

INHALTSVERZEICHNIS

I. Prüfungsauftrag	1
II. Einhaltung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen 1996	2
1. Gesetzliche Grundlagen	2
2. Umsetzung durch die KAGES	4
2.1. Weiterverrechnung von Kosten	4
2.2. Einhaltung der Bestimmungen über Kostenstellenbeschreibungen und Kostenstellennachweise.....	19
III. Leistungsverrechnungen und Kalkulationen gem. den Bestimmungen des KALG 1957 i.d.g.F.	26
1. Stationärer Bereich - Gesetzliche Grundlagen	26
1.1. Österreichische Staatsbürger	26
1.2. Fremde Staatsbürger	27
2. Ambulanter Bereich - Gesetzliche Grundlagen	32
2.1. Prüfung der im Anhang A der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr 98/1996) über die Festsetzung der Ambulanz- gebühren der Landeskrankenanstalten ausgewiesenen Leistungen	35
2.1.1. Nachkalkulation bestehender Tarife	36
2.1.2. Kalkulation der Kosten neuer Leistungen	41
2.2. Prüfung der im Anhang B der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 16. Dezember 1996 (LGBl. Nr. 98/1996) über die Festsetzung der Ambulanz- gebühren der Landeskrankenanstalten ausgewiesenen ambulatorischen Strahlen- leistungen	46
2.2.1. Grundsätzliches	46
2.2.2. Strahlentherapie	50
2.2.3. Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen	55
2.2.4. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen.....	57
2.2.5. Dosisberechnung und Grunduntersuchung	57
2.2.6. Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen	58

I. Prüfungsauftrag

Der Landesrechnungshof hat eine stichprobenweise Überprüfung der Leistungsverrechnungen und Kalkulationen gemäß den Bestimmungen des Krankenanstaltengesetzes (KAG) 1957 bzw. Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes (KALG) 1957 sowie der Einhaltung der Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen 1996 durchgeführt und im Bericht vom 9. Februar 1999, GZ: LRH 22 LK1 -1998/3 zusammengefasst.

In der **38. Sitzung des Kontrollausschusses am 22. Juni 1999** wurde dieser Bericht nicht zur Kenntnis genommen und der Beschluss gefasst, den Landesrechnungshof zu beauftragen, binnen eines Jahres eine Nachschau vorzunehmen.

In der **49. Sitzung des Kontrollausschusses am 27. Juni 2000** wurde dieser Beschluss wie folgt präzisiert:

„Der Landesrechnungshof wird beauftragt, einen neuen Bericht in einer bereinigten Fassung zu erstellen und dem Kontroll-Ausschuß bis Ende 2000 zuzuleiten; dies unter Einbeziehung eines Berichtes, inwieweit von Seiten der KAGES den Vorschlägen des Landesrechnungshofes Rechnung getragen wurde.“

Der Landesrechnungshof hat unter Einbeziehung des ursprünglichen Berichtes (GZ: LRH 22 LK 1–1998/3) eine Nachprüfung durchgeführt und werden die Prüfungsfeststellungen in den folgenden Kapiteln dargelegt.

Zur besseren Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit wird das Ergebnis der Nachprüfung bei den einzelnen Kapiteln jeweils gerahmt dargestellt.

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

1. Gesetzliche Grundlagen

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

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

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

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

- c) Die „Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten“ (BGBl. Nr. 784/1996) schreibt in § 35 vor, dass das **„Handbuch über die Do-**

kumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten“ inklusive der dazugehörigen Anhänge 1 bis 8 bundeseinheitlich anzuwenden ist.

2. Umsetzung durch die KAGes

2.1. Weiterverrechnung von Kosten

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

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

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

a) Primäre Kosten

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

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

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

Bei seiner Überprüfung musste der Landesrechnungshof feststellen, dass es bei der Kostenartengruppe „Kosten für medizinische Fremdleistungen“ zu Abweichungen von den gesetzlichen Vorgaben kam.

Während von Dritten erbrachte medizinische Fremdleistungen in Rechnung gestellt und den verursachenden Kostenstellen zugerechnet wurden, unterblieb eine derartige Kostenzurechnung, wenn die medizinische Fremdleistung von einem anderen Haus der KAGes erbracht wurde.

Es handelte sich dabei um nachstehende Fremdleistungen:

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

Nicht verrechnet wurden demnach zB Leistungen wie:

- Magnetresonanzuntersuchungen (MR)
- Computertomographieuntersuchungen (CT)

- Ultrafast-CT-Untersuchungen
- Stoßwellenlithotripsiebehandlungen von Nieren- oder Blasensteinen bzw. von Gallensteinen (ESWL)

aber auch

- Dialysebehandlungen.

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

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

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

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

Untersuchung nach dem Magnetresonanzverfahren pro Untersuchung und Region

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

CT-Untersuchung pro Untersuchung und Körperregion

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

Ultrafast-CT-Untersuchungen

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

Stoßwellenlithotripsie pro Nieren- oder Blasensteinbehandlung

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

Stoßwellenlithotripsie pro Gallensteinbehandlung

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

Hämodilfiltration

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

Hämodiafiltration

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

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

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

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

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

Der Landesrechnungshof wies darauf hin, dass die gesetzlichen Grundlagen für die Kostenstellenrechnung bereits mit der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung, BGBl. Nr. 328/1977, in Kraft seit 1. Jänner 1978, erlassen wurden und musste diesbezüglich feststellen, dass die KAGes dem seit **1. Jänner 1978** in Kraft stehenden Gesetzesauftrag nicht in vollem Umfang nachkam.

In ihrer **Stellungnahme zum ursprünglichen Prüfbericht** erklärt die KAGes, dass es geplant ist, noch im Frühsommer 1999 mit der innerbetrieblichen Verrechnung der medizinischen Fremdleistungen (Ambulanzleistungen), welche an stationären Patienten anderer Landeskrankenanstalten erbracht werden, zu beginnen.

Die nachträgliche Überprüfung durch den Landesrechnungshof ergab, dass mit der zwischenbetrieblichen Leistungsverrechnung mit Mai 1999 begonnen wurde.

Eine entsprechende Organisationsrichtlinie der Finanzdirektion der KAGes wurde mit 21. Juni 1999 (FDion 09 „Zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung medizinischer Leistungen an stationären Patienten anderer Krankenanstalten der KAGes“) herausgegeben.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Bereits in der ORG - Richtlinie FDion 09/1999 „Zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung“ vom 29. April 1999 bzw. in der überarbeiteten Fassung vom 21. Juni 1999 wurde die Verrechnung geregelt.

In weiterer Folge erging die beiliegende Richtlinie ArbU FDion 102.645 „Innerbetriebliche und zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung - am Beispiel von Konsiliarleistungen“ vom 23. Oktober 2000, in welcher nochmals auf die gesetzlichen Erfordernisse hingewiesen wurde.

b) Sekundäre Kosten

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

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

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

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

LKH Fürstenfeld

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

Die eine **Ausnahme betraf die Kosten für den Betriebsärztlichen Dienst**. Laut Handbuch wird die Anzahl der Beschäftigten als Schlüssel vorgegeben. Tatsächlich wurde jedoch die Aufteilung der Kosten gemeinsam mit den Hauskosten nach „m²“ vorgenommen. Von der Anstaltsleitung wurde dem Landesrechnungshof erklärt, dass eine Änderung im Sinne der verbindlichen Verrechnungsvorschriften vorgenommen werden wird.

Die zweite Ausnahme betraf die **Kosten für Konsiliarärzte**. Während die Kosten für von außerhalb des Hauses kommende Konsiliarärzte richtigerweise direkt den anfordernden Kostenstellen angelastet wurden,

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

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Die Verrechnung von Konsiliarleistungen ist bereits in der o.a. Richtlinie ArbU FDion 102.645 „Innerbetriebliche und zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung - am Beispiel von Konsiliarleistungen“ konkret vorgegeben.

Die Nachprüfung durch den Landesrechnungshof ergab, dass nach Auskunft des Verwaltungsleiters die innerbetriebliche Leistungsverrechnung in diesem Bereich mittlerweile in Angriff genommen wurde.

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

Weiters wurde dem Landesrechnungshof mitgeteilt, dass die Aufteilung der Laborkosten in Zukunft nicht mehr nach der erbrachten Anzahl, sondern nach den verursachten Kosten mittels Äquivalenzzahlenrechnung

durchgeführt werden wird. Ein entsprechendes Modell zur genaueren Kostenzuordnung war gerade in Ausarbeitung.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Seitens unserer Finanzdirektion wird eine Erhebung der vorhandenen Modelle durchgeführt, um möglichenfalls eine Vereinheitlichung anzustreben.

Auf jeden Fall wird die Forderung nach Gewichtung von Laborleistungen im alljährlichen „Prüfprotokoll für den Kostenrechnungsabschluß“ enthalten sein.

LKH Bad Aussee

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

Die Nachprüfung durch den Landesrechnungshof ergab, dass nach Auskunft des Verwaltungsleiters die konsiliarärztliche Tätigkeit hauseigener Ärzte nunmehr aufgezeichnet und innerbetrieblich weiterverrechnet wird.

Die Stromkosten wurden nach einem Schlüssel verteilt, der im Jahre 1978 mittels der vom E-Werk leihweise zur Verfügung gestellten Subzähler ermittelt wurde. Der Landesrechnungshof regte an, diesen Schlüssel an die mittlerweile erfolgten räumlichen und technischen Änderungen anzupassen.

Die **Nachprüfung durch den Landesrechnungshof ergab**, dass nach Auskunft des Verwaltungsleiters mittlerweile die Anschlusswerte der einzelnen Kostenstellen neu erhoben und ein neuer Aufteilungsschlüssel erstellt wurde.

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

Nach Aussage der KAGes wurde die Anstaltsleitung darauf hingewiesen, die gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Am 12. April 1999 wurde in der Richtlinie INFO FDion 33/99 „Kostenstelle für den betriebsärztlichen Dienst“ die Einrichtung eigener Kostenstellen für den „betriebsärztlichen Dienst“ vorgeschrieben.

Da im „Handbuch über die Dokumentation von Kostendaten“ auf Seite 15 unter Punkt 5.1 - Schlüssel für Hilfskostenstellen“ auch die Umlage des „betriebsärztlichen Dienstes“ nach Anzahl der Beschäftigten vorgeschrieben ist, wird im alljährlichen „Prüfprotokoll für den Kostenrechnungsabschluß“ der Hinweis auf die im Handbuch angeführten Umlageschlüssel enthalten sein.

LKH Universitätsklinikum Graz

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

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

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

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

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

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

Ähnlich gelagert war das Problem der Verrechnung von jenen Kosten, die entstehen, wenn ein Patient, der stationär aufgenommen war, Leistungen einer Ambulanz in Anspruch nahm.

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

Die Aufteilung der Kosten für stationäre Patienten, die keine Sonderklassenpatienten waren und Leistungen einer Ambulanz in Anspruch nahmen, erfolgte über Schlüsselwerte.

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

Dies bedeutete jedoch, dass sowohl zusätzliche Leistungen, die in der Zwischenzeit erbracht wurden, ebensowenig berücksichtigt wurden wie Leistungen, die mittlerweile nicht mehr erbracht wurden.

Ebenso nicht berücksichtigt war in diesem Schlüssel jene Anzahl von Ambulanzen, die seit 1987 neu geschaffen wurden.

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

Im „Bericht der Stmk. Krankenanstaltenges.m.b.H. über Maßnahmen auf Grund von Berichten des Landesrechnungshofes und der internen Revision“ aus dem Jahr 1994 führte der Vorstand der KAGes wörtlich aus:

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

Dazu merkte der Landesrechnungshof an, dass es sich offensichtlich nur um eine Absichtserklärung des Vorstandes gehandelt hat, da im Rahmen der damaligen Prüfung konkrete Maßnahmen nicht erkennbar waren.

Die Nachprüfung durch den Landesrechnungshof ergab, dass mittlerweile mit der Erfassung der für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung notwendigen Daten auf einigen Kostenstellen begonnen wurde.

Die Durchführbarkeit einer umfassenden innerbetrieblichen Leistungsverrechnung ist nach Angaben des LKH-Universitätsklinikum Graz von der Verfügbarkeit einer geeigneten EDV–Ausstattung abhängig. Die Gesamtumstellung vom derzeit verwendeten und dafür nicht geeigneten Programm „KIS“ (Krankenhausinformationssystem) auf das Nachfolgeprogramm „Medocs“ würde allerdings noch einige Jahre in Anspruch nehmen.

Die entsprechende Organisationsrichtlinie der Finanzdirektion der KAGes bezüglich der Verrechnung von Konsiliarleistungen innerhalb der KAGes stand **zum Zeitpunkt der Nachprüfung kurz vor Aussendung an die betroffenen Krankenhäuser.**

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Im „Prüfprotokoll für den Kostenrechnungsabschluß“ wird alljährlich darauf hingewiesen, daß die Umlagen für nichtbettenführende Hauptkostenstellen einheitlich nach den erbrachten Leistungen zu erfolgen haben.

Weiters wird noch auf die beiden o.a. Richtlinien ArbU FDion 102.645 und ORG Richtlinie FDion 09/1999 sowie auf die INFO FDion 49/99 vom 5. Juli 1999 hingewiesen.

2.2. Einhaltung der Bestimmungen über Kostenstellenbeschreibungen und Kostenstellennachweise

a) Kostenstellenbeschreibung

Die Kostenrechnungsverordnung für Fondskrankenanstalten legt in § 10 fest:

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

- a) die Kostenstellenbezeichnung und den Funktionscode,
- b) die Kostenstellenummer für die Betriebsbuchführung,
- c) den Namen eines Verantwortlichen für die Kostenstelle und seines Stellvertreters,
- d) das Überstellungsverhältnis (Angabe der übergeordneten Stelle) und das Unterstellungsverhältnis (Angabe der untergeordneten Stelle(n)),
- e) die Aufzählung der Räume (Baulichkeiten), die zur Kostenstelle gehören,
- f) die Aufgaben der Funktionen der Kostenstelle und der zur Erfüllung dieser Funktion vorhandenen Spezialeinrichtungen und
- g) die Angabe jener Funktionen, die über den gewöhnlichen Rahmen der Kostenstelle hinausgehen.

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

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

b) Kostennachweis je Kostenstelle

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

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

Nach den Bestimmungen des Handbuches über die Dokumentation von Kostendaten in Fondskrankenanstalten (siehe Beilage 3) ist der Kostennachweis dem Kostenstellenverantwortlichen nachweislich zur Kenntnis zu bringen.

Die Überprüfung dieser beiden Bestimmungen durch den Landesrechnungshof brachte folgendes Ergebnis (Bericht vom 9. Februar 1999):

LKH Fürstenfeld

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

Die Kostennachweise waren in allen Fällen von den Kostenstellenverantwortlichen abgezeichnet.

LKH Bad Aussee

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

Die Kostennachweise waren in allen Fällen von den Kostenstellenverantwortlichen abgezeichnet.

In ihrer **Stellungnahme zum Bericht vom 9. Februar 1999** erklärt die KAGes, dass im Jahre 1988 alle Kostenstellenbeschreibungen aktualisiert und unterschrieben wurden und es der KAGes unverständlich sei, dass nur Exemplare mit Stand 1978 und ohne Unterschrift zur Kenntnis gebracht wurden. (Kopien der derzeit gültigen und unterschriebenen Kostenstellenbeschreibungen wurden der Stellungnahme beigelegt.)

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Seit 12. September 2000 liegen sämtliche von den Kostenstellenverantwortlichen unterschriebenen Kostenstellenbeschreibungen auf.

LKH-Universitätsklinikum Graz

Die vom Landesrechnungshof eingesehenen Kostenstellenbeschreibungen stammten aus unterschiedlichen Zeiten, wobei die Mitarbeiter der Kostenrechnung der Finanzabteilung des LKH-Universitätsklinikum Graz bemüht sind, die-

se auf dem aktuellen Stand zu halten - dennoch fehlte bei einigen Formularen die Unterschrift des Kostenstellenverantwortlichen.

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

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

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

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

Die **Kostennachweise** der einzelnen Kostenstellen wurden den jeweiligen Kostenstellenverantwortlichen **nicht** nachweislich zur Kenntnis gebracht. Es wurden nach Auskunft der Mitarbeiter der Finanzbuchhaltung nicht einmal alle Kostennachweise ausgedruckt.

Kostennachweise wurden jeweils nur in aggregierter Form, wie zB für eine gesamte Klinik, ausgedruckt und lediglich bei Bedarf - etwa im Falle von Unklarheiten oder bei getrennter Anforderung - in Papierform erstellt. Begründet wurde diese Vorgangsweise mit der hohen Zahl von rund 670 Kostenstellen.

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

In ihrer **Stellungnahme zum ursprünglichen Bericht** berichtete die KAGes, dass seit Erstellung des Kostenrechnungsabschlusses 1993 von der Finanzdirektion in alljährlichen Rundschreiben dezidiert aufgefordert werde, die Kostenrechnungsergebnisse bzw. Kostennachweise auszudrucken und den Kostenstellenverantwortlichen nachweislich zur Kenntnis zu bringen.

Ein neuerliches Rundschreiben an die Verwaltungsdirektionen mit Hinweis auf strikte Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften wurde bis spätestens Mai 1999 angekündigt.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

In der FACH Richtlinie FDion 09/99 „Merkblatt für Kostenstellenverantwortliche“ vom 6. Dezember 1999, die bei Einrichtung einer neuen Kostenstelle bzw. bei Änderung des Kostenstellenverantwortlichen diesem auszuhändigen ist, ist unter Punkt 5 festgelegt, daß dem Kostenstellenverantwortlichen von der Betriebsdirektion das Kostenstellenergebnis monatlich im nachhinein innerhalb einer angemessenen Frist und in abgestimmter Form zur Kenntnis zu bringen ist.

Weiters gibt es nunmehr im SAP die Möglichkeit, Kostenstellenbeschreibungen direkt im „CO“ zu hinterlegen. Die diesbezügliche Arbeitsunterlage „Erfassung und Ausdruck der Kostenstellenbeschreibungen im CO“ ist in Ausarbeitung und wird demnächst herausgegeben werden.

Zusammenfassend stellte der Landesrechnungshof fest, dass sich die KAGes in weiten Bereichen weder an die gesetzlichen Vorgaben der Kostenrechnungs-

verordnung für Fondskrankenanstalten bzw. zuvor an die Vorgaben der Krankenanstaltenkostenrechnungsverordnung gehalten hat.

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

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

Des Weiteren musste der Landesrechnungshof feststellen, dass die Anpassung der Kostenstellenbeschreibungen an die tatsächlichen Gegebenheiten nicht immer ohne Verzögerungen erfolgte.

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

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

Die Nachprüfung in diesem Bereich durch den Landesrechnungshof ergab, dass die meisten Kritikpunkte entweder bereits bereinigt wurden bzw. die Beseitigung von der KAGes zumindest in Angriff genommen wurde.

III. Leistungsverrechnungen und Kalkulationen gem. den Bestimmungen des KALG 1957 i.d.g.F.

In seiner Nachprüfung geht der Landesrechnungshof lediglich auf den Bereich der nicht im Schutze einer gesetzlichen Sozialversicherung stehenden Personen („**Nichtversicherte**“) ein, da es hier zu schwerwiegenden Prüfungsfeststellungen gekommen war.

Nichtversicherte

1. Stationärer Bereich - Gesetzliche Grundlagen

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

1.1. Österreichische Staatsbürger

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

1.2. Fremde Staatsbürger

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

- (1) „Die Aufnahme fremder Staatsangehöriger, die sich nicht seit mindestens 6 Monaten ununterbrochen im Bundesgebiet aufgehalten haben und die voraussichtlichen Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge bzw. die voraussichtlichen tatsächlichen Behandlungskosten im Sinne des Abs. 2 nicht erlegen oder sicherstellen, ist auf den Fall der Unabweisbarkeit beschränkt. Diese Bestimmungen gelten nur insofern, als von Österreich geschlossene Abkommen über die soziale Sicherheit nichts anderes bestimmen.
- (2) Bei Aufnahme fremder Staatsangehöriger sind statt der Pflege(Sonder)gebühren sowie Kostenbeiträge **die tatsächlichen Behandlungskosten zu bezahlen**; die gilt jedoch nicht für
 1. Fälle der Unabweisbarkeit, sofern sie im Inland eingetreten sind,
 2. Flüchtlinge im Sinne des Bundesgesetzes über die Aufenthaltsberechtigung von Flüchtlingen im Sinne der Konvention über die Rechtsstellung der Flüchtlinge,
 3. Personen, die in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind oder Beiträge zu einer solchen Krankenversicherung entrichten, sowie Personen, die nach den sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen in der Krankenversicherung als Angehörige gelten, und
 4. Personen, die einem Träger der Sozialversicherung auf Grund eines von der Republik Österreich geschlossenen zwischenstaatlichen Übereinkommens im Bereich der sozialen Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.“

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

„Es ist wiederholt der Fall, daß Ausländer nur deshalb nach Österreich kommen, um sich hier komplizierten medizinischen Behandlungen zu unterziehen. Ihrer Natur nach handelt es sich dabei regelmäßig um Behandlungen der medizinischen Spitzenversorgung, die daher mit entsprechend hohen Kosten verbunden sind.

Seitens dieser ausländischen Patienten besteht durchaus Bereitschaft, dem jeweiligen Träger der Krankenanstalt sämtliche Behandlungskosten zu ersetzen. Demgegenüber ist dem Anstaltsträger nach der geltenden Rechtslage jedoch verwehrt, Beträge, die über die Pflege- und allfällige Sondergebühren hinausgehen, in Rechnung zu stellen. Pflege- und Sondergebühren sind durch die Landesregierung kostendeckend zu ermitteln, doch liegt dieser Berechnung der Durchschnitt aller in der jeweiligen Krankenanstalt anfallenden Behandlungen zugrunde, so daß die Kosten der hier in Rede stehenden medizinischen Spitzenleistungen weit über den durchschnittlichen kostendeckenden Gebühren liegen.

Durch die Neufassung des § 39 KALG soll nun dem einzelnen Krankenanstaltsträger die Möglichkeit eröffnet werden, bei der Behandlung von Ausländern, die zur Vornahme medizinischer Eingriffe

nach Österreich kommen, die daraus erwachsenden **tatsächlichen Kosten** in Rechnung zu stellen.“

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

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

LKH Fürstenfeld

Von der Anstaltsleitung dieser Krankenanstalt wurde erklärt, dass noch kein Patient im Sinne des § 39 KALG behandelt worden wäre. Im Anlassfall würde im Sinne des Schreibens der Finanzdirektion der KAGes vom 31. August 1990 vorgegangen werden.

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

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Gemäß der FACH Richtlinie FDion 07 bzw. der INFO FDion 61/98 „Kalkulationsschema“ vom 3. August 1998 ist das allgemeine Kalkulationsschema allen mit Kalkulationen befaßten Mitarbeitern zur Kenntnis zu bringen und es ist für einen lückenlosen Einsatz dieser Fachrichtlinie zu sorgen.

LKH Bad Aussee

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

LKH-Universitätsklinikum Graz

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

Eine telefonische Umfrage bei einigen weiteren Krankenanstalten brachte nachstehendes Ergebnis:

LKH Leoben

In dieser Krankenanstalt wurde gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vorgegangen.

LKH Bruck a.d. Mur

In dieser Krankenanstalt wurde gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vorgegangen.

LKH Mürzzuschlag

Laut Auskunft der Anstaltsleitung wurden lediglich die amtlichen Pflegegebühren verrechnet, da noch kein § 39 KALG Patient behandelt wurde.

LKH Feldbach

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

LKH Rottenmann

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

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

Die Nachprüfung durch den Landesrechnungshof ergab, dass die KAGes die einzelnen Häuser mit der FDion 30/99 vom 15. März 1999 neuerlich über die gesetzlichen Bestimmungen und die einzuhaltende Vorgangsweise informiert hat.

2. Ambulanter Bereich - Gesetzliche Grundlagen

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

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

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

Zwar ist die Festsetzung der Ambulanzgebühren mittels Verordnung nicht vom Antrag des Rechtsträgers der Krankenanstalten abhängig. Mit der Schaffung der KAGes wurden jedoch die operativen Geschäfte an diese übertragen, sodass es Aufgabe der KAGes ist, der Landesregierung die erforderlichen Grundlagen für die Festsetzung der Ambulanzgebühren im Verordnungsweg in Form von nachvollziehbaren Kalkulationen und Leistungsdaten vorzulegen. Dazu hat die KAGes die Entwicklung in den einzelnen Leistungspositionen zu beobachten, um allfällige Kostenänderungen feststellen und diese dem Gesetzgeber mitteilen zu können. Die Information sowohl über Kostenänderungen als auch Änderungen in der Leistungspalette hat somit vom Rechtsträger der Krankenanstalten auszugehen.

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

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

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

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

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

Der Landesrechnungshof schloss sich dieser Aussage der KAGes an, zeigte jedoch im Folgenden auf, dass sich die KAGes selbst nicht an ihre eigenen Aussagen gehalten hat.

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

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

Diese Tarifanlagen (siehe Beilage 6) lauteten im besonderen:

Anhang A: Allgemeine ambulatorische Leistungen

Anhang B: Ambulatorische Strahlenleistungen

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

Anhang C: Ambulatorische Zahnleistungen

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

Anhang D: Ambulatorische Leistungen bei Stoffwechselerkrankungen

Der Landesrechnungshof überprüfte stichprobenhaft die Vorgangsweise der KAGes im Bereich der im Anhang A (Allgemeine ambulatorische Leistungen) und B (Ambulatorische Strahlenleistungen) geregelten Leistungen und stellte hierzu fest:

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

Der Anhang A der gegenständlichen Verordnung regelt die Tarife der „Allgemeinen ambulatorischen Leistungen“.

Nachdem die jeweiligen Grundlagen von der KAGes der Steiermärkischen Landesregierung vorgelegt wurden, wurden die Selbstzahlertarife in den letzten Jahren wie folgt geändert:

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

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

Die zum Zeitpunkt der ursprünglichen Prüfung geltenden Tarife waren - bis auf die Splittung der Blutkonserventarife - seit 1. Jänner 1997 in Geltung und somit **mehr als zwei Jahre alt**.

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

2.1.1. Nachkalkulation bestehender Tarife

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

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

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

Unter anderem wurden Kalkulationen für folgende bereits bestehende Leistungen unter dem Titel „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ der Steiermärkischen Landesregierung vorgelegt:

- **HELP-Therapie**

Die Kalkulation für diese Leistung traf am **13. August 1997** bei der KAGes ein.

Der „Antrag auf Änderung des SZ-Tarifes“ (neu S 23.481.--; alt S 34.419.--) erfolgte erst mit Schreiben vom 1. Dezember 1998.

Die Kalkulation lag somit unverständlicherweise über **15 Monate** bei der KAGes auf, bevor diese Änderung der errechneten Selbstkosten der Steiermärkischen Landesregierung mitgeteilt wurde.

- **HLA-Typisierung**

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

Die Kalkulationen lagen somit mehr als **14 Monate** bei der KAGes auf, bevor diese Änderungen der Steiermärkischen Landesregierung mitgeteilt wurden.

- **Excimer-Laser-Behandlung**

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

Die Kalkulation lag somit mehr als **14 Monate** bei der KAGes auf, bevor diese Änderung der errechneten Selbstkosten der Steiermärkischen Landesregierung mitgeteilt wurde.

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

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

Die Kalkulation lag somit mehr als **15 Monate** bei der KAGes auf, bevor die geänderten Selbstkosten der Steiermärkischen Landesregierung mitgeteilt wurden.

- **Histologische Untersuchungen**

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

Die Kalkulationen lagen somit mehr als **15 Monate** bei der KAGes auf, bevor die geänderten Selbstkosten der Steiermärkischen Landesregierung mitgeteilt wurden.

- **In-vitro-Fertilisierungsprogramm**

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

Die Kalkulationen lagen somit rund **12 Monate** bei der KAGes auf, bevor die geänderten Selbstkosten der Steiermärkischen Landesregierung mitgeteilt wurden.

Der Landesrechnungshof musste daher feststellen, dass die KAGes im Bereich der Anpassung bestehender Tarife an geänderte Selbstkosten **äußerst säumig** war. Die gesetzlichen Bestimmungen des § 37a KALG schreiben die Ambulanztarife für Selbstzahler in Höhe der Selbstkosten vor.

Obwohl diese geänderten Selbstkosten der KAGes vorlagen, verging bei einer Reihe von Leistungen **mehr als ein Jahr**, bevor die KAGes mit einer Mitteilung an die Steiermärkische Landesregierung tätig wurde.

Überdies musste darauf hingewiesen werden, dass durch diese Säumigkeit Kalkulationen im Zeitpunkt der Übermittlung an die Rechtsabteilung 12 bereits überaltet waren bzw. zumindest überholt sein konnten, was die KAGes offensichtlich in Kauf nahm.

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

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

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

Nachdem Nachkalkulationen, wie vom Landesrechnungshof oben gezeigt wurde, **bis zu 15 Monate** und Kalkulationen von neuen Leistungen - wie nachstehend gezeigt werden wird - **bis zu 27 Monate** bei der KAGes auflagen, wurde nun - offensichtlich in Reaktion auf die gegenständliche Landesrechnungshof-

prüfung - die Steiermärkischen Landesregierung um eine rasche Erledigung ersucht.

Von der Rechtsabteilung 12 mussten die Kalkulationen jedoch wegen teilweiser Nichtnachvollziehbarkeit an die KAGes retourniert werden.

Das bedeutete, dass die KAGes trotz „Bearbeitung“ mit einem Zeitausmaß von bis zu **15 Monaten** nicht in der Lage war, nachvollziehbare Kalkulationsgrundlagen bzw. Tarifbegründungen vorzulegen.

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

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

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

2.1.2. Kalkulation der Kosten neuer Leistungen

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

Besteht kein Tarif für eine bestimmte Leistung, so ist es der leistungserbringenden Stelle nur möglich, die Leistung „Sonstige ambulatorische Leistung an einem Tag“ mit einer Anstaltsgebühr von derzeit S 135.—(damals S 121.--) in Rechnung zu stellen. Mit diesem Tarif ist jedoch - besonders bei teuren Leistungen - keine Kostendeckung gegeben.

Nachstehende neue Leistungen wurden vom Landesrechnungshof überprüft:

- **Fachärztliche Befundung**

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

Das Ergebnis der Berechnung lag somit **über 24 Monate** bei der KAGes auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung informiert wurde.

- **ERCP-Untersuchung**

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

Das Ergebnis der Berechnung lag somit **mehr als 24 Monate** bei der KAGes auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung informiert wurde.

- **Endoskopische Eingriffe**

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

Das Ergebnis der Berechnungen lag somit **mehr als 27 Monate** bei der KAGes auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung informiert wurde.

- **Bestätigungen / Atteste**

Die Kalkulationen für diese Leistungen trafen am **2. Dezember 1997** bei der KAGes ein. Im Schreiben vom **1. Dezember 1998** wurden der Steiermärkischen Landesregierung die Selbstkosten wie folgt mitgeteilt. groß S 386.--; mittel S 222.--; klein S 67.--.

Das Ergebnis der Berechnungen lag somit **rund 12 Monate** bei der KAGes auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung informiert wurde.

- **Neugeborenen Hörscreening**

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

Das Ergebnis der Berechnungen lag somit **rund 19 Monate** bei der KAGes auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung informiert wurde.

- **US-Papierbild**

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

Das Ergebnis der Berechnung lag somit **mehr als 16 Monate** bei der KAGes auf, bevor die Steiermärkische Landesregierung informiert wurde.

Der Landesrechnungshof musste daher feststellen, dass auch im Bereich neuer Leistungen die KAGes **äußerst säumig** war. Kalkulationen für neue Leistungen, die bereits erbracht wurden, lagen zum Teil **mehr als zwei Jahre** bei der KAGes auf, bevor die Übermittlung der rechnerischen Grundlagen die Steiermärkische Landesregierung in die Lage versetzte, die geänderten Selbstzahlertarife im Verordnungswege zu erlassen.

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

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

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

In diesem Zusammenhang wurde nachdrücklichst darauf hingewiesen, dass der Landesrechnungshof bereits in folgenden Prüfberichten auf die Säumigkeit der KAGes im Bereich der Kalkulationen bzw. Tarifierpassungen hingewiesen hatte:

- „Bericht betreffend die Prüfung der Leistungsdaten, Aufwandsentwicklung und Leistungserlöse der Landeskrankenanstalten im ambulanten Bereich sowie stichprobenweise Prüfung der Verrechnung der Ambulanzleistungen“ vom 8. November 1993 (LRH 22 A 2 - 93/9)
- „Bericht betreffend die Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des Landeskrankenhauses Graz“ vom 8. August 1994 (LRH 22 R 3 - 1993/11)
- „Bericht betreffend die Prüfung des Departments für Transfusionsmedizin und Immunhämatologie der Chirurgischen Univ.-Klinik am Landeskrankenhaus Graz“ vom 11. Mai 1995 (LRH 22 B 4 - 1994/16)
- „Bericht betreffend die stichprobenweise Prüfung von med.-techn. Geräteinvestitionen unter Berücksichtigung der sich daraus ergebenden Kosten- und Erlössituation“ vom 7. Juni 1996 (LRH 22 I 2 - 1995/10)

Unter Berücksichtigung der Prüfergebnisse des gegenständlichen Berichtes musste der Landesrechnungshof feststellen, dass unverständlicherweise kein geändertes Verhalten der KAGes - trotz Vorankündigung - eingetreten war.

Die KAGes nahm nach wie vor durch ihre Säumigkeit Einnahmenverluste wesentlich in Kauf.

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

In ihrer **Stellungnahme zum ursprünglichen Bericht** begründete die KAGes die zeitliche Verzögerung in diesem Bereich mit der übermäßigen Belastung des Personals in diesem Bereich, mit anderen wesentlichen Änderungen, nämlich der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, der Auszahlungsform der Arzthonorare sowie der Neuordnung des Arztgebührensyste.ms.

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

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

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

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

2.2.1. Grundsätzliches

Bevor auf die einzelnen Bereiche eingegangen wurde, wies der Landesrechnungshof darauf hin, dass er sich bereits im Rahmen des „Berichtes betreffend die Prüfung der Gebarung des Zentralröntgeninstitutes des LKH Graz“ (LRH 22 R 3 - 1993/11) mit diesem Themenkreis befasst hatte.

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

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

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

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

Dazu merkte der Landesrechnungshof an, dass die Aussage der KAGes, die Tarife würden „jährlich“ angehoben, nicht der Realität entsprach.

Seit Übernahme durch die KAGes wurden die Selbstzahlertarife für ambulatoire Strahlenleistungen mit folgenden Zeitpunkten geändert:

31. Jänner 1986
1. Jänner 1987
1. Jänner 1988
1. Mai 1989
1. August 1990
1. August 1991
1. Jänner 1993
1. Jänner 1995
1. Jänner 1997

Die Zeitspannen, die zwischen den einzelnen Tarifänderungen liegen, stiegen von ursprünglich elf Monaten auf - zum Zeitpunkt der ursprünglichen Prüfung - über zwei Jahre an.

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

1. „Gemäß § 15 Abs. 1 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957, in der derzeit geltenden Fassung, unterliegen Krankenanstalten, die Beträge zum Betriebsabgang oder zum Errichtungsaufwand oder Zweckzuschüsse des Bundes nach dem Bundesgesetz über Krankenanstalten erhalten, der wirtschaftlichen Aufsicht durch die Landesregierung. Gemäß § 15 Abs. 2 Z. 3 leg. cit. haben die Rechtsträger solcher Krankenanstalten unter anderem Voranschläge und Dienstpostenpläne für das folgende Jahr der Landesregierung zur Genehmigung vorzulegen. Den Voranschlägen sind Aufstellungen über die Ermittlung des Gesamtaufwandes, der Pflegegebühren und **der Behandlungsgebühren (Ambulanzgebühren)** anzuschließen. Daraus ist ersichtlich, daß die KAGES verpflichtet ist, auch Aufstellungen über die Ermittlung der Ambulanzgebühren der Landesregierung vorzulegen. Die bisher zumindest nicht vollständige Erfüllung dieser Gesetzesbestimmung kann seitens des Landesrechnungshofes nicht akzeptiert werden.....
2. Gemäß § 37a Abs. 1 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1957, in der derzeit geltenden Fassung, sind Ambulanzgebühren die Anstaltsgebühr für den Personal- und Sachaufwand, welcher der Krankenanstalt aus der ambulanten Untersuchung und Behandlung erwächst, und eine allfällige Arztgebühr. Mit dieser Gesetzesbestimmung ist die jeweilige Obergrenze der Ambulanzgebühren festgelegt. Die näheren Bestimmungen über die Ambulanzgebühren hat die Landesregierung durch Verordnung zu erlassen. Auch in diesem Fall ist **Grundvoraussetzung, daß entsprechende Kalkulationsunterlagen vorliegen.**“

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

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

Es war vom Landesrechnungshof nicht nachvollziehbar, wie die KAGes „Kostenwahrheit“ zu erreichen glaubte, wenn ein gesamter Bereich (Ambulatorische Strahlenleistungen) mit einem einheitlichen Prozentsatz verändert wird, wobei von der KAGes selbst hingewiesen wurde, dass der „rasante Wandel“ besonders in einem Bereich - der Diagnostik - stattfand.

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

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

berücksichtigt werden sollten.

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

Weiters wurden mit dieser Vorgangsweise auch Änderungen in den Kostenstrukturen, die sich aus der Anschaffung neuer Gerätegenerationen ergeben, nicht erfasst.

2.2.2. Strahlentherapie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) nicht mehr „state of the art“ waren
- oder

b) sogar auf Grund der Fortschritte in der medizinischen Wissenschaft Kunstfehler darstellten:

a) Leistungen, die nicht mehr erbracht wurden

Pos. Nr.	Leistung
Pos. Nr. 215	Epilation (Favus, Herpes tonsurans, Mikrosporie, Sykosis)
Pos. Nr. 216b	Blepharkonjunktivitis eecem
Pos. Nr. 216c	Condylomata acuminata
Pos. Nr. 216e	Dermatitis (Otitis externa)
Pos. Nr. 216f	Eccema chron. und mycotum
Pos. Nr. 216g	Erysipel
Pos. Nr. 216h	Erythema induratum (Bazin)
Pos. Nr. 216i	Intertrigo
Pos. Nr. 216j	Kraurosis vulvae
Pos. Nr. 216p	Pruritus
Pos. Nr. 216q	Psoriasis
Pos. Nr. 217a	Agranulocytose
Pos. Nr. 217b	Aktinomykose der Haut
Pos. Nr. 217c	Entzündliche Bulbuserkrankungen, Glaukom
Pos. Nr. 217d	Epididymitis
Pos. Nr. 217e	Epilepsie
Pos. Nr. 217f	Hypophysen - Zwischenhirn (Angina pector., Hochdruck)
Pos. Nr. 217g	Migräne (therapieresistente Fälle mit Begründung)
Pos. Nr. 217h	Mycisitis
Pos. Nr. 217j	Periodontitis
Pos. Nr. 217n	Prostatitis
Pos. Nr. 217o	Sinusitis
Pos. Nr. 217s	Thyreoiditis
Pos. Nr. 218a	Aktinomykose (außer Haut)
Pos. Nr. 218d	Asthma bronchiale (mit Milz)
Pos. Nr. 218n	Lymphadenitis (Lymphom, spez. und unspez.)
Pos. Nr. 218p	Metrorrhagie (Milz - Leber nur bei juvenilen Fällen)
Pos. Nr. 218r	M. Raynaud
Pos. Nr. 218s	M. Werlhof
Pos. Nr. 218w	Neurodermatitis (Herpes zoster)
Pos. Nr. 218x	Osteomyelitis
Pos. Nr. 218z	Pneumonia chron.
Pos. Nr. 218aa	Schloffer-Tumor
Pos. Nr. 218ac	Sympatikusbestr. (Claudicatio intermittens)
Pos. Nr. 219a	Epulis (brauner Tumor)
Pos. Nr. 219a	Hirndruck (Plexus chorioideus)
Pos. Nr. 219c	Prostatahypertrophie

Pos. Nr. 219e	Tbc Peritonei
Pos. Nr. 219f	Tonsilitis chron. (bei Kontraindikation gegen Operation)
Pos. Nr. 220a	Angina pectoris, Hochdruck (Nebennierenbestrahlung)
Pos. Nr. 220d	Papillomatose des Larynx
Pos. Nr. 225a	Siebbestrahlung bei fortgeschrittenen Malignomen des Bronchus, Oesophagus, der gynäkologischen und Blasenmalignome

b) Leistungen, die Kunstfehler darstellten

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

Von den insgesamt 90 Leistungen des Tarifikataloges wurden somit 49 seit rund 20 Jahren aus oben genannten Gründen nicht mehr erbracht. Eine Tatsache, die für die KAGes offensichtlich kein Anlass war, den Leistungskatalog anzupassen.

Bis auf die Einführung einer einzigen Leistungsposition im Jahre 1988 blieb, wie bereits ausgeführt, der Leistungskatalog unverändert. Diese neue Leistungsposition („Therapie mit Elektronenbeschleunigern“) war offensichtlich die einzige Reaktion der KAGes im Bereich der Selbstzahlertarife auf die Anschaffung der ersten zwei Elektronenstrahlbeschleuniger für das LKH Graz im Jahre 1984 (Anschaffungspreis pro Stück rund 14 Millionen Schilling). Alle ursprünglich in Betrieb stehenden Kobaltbestrahlungsgeräte wurden nach und nach durch Elektronenbeschleuniger ersetzt.

Während die Anschaffungskosten für das 1979 gekaufte Kobaltgerät 6 Millionen Schilling betragen, mussten für die ersten zwei Elektronenstrahlbeschleuniger

jeweils 17,7 Millionen Schilling aufgebracht werden. Die Wartungskosten betragen bei einem Kobaltgerät S 516.000.--, bei einem Elektronenstrahlbeschleuniger betragen sie rd. 1 Million Schilling pro Jahr.

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

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

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

2.2.3. Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen

Die Textierung der Leistungen dieses Bereiches stammte wortgleich aus der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom **28. Jänner 1974** (LGBL. Nr. 10/1974), gültig ab 1. Februar 1974, und war in **unveränderter Form** zum Zeitpunkt der ursprünglichen Prüfung in Geltung.

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

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

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

2.2.4. Diagnostik mit radioaktiven Stoffen

Dieser Bereich regelte die Leistungen der Isotopendiagnostik. Die Leistungspositionen dieses Bereiches stammten aus der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom **28. Jänner 1974** (LGBl. Nr. 10/1974), gültig ab 1. Februar 1974, und wurden bis zum Zeitpunkt der ursprünglichen Prüfung **unverändert** übernommen.

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

2.2.5. Dosisberechnung und Grunduntersuchung

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

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

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

So gab es keine „Querschnittszeichnungen in zwei Ebenen“ (Pos. Nr. 501a) mehr, da schon längst an Stelle von Handzeichnungen Planungscomputertomographien mit der entsprechenden graphischen Dokumentation verwendet wurden.

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

2.2.6. Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen

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

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

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

Es wurde auch nicht lediglich mit Jod-131 therapiert, sondern je nach Art und Umfang der Erkrankung mit unterschiedlichen Stoffen wie zB Strontium, Rheni-

um, Phosphor 32 oder Samarium. Die Materialkosten je Dosis lagen dabei in einer Bandbreite von S 600.-- bis S 16.000.--(!).

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

Während die diagnostische Leistung „Dosimetrie der Therapie mit offenen Radiopharmazeutika“ (= Ermittlung der zu verabreichenden Strahlendosis) schon mittels Verordnung (LGBl. Nr. 10/1974) mit 1. Februar 1974 in den Leistungskatalog aufgenommen wurde, wurde die darauf basierende Therapieleistung - die Therapie mit offenen radioaktiven Stoffen, die bereits seit etwa 1968 durchgeführt wurde - erst mit 1. Dezember 1995 (LGBl. Nr. 86/1995) als verrechenbare Position geschaffen. Dabei wurde allerdings die Verrechenbarkeit unverständlicherweise auf eine einzige Erkrankungsart (benigne Schilddrüsenerkrankungen) und ein einziges Radiopharmazeutikum (Jod-131) eingeschränkt.

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

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

Der Landesrechnungshof konnte diese Aussage als Selbstverständlichkeit unterstreichen, musste jedoch die Frage stellen, warum die tatsächliche Handlungsweise der KAGes nachweislich eine ganz andere war.

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

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

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

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

Vor allem im Bereich der Ambulatorischen Strahlenleistungen lagen Leistungskataloge vor, die seit vielen Jahren („Strahlentherapie“ seit 1. August 1965; „Therapie mit umschlossenen radioaktiven Stoffen“ seit 1. Februar 1974; „Diagnostik mit radioaktiven Stoffen“ seit 1. Februar 1974) unverändert übernommen wurden und somit Änderungen des Leistungsspektrums, welches sich nach Aussagen der KAGes in einem „rasanten Wandel“ befindet, nicht berücksichtigen.

Der Landesrechnungshof bemerkte, dass abgesehen davon, dass die KAGes auf Grund der Bestimmungen des KALG 1957 verpflichtet ist, entsprechende Kalkulationen für ihr Leistungsspektrum durchzuführen, es wohl für jedes Un-

ternehmen - im Sinne einer verantwortungsvollen und sorgfältigen Geschäftsführung - eine Selbstverständlichkeit sei

- umfassende Kenntnis
und
- Wissen um die tatsächlichen Kosten

der von ihr erbrachten Leistungen zu haben.

Diese Selbstverständlichkeit traf auf die KAGes in nicht unwesentlichen Geschäftsbereichen jedoch nicht zu, da sie

- die Anhebung von Tarifpositionen für Leistungen begehrte, die teilweise seit mehr als **20 Jahren (!)** nicht mehr erbracht wurden,
und
- Leistungen erbrachte, für welche keine Kalkulationen bzw. Tarife bestanden.

Die KAGes gab damit zu erkennen, dass ihr das Gesamtspektrum ihres Leistungsangebotes unverständlicherweise nicht bekannt war.

Der Landesrechnungshof hielt es daher für unbedingt notwendig, dass die KAGes diesen Geschäftsbereich grundsätzlich neu ordnet, damit

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

Dies wäre Voraussetzung dafür, dass die in der Vergangenheit durch

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

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

Die Nachprüfung durch den Landesrechnungshof ergab, dass in der Zwischenzeit der Leistungskatalog des Selbstzahlertarifes von der KAGes überarbeitet bzw. neu gestaltet worden ist.

Weiters wurde dem Landesrechnungshof von der KAGes im Schreiben vom 20. Juni 2000 mitgeteilt, dass die Bearbeitungszeit für Kalkulationsunterlagen des LKH–Univ. Klinikum Graz nunmehr bei ca. 5 Wochen liegt.

Die durchgeführten Neuberechnungen und Korrekturen führten über Antrag der KAGes zu folgenden Verordnungen:

- „6. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 25. Jänner 1999, mit der die Verordnung über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten geändert wird.“

Mit dieser Verordnung wurden 42 Tarifänderungen bzw. -erweiterungen und 19 neue Tarife eingeführt.

- „16. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 1. März 1999, mit der die Verordnung über die Änderung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten berichtigt wird“.
Mit dieser Verordnung wurden lediglich Fehler der 6. Verordnung korrigiert.
- „75. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 12. Juli 1999, mit der die Verordnung über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten geändert wird“.
Mit dieser Verordnung wurden 15 Tarifänderungen bzw. -erweiterungen und 15 neue Tarife eingeführt.
- „47. Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 19. Juni 2000 über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten“.
Mit dieser Verordnung wurden 17 Tarifänderungen bzw. -erweiterungen und durch eine Systemänderung in den Bereichen Strahlentherapie und Isotopen (In-vitro und In-vivo) 315 neue Tarife eingeführt.

Der noch offene, neu zu kalkulierende Bereich der prothetisch-restaurativen und paradontologischen Leistungen (Anhang C lit. B und D) ist nach Angaben der KAGes - da damit auch die Tarifsystematik betroffen ist - noch in Bearbeitung und wird in absehbarer Zeit eine Änderung der Tarife beantragt werden.

Diese Fülle an Neuberechnungen und Änderungen in den einzelnen Tarifkatalogen zeigt nach Ansicht des Landesrechnungshofes deutlich, dass in diesem Bereich ein großer Aufholbedarf bestanden hat.

Zusammenfassend stellt der Landesrechnungshof fest, dass die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. auf Grund der schwer-

wiegenden Beanstandungen im Bericht GZ: LRH 22 LK 1-1998/3 bemüht war, durch

- **Nachkalkulation bestehender Tarife**
- und**
- **Kalkulation der Kosten neuer Leistungen**

Ordnung in diesen Bereichen zu schaffen, damit in Zukunft unnötige Einnahmenverluste vermieden werden können.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger bzw. der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.

Personelle Probleme bzw. Versäumnisse eines Mitarbeiters, von welchem mittlerweile eine Trennung stattfand, führten zu den langen Liegezeiten in der Finanzdirektion und wurden diese zwischenzeitlich gelöst.

Weiters wird angemerkt, daß die Bereinigungen der Kritikpunkte im Nachprüfbericht, Seite 58 bis 60 [nunmehr Seite 62 bis 64], bereits angeführt sind.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Günter Dörflinger zum Bericht des Landesrechnungshofes

Wie im Prüfbericht auf Seite 48 [nunmehr Seite 52] ersichtlich, hat die Rechtsabteilung 12 in der Stellungnahme vom 26. Jänner 1994 zum Prüfbericht des Rechnungshofes, GZ.: LRH 22 A 22-93/9, diesen Prüfbericht zum Anlass genommen, die Steiermärkische Krankenanstalten GesmbH. darauf hinzuweisen, dass sie ihre alten Selbstzahlertarife im ambulanten Bereich auf ihre Höhe hin überprüfen soll. Daraufhin erfolgte eine Überprüfung und wurden allgemein Tariferhöhungen durchgeführt, wobei in weiterer Folge auf Grund von Neuberechnungen und medizinisch-fachlicher Überprüfung der Tarifansätze, ob diese auf der Basis der

medizinischen Wissenschaften überhaupt noch angeboten werden bzw. welche neuen Tarife nur mehr das Leistungsangebot ausgeweitet haben, von der Steiermärkischen Krankenanstalten GesmbH. in mehrfachen Anträgen neue Leistungstarife beantragt bzw. Tariferweiterungen vorgenommen und Tarifänderungen durchgeführt. Diese Neuberechnungen und Korrekturen wurden sodann vom Landesrechnungshof in seinem Bericht, GZ.: LRH 22 LK 2 - 2000/3, auf Seite 59 [nunmehr Seite 63] ausführlich angeführt.

Um die verschiedenen neuen Tarife und Tariferweiterungen für allgemeine ambulatorische Leistungen, ambulatorische Strahlenleistungen für Strahlentherapie und Isotopenleistungen sowie ambulatorische Zahnleistungen auf Grund der beantragten Erhöhungen, Tarifänderungen und Erweiterungen sowie Tarifneufestsetzungen in einer rechtsübersichtlichen Form zur Verfügung zu haben, wurde eine Neufassung der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung über die Festsetzung der Ambulanzgebühren der Landeskrankenanstalten erlassen und über meinen Antrag in der Sitzung der Steiermärkischen Landesregierung vom 19.6.2000 beschlossen. Die Kundmachung dieser Verordnung erfolgte unter Landesgesetzblatt Nr. 47/2000.

Die Sanitätsbehörde hat festgestellt, dass alle Tarifpostenanträge auf Neufestsetzung, Erhöhung bzw. Erweiterung immer hinsichtlich der Kostendeckungserfordernisse nach § 38 KALG überprüft worden sind und nur jene Tarife der Verordnung zu Grunde gelegt werden, wo nachvollziehbare Berechnungsmodalitäten zu Grunde gelegt waren.

Zu den einzelnen Detailfragen des Berichtes darf ich beiliegend die Stellungnahme der Steiermärkischen Krankenanstalten GesmbH. übermitteln.

Abschließend bedanke ich mich beim Landesrechnungshof für die sorgfältige und detaillierte Darstellung im vorliegenden Bericht sowie die darin enthaltenen Anregungen.

Graz, am 13. Dezember 2000
Der Landesrechnungshofdirektor-Stellvertreter:

(Dr. Leikauf)