthalten:*

- a) die Kostenstellenbezeichnung und den Funktionscode,*
- b) die Kostenstellenummer für die Betriebsbuchführung,*
- c) den Namen eines Verantwortlichen für die Kostenstelle und seines Stellvertreters,*

- d) das Überstellungsverhältnis (Angabe der übergeordneten Stelle) und das Unterstellungsverhältnis (Angabe der untergeordneten Stelle(n)),*
- e) die Aufzählung der Räume (Baulichkeiten), die zur Kostenstelle gehören,*
- f) die Aufgaben der Funktionen der Kostenstelle und der zur Erfüllung dieser Funktion vorhandenen Spezialeinrichtungen und*
- g) die Angabe jener Funktionen, die über den gewöhnlichen Rahmen der Kostenstelle hinausgehen.*

*Ein Muster einer Kostenstellenbeschreibung ist in Anhang 5 des Handbuches dargestellt.“*

Das Muster einer Kostenstellenbeschreibung (siehe Beilage 1) fordert **zusätzlich die Unterschrift sowohl des Kostenstellenverantwortlichen als auch des Vertreters der Krankenhausverwaltung.** Dies ist insofern einsichtig, da der Kostenstellenverantwortliche damit seine Aufgabe und Verantwortung nachweislich zur Kenntnis nimmt.

## **b) Kostennachweis je Kostenstelle**

Der Kostennachweis (siehe Beilage 2) hat gemäß § 32 Abs. 1 der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten die in einer Kostenstelle innerhalb eines Kalenderjahres angefallenen Kosten nach Kostenartengruppen und Kostenarten zu enthalten.

Man kann diesen Nachweis je Kostenstelle auch als Kostenstellenrechnungsergebnis bezeichnen, da er in der letzten Zeile die Endkosten der Kostenstelle (nach den durchzuführenden Leistungsverrechnungen) ausweist.

Nach den Bestimmungen des Handbuches über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten (siehe Beilage 3) ist der Kosten-

nachweis dem Kostenstellenverantwortlichen nachweislich zur Kenntnis zu bringen.

**Die Überprüfung dieser beiden Bestimmungen durch den Landesrechnungshof brachte folgendes Ergebnis:**

### **LKH Fürstenfeld**

Bei den Kostenstellenbeschreibungen fehlten in einigen Fällen die Unterschriften der Kostenstellenverantwortlichen. Diese wurden im Laufe der Prüfung eingeholt und dem Landesrechnungshof vorgelegt.

Die Kostennachweise waren in allen Fällen von den Kostenstellenverantwortlichen abgezeichnet.

### **LKH Bad Aussee**

Die dem Landesrechnungshof vorgelegten Kostenstellenbeschreibungen stammten aus dem Jahr 1978 (!) und waren jeweils ohne jegliche Unterschrift. Der Landesrechnungshof hat in diesem Zusammenhang auf die gesetzlichen Bestimmungen verwiesen und wurde ihm von der Anstaltsleitung zugesichert, daß ehestmöglich der erforderliche Stand hergestellt werden wird.

Die Kostennachweise waren in allen Fällen von den Kostenstellenverantwortlichen abgezeichnet.

## LKH-Universitätsklinikum Graz

Die vom Landesrechnungshof eingesehenen Kostenstellenbeschreibungen stammten aus unterschiedlichen Zeiten, wobei die Mitarbeiter der Kostenrechnung der Finanzabteilung des LKH-Universitätsklinikum Graz bemüht sind, diese auf dem aktuellen Stand zu halten - dennoch fehlte bei einigen Formularen die Unterschrift des Kostenstellenverantwortlichen.

Für die in der Kostenrechnung damit befaßten Mitarbeiter ergibt sich zum einen ein Problem dabei, daß sie nicht immer von der Änderung in der Person des Kostenstellenverantwortlichen benachrichtigt werden, zum anderen, daß zur Unterschriftsleistung an einzelne Kostenstellenverantwortliche zugesendete Formulare nicht retourniert werden.

Der Landesrechnungshof regt in diesem Zusammenhang an, die Aufgabenaufteilung nach den eigenen innerbetrieblichen Anweisungen wahrzunehmen.

Das „Organisationshandbuch für die Verwaltungsdirektion des LKH-Universitätsklinikum Graz“ (siehe Beilage 4) enthält die Dienstanweisung für die Bereichsverwaltungen. Hier wird unter den Aufgaben der Bereichsverwaltungen auch „die Sorge um die Kostenstellenbeschreibungen“ genannt.

Da die Bereichsverwaltungen in wesentlich engerem Kontakt mit den einzelnen Kliniken und somit auch den Kostenstellen und deren Verantwortlichen stehen, kann unter der „Sorge um die Kostenstellenbeschreibungen“ nach Meinung des Landesrechnungshofes wohl auch das Einholen der erforderlichen Unterschriften verstanden werden.

Die **Kostennachweise** der einzelnen Kostenstellen werden den jeweiligen Kostenstellenverantwortlichen **nicht** nachweislich zur Kenntnis gebracht. Es wer-

den nach Auskunft der Mitarbeiter der Finanzbuchhaltung nicht einmal alle Kostennachweise ausgedruckt.

Kostennachweise werden jeweils nur in aggregierter Form, wie z. B. für eine gesamte Klinik, ausgedruckt und lediglich bei Bedarf - etwa im Falle von Unklarheiten oder bei getrennter Anforderung - für einzelne Kostenstellen ausgedruckt. Begründet wird diese Vorgangsweise mit der hohen Zahl von rund 670 Kostenstellen.

Der Landesrechnungshof weist mit Nachdruck darauf hin, daß diese Vorgangsweise **nicht** den gesetzlichen Vorgaben entspricht.

**Zusammenfassend** stellt der Landesrechnungshof fest, daß sich die KAGES in weiten Bereichen weder an die gesetzlichen Vorgaben der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten hält bzw. zuvor an die Vorgaben der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung gehalten hat.

So ist im Bereich der indirekten Kosten auf Grund ungeeigneter oder veralteter Schlüsselwerte die verursachungsgemäße Zurechnung von Kosten in etlichen Fällen **nicht** gegeben.

Große Defizite stellte der Landesrechnungshof sowohl im Bereich der zwischenbetrieblichen als auch im Bereich der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung fest. In beiden Bereichen gibt es praktisch **keine Weiterverrechnung der Kosten für medizinische Fremdleistungen**, wie sie in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen gefordert wird.

Desweiteren mußte der Landesrechnungshof feststellen, daß die Anpassung der Kostenstellenbeschreibungen an die tatsächlichen Gegebenheiten nicht

immer ohne Verzögerungen erfolgt, wobei im LKH Bad Aussee seit Übernahme der Geschäfte durch die KAGES keine einzige Anpassung erfolgt ist.

Die Anstaltsleitung des LKH-Universitätsklinikum Graz verabsäumt es, die Kostennachweise je Kostenstelle den jeweiligen Kostenstellenverantwortlichen - wie gefordert - nachweislich zur Kenntnis zu bringen.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß diese Information - nämlich die Kostenstruktur und die Endkosten betreffend - die Identifikation der Kostenstellenverantwortlichen mit ihrer Kostenstelle verstärken könnte.

### **III. Leistungsverrechnungen und Kalkulationen gemäß den Bestimmungen des KALG 1957 i.d.g.F.**

#### **1. Versicherte**

##### **a) Stationärer Bereich - Gesetzliche Grundlagen**

Im stationären Bereich wurde - bis zur Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung - das Ausmaß der von den Trägern der Sozialversicherung an die Rechtsträger der Krankenanstalten zu entrichtenden Pflegegebühren durch privatrechtliche Verträge geregelt, wobei die Pflegegebühren vom Rechtsträger kostendeckend zu ermitteln waren.

Seit 1. Jänner 1978 konnten die für die Sozialversicherungsträger geltenden Pflegegebührenersätze nur im prozentuellen Ausmaß der Erhöhung der Beitragseinnahmen aller Krankenversicherungsträger vom Vorjahr auf das laufende Jahr erhöht werden. (BGBl. Nr. 456/1978)

Mit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung wurde das Honorierungssystem von einer aufenthaltsbezogenen auf eine leistungsbezogene Basis umgestellt.

Gemäß § 28 Abs. 1 KAG i. d. g. F. sind vom Rechtsträger der Krankenanstalt der Schillingwert je LKF-Punkt, die Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren für die Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu kalkulieren.

Die LKF-Gebühren ermitteln sich als Produkt der für den einzelnen Pflegling angefallenen LKF-Punkte mit dem von der Landesregierung festgelegten Schillingwert je LKF-Punkt.

## b) **Ambulanter Bereich - Gesetzliche Grundlagen**

Vor Einführung des LKF-Systems waren die Ambulanzgebühren von Personen, die in den Schutz einer sozialen Krankenversicherung einbezogen waren, durch privatrechtliche Verträge (§ 47 KALG) zu regeln. Diesen Verträgen gingen Verhandlungen voraus, deren Grundvoraussetzung aufseiten der Krankenanstalten die Kalkulationen der jeweils zu verhandelnden Leistungen waren.

Mit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (1. Jänner 1997) erfolgt die Honorierung der Ambulanzleistungen mittels eines relativ starren Pauschalhonorierungssystems. Da die Einnahmen in diesem System relativ starr vorgegeben sind, bleibt dem Krankenanstaltenträger für die Beeinflussung lediglich die Kostenseite. Dies bedingt jedoch ebenfalls eine fundierte Kalkulationsgrundlage, um die Kosten einzelner Leistungen zu kennen.



## 2. Nichtversicherte

### a) Stationärer Bereich - Gesetzliche Grundlagen

Im stationären Bereich ist zwischen „Nichtversicherten“ (österreichische Staatsbürger) und „fremden Staatsangehörigen“ zu unterscheiden:

**Österreichische Staatsbürger** haben, wenn sie nicht im Schutz einer sozialen Krankenversicherung stehen, gemäß § 35 Abs. 1 KALG in der allgemeinen Gebührenklasse die Pflegegebühren zu entrichten. Da diese gemäß § 38 Abs. 1 kostendeckend zu ermitteln sind, hat der Rechtsträger die entsprechenden Berechnungen (Kalkulationen) durchzuführen.

Für die Aufnahme **fremder Staatsbürger** in den stationären Bereich findet sich die Regelung in § 39 KALG:

- „(1) Die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf den Fall der Unabweisbarkeit beschränkt. Diese Bestimmungen gelten nur insofern, als von Österreich geschlossene Abkommen über die soziale Sicherheit nichts anderes bestimmen.
- (2) Bei Aufnahme fremder Staatsangehöriger sind statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge **die tatsächlichen Behandlungskosten zu bezahlen**; die gilt jedoch nicht für
1. Fälle der Unabweisbarkeit, sofern sie im Inland eingetreten sind,
  2. Flüchtlinge im Sinne des Bundesgesetzes über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge,
  3. Personen, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Kran-

- kenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und*
4. *Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.“*

Der § 39 KALG wurde mit der 11. KALG-Novelle vom 9. Mai 1989, LGBl. Nr. 38/1989, in Kraft getreten mit 1. Juni 1989, völlig neu gefaßt. In den Erläuterungen zum Gesetzestext wird ausgeführt:

*„Es ist wiederholt der Fall, daß Ausländer nur deshalb nach Österreich kommen, um sich hier komplizierten medizinischen Behandlungen zu unterziehen. Ihrer Natur nach handelt es sich dabei regelmäßig um Behandlungen der medizinischen Spitzenversorgung, die daher mit entsprechend hohen Kosten verbunden sind. Seitens dieser ausländischen Patienten besteht durchaus Bereitschaft, dem jeweiligen Träger der Krankenanstalt sämtliche Behandlungskosten zu ersetzen. Demgegenüber ist dem Anstaltsträger nach der geltenden Rechtslage jedoch verwehrt, Beträge, die über die Pflege- und allfällige Sondergebühren hinausgehen, in Rechnung zu stellen. Pflege- und Sondergebühren sind durch die Landesregierung kostendeckend zu ermitteln, doch liegt dieser Berechnung der Durchschnitt aller in der jeweiligen Krankenanstalt anfallenden Behandlungen zugrunde, so daß die Kosten der hier in Rede stehenden medizinischen Spitzenleistungen weit über den durchschnittlichen kostendeckenden Gebühren liegen. Durch die Neufassung des § 39 KALG soll nun dem einzelnen Krankenanstaltenträger die Möglichkeit eröffnet werden, bei der Behandlung von Ausländern, die zur Vornahme medizinischer Eingriffe nach Österreich kommen, die daraus erwachsenden **tatsächlichen Kosten** in Rechnung zu stellen.“*

Es gibt somit für diese Fälle keinen allgemeinen Tarif, sondern sind im Einzelfall jeweils die erbrachten Leistungen zu berechnen.

Die Überprüfung der Krankenanstalten bezüglich der Einhaltung der Bestimmungen des § 39 KALG ergab im einzelnen:

## **LKH Fürstenfeld**

Von der Anstaltsleitung dieser Krankenanstalt wurde erklärt, daß noch kein Patient im Sinne des § 39 KALG behandelt worden ist. Im Anlaßfall würde im Sinne des Schreibens der Finanzdirektion der KAGES vom 31. August 1990 vorgegangen werden.

In diesem Schreiben, das an alle Verwaltungsdirektionen der Landeskrankenanstalten (ausgenommen Graz, Leoben und Stolzalpe) ergangen ist, wird mitgeteilt, daß für den Fall, daß in einer Krankenanstalt *„Fremdpatienten im Sinne des § 39 aufgenommen werden sollen, im konkreten Einzelfall mit der Finanzdirektion Kontakt aufzunehmen ist, um die Kalkulation einvernehmlich gestalten zu können.“*

## **LKH Bad Aussee**

Von den Mitarbeitern dieser Krankenanstalt wurde erklärt, daß bei den Selbstzahlern lediglich dahingehend unterschieden werde, ob diese in der allgemeinen Klasse oder in der Sonderklasse aufgenommen wurden. Es würden jeweils die amtlichen Pflegegebühren verrechnet, wobei bei den Sonderklassepatienten noch die zusätzlichen Leistungen hinzukommen würden. Die Bestimmungen des § 39 KALG waren nicht bekannt.

## **LKH-Universitätsklinikum Graz**

Fremdpatienten nach § 39 KALG werden nach den gesetzlichen Bestimmungen abgerechnet. Auch werden die voraussichtlichen Behandlungskosten errechnet und zur Sicherstellung vorgeschrieben.

Eine telefonische Umfrage bei einigen weiteren Krankenanstalten brachte nachstehende Ergebnisse:

### **LKH Leoben**

In dieser Krankenanstalt wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vorgegangen.

### **LKH Bruck a.d. Mur**

In dieser Krankenanstalt wird gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vorgegangen.

### **LKH Mürzzuschlag**

Laut Auskunft der Anstaltsleitung wurde noch kein § 39-KALG-Patient behandelt.

### **LKH Feldbach**

Laut Auskunft der Anstaltsleitung werden in allen Fällen lediglich die amtlichen Pflegegebühren verrechnet.

### **LKH Rottenmann**

Laut Auskunft der Verrechnungsstelle werden in dieser Krankenanstalt lediglich die amtlichen Pflegegebühren verrechnet.

Der Landesrechnungshof ist der Ansicht, daß diese unterschiedliche Handhabung der Abrechnung der Behandlungskosten nach § 39 KALG Anlaß für die KAGES sein sollte, die mit diesen Tätigkeiten betrauten Mitarbeiter der einzelnen Krankenanstalten einer Schulung zu unterziehen, um eine einheitliche, den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Vorgangsweise sicherzustellen.

## b) **Ambulanter Bereich - Gesetzliche Grundlagen**

Im ambulanten Bereich definiert § 37a Abs. 1 KALG als Ambulanzgebühren *„die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung oder Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr.“*

Somit sind die Ambulanztarife für alle nicht in den Schutz einer sozialen Krankenversicherung einbezogenen Personen derart zu kalkulieren, daß die Kosten der Untersuchung oder Behandlung abgedeckt werden. Dies bedeutet, daß der jeweilige Ambulanztarif kostendeckend zu ermitteln ist.

Die Ambulanztarife für Selbstzahler werden jedoch nicht im Einzelfall je Patient berechnet, sondern sind für die tatsächlich jeweils erbrachten Leistungen zu kalkulieren. Die näheren Bestimmungen über die Ambulanzgebühren hat gemäß § 37a Abs. 2 die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen.

Mit der Schaffung der KAGES wurden die operativen Geschäfte an diese übertragen, sodaß es Aufgabe der KAGES ist, der Landesregierung die erforderlichen Grundlagen für die Festsetzung der Ambulanzgebühren

im Verordnungsweg in Form von nachvollziehbaren Kalkulationen und Leistungsdaten vorzulegen. Dazu hat die KAGES die Entwicklung in den einzelnen Leistungspositionen zu beobachten, um allfällige Kostenänderungen feststellen und diese dem Verordnungsgeber mitteilen zu können.

Die Information sowohl über Kostenänderungen als auch Änderungen in der Leistungspalette hat somit vom Rechtsträger der Krankenanstalten auszugehen.

Erst mit Inkrafttreten der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung können die neuen Tarife in Rechnung gestellt werden.

Sowohl auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen als auch im Hinblick auf die Erlössituation ist es erforderlich, diese Änderungen so rasch wie möglich bekanntzugeben.

Die Finanzdirektion der KAGES bestätigt in einem Schreiben an die Verwaltungsdirektion des LKH-Universitätsklinikum Graz vom 7. Juli 1997 (siehe Beilage 5) diese Notwendigkeit:

*„Gemäß § 38 Abs. 1 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes sind die Pflegegebühren und allfällige Sondergebühren für die Voranschläge und für die Rechnungsabschlüsse kostendeckend zu ermitteln.*

*Sollte durch außerordentliche Kostenentwicklungen, welche z.B. durch geänderte Methoden oder besondere Verteuerungen einzelner Kostenarten entstehen können, größere Abweichungen zu den bestehenden Tarifen absehbar sein oder begründet vermutet werden können, so sind diese Leistungen neu zu kalkulieren. Sofern sich bei der Neukalkulation eine mehr als geringfügige Abweichung zu den geltenden Tarifen ergibt, ist die Kalkulation, verbunden mit dem Antrag um Neufestsetzung der öffentlich rechtlichen Tarife, anher zu übermitteln.*

*Bei den in den Ambulanzgebühren für Selbstzahler, Anlage A, angeführten Tarifen über S 5.000.-- wäre mindestens jährlich eine Plausibilitätsprüfung im obigen Sinne durchzuführen.“*

Der Landesrechnungshof hält diese Anweisung der KAGES für richtig, wird jedoch im folgenden zeigen, daß sich die KAGES selbst nicht an ihre eigenen Anweisungen hält.

So werden der Rechtsabteilung 12

- Kostenänderungen verspätet mitgeteilt,
- neue Leistungen nicht oder verspätet gemeldet und
- allgemeine Kostenanpassungen für Leistungen vorgelegt, die seit vielen Jahren nicht mehr erbracht werden.

Die derzeit gültige Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (siehe Beilage 6) über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten, LGBl. Nr. 98/1996, gültig ab 1. Jänner 1997, (in der nächstfolgenden Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 5. Mai 1997, LGBl. Nr. 30/1997, gültig ab 29. Mai 1997, wurden lediglich Druckfehler der Verordnung LGBl. Nr. 98/1996 korrigiert) gliedert sich in allgemeine Bestimmungen, besondere Tarifbestimmungen und die Tarifanlagen.

Diese Tarifanlagen beinhalten:

**Anhang A:** Allgemeine ambulatorische Leistungen

**Anhang B:** Ambulatorische Strahlenleistungen

- A. Röntgendiagnostik
- B. Strahlentherapie
- C. Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen
- D. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen
- E. Dosisberechnung und Grunduntersuchung
- F. Therapie mit radioaktiven Stoffen

**Anhang C:** Ambulatorische Zahnleistungen

- A. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
- B. Prothetische Zahnbehandlung
- C. Zahnregulierung
- D. Paradontosebehandlung

**Anhang D:** Ambulatorische Leistungen bei Stoffwechselerkrankungen

Die Prüfung hat ergeben, daß sämtliche eingesehenen Kalkulationen von den Mitarbeitern der Finanzabteilung des LKH-Universitätsklinikum Graz - und nicht von der Finanzdirektion der KAGES - erstellt wurden.

Der Landesrechnungshof hat stichprobenhaft die Vorgangsweise der KAGES im Bereich der Anhänge A (Allgemeine ambulatorische Leistungen) und B (Ambulatorische Strahlenleistungen) überprüft und faßt die diesbezüglichen Prüfungsfeststellungen in den folgenden Kapiteln IV und V zusammen.



#### IV. Prüfung der im Anhang A der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr. 98/1996) über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten ausgewiesenen Leistungen

Der Anhang A der gegenständlichen Verordnung regelt die Tarife der „Allgemeinen ambulatorischen Leistungen“. Nach Vorlage der jeweiligen Grundlagen durch die KAGES an die Steiermärkische Landesregierung wurden die Selbstzahlertarife in den letzten Jahren wie folgt geändert:

Verordnung	gültig ab	Tarifänderungen	neue Tarife
LGBl.Nr.78/1993	01.08.1993	die 20 bestehenden Tarife unverändert	3 neue Leistungen
LGBl.Nr.91/1994	01.01.1995	bestehende Tarife geändert	27 neue Leistungen
LGBl.Nr.86/1995	01.12.1995	kein bestehender Tarif erhöht	12 neue Leistungen
LGBl.Nr.98/1996	01.01.1997	alle bestehenden Tarife geändert	23 neue Leistungen
LGBl.Nr.30/1997	29.05.1997	lediglich Splittung von Blutkonserventariifen u. Korrektur von Druckfehlern	

Die derzeit geltenden Tarife sind - bis auf die Splittung der Blutkonserventariife - seit 1. Jänner 1997 in Geltung und somit **mehr als zwei Jahre alt**.

Von der Finanzdirektion der KAGES wurden mit Schreiben vom **1. Dezember 1998** der Steiermärkischen Landesregierung die Grundlagen für die Änderung von 40 bestehenden und die Einführung von 17 neuen Leistungspositionen vorgelegt.

Der Landesrechnungshof hat eine stichprobenweise Prüfung dieser mit Schreiben vom 1. Dezember 1998 vorgelegten Grundlagen durchgeführt und ist zu folgenden Ergebnissen gekommen:

## 1. Nachkalkulation bestehender Tarife

Wie bereits ausgeführt, sind gemäß § 37a KALG 1957 die Ambulanzgebühren kostendeckend zu ermitteln.

Sowohl Preisänderungen im Personal- und Sachbereich, als auch neue technische Verfahren bzw. neue Gerätegenerationen haben Einfluß auf die Kostenstruktur der jeweiligen Leistung.

Der Landesrechnungshof hat bei seinen Betrachtungen besonderes Augenmerk auf den organisatorischen und zeitlichen Ablauf im Bereich der Selbstzahlertarife gelegt.

Unter anderem blieben bereits vorliegende Kalkulationen für folgende bestehende Leistungen unverständlicherweise monatelang in der Finanzdirektion der KAGES liegen, bevor ein entsprechender Antrag auf Festsetzung der neuen Tarife durch Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung gestellt wurde:

- **HELP-Therapie**

Die Kalkulation für diese Leistung wurde am **13. August 1997** vom LKH-Universitätsklinikum Graz der Finanzdirektion der KAGES übermittelt. Der „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ (neu S 23.481.--, alt S 34.419.--) erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Die Kalkulation lag somit unverständlicherweise über **15 Monate** in der Finanzdirektion der KAGES auf, bevor eine Neufestsetzung beantragt wurde.

- **HLA-Typisierung**

Die Kalkulationen für verschiedene neue Formen der HLA-Typisierung trafen am **29. September 1997** bei der Finanzdirektion der KAGES ein. Der „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Die Kalkulationen lagen somit mehr als **14 Monate** bei der Finanzdirektion der KAGES auf, bevor eine Neufestsetzung beantragt wurde.

- **Excimer-Laser-Behandlung**

Die Kalkulation für diese Leistung traf am **15. September 1997** bei der Finanzdirektion der KAGES ein. Der „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ (neu S 9.827.--; alt S 6.570.--) erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Die Kalkulation lag somit mehr als **14 Monate** bei der Finanzdirektion der KAGES auf, bevor eine Neufestsetzung beantragt wurde.

- **Blutgruppen- und Rhesusfaktorbestimmung incl. Blutabnahme**

Die Kalkulation für diesen Leistungsbereich traf am **14. Juli 1997** bei der Finanzdirektion der KAGES ein. Der „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Die Kalkulation lag somit mehr als **16 Monate** bei der Finanzdirektion der KAGES auf, bevor eine Neufestsetzung beantragt wurde.

- **Histologische Untersuchungen**

Die Kalkulationen für diese Untersuchungen trafen am **4. Juli 1997** bzw. **13. August 1997** bei der Finanzdirektion der KAGES ein. Der „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Die Kalkulationen lagen somit mehr als **15 Monate** bei der Finanzdirektion der KAGES auf, bevor eine Neufestsetzung beantragt wurde.

- **In-vitro-Fertilisierungsprogramm**

Die Kalkulationen für diese Leistungen der Sterilitätsambulanz trafen am **2. Dezember 1997** bei der Finanzdirektion der KAGES ein. Der „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Die Kalkulationen lagen somit rund **12 Monate** bei der Finanzdirektion der KAGES auf, bevor eine Neufestsetzung beantragt wurde.

Der Landesrechnungshof muß daher feststellen, daß die KAGES im Bereich der Anpassung bestehender Tarife an geänderte Selbstkosten äußerst säumig ist. Die gesetzlichen Bestimmungen des § 37a KALG schreiben die Ambulanztarife für Selbstzahler in Höhe der Selbstkosten vor.

Obwohl diese geänderten Selbstkosten der KAGES vorliegen, vergeht bei einer Reihe von Leistungen **mehr als ein Jahr**, bevor die KAGES eine Änderung der Tarife beantragt.

Überdies muß darauf hingewiesen werden, daß durch diese Säumigkeit Kalkulationen im Zeitpunkt der Übermittlung an die Rechtsabteilung 12 bereits überholt sind bzw. zumindest überholt sein können, was die KAGES offensichtlich in Kauf nimmt.

Im Hinblick auf das Schreiben der Finanzdirektion der KAGES an das LKH-Universitätsklinikum Graz vom 7. Juli 1997 ist diese Vorgangsweise umso unverständlicher, da in diesem Schreiben doch die Verwaltungsdirektion des LKH-Universitätsklinikum Graz angewiesen wird, **bereits auf vermutete Kostenänderungen zu reagieren**.

In dieser Zeit der Säumigkeit der KAGES wird bei jenen Tarifen, bei denen die tatsächlichen Selbstkosten gesunken sind, entgegen den gesetzlichen Bestimmungen ein zu hoher Betrag in Rechnung gestellt; im umgekehrten Fall - bei gestiegenen Selbstkosten - wird ein Verlust wissentlich in Kauf genommen.

Im Schreiben vom 1. Dezember 1998 an das Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Rechtsabteilung 12, betreffend die Valorisierung, Tarifierpassung und Einführung neuer Tarife für Selbstzahler, ersucht die KAGES, die neu errechneten Tarife „*mit Wirkung ab 1.1.1999 festzusetzen*“.

Obwohl Nachkalkulationen - wie vom Landesrechnungshof oben gezeigt wurde - **bis zu 15 Monate** und Kalkulationen von neuen Leistungen - wie nachstehend gezeigt wird - **bis zu 27 Monate** bei der KAGES aufliegen, wird nun - offensichtlich in Reaktion auf die gegenständliche Landesrechnungshofprüfung - die Steiermärkische Landesregierung um eine rasche Erledigung ersucht.

Von der Rechtsabteilung 12 mußten die Kalkulationen wegen teilweiser Nichtnachvollziehbarkeit an die KAGES retourniert werden.

Das bedeutet, daß die KAGES trotz „Bearbeitung“ mit einem Zeitausmaß von bis zu **27 Monaten** nicht in der Lage war, nachvollziehbare Kalkulationsgrundlagen bzw. Tarifbegründungen vorzulegen.

In diesem Zusammenhang wird auf die Stellungnahme der KAGES zum Bericht betreffend die „Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des LKH Graz“ (LRH 22 R 3 - 1993/11) vom 18. November 1994 hingewiesen:

*„Grundsätzlich sollte eine jährliche Nachkalkulation all jener Leistungen, für die bereits Tarife bestehen, vorgenommen werden, um sicherzustellen, daß diese Tarife für Selbstzahler.....immer kostendeckend sind, wobei die sich daraus ergebenden Änderungen entsprechende Beschlußfassungen durch die zuständigen Organe nach sich ziehen.“*

Dieser Aussage bzw. Absichtserklärung der KAGES ist vollinhaltlich beizupflichten. Unverständlich ist jedoch, warum sich die KAGES nicht daran hält und Einnahmenverluste in Millionenhöhe durch ihre Säumigkeit der rechtzeitigen Vorlage von neuen Kalkulationen wissentlich in Kauf nimmt bzw. in Kauf genommen hat.

## 2. Kalkulation neuer Tarife

Auch bei neuen Leistungen ist es auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen (§ 37a KALG), aber auch aus betriebswirtschaftlichen Erfordernissen notwendig, die rechnerischen Grundlagen rasch an die Steiermärkische Landesregierung zu übermitteln.

Besteht kein Tarif für eine bestimmte Leistung, so ist es der leistungserbringenden Stelle nur möglich, die Leistung „Sonstige ambulatorische Leistung an einem Tag“ mit einer Anstaltsgebühr von derzeit S 121.-- in Rechnung zu stellen. Mit diesem Tarif ist jedoch - besonders bei teuren Leistungen - keine Kostendeckung gegeben.

Nachstehende neue Leistungen wurden vom Landesrechnungshof überprüft:

- **Fachärztliche Befundung**

Die Kalkulation für diese Leistung traf am **5. November 1996** bei der KAGES-Finanzdirektion ein. Erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998** wurden der Steiermärkischen Landesregierung unter dem Titel „Neu zu beantragende AG-Selbstzahlertarife“ die Selbstkosten in Höhe von S 730.-- mitgeteilt.

Das Ergebnis der Berechnung lag somit **über 24 Monate** bei der KAGES-Finanzdirektion auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung um Festsetzung des Tarifes ersucht wurde.

- **ERCP-Untersuchung**

Die Kalkulation der endoskopischen retrograden Cholangiopankreatographie (ERCP) traf am **25. November 1996** bei der KAGES-Finanzdirektion ein. Erst im Schreiben vom **1. Dezember 1998** wurden der Steiermärkischen Landesregierung die Selbstkosten in Höhe von S 9.190.-- mitgeteilt.

Das Ergebnis der Berechnung lag somit **mehr als 24 Monate** bei der KAGES-Finanzdirektion auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung um Festsetzung des Tarifes ersucht wurde.

- **Endoskopische Eingriffe**

Die Kalkulation der endoskopischen Eingriffe traf am **27. August 1996** bei der KAGES-Finanzdirektion ein. Diese Kalkulation mußte, da sie bereits veraltet war, am 30. November 1998 neu erstellt werden und wurden der Steiermärkischen Landesregierung mit Schreiben vom **1. Dezember 1998** folgende Selbstkosten mitgeteilt: Magen S 921.--, Darm S 2.449.--, Gallengänge S 2.595.--.

Das Ergebnis der Berechnungen lag somit **mehr als 27 Monate** bei der KAGES-Finanzdirektion auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung um Festsetzung des Tarifes ersucht wurde.

- **Bestätigungen / Atteste**

Die Kalkulationen für diese Leistungen trafen am **2. Dezember 1997** bei der KAGES-Finanzdirektion ein. Im Schreiben vom **1. Dezember 1998** wurden



der Steiermärkischen Landesregierung die Selbstkosten wie folgt mitgeteilt: groß S 386.--, mittel S 222.--, klein S 67.--.

Das Ergebnis der Berechnungen lag somit **rund 12 Monate** bei der KAGES-Finanzdirektion auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung um Festsetzung des Tarifes ersucht wurde.

- **Neugeborenen Hörscreening**

Die Kalkulation für diese Leistung traf am **9. Mai 1997** bei der KAGES-Finanzdirektion ein. Die Mitteilung der KAGES an die Steiermärkische Landesregierung erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Das Ergebnis der Berechnungen lag somit **rund 19 Monate** bei der KAGES-Finanzdirektion auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung um Festsetzung des Tarifes ersucht wurde.

- **US-Papierbild**

Die Kalkulation der Kosten eines Ultraschallpapierbildes traf am **17. Juli 1997** bei der KAGES-Finanzdirektion ein. Die Mitteilung an die Steiermärkische Landesregierung erfolgte erst mit Schreiben vom **1. Dezember 1998**.

Das Ergebnis der Berechnung lag somit **mehr als 16 Monate** bei der KAGES-Finanzdirektion auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung um Festsetzung des Tarifes ersucht wurde.

Der Landesrechnungshof muß daher feststellen, daß auch im Bereich neuer Leistungen die KAGES äußerst säumig ist. Kalkulationen für neue Leistungen, die bereits erbracht werden, liegen zum Teil **mehr als zwei Jahre** bei der Finanzdirektion der KAGES auf, bevor die Übermittlung der rechnerischen Grundlagen die Steiermärkische Landesregierung in die Lage versetzt, die geänderten Selbstzahlertarife im Verordnungswege zu erlassen.

Bezüglich der Einnahmenverluste wird auszugsweise das Schreiben der KAGES vom 1. Dezember 1998 an die Rechtsabteilung 12 wiedergegeben:

*„Unter der Annahme, daß die beantragten Tarife im Landesgesetzblatt kundgemacht werden und von uns für einen Zeitraum von einem Jahr verrechnet werden können, würden die Erträge um rd. 3,3 Mio. steigen.“*

**Dieser Selbsteinschätzung der KAGES über die mögliche Steigerung ihrer Erträge in Höhe von rd. 3,3 Mio Schilling in nur einem Jahr ist eigentlich nur die Frage anzuschließen, warum die KAGES im Wissen der möglichen Steigerung der Einnahmen (Erträge) über Jahre derart säumig ist bzw. war.**

In diesem Zusammenhang wird nachdrücklichst darauf hingewiesen, daß der Landesrechnungshof bereits in folgenden Prüfberichten auf die Säumigkeit der KAGES im Bereich der Kalkulationen bzw. Tarifanpassungen hingewiesen hat:

- „Bericht betreffend die Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen“ vom 8. November 1993 (LRH 22 A 2-93/9)
- „Bericht betreffend die Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des Landeskrankenhauses Graz“ vom 8. August 1994 (LRH 22 R 3-1993/11)

- „Bericht betreffend die Prüfung des Departments für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie der Chirurgischen Univ.-Klinik am Landeskrankenhaus Graz“ vom 11. Mai 1995 (LRH 22 B 4-1994/16)
- „Bericht betreffend die stichprobenweise Prüfung von med.-techn. Geräteinvestitionen unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden Kosten- und Erlössituation“ vom 7. Juni 1996 (LRH 22 I 2-1995/10)

Unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse des gegenständlichen Berichtes muß der Landesrechnungshof feststellen, daß unverständlicherweise kein geändertes Verhalten der KAGES - trotz Vorankündigung - eingetreten ist.

Die KAGES nimmt nach wie vor durch ihre Säumigkeit Einnahmenverluste wesentlich in Kauf.

Diese Einnahmenverluste treffen dabei jedoch nicht nur die KAGES selbst. Einnahmenverluste in Höhe der jeweiligen Arztgebühren bzw. des Arzthonorares (nach Abzug des Anstaltsanteiles an der Arztgebühr) hat auch die betroffene Ärzteschaft hinzunehmen.

## **V. Prüfung der im Anhang B der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr. 98/1996) über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten ausgewiesenen ambulatorischen Strahlenleistungen**

Der Anhang B (ambulatorische Strahlenleistungen) der gegenständlichen Verordnung unterteilt sich in folgende Abschnitte:

- A. Röntgendiagnostik
- B. Strahlentherapie
- C. Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen
- D. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen
- E. Dosisberechnung und Grunduntersuchung
- F. Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen

Vom Landesrechnungshof wurden im Rahmen der gegenständlichen Prüfung die Bereiche Strahlentherapie, Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen, Diagnostik mit radioaktiven Stoffen, Dosisberechnung und Grunduntersuchung sowie die Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen stichprobenhaft geprüft.

## 1. Grundsätzliches

Bevor auf die einzelnen Bereiche eingegangen wird, muß darauf hingewiesen werden, daß der Landesrechnungshof sich bereits im Rahmen des „Berichtes betreffend die Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des LKH Graz“ (LRH 22 R 3-1993/11) mit diesem Themenkreis befaßt hat.

Im Rahmen der damaligen Prüfung wurde um Vorlage der Kalkulationsnachweise für folgende Bereiche ersucht:

- a) Röntgendiagnostik
- b) Röntgentherapie
- c) Röntgenspezialuntersuchungen
- d) Therapie mit umschlossenen Radioisotopen
- e) Isotopendiagnostik
- f) Lokalisation und Dosisberechnung
- g) Computertomographie
- h) Ultraschalluntersuchung in der Pädiatrie
- i) Magnetresonanzuntersuchungen

In Beantwortung dieses Ersuchens wurden von der KAGES am **2. März 1994** lediglich Kalkulationen für die **Computertomographie** und die **Magnetresonanzuntersuchungen** übermittelt und folgendes mitgeteilt:

*„Die weiteren angefragten Kalkulationsnachweise liegen nicht vor, da unsere Kalkulationskapazität zurzeit nur für die Kostenberechnung von neu einzuführenden Tarifen ausreicht und die bereits seit Wirkungsbeginn der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. bestehenden Tarife - bis auf wenige Ausnahmen - entsprechend der durchschnittlichen Kostensteigerung jährlich angehoben werden“.*

Dazu merkt der Landesrechnungshof an, daß die Aussage der KAGES, die Tarife würden „jährlich“ angehoben, nicht der Realität entspricht.

Seit Übernahme durch die KAGES wurden die Selbstzahlertarife für ambulato-  
rische Strahlenleistungen mit folgenden Zeitpunkten geändert:

31. Jänner 1986

1. Jänner 1987

1. Jänner 1988

1. Mai 1989

1. August 1990

1. August 1991

1. Jänner 1993

1. Jänner 1995

1. Jänner 1997

Die Zeitspannen, die zwischen den einzelnen Tarifänderungen liegen, stiegen von ursprünglich elf Monaten auf derzeit bereits über zwei Jahre an.

Zur Vorgangsweise der KAGES, Tarife für ambulante Selbstzahler durch **einen pauschalen Ansatz der Kostenentwicklung** anzupassen, wurde vom Landesrechnungshof bereits in seiner Replik zur „Stellungnahme der Steiermärkischen Krankenanstalten GesmbH zum Bericht betreffend die Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen“ vom 17. März 1994 folgendes ausgeführt:

*„1. Gemäß § 15 Abs. 1 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957, in der derzeit geltenden Fassung, unterliegen Krankenanstalten, die Beträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder Zweckzuschüsse des Bundes nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten erhalten, der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung. Gemäß § 15 Abs. 2 Z. 3 leg.cit. haben die Rechtsträger solcher Krankenanstalten unter anderem Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen. Den Voranschlägen sind Aufstellungen über die Ermittlung des*

*Gesamtaufwandes, der Pflegegebühren und **der Behandlungsgebühren (Ambulanzgebühren)** anzuschließen. Daraus ist ersichtlich, daß die KAGES verpflichtet ist, auch Aufstellungen über die Ermittlung der Ambulanzgebühren der Landesregierung vorzulegen. Die bisher zumindest nicht vollständige Erfüllung dieser Gesetzesbestimmung kann seitens des Landesrechnungshofes ..... nicht akzeptiert werden.....*

2. *Gemäß § 37a Abs. 1 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957, in der derzeit geltenden Fassung, sind Ambulanzgebühren die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr. Mit dieser Gesetzesbestimmung ist die jeweilige Obergrenze der Ambulanzgebühren festgelegt. Die näheren Bestimmungen über die Ambulanzgebühren hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Auch in diesem Fall ist **Grundvoraussetzung, daß entsprechende Kalkulationsunterlagen vorliegen.***

Die Valorisierung der ambulanten Selbstzahlertarife im Bereich der Strahlenleistungen durch einen pauschalen Ansatz steht auch im Widerspruch zur Aussage der KAGES in der Stellungnahme vom 18. November 1994 zum „Bericht betreffend die Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des LKH Graz (LRH 22 R 3-1993/11):

*„Generell ist bei der Kostenentwicklung durch den Landesrechnungshof zu bedenken, daß sich das ZRI-Leistungsvolumen und -spektrum, nicht zuletzt infolge der Zunahme neuer technischer Möglichkeiten, **insbesondere in der Diagnostik**, sowie den medizinischen Fortschritt im allgemeinen, derzeit in einem **rasanten Wandel** befindet.“*

Es ist nicht nachvollziehbar, wie die KAGES „Kostenwahrheit“ zu erreichen glaubt, wenn ein gesamter Bereich (Ambulatorische Strahlenleistungen) mit einem einheitlichen Prozentsatz verändert wird, wobei von der KAGES selbst hingewiesen wird, daß der „*rasante Wandel*“ besonders in einem Bereich - der Diagnostik - stattfindet.

Unklar ist auch, wie bei einer solchen Vorgangsweise, nämlich der generellen Änderung aller Tarife eines Bereiches,

- die „Zunahme neuer technischer Möglichkeiten“  
und
- die Änderung des Leistungsspektrums

berücksichtigt werden sollen.

Speziell bei der Änderung aller Tarife eines Bereiches - ohne die einzelnen Leistungen zu hinterfragen und zu kalkulieren - besteht die Gefahr, daß veraltete, nicht mehr erbrachte Leistungen im Leistungskatalog verbleiben, während neue Leistungen hier unberücksichtigt bleiben, was durch die gegenständlichen Prüfungsfeststellungen bestätigt wurde.

Desweiteren werden mit dieser Vorgangsweise auch Änderungen in den Kostenstrukturen, die sich aus der Anschaffung neuer Gerätegenerationen ergeben, nicht erfaßt.



## 2. Strahlentherapie

Im Bereich der Strahlentherapie werden in **12 Tarifgruppen 90 Leistungspositionen** der Röntgen- und Telecurietherapie sowie der Therapie mit Elektronenbeschleunigern geregelt.

Die Textierung der unter dem Titel „Strahlentherapie“ aufgelisteten Positionen der derzeit gültigen Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr. 98/1996, gültig ab 1. Jänner 1997) stammt Wort für Wort noch aus der „Kundmachung der Steiermärkischen Landesregierung vom **12. Juli 1965(!)** über die Neufestsetzung der Ambulanzgebühren für Strahlenleistungen in den öffentlichen Krankenanstalten in Steiermark“, LGBl. Nr. 101/1965, gültig ab 1. August 1965, und trug dort die Überschrift „Röntgentherapie“.

Die Änderungen seit Übernahme der Geschäfte durch die KAGES erfolgten im Bereich Strahlentherapie mit der Einführung **einer einzigen neuen Leistungsposition** („Therapie mit Elektronenbeschleunigern“) **im Jahr 1988** und bei den Tarifen, die im folgenden dargestellt werden:

- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 9. Juli 1984 (LGBl. Nr. 50/1984) festgelegten Anstaltsgebühren, gültig ab 1. September 1984, wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 13. Jänner 1986 (LGBl. Nr. 12/1986), gültig ab 31. Jänner 1986, um jeweils 5 % angehoben.
- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 13. Jänner 1986 (LGBl. Nr. 12/1986) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch

die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 22. Dezember 1986 (LGBl. Nr. 105/1986), gültig ab 1. Jänner 1987, um jeweils 5,3 % angehoben.

- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 22. Dezember 1986 (LGBl. Nr. 105/1986) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 21. Dezember 1987 (LGBl. Nr. 95/1987), gültig ab 1. Jänner 1988, um jeweils 5 % angehoben und wurde eine neue Leistungsposition (Therapie mit Elektronenbeschleunigern) eingeführt.
- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 21. Dezember 1987 (LGBl. Nr. 95/1987) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 17. April 1989 (LGBl. Nr. 35/1989), gültig ab 1. Mai 1989, um jeweils 5 % angehoben.
- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 17. April 1989 (LGBl. Nr. 35/1989) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 2. Juli 1990 (LGBl. Nr. 57/1990), gültig ab 1. August 1990, um jeweils 4 % angehoben.
- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 2. Juli 1990 (LGBl. Nr. 57/1990) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 8. Juli 1991 (LGBl. Nr. 60/1991), gültig ab 1. August 1991, um jeweils 9 % angehoben.
- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 8. Juli 1991 (LGBl. Nr. 60/1991) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 14. Dezember 1992 (LGBl. Nr. 70/1992), gültig ab 1. Jänner 1993, um jeweils 8 % angehoben.

- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 14. Dezember 1992 (LGBl. Nr. 70/1992) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 5. Dezember 1994 (LGBl. Nr. 91/1994), gültig ab 1. Jänner 1995, um jeweils 17 % angehoben.
- Die in der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 5. Dezember 1994 (LGBl. Nr. 91/1994) festgelegten Anstaltsgebühren wurden durch die Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr. 98/1996), gültig ab 1. Jänner 1997, um 18,5 % angehoben und sind derzeit noch immer in Geltung.

Die generelle Anhebung der Tarife mit einem allgemeinen Prozentsatz widerspricht auch den Aussagen der Rechtsabteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung in ihrer Stellungnahme vom 26. Jänner 1994 zum „Prüfbericht über die Leistungsdaten, Aufwandsentwicklungen und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich“ (LRH 22 A 2-93/9), worin folgendes ausgeführt wird:

*„Die Rechtsabteilung 12 hat aber diesen Prüfbericht zum Anlaß genommen, die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. darauf hinzuweisen, daß sie ihre alten Selbstzahlertarife im ambulanten Bereich auf ihre Höhe hin überprüfen soll.“*

Dieses „Nichtkalkulieren“ von einzelnen Leistungen führt unter anderem jedoch auch dazu, daß Leistungen mit dem allgemeinen Prozentsatz angehoben werden, die schon längst nicht mehr erbracht werden.

Vom Leiter der klinischen Abteilung für Strahlentherapie des LKH-Universitätsklinikum Graz wurden dem Landesrechnungshof nachfolgende Leistungen aus dem Tarifikatalog benannt, die **seit rund 20 Jahren** nicht mehr erbracht werden, weil sie entweder

- a) nicht mehr „state of the art“ sind oder  
 b) sogar auf Grund der Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft Kunstfehler darstellen würden.

**a) Leistungen, die nicht mehr erbracht werden**

<b>Pos. Nr.</b>	<b>Leistung</b>
Pos. Nr. 215	Epilation (Favus, Herpes tonsurans, Mikrosporie, Sykosis)
Pos. Nr. 216b	Blepharkonjunktivitis eccem
Pos. Nr. 216c	Condylomata acuminata
Pos. Nr. 216e	Dermatitis (Otitis externa)
Pos. Nr. 216f	Eccema chron. und mycotum
Pos. Nr. 216g	Erysipel
Pos. Nr. 216h	Erythema induratum (Bazin)
Pos. Nr. 216i	Intertrigo
Pos. Nr. 216j	Kraurosis vulvae
Pos. Nr. 216p	Pruritus
Pos. Nr. 216q	Psoriasis
Pos. Nr. 217a	Agranulocytose
Pos. Nr. 217b	Aktinomykose der Haut
Pos. Nr. 217c	Entzündliche Bulbuserkrankungen, Glaukom
Pos. Nr. 217d	Epididymitis
Pos. Nr. 217e	Epilepsie
Pos. Nr. 217f	Hypophysen - Zwischenhirn (Angina pector., Hochdruck)
Pos. Nr. 217g	Migräne (therapieresistente Fälle mit Begründung)
Pos. Nr. 217h	Mycisitis
Pos. Nr. 217j	Periodontitis
Pos. Nr. 217n	Prostatitis
Pos. Nr. 217o	Sinusitis
Pos. Nr. 217s	Thyreoiditis
Pos. Nr. 218a	Aktinomykose (außer Haut)
Pos. Nr. 218d	Asthma bronchiale (mit Milz)
Pos. Nr. 218n	Lymphadenitis (Lymphom, spez. und unspez.)
Pos. Nr. 218p	Metrorrhagie (Milz - Leber nur bei juvenilen Fällen)
Pos. Nr. 218r	M. Raynaud
Pos. Nr. 218s	M. Werlhof
Pos. Nr. 218w	Neurodermatitis (Herpes zoster)
Pos. Nr. 218x	Osteomyelitis
Pos. Nr. 218z	Pneumonia chron.

Pos. Nr. 218aa	Schloffer-Tumor
Pos. Nr. 218ac	Sympatikusbestr. (Claudicatio intermittens)
Pos. Nr. 219a	Epulis (brauner Tumor)
Pos. Nr. 219a	Hirndruck (Plexus chorioideus)
Pos. Nr. 219c	Prostatahypertrophie
Pos. Nr. 219e	Tbc Peritonie
Pos. Nr. 219f	Tonsilitis chron. (bei Kontraindikation gegen Operation)
Pos. Nr. 220a	Angina pectoris, Hochdruck (Nebennierenbestrahlung)
Pos. Nr. 220d	Papillomatose des Larynx
Pos. Nr. 225a	Siebbestrahlung bei fortgeschrittenen Malignomen des Bronchus, Oesophagus, der gynäkologischen und Blasenmalignome

## b) Leistungen, die Kunstfehler darstellen

Pos. Nr.	Leistung
Pos. Nr. 216a	Akne
Pos. Nr. 216d	Congelatio
Pos. Nr. 216o	Perniones
Pos. Nr. 216r	Tbc der Haut (alle Formen)
Pos. Nr. 216s	Verrucae juvenilis
Pos. Nr. 218q	M. Bechterew, M. Paget
Pos. Nr. 218ad	Tbc (Darmtrakt, Gelenke, Knochen und Urogenitaltrakt)

**Von den insgesamt 90 Leistungen des Tarifikataloges werden somit 49 seit rund 20 Jahren aus oben genannten Gründen nicht mehr erbracht.**

Eine Tatsache, die für die KAGES offensichtlich kein Anlaß war, den Leistungskatalog anzupassen.

Bis auf die Einführung einer einzigen Leistungsposition im Jahre 1988 blieb, wie bereits ausgeführt, der Leistungskatalog unverändert. Diese neue Leistungsposition („Therapie mit Elektronenbeschleunigern“) war offensichtlich die einzige Reaktion der KAGES im Bereich der Selbstzahlertarife auf die Anschaffung der ersten zwei Elektronenstrahlbeschleuniger für das LKH Graz im Jahre 1984 (Anschaffungspreis pro Stück rund 14 Millionen Schilling). Alle ursprüng-

lich in Betrieb stehenden Kobaltstrahlungsgeräte wurden nach und nach durch Elektronenbeschleuniger ersetzt.

Während die Anschaffungskosten für das 1979 gekaufte Kobaltgerät 6 Millionen Schilling betragen, mußten für die ersten zwei Elektronenstrahlbeschleuniger jeweils 17,7 Millionen Schilling aufgebracht werden. Die Wartungskosten betragen bei einem Kobaltgerät S 516.000.--, bei einem Elektronenstrahlbeschleuniger betragen sie rd. 1 Million Schilling pro Jahr.

Auf Grund dieser gänzlich geänderten Kostenstrukturen und Gerätegenerationen wäre der Tarifikatalog für Selbstzahler sowohl im Bereich des Leistungsspektrums als auch hinsichtlich der Tarifbeträge von der KAGES zu überarbeiten gewesen.

Nach Aussage des Leiters der klinischen Abteilung für Strahlentherapie ist der **derzeit gültige Tarifikatalog gänzlich veraltet**. Wesentlich besser sei bereits im Jahre 1988 der Tarifikatalog im Landesgesetzblatt des Landes Oberösterreich gewesen. Als gut handhabbar wurden auch die Tarifgestaltungen der Länder Wien und Tirol bezeichnet und wurde auf einen guten Musterkatalog des Österreichischen Bundesinstitutes für das Gesundheitswesen verwiesen. Weiters wurde ausgeführt, daß von ihm in den letzten Jahren Beispiele für handhabbare, dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Leistungskataloge an die KAGES übermittelt wurden - ohne allerdings eine Änderung des steirischen Kataloges zu bewirken.

Der Landesrechnungshof empfiehlt der KAGES, das durchgeführte Leistungsspektrum im Bereich der Strahlentherapie zu erheben und die erforderlichen Kalkulationen durchzuführen, um den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen zu können.

### 3. Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen

Die Textierung der Leistungen dieses Bereiches stammt wortgleich aus der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom **28. Jänner 1974** (LGBL. Nr. 10/1974), gültig ab 1. Februar 1974, und ist in **unveränderter Form** bis heute in Geltung.

Nach Auskunft der in diesem Bereich arbeitenden Fachärzte sind auch hier einige Tarifpositionen nicht mehr zutreffend. So wird beispielsweise an Stelle des im Tarif angeführten Strontium 90 nur mehr Iridium 192 appliziert.

Auch fehlen wesentliche Leistungen im derzeitigen Katalog. Unter anderem wurden dem Landesrechnungshof die Anfertigung von „Satelitenblöcken“ (die seit Dezember 1984 durchgeführt wird und je Stück etwa S 875.-- kosten würde) sowie die „Maskenfixierung“ (diese Leistung wird seit 1986 erbracht und kostet S 2.434.-- je Maske) genannt.

Die Tarife wurden im gleichen Ausmaß und zum gleichen Zeitpunkt wie die Tarife für die Strahlentherapie erhöht.

## 4. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen

Dieser Bereich regelt die Leistungen der Isotopendiagnostik. Die Leistungspositionen dieses Bereiches stammen aus der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom **28. Jänner 1974** (LGBl. Nr. 10/1974), gültig ab 1. Februar 1974, und wurden seither **unverändert** übernommen.

Nach Auskunft der in diesem Bereich tätigen Ärzte wird ein Großteil der angeführten Leistungen entweder überhaupt nicht mehr oder nicht mehr in dieser Form bzw. mit den angeführten Methoden erbracht.

Auch im Bereich der Isotopendiagnostik fehlen Tarife für Leistungen, die erbracht werden.



## 5. Dosisberechnung und Grunduntersuchung

Die Textierung der Leistungspositionen dieses Bereiches stammt aus der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom **28. Jänner 1974** (LGBl. Nr. 10/1974), gültig ab 1. Februar 1974, und wurde **unverändert** bis heute übernommen.

Lediglich mit der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 21. Dezember 1987 (LGBl. Nr. 95/1987), gültig ab 1. Jänner 1988, wurden zwei neue Positionen hinzugefügt.

Nach Auskunft der in diesem Bereich tätigen Fachärzte sind etliche der angeführten Bestrahlungsmethoden auf Grund neuer Technologien und neuer Geräte hinfällig.

So gibt es keine „**Querschnittszeichnungen in zwei Ebenen**“ (Pos. Nr. 501a) mehr, da schon längst anstelle von Handzeichnungen **Planungscomputertomographien** mit der entsprechenden graphischen Dokumentation verwendet werden.

Auch werden schon lange nicht mehr händische zweidimensionale Berechnungen angestellt, sondern dreidimensionale Computerberechnungen durchgeführt. Die Positionsnummer 503 „Dosimetrie mit Computerberechnung, Zuschlag von 70%“ ist als Relikt aus vergangenen Tagen zu betrachten.

## 6. Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen

Dieser Bereich wurde mit Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 20. November 1995 (LGBl. Nr 86/1995), gültig ab 1. Dezember 1995, eingeführt.

Als einzige Leistungsposition dieses Bereiches wird die „Therapie mit Jod-131 bei benignen Schilddrüsenerkrankungen“ (Anstaltsgebühr derzeit S 2.336.--) angegeben.

Nach Auskunft der in diesem Bereich arbeitenden Fachärzte wird die Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen bereits seit Ende der 60iger-Jahre durchgeführt. Allerdings wird diese Therapie nicht nur bei benignen Schilddrüsenerkrankungen, sondern auch bei malignen Schilddrüsenerkrankungen, bei Tumoren, Polyzythämien oder rheumatischen Erkrankungen durchgeführt.

Es wird auch nicht lediglich mit Jod 131 therapiert, sondern je nach Art und Umfang der Erkrankung mit unterschiedlichen Stoffen wie z. B. Strontium, Rhenium, Phosphor 32 oder Samarium. Allein die Materialkosten je Dosis liegen dabei in einer Bandbreite von S 600.-- bis S 16.000.--(!).

Es ist somit in diesem Bereich, in dem unterschiedliche Erkrankungen mit unterschiedlichen radioaktiven Stoffen behandelt werden, **lediglich eine einzige Behandlung verrechenbar**: die Therapie mit Jod 131 bei benignen Schilddrüsenerkrankungen.

Während die diagnostische Leistung „Dosimetrie der Therapie mit offenen Radiopharmazeutika“ (= Ermittlung der zu verabreichenden Strahlendosis) schon mittels Verordnung (LGBl. Nr. 10/1974) mit 1. Februar 1974 in den Leistungskata-

atalog aufgenommen wurde, wurde die darauf basierende Therapieleistung - die Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen, die bereits seit etwa 1968 durchgeführt wird - erst mit 1. Dezember 1995 (LGBl. Nr. 86/1995) als verrechenbare Position geschaffen. Dabei wurde allerdings die Verrechenbarkeit unverständlicherweise auf eine einzige Erkrankungsart (benigne Schilddrüsenerkrankungen) und ein einziges Radiopharmazeutikum (Jod 131) eingeschränkt.

In der Zeitschrift der KAGES „G'sund“, Ausgabe Nr. 5, April 1995, wird in einem Artikel über **„Die Voraussetzung zur Kostensteuerung im Krankenhaus“** von einer Mitarbeiterin der KAGES ausgeführt, daß Voraussetzung dafür *„nicht mehr Geld ausgeben zu müssen als erwartet“* die Kenntnis folgender Daten sei:

*„Art und Anfall der vorkommenden Krankheiten (und damit den Bedarf von spezifischen Gesundheitsleistungen), Art und Anfall der hierfür notwendigen Leistungen (Diagnostik - Therapien), sowie Kosten und Preis zum Leistungsangebot (Personal-, Sach-, Investitionskosten).“*

Der Landesrechnungshof kann diese Aussage als Selbstverständlichkeit unterstreichen, muß jedoch die Frage stellen, warum die tatsächliche Handlungsweise der KAGES nachweislich eine ganz andere ist.

In ihrer Stellungnahme zum Bericht des Landesrechnungshofes betreffend die „Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen“ (LRH 22 A 2-93/8) schreibt der Vorstand der KAGES am **24. Jänner 1994:**

**„Den Anregungen des Landesrechnungshofes Rechnung tragend wird der Vorstand seine Bemühungen intensiv fortsetzen, das derzeitige System der Ambulanzleistungsverrechnung über leistungsorientierte Tarife zu verbessern. Besonderes Augenmerk wird auch auf die Hinweise zur Verbesserung des organisatorischen Ablaufes und zur Intensivierung notwendiger Kontrolltätigkeit gerichtet werden.“**

Der Landesrechnungshof merkt dazu an, daß diese Absichtserklärungen des Vorstandes offensichtlich nicht umgesetzt wurden, da „leistungsorientierte Tarife“ die Kenntnis des angebotenen Leistungsspektrums voraussetzen, wobei oben aufgezeigt wurde, daß die KAGES in diesem Bereich offensichtlich ein Informationsdefizit aufweist.

Die „Intensivierung notwendiger Kontrolltätigkeiten“, die vom Vorstand der KAGES mit Schreiben vom 24. Jänner 1994 angekündigt wurde, konnte vom Landesrechnungshof im Laufe der gegenständlichen Prüfung nicht nachvollzogen werden.

Vor allem im Bereich der Ambulatorischen Strahlenleistungen liegen Leistungskataloge vor, die seit vielen Jahren, wie z. B.

- „Strahlentherapie“ seit 1. August 1965
- „Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen“ seit 1. Februar 1974
- „Diagnostik mit radioaktiven Stoffen“ seit 1. Februar 1974

unverändert übernommen werden und somit Änderungen des Leistungsspektrums, welches sich nach Aussagen der KAGES in einem „rasanten Wandel“ befindet, nicht berücksichtigen.

Abgesehen davon, daß die KAGES auf Grund der Bestimmungen des KALG 1957 verpflichtet ist, entsprechende Kalkulationen für ihr Leistungsspektrum

durchzuführen, müssen wohl für jedes Unternehmen - im Sinne einer verantwortungsvollen und sorgfältigen Geschäftsführung - die

- umfassende Kenntnis  
und
- die tatsächlichen Kosten

der von ihr erbrachten Leistungen als Selbstverständlichkeit angesehen werden.

Diese Selbstverständlichkeit trifft auf die KAGES in nicht unwesentlichen Geschäftsbereichen jedoch nicht zu, da sie

- die Anhebung von Tarifpositionen für Leistungen begehrt, die teilweise seit mehr als **20 Jahren (!)** nicht mehr erbracht werden,  
und
- Leistungen erbringt, für welche keine Kalkulationen bzw. Tarife bestehen.

Die KAGES gibt damit zu erkennen, daß ihr das Gesamtspektrum ihres Leistungsangebotes unverständlicherweise nicht bekannt ist.

Der Landesrechnungshof hält es daher für unbedingt notwendig, daß die KAGES diesen Geschäftsbereich grundsätzlich neu ordnet, damit

- (endlich) eine Gesamterfassung ihres derzeitigen Leistungsangebotes gegeben ist, was wiederum Voraussetzung dafür ist, daß
- entsprechende Kalkulationen durchgeführt und rechtzeitig entsprechende Tarife festgelegt bzw. Tarifanpassungen vorgenommen werden können.

Dies wäre Voraussetzung dafür, daß die in der Vergangenheit durch

- Fehlen von Tarifen für erbrachte Leistungen mangels Kenntnis des Leistungsangebotes
- Säumigkeit bei notwendigen Anhebungen von Tarifen auf Grund geänderter Kostensituationen

hingegenommenen Einnahmenverluste in Millionenhöhe verhindert bzw. zumindest stark reduziert werden können.

## VI. Zusammenfassung

Der Landesrechnungshof hat eine stichprobenweise Überprüfung der Leistungsverrechnungen und Kalkulationen gemäß den Bestimmungen des KAG 1957 bzw. KALG 1957 sowie der Einhaltung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, durchgeführt.

### **Einhaltung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996**

Hiezu muß der Landesrechnungshof feststellen, daß sich die KAGES in weiten Bereichen weder an die gesetzlichen Vorgaben der Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten hält bzw. zuvor an die Vorgaben der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung gehalten hat.

Insbesondere mußte der Landesrechnungshof feststellen, daß sowohl im Bereich der **zwischenbetrieblichen** als auch im Bereich der **innerbetrieblichen Leistungsverrechnung** eine **Weiterverrechnung** der Kosten für medizinische Fremdleistungen **unterbleibt**.

So werden beispielsweise spezielle medizinische Leistungen, wie

- Magnetresonanzuntersuchungen (MR)
- Computertomographieuntersuchungen (CCT)
- Ultrafast-CT-Untersuchungen

- Stoßwellenlithotripsiebehandlungen von Nieren- oder Blasensteinen bzw. von Gallensteinen

welche naturgemäß nur in größeren Krankenanstalten angeboten werden, **durch Nichtverrechnen dieser Kosten** auf die Kostenstellen der anfordernden Krankenhäuser aus dem KAGES-Bereich **unrichtig** dargestellt. Vor allem das LKH-Universitätsklinikum Graz, das LKH Leoben und das LKH Bruck werden dadurch mit Kosten für Leistungen an Patienten anderer Landeskrankenanstalten belastet.

Aber auch in der **innerbetrieblichen Leistungsverrechnung** werden im Bereich der **indirekten Kosten**, also von Kosten, welche mit Hilfe von Schlüsselwerten den Kostenstellen zugerechnet werden, **ungeeignete** oder längst **überholte Schlüsselwerte** zur Anwendung gebracht, wodurch die verursachungsgemäße **Zurechnung dieser Kosten nicht gegeben ist**.

Der Landesrechnungshof weist darauf hin, daß die gesetzlichen Grundlagen bereits mit der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung, BGBl. Nr. 328/1977 (in Kraft seit 1. Jänner 1978), erlassen wurden und muß daher festgestellt werden, daß die KAGES diesem Gesetzesauftrag nicht in vollem Umfang nachkommt.

Auch bezüglich der Anpassung der Kostenstellenbeschreibungen an die tatsächlichen Gegebenheiten ergab die Überprüfung, daß diese Anpassungen oft mit beträchtlichen Verzögerungen erfolgen. So ist beispielsweise im LKH Bad Aussee seit Übernahme der Geschäfte durch die KAGES überhaupt keine einzige Anpassung erfolgt.



## Leistungsverrechnungen und Kalkulationen

Die derzeit gültige Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten, LGBl. Nr. 98/1996, gültig ab 1. Jänner 1997, (in der nächstfolgenden Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 5. Mai 1997, LGBl. Nr. 30/1997, gültig ab 29. Mai 1997, wurden lediglich Druckfehler der Verordnung LGBl. Nr. 98/1996 korrigiert) gliedert sich in allgemeine Bestimmungen, besondere Tarifbestimmungen und die Tarifieranlagen.

Diese Tarifieranlagen (siehe Beilage 6) beinhalten:

### **Anhang A:** Allgemeine ambulatorische Leistungen

### **Anhang B:** Ambulatorische Strahlenleistungen

- A. Röntgendiagnostik
- B. Strahlentherapie
- C. Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen
- D. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen
- E. Dosisberechnung und Grunduntersuchung
- F. Therapie mit radioaktiven Stoffen

### **Anhang C:** Ambulatorische Zahnleistungen

- A. Konservierend-chirurgische Zahnbehandlung
- B. Prothetische Zahnbehandlung
- C. Zahnregulierung
- D. Paradontosebehandlung

### **Anhang D:** Ambulatorische Leistungen bei Stoffwechselerkrankungen

Der Landesrechnungshof hat stichprobenhaft die Vorgangsweise der KAGES im Bereich der Anhänge A (Allgemeine ambulatorische Leistungen) und B (Ambulatorische Strahlenleistungen) überprüft.

## Allgemeine ambulatorische Leistungen

### 1. Nachkalkulation bestehender Tarife

Gemäß § 37a KALG 1957 sind Ambulanzgebühren die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr.

Das bedeutet, daß Kostenänderungen im Personal- und Sachbereich, aber auch neue technische Verfahren bzw. neue Gerätegenerationen Auswirkungen auf die Kostenstruktur der jeweiligen Leistung haben.

Der Landesrechnungshof muß feststellen, daß die KAGES im Bereich der Anpassung bestehender Tarife an geänderte Selbstkosten äußerst säumig ist.

Obwohl diese geänderten Selbstkosten der KAGES vorliegen, vergeht bei einer Reihe von Leistungen **mehr als ein Jahr**, bevor die KAGES die Steiermärkische Landesregierung um Festsetzung der Tarife ersucht.

Überdies muß darauf hingewiesen werden, daß durch diese Säumigkeit Kalkulationen im Zeitpunkt der Übermittlung an die Rechtsabteilung 12 bereits überholt sind bzw. zumindest überholt sein können, was die KAGES offensichtlich in Kauf nimmt.

Mit Schreiben vom 1. Dezember 1998 an die Rechtsabteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung, betreffend die Valorisierung, Tarifierfassung und Einführung neuer Tarife für Selbstzahler, ersucht die KAGES, die neu errechneten Tarife „*mit Wirkung ab 1.1.1999 festzusetzen*“.

Nachdem Nachkalkulationen, wie vom Landesrechnungshof aufgezeigt wurde, **bis zu 15 Monate** und Kalkulationen von neuen Leistungen **bis zu 27 Monate** bei der KAGES aufliegen, wird nun - offensichtlich in Reaktion auf die gegenständliche Landesrechnungshofprüfung - die Steiermärkische Landesregierung um eine rasche Erledigung ersucht.

Von der Rechtsabteilung 12 mußten die Kalkulationen jedoch wegen teilweiser Nichtnachvollziehbarkeit an die KAGES retourniert werden. Das bedeutet, daß die KAGES trotz „Bearbeitung“ mit einem Zeitausmaß von bis zu **27 Monaten** nicht in der Lage war, nachvollziehbare Kalkulationsgrundlagen bzw. Tarifbegründungen vorzulegen.

## 2. Kalkulation neuer Tarife

Auch bei neuen Leistungen ist es auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen (§ 37a KALG), aber auch aus betriebswirtschaftlichen Erfordernissen notwendig, die rechnerischen Grundlagen rasch an die Steiermärkische Landesregierung zu übermitteln.

Besteht kein Tarif für eine bestimmte Leistung, so ist es der leistungserbringenden Stelle nur möglich, die Leistung „Sonstige ambulatorische Leistung an einem Tag“ mit einer Anstaltsgebühr von derzeit S 121,-- in Rechnung zu stellen. Mit diesem Tarif ist jedoch - besonders bei teuren Leistungen - keine Kostendeckung gegeben.

Der Landesrechnungshof muß feststellen, daß auch im Bereich „neuer Leistungen“ die KAGES äußerst säumig ist. Kalkulationen für neue Leistungen, die bereits erbracht werden, liegen zum Teil **mehr als zwei Jahre** bei der KAGES auf, bevor die Übermittlung der rechnerischen Grundlagen die Steiermärkische Landesregierung in die Lage versetzt, die geänderten Selbstzahlertarife im Verordnungswege zu erlassen.

Bezüglich der Einnahmenverluste wird auszugsweise das Schreiben der KAGES vom 1. Dezember 1998 an die Rechtsabteilung 12 wiedergegeben:

*„Unter der Annahme, dass die beantragten Tarife im Landesgesetzblatt kundgemacht werden und von und für einen Zeitraum von einem Jahr verrechnet werden können, würden die Erträge um rd. 3,3 Mio. steigen.“*

**Dieser Selbsteinschätzung der KAGES über die mögliche Steigerung ihrer Erträge in Höhe von rd. 3,3 Mio. Schilling in nur einem Jahr ist eigentlich nur die Frage anzuschließen, warum die KAGES im Wissen der möglichen Steigerung der Einnahmen (Erträge) über Jahre derart säumig ist bzw. war.**

In diesem Zusammenhang wird nachdrücklichst darauf hingewiesen, daß der Landesrechnungshof bereits in folgenden Prüfberichten auf die Säumigkeit der KAGES im Bereich der Kalkulationen bzw. Tarifierpassungen hingewiesen hat:

- „Bericht betreffend die Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen“ vom 8. November 1993 (LRH 22 A 2-93/9)
- „Bericht betreffend die Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des Landeskrankenhauses Graz“ vom 8. August 1994 (LRH 22 R 3-1993/11)

- „Bericht betreffend die Prüfung des Departments für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie der Chirurgischen Univ.-Klinik am Landeskrankenhaus Graz“ vom 11. Mai 1995 (LRH 22 B 4-1994/16)
- „Bericht betreffend die stichprobenweise Prüfung von med.-techn. Geräteinvestitionen unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden Kosten- und Erlössituation“ vom 7. Juni 1996 (LRH 22 I 2-1995/10)

Unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse des gegenständlichen Berichtes muß der Landesrechnungshof feststellen, daß unverständlicherweise kein geändertes Verhalten der KAGES - trotz Vorankündigung - eingetreten ist. Die KAGES nimmt nach wie vor durch ihre Säumigkeit Einnahmenverluste wissentlich in Kauf.

Diese Einnahmenverluste treffen dabei jedoch nicht nur die KAGES selbst. Einnahmenverluste in Höhe der jeweiligen Arztgebühren bzw. des Arzthonorars (nach Abzug des Anstaltsanteiles an der Arztgebühr) hat auch die betroffene Ärzteschaft hinzunehmen.

## **Ambulatorische Strahlenleistungen**

### **Anhebung der Tarife durch einen pauschalen Ansatz**

Die Valorisierung der ambulanten Selbstzahlertarife im Bereich der Strahlenleistungen durch einen pauschalen Ansatz steht auch im Widerspruch zur Aussage der KAGES in der Stellungnahme vom 18. November 1994 zum „Bericht

betreffend die Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des Landeskrankenhauses Graz“ (LRH 22 R 3-1993/11):

*„Generell ist bei der Kostenentwicklung durch den Landesrechnungshof zu bedenken, daß sich das ZRI-Leistungsvolumen und -spektrum, nicht zuletzt infolge der Zunahme neuer technischer Möglichkeiten, **insbesondere in der Diagnostik**, sowie den medizinischen Fortschritt im allgemeinen, derzeit in einem **rasanten Wandel** befindet.“*

Es ist nicht nachvollziehbar, wie die KAGES „Kostenwahrheit“ zu erreichen glaubt, wenn ein gesamter Bereich (Ambulatorische Strahlenleistungen) mit einem einheitlichen Prozentsatz verändert wird, wobei von der KAGES selbst hingewiesen wird, daß der „rasante Wandel“ besonders in einem Bereich - der Diagnostik - stattfindet.

Unklar ist auch, wie bei einer solchen Vorgangsweise, nämlich der generellen Änderung aller Tarife eines Bereiches,

- die „Zunahme neuer technischer Möglichkeiten“  
und
- die Änderung des Leistungsspektrums

berücksichtigt werden sollen.

## 1. Strahlentherapie

Im Bereich der Strahlentherapie werden in **12 Tarifgruppen 90 Leistungspositionen** der Röntgen- und Telecurietherapie sowie der Therapie mit Elektronenbeschleunigern geregelt.

Die Textierung der unter dem Titel „Strahlentherapie“ aufgelisteten Positionen der derzeit gültigen Verordnung der Steiermärkischen Landesregie-

### 3. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen

Dieser Bereich regelt die Leistungen der Isotopendiagnostik. Die Leistungspositionen dieses Bereiches stammen aus der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom **28. Jänner 1974** (LGBl. Nr. 10/1974), gültig ab 1. Februar 1974, und wurden seither **unverändert** übernommen.

Nach Auskunft der in diesem Bereich tätigen Ärzte wird ein Großteil der angeführten Leistungen entweder überhaupt nicht mehr oder nicht mehr in dieser Form bzw. mit den angeführten Methoden erbracht. Auch im Bereich der Isotopendiagnostik fehlen Tarife für Leistungen, die erbracht werden.

### 4. Dosisberechnung und Grunduntersuchung

Die Textierung der Leistungspositionen dieses Bereiches stammt aus der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom **28. Jänner 1974** (LGBl. Nr. 10/1974), gültig ab 1. Februar 1974, und wurde **unverändert** bis heute übernommen.

Lediglich mit der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 21. Dezember 1987 (LGBl. Nr. 95/1987), gültig ab 1. Jänner 1988, wurden zwei neue Positionen hinzugefügt.

Nach Auskunft der in diesem Bereich tätigen Fachärzte sind etliche der angeführten Bestrahlungsmethoden auf Grund neuer Technologien und neuer Geräte hinfällig.

In ihrer Stellungnahme zum Bericht des Landesrechnungshofes betreffend die „Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen“ (LRH 22 A 2-93/8) schreibt der Vorstand der KAGES am **24. Jänner 1994**:

*„Den Anregungen des Landesrechnungshofes Rechnung tragend wird der Vorstand seine Bemühungen intensiv fortsetzen, das derzeitige System der Ambulanzverrechnung über leistungsorientierte Tarife zu verbessern. Besonderes Augenmerk wird auf die Hinweise zur Verbesserung des organisatorischen Ablaufes und zur Intensivierung notwendiger Kontrolltätigkeiten gerichtet werden.“*

Der Landesrechnungshof merkt dazu an, daß diese Absichtserklärungen des Vorstandes offensichtlich nicht umgesetzt wurden, da „leistungsorientierte Tarife“ die Kenntnis des angebotenen Leistungsspektrums voraussetzen, wobei oben aufgezeigt wurde, daß die KAGES in diesem Bereich offensichtlich ein Informationsdefizit aufweist.

Die „Intensivierung notwendiger Kontrolltätigkeiten“, die vom Vorstand der KAGES mit Schreiben vom **24. Jänner 1994** angekündigt wurde, konnte vom Landesrechnungshof im Laufe der gegenständlichen Prüfung nicht nachvollzogen werden.

Vor allem im Bereich der Ambulatorischen Strahlenleistungen liegen Leistungskataloge vor, die seit vielen Jahren, wie

- „Strahlentherapie“ seit 1. August 1965
- „Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen“ seit 1. Februar 1974
- „Diagnostik mit radioaktiven Stoffen“ seit 1. Februar 1974



unverändert übernommen werden und somit Änderungen des Leistungsspektrums, welches sich nach Aussagen der KAGES in einem „*rasanten Wandel*“ befindet, nicht berücksichtigen.

Abgesehen davon, daß die KAGES auf Grund der Bestimmungen des KALG 1957 verpflichtet ist, entsprechende Kalkulationen für ihr Leistungsspektrum durchzuführen, müssen wohl für jedes Unternehmen - im Sinne einer verantwortungsvollen und sorgfältigen Geschäftsführung - die

- umfassende Kenntnis  
und
- die tatsächlichen Kosten

der von ihr erbrachten Leistungen als Selbstverständlichkeit angesehen werden.

Diese Selbstverständlichkeit trifft auf die KAGES in nicht unwesentlichen Geschäftsbereichen jedoch nicht zu, da sie

- die Anhebung von Tarifpositionen für Leistungen begehrt, die teilweise seit mehr als **20 Jahren (!)** nicht mehr erbracht werden  
und
- Leistungen erbringt, für welche keine Kalkulationen bzw. Tarife bestehen.

Die KAGES gibt damit zu erkennen, daß ihr das Gesamtspektrum ihres Leistungsangebotes unverständlicherweise nicht bekannt ist.

Der Landesrechnungshof hält es daher für unbedingt notwendig, daß die KAGES diesen Geschäftsbereich grundsätzlich neu ordnet, damit

- (endlich) eine Gesamterfassung ihres derzeitigen Leistungsangebotes gegeben ist, was wiederum Voraussetzung dafür ist, daß
- entsprechende Kalkulationen durchgeführt und rechtzeitig entsprechende Tarife festgelegt bzw. Tarifierhöhungen vorgenommen werden können.

Dies wäre Voraussetzung dafür, daß die in der Vergangenheit durch

- Fehlen von Tarifen für erbrachte Leistungen mangels Kenntnis des Leistungsangebotes
- Säumigkeit bei notwendigen Anhebungen von Tarifen auf Grund geänderter Kostensituationen

hingenommenen Einnahmenverluste in Millionenhöhe verhindert bzw. zumindest stark reduziert werden können.

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 8. Februar 1999 abgehaltenen **Schlußbesprechung** eingehend dargelegt.

An der Schlußbesprechung haben teilgenommen:

von der Steiermärkischen  
Krankenanstaltenges.m.b.H.:

Oberamtsrat Ernst HECKE  
Bereichsdirektor

Hofrat Dr. Reinhard SUDY  
Abteilungsleiter

Dr. Gerhild PAUKOVITSCH-JANDL  
Abteilungsleiterin

Mag. Manuela GROSS

Oberamtsrat Ernst KAHR

vom LKH-Univ. Klinikum Graz: Mag. Gebhard FALZBERGER

von der Rechtsabteilung 12: Wirkl. Hofrat Dr. Horst NIGITZ  
Abteilungsmitglied  
Oberregierungsrat Dr. Franz WIPPEL

vom Büro des Herrn Landesrates Dörflinger: Oberregierungsrat Dr. Dietmar MÜLLER

vom Landesrechnungshof: Hofrat Dr. Günther GROLLITSCH  
Landesrechnungshofdirektor  
Wirkl. Hofrat Dr. Hans LEIKAUF  
Landesrechnungshofdirektor-Stellvertreter  
Hofrat Dr. Karl BEKERLE  
Wirtschaftsrat Mag. Georg GRÜNWALD

Graz, am 9. Februar 1999

Der Landesrechnungshofdirektor:



(Dr. Grollitsch)