

LKH
Bad Radkersburg

GZ.: LRH 20 R 2 – 2005/8

INHALTSVERZEICHNIS

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND	5
2. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN	7
2.1 ANSTALTSORDNUNG	7
2.1.1 Aufgaben und Betriebsziel.....	7
2.1.2 Einrichtungen.....	8
2.1.3 Organisatorische und räumliche Veränderungen.....	9
2.2 SYSTEMISIERTE BETTEN	11
2.2.1 Sonderklasse	14
2.2.1.1 Bettenanzahl.....	15
2.3 LEISTUNGEN	20
2.3.1 Häufigste Operationen / Med. Einzelleistungen	20
2.4 EINRICHTUNG VON KOSTENSTELLEN	21
2.4.1 Fehlende Kostenstellen	22
2.4.1.1 Präoperative Ambulanz	23
2.4.1.2 Medizinische Leistungen an Dritte.....	25
2.4.1.3 Akademie für den Physiotherapeutischen Dienst.....	26
2.5 ERFASSUNG VON STATISTIKDATEN	27
2.5.1 Labor.....	27
2.6 STELLENBESCHREIBUNGEN	29
2.6.1 Verwaltung.....	29
2.6.2 Betriebsdirektor-Stellvertreter	29
2.6.3 Leiterin Verwaltung	29
2.7 INTERNETDARSTELLUNG	30
3. LEISTUNGS-, AUFWANDS- UND ABGANGSENTWICKLUNG	32
3.1 MEDIZINISCHER BEREICH	32
3.1.1 Gesamtleistungen.....	32
3.1.2 Durchgeführte Operationen/Frequenzen im OP-Bereich	33
3.2 GESAMTAUFWAND	34
3.2.1 Personalaufwand	34
3.2.2 Sachaufwand	35
3.2.2.1 Medizinischer Aufwand.....	35
3.2.2.2 Nicht medizinischer Bereich	40
3.3 ERTRÄGE	41
3.4 AUFWAND – ERTRAG – ABGANG	42
3.4.1 LDF-Punkte.....	44
3.5 PERSONAL	45
3.5.1 Personal Soll – Ist.....	45
3.5.1.1 Kalkulatorisches Personal	47
4. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN	49
4.1 BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN	49
4.1.1 Abteilung für Orthopädie.....	50
4.1.2 Abteilung für Innere Medizin	52
4.2 NICHT BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN	53
4.2.1 Ambulatorium für Innere Medizin.....	53

4.2.2	Ambulatorium für Orthopädie	54
4.2.2.1	Subambulanzen - Orthopädie.....	55
4.2.3	Radiologie	56
4.2.4	Labor.....	58
4.3	KOOPERATIONEN	60
5.	MEDIKAMENTENVERSORGUNG	62
5.1	ARZNEIMITTELKOMMISSION	63
5.1.1	Endoprothesen	64
6.	HYGIENE	65
7.	ENTLASSUNGS- BZW. NAHTSTELLENMANAGEMENT	66
8.	VERPFLEGSWIRTSCHAFT.....	67
8.1	KÜCHE.....	67
8.2	MAGAZINHALTUNG.....	68
9.	ABFALLWIRTSCHAFT / UMWELTSCHUTZ.....	70
10.	BRANDSCHUTZ / KATASTROPHENSCHUTZ	72
10.1	BRANDSCHUTZ	72
10.2	KATASTROPHENSCHUTZ	74
11.	QUALITÄTSSICHERUNG	76
11.1	QUALITÄTSBERICHT-JAHRESBERICHT	76
11.1.1	QM-Projekt.....	76
11.2	PERSONALMANAGEMENT	77
11.2.1	Gesundheitsförderung	78
12.	FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....	80

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

Abs.	Absatz
Aufw.	Aufwand
AL	Anstaltsleiter
AKI	Allgemeine Gebührenklasse
AWG	Abfallwirtschaftsgesetz
Besch.	Beschäftigte
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BH	Bezirkshauptmannschaft
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
B-VG.	Bundesverfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CT	Computertomographie
DPPL	Dienstposten- bzw. Dienststellenplan
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FA	Fachabteilung
GKK	Gebietskrankenkasse
GZ	Geschäftszahl
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IH	Instandhaltung
i.V.z.	im Verhältnis zu
iVm	in Verbindung mit
KA	Krankenanstalten
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (bis 19.4.2002 Krankenanstaltengesetz „KAG“)
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
KAS	Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (bis 2003)
korr.Besch.	Korrigierte Beschäftigte
KDok	KA- und Kostenstellenstatistik ab 2004 (ersetzt die KAS)
kg	Kilogramm
Klinikum	Univ. Klinikum Graz
korr.	korrigiert

KORE	Kostenrechnung
LDF	Leistungs- und diagnoseorientierte Fallgruppen
LGBl.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LRH	Landesrechnungshof
LRH-VG	Landesrechnungshof – Verfassungsgesetz
MATEKIS	Material-, Wirtschafts- und Einkaufsinformationssystem
MEL	Medizinische Einzelleistungen
m ²	Quadratmeter
ÖKAP	Österreichischer Krankenanstaltenplan
ÖRK	Österreichisches Rotes Kreuz
OP	Operation
QM / QMK	Qualitätsmanagement / QM-Kommission
Radkersburg	LKH Bad Radkersburg
SKI	Sonderklasse
Stmk.	Steiermärkische
T€	Tausend Euro
Univ.	Universität
UV	Umweltverantwortlicher
WV	Wiederverlautbart
z.B.	zum Beispiel
Zif.	Ziffer

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Der Landesrechnungshof hat eine Prüfung der Ausgabegebarung, der Organisation und der Auslastung des Landeskrankenhauses Bad Radkersburg, bezogen auf die Jahre 2001 bis 2004 und teilweise 2005, durchgeführt.

Zuständiger politischer Referent im überprüften Zeitraum war Herr Mag. Wolfgang Erlitz, seit 25. Oktober 2005 ist es Herr Landesrat Mag. Helmut Hirt.

Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundes-Verfassungsgesetz (B-VG) bestimmt, dass Heil- und Pflegeanstalten Bundessache in der Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache in der Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung ist.

Das für die gegenständliche Prüfung maßgebliche Gesetz ist das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999 (KALG), LGBl. Nr. 66/1999 WV.

Die Prüfungszuständigkeit des Landesrechnungshofes ist gemäß § 3 Landesrechnungshof-Verfassungsgesetz gegeben.

Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen der Verwaltung des Landeskrankenhauses Bad Radkersburg bzw. der KAGes.

In Tabellen des Berichtes können bei den Summen von Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

Die von Herrn Landesrat Mag. Helmut Hirt erhaltene Stellungnahme wurde in den gegenständlichen Prüfbericht eingearbeitet.

Von Herrn Landesfinanzreferenten Landesrat Dr. Christian Buchmann wurde der gegenständliche Prüfbericht zur Kenntnis genommen.

2. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN

Das Landeskrankenhaus Bad Radkersburg ist eine öffentliche Sonderkrankeanstalt im Sinne des § 1 Abs. 3 Z 2 KALG Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz.

Rechtsträger der Anstalt ist die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes), Graz.

2.1 Anstaltsordnung

Die sanitätsbehördliche Bewilligung für die Anstaltsordnung gemäß § 6 KAKuG (i.d.g.F.)¹ und § 9 KALG 1999 iVm LGBI. Nr. 66/1999 bzw. 114/2002 wurde mit Bescheid GZ: 12-86 Ra 10/23-97 vom 5. August 1997 erteilt.

2.1.1 Aufgaben und Betriebsziel

Aufgaben und Betriebsziel wurden darin wie folgt festgelegt:

§ 2 Aufgaben und Betriebsziel

1. Die Krankenanstalt hat nach Maßgabe ihrer Einrichtung unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften und der Bestimmungen dieser Anstaltsordnung Personen zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung aufzunehmen, zu pflegen und der Heilung oder Besserung zuzuführen.
2. Eine Behandlung isolierungspflichtiger Krankheiten erfolgt nur nach Maßgabe der für eine abgesonderte Unterbringung der Patienten gegebenen Möglichkeiten.

¹ „KAKuG“ - Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (bis 19.4.2002 Krankenanstaltengesetz „KAG“)

3. Die unbedingt notwendige ärztliche Hilfe ist zu leisten.
4. Kranke, die wegen des Fehlens entsprechender Einrichtungen (z.B. Fachabteilung, Fachpersonal, Spezialeinrichtungen) nicht oder nur mit unververtretbarem technischen und wirtschaftlichen Aufwand untersucht und behandelt werden können, werden nach erfolgter erster ärztlicher Hilfe an eine für solche Fälle eingerichtete Krankenanstalt überstellt.
5. Die Krankenhausbetreuung der zu versorgenden Patienten hat mit dem Ziel zu erfolgen, dass unter Bedachtnahme auf eine zeitgemäße medizinisch pflegerische Versorgung der Bevölkerung ein wirtschaftlicher Betrieb der Krankenanstalt anzustreben ist.

2.1.2 Einrichtungen

Die von der Krankenanstalt geführten Einrichtungen sind in der Anstaltsordnung wie folgt dargelegt:

§ 6 Medizinische Gliederung der Krankenanstalt

Die Krankenanstalt besteht im medizinischen Bereich aus folgenden Einrichtungen:

1. Abteilung für Innere Medizin und Orthopädie sowie Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin.
2. Ambulatorien für Innere Medizin und Orthopädie.
3. Einrichtungen für Labormedizin, Röntgendiagnostik, Physikalische Therapie, Endoskopie, Ultraschalldiagnostik, Lungenfunktion, internistische und perioperative Intensivmedizin, für die Vornahme von Obduktionen sowie das Medikamentendepot.
4. Für andere fachärztliche Versorgung ist im Rahmen vertraglich vereinbarter Regelungen bei Bedarf ein Facharzt des betreffenden medizinischen Sonderfaches als Konsiliararzt beizuziehen.

Von der Kollegialen Führung der Krankenanstalt (Ärztlicher Direktor, Verwaltungs- und Pflegedirektor) wurde eine überarbeitete Anstaltsordnung der KAGes (Zentralklinik) am 4.8.2003 zur Genehmigung durch die Steiermärkische Landesregierung übermittelt (eine Urgenz erfolgte im Juli 2005), welche jedoch noch nicht retourniert wurde.

Folgende Ergänzungen wurden in dieser Anstaltsordnung dargelegt:

Zu Punkt

1. Das „Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ wurde in eine „Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin“ umgewandelt.
2. Die bereits bestehenden Ambulatorien für Innere Medizin und Orthopädie wurden um ein „Ambulatorium für präoperative Untersuchungen von orthopädisch-chirurgischen Versorgungsfällen und Eigenblutversorgung“ ergänzt.
3. hier lautet die geänderte Beschreibung:
Einrichtungen für eine Interdisziplinäre Intensiveinheit, Labormedizin, Röntgendiagnostik mit CT, Physiotherapie, Endoskopie, Ultraschalldiagnostik, Lungenfunktion, für die Vornahme von Obduktionen sowie das Medikamentendepot.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Neuadaptierungen der Anstaltsordnungen aller LKHs sind derzeit unter Berücksichtigung zahlreicher KAKuG- und KALG-Novellen in Bearbeitung. Aufgrund der äußerst zeitintensiven Tätigkeit ist mit einer Fertigstellung nicht vor Ende 2006 zu rechnen.

2.1.3 Organisatorische und räumliche Veränderungen

Mit Bescheid vom 13. Juli 2001, GZ: 12-86 Ra 12/21-2000, wurde die Betriebsbewilligung für ein Anstaltsambulatorium für präoperative Untersuchungen von orthopädisch-chirurgischen Versorgungsfällen und Eigenblutversorgung erteilt. Als Leiterin fungiert jene Verantwortliche, welche auch die Leitung der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin innehat.

Die Errichtungsbewilligung erfolgte bereits mit Bescheid der Steiermärkischen Landesregierung vom 3. November 2000, GZ: 12-86 Ra 12/17-2000, gemäß § 3 KALG.

Weiters hat die Steiermärkische Krankenanstalten-GesmbH für das LKH Bad Radkersburg mit dem gleichlautenden Standort ein Ansuchen um Errichtungsbewilligung eines Zu- und Umbaues der Radiologie, der orthopädischen Ambulanz und eines Cafés angesucht.

Mit Bescheid vom 11. März 2004, GZ: FA8A Ra 13/6 – 2004 erfolgte die Errichtungsbewilligung gemäß §§ 3 und 6 KALG für die „wesentliche Änderung ohne Leistungserweiterung“.

Die Verlegung des Hubschrauberlandeplatzes war aufgrund vorgeschriebener EU-Richtlinien unumgänglich und wurde auch dadurch erst die bauliche Erweiterung möglich gemacht. Es wurden dafür € 64.132,56² investiert.

Die Planungsmaßnahmen für das Erweiterungsprojekt, welche bereits die Vorgaben für einen möglichen Sanatoriumsaufbau beinhalteten, betrugen € 237.265,82³.

Laut Auskunft der Leitung des LKH Bad Radkersburg ist das Projekt derzeit ruhend gestellt.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Das Projekt beinhaltet den Ausbau der Ambulanz sowie den Umbau der Radiologie und eines Cafés. Aufgrund des regen Interesses eines privaten Betreibers, der ein Sanatorium errichten wollte, wurde die fertige Ausführungsplanung gestoppt.

Nach Maßgabe der Mittel ist ein Baubeginn für dieses Projekt im Sommer dieses Jahres möglich. Der gesamte Projektumfang beträgt € 2.380.000.--.

Mit der Umsetzung dieser Maßnahme wird eine wesentliche Verbesserung im Bereich der orthopädischen Ambulanz erreicht.

² Anlagenverzeichnis

³ Anlagenverzeichnis, (Anlagenhauptnummer 7000022).

2.2 Systemisierte Betten

Hinsichtlich der vorgehaltenen Betten gibt § 13 der Anstaltsordnung Auskunft:

Die Krankenanstalt verfügt über die jeweils von der Sanitätsbehörde genehmigten Planbetten und gliedert sich in die im § 6 dieser Anstaltsordnung angeführten Einrichtungen.

Laut Erlass der Steiermärkischen Landesregierung GZ: 12-86 Ra 10/28 – 2001 vom 21. August 2001 wurde der Planbettenstand im LKH Bad Radkersburg mit insgesamt 116 Betten erteilt.

Abteilung	AKI	SKI	IMC ⁴	Intensiv	Gesamt
Abt. f. Innere Medizin	50	19	4	Belegrecht (2)	73
Abt. f. Orthopädie	28	10	2		40
Abt. f. Anästhesie und Intensivmedizin				Belegrecht (1)	
Interdisziplinäre Intensiveinheit				3	3
Summe	78	29	6	3	116

Der systemisierte bzw. tatsächliche Bettenstand – laut KA- und Kostenstellenstatistik - K/Dok 2004 beträgt:

	Innere Medizin	Orthopädie	Interdisziplinäre Intensiveinheit + IMC-O/AWZ	Summe	davon Sonderklasse	davon Allg.Geb.-Klasse
Systemisierte Betten	73	40	3	116	29	87
Tatsächlich aufgestellte Betten	68	51	3	122	35	87

Darstellung des ÖKAP 2003/2005 für Bad Radkersburg, welcher gemäß Art. 15a B-VG noch bis Ende 2005 als gemeinsame Planungsgrundlage zwischen Bund und Ländern verbindlich ist:

⁴ IMC = Inter Mediate Care

	Normalpflegebereich			Intensivbereich	Gesamt
	Innere Medizin	Orthopädie	Summe	Intensiv	Summe
Systemisierte Betten	79	40	119	0	119
Tatsächliche Betten	66	49	115	6	121
PLANBetten ÖKAP 2005			112	4	116

Im LGBl. Nr. 5 vom 30. Jänner 1998 wurde der Steiermärkische Landes-Krankenanstaltenplan veröffentlicht.

Die darin aufgelistete Maximalbettenanzahl bzw. Anzahl je Fachrichtung beträgt laut nachstehender Aufstellung:

Krankenanstalt	Betten je Fachrichtung	Betten je Krankenanstalt
LKH Bad Radkersburg		114
Intensiv	4	
Innere Medizin	70	
Chirurgie	0	
Orthopädie	40	

Die Anzahl der systemisierten Betten korreliert nicht mit der Anzahl der aufgestellten Betten.

Ziel- und Planungshorizont ist das Jahr 2005. Gemäß § 3 Abs. 3 LGBl. 5/1998 müssen die festgesetzten Höchstzahlen bis 31.12.2005 erreicht und eingehalten werden, wie auch im Bescheid für die Planbettenfestsetzung vom 21. August 2001 vorgeschrieben wurde.

Es wird von der Anstaltsleitung **erwartet**, dass **zur Reduzierung** des Gesamtausmaßes der 116 systemisierten Betten auf 114 Betten **um** die notwendige **sanitätsbehördliche Genehmigung** angesucht wird.

Zusätzlich ist die Anzahl der **tatsächlich aufgestellten** Betten mit den **systemisierten Betten in Einklang zu bringen**.

Der LRH ist der Meinung, dass bei der **Neufassung des österreichischen Angebotsplanes** im **orthopädischen** Bereich der **tatsächliche Bedarf zu berücksichtigen** ist.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Wie der LRH richtig anführt, wird die Anzahl der im Landeskrankenanstaltenplan für die Abteilung für Orthopädie vorgesehenen Betten durch die tatsächlich aufgestellten Betten deutlich überschritten, wobei gleichzeitig jedoch die Betten auf der Abteilung für Innere Medizin durch die tatsächlich aufgestellten etwas unterschritten werden. Die Aufstockung der Orthopädie erfolgte dabei durchaus bedarfsorientiert auf Kosten der internistischen Betten. Außerdem erfolgte eine Umwidmung von insgesamt 5 Betten in höherwertig ausgestattete stationsintegrierte Überwachungsbetten. Der derzeitige Systemisierungsstand entspricht der im ÖKAP 2003 – der auch vom Land Steiermark verabschiedet wurde – vorgegebenen Bettenobergrenze.

Auch wenn eine aktuelle Systemisierung der Betten insbesondere in Bezug auf die Zuordnung der Betten anzustreben wäre, ist zu hinterfragen, ob hier die im 1998 erlassenen Landeskrankenanstaltenplan festlegten Obergrenzen im Bereich der Orthopädie zur Anwendung kommen sollten. Dies wird unserer Meinung nach auch vom LRH selbst relativiert, der anführt:

"Der LRH ist der Meinung, dass bei der Neufassung des Österreichischen Angebotsplanes im orthopädischen Bereich der tatsächliche Bedarf zu berücksichtigen ist" (Seite 12 des vorliegenden Prüfberichtes [nunmehr Seite 13]).

Vor dem Hintergrund einer immer älter werdenden Bevölkerung mit einem erhöhten Bedarf an orthopädischen Operationen, ist es ein Anliegen der KAGes, eine entsprechende Versorgung zu gewährleisten. Der im Dezember 2005 erlassene derzeit aktuellste Krankenanstaltenplan ÖSG 2006 sieht mit Planungshorizont 2010 gemäß den enthaltenen Bettenmessziffern für die Steiermark 288 – 408 orthopädische Betten vor. Auch wenn man davon ausgeht, dass ein gut abgegrenzter Teil der orthopädischen Versorgung auf unfallchirurgischen Abteilungen abgedeckt werden kann, erreichen wir mit unseren derzeit rund 270 orthopädischen Betten knapp die Bettenuntergrenze. Da die Einrichtung einer

weiteren Fachabteilung seitens der KAGes derzeit nicht intendiert wird, sind wir mit Erfolg bestrebt durch entsprechende betriebsorganisatorische Maßnahmen und Kooperationen und somit optimaler Auslastung der Ressourcen eine hervorragende orthopädische Versorgung zu gewährleisten. Die 51 orthopädischen Betten am LKH Bad Radkersburg sollten daher in jedem Fall aufrechterhalten und als solche systemisiert werden, zumal sie eine gute Auslastung von ca. 90 % im langjährigen Durchschnitt aufweisen.

Eine Reduktion der Betten im Sinne des Krankenanstaltenplans kann daher nur auf Kosten der Abteilung für Innere Medizin erfolgen. Da wir derzeit mit der Ausarbeitung an einer "Medizinischen Struktur- und Angebotsplanung 2010" beschäftigt sind, erscheint es sinnvoll, diese beiden Fragen zu verknüpfen und nach einer Beschlussfassung entsprechende Schritte zur sanitätsbehördlichen Bewilligung einzuleiten. Wir geben in diesem Zusammenhang aber zu bedenken, dass in jedem Fall eine Bettenreduktion nur in einem Ausmaß sinnvoll sein kann, die vernünftige Stationsgrößen ermöglicht, weil sprungfixe Kosten zu beachten sind.

2.2.1 Sonderklasse

§ 28 Abs. 1 KALG legt fest:

In öffentlichen Krankenanstalten kann neben der allgemeinen Gebührenklasse nach Maßgabe der Bestimmungen des § 22 Abs. 1 lit. g mit Bewilligung der Landesregierung eine Sonderklasse errichtet werden, wenn eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse für anstaltsbedürftige Personen, insbesondere für unabweisbare Kranke, vorhanden ist. In der ärztlichen Behandlung und Pflege darf jedoch kein Unterschied gemacht werden. [...]

2.2.1.1 Bettenanzahl

Weiters wurde die Anzahl der Betten für Patienten der allgemeinen Gebührenklasse bzw. jene der Sonderklasse im Hinblick auf die Gemeinnützigkeit einer Krankenanstalt laut § 22 KALG, festgelegt:

- (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn
g) die Zahl der für die Sonderklasse bestimmten Betten ein Viertel der für die Anstaltspflege bereitstehenden Bettenzahl nicht übersteigt.

2.2.1.1.1 Sonderklassebetten / Betten der Allgemeinen Gebührenklasse

In der folgenden Aufstellung wird ein Vergleich der Summe der aufgestellten Sonderklassebetten mit jener der Betten der Allgemeinen Gebührenklasse dargestellt:

LKH Bad Radkersburg – Tatsächlich aufgestellte Betten ⁵					
Jahr	Aktubereich Gesamt	Allg. Geb.- Klasse	Sonderklasse	%-Anteil Sonderklasse	Überschreitung in %
2001	122	86	36	29,5	+ 18,0 %
2002	125	87	38	30,4	+ 21,6 %
2003	123	87	36	29,3	+ 17,2 %
2004	122	87	35	28,7	+ 14,8 %

Aufgrund der oben ersichtlichen Zahlen liegt der %-Anteil der Sonderklasse im Verhältnis zur Allgemeinen Gebührenklasse im LKH Bad Radkersburg im Jahr 2004 **um 14,8 % über** dem gesetzlich **vorgegebenen** Höchstanteil von **25 % der bereitstehenden Betten**.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

In Bezug auf die bemängelte Überschreitung des gesetzlich vorgegebenen Höchstanteiles von 25 % der tatsächlich aufgestellten Sonderklassebetten wurde die Anstaltsleitung aufgefordert, die Zahl der tatsächlichen Sonderklassebetten anzugleichen.

⁵ laut KAS 2001-2003 bzw. KDok (KA- und Kostenstellenstatistik) 2004

2.2.1.1.2 Wartezeiten Sonderklasse / Allgemeine Klasse

Bei der Zuteilung eines orthopädischen Operationstermines betragen die Wartezeiten für Patienten der Allgemeinen Klasse bis zu 5 Monate, jene für Patienten der Sonderklasse 2 Monate.

Der gesetzlichen Vorgabe (§ 28 KALG), dass „in der ärztlichen Behandlung und Pflege jedoch kein Unterschied gemacht werden darf“, wird dadurch **nicht Rechnung** getragen.

Es ist zu hinterfragen, ob diese **unterschiedlich langen Wartezeiten durch medizinische Gründe hervorgerufen werden.**

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der LRH stellt in seinem Prüfbericht fest, dass durch die unterschiedlichen Wartezeiten auf orthopädische Eingriffe, für PatientInnen der Allgemeinen Klasse (bis zu 5 Monate) und der Sonderklasse (2 Monate), der gesetzlichen Vorgabe (KALG 1999 i.d.g.F., § 28), wonach "in der ärztlichen Behandlung und Pflege kein Unterschied gemacht werden darf", nicht Rechnung getragen wird.

Die Bestimmungen des KALG 1999 i.d.g.F., § 28 Abs.1 erlauben es öffentlichen Krankenanstalten, unter bestimmten Bedingungen eine Sonderklasse zu errichten. Dies kann mit Bewilligung der Landesregierung dann erfolgen, "wenn eine zureichende Zahl an Betten der allgemeinen Gebührenklasse für anstaltsbedürftige Personen, insbesondere für unabweisbar Kranke, vorhanden ist."

Laut KALG 1999 i.d.g.F., § 22 Abs.1 lit. g können dafür bis zu 25 % der gesamten Bettenzahl vorgesehen werden.

Die Bestimmungen desselben Paragraphen KALG 1999 i.d.g.F., § 28 Abs.1 geben aber vor, dass dabei "in der ärztlichen Behandlung und Pflege kein Unterschied gemacht werden darf".

Bereits 2004 wurde KAGes-weit über Auftrag des Vorstands bezüglich der Wartezeiten auf elektive orthopädische Eingriffe (TEP der Hüft- und Kniegelenke) ein System zum Wartelistenmanagement erarbeitet, das beiden Intentionen des angeführten Paragraphen genügen soll:

1. Definition von drei Dringlichkeitsstufen für die Eingriffe

2. Definition von medizinischen und zum Teil sozialen Kriterien für die Zuordnung zu den Dringlichkeitsstufen

Damit werden dieselben medizinischen und sozialen Kriterien zur Indikationsstellung und Priorisierung dieser Eingriffe angewendet.

3. Im Einklang mit internationalen Gepflogenheiten seitens der Orthopäden, also aus medizinischer Sicht, erfolgte eine Akkordierung angemessener Wartezeiten je Dringlichkeitsstufe (als Obergrenze für die niedrigste Dringlichkeitsstufe maximal 6 Monate = 24 Wochen)

"Unabweisbare Personen" (z.B. akute orthopädische Eingriffe) sind von dieser Priorisierung und den definierten angemessenen Wartezeiten nicht berührt und deren Aufnahme und Versorgung ist jedenfalls gewährleistet.

Im Falle der im Prüfbericht angesprochenen Patientengruppe, handelt es sich durchwegs um elektive Eingriffe, also nicht um "unabweisbare Personen" im Sinne des Gesetzes.

Entsprechend den gesetzlichen Möglichkeiten wurde auch für das LKH Bad Radkersburg die Errichtung einer Sonderklasse bewilligt.

Die Indikationsstellung und Planung zum Eingriff erfolgt bei beiden Klassen in gleicher Weise durch Anwendung der definierten medizinischen Kriterien, die Aufnahme von PatientInnen zu elektiven Eingriffen erfolgt entsprechend den verfügbaren Betten in der jeweiligen Klasse unter Beachtung der maximal zulässigen (angemessenen) Wartezeit.

Durch die unterschiedliche Verfügbarkeit von Betten auf der Allgemeinen Klasse und Sonderklasse ergeben sich allerdings, je nach Klasse, unterschiedliche Wartezeiten. Zu beachten ist jedoch auch, dass auch die aufgezeigten Wartezeiten für PatientInnen der Allgemeinen Klasse die definierten angemessenen Wartezeiten auf nicht dringliche Eingriffe/Eingriffe der niedrigsten Priorität nicht überschreiten.

Obwohl also die unterschiedlichen Wartezeiten auf orthopädische Eingriffe (TEP Hüft- und Kniegelenk) nicht durch medizinische Gründe hervorgerufen sind, wird dem Grundsatz der medizinischen Gleichbehandlung durch die Anwendung gleicher medizinischer Maßstäbe Rechnung getragen und damit den gesetzlichen Vorgaben des KALG 1999 i.d.g.F., § 28 Abs.1 – bei gleichzeitiger Nutzung der Möglichkeiten der Errichtung/Führung einer Sonderklasse – entsprochen.

2.2.1.1.3 Verweildauer Sonderklasse und Allgemeine Klasse

Die Vorgabe betreffend Behandlung und Pflege in einem gemeinnützigen Krankenhaus wird im gleichen Teil des Stmk. Krankenanstaltengesetzes in § 22 zur Gemeinnützigkeit folgendermaßen dargelegt:

- (1) Als gemeinnützig ist eine Krankenanstalt zu betrachten, wenn
- d) für die ärztliche Behandlung einschließlich der Pflege sowie unbeschadet einer Aufnahme in die Sonderklasse, für Verpflegung und Unterbringung ausschließlich der Gesundheitszustand des Patienten maßgeblich ist;

Der Vergleich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von Patienten der Allgemeinen und Sonderklasse nach Pflagetagen pro steirischer Krankenanstalt ergibt folgende Darstellung:

Anstalt	2004			
	Durchschnittliche Verweildauer nach Pflegetagen ⁶		Unterschied Sonderklasse Allgem. Klasse	Unterschied Sonderklasse Allgem. Klasse
	Allgemeine Klasse	Sonderklasse	in %	in Tagen
Graz	6,7	8,5	26,9	1,8
Bruck	7,1	7,9	11,3	0,8
Leoben	6,1	6,8	11,5	0,7
Bad Aussee	7,3	7,8	6,8	0,5
Bad Radkersburg	7,5	10,8	44,0	3,3
Deutschlandsberg	6,5	6,9	6,2	0,4
Feldbach	6,2	7,0	12,9	0,8
Fürstenfeld	6,4	6,9	7,8	0,5
Hartberg	6,5	7,4	13,8	0,9
Judenburg-Knittelfeld	6,9	8,1	17,4	1,2
Mürzzuschlag-Mariazell	8,0	8,9	11,3	0,9
Rottenmann	7,5	9,4	25,3	1,9
Voitsberg	6,5	7,4	13,8	0,9
Wagna	6,7	8,0	19,4	1,3
Hörgas-Enzenbach	8,4	10,7	27,4	2,3
Stolzalpe	9,9	10,9	10,1	1,0
Graz West	7,6	9,0	18,4	1,4
Weiz	5,9	8,3	40,7	2,4

Aufgrund der Differenz zwischen der durchschnittlichen Verweildauer von Patienten der Allgemeinen Klasse und der Sonderklasse – nämlich + 3,3 Tage oder + 44 % - wäre auch bei der **Aufenthaltsdauer** zu **hinterfragen**, ob diese sich ausschließlich aus dem **Gesundheitszustand** des **Patienten** ergibt.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Hinsichtlich der vom LRH angesprochenen Differenzen zwischen der durchschnittlichen Verweildauer in der Allgemeinen Klasse und der Sonderklasse wurde eine tiefergehende Analyse veranlasst und werden gegebenenfalls notwendige Steuerungsmaßnahmen eingeleitet werden.

⁶ Quelle: KAGES-Statistikdaten 2004, Entwicklung der Fallzahlen, Pflegetage und Verweildauer

2.3 Leistungen⁷

Bund und Länder einigten sich im Rahmen der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Reform des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 1997 bis 2000 über die Grundsätze dieser Reform. Diese Neuordnung wurde jeweils verlängert und beinhaltet ein neues Finanzierungssystem auf Basis von leistungsorientierten Diagnosenfallpauschalen bzw. medizinischen Einzelleistungen für Österreichs Krankenanstalten.

2.3.1 Häufigste Operationen⁸ / Med. Einzelleistungen

Im Bereich der Operationen bzw. Medizinischen Einzelleistungen (MEL) wird die Reihung der durchgeführten häufigsten MEL des LKH Radkersburg bzw. der Steiermark für das Jahr 2003 folgendermaßen dargestellt:

Rang	MEL-Nr.	Medizinische Einzelleistung - Bezeichnung	Anzahl Bad Radkersburg	Anzahl Steiermark	Anteil an Ges. Stmk.
1	4262	Totalendoprothese des Hüftgelenkes	522	1.680	31,1 %
2	4352	Totalendoprothese des Kniegelenkes	412	1.103	37,4 %
3	4345	Patellagleitflächen-Ersatz	391	705	55,5 %
4	4366	Arthroskopische Operation – Kniegelenk (ohne Rekonstruktion der Kreuzbänder)	310	3.626	8,5 %
		Teilsumme 1 - 4	1.635	7.114	23,0 %

Gemäß Rang 1 bis 4 wurden 23 % der angeführten Operationen im südsteirischen Schwerpunktzentrum für orthopädische Eingriffe durchgeführt.

Der Anteil der medizinischen Einzelleistungen des LKH Radkersburg am Gesamtanteil Steiermarks (alle Krankenanstalten, welche vom SKAFF abgerechnet werden) zeigt als häufigste Operationen die „Totalendoprothese des Hüftgelenkes“ mit 522 MEL (31,1 % von Stmk. gesamt), die „Totalendoprothese des

⁷ Quelle: SKAFF: Leistungen nach Diagnosen 2003

⁸ Quelle: SKAFF / Oktober 2005

Kniegelenkes“ mit 412 (37,4 % Stmk. gesamt), „Patellagleitflächen-Ersatz“ mit 391 MEL (55,5% Stmk. gesamt) und „Arthroskopische Operation – Kniegelenk, ohne Rekonstruktion der Kreuzbänder“ mit 310 MEL (8,5 % des Stmk. Gesamtanteils).

2.4 Einrichtung von Kostenstellen

Kostenstellen sind Verantwortungsbereiche (Teilbereiche) der Krankenanstalt mit der Aufgabe, die an einer bestimmten Stelle für betriebliche Leistungen entstandenen Kosten zu sammeln (BGBl. II – Nr. 638, Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, vom 30. Dezember 2003, § 4).

Weiters lautet § 8 der oben erwähnten Verordnung:

(1) Die Kostenstellen sind nach folgenden Gesichtspunkten einzurichten:

1. die Kostenstelle muss eine objektive verbrauchsabhängige Kostenerfassung ermöglichen,
2. die Kostenstelle muss eine wirksame Kostenkontrolle und Kostenüberwachung ermöglichen,
3. die Kostenstelle muss in eindeutiger Weise einem Verantwortlichen zugeordnet werden können,
4. die Kostenstelle muss eingerichtet werden, dass das Prinzip der funktionalen und räumlichen Gliederung weitestgehend erfüllt ist, und
5. die Kostenstelle muss so eingerichtet werden, dass eine direkte Zuordnung der Kostenarten weitestgehend möglich ist.

(3) Hauptkostenstellen sind Teilbereiche der Krankenanstalt, die Leistungen unmittelbar für die Patientinnen und Patienten erbringen, und zwar Leistungen zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, Leistungen zur Vornahme operativer Eingriffe, Leistungen zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung [...]

(4) Nebenkostenstellen sind Teilbereiche der Krankenanstalt, die Kosten verursachen, jedoch vornehmlich nicht die in Abs. 3 genannten Leistungen erbringen (z.B. Gesundheits- und Krankenpflegeschulen), oder sind zur getrennten Verbuchung spezieller Kostenarten einzurichten.

Im Merkblatt für Kostenstellenverantwortliche der KAGes (FDion ArbU 0010.1353) ist Folgendes festgehalten:

„Die oben angeführten Punkte sind u.a. Grundvoraussetzungen für die Bewirtschaftung einer Kostenstelle und ist daher vom hierfür zuständigen Betriebsdirektor/in gemeinsam mit den jeweiligen Dienststellenleitern für eine klare Strukturierung zu sorgen.“

2.4.1 Fehlende Kostenstellen

In der Krankenanstaltenstatistik 2004 bzw. aus den Stammdaten der EDV waren folgende Kostenstellen nicht ersichtlich:

- 1.) „Präoperative Ambulanz für präoperative Untersuchungen von orthopädisch-chirurgischen Versorgungsfällen und Eigenblutversorgung“,
- 2.) „Medizinische Leistungen an Dritte“ sowie
- 3.) „Akademie für den Physiotherapeutischen Dienst in Bad Radkersburg“.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Einrichtung einer Kostenstelle für die unter 2.4.1.1 angeführte "Präoperative Ambulanz" bzw. die unter 2.4.1.2 angeführten "Medizinischen Leistungen an Dritte" wird veranlasst. Nach Prüfung des Antrages der Anstaltsleitung wird diese im System angelegt werden.

Die unter 2.4.1.3 angeführte Kostenstelle "Akademie für den Physiotherapeutischen Dienst" wurde angelegt.

Vom Amt der Stmk. Landesregierung, Abteilung 5 - Personal, wurde bereits eine detaillierte Kostenaufstellung der Akademien für die gehobenen med. techn. Dienste für das Jahr 2005 übermittelt und die Kosten an das LKH Bad Radkersburg weitergeleitet. Diese werden im Kostenrechnungsabschluss 2005 vom LKH Bad Radkersburg kalkulatorisch angesetzt.

2.4.1.1 Präoperative Ambulanz

Mit Bescheid vom 13. Juli 2001, GZ: 12-86 Ra 12/21-2000, wurde die Betriebsbewilligung für ein Anstaltsambulatorium für präoperative Untersuchungen von orthopädisch-chirurgischen Versorgungsfällen und Eigenblutversorgung erteilt.

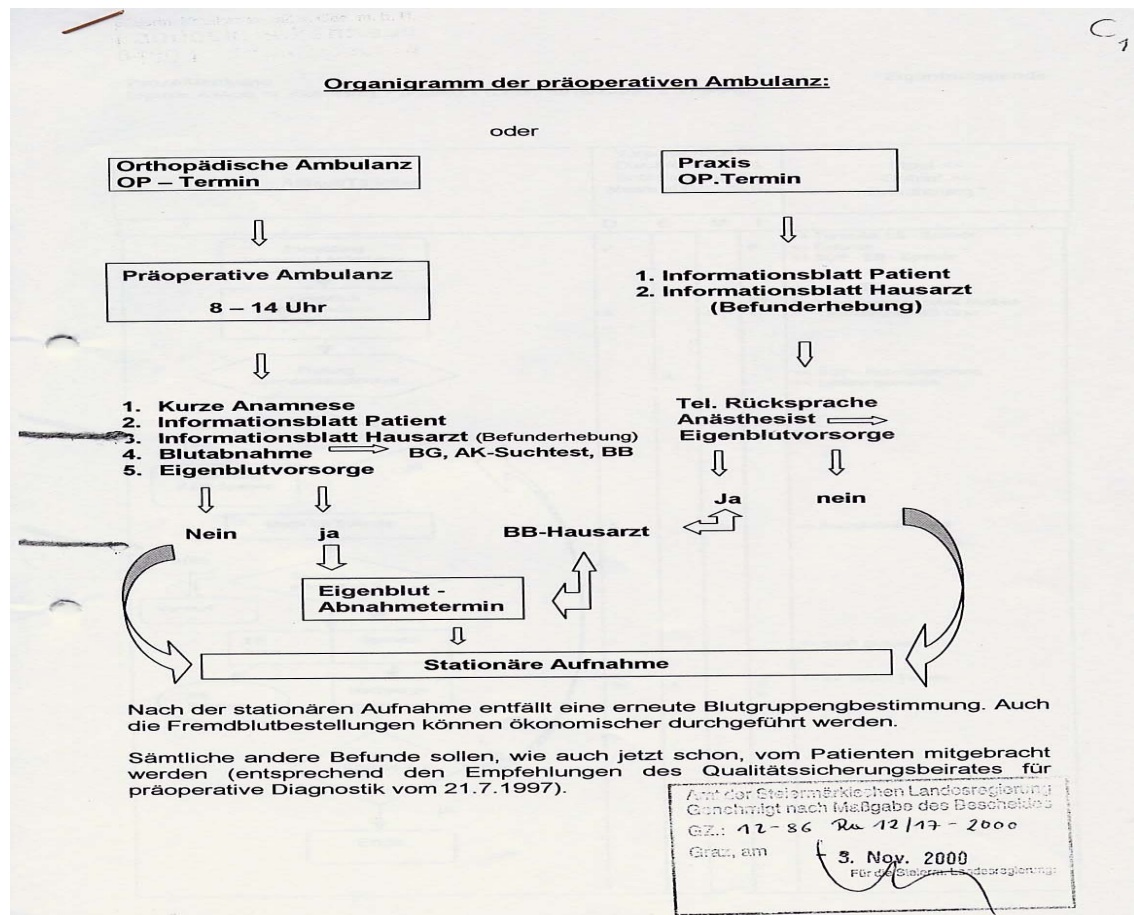
Laut LKH-eigener Homepage⁹ bildet die optimale Vorbereitung der Patienten in der präoperativen Ambulanz einen Schwerpunkt der anästhesiologischen Tätigkeit.

Im Krankenhausmagazin „Vitale“ vom Jänner 2003, welches als Informationsschrift des LKH Bad Radkersburg übermittelt wurde, werden Blutsparmaßnahmen als „besonderes Anliegen der Anästhesieabteilung“ angeführt. Weiters wird darüber informiert, dass diese auf drei Säulen basieren und in Zusammenarbeit mit Chirurgen (blutsparendes Operieren), der Univ.Klinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin Graz (Eigenblutspende) und unter Einsatz der maschinellen Autotransfusionsgeräte (Cell Saver) bzw. Drainageblutsammel- und Waschsyste (Ortho Pat) umgesetzt werden. Durch dieses Vorgehen werde den Patienten größtmögliche Sicherheit sowie ein hoher Qualitätsstandard der Produkte gewährleistet und zugleich ein sparsamer und verantwortungsvoller Umgang mit der kostbaren Ressource Blut ermöglicht¹⁰.

⁹ <http://www.lkh-badradkersburg.at/cms/beitrag/10007222/548913/> vom 6.10.2005

¹⁰ Vitale 1.2003: Redaktion: LKH Bad Radkersburg, Direktor Johann Wendler in Zusammenarbeit mit dem herausgebenden Verlag

Darstellung des Organigramms der präoperativen Ambulanz:



Laut Auskunft der Leiterin des Anstaltsambulatoriums für präoperative Untersuchungen von orthopädisch-chirurgischen Versorgungsfällen und Eigenblutversorgung beträgt der Anteil der Eigenblutversorgung nur ungefähr 3 % des Gesamtblutbedarfes.

Um besonderes Augenmerk auf Sparmaßnahmen von Fremdblut bzw. Blutersatzstoffen zu legen sowie auf die **spezielle Möglichkeit** einer Eigenblutspende und somit der **Vermeidung** einer **Fremdblutaufnahme** hinzuweisen, empfiehlt der LRH, die Information über das Leistungsangebot im ärztlichen Gespräch, in den diversen **Medien** bzw. in den **verschiedenen extramuralen Bereichen**, wie in Arztpraxen, den Einrichtungen des Rehabilitations- bzw. Kurbereiches sowie auch im Internet den Patienten zur Verfügung zu stellen.

Die oben angeführte Ambulanz ist als **nicht-bettenführende Hauptkostenstelle** (Kostenstellen der Untersuchungs- bzw. Behandlungsbereiche) **zu führen**, um anfallende Kosten zu sammeln.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Betreffend den Hinweis des LRH, die Information über das Leistungsangebot "Eigenblutspende" zu verstärken wird folgendes angemerkt:

Der wissenschaftliche und ökonomische Stellenwert der Eigenblutspende hat sich in den letzten Jahren beträchtlich geändert. Die Bedeutung liegt vor allem in der Vermeidung einer Fremdblutaufnahme.

Das LKH Bad Radkersburg ist laut einer Feldstudie des Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Blutkomponenten 2004 – Projekt "Maßnahmen zur Optimierung des Verbrauchs von Blutkomponenten bei ausgewählten operativen Eingriffen in österreichischen Krankenanstalten" im Spitzenfeld der teilnehmenden Krankenanstalten mit dem geringsten Fremdblutverbrauch und das trotz des geringen Prozentsatzes an Eigenblutspenden (die Verwurfsrate der Eigenblutkonserven liegt bei 41 %).

Die PatientInnen werden im LKH Bad Radkersburg individuell von den Ärzten der Anästhesie über die Blutsparmaßnahmen und auch über die Möglichkeit einer Eigenblutspende informiert und aufgeklärt.

2.4.1.2 Medizinische Leistungen an Dritte

Nebenkostenstellen sind Teilbereiche der Krankenanstalt, die Kosten verursachen, jedoch vornehmlich nicht Leistungen unmittelbar für die Patienten der Krankenanstalt erbringen.

Um eine exakte Zuordnung der Kostenarten bzw. der Leistungen der Krankenanstalt zu gewährleisten, empfiehlt der LRH für die Befundung und Dokumentation von Blutuntersuchungen des LKH-eigenen Labors sowie für Leistungen des

Röntgen für den externen Bereich – wie die Kurklinik Maria Theresia in Bad Radkersburg - eine Nebenkostenstelle einzurichten.

Nach Auskunft der Betriebsdirektion werden diese Kosten derzeit auf der Kostenstelle „Medizinische Ambulanz“ verbucht.

2.4.1.3 Akademie für den Physiotherapeutischen Dienst

Mit Erlass vom 30.8.2004, GZ: FA8A-25 PTR 1/10-2004, wurde die Bewilligung einer Akademie für den physiotherapeutischen Dienst in Bad Radkersburg erteilt. Darin tritt das Land Steiermark als Rechtsträger auf. Die Ausbildung soll in Verbindung mit dem LKH Bad Radkersburg erfolgen, welches über eine Physiotherapieeinrichtung zur Patientenbehandlung verfügt und an welchem Physiotherapeuten beschäftigt sind.

Laut Auskunft der FA8A für Gesundheitswesen wird die Akademie von einer Fachhochschule abgelöst werden, wobei der neue Standort zum Zeitpunkt der Anfrage noch nicht festgelegt war. Der im Jahr 2004 begonnene Studiengang wird auf jeden Fall am derzeitigen Standort durchgeführt bzw. abgeschlossen werden.

Im Jahre 2004 wurden im LKH noch keine Kosten erfasst.

Durch die Zuordnung dieser Schulungseinrichtung zum LKH Bad Radkersburg (laut FA8A) – wenn auch nur vorübergehend bzw. zeitlich begrenzt - sind die jeweiligen Kosten von der zuständigen Abteilung des Amtes der Stmk. Landesregierung anzufordern und als **Kosten** in der **Kostenrechnung anzusetzen**, um eine **nachhaltige Verfolgung anfallender Kosten** dieser Ausbildungsstätten der Steiermark zu gewährleisten.

Aufgrund der vorhin angeführten gesetzlichen Vorgaben sind diese Kostenstellen **zur Erfassung möglicher relevanter Leistungen und dementsprechender Kosten** einzurichten.

2.5 Erfassung von Statistikdaten

2.5.1 Labor

Gemäß § 37 Abs. 1 der Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten, BGBl. II Nr. 638/2003, sind die Bestimmungen des Handbuchs zur Dokumentation von Kostendaten anzuwenden.

In der „Dokumentation in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten des BMGF 2004“ (Grundlage BGBl. 745/1996, BGBl. I Nr. 5/2001 bzw. BGBl. I Nr. 144/2003) wird vorgegeben, dass die „Anzahl der Besuche ambulanter Patienten/innen“ der während des Kalenderjahres (Berichtsjahres) auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen behandelten, nicht-stationären Patienten aufzuzeichnen ist.

Im LKH Bad Radkersburg besuchen die Patienten im Laufe des stationären Aufenthaltes nicht „persönlich“ das Labor zum Zwecke der Blutabnahme. Die Blutabnahme erfolgt in der Regel auf der Station oder in der Ambulanz. Es werden zwar KAGes-intern Leistungen für die Umlage des Kostenrechnungsabschlusses, jedoch keine Frequenzen aufgezeichnet und sind daher auch keine Frequenzen in der Leistungsstatistik dem BMGF zu melden.

Der LRH **regt an**, diese Verordnung **neu zu überdenken** bzw. so zu **handhaben**, dass ein **tatsächlich geleisteter Ressourceneinsatz bewertet** wird, um Steiermark und Österreich weit tatsächlich erbrachte Leistungen anfallenden Kosten gegenüber stellen zu können.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Rückfrage bei den zuständigen Stellen im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen ergab, dass die Definition der "Frequenzen an stationären PatientInnen" sehr wohl so eng auszulegen ist, dass nur ein Patient, der persönlich in einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle erscheint, als eine Frequenz gezählt werden darf. Somit sind Auswertungen für Kostenstellen wie Labor oder Physiotherapie über die Kennzahlen "Kosten je Frequenz" nur bedingt aussagekräftig.

2.6 Stellenbeschreibungen

2.6.1 Verwaltung

Für den Verwaltungsbereich wurden Stellenbeschreibungen erlassen, welche sich an den vorgegebenen Funktionsbeschreibungen der KAGes orientieren.

2.6.2 Betriebsdirektor-Stellvertreter

Im Organigramm wird der Leiter des Technischen Dienstes als Stellvertreter des Betriebsdirektors dargestellt. In der betreffenden Aufgaben- bzw. Stellenbeschreibung, welche am 19. September 1998 erstellt wurde, ist diese Funktion nicht ersichtlich, die Bezeichnung der Stelle lautet auf „Technischer Betriebsleiter“. Die Einstufung erfolgt in der Stellenbeschreibung in SIII/2a¹¹.

In der Erklärung des Verwaltungsdirektors „wurde die Funktion des Betriebsdirektorstellvertreters an den Technischen Leiter ohne Agenden für die Verwaltung übertragen“.

2.6.3 Leiterin Verwaltung

An der Spitze der Verwaltung ist im Organigramm eine Verwaltungsbedienstete dargestellt. Im Qualitätsmanagement-Jahresbericht 2004 ist bei dieser Bediensteten als Berufszugehörigkeit „Leiterin der Verwaltung“ angegeben. Auch in der Funktions- bzw. Stellenbeschreibung ist die Bezeichnung der Stelle als „Bereichsleitung Verwaltung“ angegeben. Hier erfolgte die Einstufung mit SIII/2¹². Mit 2.9.2005 wurde auf Antrag des Betriebsdirektors und der Betriebsratsvorsitzenden des LKH Bad Radkersburg der Antrag auf die Überstellung in SIII/2a „für die Dauer der Leitung des Bereiches Verwaltung“ genehmigt.

¹¹ III/2a: Einstufung mit Matura, leitende Funktion

¹² III/2: Einstufung mit Matura, keine leitende Funktion

Die Erklärung des Betriebsdirektors lautet folgendermaßen:

„Als 2. Führungsebene für den Bereich Verwaltung wurde daher diese Bedienstete (namentlich erwähnt) eingesetzt“.

Auffallend in der Organisation dieses LKH ist die Zuordnung eines Technikers als **Betriebsdirektor Stellvertreter und die Implementierung einer zusätzlichen Bediensteten als Verwaltungsleitung**, anstatt wie bei anderen KH, die Funktion des Betriebsdirektors mit jener der Verwaltungsleitung zu vereinen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Funktion einer "Leiterin Verwaltung" wird anlässlich des kommenden Stellenplangesprächs nochmals kritisch hinterfragt werden.

2.7 Internetdarstellung

Im Übereinkommen zwischen dem Bund und den Ländern über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gemäß Art. 15a B-VG, Art. 7 (5) Z 4-6, wurde am 12. Juli 2005 beschlossen, dass die Position der Bevölkerung durch die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen, durch die Implementierung und Nutzung zielgruppenorientierter Informations- und Wissenssysteme und durch die Erhöhung der Verfügbarkeit und Verbesserung der Qualität gesundheitsbezogener Informationen gestärkt werden soll.

Ausführungen im Internet dienen dem Zweck der Bevölkerung grundsätzliche, spezielle und bedarfsgerechte Informationen zu den Themen Krankenhaus und Gesundheit sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen rasch und unbürokratisch zur Verfügung zu stellen.

Die Informationen des LKH Bad Radkersburg sind kurz, prägnant und auf das Wesentliche beschränkt.

Qualitätskriterien, wie die Durchführung besonderer Behandlungsverfahren (z.B. die vakuumunterstützte Wundbehandlung) und andere **Besonderheiten** des Krankenhauses bzw. Mitteilungen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung des Krankenhauses **könnten** ebenfalls **auf der eigenen Homepage veröffentlicht** werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Bei der nächsten Aktualisierung der Internetdarstellung wird auf die Darstellung von Aktivitäten und Serviceeinrichtungen Bedacht genommen werden.

3. LEISTUNGS-, AUFWANDS- UND ABGANGSENTWICKLUNG

In der nachfolgenden Aufstellung werden einige Kennzahlen der Krankenanstalt dargestellt. Diese werden im Bericht in den jeweils zutreffenden Abschnitten näher behandelt. Die Daten wurden im Wesentlichen der Krankenanstaltenstatistik, der Haushaltsliste und dem Sammelkostennachweis entnommen und beziehen sich auf die Durchschnittswerte der Jahre 2001 – 2004:

3.1 Medizinischer Bereich

3.1.1 Gesamtleistungen

Die Entwicklung der Gesamtleistungen zeigt folgendes Bild:

	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2001 - 2004	
					2001 = 100	absolut
Systemisierte Betten	116	116	116	116	100,0	0
Tatsächliche Betten	122	125	123	122	100,0	0
Pflegetage	42.617	43.053	43.214	43.896	103,0	1.279
Belagstage	37.911	37.898	37.929	38.547	101,7	636
Aufnahmen	4.704	5.145	5.293	5.349	113,7	645
Frequenzen ¹³ Orthopäd. OP-Bereich	1.965	2.099	2.109	2.116	107,7	151
Auslastung (Belagstage)	85,1	83,1	84,5	86,3	101,4	1,2
Verweildauer ¹⁴ (Belagstage)	8,1	7,4	7,2	7,2	88,9	- 0,9
Ambulante Fälle	10.352	12.873	15.447	16.270 ¹⁵	157,2	5.918

¹³ Frequenzen an stat. Pat. – Abt. f. Orthop.-OP-Bereich

¹⁴ Berechnungsformel: Belagstage /stat. Pat.;
stat. Pat.: [(Aufnahmen + Entlassene + Verstorbene)/2]

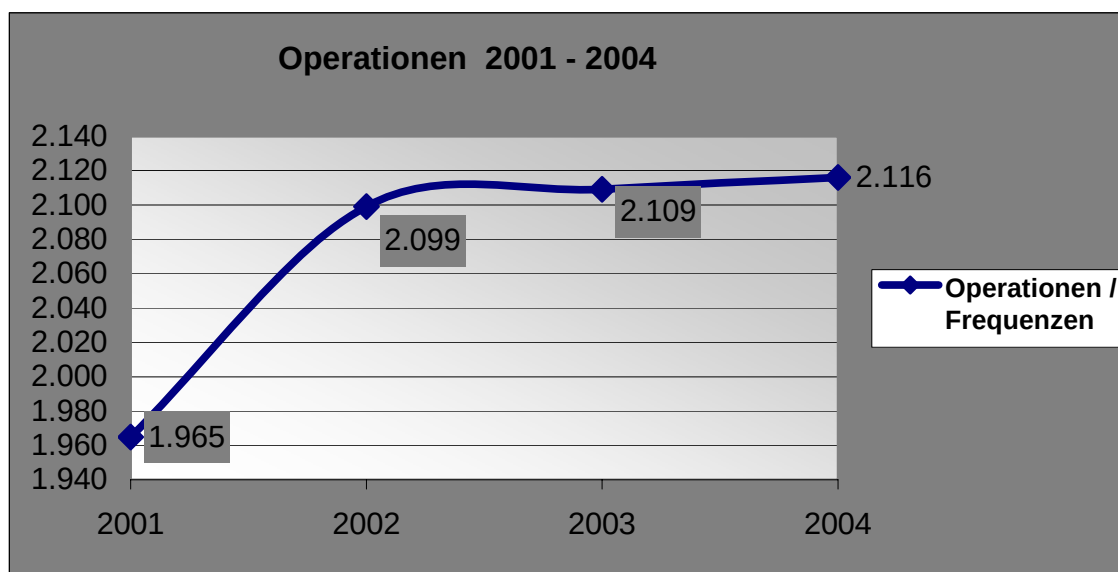
¹⁵ ab 2004 Ambulante Patienten, siehe Seite 53

Im Jahr 2004 – wie auch im Jahr 2001 – standen 122 tatsächliche 116 systemisierten Betten gegenüber. Die Auslastung von 85 %, welche auch von der KAGES für Berechnungen zugrunde gelegt wird, konnte bereits 2001 erreicht werden und ergab sich für 2004 eine minimale Steigerung von 1,4 %. Die Verweildauer konnte um 11,1 % gekürzt werden.

Im Vergleich¹⁶ der Verweildauer des Jahres 2004 mit den anderen steirischen Krankenanstalten liegt Radkersburg mit 8,2 Tagen im Mittelfeld (niedrigster Wert 6,2 - höchster 10,1 Tage).

Das Thema betreffend der gesetzlich vorgegebenen maximalen Anzahl der stationären Betten wurde bereits unter Punkt 2.2 „Systemisierte Betten“ behandelt.

3.1.2 Durchgeführte Operationen¹⁷/Frequenzen im OP-Bereich



Die Anzahl der durchgeführten Operationen bzw. Frequenzen (2001 – 2004) erhöhte sich um 7,7 % (siehe auch Gesamtleistungen).

¹⁶ Quelle: KAGES-Statistikdaten 2004, Tabelle D10

¹⁷ Quelle: KAS 2001-2003 und KDok 2004

3.2 Gesamtaufwand

Die Erhöhung des Betriebsaufwandes von T€¹⁸ 1.822,2 im Zeitraum 2001 – 2004 gliedert sich wie folgt:

3.2.1 Personalaufwand

Der Aufwand für das krankenhaus eigene Personal wird in folgender Tabelle dargestellt:

	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2001 – 2004 2001 = 100
	in T€ ¹⁹				
Personalaufwand gesamt	10.265,7	10.664,5	11.282,4	11.595,9	113,0
Personalaufwand inklusive unbarer Personalaufwand	9.778,0	10.154,4	10.725,7	11.022,0	112,7
Sondergeb. Ärzte	487,8	510,1	556,7	573,9	117,7
Personal Belastet ²⁰	223,33	227,20	232,07	234,53	105,0

Der Personalaufwand (ohne Berücksichtigung der Ärzte-Sondergebühren) stieg um 12,7 % oder T€ 1.244,-, während laut Dienstpostenplan eine Erhöhung der Anzahl des Personals um 5 % erfolgte. Die Steigerung des Aufwandes ist laut Auskunft der Betriebsdirektion einerseits auf die Erhöhung von Dienstposten im ärztlichen Bereich, im Pflegefachdienst sowie im medizinisch technischen Dienst andererseits durch die höheren Bezüge aufgrund der Biennalsprünge zurückzuführen. Weiters wurden einige Dienstposten mit besser qualifizierten Personen nachbesetzt.

¹⁸ T€ = Tausend Euro

¹⁹ gerundet

²⁰ laut Dienstpostenplan (jeweils Durchschnitt 1.1. und 31.12. des Jahres); „Personal Belastet“: Anzahl jener Personen, für welche ein monetärer Aufwand entsteht

3.2.2 Sachaufwand

Die Veränderung des Sachaufwandes betrug im Vergleich der Jahre 2001 – 2004 T€ 492,1 (+ 6,9 %), wobei im Vergleich 2001 – 2003 nur eine Steigerung von 2,6 % gegeben war. Auf die Veränderungen wird in den folgenden Punkten näher eingegangen.

Für den medizinischen Bereich wurden folgende Mittel eingesetzt:

3.2.2.1 Medizinischer Aufwand

Der medizinische Gesamtaufwand wurde in folgende Bereiche gegliedert:

Medizinischer Aufwand in €					
	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2001 – 2004 2001 = 100
Med. Verbrauchs- u. Hilfsstoffe	4.467.315	4.695.868	4.561.121	4.733.630	106,0
Med. Fremdl.	159.051	151.829	65.463	76.610	48,2
Miete med. Betriebsausstattg	0	4.381	7.525	4.465	--
Med. IH ²¹ Aufw.	122.032	192.410	206.488	237.145	194,3
IA ²² Med. Leistg.	361.134	355.997	380.044	393.313	108,9
Summe	5.109.532	5.400.485	5.220.641	5.445.163	106,6
Aufnahmen	4.704	5.145	5.293	5.349	113,7

In den Jahren 2001 – 2004 ergab sich bei den medizinischen Verbrauchs- und Hilfsstoffen ein erhöhter Verbrauch von 6 % oder € 266.315,-. Im gleichen Zeitraum stieg der medizinische Instandhaltungsaufwand (IH Aufwand) um 94,3 %, das sind € 115.113,- (siehe Punkt 3.3.2.1.6 und 3.3.2.1.7). Die Zahl der Patientenaufnahmen erhöhte sich von 2001 auf 2004 um 13,7 %.

²¹ IH = Instandhaltung (beinhaltet die Konten 720726, 720727, 721727)

²² IA = Innenaufwand (Aufwand, welcher innerhalb der KAGes eigenen Krankenanstalten erbracht wird; beinhaltet die Konten 790229, 790611, 790621, 790631, 790695)

Im Detail die Kostenveränderungen²³:

Medizinische Verbrauchs- und Hilfsstoffe:

3.2.2.1.1 Blut und Blutersatz / Innenaufwand Blut

Im Folgenden wird die Entwicklung der Kosten²⁴ von Blut bzw. Blutersatzstoffen abgebildet:

Blut bzw. Blutersatzstoffe 2001 - 2004					
	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2001 – 2004 relativ
Blut- und Blutersatz	24.045	46.403	41.170	22.396	93,1
Innenaufwand Blut	165.919	171.820	156.074	179.793	108,4
Summe ²⁵	189.964	218.223	197.244	202.189	106,4

Die außergewöhnliche Erhöhung der Kosten der Jahre 2002 bzw. 2004 wird von der Anstaltsleitung mit der medizinischen Behandlung eines „Bluterpatienten“ begründet.

3.2.2.1.2 Chemikalien

Ursprünglich wurden im Bereich der Chemikalien (520222)²⁶ auch Reagenzien verbucht. Ab dem Ende des Jahres 2004 wurden diese herausgelöst und als eigene Unterposition (520223) geführt. Die Kostensteigerung, welche € 15.136,- (2001 - 2004) betrug, ist laut Auskunft der Betriebsdirektion vor allem auf die Einführung eines anderen Verfahrens zur Untersuchung von Herzinfarkt-Patienten gegeben.

²³ Quelle: Sammelkostennachweis 2001 – 2004, alle Zahlen gerundet (ohne Berücksichtigung der Abgrenzungen)

²⁴ Kosten laut Sammelkostennachweise

²⁵ Summen laut Kostenrechnung / Sammelkostennachweise; ohne Abgrenzungen

²⁶ Quelle: Sammelkostennachweise 2001 – 2004 (ohne Abgrenzungen)

3.2.2.1.3 Desinfektionsmittel

Bei den Desinfektionsmitteln konnten aufgrund der Bemühungen der Hygieneverantwortlichen die Kosten von € 31.103,- auf € 20.885,- um 32,9 % gesenkt werden.

Durch die laufende Kontrolle des Desinfektionsmitteleinsatzes mittels Vergleich der Auswertungsergebnisse werden Maßnahmen zum bewussten Einsatz bzw. zur Reduzierung der Desinfektionsmittel durchgeführt. Die Ergebnisse der Verbrauchskontrollen werden den Mitarbeitern zur Kenntnis gebracht.

3.2.2.1.4 Verbandstoffe

Die Kosten für Verbandstoffe stiegen im Vergleich der Jahre 2001 und 2004 um 59,8 % oder € 33.322,-.

Aufgrund der Anwendung eines vakuumunterstützten Wundheilsystems, durch welches sowohl eine beschleunigte als auch eine verbesserte Wundheilung herbeigeführt werden kann, entsteht ein höherer Investitions- und zusätzlicher Personalaufwand.

Laut Aussage des BMGF - nach erfolgter Übermittlung eines diesbezüglichen Ergänzungsvorschlages für den Leistungskatalog des BMGF zwecks Zuerkennung einer neuen medizinischen Einzelleistung - sollte noch die weitere Entwicklung dieser Behandlungsform abgewartet werden.

Der Landesrechnungshof **empfiehlt**, die entsprechende Anwendung weiter zu dokumentieren und - nach Rücksprache mit der Zentralklinik betreffend Zeitpunkt und Vorgangsweise - sich **gemeinsam mit allen anderen betroffenen Krankenhäusern der Steiermark** um **Bewertung dieser Leistungen** zu bemühen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Seitens der KAGes wurde bereits Ende 2004 ein gesammelter Antrag für das LKH Bad Radkersburg, LKH Graz West, LKH-Univ.Klinikum Graz, LKH Feldbach und LKH Bruck an der Mur hinsichtlich Aufnahme der vakuumunterstützten Wundheiltherapie als Einzelleistung in den Medizinischen Einzelleistungskatalog 2006 an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gestellt.

Vom Bundesministerium wurde die Aufnahme einer vakuumunterstützten Wundheiltherapie mit der Begründung abgelehnt, dass diese Leistung bereits in bestehenden Fallpauschalen enthalten ist.

3.2.2.1.5 Behandlungs- und Einmalbehandlungsbedarf

Bei differenzierter Betrachtung war im Bereich des Kontos²⁷ „Behandlungs- und 1x Behandlungsbedarf“ (520271) eine Steigerung von 45,9 % ersichtlich. Der Aufwand erhöhte sich von € 302.446,- auf € 441.320,- (2001 - 2004).

Die Erhöhung der Kosten wird von der Abteilung für Anästhesiologie mit einem Wechsel der Blutsammelsysteme beim orthopädischen Kniegelenkersatz erklärt.

Medizinische Fremdleistungen:

Im Bereich der Laboruntersuchungen ist ein Großteil der Kostensteigerungen des Jahres 2002 auf eine Erhöhung der Tarife für histopathologische Untersuchungen zurückzuführen, welche von der KAGes festgelegt wurde. Bei der Kostenart „Diagnosen“ entfiel der Anteil der Kosten für CT-Untersuchungen aufgrund der Implementierung eines eigenen Computertomographiegerätes im Jahr 2002.

²⁷ Quelle: Sammelkostennachweis 2001, 2004 ohne Berücksichtigung der Abgrenzungen

Medizinischer Instandhaltungsaufwand:

3.2.2.1.6 Instandhaltung medizinischer Betriebsausstattung

Die Kostensteigerung der „Instandhaltung med. Betriebsausstattung“ betrug im Zeitraum 2001 – 2004 € 36.321,- (von € 83.209,- auf € 119.530,-) oder 43,7 %. Auf Anfrage des LRH wurde diese Erhöhung durch Neuinvestitionen (XION-Anästhesieplattform, Bohrmaschinen und Sägen) und einen vermehrten Verschleiß an Betriebsausstattung aufgrund steigender OP-Zahlen (+ 7,7 %) begründet. Für den LRH kann dies **nicht als plausible Erklärung** angesehen werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Wie dem LRH im Zuge der Prüfung und auch anhand einer Unterlage erläutert wurde, wurden die instandhaltungskostenintensiven Funktionsbereiche OP und Endoskopie 1999/2000 bzw. 2001 in Betrieb genommen. Die medizintechnische Ausstattung war im Zeitraum 2001 teilweise noch in Garantie bzw. Gewährleistung. Die medizintechnischen Instandhaltungskosten für das Jahr 2001 sind in diesem Zeitraum vor allem im Bereich OP und Endoskopie deshalb nicht so hoch, da Neugeräte erst mit einem gewissen Einsatz einem Verschleiß unterliegen. Zusätzlich wurden im Zeitraum 2001 bis 2004 im OP-Bereich Neuinvestitionen getätigt und das Gerätespektrum erweitert. Insgesamt sind damit die Erläuterungen aus Sicht der KAGes jedenfalls plausibel.

3.2.2.1.7 Wartung medizinisch-technischer Anlagen

Aufgrund von Wartungsverträgen („CT-Wartungsvertrag“, „Anästhesieprotokollierungs-Wartungsvertrag PICIS“ und „Betriebs-Wartungsvertrag Röntgen“) erhöhte sich die Position „Wartung medizinisch-technischer Anlagen“ im Vergleich der Jahre 2001 bis 2004 fast um das 6-fache (von € 13.571,- auf € 93.942,-).

Innenaufwand medizinische Leistungen:

3.2.2.1.8 Innenaufwand sonst. med. Fremdleistungen

Aufgrund der EURATOM-Richtlinie 97/43 stieg im Bereich des Kontos 790695 der Aufwand für Untersuchungen bzw. Gutachten laut Vorgaben des Strahlenschutzgesetzes von € 1.242,- auf € 5.724,-.

3.2.2.2 Nicht medizinischer Bereich

3.2.2.2.1 Lebensmittel

Die Lebensmittelkosten stiegen um 11,6 % oder € 21.331,- (2001 € 183.903,-, 2004 € 205.234,-). Die Anzahl der Pflagestage erhöhte sich im angegebenen Zeitraum um 3 %.

Die niedrigere Anzahl der Verpflegstage des Jahres 2004 im Vergleich mit 2003 wird mit der Verwendung eines anderen Berechnungsmodus für Personal und Dritte begründet.

3.3 Erträge

Die Entwicklung der Erträge der Jahre 2001 – 2004 zeigt folgendes Bild:

Erträge in T€						
	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2001-2004 2001 = 100	Veränderung absolut 2001-2004
Umsatzerlöse	13.012,4	12.840,2	13.490,4	14.219,9	109,3	1.207,5
Sonstige Erträge	145,7	124,4	38,5	140,2	96,2	- 5,5
Betriebsertrag	13.158,1	12.964,6	13.528,9	14.360,1	109,1	1.202,0

Abgesehen von einer Verminderung der „Umsatzerlöse“ im Jahr 2002 konnte eine kontinuierliche Vermehrung dieser Erlöse bis 2004 beobachtet werden. Die Höhe der erwirtschafteten „Sonstigen Erträge“ schwankte stark. Dieser Unterschied entstand zum größten Teil dadurch, dass sich beim Konto „Auflösung von Rückstellungen“ der ausgewiesene Betrag von € 123.806,- im Jahr 2001 auf € 102.412,- im Jahr 2002 verminderte, im Jahr 2003 auf € 39.533,- sank und 2004 auf den Wert von € 110.991,- stieg.

Insgesamt ergab sich eine Erhöhung des Betriebsertrages in Summe T€ 1.202,- oder 9,1 % (2001 – 2004).

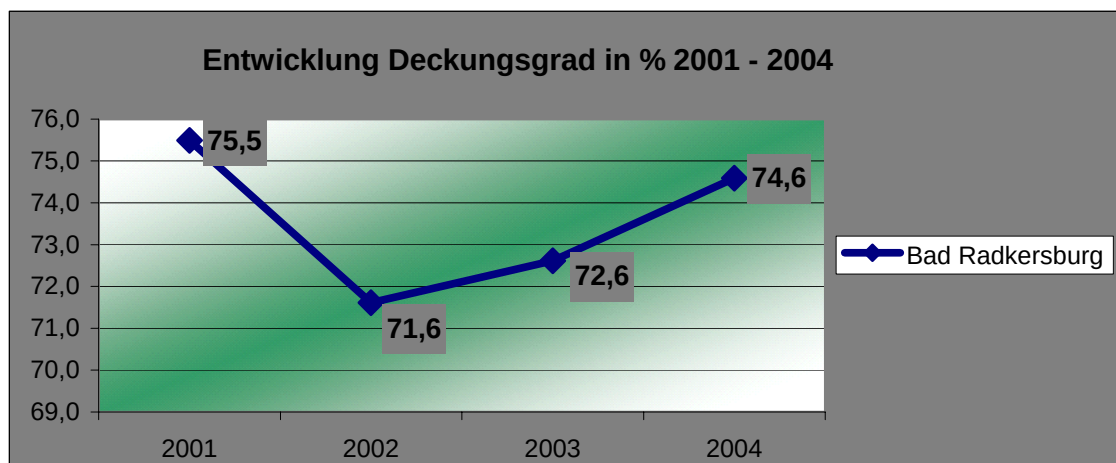
3.4 Aufwand – Ertrag – Abgang

Aufgrund der Gegenüberstellung der Aufwendungen und Erträge laut GuV-Analyse der Jahre 2001 – 2004 ergibt sich folgende Darstellung:

	Aufwand – Ertrag - Abgang					
	2001	2002	2003	2004	Veränderg. 2001 - 2004 2001 = 100	Veränderg. 2001 - 2004 absolut
	in T€					in T€
Betriebsaufwand	17.430,5	18.103,0	18.630,3	19.252,8	110,5	1.822,3
Betriebsertrag	13.158,1	12.964,6	13.528,9	14.360,1	109,1	1.202,0
Betriebsabgang	4.272,4	5.138,4	5.101,5	4.892,7	114,5	620,3
	in %					
Deckungsgrad	75,5	71,6	72,6	74,6	98,8	-0,9

Im oben erwähnten Vergleichszeitraum erhöhte sich der Betriebsaufwand in einem größeren Ausmaß als Betriebserträge lukriert werden konnten.

Daher stieg der Betriebsabgang um T€ 620,3, wodurch eine Verminderung des Deckungsgrades im Vergleich 2001 zu 2004 um 1,2 % erfolgte.



Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Bezüglich der Verminderung des Deckungsgrades zeigt die Berechnung, dass der Deckungsgrad im Jahr 2001 75,5% betrug und sich im Jahr 2004 auf 74,6% verringerte.

Dazu ist festzuhalten, dass die erzielten LKF-Punkte im Jahr 2001 mit dem Faktor 1,1 gewichtet wurden. Ab dem Jahr 2002 fiel diese Gewichtung weg und beträgt der Faktor seither 1,0.

Bei einer Vergleichsrechnung 2001 gegenüber 2004 mit dem gleichen Faktor 1,0 zeigt sich, dass der Deckungsgrad für 2001 nur 70,2% betrüge, während dieser im Jahr 2004 sogar auf 74,6% ansteigt.

3.4.1 LDF-Punkte

Im Bereich der LDF-Punkte, im Vergleich der Jahre 2002 – 2004, ergab sich folgende Entwicklung²⁸:

LDF-Punkte bzw. LKF-Erträge des LKH Bad Radkersburg und Gesamt Steiermark				
Jahr	2002	2003 ²⁹	2004	Veränderung 2002 – 2004 2002 = 100
Abrechnungsrelev. Punkte gewichtet	17,690.601	18,050.607	18,281.606	103,3
Punktewert in €	0,5820	0,5761	0,6062	104,2
LKF-Erträge ³⁰ in €	10,295.573	10,399.138	11,082.584	107,6
Punkte Stmk. Ges.	811,730.204	820,104.165	841,799.723	103,7
LKF-Erträge Stmk. Ges in €	472,410.606	472,509.125	510,311.623	108,0
Anteil an Gesamtleis- tung Steiermarks	2,18 %	2,20%	2,17 %	99,5

Bei der Betrachtung der zugewiesenen LDF-Punkte ist ein Anstieg von 3,3 % ersichtlich (2002 – 2004). Die lukrierten Beträge erhöhten sich im gleichen Zeitraum im Ausmaß von 7,6 %, einerseits durch die vermehrte Anzahl von Punkten (+ 3,3 %), andererseits durch einen höheren Punktewert (4,2 %).

Der Anteil an der Gesamtleistung Steiermarks stieg im Jahr 2003 im Vergleich zu 2002 um 0,02 Prozentpunkte und sank 2004 (ebenfalls im Vergleich mit 2002) um 0,01 Prozentpunkte.

²⁸ Quelle: Abrechnungsrelevante Punkte und Mittel für die steirischen Fondskrankenanstalten des Stmk. Krankenanstalten Finanzierungsfonds

²⁹ Datengrundlage: 2. Korrekturmeldung 2003 des SKAFF

³⁰ alle LKF-Erträge sind gerundet

3.5 Personal

Im Folgenden wird der Personalstand bzw. die Personalentwicklung der Jahre 2001 bis 2004 dargestellt:

3.5.1 Personal Soll – Ist

	Ärzte	Apoth., etc.	FD ³¹	MTD	SHD ³²	Summe Med. Pers.	Verw.	Betr. Pers.	Sonst. Pers.	Ist ³³ Ges	Soll ³⁴ Ges.
2001	32,64	0,00	78,31	15,46	31,21	157,62	20,27	52,77	0,00	230,66	222,32
2002	34,26	0,00	79,52	17,10	32,16	163,04	19,45	50,96	1,70	235,15	226,44
2003	36,78	0,00	83,12	16,52	33,37	169,79	20,13	49,78	1,63	241,33	231,44
2004	36,04	0,19	82,26	17,89	34,18	170,56	23,12	46,35	0,57	240,60	237,61

Im Jahre 2001 wurden mit 230,66 tatsächlich Beschäftigten (Ist) 8,34 Bedienstete mehr als im Stellenplan vorgegeben waren (Soll) eingesetzt. 2004 konnte die Überbesetzung auf 2,99 Personen vermindert werden.

Das Verhältnis des medizinischem zu nichtmedizinischem Personals hat sich insgesamt zu Gunsten des medizinischen Personals verschoben (von 68,3 % auf 70,9 %).

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Bei dem angeführten Soll-Ist-Vergleich ist anzumerken, dass beim Ist-Personal die Entwicklung aus der Kostenrechnung herangezogen wurde. Der Soll-Stellenplan (Basis für die Budgetierung) enthält keine "Soll-Stellen" für SchwesternschülerInnen, Hausbesorger und Zivildienstler.

³¹ FD: Krankenpflegefachdienst

³² SHD: Sanitätshilfsdienst

³³ Datenquelle: KAS 2001 – 2003 bzw. KDok 2004

³⁴ Datenquelle: genehmigter Stellenplan 2001 – 2004 (Durchschnitt jeweils 1.1. mit 31.12. d.J.)

Weiters gibt es beispielsweise für MitarbeiterInnen mit Refundierungen keine Soll-Stellen.

Grundsätzlich ist daher bei einem Soll-Ist-Vergleich die Belastung im Stellenplan den Soll-Stellen gegenüberzustellen.

Betrachtet man die einzelnen Jahre, ergibt sich folgendes Bild:

	Durchschn. Soll-STPL	Durchschn. Belastung
2001	222,38	222,43
2002	226,20	224,89
2003	231,16	231,25
2004	236,98	231,12

3.5.1.1 Kalkulatorisches Personal

In der Gesamtsumme der Krankenanstaltenstatistik ist jeweils die Summe des kalkulatorischen Personals enthalten.

Diese ergibt sich aus den Tätigkeiten von Schwesternschülerinnen des 3. Ausbildungsjahres, jenen des Hausbesorgers des Personalwohnhauses und der im LKH eingesetzten Zivildienstler bzw. sonstigen Personen, welche unentgeltlich im Krankenhaus tätig sind.

Im Bereich der Kostenrechnung ist grundsätzlich sämtliches eingesetztes Personal zu berücksichtigen. Daher wird nachstehend die Summe des eingesetzten Personals laut Kostenrechnung mit jener des Stellenplans (Besetzt) dargestellt:

Vergleich tats. Personal ohne kalk. Pers. - Besetzt					
	Tats.Pers. ³⁵	Kalk.Pers.	Summe ohne Kalk.	Besetzt laut DPPI.	Differenz absolut
2001	230,66	1,70	228,96	230,88	+ 1,92
2002	235,15	1,98	233,17	235,38	+ 2,21
2003	241,33	1,96	239,37	238,38	- 0,99
2004	240,60	2,69	237,91	241,59	+ 3,68

Da die Anzahl des tatsächlich eingesetzten Personals (ohne kalkulatorische Bedienstete) mit der Anzahl „Besetzt“ des Stellenplanes nicht korreliert, ist zu überprüfen, ob Bedienstete im **LKH eingesetzt werden, welche in der Kostenrechnung nicht berücksichtigt** wurden.

³⁵ laut KAS bzw. KDok

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Grundsätzlich sind in der Kostenrechnung alle Bediensteten berücksichtigt, die in einer Krankenanstalt tätig sind. Auch jene Bediensteten, die beispielsweise aus der Allgemeinen Vorsorge finanziert werden, sind in der Kostenrechnung enthalten.

Die im Bericht auf Seite 36 dargestellte Abweichung ergibt sich auf Grund der unterschiedlichen Auswertungszeiträume:

- Tats.Pers. lt. KAS bzw. KDOK: Jahresdurchschnitt lt. Kostenrechnung*
- Besetzung lt. DPPL: Stichtagsbezogene Auswertung*

Durch die unterschiedlichen Betrachtungszeiträume ergibt sich die ausgewiesene Differenz. Grundsätzlich ist bei dem Vergleich KAS bzw. KDOK mit der Besetzung lt. DPPL der gleiche Auswertungszeitraum heranzuziehen.

Beispielsweise ist für das Jahr 2004 die durchschnittliche Besetzung 237,78 Dienstposten. Die geringfügige Abweichung zu dem Tats. Pers. lt. KAS ergibt sich dadurch, dass zum Teil rückwirkende Stellenplanumbuchungen durchgeführt wurden.

4. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN

Wie bereits unter Punkt 2.2 „Systemisierte Betten“ beschrieben, ist die Gesamtanzahl der systemisierten Betten um 2 Betten von 116 auf 114 laut Stmk. Krankenanstaltenplan zu vermindern. Dementsprechend ist auch die Anzahl der tatsächlichen Betten anzupassen.

4.1 Bettenführende Einrichtungen

Im Landeskrankenhaus Bad Radkersburg wurde im Jahr 1997 die chirurgische Abteilung aufgelassen und eine Abteilung für Orthopädie gegründet.

Da auf Grund der exponierten Lage weiterhin die Notwendigkeit der Erstversorgung von Patienten mit akuten Krankheitsbildern chirurgischer (allgemein- oder unfallchirurgischer) Fachrichtungen besteht, deren sofortiger Weitertransport in eines der nächst situierten Landeskrankenhäuser wie Feldbach oder Wagna zu riskant wäre, ist die Erstversorgung in Radkersburg durch ein im Sinne des § 30 Abs. 1 KALG von der Rechtsträgerin vorgelegtes Notfallskonzept sichergestellt.

Schwerpunkt der Abteilung für Innere Medizin sind neben der Herz- und Kreislaufmedizin vor allem auch die Untersuchungen des Magen-Darmtraktes, des Knochens sowie Erkrankungen der Niere und des Bewegungsapparates.

In Zusammenarbeit mit der Orthopädischen Abteilung bietet das Krankenhaus eine Rheumaambulanz an, die auch in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Rheumatologie der I. Med. Univ. Klinik Patienten betreut.³⁶

³⁶ Laut Internetdarstellung des LKH Bad Radkersburg

4.1.1 Abteilung für Orthopädie

Darstellung der Entwicklung einiger Kennzahlen des stationären orthopädischen Bereiches von 2001 bis 2004:

Orthopädie					
	2001	2002	2003	2004	Veränderung in % - 2001 - 2004
System. Betten	40	40	40	40	100,0
Tatsächl. Betten	49	51	51	51	104,1
Station. Pat. ³⁷	2.610	2.595	2.593	2.594	99,4
Belagstage	15.500	15.857	15.804	15.936	102,8
Auslastg. in % nach Belagstg.	86,7	85,2	84,9	85,4	98,5
Verweildauer in Tagen (Basis Belagstage)	5,9	6,1	6,1	6,1	103,4
Korr. Beschäftigte	36,79	39,70	39,53	38,56	104,8
Personalfaktor	1,154	1,094	1,095	1,129	97,8
Frequenzen ³⁸ Orthopäd. OP-Bereich	1.965	2.099	2.109	2.116	107,7

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten überschreitet die gesetzlich vorgegebene Höchstanzahl um 27,5 %.

Die durchschnittliche Verweildauer von 5,9 Tagen im Jahre 2001 stieg im darauffolgenden Jahr auf 6,1 Tage und blieb sodann stabil.

Die relative Auslastung im Jahre 2001 von 86,7 % verminderte sich in minimalem Ausmaß im Jahr 2004 um 1,3 Prozentpunkte auf 85,4 %. Diese Veränderung entstand, da zwar eine Erhöhung der Belagstage (+ 2,8 %) gegeben war, jedoch die Anzahl der tatsächlichen Betten von 49 auf 51 gestiegen ist.

³⁷ Berechnungsformel: [(Zugänge+ Abgänge + Verstorbene)/2]

³⁸ Frequenzen an stat. Pat. – Abt. f. Orthop.-OP-Bereich

Der Personalfaktor (Durchschnittsbelag / korr. Beschäftigte) verminderte sich von 2001 bis 2004 um 2,2 %, wobei im Vergleich der Jahre 2001 mit 2002 bzw. 2003 der Faktor um ungefähr 5 % fiel.

Die Anzahl der Operationen (Frequenzen im orthopädischen OP-Bereich) erhöhte sich im Zeitraum 2001 – 2004 um 7,7 %.

Die **Einhaltung** der **gesetzlich vorgeschriebenen Höchstanzahl** an Betten ist sicherzustellen.

Um die langen Wartezeiten für orthopädische Operationen in Bad Radkersburg abzubauen, werden 1 – 2 mal wöchentlich Operationen von Ärzten des LKH Bad Radkersburg im LKH Wagna durchgeführt.

Dennoch bestehen **Wartezeiten** (z.B. 5 Monate), welche für die Patienten **nicht zufriedenstellend** sind.

Es wären **Überlegungen** anzustellen, wie man eine **OP-Frequenzerhöhung bewerkstelligen** könnte.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Zur Anmerkung des LRH, dass Überlegungen anzustellen wären, wie man eine OP-Frequenzerhöhung bewerkstelligen könnte, ist festzuhalten, dass bereits jetzt die Orthopädie im LKH Bad Radkersburg im Vergleich mit anderen orthopädischen Abteilungen einen überdurchschnittlich hohen Anteil an operierten Patienten aufweist. Nur 15 % der Fälle im Jahr 2005 wurden einer konservativen Behandlung zugeführt, die Belagsdauer der Abteilung liegt bei vergleichbarem Patientengut um 2,5 Tage unter dem Österreichschnitt. Aus unserer Sicht ist bereits jetzt eine Optimierung der OP-Kapazitäten im hohen Ausmaß erfolgt. Eine weitere Erhöhung wäre nur unter der Voraussetzung einer Aufstockung der Bettenkapazität bei Ausweitung der OP-Betriebszeiten denkbar.

Hinsichtlich der gesetzlich vorgeschriebenen Höchstanzahl an Betten wird auf die Ausführungen zu Pkt. 2.2 verwiesen.

4.1.2 Abteilung für Innere Medizin

Die Anzahl der systemisierten und der tatsächlichen Betten des stationären medizinischen Bereiches sowie die Anzahl der stationären Patienten, der Belagstage, der Auslastung nach Belagstagen und die durchschnittliche Verweildauer entwickelten sich im Zeitraum 2001 – 2004 wie folgt:

Innere Medizin					
	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2001 – 2004 2001 = 100
System. Betten	73	73	73	73	100,0
Tatsächl. Betten	69	71	69	68	98,6
Station. Pat. ³⁹	2.890	3.104	3.250	3.345	115,7
Belagstage	20.883	20.713	20.941	21.478	102,8
Auslastg. in % nach Belagstg.	82,9	79,9	83,1	86,3	104,1
Verweildauer in Tagen nach Belagstg.	7,2	6,7	6,4	6,4	88,9
Korr. Beschäft.	57,21	59,11	64,16	63,78	111,5
Personalfaktor	1,000	0,960	0,894	0,920	92,0

Von den 73 systemisierten Betten wurden im Jahr 2001 69 Betten, im Jahr 2004 nur 68 Betten tatsächlich aufgestellt. Die Auslastung von 82,9 % konnte im oben erwähnten Zeitraum auf den guten Wert von 86,3 % erhöht werden.

Dies resultiert einerseits aus einer Steigerung der Anzahl der Belagstage um 2,8 %, andererseits aus einer Senkung der tatsächlich aufgestellten Betten. Weiters wurde die Verweildauer um 11,1 % (von 7,2 auf 6,4 Tage) gesenkt.

Der Personalfaktor – das Verhältnis des Durchschnittsbelages⁴⁰ zu den korrigierten Beschäftigten – verminderte sich um 8 %.

³⁹ Berechnungsformel: [(Zugänge + Abgänge + Verstorbene)/2]

⁴⁰ Berechnung Durchschnittsbelag: Belagstage durch Jahrestage

4.2 Nicht bettenführende Einrichtungen

4.2.1 Ambulatorium für Innere Medizin

In der Ambulanz für Innere Medizin werden täglich (außer samstags und sonntags) zwei Stunden für die Diagnostizierung und Behandlung von Patienten aufgewendet.

Die Entwicklung der Leistungen stellt sich wie folgt dar:

Medizinische Ambulanz					
Jahr	Ambulante Fälle ⁴¹	Frequenzen an amb. Pat.	Korr. Besch.	Frequenzen / Korr. Besch. (gerundet)	Frequenzen / Amb. Fall (gerundet)
2001	510	854	1,15	743	1,7
2002	887	1.139	1,04	1.095	1,3
2003	1.316	1.457	0,76	1.917	1,1
	Ambulante Patienten ⁴²	Frequenzen	Korr. Besch.	Frequenzen / Korr. Besch.	Frequenzen / Amb. Patient
2004	1.320	1.986	1,11	1.789	1,5

Mit dem Jahr 2004 wurde vom BMGF statt der Kennzahl „Ambulante Fälle“ die Kennzahl „Ambulante Patienten“ eingeführt. Aufgrund der geänderten Statistikdatenerfassung werden nur die Jahre 2001 – 2003 miteinander verglichen.

Im Vergleich des Jahres 2002 mit 2003 erhöhte sich die Anzahl der Ambulanten Fälle um 48,4 % während die Anzahl der korrigierten Beschäftigten um 26,9 % sank. Die Anzahl der Frequenzen pro korrigiertem Beschäftigten erhöhte sich dadurch um 75,1 %.

Bei der Anzahl der Frequenzen pro ambulantem Fall ist eine Verminderung im gleichen Zeitraum um 15,4 % erkennbar.

⁴¹ Amb. Fall (von 2001 – 2003): Zahl der Erstkontakte, während eines Kalenderjahres je Krankheitsfall behandelten Patienten, jedoch wiederum zu zählen bei Änderung oder Auftreten eines neuen Krankheitsbildes, auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen

⁴² Amb. Pat. (ab 2004): Zahl der Erstbesuche – unabhängig vom Krankheitsbild

Die große Steigerung der ambulanten Fälle bzw. Frequenzen an ambulanten Patienten wird von der Betriebsleitung einerseits mit "einer deutlichen Zunahme von Patienten nach dem Wegfall der Ambulanzgebühr sowie dem Fehlen eines geregelten Ärztenachtdienstes wochentags im Bezirk" erklärt. Andererseits wird der Anstieg auch mit „steigenden Tourismuszahlen (450.000 Nächtigungen 2003)“ begründet.

4.2.2 Ambulatorium für Orthopädie

In der Orthopädischen Ambulanz werden täglich von 7,30 Uhr bis 12,30 Uhr die ambulante Versorgung, die Beurteilung der Operationsindikation und die Nachkontrolle operierter Patienten durchgeführt.⁴³

Nachstehende Leistungen werden dabei erbracht:

Orthopädische Ambulanz					
Jahr	Ambulante Fälle	Frequenzen an amb. Pat. und stat. Pat.	Korr. Besch.	Frequenzen / Korr. Besch. (gerundet)	Frequenzen / Amb. Fall / (gerundet)
2001	9.842	17.741	9,13	1.943	1,8
2002	9.451	17.522	8,83	1.984	1,9
2003	9.901	18.603	9,11	2.042	1,9
	Ambulante Patienten	Frequenzen an amb. Pat. und stat. Pat.	Korr. Besch.	Frequenzen / Korr. Besch.	Frequenzen / Amb. Patient
2004	8.968	17.448	9,38	1.860	1,9

Mit November 2002 wurde begonnen das Programm „MEDOCS“ zu implementieren. Bei den Ergebnisauswertungen gab es Unklarheiten, weswegen für 2002 bzw. für 2003 teilweise Werte im Ergebnis doppelt angeführt wurden. Für 2004 wurden diese Schwierigkeiten für die Auswertung in „MEDOCS“ ausgeräumt. In

⁴³ Quelle: Internetdarstellung LKH Radkersburg

der oben angeführten Aufstellung wurden die korrigierten Zahlen, welche nicht mit der Krankenanstaltenstatistik korrelieren, dargestellt.

Seit 2004 werden vom Bundesministerium geänderte Richtlinien für die Erfassung von Kennzahlen vorgegeben. Die Kennzahl „Ambulante Fälle“ wurde durch die Kennzahl „Ambulante Patienten“ ersetzt.

Im Vergleich der Jahre 2001 mit 2003 ist eine Steigerung der Ambulanten Fälle mit 0,6 % und eine erhöhte Anzahl der Frequenzen an ambulanten und stationären Patienten von 4,9 % ersichtlich.

Die steigende Anzahl von Frequenzen wird ebenfalls – wie in der medizinischen Ambulanz - damit begründet, dass im Bezirk bis zum Jahre 2003 kein niedergelassener Facharzt mit Kassenvertrag eingesetzt wurde und auch in den Nachbarbezirken eine adäquate orthopädische Versorgung nicht vorhanden war. Als weitere Erklärung wird auf einen erhöhten Bedarf an orthopädischen Leistungen aufgrund von wachsendem Tourismus, Einrichtungen wie die Klinik Maria Theresia sowie anderer Kurbetriebe und Hotels angegeben. Im Jahre 2004 erhielt ein Orthopäde einen Kassenvertrag, die Ordination wurde in Mureck errichtet. Ab diesem Jahr ist eine Verminderung der Ambulanten Fälle bzw. Frequenzen erkennbar.

4.2.2.1 Subambulanzen - Orthopädie

Folgende Subambulanzen werden auf der Homepage des LKH Bad Radkersburg dargestellt:

- Wirbelsäulenambulanz
- Knieambulanz
- Handambulanz
- Rheumaambulanz
- Schulterambulanz

Aufzeichnungen über Leistungen bzw. die Zuteilung des Personals und Organisatorisches werden grundsätzlich in der Orthopädischen Ambulanz berücksichtigt.

4.2.3 Radiologie

Da Entscheidungen über die Wahl der richtigen Therapie immer stärker von den Erkenntnissen der bildgebenden Diagnostik abhängen, wurde im LKH Bad Radkersburg am 5.2.2002 ein Computertomographiegerät installiert.

Eine Zusammenarbeit in diesem Bereich zwischen dem LKH Bad Radkersburg und dem Institut für Medizinische Radiologie-Diagnostik des LKH Feldbach wurde mittels Radiologiekonzept konstituiert.

Die Befundung der Röntgenbilder erfolgt teilweise durch eigene Ärzte sowie durch Ärzte der radiologischen Abteilung des LKH Feldbach, wobei die fachliche Kompetenz der Leitung der Radiologischen Abteilung des LKH Feldbachs obliegt.

Im Bereich des Röntgen ergab sich folgende Entwicklung:

Röntgen (ab 2002 inklusive CT)					
	Amb. Fälle	Ärzte	Med.Techn.Pers.	Ges.korr.Besch.	Frequenzen
2001			6,41	6,41	19.893
2002		0,77	6,50	7,27	22.073
2003		1,01	6,50	7,51	22.509
2004	5.982	0,80	7,48	8,28	20.592

Im Vergleich der Jahre 2001 mit 2004 erhöhte sich die Anzahl der Frequenzen des Bereiches „Röntgen“ um 699. Die Anzahl der korrigierten Beschäftigten wurde um 1,87 Personen erhöht.

Obwohl die Zahl der korrigierten Beschäftigten mit 29,2 % überproportional angehoben wurde, stieg die Anzahl der Frequenzen lediglich um 3,5 %.

Um Doppeluntersuchungen und somit weitere Strahlenbelastungen zu vermeiden, soll auf die elektronische Vernetzung von radiologischen Abteilungen Bedacht genommen werden, zumal durch das landesweite Radiologie-Informationssystem und das „PACS“ (Picture Archiving und Communications-

system) die Möglichkeit geboten wird, radiologische Befunde und Bilder der jeweiligen PatientInnen schnell via Computer abzurufen.⁴⁴

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Steigerung bei der Anzahl der korr. Beschäftigten erklärt sich folgendermaßen:

- Im Jahr 2001 sind im ärztlichen Dienst (Radiologen) keine korr. Beschäftigten angesetzt, da die Versorgung bis zum Jahre 2002 konsiliarärztlich (keine Kostenstellenbelastung im Röntgenbereich des LKH Bad Radkersburg) erfolgte. Ab dem Jahr 2002 erfolgt die radiologische Mitversorgung durch das LKH Feldbach. Ab diesem Zeitpunkt wird die Radiologie des LKH Bad Radkersburg auch im Ärztebereich kostenstellenmäßig belastet.

Im Jahr 2004 ergibt sich dadurch zum Jahr 2001 eine Differenz von 0,80 korr. Beschäftigten.

- Im Jahr 2004 wurde aufgrund eines Langzeitkrankstandes des leitenden Radiologietechnologen ein Krankenstandersatz (befristet auf Dauer des Krankenstandes) im durchschnittlichen Ausmaß von 0,44 korr. Beschäftigten genehmigt. Diese 0,44 korr. Beschäftigten sind bei der Darstellung 2004 mitberücksichtigt.

- Aufgrund einer mit den Leistungsdaten 1-12/2002 durchgeführten Personalbedarfsermittlung für den Röntgenbereich (RTA's und SHD) wurde mit November 2003 eine halbe RTA-Stelle zur Besetzung freigegeben. In Zukunft wird eine jährliche Personalbedarfsberechnung durchgeführt werden.

⁴⁴ Quelle: Steirischer Spitalsführer 2004

4.2.4 Labor

Im Jahre 2002 wurde in allen steirischen Krankenhäusern ein einheitliches Zählsystem eingeführt. Von einem Vergleich mit dem Jahr 2001 wird daher abgesehen.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Jahre 2002 – 2004 dargestellt:

Jahr	Labor			
	Frequenzen	Leistungen ⁴⁵	Korr. Besch.	Leistung. / korr. Besch.
2002		241.791	5,78	41.832
2003		252.991	5,58	45.339
2004	Keine Aufzeichnung ⁴⁶	Nur mehr intern aufgezeichnet 258.803	5,68	45.564

Ab 2004 sind keine Leistungen sondern nur mehr Frequenzen an das BMGF zu melden. Da die Patienten nicht persönlich das Labor aufsuchen - das Blut wird außerhalb des Labors, in der Ambulanz oder auf der Station abgenommen - wurden für 2004 keine Frequenzen weitergemeldet. Die durchgeführten Leistungen werden jedoch intern aufgezeichnet, um die innerbetriebliche Leistungsverrechnung durchführen zu können. Im Vergleich der Jahre 2004 mit 2002 ist eine Erhöhung von 7 % der Leistungen erkennbar.

⁴⁵ Frequenzen wurden in den Jahren 2002 – 2003 in Radkersburg nicht erfasst

⁴⁶ siehe auch Punkt 2.5 „Erfassung von Statistikdaten“

Laut Betriebsdirektion werden auch für den externen Bereich, nämlich das „Rehabilitationszentrum für Neurologie, Orthopädie und rheumatische Erkrankungen“, die „REHA Klinik Maria Theresia“ in Bad Radkersburg, Laborleistungen durchgeführt, welche zum Selbstzahlertarif laut Landesgesetzblatt abgerechnet werden.

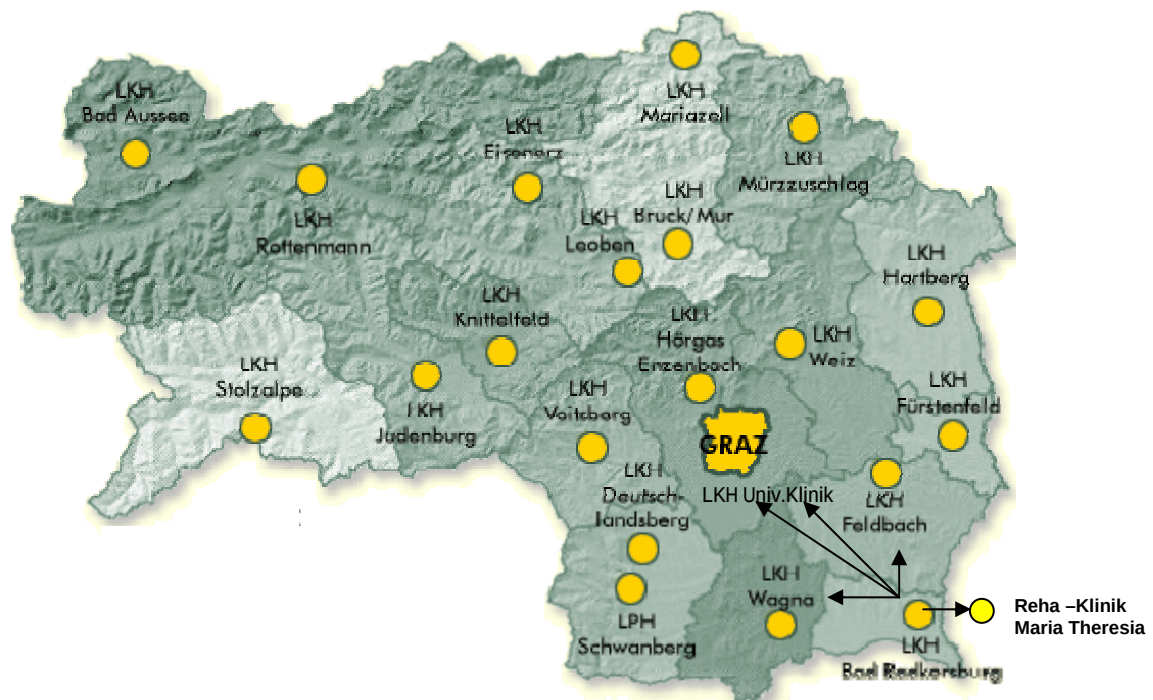
Jene Laborleistungen (sowie auch radiologische Leistungen), die für den externen Bereich der Krankenanstalt erbracht werden, sind **auf** einer eigenen **Kostenstelle zu sammeln**, um die **kostenmäßige Abbildung** und Dokumentation des **Betriebsgeschehens aufzuzeigen**. Hiefür ist eine **eigene Kostenstelle einzurichten** (Kostenstelle 9750 - Medizinische Leistungen an Dritte).

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Hinsichtlich der Ausführungen des LRH zur Zählweise von Frequenzen bzw. zur Einrichtung einer Kostenstelle "Medizinische Leistungen für Dritte" wird auf die Stellungnahme zu den Punkten 2.5.1 "Labor" bzw. 2.4.1 "Fehlende Kostenstellen" verwiesen.

4.3 Kooperationen

Es bestehen nachstehende Kooperationen zwischen dem LKH Bad Radkersburg und anderen Landeskrankenhäusern bzw. dem extramuralen Bereich:



Intern:

- LKH Feldbach:
Mit der KA Feldbach besteht ein Radiologiekonzept (Zusammenarbeit) im Bereich des CT.
- LKH Wagna:
Aufgrund der Kooperation werden wöchentlich orthopädische Hüftgelenksoperationen von Chirurgen des LKH Radkersburg im LKH Wagna durchgeführt.

- Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin Graz⁴⁷:

Das Blutdepot im Haus (LKH Bad Radkersburg) wird von den Ärzten der Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin Graz, geführt.

- Rheumatologie der I. Med. Univ. Klinik Graz⁴⁸:

Zudem bietet das Krankenhaus in Zusammenarbeit mit der Orthopädischen Abteilung eine Rheumaambulanz an, die auch in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung für Rheumatologie der I. Med. Univ. Klinik Patienten betreut.

Extern:

- Kurklinik Maria Theresia⁴⁹:

Als Besonderheit der orthopädischen Abteilung des LKH Bad Radkersburg gilt die unmittelbare Nähe zur Kurklinik Maria-Theresia, in der vielfach die Rehabilitationsmaßnahmen nach großen Gelenkoperationen stattfinden. Zur Optimierung der Patientenversorgung wird bei der Nachbehandlung frisch operierter Patienten in enger Kooperation mit der Rehabilitationsklinik vorgegangen.

Der LRH begrüßt diese Kooperationen, da dadurch die Qualität – eine optimale fachärztliche Betreuung - gewährleistet wird und medizinische und ökonomische Synergieeffekte zwischen den einzelnen Häusern erzielt werden können.

⁴⁷ Lt. Homepage [<http://www.lkh-badradkersburg.at/cms/beitrag/10007222/548913/> vom 6.10.2005]

⁴⁸ Lt. Homepage [<http://www.lkh-badradkersburg.at/cms/beitrag/10006193/548844/> vom 30.9.2005]

⁴⁹ Lt. Homepage [<http://www.lkh-badradkersburg.at/cms/beitrag/10007069/548870/> vom 30.9.2005]

5. MEDIKAMENTENVERSORGUNG

Konsiliarapotheker im Sinne des § 26 Z 4 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes (KALG) 1957, LGBI. Nr. 78, i.d.g.F., ist der Leiter der Anstaltsapotheketheke des Landeskrankenhauses Graz.

Die letzte Kontrolle durch den Konsiliarapotheker bzw. dessen Stellvertreter erfolgte am 1.6.2005.

Die Ergebnisse der Führung des zentralen Medikamentendepots wurden als „sehr zufriedenstellend“ beurteilt.

Nach Überprüfung von verschiedenen Stationen wurde die Medikamentengebarung mit „in sehr gutem Zustand“ bezeichnet.

Aufgrund der Einschau durch den Landesrechnungshof kann Folgendes festgestellt werden:

- Bei der stichprobenartigen Überprüfung konnte eine vollständige Übereinstimmung mit dem Lager festgestellt werden. Dieses wird **äußerst ordentlich und übersichtlich** geführt.
- Die Überprüfung des Suchtgiftschrankes auf den Stationen ergab keinerlei Differenzen.
- Zum Prüfungszeitpunkt des Landesrechnungshofes (11. 8. 2005) betrug der Wert des Lagerbestandes im Medikamentendepot € 63.060,72 (laut MATEKIS-Lager Profilliste).

Die Lagerumschlagshäufigkeit stellt mit 12,99 einen sehr guten Wert dar.

Eine Begehung des Medikamentendepots bzw. des Blutdepots durch die BH Radkersburg (§ 60 KAKuG – Überwachung der sanitären Vorschriften) erfolgte am 12.7.2004. Dabei wurde festgestellt, dass sich die besichtigten Einrichtungen in einem einwandfreien Zustand befinden.

Medikamente der Anstalt werden grundsätzlich über die Anstaltsapothek des LKH Graz bezogen. Verbandstoffe und einige Einwegartikel werden direkt bei der jeweiligen Firma durch das LKH Radkersburg bestellt. Die Verhandlung von Preisen erfolgt bei ausgeschriebenen Artikeln durch die Zentralklinik der KAGes.

In § 20 Abs. 3 des Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes, BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl. 1 Nr. 5/2001, ist eindeutig festgehalten:

„Die Rechtsträger öffentlicher Krankenanstalten haben, wenn sie keine Anstaltsapothek betreiben, die Arzneimittel aus einer Apotheke im Europäischen Wirtschaftsraum zu beziehen.“

Der LRH hat bereits in seiner Gebarungsprüfung des LKH Hartberg, GZ: LRH 22 H 6 – 2002 / 7 vom 14. März 2002 festgestellt, dass der derzeitige Vorgang nicht den gesetzlichen Bestimmungen entspricht und daher zu ändern ist.

Laut Rücksprache mit der KAGes wurde versichert, dass mittlerweile für dieses Thema ein Projekt initiiert wurde um **zukünftig die Erfüllung dieses Gesetzes zu gewährleisten.**

5.1 Arzneimittelkommission

Laut § 19a Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz BGBl. Nr. 1/1957, zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 35/2004 (gültig ab 30.4.2004), ist eine Arzneimittelkommission im Krankenhaus einzurichten. Diese kann auch für mehrere Krankenanstalten eingesetzt werden.

Laut Schreiben vom 1. Juni 2005 gibt es für das LKH Bad Radkersburg nun eine Arzneimittelkommission, welche aufgrund der Forderung der Zentralklinik der KAGes konstituiert wurde.

In der Geschäftsordnung, welche am 7. November 2005 beschlossen wurde, heißt es u.a., dass bei der Verwendung von Medikamenten auf das Patientenwohl und die Qualität Priorität gelegt wird, wobei die Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit nicht außer Acht zu lassen ist.

Preisverhandlungen sind bei Arzneimitteln, die einer Ausschreibung wie z.B. Endoprothesen oder Laborreagenzien unterliegen, nicht vorgesehen, da diese von der Zentrale selbst ausgehandelt werden (siehe Punkt 3 der Geschäftsordnung).

5.1.1 Endoprothesen

Da der Bereich der Gelenksprothesen einen hohen Anteil der gesamten Kosten der medizinischen Gebrauchs- und Verbrauchsartikel im LKH Bad Radkersburg darstellt, sollten durch die Zentralklinik der KAGes **nachdrücklich wiederkehrende Preisverhandlungen/Preisnachlässe mit den Lieferanten angestrebt** werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Seit dem Jahr 2002 wurden mit dem Hauptlieferanten für Endoprothesen konkrete Rabatt- und Bonusvereinbarungen ausverhandelt. Vereinbart sind für Hüftimplantate 15 % Rabatt, für Knieimplantate 12 % Rabatt und 3 % Umsatzbonus. Aufgrund dieser Konditionen wurde in den letzten Jahren Preisnachlässe mit nachfolgenden Werten erzielt:

2002	€ 508.000,--
2003	€ 507.000,--
2004	€ 430.000,--
2005	€ 320.000,--

6. HYGIENE

Dem ärztlichen Leiter obliegt die Verantwortung gemäß Anstaltsordnung § 9 über die Anstaltshygiene im Zusammenwirken mit dem für die Stmk. Landeskrankenanstalten bestellten Krankenhaushygieniker.

Ansprechpersonen in Fragen der Krankenhaushygiene sind die Hygienefachkraft und ein hygienebeauftragter Arzt.

Ein Jahresprüfplan sowie genaue Reinigungs- und Desinfektionspläne liegen in den einzelnen Bereichen auf.

Zudem gibt es einen umfangreichen Hygieneplan, welcher für die verschiedensten Situationen ausreichende Informationen bietet und werden regelmäßige Besprechungen durchgeführt, um alle Beteiligten über notwendige Änderungen zu informieren.

Gemäß § 60 Abs. 1 KAKuG, haben die Bezirksverwaltungsbehörden unter Beziehung der ihnen als Gesundheitsbehörde beigegebenen Amtsärzte in den Krankenanstalten und Kuranstalten ihres örtlichen Wirkungsbereiches die Einhaltung der sanitären Vorschriften, die auf Grund des Ersten Teiles dieses Bundesgesetzes erlassen wurden, zu überwachen.

Mit Erlass der Fachabteilung 8A vom 25.2.2003 wurde diese gesetzliche Bestimmung in Erinnerung gerufen und für Krankenanstalten mit Öffentlichkeitsrecht eine periodische jährliche Überprüfung vorgeschrieben.

Laut Protokoll fand die letzte sanitätsbehördliche Einschau, welche von der Bezirkshauptmannschaft Radkersburg durchzuführen ist, am 12.7.2004 statt.

Alle bei der Begehung besichtigten Einrichtungen befanden sich in einem einwandfreien Zustand.

Die umfangreichen Bemühungen der Hygiene sind **positiv** hervorzuheben.

7. ENTLASSUNGS- BZW. NAHTSTELLENMANAGEMENT

In der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens lautet der Artikel 5 des BGBl. I, Nr. 73 herausgegeben am 12. Juli 2005, auf „Nahtstellenmanagement im Interesse der Patienten und Patientinnen“. Laut Absatz 1 heißt es:

Zur Gewährleistung eines patientinnen- und patientenorientierten, raschen, reibungs- und lückenlosen, effektiven, effizienten und sinnvollen Betreuungsverlaufes ist das Management an den Nahtstellen im Gesundheitswesen zu verbessern.

Laut Auskunft der Pflegedirektion werden vom Zeitpunkt des Vorgespräches für die Aufnahme eines Patienten bis zur Entlassung notwendige Informationen dem Patienten zur Verfügung gestellt, finden Kontakte mit dem extramuralen Bereich statt, ferner werden Gespräche und Einschulungen (im Zusammenhang mit Insulinspritzen etc.) mit den Angehörigen geführt.

Um den bestmöglichen Ablauf einer Behandlung inklusive Nachbetreuung zu gewährleisten, wurde das Projekt „Koordinierte Entlassung – Schnittstellenmanagement GKK Steiermark“ (Start April 2003) im Bezirk Radkersburg initiiert, an welchem neben Vertretern der GKK, dem Amtsarzt und Ärztevertretern des Bezirkes Radkersburg, Vorstandsdirektor Hecke von der KAGes, die Kollegiale Führung und Vertreter des medizinischen Bereiches des LKH Bad Radkersburg teilnahmen.

8. VERPFLEGSWIRTSCHAFT

8.1 Küche

Die Leistungen der Küche entwickelten sich in den Jahren 2001 – 2004 wie folgt:

	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2001 – 2003 2001 = 100
Verpflegstage	53.143	52.303	53.997	52.311 ⁵⁰	101,6
Pflegetage	42.617	43.053	43.214	43.896	101,4
Lebensmittelverbrauch in € ⁵¹	187.244	193.772	198.322	207.780	105,9
Korr. Besch.	18,88	18,04	18,28	17,59	96,8
Verpflegsquote	3,52	3,71	3,67	3,97	104,3

Im Vergleich der Jahre 2001 mit 2003 erhöhten sich die Verpflegstage um 1,6 %, die Anzahl der Pflegetage stiegen im gleichen Zeitraum um 1,4 %. Der Lebensmittelverbrauch stieg in einem etwas größeren Ausmaß als die Verpflegsquote um 5,9 %, die Verpflegsquote um 4,3 % (2001 – 2003).

Ab dem Jahr 2004 wurde das EDV-Speisenanforderungs- und Küchen-EDV-System der KAGes „VESTA“ implementiert und es wurde ein neuer Berechnungsmodus für die Berechnung der Kennzahl „Bez.Größe“ des „Allgemeinen Kostenbereiches“ (Küche) eingesetzt. Die Berechnung für ein Mittagessen im Bereich der „Personalessen“ bzw. der „Essen an Dritte“ wurde mit der Einheit 0,5 statt vorher mit 0,6 gewichtet, wodurch es zu einer verminderten Anzahl von Verpflegstagen kam.

⁵⁰ anderer Berechnungsmodus als vorangegangene Jahre

⁵¹ Quelle: Konto: 530410 laut GuV.C-Gliederung 1 – 16 1001 bis 2004

Der Budgetrahmen im Jahre 2004 für den Lebensmittelaufwand betrifft die Berechnungsgrundlage von 41.809 Pflagetagen, tatsächlich fielen aber 43.896 Pflagetage an.

Die Verpflegsquote (= Lebensmittelverbrauch : Verpflegstage) erhöhte sich auf Grund des neuen Multiplikationsfaktors, liegt aber im Rahmen der Höchstgrenze, der im Wirtschaftsplan angegeben ist.

Aufgrund der geänderten Berechnungsmodalitäten kann die Verpflegsquote von 2004 daher nicht zu Vergleichszwecken der vergangenen Jahre herangezogen werden.

Im Landesrechnungshofbericht „Verpflegswirtschaft KAGes“, GZ: LRH 22 V 7 - 2003 / 8 (Bericht vom 19. Mai 2004) liegt das LKH Bad Radkersburg im Vergleich des Jahres 2002 zu allen anderen Steirischen Krankenanstalten im Mittelfeld.

8.2 Magazinhaltung

Dem Küchenbereich sind auch Magazine für die Warenbevorratung angeschlossen.

Lagerzu- und -abgänge sowie Soll-Lagerbestände werden mit dem EDV-Programm „MATEKIS“ erfasst.

Zum Zeitpunkt der gegenständlichen Überprüfung durch den Landesrechnungshof (11. August 2005) hatte der Lagerbestand des Lagers „Lebens“, welches nur einen Teil des Lagers darstellt, laut MATEKIS-Audruck einen Wert von € 4.634,82. Die Umschlagshäufigkeit beträgt in diesem Bereich 6,59, d.h. das Lager wird alle 1,8 Monate neu bestückt und stellt einen mittleren Wert dar.

Eine vom Landesrechnungshof durchgeführte Lagerbestandskontrolle ergab einige Differenzen zwischen dem Lagerbestand und den Aufzeichnungen.

Laut Auskunft des Küchenleiters liegt der Grund darin, dass der oder die jeweilige Küchenbedienstete, welche Frühdienst versehen, die Waren für den jeweiligen Tag vorbereiten und mittels Strichen die entnommenen Güter in eine bereitgestellte Liste eintragen müssen, dies aber nicht immer durchführen. Bei der späteren Buchung in das EDV-Programm kann diese allfällig nicht eingetragene Entnahme naturgemäß nicht mehr nachgetragen werden.

Dies führt zwangsläufig zu Differenzen des tatsächlichen Lagerstandes mit den EDV-Aufzeichnungen.

Aus der Sicht des Landesrechnungshofes sollte nur der **Küchenleiter** und **jeweilige Stellvertreter als Kostenstellenverantwortlicher Zugang** zu den Magazinen haben.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Empfehlung des LRH, dass nur der Küchenleiter und jeweilige Stellvertreter als Kostenstellenverantwortlicher Zugang zu den Magazinen haben soll, wurde bereits umgesetzt. Weiters werden wiederkehrende, unangekündigte stichprobenweise Kontrollen seitens der Betriebsdirektion durchgeführt werden.

9. ABFALLWIRTSCHAFT / UMWELTSCHUTZ

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen laut AWG wurde für das Landeskrankenhaus Bad Radkersburg ein Abfallwirtschaftskonzept 2004 erstellt. Eine qualifizierte Abfallbeauftragte und ein qualifizierter Stellvertreter wurden bereits im Jahr 1995 bestellt und sind der BH Radkersburg am 15.11.1995 gemeldet worden.

Im Mai 2000 wurde das Umweltteam des LKH Bad Radkersburg gegründet. Dieses erstellt jährlich ein Umweltprogramm, wobei die Umweltziele, die zur Erreichung notwendigen Maßnahmen, die Verantwortlichen und die Endtermine festgelegt werden.

Folgende Ergebnisse konnten aufgrund dieser Bemühungen erzielt werden⁵²:

	Entsorgungsdaten ⁵³ 2001 – 2004 kg / Belagstag				
	2001	2002	2003	2004	Verminderung 2001 / 2004
Hausmüllähnl. Gewerbeabfälle (inkl. nicht gef. med. Abfälle)	1,874	1,759	1,535	1,482	20,9%
Nicht gefährlicher mediz. Abfall (Restmüll)	1,800	1,698	1,464	1,399	22,3 %
					Erhöhung 2002 / 2004
Biomüll	kg nicht erfasst	0,725	0,927	0,998	37,7 %

Die Reduktion des nicht gefährlichen medizinischen Abfalls von 64 Tonnen (2002) auf 54 Tonnen (2004) konnte durch die Erstellung neuer Informationsblätter für eine differenzierte Mülltrennung und entsprechende Mitarbeiterschulungen auf sämtlichen Stationen bewirkt werden. Dadurch wurde eine verbes-

⁵² Quelle: Daten LKH Bad Radkersburg

⁵³ Quelle: Aufstellung und Diagramme LKH Bad Radkersburg

serte Altstoffsammlung erreicht. Durch die Umstellung der Blumenschnitt-Entsorgung von Restmüll auf biogene Abfälle im Stationsbereich, Anschaffung einer Papierpresse und einer Presse für Kunststoffverpackungen konnten weitere Maßnahmen zur Mülltrennung bzw. Mengenminimierung durchgeführt werden.

Vom Juni 2001 bis Sommer 2002 mussten aufgrund eines positiven Befundes des Hygieneinstitutes (Legionellenbefall) vermehrt Wasserspülungen durchgeführt werden. Ab Mitte 2002 konnten diese Spülungen stark reduziert werden. Im Jahr 2002 wurde eine Sanierung von Wasserleitungen im Verwaltungsbereich durchgeführt. Auch der Einbau von Wassermengenregler in Form von Regelventilen in Waschbecken, Duschen sowie der Einbau von WC-Stopps trugen dazu bei, den Wasserverbrauch zu vermindern.

Als eines der Ziele für 2005 wurde die Maßnahme gesetzt, durch eine Umstellung der Nassabfall-Entsorgung die Vermeidung von „Gefährlichem medizinischen Abfall“ um 5 % zu bewerkstelligen. Weiters ist geplant, durch Datenerhebungen, Entwicklung von Maßnahmen und daraus folgend Ablaufänderungen eine Reduktion im Wäscheverbrauch zu entwickeln.

10. BRANDSCHUTZ / KATASTROPHENSCHUTZ

10.1 Brandschutz

Gemäß dem derzeit gültigen Steiermärkischen Feuerpolizeigesetz 1985 in der geltenden Fassung ist bei besonders brandgefährdeten baulichen Anlagen, zu denen auch die Krankenanstalten zählen, eine regelmäßige amtliche Feuerbeschau alle zwei Jahre durch die zuständige Gemeindebehörde vorzunehmen.

Laut übermittelter Unterlage fanden die letzten feuerpolizeilichen Überprüfungen am 24.7.2001 durch die Stadtgemeinde Radkersburg statt.

Die nächste Kontrolle durch die Stadtgemeinde hätte Ende 2003 durchgeführt werden sollen.

Da eine derartige Feuerbeschau unbestritten auch dem Sicherheitsinteresse des Krankenhauses entgegen kommt, **empfiehlt der LRH der Verwaltung**, von sich aus **an die Gemeinde heranzutreten** und sie um **Wahrnehmung** dieser **gesetzlich vorgesehenen Verpflichtung zu ersuchen**.

Die letzte Brandschutzübung im LKH Bad Radkersburg – eine realistische Brandschutz- und Evakuierungsübung mit Verrauchung eines Nebenraumes der Hauptküche⁵⁴ - unter Einbeziehung der Freiwilligen Feuerwehr Bad Radkersburg fand am 19. Juli 2004 statt. Anschließend an die Übung erfolgte eine Schlussbesprechung und wurde dabei auch ein Protokoll erstellt.

Für die nächste Brandschutzübung wäre eine Brandschutzübung im **Zusammenhang mit Patienten** zu planen, um auch dieses Szenario wirklichkeitsnah erproben zu können.

⁵⁴ Auszug aus dem Brandschutzübungsprotokoll vom 19.7.2004

In der Mitarbeiterbefragung wurde einige Male von Bediensteten darauf hingewiesen, dass in den verschiedenen Stationen immer wieder Gangbetten aufgestellt werden.

Der Landesrechnungshof weist darauf hin, dass dies ein **Sicherheitsrisiko** darstellt, da im Falle eines Brandes **Bergungs- und Löscharbeiten nur erschwert** durchführbar sind und das Aufstellen daher unbedingt vermieden werden soll.

Im Brandschutzbuch (20.5.2005) weist der Brandschutzbeauftragte darauf hin, dass mehrere Krankenbetten mit Matratzen im Dachboden gelagert werden. Da das Lagern von leicht brennbaren Gegenständen im Dachboden laut den allgemeinen Brandverhütungsmaßnahmen verboten ist, wird dringend **angeregt**, auch diese Vorschriften **ausnahmslos einzuhalten**.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Trotz mehrmaliger Urgenz wurde seitens der Gemeinde bis dato noch keine Feuerbeschau durchgeführt.

Das LKH hat aus eigenem Sicherheitsinteresse eine Begehung durch die Landesstelle für Brandverhütung durchführen lassen.

Durch die hohe Auslastung kann es bei unerwartet längerem Verbleib (Komplikationen) trotz der Einleitung von Maßnahmen (interdisziplinäre Belegung) zu kurzfristigen Überlappungen der geplanten Belegung kommen und damit sich die Notwendigkeit zur Aufstellung von Gangbetten ergeben.

Im geplanten Ambulanzzubau ist ein Bettenlager im Kellerbereich vorgesehen. Eine provisorische Notlösung wird im Sommer 2006 verwirklicht.

10.2 Katastrophenschutz

Auf Ersuchen des LRH um Übermittlung eines aktuellen Katastrophenschutzplanes wurde ein „Katastrophenschutzplan des Landes Steiermark“ aus dem Jahr 1998 zur Verfügung gestellt.

Laut Auskunft der Betriebsdirektion musste die Fertigstellung des Katastrophenschutzplanes im EDV-System „Adonis“ bzw. die Terminisierung der Katastrophenschutzübung auf das Jahr 2006 verschoben werden.

Begründet wird diese Verschiebung mit der zeitlichen Überlastung der Katastrophenschutzbeauftragten, verursacht durch eine Erkrankung mit stationärem Aufenthalt und Folgeerscheinungen. Die Betriebsdirektion ist auch der Meinung, dass aufgrund einer Prioritätenreihung der Tätigkeiten eine „übereilte Neufassung“ des Katastrophenplanes „KATPlanes“ dabei nicht zielführend sei.

Der LRH vertritt dennoch die Ansicht, dass alle **Vorsorgemaßnahmen** zur **Rettung** von **Menschenleben** in jedem Fall **vorrangig** zu behandeln sind.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der aktuelle Katastrophenschutzplan ist datiert mit März 2003 und steht im Word-Format jedem EDV-Benützer durch ein unverkennbares Symbol am Desktop zur Verfügung. Der Plan enthält alle Vorkehrungen für eine interne und eine externe Katastrophe bzw. einen Großunfall. Der Katastrophenschutzplan liegt zudem in jeder Abteilung in Papierform auf. Alle enthaltenen Daten sind aktuell. Separate Listen mit den privaten Telefonnummern aller Bediensteten liegen in der Betriebsdirektion, in der Intensivstation und in der Pflegedienstleitung – gemäß dem Datenschutz unter Verschluss – auf. Diese werden laufend durch das Sekretariat der Betriebsdirektion überprüft und aktualisiert.

Die Adaptierung dieses Katastrophenschutzplanes in das neue vorgegebene Standard-System "Adonis" wird in den nächsten Monaten fertig gestellt.

Für den Fall der internen Katastrophe – Brand, Explosion etc. sind die Vorkehrungen größtenteils im Brandschutz geregelt und fanden entsprechende Beübungen auch mit Patientenevakuierungen statt.

Für den Fall einer externen Katastrophe ist eine Beübung ausständig – hier wurde schon vor einiger Zeit Kontakt mit der Bezirkshauptmannschaft aufgenommen.

Der Anstoß zu einer z. B. Großunfall-Übung muss jedoch durch die Bezirkshauptmannschaft erfolgen. Hier wurde im Vorjahr der Beübung eines Hochwasser-Szenarios (wobei das LKH Bad Radkersburg nicht aktiv involviert war) Vorrang gegeben.

Folgende Verbesserungsmaßnahmen werden noch im Jahr 2006 umgesetzt:

- Adaptierung des Katastrophenschutzplanes in Adonis*
- Optimierung der Koordination von Brandschutzbeauftragten und Katastrophenschutzbeauftragten (z.B. Einplanen einer Evakuierungs-Übung mit Patienten)*
- Lfd. Kontakt mit der BH Radkersburg über die Beübung einer externen Katastrophe*
- Teilnahme des Betriebsdirektors und des Katastrophenschutzbeauftragten an der KAGes-internen Klausur zum Thema Katastrophenschutz am 08. März 2006, um neue Erkenntnisse umzusetzen.*

11. QUALITÄTSSICHERUNG

In der Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß § 15a B-VG ist eine bundesländer- und sektorenübergreifende jährliche Berichterstattung über die Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen.

Im Juni 2003 wurden im Krankenhaus der Qualitätsbeauftragte ernannt und eine Qualitätsmanagementkommission gebildet.

Es werden regelmäßig (grundsätzlich vierteljährlich) QMK-Sitzungen abgehalten, wobei auch Protokolle über die besprochenen Tagesordnungspunkte erstellt werden.

11.1 Qualitätsbericht-Jahresbericht

11.1.1 QM-Projekt

Das durch ein Patientenfeedback ausgelöste Projekt „Wartezeitenerhebung in der orthopädischen Ambulanz“, wurde am 25. Juni 2003 begonnen. Begründet wird die Durchführung dieses Projektes laut QM-Jahresbericht 2004 folgendermaßen:

Aufgrund von organisatorischen, personellen und räumlichen Gegebenheiten kam es zu längeren Wartezeiten in der orthopädischen Ambulanz.

Als Projektziel wurden Hinweise zur Durchführung von konkreten Maßnahmen zur Verbesserung angeführt.

Im Qualitätsmanagement-Jahresbericht wurde festgehalten, dass aufgrund der unklaren Situation bezüglich des Ambulanzneubaues dieses Projekt von der Anstaltsleitung abgebrochen wurde, aber in Evidenz gehalten wird.

Der LRH empfiehlt, dieses Projekt auf jeden Fall weiterzuführen, um so mögliche **Verbesserungen** im Bereich **der orthopädischen Ambulanz zu realisieren**.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Das vom LRH angeführte Projekt "Wartezeitenerhebung in der orthopädischen Ambulanz" wurde bzw. wird vom Qualitätsmanagement weitergeführt.

11.2 Personalmanagement

Im Jahre 2004 wurde eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt, welche im Ergebnis auch verbale Hinweise der befragten Mitarbeiter enthält.

Die Meinung von Mitarbeitern abzufragen, weckt automatisch Erwartungen bei diesen. Es sollte Ursachenforschung bzw. eine kritische Analyse der Unzufriedenheiten der Mitarbeiter durchgeführt werden.

Um eine Verbesserung der aufgezeigten Schwachstellen zu erreichen, rät der LRH einen **Aktionsplan aufzustellen**. Zielführend wäre, Mitarbeiter in die **Erarbeitung der Aktionspläne** mit einzubeziehen und die jeweils umgesetzten Aktivitäten in der **monatlichen Anstaltsleitersitzung** zu besprechen.

Auch sollten die daraus resultierenden Aktivitäten und Ergebnisse bei der Erstellung des jährlichen **QM-Berichtes Platz** finden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Anstaltsleitung hat die Ergebnisse der Befragung in einzelnen Arbeitsgruppen aufgearbeitet. Der vom LRH empfohlene Aktionsplan wurde damit erfüllt. Die Darstellung resultierender Verbesserungsmaßnahmen aus durchgeführten Befragungen ist im QM-Jahresbericht 2005 des LKH Bad Radkersburg bereits integriert.“

11.2.1 Gesundheitsförderung

Von Seiten der Anstaltsleitung werden verschiedene Möglichkeiten betreffend der Gesundheitsvorsorge für Mitarbeiter durchgeführt.

Für diese Bemühungen wurde dem LKH Bad Radkersburg beim Gesundheitswettbewerb für steirische Unternehmen „Fit im Job – Der steirische Gesundheitspreis 2005“ eine Anerkennungsurkunde verliehen.

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 13. Dezember 2005 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dargelegt.

Teilgenommen haben daran:

vom Büro des Herrn Landesrates
Mag. Helmut Hirt:

Mag. Birgit RAGGER

von der Steiermärkischen
Krankenanstaltenges.m.b.H:

Mag. Birgit FAHRNBERGER

Mag. Karl Heinz PFLANZL

Dr. Edgar STARZ

von der Fachabteilung 8A:

Herwig KIETZMANN

vom Landesrechnungshof:

LRH-Dir. Dr. Johannes ANDRIEU

Mag. Georg GRÜNWALD

Hannelore BRAUNEGGER

12. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und Empfehlungen:

Feststellungen:

- Der Rechtsträger hat für das LKH Bad Radkersburg um Errichtungsbe-
willigung eines Zu- und Umbaues der Radiologie, der orthopädischen
Ambulanz und eines Cafès angesucht, welche mit 11. März 2004 erteilt
wurde.

Um die bauliche Erweiterung möglich zu machen bzw. aufgrund vorge-
gebener EU-Richtlinien war eine Verlegung des Hubschrauberlande-
platzes unumgänglich (€ 64.132,56).

Die Planungsmaßnahmen für das Erweiterungsprojekt, welche bereits
die Vorgaben für einen möglichen Sanatoriumsaufbau beinhalteten, be-
trugen € 237.265,82.

Derzeit ist das Projekt ruhend gestellt.

- Eine von der Anstaltsleitung an den Rechtsträger am 4.8.2003 übermit-
telte aktualisierte Anstaltsordnung wurde noch nicht retourniert (eine ent-
sprechende Urgenz erfolgte im Juli 2005).
- In der Betrachtung der Personalentwicklung der Jahre 2001 mit 2004 hat
sich das Verhältnis des medizinischen zum nicht medizinischen Personal
insgesamt zu Gunsten des medizinischen Personals/Anteils verschoben
(von 68,3 auf 70,9 %).
- Die relative Auslastung in der Abteilung für Orthopädie im Jahre 2001
von 86,7 % verminderte sich in minimalem Ausmaß im Jahr 2004, um
1,3 Prozentpunkte auf 85,4 %. Diese Veränderung entstand, da zwar

eine Erhöhung der Belagstage (+ 2,8 %) gegeben war, jedoch die Anzahl der tatsächlichen Betten von 49 auf 51 gestiegen ist.

Der Personalfaktor (Durchschnittsbelag / korr. Beschäftigte) verminderte sich – ebenfalls in der Orthopädischen Abteilung - von 2001 bis 2004 um 2,2 %, wobei im Vergleich der Jahre 2001 mit 2002 bzw. 2003 der Faktor um rund 5 % fiel.

- Die Anzahl der Operationen bzw. Frequenzen im orthopädischen OP-Bereich erhöhte sich im Zeitraum 2001 – 2004 um 7,7 %.

- Aufgrund der Steigerung der Anzahl der Belagstage und der Verminderung der aufgestellten Betten konnte in der Internen Abteilung die Auslastung von 82,9 % auf den Wert von 86,3 % erhöht werden.
Der Personalfaktor – das Verhältnis des Durchschnittsbelages zu den korrigierten Beschäftigten – verminderte sich um 8 %.

Empfehlungen:

- Die Summe der systemisierten Betten korreliert nicht mit der vorgegebenen Höchstanzahl des Stmk. Krankenanstaltenplanes. Es sollte zur Reduzierung der 116 auf 114 Betten um eine sanitätsbehördliche Bewilligung angesucht werden.
Die Anzahl der aufgestellten Betten (122) ist mit jener der systemisierten Betten in Einklang zu bringen.
Bei einer Neufassung des österreichischen Angebotsplanes in der Orthopädie wäre der tatsächliche Bedarf zu berücksichtigen.
- Der %-Anteil der Sonderklassebetten im Verhältnis zu den Betten der Allgemeinen Gebührenklasse im LKH Bad Radkersburg liegt im Jahr 2004 um 14,8 % über dem gesetzlich vorgegebenen Höchstanteil von 25 % der bereitstehenden Betten. Dies entspricht nicht der Bedingung der „Gemeinnützigkeit einer Krankenanstalt“.
- Bei der Zuteilung eines orthopädischen Operationstermines gibt es unterschiedlich lange Wartezeiten. Für Patienten der allgemeinen Klasse betragen diese bis zu 5 Monate, für Patienten der Sonderklasse 2 Monate. Es ist zu hinterfragen, ob diese Abweichung durch medizinische Gründe hervorgerufen wird.
- Der Vergleich der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von Patienten der allgemeinen und der Sonderklasse ergibt eine Differenz von + 3,3 Tagen oder 44 %. Auch hier wäre zu überprüfen, ob sich dieser Unterschied ausschließlich aus dem Gesundheitszustand des Patienten ergibt.
- Die Einhaltung der gesetzlich vorgeschriebenen Höchstanzahl an Betten im Bereich der Orthopädie ist sicherzustellen.

- Obwohl 1-2 x wöchentlich Operationen von Chirurgen des LKH Radkersburg im LKH Wagna durchgeführt werden, bestehen Wartezeiten für OP-Termine bis zu 5 Monaten, welche für die Patienten/innen nicht zufriedenstellend sind. Es wären Überlegungen anzustellen, wie man eine OP-Frequenzerhöhung bewerkstelligen kann.
- Die Implementierung von Kostenstellen ist Grundvoraussetzung für die Aufzeichnung von möglichen betrieblichen Leistungen bzw. daraus entstandener Kosten. Daher sind für den Bereich „Präoperative Untersuchung von orthopädisch-chirurgischen Versorgungsfällen und Eigenblutversorgung“, für das Erbringen von „Medizinischen Leistungen an Dritte“ (wie z.B. für die Kurklinik Maria Theresia in Bad Radkersburg) sowie für die „Akademie für den Physiotherapeutischen Dienst in Bad Radkersburg“ Kostenstellen einzurichten.
- Laut „Dokumentation in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten des BMGF 2004“ wird vorgegeben, dass für die Erfassung von Statistikdaten die Anzahl der „Besuche ambulanter Patienten/innen“ aufzuzeichnen ist. Im LKH Bad Radkersburg erfolgt die Blutabnahme in der Regel nicht im Labor, sondern auf der Station oder in der Ambulanz. Deshalb sind keine Frequenzen aufzuzeichnen und daher auch keine Leistungen dem BMGF zu melden.

Der LRH regt an, diese Verordnung neu zu überdenken bzw. so zu handhaben, dass ein tatsächlich geleisteter Ressourceneinsatz bewertet wird, um Steiermark und Österreich weit tatsächlich erbrachte Leistungen anfallenden Kosten gegenüber stellen zu können.
- Aufgrund der Anwendung eines vakuumunterstützten Systems zur beschleunigten und verbesserten Wundheilung wurde beim BMGF um Zuerkennung einer neuen medizinischen Einzelleistung (MEL) angesucht. Laut Auskunft des BMGF soll noch die weitere Entwicklung dieser Behandlungsform abgewartet werden.

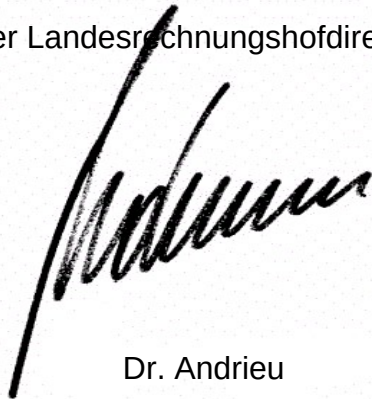
Der Landesrechnungshof empfiehlt, die entsprechende Anwendung weiter zu dokumentieren und sich gemeinsam mit allen anderen betroffenen Krankenhäusern der Steiermark um Bewertung dieser Leistungen zu bemühen.

- Qualitätskriterien, wie die Durchführung besonderer Behandlungsverfahren (z.B. die vakuumunterstützte Wundbehandlung) und andere Besonderheiten des Krankenhauses bzw. Mitteilungen im Zusammenhang mit der medizinischen Behandlung des Krankenhauses könnten auf der eigenen Homepage veröffentlicht werden.
- Da die Anzahl des tatsächlich eingesetzten Personals mit der Anzahl „Besetzt“ des Stellenplanes nicht korreliert, wäre zu überprüfen, ob Bedienstete im LKH eingesetzt werden, welche in der Kostenrechnung nicht berücksichtigt wurden.
- Mit 1. Juni 2005 wurde eine Arzneimittelkommission konstituiert, wobei die Preisverhandlung/Preisgestaltung von Gelenksprothesen nicht im Handlungsbereich des LKH sondern in jenem der Zentraldirektion liegt. Da der Bereich der Gelenksprothesen einen hohen Anteil der gesamten Kosten der medizinischen Gebrauchs- und Verbrauchsartikel im LKH Bad Radkersburg darstellt, sollten durch die Zentraldirektion der KAGes nachdrücklich wiederkehrende Preisverhandlungen/Preisnachlässe mit den Lieferanten angestrebt werden.

- Qualitätsmanagement-Projekte, wie z.B. „Wartezeitenerhebung in der Orthopädischen Ambulanz“ sollten weitergeführt werden, um so mögliche Verbesserungen im Bereich der Orthopädischen Ambulanz zu realisieren.

Graz, am 29. Mai 2006

Der Landesrechnungshofdirektor:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Andrieu', is written over a light gray rectangular background.

Dr. Andrieu