

Ambulanzen

Hinweis zur Anonymisierung:

Gemäß § 28 Abs.2 des Landesrechnungshof-Verfassungsgesetzes sind jene Teile des Berichtes zu bezeichnen, die dem Grundrecht auf Datenschutz unterliegen.

Im Sinne dieser rechtlichen Verpflichtung mussten die entsprechenden personenbezogenen Daten sowie die Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse im Text gelöscht werden.

Es wird um Verständnis gebeten, dass dadurch die Lesbarkeit des Berichtes beeinträchtigt sein könnte.

GZ: LRH 22 A 3 – 2004 / 8

INHALTSVERZEICHNIS

I.	PRÜFUNGS-AUFTRAG	3
II.	EINLEITUNG	4
III.	RECHTLICHE GRUNDLAGEN	5
IV.	EINNAHMEN	6
	1. Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF)	6
	2. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)	8
	3. Selbstzahler	13
V.	KOSTEN UND ERLÖSE	14
VI.	LEISTUNGS-AUFZEICHNUNGEN	16
VII.	PILOT-PROJEKT LKH BRUCK/MUR	19
VIII.	ÜBERBLICK ÜBER DIE AMBULANZEN IN DEN KRANKENANSTALTEN DER KAGes	20
IX.	FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN	27

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundesverfassungsgesetz
CD	Computer Disc
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
ICPM	International Classification of Procedures in Medicine
ISH	Integrated Solution Hospital
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
KRAZAF	Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds
KRSlg.	Entscheidungssammlung Krankenanstaltenrecht
LGBI.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LRH	Landesrechnungshof
LRH-VG	Landesrechnungshof-Verfassungsgesetz
OHG	Oberster Gerichtshof
SKAFF	Steiermärkischer Krankenanstaltenfinanzierungsfonds
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
WV	Wiederverlautbart

I. PRÜFUNGS-AUFTRAG

Der Landesrechnungshof hat eine Prüfung der Ambulanzen in den Krankenanstalten der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. durchgeführt.

Mit der Durchführung der Prüfung war die Gruppe 4 des Landesrechnungshofes beauftragt.

Zuständiger politischer Referent ist Herr Landesrat Mag. Wolfgang Erlitz.

Prüfungsgegenstand waren insbesondere die Jahre 2001 und 2002.

Artikel 12 Bundesverfassungsgesetz (B-VG) bestimmt, dass Heil- und Pflegeanstalten Bundessache in der Gesetzgebung über die Grundsätze, Landessache die 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, in der derzeit geltenden Fassung.

Die Prüfungszuständigkeit des LRH ist gemäß § 3 Landesrechnungshof-Verfassungsgesetz 1982 gegeben.

Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

II. EINLEITUNG

Ärztliche Leistungen werden an Patienten sowohl im extramuralen, als auch im intramuralen Bereich erbracht.

Während im extramuralen Bereich hauptsächlich niedergelassene Ärzte – neben diversen Instituten – diese Leistungen erbringen, stehen im intramuralen Bereich sowohl stationäre Einrichtungen als auch Ambulanzen zur Verfügung.

Nach der geltenden Gesetzeslage ist das Führen von Ambulanzen eine Pflichtleistung von Krankenanstalten.

Der vorliegende Prüfbericht befasst sich mit der ambulanten Leistungserbringung im intramuralen Bereich – den Spitalsambulanzen.

III. RECHTLICHE GRUNDLAGEN

Gemäß Steiermärkischem Krankenanstaltengesetz 1999 (KALG), LGBl. Nr. 66/1999 WV, in der derzeit geltenden Fassung, ergibt sich die Verpflichtung der Krankenanstalten der KAGes sowohl zur Führung von Ambulanzen als auch deren Leistungsumfang aus § 34 Abs. 1:

„In öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten sind Personen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn es

- a) zur Leistung erster ärztlicher Hilfe,
- b) zur Behandlung nach erster ärztlicher Hilfe oder um eine Nachbehandlung in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege handelt, die im Interesse des Behandelten in derselben Krankenanstalt durchgeführt werden muss,
- c) zur Anwendung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen,
- d) über ärztliche Zuweisung zur Befunderhebung vor Aufnahme in die Anstaltspflege,
- e) im Zusammenhang mit Organ- einschließlich Blutspenden,
- f) zur Durchführung klinischer Prüfungen von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder
- g) für Maßnahmen der Fortpflanzungsmedizin notwendig ist.“

Dieser Katalog von Ambulanzleistungen – lit. a) bis g) – stellt nach einem OGH-Urteil vom 1. Juni 1999, 4 Ob 148/99i, KRSIlg. 1735, jedoch nur die ambulanten Pflichtleistungen dar. In der Urteilsbegründung wird ausdrücklich darauf hingewiesen:

„Die auf Grund des § 26 Abs. 1 KAG erlassenen Ausführungsgesetze schränken die Ambulanzleistungen der öffentlichen Krankenanstalten nicht ein; sie sind kein Schutzgesetz zugunsten freiberuflich tätiger Ärzte.“

IV. EINNAHMEN

Unter dem Begriff „Einnahmen“ werden im Folgenden jene Geldmittel verstanden, die die Krankenanstalten für die in den Ambulanzen erbrachten Leistungen an den Patienten erhalten.

Diese können zunächst in Zahlungen von Versicherungsträgern - in weiterer Folge vom Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds - und solchen von sogenannten Selbstzahlern unterschieden werden.

Da sich ab 1. Jänner 1997 mit Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eine Änderung der Honorierung ergab, wird nachstehend zunächst der Zeitraum davor - das ist jener, in dem der Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds bestand – betrachtet.

Anschließend wird die derzeitige Systematik nach dem LKF-System dargestellt.

1. Krankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds (KRAZAF)

Während des Bestandes des KRAZAF – bis 31. Dezember 1996 - wurden die von den Ambulanzen der steiermärkischen Krankenanstalten erbrachten Leistungen mittels Leistungsposition entweder über ein „kleines“ oder ein „großes“ Ambulanzpauschale den leistungszuständigen sozialen Krankenversicherungsträgern in Rechnung gestellt.

Überdies bestand noch die Möglichkeit, für darüber hinausgehende Leistungen einzelne in einem Leistungskatalog enthaltene Positionsnummern zusätzlich zu verrechnen.

➤ **Abrechnungsmodalitäten mit den sozialen Krankenversicherungsträgern nach dem KRAZAF**

Die von den Ambulanzen an den Patienten erbrachten Leistungen wurden mit der entsprechenden Leistungsposition auf den Ambulanzscheinen eingetragen und nach quartalsweiser Übermittlung an die zuständigen sozialen Krankenversicherungsträgern von diesen EDV-mäßig erfasst und nach den entsprechenden Verträgen und vereinbarten Tarifen honoriert.

Mit der Honorierung der Ambulanzleistungen wurde von den Kassen im Rahmen der Abrechnungsunterlagen auch die Anzahl der jeweils verrechneten Leistungspositionen an die betreffenden Ambulanzen übermittelt.

Diese Systematik stellte ein Mischsystem zwischen Pauschalvergütung – etliche Leistungen der Ambulanzen wurden entweder mit dem „kleinen“ bzw. „großen“ Ambulanzpauschale abgegolten – und einem Einzelleistungssystem mit der Möglichkeit, bestimmte Leistungen extra zu verrechnen, dar.

Grundsätzlich ist jedoch anzumerken, dass nach dem oben geschilderten Abrechnungssystem die von den Ambulanzen lukrierten Honorare in **einem direkten Zusammenhang mit den an den Patienten erbrachten Leistungen standen.**

2. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Mit Einführung des LKF-Systems für die Honorierung der stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten mit 1. Jänner 1997 erfolgte auch eine Änderung in der Honorierung der ambulanten Leistungen dieser Krankenanstalten.

Vereinfacht dargestellt erfolgt die Honorierung der Ambulanzleistungen nunmehr derart, dass die im Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds (SKAFF) für die Ambulanzen zur Verfügung stehenden Mittel nach einem Beschluss der Landeskommision des Steiermärkischen Krankenanstaltenfinanzierungsfonds – in Ermangelung eines anderen Schlüssels - nach den Kosten der einzelnen Ambulanzen im zweitvorhergegangenen Jahr verteilt werden.

Damit ist jedoch überhaupt **kein Zusammenhang mehr zwischen erbrachter Leistung** (und den damit verbundenen Aufwendungen) **und den Einnahmen einer Ambulanz** gegeben.

Im Extremfall würde einerseits eine neu geöffnete Ambulanz zwei Jahre hindurch keine Einnahmen erzielen, da ja als Schlüssel die Kosten der Ambulanz im zweitvorhergegangenen Jahr herangezogen werden. Andererseits würde eine Ambulanz nach ihrer Schließung noch zwei Jahre lang – obwohl sie keine Leistungen mehr erbringt – Einnahmen lukrieren.

Die Einführung der LKF hat im ambulanten Bereich somit genau das Gegenteil bewirkt, nämlich eine Honorierung, die sich **nicht** an den Leistungen orientiert.

➤ **Abrechnungsmodalitäten mit den sozialen Krankenversicherungsträgern nach dem LKF-System**

Nach dem LKF-System werden die Ambulanzen nicht mehr direkt von den sozialen Krankenversicherungsträgern honoriert, sondern bekommen ihre Honorare vom SKAFF überwiesen.

Die finanziellen Mittel des SKAFF setzen sich gemäß Art. 15a B-VG-Vereinbarung im Wesentlichen aus folgenden Anteilen zusammen:

- Umsatzsteueranteile (von Bund, Ländern und Gemeinden)
- Beiträgen der Sozialversicherungsträger
- Kostenanteile und Kostenbeiträge
- Erträge für die stationäre Behandlung ausländischer Gastpatienten
- Erträge für die ambulante Behandlung ausländischer Gastpatienten
- Erträge für die ambulante Dialyse ausländischer Gastpatienten
- Erträge aus Regressen
- Beihilfen nach dem GSBG 1996
- Kostenanteile gemäß § 27a KAKuG

Mit rund **72 %** (im Jahr 2002) der Gesamtmittel kamen die Sozialversicherungsträger – als gesetzlich für die Krankenbehandlung zuständige Einrichtungen – für den größten Teil der Mittel des Fonds auf. Es handelt sich dabei um einen grundsätzlich von der Leistungsentwicklung im Krankenanstaltenbereich unabhängigen **Fixbetrag**, der jährlich mit der Einnahmenentwicklung der Sozialversicherungsträger valorisiert wird.

Obwohl nunmehr die Honorierung im ambulanten Bereich in keinem Zusammenhang mit den einzelnen erbrachten Leistungen steht, haben die Ambulanzen – auf Verlangen der Krankenkassen - für die Abrechnungen weiterhin sämtliche Eintragungen wie zur Zeit der Gültigkeit des KRAZAF vorzunehmen.

Dadurch entstehen nicht unbeträchtliche Verwaltungsmehraufwände, da neben den laufenden Eintragungen auf den Ambulanzscheinen während eines Quartals (Diagnosen und Leistungspositionen) auch sämtliche Abschlussarbeiten bis zur Übermittlung dieser Scheine an die sozialen Krankenversicherungsträger anfallen.

Der Aufwand allein für diese Abschlussarbeiten wird zum Beispiel für das LKH Stolzalpe (2002: 13.928 ambulante Fälle) mit sechs Manntagen, für das LKH Leoben mit etwa 135 Stunden (rund 17 Manntagen) (2002: 51.697 ambulante Fälle) pro Quartal angegeben.

Der zusätzliche Verwaltungsaufwand für die Diagnosen- und Positionserfassung sowie die Manipulation der Ambulanzscheine auf den einzelnen Ambulanzen lässt sich nicht näher feststellen.

Da die einzelnen erbrachten Leistungen in keinem Zusammenhang mehr mit der Honorierung stehen, **verzichtet beispielsweise die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse gänzlich auf die Übermittlung der Ambulanzscheine.**

Jene Krankenversicherungsträger, die eine Kostenbeteiligung des Versicherten vorsehen (z. B. Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter), schreiben diesem einen satzungsmäßig festgelegten Pauschalbetrag – unabhängig von der jeweiligen Behandlung – vor. Auch für diese Krankenversicherungsträger ist somit eine Diagnose- und Leistungseintragung nicht mehr erforderlich.

Aus oben ausgeführten Gründen regt der LRH an, dass die KAGes umgehend erneut Verhandlungen mit den sozialen Krankenversicherungsträgern mit dem Ziel aufnimmt, die „Abrechnung“ nach oberösterreichischem Vorbild – nämlich ohne Übermittlung der Ambulanzscheine und damit Verursachung eines überflüssigen Verwaltungsaufwandes – durchzuführen. Dies um so mehr, als von

den Krankenversicherungsträgern die auf den Ambulanzscheinen eingetragenen Leistungen nicht erfasst werden und somit den Ambulanzen als Leistungsaufzeichnung nicht zur Verfügung stehen.

Derzeit **verursacht vor allem die Steiermärkische Gebietskrankenkasse** – mit den meisten Versicherten und damit auch den meisten Patienten - durch ihr Beharren auf der Vorgangsweise wie zu Zeiten des KRAZAF zusätzliche **unnötige Verwaltungskosten in den steiermärkischen Krankenanstalten**.

Unverständlich ist dieses Beharren vor allem vor dem Hintergrund der angespannten Mittel und der Finanzierungsprobleme im gesamten Gesundheitswesen.

Der LRH ist der Ansicht, dass die dabei eingesparten Mittel besser im medizinischen Bereich dem Patienten zu Gute kommen sollten.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Wolfgang Erlitz:

Die Festsetzung der Pauschalzahlungen für die ambulanten Leistungen der Krankenanstalten erfolgte auf Basis der Leistungen, die im Jahr 1994 entstanden sind und bis 31.05.1996 mit den Sozialversicherungsträgern auf der Grundlage des Allgemeinen Ambulanzvertrages 1986 idF der 9. Zusatzvereinbarung 1996 abgerechnet wurden.

Auf Grund der geltenden Finanzierungsvereinbarung (Art. 15a B-VG über die Neustrukturierung des Gesundheitswesens und der Krankenanstaltenfinanzierung) erfolgt lediglich eine Valorisierung dieses Pauschalbetrages mit dem vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger verlautbarten Hundertsatz (= Prozentsatz, der sich aus der Veränderung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger im Vergleich zum Vorjahr ergibt), der sowohl Leistungserweiterungen (neue Leistungen auf Grund des medizinischen Fortschrittes) als auch Frequenzsteigerungen abdecken soll (vgl. Art. 16 Abs. 1 der zit. Vereinbarung sowie § 148 Z. 3 ASVG).

Von 1994 bis 2002 zeigt der ambulante Bereich eine Frequenzsteigerung in der Höhe von rd. 61,6 % (1994: 5.302.699 ambulante Leistungen gesamt, 2002: 8.571.385 ambulante Leistungen gesamt lt. Krankenanstaltenstatistik); dieser steht lediglich eine durchschnittliche Steigerung des Hauptverbandsatzes (1994-2002) in der Höhe von rd. 3 % gegenüber.

Die Meinung des LRH kann daher vollinhaltlich geteilt werden, dass kein Zusammenhang zwischen erbrachter Leistung und deren Abgeltung (Ambulanzerlöse) auf Grund des vorgegebenen Finanzierungssystems besteht; umso mehr als die (Fonds-) Krankenanstalten verpflichtet sind, weiterhin das vor 1997 bestehende Leistungs-(vorhalte-)angebot aufrecht zu erhalten, dem in keiner Weise eine adäquate Abgeltung gegenübersteht.

Zur Anregung des LRH, die „Abrechnung“ mit den sozialen Krankenversicherungsträgern „nach dem oberösterreichischen Vorbild“ (= kein Eintragen mehr der Leistungspositionen auf den Ambulanzscheinen und keine Scheinübermittlung mehr an die Kassen) ist festzuhalten:

Wie der LRH im Kapitel VII. „Pilotprojekt LKH Bruck/Mur“ ausführt, werden dort in den Ambulanzen seit dem I. Quartal 2004 Ambulanzleistungen auf Basis von Leistungskatalogen aus dem Tarifkatalog der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter im ISH-Medocs elektronisch erfasst. Diese Daten wurden nach den bisherigen Abrechnungsmodalitäten mit dem Geschäftsausschuss der steiermärkischen Krankenversicherungsträger bzw. der Gemeinsamen Ärzterrechnung für das I. Quartal 2004 ausgewertet und den Kassen in Listenform und auf einem elektronischen Medium (CD) zur Verfügung gestellt. Die Leistungspositionen auf den Scheinen wurden nicht mehr eingetragen. Damit ist eine wesentliche Verwaltungsvereinfachung gegeben.

Nach einer grundsätzlichen Abstimmung zwischen dem Obmann und dem Generaldirektor der Stmk. Gebietskrankenkasse sowie dem Geschäftsführer des Geschäftsausschusses der stmk. Krankenversicherungsträger und Vorstandsdirektor Hecke soll diese Form der Leistungsauswertung bzw. –abrechnung mit den Kassen nunmehr nach einem einheitlich von der KAGes zu verwendenden Ambulanzleistungskatalog (voraussichtlich auf Basis von ICPM) weitergeführt und suk-

zessive in weiteren Landeskrankenhäusern, wo in den Ambulanzen bereits ISH-Medocs zur Verfügung steht, eingeführt werden. Dadurch kann die Eintragung der ambulanten Leistungen auf den Scheinen sowie die alphabetische Sortierung der Scheine entfallen.

3. Selbstzahler

Jene Patienten, welche nicht in den Schutz einer sozialen Krankenversicherung einbezogen sind, haben die von den Ambulanzen erbrachten Leistungen nach dem sogenannten „Selbstzahlertarif“ zu bezahlen.

Es handelt sich dabei um jene Tarife, die von der Steiermärkischen Landesregierung mittels „Verordnung über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten“ festgelegt werden.

V. KOSTEN UND ERLÖSE

Die Kosten- und Erlössituation der Ambulanzen der Krankenhäuser der KAGes stellt sich in den Jahren 2001 und 2002 wie folgt dar:

	2001	2002	2002/2001
Erträge	1.000.000	1.014.400	1,44 %
Kosten	1.000.000	1.009.600	0,04 %
Ergebnis	0	4.800	9,34 %
Ergebnis je Patient	0	4.800	9,34 %
Ergebnis je Arzt	0	4.800	9,34 %
Ergebnis je Station	0	4.800	9,34 %

Obwohl die Anzahl der ambulanten Patienten im Jahr 2002 – im Vergleich zum Jahr 2001 – um 10,10 % zugenommen hat, stiegen die Erlöse lediglich um 1,44 %.

Dass sich der ohnehin sehr tief liegende Kostendeckungsgrad dennoch von 0,00 auf 0,004 verbessert hat, ist in der Tatsache begründet, dass sich die Kosten im Beobachtungszeitraum – trotz um rund 10 % gestiegener Patientenzahl – um lediglich 0,04 % erhöht haben.

Als Resultat verringerten sich die durchschnittlichen Kosten je ambulantem Patienten um 9,34 %.

Auf Grund der für eine Kosten- und Leistungsrechnung fehlenden Leistungsaufzeichnungen der Ambulanzen lässt sich nicht näher bestimmen, ob diese Kostensenkung je ambulantem Patienten auf Leistungsreduktionen, Produktivitätssteigerungen oder andere Ursachen zurückzuführen ist.

Die Ergebnisse für das Jahr 2003 lagen zum Berichtszeitpunkt noch nicht vor.

Der LRH hat bewusst darauf verzichtet, die Ergebnisse für jede einzelne Ambulanz darzustellen, da diese keine Aufschlüsse über die Leistungserbringung oder die Wirtschaftlichkeit der einzelnen Kostenstellen zulassen und lediglich zu Fehlinterpretationen führen könnten.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Wolfgang Erlitz:

Das Ergebnis der Leistungsauswertungen des I. Quartals 2004 aus 3 Ambulanzen – Innere Medizin mit Dialyse, Gynäkologie, Unfallchirurgie – des LKH Bruck a. d. Mur (Pilotprojekt ambulante Leistungserfassung) hat im Kosten-Erlös-Vergleich gezeigt, dass mit den SKAFF-Abgeltungen von einer Kostenabdeckung von [REDACTED] auszugehen ist, nach den fiktiven BVA-Erlösen von einer Kostenabdeckung von [REDACTED]. Verglichen wurden dabei die vom SKAFF geleisteten aktuellen Pauschalzahlungen für die Ambulanzen mit den voraussichtlich erzielbaren Erlösen der nach BVA-Tarifen bewerteten Leistungen.

Auch daraus wird die unbefriedigende Finanzierungssituation im spitalsambulanten Bereich klar, wobei bei gleicher Honorierung mit dem niedergelassenen (extramuralen) Bereich eine wesentlich höhere Kostenabdeckung erreicht werden könnte. Eine Gleichbehandlung zwischen den Leistungen der Spitalsambulanzen und den niedergelassenen Ärzten ist damit noch lange nicht erreicht, da den 168-stündigen Vorhaltekosten an 52 Wochen pro Jahr eine Vorhalteverpflichtung von 20 Stunden pro Woche gegenübersteht. Dieses Thema sollte im Rahmen der Verhandlungen 2004 über die Verlängerung der Art. 15a B-VG-Vereinbarung behandelt werden, um hier eine leistungsgerechte und leistungsorientierte Abgeltung zu erreichen.

VI. LEISTUNGSaufZEICHNUNGEN

Eine flächendeckende EDV-Ausstattung aller Ambulanzen der KAGes ist derzeit noch nicht gegeben. Somit werden in den Ambulanzen die Diagnosen und die erbrachten Leistungen entweder EDV-mäßig erfasst oder auf den Ambulanzkarten des entsprechenden Patienten (vergleichbar mit der Krankengeschichte eines stationären Patienten) vermerkt.

Zusätzlich werden sowohl die Diagnosen als auch die zu den erbrachten Leistungen korrespondierenden Positionsnummern nochmals auf den Ambulanzscheinen – welche in weiterer Folge an die sozialen Krankenversicherungsträger übermittelt werden – eingetragen.

Eine Leistungserfassung zum Zwecke einer Kosten- und Leistungsrechnung erfolgt in der Regel nicht.

Zur Zeit der Gültigkeit des KRAZAF wurde die Anzahl der in Rechnung gestellten – und damit auch erbrachten – Leistungen von den sozialen Krankenversicherungsträgern im Rahmen der Abrechnung erfasst und übermittelt. Da nunmehr diese Daten für die Zahlungen der sozialen Krankenversicherungsträger nicht mehr benötigt und somit auch nicht mehr erfasst werden, fehlen auch die Grundlagen für eine aussagekräftige Kosten- und Leistungsrechnung.

Als zielführend sieht der LRH eine EDV-mäßige Erfassung aller Daten der Ambulanzen an. Diese Erfassung sollte nur einmal erfolgen und sowohl alle Erfordernisse der Dokumentation abdecken als auch für alle weiteren Auswertungen (wie z. B. Kosten- und Leistungsrechnung als Steuerungsinstrument etc.) geeignet sein.

Neben einer flächendeckend geeigneten EDV-Ausstattung sind, um eine Vergleichbarkeit der Daten bundesweit zu erreichen, sowohl ein einheitlicher Datensatz als auch ein einheitlicher Leistungskatalog erforderlich.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Wolfgang Erlitz:

Derzeit wird eine Richtlinie zur einheitlichen Leistungsstatistik im ambulanten Bereich erarbeitet, welche im Herbst dieses Jahres beschlossen werden soll. Darüber hinaus erfordert auch die Einführung der neuen gesetzlich vorgeschriebenen Statistik für nichtbettenführende Kostenstellen (lt. „Handbuch zur Dokumentation in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten 2004+“) eine KAGes-weite einheitliche Strukturierung der Leistungsdaten sowie eine einheitliche Struktur der leistungserbringenden Kostenstellen in den Krankenhäusern der KAGes, die auch Teil der Richtlinie wird.

Auch zu Leistungscontrollingzwecken und zur Berechnung des Personalbedarfs im ambulanten Bereich werden einheitliche Leistungsdefinitionen benötigt, die über die derzeit gültigen gesetzlichen Bestimmungen hinausgehen.

Jedenfalls werden seitens der KAGes auch die bundesweiten Aktivitäten im Rahmen der Gesundheitsreform genau verfolgt, da einheitliche Leistungskataloge für den ambulanten Bereich angekündigt wurden.

Mit der sukzessiven Einführung von ISH-Medocs in den Ambulanzen – flächendeckend voraussichtlich bis Ende 2005 – und der Möglichkeit einer elektronischen Ambulanzdokumentation und EDV-Abrechnung in der vorhin dargestellten Form mit den Kassen wird der administrative (Mehr-) Aufwand für die Krankenanstalten („Handling“ der Ambulanzscheine) jedenfalls wesentlich verringert, wenn nicht künftig gänzlich wegfallen. Dieser Verhandlungserfolg ist nicht zuletzt durch den gegenständlichen Prüfbericht des LRH ermöglicht worden.

Seitens der Geschäftsstelle des SKAFF ist zu den Ausführungen des LRH Folgendes anzumerken:

Es darf darauf hingewiesen werden, dass beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger seit Beginn dieses Jahres eine Arbeitsgruppe mit dem Auftrag eingerichtet wurde, einen Ambulanzdatensatz zu entwerfen. Damit soll den gesetzlichen Vorgaben der Sozialversicherung, wie etwa Leistungsinformationspflicht an alle Versicherten, Erfüllung der Bestimmungen der Art. 15 a B-VG-Vereinbarung, nachgekommen werden. Gleichzeitig wird seitens

der Ländervertreter gefordert, diesen Datensatz auch für die Abrechnung von ambulanten Leistungen anwenden zu können. Ein österreichweit einheitlicher Leistungskatalog wäre erforderlich. Damit würden die Erfordernisse der einheitlichen Dokumentation ebenso abgedeckt wie eine leistungsorientierte Abgeltung. Siehe dazu die Forderungen des LRH auf Seite 14 [nunmehr Seite 16].

Die Erfassung von Leistungen auf den Ambulanzscheinen und deren nachfolgende Übermittlung an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse nach dem Schema wie vor Einführung der LKF erscheint aus hiesiger Sicht nicht mehr erforderlich, da sie für die Leistungsabgeltung keine Bedeutung haben.

VII. PILOTPROJEKT LKH BRUCK/MUR

Um eine geeignete Grundlage für eine Kostentransparenz im ambulanten Bereich zu erhalten, hat die KAGes im LKH Bruck/Mur mit 1.Jänner 2004 ein Pilotprojekt gestartet.

Ziel dieses Projektes ist es, die Leistungen der Ambulanzen EDV-mäßig nach einem modifizierten Leistungskatalog der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter mittels Positionsnummern zu erfassen.

Damit würde eine datenmäßige Grundlage zur Verfügung stehen, die sowohl für eine Kosten- und Leistungsrechnung, aber in Folge auch für Steuerungszwecke in den Krankenanstalten verwendet werden kann.

VIII. ÜBERBLICK ÜBER DIE AMBULANZEN IN DEN KRANKENANSTALTEN DER KAGES

Nachdem mit der 4. Krankenanstaltengesetznovelle die Verpflichtung zur Führung von Anstaltsambulatorien festgelegt wurde, entfielen auch die Bestimmungen über die Durchführung gesonderter Errichtungs- und Betriebsbewilligungsverfahren und der Bedarfsprüfung.

Gemäß **§ 6 KALG**, in der derzeit gültigen Fassung, sind **lediglich wesentliche Änderungen von der Bewilligung durch die Landesregierung abhängig**.

Als wesentliche Änderung werden unter anderem die Schaffung neuer Betriebsbereiche oder Maßnahmen zur Änderung des Umfangs der Krankenanstalt genannt.

Werden nun sogenannte Spezial- oder Subambulanzen in medizinischen Fachbereichen - die in der Krankenanstalt ohnehin angeboten werden - geschaffen, so ist nach der gültigen Rechtslage die Bewilligung durch die Landesregierung nicht mehr erforderlich.

Dieser Umstand hat in der Folge dazu geführt, dass eine Fülle von derartigen Ambulanzen geschaffen wurde. Von der Organisation her laufen diese Ambulanzen jeweils unter der „Hauptambulanz“ und sind dafür auch **keine eigenen Kostenstellen** eingerichtet. In einigen Fällen wusste die Betriebsleitung nicht einmal von diesen Spezialambulanzen.

Eine Krankenanstalt der KAGes mit Kostenstellen für eine Medizinische Ambulanz, eine Chirurgische Ambulanz und eine Gynäkologische Ambulanz führt unter den jeweiligen Kostenstellen nachstehende Spezialambulanzen:

⇒ Chirurgische Ambulanz:

- Allgemeine und Unfallambulanz
- Notfall–Ambulanz
- Venen–Ambulanz
- Schulter–Ambulanz
- Knie- und Hüftambulanz
- Onkologie–Ambulanz
- Proktologie–Ambulanz
- Schilddrüsen–Ambulanz

⇒ Medizinische Ambulanz:

- Allgemeine Ambulanz
- Notfall Ambulanz
- Nierenambulanz
- Diabetes–Ambulanz
- Gefäß–Ambulanz
- Rheuma–Ambulanz
- Leber–Ambulanz
- Schrittmacher–Ambulanz
- Manualtherapie

⇒ Gynäkologische Ambulanz:

- Gynäkologische Ambulanz und Notfalls–Ambulanz
- Geburtshilfliche Ambulanz
- Amniocentesen
- Diagnostische Eingriffe in der Gynäkologie
- Kontrollen nach stationären Aufenthalten
- Präoperative Ambulanz
- Osteoporoseabklärung
- Urogynäkologische Ambulanz
- Sterilität und Endokrinologie
- Onkologie-Ambulanz

Ein weiteres Krankenhaus - es handelt sich um eine Standardkrankenanstalt mit lediglich den Fachrichtungen Innere Medizin und Chirurgie – führt Kostenstellen für eine Medizinische Ambulanz sowie eine Chirurgische Ambulanz.

Daneben werden folgende Spezialambulanzen geführt:

⇒ Chirurgische Ambulanz:

- Allgemeine und unfallchirurgische Ambulanz
- Ambulanz für chirurgische Onkologie
- Ambulanz für Verletzungen bzw. deren Folgeschäden und Erkrankungen
- Chirurgische und unfallchirurgische Ambulanz
- Gefäßchirurgische Ambulanz
- Hand- und Venenambulanz
- Handchirurgische und mikrochirurgische Ambulanz
- Schulter- und Knieambulanz
- Schmerzambulanz

⇒ Medizinische Ambulanz:

keine Spezialambulanz

In einer weiteren Krankenanstalt der KAGes werden Kostenstellen für eine medizinische, eine chirurgische und eine gynäkologisch–geburtshilfliche Ambulanz geführt.

Im Rahmen dieser Hauptambulanzen werden folgende Spezialambulanzen betrieben:

⇒ Medizinische Ambulanz:

- Allgemeine Medizinische Ambulanz
- Diabetesberatung
- Schlaganfall-Information für Patienten und Angehörige
- Spezialambulanz für Echokardiographie, Ergometrie
- Spezialambulanz für Gastroskopie
- Spezialambulanz für OP-Tauglichkeit
- Thrombotests

⇒ Chirurgische Ambulanz:

- Allgemeine Chirurgische Ambulanz
- Tumor-Nachsorgeambulanz
- Unfallchirurgische Nachsorgeambulanz
- Venenambulanz

⇒ Gynäkologisch-geburtshilfliche Ambulanz:

- Allgemeine Gynäkologische Ambulanz
- Menopause- und Osteoporose-Ambulanz
- Onkologische Ambulanz
- Spezialambulanz für Diabetes in der Schwangerschaft
- Spezialambulanz für Kindergynäkologie
- Spezialambulanz für Missbildungsdiagnostik
- Spezialambulanz für Sterilität/Familienplanung

Für die Kostenstelle Medizinische Radiologie-Diagnostik, die keine Ambulanz-, sondern eine Funktionsstelle darstellt, jedoch auch Leistungen an ambulanten Patienten erbringt, werden nachstehende „Ambulanzen“ auf der Homepage des Krankenhauses aufgezählt:

- Spezialambulanz für CT-Untersuchungen
- Spezialambulanz für Darmuntersuchungen
- Spezialambulanz für Magenuntersuchungen
- Spezialambulanz für Mammographie
- Spezialambulanz für Nierenuntersuchungen
- Spezialambulanz für Phlebographie
- Spezialambulanz für Ultraschall

Der LRH versteht und anerkennt das Bemühen der verantwortlichen Ärzteschaft, medizinisch hochstehende Leistungen anzubieten und zu erbringen. Er weist jedoch nachdrücklich darauf hin, dass in der ungebremsten Möglichkeit Spezialambulanzen zu errichten die Gefahr besteht, Leistungen unkontrolliert auszuweiten. Dies würde eine landes- und auch bundesweite Leistungsplanung erschweren.

Bei Krankenhäusern der ersten Versorgungsstufe ist damit auch – sofern es sich nicht um Leistungen der Basisversorgung handelt - ein **erhöhter Personal- und Sachaufwand** gegeben.

Des Weiteren ist auch auf die Frage der **Qualitätssicherung** Rücksicht zu nehmen, da erst ab einer bestimmten Frequenz von Leistungen eine ausreichende Qualität sichergestellt ist.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Wolfgang Erlitz:

Wie die Aufstellung des LRH über die Spezialambulanzen zeigt, handelt es sich dabei entweder um die Betreuung bestimmter Erkrankungen bzw. Erkrankungen von Organsystemen oder um bestimmte Leistungen. Diese „Spezialambulanzen“ werden in der Regel auch in den Räumen der allgemeinen Ambulanz geführt und die Öffnungszeiten beschränken sich oft auf wenige Stunden pro Woche (je nach Bedarf).

Bei den im Prüfbericht zum Beispiel anhand einer Gynäkologischen Ambulanz aufgezeigten „Spezialambulanzen“ handelt es sich in der Regel um arbeitsorganisatorische Bezeichnungen, um einen rascheren und effizienteren Ablauf in der Patientenbehandlung zu ermöglichen; prinzipiell gehören die beschriebenen Tätigkeiten – diagnostische Eingriffe in der Gynäkologie, Kontrollen (= Nachbehandlungen) nach stationären Aufenthalten, urogynäkologische Ambulanz, präoperative Ambulanz, Onkologie-Ambulanz – wohl zum eigentlichen Aufgabenbereich der Ambulanz der jeweiligen Klinik bzw. Abteilung im Sinne des § 34 KALG.

Aus Sicht der KAGes sind die vorgefundenen Leistungsangebote unter drei Gesichtspunkten sinnvoll:

- 1. Aus Sicht des Krankenhauses kann gewährleistet werden, dass jener Arzt in der Spezialambulanz tätig wird, der mit den zu behandelnden Erkrankungen oder der zu erbringenden Leistung besonders vertraut ist. Auch in kleinen Krankenhäusern werden unter den Ärzten klinische Schwerpunkte nach Bedarf, Kenntnissen und Fertigkeiten geteilt, weil nicht jeder Arzt auf allen Be-*

reichen gleich gut sein kann. Die Organisation der Betreuung kann einfacher sein, wenn eine größere Zahl von Patienten mit gleichartiger Symptomatik oder Erkrankung bzw. Leistung zeitlich und räumlich konzentriert wird.

- 2. Aus Sicht des Patienten bestehen jedenfalls Vorteile, wenn er von Ärzten betreut wird, die eine besondere Expertise in der ihn betreffenden Erkrankung haben. Eine Kontinuität bei eventuell notwendiger fortgesetzter Betreuung ist eher gewährleistet. Fixe Ambulanzzeiten der Spezialambulanz erleichtern auch die Planung weiterer Besuche.*
- 3. Aus Sicht des zuweisenden niedergelassenen Arztes ist es von Vorteil, wenn es für seinen Patienten verlässliche, fixe Termine zur Überweisung gibt und er eher darauf vertrauen kann, dass der Patient von einem Arzt mit besonderer Expertise für diese Erkrankung oder Leistung betreut wird.*

Bei geplanten oder bereits geführten Spezialambulanzen sollte daher nur dann eingegriffen werden, wenn Leistungen, die sonst der niedergelassene Bereich ausreichend erbringen könnte, an das Krankenhaus transferiert werden würden oder wenn die Aufgabenstellung die Qualifikation der Abteilung übersteigen würde.

Hingewiesen wird in diesem Zusammenhang auf die Judikatur über die Leistungsverpflichtung und damit das Leistungs-(vorhalte-)angebot für (fondsfinanzierte) Krankenanstalten. VfGH und VwGH betonen in ihren div. Erkenntnissen (VfGH Erk. B 817/97, VwGH Erk 96/11/0103 und Erk 96/11/0155), dass ambulante Untersuchungen und Behandlungen für extramurale Patienten nur subsidiär, d.h. so weit und so lange eine anderweitige extramurale Bedarfsabdeckung fehlt, zu den Aufgaben einer öffentlichen Krankenanstalt gehören.

Die Anstaltsleitungen werden neuerlich angewiesen werden, Spezialambulanzen nur nach Abklärung des Bedarfes, unter strikter Beachtung des § 34 KALG, einzurichten.

Stellungnahme der Frau Landesfinanzreferentin Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Der gegenständliche Bericht obigen Betreffs wird seitens des Landesfinanzreferates zur Kenntnis genommen.

Das Ergebnis der vom LRH durchgeführten Überprüfung wurde in der am 3. Mai 2004 abgehaltenen **Schlussbesprechung** dargelegt.

An der Schlussbesprechung haben teilgenommen:

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

Hofrat Dr. Reinhard SUDY
Abteilungsleiter

Dr. Gerhild PAUKOWITSCH-JANDL
Abteilungsleiterin

vom Landesrechnungshof:

Hofrat Dr. Johannes ANDRIEU
Landesrechnungshofdirektor

Wirkl. Hofrat Dr. Hans LEIKAUF
Landesrechnungshofdirektor-Stv.

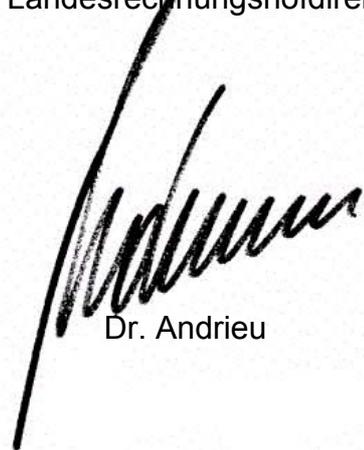
Oberwirtschaftsrat Mag. Georg GRÜNWARD

IX. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens stellt der Landesrechnungshof fest, dass alle im vorliegenden Bericht enthaltenen Empfehlungen von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. entweder bereits umgesetzt oder zumindest in Angriff genommen wurden.

Graz, am 9. August 2004

Der Landesrechnungshofdirektor:

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

Dr. Andrieu