S T E I E R M Ä R K I S C H E R L A N D T A G

L A N D E S R E C H N U N G S H O F

GZ: LRH 22 Derm 2 - 84/3

B E R I C H T

betreffend die Prüfung der Ambulanztätigkeit
und der Verrechnung
in der Universitätsklinik
für Dermatologie und Venerologie
am Landeskrankenhaus Graz

Inhaltsverzeichnis

		Seite
I.	Prüfungsauftrag	1
II.	Einnahmen- und Ausgabensituation der Dermatologischen Ambulanz	2
	1. Sachaufwand und Gesamtbetrachtung der Kosten der Ambulanz der Dermatologischen Klinik	2
	2. Personalaufwand und Personalbesetzung	9
III.	Struktur und Organisation des Ambulanzbetriebes in der Dermatologischen Klinik	11
IV.	Organisation der Leistungsfeststellung und Leistungserfassung der Dermatologischen Klinik im Ambulanzbereich	16
V.	Patientenerfassung und Leistungsfrequenz	20
VI.	Leistungsübersicht der Ambulanzen der Dermatologischen Klinik	33
VII.	Verrechnung der Ambulanzgebühren auf der Dermatologischen Klinik	40
	1. Grundsätzlicher Verrechnungsmodus	40
	2. Verrechnungsmodalitäten auf der Dermatologischen Klinik	41
	3. Verrechnung der Ambulanzleistungen	46
VIII.	Schlußbemerkung	55

Anlagenverzeichnis

Anlage 1

Skizze der Dermatologischen Klinik

Anlage 2

Schreiben der Rechtsabteilung 12

I. Prüfungsauftrag

Der Landesrechnungshof hat die Ambulanztätigkeit und die Verrechnung in der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie am Landeskrankenhaus Graz geprüft.

Mit der Durchführung der Prüfung war die Gruppe 4 des Landesrechnungshofs (Anstalten des Landes) beauftragt. Unter dem verantwortlichen Gruppenleiter, Wirkl. Hofrat Dr. Rudolf Taus, hat die Einzelprüfungen im besonderen Oberrechnungsrat Erwin Eberl durchgeführt.

Das Ergebnis dieser Überprüfung ist im folgenden Bericht dargestellt:

II. Einnahmen- und Ausgabensituation der Dermatologischen Ambulanz

Unter Zugrundelegung der Auswertungen der Kostenstellenrechnung des Landeskrankenhauses Graz ergeben sich für das Jahr 1982 für den Ambulanzbetrieb der Dermatologischen Klinik nachstehend angeführte Aufwendungen:

Personalaufwand	S 3,601.591,--
Sachaufwand	S 4,881.649,--
Gesamtaufwand.....	S 8,483.240,--

1. Sachaufwand und Gesamtbetrachtung der Kosten der Ambulanz der Dermatologischen Klinik

Der Sachaufwand von S 4,881.649,-- gliedert sich in:

Medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter	S	165.078,--
Nichtmedizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter	S	23.403,--
Nichtmedizinische Fremdleistungen, Instandhaltungsarbeiten	S	13.994,--
Vorwiegend medizinisch bed. Ver- und Entsorgung	S	43.456,--
Vorwiegend nichtmedizinische Ver- und Entsorgung	S	175.520,--
Verwaltungskosten	S	241.321,--
Auf die Ambulanzen umgelegte Leistungen der Labors der Derm. Klinik	S	2,516.031,--
Leistungen des Operationsbereiches der Derm. Klinik	S	1,480.191,--
Leistungen des Gynäkol. Hormonlabors	S	12.455,--
Leistungen des Zentralröntgen-institutes für die Derm. Ambulanz	S	210.200,--
Gesamtsumme	S	4,881.649,--

Diesen Gesamtkosten stehen für das Jahr 1982 Gesamteinnahmen von S 3,364.800,18 gegenüber, von denen als Landesanteil S 1,482.312,88 verbleiben.

Eine Gegenüberstellung der Einnahmen und des Kostenaufwandes für das Jahr 1982 ergibt demnach für den Ambulanzbetrieb der Dermatologischen Klinik einen Abgang von S 7,001.002,--. In dieser Summe ist auch der Personalaufwand für Bedienstete des Bundes von S 1,552.951,-- inkludiert, wie er nach der Berechnung bzw. Zuordnung in der Kostenstellenrechnung des Landeskrankenhauses Graz auf Grund der Angaben der Dermatologischen Klinik ausgewiesen erscheint.

Zu dieser Abgangsermittlung stellt der Landesrechnungshof folgendes fest:

Die Ambulanz der Dermatologischen Klinik stellt kostenrechnungsmäßig eine sogenannte Vorkostenstelle dar. Das bedeutet, daß sowohl innerbetriebliche Leistungen, die von anderen Kostenstellen für die Ambulanzkostenstelle erbracht werden, zuzurechnen, als auch Leistungen, die diese im Rahmen ihrer Tätigkeit für andere Kostenstellen erbringt, von der Gesamtbelastung abzuziehen sind. Auf Grund der für das Jahr 1982 gegebenen Ambulanzfrequenzen wurde jedoch nach dem Schlüsselwert von 13 % eine entsprechende Kürzung aller von der Kostenstellenrechnung brutto ermittelten Aufwendungen vorgenommen. Die Abschreibungen und Kalkulatorischen Kosten wurden in der Kostenermittlung nicht berücksichtigt.

Ergänzend stellt der Landesrechnungshof fest, daß für die Ein-

nahmen- und Ausgabengegenüberstellung bzw. die Abgangsberechnung die Anteile am Klinischen Mehraufwand seitens des Bundes außer Betracht blieben.

Dies deshalb, weil sowohl die Abschreibungen und Kalkulatorischen Zinsen als auch die für den Personalaufwand anzurechnende Pensionstangente ebenfalls nicht in die Berechnung einbezogen wurden.

Es wird aber zu überlegen sein, daß die Kostenstellenrechnung in Hinkunft bei der Ermittlung der jährlichen Einnahmen und Ausgaben auch den Klinischen Mehraufwand bzw. die Pensionstangente berücksichtigt.

Die Berechnung der innerbetrieblichen Leistungen erfolgt nach den von der Dermatologischen Klinik auf Grund der medizinisch-fachlichen Erfahrung ermittelten Schlüsselwerten EDV-mäßig, und ergibt sich dadurch der beim derzeitigen Stand der Kostenrechnungsorganisation nicht zu vermeidende Mangel, daß die jeweils zu- und abgerechneten Summen Schlüsselberechnungen der Gesamtleistungen darstellen und nicht auf die einzelnen Kostenarten aufgeteilt sind.

Es muß daher für jede Kostenart erst eine entsprechende Berechnung vorgenommen werden.

Den größten Kostenanteil stellen der Personalaufwand, der Anteil im Operationsbereich und die Laborleistungen dar.

Insbesondere der hohe Anteil des Labor- und Operationsaufwandes mit insgesamt S 3,996.222,-- erscheint bemerkenswert. Dies vor allem deshalb, weil gerade die Labor- und Operationsleistungen - wie im Abschnitt IV ausgeführt - nicht gesondert für den Ambulanzbereich ausgewiesen werden. Es läge daher im Interesse einer aussagefähigen Kostentransparenz, eine entsprechende Erfassung dieser aufwendigen Leistungen vorzunehmen.

An Inventargegenständen, die vorwiegend für die Ambulanz verwendet werden und einen Wert von mindestens S 2.000,-- bzw. ab 1982 einen solchen von S 5.000,-- darstellen, werden ausgewiesen:

Inv.Nr.:	Bezeichnung:	Anschaffungswert:	Anschaffungsjahr:
31 497	Kretz DR 200 2 Kanalrichtungsdoppler	S 49.955,--	XII/1979
35 059	Bestrahlungskabine UV 8000 PUVA	S 165.692,--	V/1980
24 208	Autoklav	S 18.000,--	I/1976
24 218	Autoklav	S 18.000,--	I/1973
36 573	Autoklav Melag 23	S 18.640,--	IV/1982
24 211	Mikroskop	S 20.000,--	I/1955
24 219	Untersuchungsstuhl	nicht dez. feststellbar	I/1970
31 022	Admi Untersuchungsliege	S 2.700,--	IX/1979
24 206	Medikamentenschrank	nicht dez. feststellbar	I/1978
24 207	Medikamentenschrank	nicht dez. feststellbar	I/1975
24 215	Medikamentenschrank	nicht dez. feststellbar	I/1959

24 216	Medikamentenschrank	nicht dez. feststellbar	I/1976
35 587	Bindenwickelmaschine	S 3.000,--	III/1981
24 210	Arbeitstischverbau	S 4.500,--	1960
24 212	Arbeitstischverbau	S 4.500,--	1960
24 213	Arbeitstischverbau	S 4.500,--	1960
33 616	Kleinschreibtisch	S 2.305,--	1980
33 704	Schreibtisch	S 2.305,--	1981
24 221	Siestasessel	S 2.700,--	1960
24 512	Hängeschrank	S 2.900,--	1977
18 854	Rolloschrank	S 3.500,--	I/1979
24 203	Karteischrank	S 3.500,--	1975
34 162	Karteischrank	S 11.086,--	1982
24 214	Anbauschrank	S 2.000,--	1978
24 513	Anbauschrank	S 2.000,--	1977
24 205	Stellagenverbau	S 5.000,--	1975
24 204	Schreibmaschine	S 4.000,--	1973
24 480	Schreibmaschine	S 4.000,--	1960
24 217	Med. Kühlschrank	nicht feststellbar	I/1966
24 220	Bodenbürste	S 7.000,--	1960

Weiters stehen zwei PUVA-Geräte in Verwendung, die im Jahre 1978 zum Anschaffungswert von je S 21.800,-- aus Bundesmitteln angeschafft wurden und die deshalb nicht von der Kostenstelle Ambulanz für die Inventarerfassung (inklusive der entsprechenden Abschreibungsberechnung) aufgezeichnet wurden.

Die laufenden Betriebskosten für diese Geräte (die auch für stationäre Patienten Verwendung finden) gehen zulasten der Ausgaben der Dermatologischen Ambulanzstellen.

Die Lieferungen an medizinischen Verbrauchsgütern von der Apotheke des Landeskrankenhauses Graz sowohl für die Ambulanzen als auch für die stationären Bereiche werden von den Stationsschwestern bzw. sonstigen Verantwortlichen übernommen und bis zur Benützung verwahrt. Nach Angaben der Pflegeleitung bzw. des ärztlichen

Sekretariates werden spezielle Verbrauchsaufzeichnungen hierüber nicht geführt. Vielmehr wird der tatsächliche Verbrauch anhand der Verbrauchsmeldungen der Anstaltsapotheke des Landeskrankenhauses Graz beurteilt. Für den Zeitraum vom 10. Jänner bis 10. Feber 1984 wurde erstmals für die Venenambulanz eine Verbrauchsaufzeichnung geführt.

Der Landesrechnungshof empfiehlt daher, derartige Aufzeichnungen über den Verbrauch an Verbandsstoffen und Medikamenten auch für den übrigen Ambulanzbereich zu führen, um ein unverhältnismäßiges Ansteigen des Verbrauches jederzeit rasch feststellen und entsprechend steuern zu können. In diesem Zusammenhang mußte auch als unbefriedigend und einer entsprechenden Kostenbeobachtung nicht förderlich festgestellt werden, daß die monatlichen Verbrauchsmeldungen der Apotheke des Landeskrankenhauses Graz in den betroffenen Bereichen (Labors u. dgl.) vielfach nicht bekannt sind.

Bedingt durch die räumliche Inkludierung diverser Spezialambulanzen werden die Kosten bzw. Ausgaben dieser Ambulanzen für Medikamente und sonstige Verbrauchsgüter nicht von den Aufwendungen für den stationären Bereich der Abteilungen getrennt. Dies bedeutet, daß die diesbezüglichen Ausgaben nicht einheitlich der Ambulanzkostenstelle 045 zugeordnet und daher deren Aufwendungen offensichtlich zu niedrig ausgewiesen werden. Insbesondere tritt dieser der tatsächlichen Verbrauchs- bzw. Aufwandskapazität des Ambulanzbetriebes nicht entsprechend Rechnung tragende Erfassungsmodus bei den Aufwendungen der Venenambulanz nachteilig in Erscheinung.

Seitens der Dermatologischen Ambulanz wurde als Begründung für diese Vorgangsweise das Fehlen entsprechend getrennter Lagerräume angeführt. Es scheint jedoch, daß der kostenmäßigen Erfassung bzw. Zuordnung der Aufwendungen und des Verbrauches an Materialien, Verbandsstoffen u. dgl. im Ambulanzbereich kein besonderes Gewicht beigemessen wird.

In welcher Größenordnung sich diese mangelnde Zuordnung bzw. richtige kostenmäßige Erfassung auswirkt, wird aus folgendem Beispiel ersichtlich:

Nach den Aufzeichnungen der Anstaltsapotheke des Landeskrankenhauses Graz wurden für den Behandlungsbedarf der Venenambulanz im Jahre 1983 S 364.280,-- ausgewiesen, die aber zur Gänze dem stationären Bereich zugeordnet wurden, obwohl nach Aussage der Pflegeleitung nur ein geringer Teil tatsächlich für stationäre Patienten verwendet wird. Unter Berücksichtigung der für das Jahr 1983 mit insgesamt S 297.653,-- für den Ambulanzbereich von der Apotheke des Landeskrankenhauses Graz ausgewiesenen Ausgaben für medizinische Verbrauchsgüter ergibt sich, daß die Vernachlässigung des Kostenaufwandes der Venenambulanz zu einer Verzerrung des Gesamtbildes des Kostennachweises für den Ambulanzbetrieb führt.

Da die Kostenstellenrechnung für das Jahr 1983 noch nicht fertiggestellt war bzw. noch kein aussagefähiges Zahlenmaterial aufweist, wurde von einer vollständigen Einnahmen-Ausgaben-Gegenüberstellung Abstand genommen. Die Einnahmen für das Jahr 1983 wurden mit S 3,701.308,89 bzw. einem Landesanteil von S 1,642.732,69 festgestellt.

Da die Einnahmensteigerung von S 1,482.312,88 im Jahre 1982 auf S 1,642.732,69 im Jahre 1983 nur S 160.419,81 beträgt, ist bereits ohne Berücksichtigung des Sachaufwandes, der zum Zeitpunkt der Einschau durch den Landesrechnungshof noch nicht ermittelt war, ein weiterer Anstieg des Abganges zu erwarten, weil die Steigerung der Personalkosten S 529.879,-- beträgt.

2. Personalaufwand und Personalbesetzung

Der Personalaufwand für den Ambulanzbetrieb der Dermatologischen Klinik wurde für die Jahre 1982 und 1983 wie folgt ermittelt:

1982	S 3,601.591,--
davon für Bundesbedienstete	S 1,351.068,--
1983	S 4,131.470,--
davon für Bundesbedienstete	S 1,958.687,--

Diese Summen wurden auf Grund der EDV-mäßigen Berechnung der modifizierten Tage in der Kostenstellenrechnung des Landeskrankenhauses Graz, Kostenstelle 045 (Dermatologische Ambulanz), festgestellt und beruhen auf folgender Personalzuordnung:

MLV Nr. 111 (Pragmatisierte Ärzte) ...	0,9 Bedienstete
MLV Nr. 121 (Ärzte - VB)	3,3 Bedienstete
MLV Nr. 124 (Krankenpflegefachdienst)	6,4 Bedienstete
MLV Nr. 125 (Med.techn.Personal)	0,2 Bedienstete
MLV Nr. 126 (Sanitätshilfsdienst)	1,6 Bedienstete
MLV Nr. 127 (Verwaltungspersonal)	1,2 Bedienstete
MLV Nr. 128 (Betriebs-Reinigungskräfte)	1,1 Bedienstete
insgesamt	14,7 Bedienstete

Im Zuge der Ermittlungen konnte festgestellt werden, daß zwar die Gesamtzahl der für die Ambulanz der Dermatologischen Klinik ausgewiesenen Bediensteten der Realität entspricht, keineswegs jedoch stimmt die namentliche Zuordnung der einzelnen Bediensteten. Unter anderem werden zulasten der Ambulanz Bedienstete verrechnet, die überhaupt nicht oder nicht mehr in diesem Bereich tätig sind. Andererseits werden die Bezüge jener, die ausschließlich in der Ambulanz verwendet werden, nicht der Ambulanz zugerechnet.

Wenn sich auch dadurch in der Gesamtzahl der verwendeten Bediensteten und damit auch in den Gesamtpersonalkosten der Ambulanz keine wesentlichen Änderungen ergeben werden, erscheint es dem Landesrechnungshof im Sinne einer möglichst genauen Kostenfeststellung notwendig, die erforderlichen Richtigstellungen in der Kostenrechnungsstelle des Landeskrankenhauses Graz durchzuführen. Die genauen Unterlagen hiezu müßte die Leitung der Dermatologischen Klinik auf Grund einer neuerlichen genauen Personalzuordnung erarbeiten. Eine neuerliche Zuordnung erscheint schon deshalb zweckmäßig, weil bei der seinerzeitigen Zuordnung des Personals zum stationären bzw. ambulanten Bereich angeblich weder die Ärztliche Leitung noch die Pflegeleitung zugezogen wurde .

Außer den ausschließlich dem Ambulanzbereich zugewiesenen Bediensteten werden immer wieder Bedienstete von den Abteilungen der Dermatologischen Klinik für den Ambulanzdienst herangezogen. Dies vor allem außerhalb der Dienststunden der Ambulanz, da in dieser Zeit alle Ambulanzleistungen auf den Abteilungen durchgeführt werden müssen.

Des weiteren sind mehrere Spezialambulanzen, wie die Venenambulanz, die Kosmetik-Ambulanz, die Andrologische Ambulanz und die Melanom-Ambulanz, räumlich und organisatorisch derart in stationäre Abteilungen der Dermatologischen Klinik integriert, daß der Arbeitseinsatz sowohl für die stationären als auch für die ambulanten Tätigkeiten von denselben Bediensteten abwechselnd ausgeübt wird.

Der Landesrechnungshof empfiehlt deshalb, daß möglichst umgehend die zuständigen Stellen des Landeskrankenhauses Graz, gemeinsam mit der Leitung der Dermatologischen Klinik, eine richtige Personalzuordnung vornehmen, um dadurch eine möglichst genaue Ermittlung der Personalkosten zu ermöglichen.

III. Struktur und Organisation des Ambulanzbetriebes in der Dermatologischen Klinik

Die Organisation und die Abwicklung des Ambulanzbetriebes in der Dermatologischen Klinik des Landeskrankenhauses Graz ist von zwei bestimmenden Faktoren entscheidend geprägt, und zwar

* der Aufgliederung des Ambulanzbetriebes in eine Reihe von Spezialambulanzen und dadurch

* einer einschneidenden Dezentralisierung des gesamten Ambulanzbetriebes.

Zum Zeitpunkt der Überprüfung durch den Landesrechnungshof hat die Dermatologische Klinik des Landeskrankenhauses Graz folgende Spezialambulanzen betrieben:

Allgemeine Hauptambulanz
Phlebologische (= Venen-)Ambulanz
Melanom-Ambulanz
Photochemotherapie
Allergie-Labor bzw. Allergie-Ambulanz
Andrologische Ambulanz
Strahlenambulanz
Kosmetik-Ambulanz
Lymphom-Ambulanz (im Aufbau begriffen)

Von diesen Spezialambulanzen wurden die Phlebologische Ambulanz, die Melanom-Ambulanz, die Photochemotherapie, das Allergie-Labor und die Allergie-Ambulanz sowie die Andrologische Ambulanz mit Schreiben des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung vom 5. Oktober 1979, GZ.: 12 - 181 De 3/2 - 1979, (Anlage 2) als wesentliche Bestandteile der Dermatologischen Klinik bezeichnet und deren Betrieb innerhalb des Sonderfaches "Haut- und Geschlechts-

krankheiten als zulässig erklärt.

Für den Betrieb der Strahlenambulanz, der Kosmetik-Ambulanz und der im Aufbau begriffenen Lymphom-Ambulanz ist bisher eine Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde offensichtlich nicht erfolgt.

Die einzelnen Ambulanzen sind dezentral in zwei Stockwerken der Dermatologischen Klinik untergebracht. Sie bilden somit keinen in sich geschlossenen Arbeits- und Organisationsbereich. Insgesamt wird die gesamte Ambulanztätigkeit in 23 Räumen mit einer Gesamtnutzungsfläche von 141 m2 und 13 Untersuchungs- bzw. Behandlungsplätzen durchgeführt, und zwar:

Hauptambulanz:

1 Verwaltungsbüro (für die Patientenaufnahme)
1 Vorraum
je 1 Untersuchungs-, Behandlungs- und Warteraum für Männer und Frauen (= 6 Räume)

Venenambulanz:

5 Behandlungs- bzw. Warteräume und
1 Archivraum
(Von den Behandlungsräumen werden zwei alternierend auch von der Andrologischen Ambulanz mitbenützt.)

Melanom-Ambulanz und

Strahlenambulanz:

zusammen 3 Räume

Photochemotherapie:

2 Räume

Allergie-Ambulanz:

1 Raum

Lymphom-Ambulanz:

1 Raum

Kosmetik-Ambulanz:

1 Raum

Verwaltung:

1 Raum (für die Erstellung der Abrechnung mit den Kostenträgern).

Wie aus der angefertigten Skizze der Dermatologischen Klinik (Anlage 1) ersichtlich ist, sind die diversen Ambulanz-, Behandlungs- bzw. Untersuchungsräume im gesamten Klinikbereich verstreut. Hiebei ist noch zu berücksichtigen, daß auch in den Labors und im Operationsbereich, der sich im I. Stock befindet, umfangreiche Leistungen für Ambulanzpatienten erbracht werden.

Die Hauptambulanz befindet sich in den Eckräumen des Vordertraktes der Dermatologischen Klinik. Der Eingang zur Ambulanz befindet sich jedoch an der Rückseite dieses Traktes, sodaß die Patienten nicht den Haupteingang der Klinik benützen können, sondern um das Gebäude herumgehen müssen, um zur Ambulanzaufnahmestelle zu gelangen. Der Ambulanzbereich ist nur über einen treppenartigen Vorbau erreichbar. Es fehlt eine Rampe, über die gehbehinderte Patienten leichter in den Ambulanzbereich gebracht werden könnten. Von der Hauptambulanz besteht keine direkte Verbindung zu den übrigen Ambulanzstellen, den Labors und den übrigen Räumen, weil diese Verbindung durch den Hörsaal gesperrt ist, durch den Patienten grundsätzlich keinen Durchgang haben. Auch das Personal ist nur dann in der Lage, diesen Weg zu benützen, wenn der Hörsaal nicht durch Vorlesungen oder die Untersuchung von Patienten durch

den Vorstand der Klinik besetzt ist. Es müssen daher alle auch die gehbehinderten - Patienten beim Aufsuchen von Labors, einer Spezialambulanz oder sonstiger Räumlichkeiten der Dermatologischen Klinik wiederum den Weg um das Gebäude herum und durch den Haupteingang an der Stirnseite benützen.

Die Spezialambulanzen sind - wie bereits erwähnt - in verschiedenen Räumen innerhalb der Stationsbereiche untergebracht. Eine der am stärksten frequentierten Spezialambulanzen, nämlich die Venenambulanz, verfügt über fünf Behandlungs- und Wartezimmer im Verbindungsgang zwischen den beiden Trakten der Dermatologischen Klinik und ist, ebenso wie die Photochemotherapie, organisatorisch im Bereich der Station C integriert. Diese Eingliederung bringt naturgemäß Schwierigkeiten in der personal- und kostenmäßigen Zuordnung, weil Geräte und Verbrauchsgüter sowohl für stationäre als auch für ambulante Patienten ge- bzw. verbraucht werden. Überdies führt zu dieser vom Hof aus ein Eingang, den vor allem die Rettungsfahrzeuge anfahren, weil sich dort eine Rampe zum leichteren Transport der Patienten befindet. Die Möglichkeit, gehbehinderte Patienten durch diesen Zugang direkt in die Venenambulanz zu bringen, birgt ebenfalls die Gefahr in sich, daß Leistungen der Verrechnungsstelle nicht gemeldet werden.

Auch in den Labors bzw. im Operationsbereich ist die gleiche Situation gegeben. Diese wirkt sich auch auf die Verrechnungsintensität der erbrachten Leistungen insoferne aus, als Leistungen an Patienten, die in diesen Bereichen ohne vorherige Anmeldung in der Hauptambulanz durchgeführt werden, nicht verrechnet werden, weil sie der Ambulanzgebührenabrechnungsstelle der Dermatologischen Klinik nicht zur Kenntnis gelangen.

Die verwaltungsmäßigen Arbeiten für die Ambulanzen also in erster Linie Patientenaufnahmen, Datenerhebungen, Kostenträgerfeststellungen und Ambulanzgebührenabrechnung - werden in zwei

weit voneinander entfernten Büroräumen abgewickelt.

Diese räumliche Dezentralisation bedingt auch weitgehend eine organisatorische Dezentralisation, die wiederum einerseits für die Patienten Widrigkeiten und Erschwernisse und andererseits für die Leistungsermittlung und -erfassung Schwierigkeiten und mögliche Mängel mit sich bringt, auf die nachstehend dezidiert eingegangen wird.

IV. Organisation der Leistungsfeststellung und Leistungserfassung der Dermatologischen Klinik im Ambulanzbereich

In der Hauptambulanz werden grundsätzlich alle ambulanten Patienten aufgenommen, untersucht oder behandelt, wenn dies auf Grund des Krankheitsbildes und auf Grund des Fachwissens des behandelnden Arztes möglich ist. Für jeden Ambulanzpatienten wird eine Ambulanzkarte mit jährlich durchlaufender Numerierung angelegt. Auf dieser Karteikarte werden im Regelfall sämtliche persönlichen Daten des Patienten und die für ihn erbrachten Leistungen festgehalten. Diese Ambulanzkarte dient als primäre Grundlage für die Abrechnung der Ambulanzgebühren mit dem jeweiligen Kostenträger.

Eine solche Ambulanzkarte ist nachträglich auch für alle Patienten anzulegen, die außerhalb der offiziellen Ambulanzstunden (Montag bis Freitag von 07.30 Uhr bis 11.00 Uhr) untersucht bzw. behandelt wurden. Auch für jene Patienten, die einer der Spezialambulanzen der Dermatologischen Klinik zugewiesen wurden, ist eine solche Karteikarte anzulegen.

Der Landesrechnungshof mußte jedoch feststellen, daß dieser Anordnung nicht immer nachgekommen wird.

Vielmehr werden - wie eine Überprüfung der Ambulanzkarteien ergab und auch von den Verantwortlichen für den Ambulanzbetrieb bestätigt wurde - die Daten von Patienten, die außerhalb der Ambulanzzeit versorgt wurden, wiederholt nicht oder so lückenhaft der Hauptambulanz gemeldet, daß eine verrechnungsmäßige Erfassung nicht mehr möglich ist.

Darüberhinaus werden aber Patienten auch direkt auf den Spezialambulanzen aufgenommen. In diesen Spezialambulanzen werden unabhängig von der Zentralkartei in der Hauptambulanz - eigene Ambulanzkarteien geführt, die primär den spezifischen medizinischen Erfordernissen entsprechen.

Diese Karteien geben zumeist keinen Aufschluß über die verrechnungsmäßigen Kriterien der vorgenommenen Leistungen und es besteht keine Gewähr, daß diese in jedem Falle auf eine analoge Kartei in der Hauptambulanz übertragen werden bzw. daß eine solche überhaupt angelegt wird. Dies vor allem deshalb, weil durch das Fehlen einer laufenden Numerierung der Karteien in den Spezialambulanzen kein Nachweis über deren Vollständigkeit gegeben und außerdem durch die räumliche Trennung zwischen der Haupt- und den Spezialambulanzen die Kommunikation zwischen diesen Stellen erschwert und behindert ist.

Die direkte Annahme und Leistungserbringung von bzw. für ambulante Patienten ist ebenso bei Operationsleistungen und bei allen Arten von Untersuchungen in den Labors möglich.

Der Landesrechnungshof muß demnach feststellen, daß diese dzt. geübte Form der dezentralen und weitgehend unkontrollierten Leistungserfassung die Gefahr mit sich bringt, daß Ambulanzleistungen in beträchtlichem Maße weder statistisch-leistungsmäßig, noch verrechnungstechnisch erfaßt werden.

Diese Feststellungen werden durch eine dezidierte Betrachtung der Leistungsevidenz in der Venenambulanz, einer besonders frequentierten Spezialambulanz, erhärtet:

Eine Zählung der Ambulanzkarteikarten ergab, daß diese Ambulanzstelle im Jahre 1983 von 942 Patienten insgesamt 3.690mal in Anspruch genommen wurde. Von den vorgewiesenen Karteikarten wurden vom Landesrechnungshof 485 (= 51,48 %) eingesehen und dabei folgende Mängel festgestellt:

* 148 Karteikarten (d. s. 30,51 %) zeigen einen Hinweis auf die Aufnahme dieses Ambulanzfalles in die Ambulanz-Hauptkartei.

* 55 Karteikarten (d. s. 11,34 %) geben keinen Hinweis über die Art der Einweisung des Patienten (Privatarzt oder Zuweisung von einer anderen Abteilung oder Klinik des Landeskrankenhauses Graz u. dgl.).

* 20 Karteikarten (d. s. 4,85 %) weisen keine gültigen Abrechnungsdaten bzw. -nachweisungen auf.

Demgegenüber wurden von den im Jahre 1983 in der Hauptambulanz evident geführten 18.152 Patientenkarteien 10 %, d. s. 1.815 Karteien, eingesehen und dabei nur in fünf Fällen, d. s. 0,22 %, das Fehlen von Verrechnungsnachweisungen festgestellt, wobei es sich offensichtlich um Patienten handelt, die außerhalb der Ambulanzzeit aufgenommen und deren Daten nicht ausreichend bei der Aufnahme ermittelt worden waren.

Es erscheint daher die Folgerung zwingend, daß sich die Einrichtung einer einheitlichen Ambulanzaufnahme und Leistungsevidenz für die Erreichung einer möglichst lückenlosen Leistungserfassung und der damit ursächlich zusammenhängenden Leistungsverrechnung positiv auswirken müßte.

In diesem Zusammenhang muß auch darauf Bezug genommen werden, daß die Form der dzt. als grundsätzlicher Datenträger verwendeten Karteikarte den Anforderungen des Ambulanzbetriebes weder in verwaltungstechnischer noch in medizinischer Hinsicht entspricht. In ihrer dzt. Form stellt diese Karteikarte eine Vermengung von medizinischer und verrechnungsmäßiger Dokumentation dar. Dadurch wird die Abrechnung überaus erschwert und zeitaufwendig. Es ist daher notwendig, daß alle Karteikarten eines Patienten und der gesamte medizinische Schriftverkehr vereinigt werden.

Sowohl die ärztliche Leitung als auch das Verwaltungspersonal der Dermatologischen Klinik sieht die Lösung dieser Problematik in der Einführung eines neuen Karteikartentyps in Mappen- oder Taschen-

form, der alle medizinischen Dokumentationen und Schriftsätze aufnehmen kann, während unabhängig davon auf der Außenseite dieser "Karteitasche" die Verrechnungsdaten bzw. -vermerke angebracht werden könnten. Außerdem sind für die auszuscheidenden Ambulanzkarten auf der Dermatologischen Klinik keine geeigneten Archiv- oder Registraturräume vorhanden, weshalb sie in Kellerräumen abgelegt werden müssen. Im Bedarfsfalle ist für das Auffinden der entsprechenden Kartei ein nicht unbeträchtlicher Zeitaufwand gegeben.

Dem Landesrechnungshof erscheint daher eine grundsätzliche Rationalisierung und Modernisierung der Leistungserfassung, Leistungsevidenz und Leistungsverrechnung auf der Dermatologischen Klinik des Landeskrankenhauses Graz vordringlich.

Hiezu erscheint eine lückenlose Konzentrierung aller Ambulanzfälle in einer zentralen Aufnahme- und Evidenzstelle in Verbindung mit einer neuen Karteiführung, die sowohl den medizinischen als auch den verrechnungsmäßigen Erfordernissen Rechnung trägt, von besonderer Bedeutung. Dadurch könnte eine möglichst lückenlose Erfassung aller Leistungen, die einerseits eine vollständige Verrechnung und andererseits eine brauchbare statistisch-medizinische Leistungsfeststellung sicherstellt, erreicht werden.

Als ergänzende Maßnahme müßte jedoch auch eine entsprechende Unterweisung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals erfolgen, um diesem die Bedeutung einer generellen Zusammenarbeit im Sinne einer lückenlosen Erfassung aller Ambulanzleistungen einsichtig werden zu lassen.

V. Patientenerfassung und Leistungsfrequenz

In der Hauptambulanz der Dermatologischen Klinik wurden im Jahre 1983 laut Ambulanzkartei 18.152 ambulante Patienten aufgenommen.

Die Patienten frequentierten nach den Aufzeichnungen in der Hauptambulanz diese insgesamt 47.779mal. Dies entspricht bei 250 Ambulanztagen im Jahre 1983 einem Tagesdurchschnitt von 72,6 Patientenaufnahmen bzw. einer durchschnittlichen Tagesfrequenz von 191,11 Leistungen.

Es muß festgehalten werden, daß diese Zahlen grundsätzlich die Leistungen in der sogenannten Hauptambulanz betreffen, weil in den Spezialambulanzen keine Aufzeichnungen über die Patientenaufnahmen geführt werden. In diesen Spezialambulanzen werden lediglich für die jährlich vorzulegende "Krankenanstaltenstatistik" die erbrachten Leistungen nach der "Frequenz", also den Behandlungs- und Untersuchungsfällen, ermittelt, nicht jedoch die Zahl der Ambulanzpatienten.

Diese Statistik weist für die Jahre 1981 bis 1983 folgende Leistungen aus:

	1981	1982	1983
Hauptambulanz	49.589	49.199	47.779
Venenambulanz			3.690
Photochemotherapie	2.129	2.226	2.249
Melanom-Ambulanz	1.023	1.277	1.532
Kosmetik-Ambulanz	233	361	301
Allergie-Ambulanz	9.277	6.976	7.710
Andrologische Ambulanz	251	244	240
Strahlenambulanz			1.628
Gesamtleistungen	62.502	60.283	65.129

Hiezu wird auf Grund der Erhebungen ausgeführt:

* Durch die bereits eingehend im Abschnitt IV aufgezeigte Problematik der Leistungserfassung zwischen der Hauptambulanz und den Spezialambulanzen ist es den mit der Leistungserfassung bzw. Leistungsmeldung betrauten Bediensteten nicht möglich, gültig nachzuweisen, ob und welche Leistungen in der Leistungssumme der Hauptambulanz inkludiert sind.
  In der Summe von 65.129 Ambulanzfrequenzen sind 3.855 Leistungen an Patienten enthalten, die stationär auf einer anderen Abteilung oder Klinik des Landeskrankenhauses Graz aufgenommen wurden. Diese Zahl bezieht sich - wie vom Landesrechnungshof festgestellt wurde - nur auf Patienten in der Haupt-, Venen- und Strahlenambulanz, weil von den übrigen Spezialambulanzen keine diesbezüglichen Meldungen erfolgten.

* In der Leistungsmeldung für das Jahr 1983 wurden die Leistungen der Venenambulanz (3.690) in der Summe der Hauptambulanz (51.469) mitgezählt. Dies offensichtlich deshalb, weil in den Jahren 1981 und 1982 die Leistungen der Venenambulanz überhaupt nicht getrennt ausgewiesen worden waren und im Jahre 1983 die nunmehr getrennte Darstellung in der statistischen Zusammenstellung übersehen wurde. (In der Aufstellung im gegenständlichen Bericht wurde die entsprechende Korrektur seitens der Verwaltung des Landeskrankenhauses Graz bereits berücksichtigt.)

* Die Leistungen der Strahlenambulanz wurden ebenfalls erst im Jahre 1983 erfaßt bzw. ausgewiesen.
  In der Angabe über die Frequenzen der Strahlenambulanz fehlen 540 Fälle für Patienten, die stationär in einer anderen Abteilung oder Klinik des Landeskrankenhauses Graz aufgenommen waren und in der Strahlenambulanz ambulant behandelt wurden. Die Korrektur wurde von der Verwaltung

des Landeskrankenhauses Graz im Zusammenwirken mit der Ambulanzabrechnungsstelle der Dermatologischen Klinik vorgenommen.

* In den Leistungssummen des Allergie-Labors sind, wie eine Einsichtnahme in die diesbezüglichen Unterlagen ergab, auch alle Leistungen enthalten, die für stationäre Patienten der Dermatologischen Klinik erbracht worden waren. Andererseits wurden - wie die Laborleitung bestätigte - diverse Leistungen wie etwa Hyposensibilisierungen nicht in die Leistungsmeldung aufgenommen.

* In der bereits erwähnten Krankenhausstatistik sind auch die Zahl der Laboruntersuchungen, die in den übrigen Labors (ausgenommen dem Allergie-Labor) der Dermatologischen Klinik durchgeführt wurden, und die Zahl der durchgeführten Operationen ausgewiesen.
  Diese Zahlenangaben können jedoch für eine weitere Leistungsermittlung im Rahmen des Ambulanzbetriebes nicht herangezogen werden, weil sowohl die Leistungen an ambulanten als auch an stationären Patienten in einer Summe zusammengefaßt sind. Eine Trennung zwischen ambulanten und stationären Fällen wurde bisher nicht vorgenommen, wäre jedoch im Operationsbereich und in den Labors möglich, wenn entsprechende getrennte Aufzeichnungen geführt würden.

* Abgesehen von den erwähnten, nicht erfaßten Leistungen, sind die ausgewiesenen Frequenzzahlen als Mindestwerte anzusehen, weil sie auf der Basis einer einmaligen Leistung pro Tag ermittelt wurden. Verschiedene Leistungen an einem Tag am selben Patienten blieben unberücksichtigt.

Auf Grund der aufgezeigten Fakten ist eine gültige Leistungserfassung und Leistungsstatistik für den Ambulanzbereich der Dermatologischen Klinik nicht gegeben. Diese könnte nach Ansicht

des Landesrechnungshofs nur erreicht werden, wenn in der Organisation und in der Abwicklung des Ambulanzbetriebes eine entsprechende Zentralisierung erfolgt.

Da der Landesrechnungshof bei der Kontaktnahme mit den einzelnen Ambulanzen den Eindruck gewinnen mußte, daß den statistischen Auswertungen kein besonderes Gewicht beigemessen wird, wäre eine dementsprechende Anweisung des Personals zweckmäßig. Immerhin stellen die statistischen Leistungsangaben Grundlagen für die Beurteilung der Arbeitsfrequenz, des Personaleinsatzes und der Aufwandskapazität dar. Es erscheint daher erforderlich, geeignete organisatorische und auch personelle Maßnahmen in die Wege zu leiten, um einen größtmöglichen Aussagewert der Leistungsstatistik zu erreichen. In diesem Zusammenhang wäre auch eine getrennte Erfassung der Labor- und Operationsleistungen nach ambulanten und stationären Fällen durchzuführen.

Weiters mußte festgestellt werden, daß den mit der Erstellung der diversen Statistiken beauftragten Bediensteten die Bedeutung und der inhaltliche Wert des verlangten Zahlenmaterials oftmals nicht in vollem Umfang bekannt ist. So ist beispielsweise die begriffliche Unterscheidung zwischen Ambulanzfällen (= Anzahl der Patienten) und Ambulanzfrequenzen (= Anzahl der Leistungen) nicht immer klar und führt daher zu statistischen Angaben, die nicht der Realität entsprechen.

Allerdings ist der Landesrechnungshof auch der Auffassung, daß die Vielzahl der dzt. von verschiedenen Instanzen auf dem Ambulanzsektor verlangten Statistiken mit diversen unterschiedlichen unrealistischen Zielvorstellungen nicht dazu angetan ist, das Verständnis für den Wert der statistischen Aussagen bei den Betroffenen zu heben.

Folgende statistische Meldungen sind dzt. im Laufe eines Jahres im Ambulanzbereich zu erstellen:

1.1. Von der Dermatologischen Klinik an die Ärztliche Direktion des Landeskrankenhauses Graz:

Meldung der Ambulanzfrequenzen (in der betreffenden Aufstellung irrtümlich als "Ambulanzfälle" bezeichnet).

1.2. Von der Dermatologischen Klinik an die zentrale Ambulanzverrechnungsstelle des Landeskrankenhauses Graz:

Meldung über "Leistungen an ambulanten Patienten" und "Leistungen an stationären Patienten" für die Erstellung der "Ambulanzfrequenzstatistik für die Kostenstellenrechnung".
Hiebei mußte festgestellt werden, daß hinsichtlich des Begriffes "Leistungen an stationären Patienten", also Leistungen an Patienten anderer Abteilungen und Kliniken des Landeskrankenhauses Graz, in der Ambulanz der Dermatologischen Klinik keine einheitliche Auffassung besteht, sodaß die gemeldeten Frequenzzahlen für diese Leistungen nur bedingt aussagefähig sind.

2.1. Von der zentralen Ambulanzverrechnungsstelle des Landeskrankenhauses Graz:

Aufstellung der abgerechneten ambulanten Fälle im Jahre 1983, ergänzend zur Ambulanzfrequenzstatistik für die Kostenstellenrechnung.
Diese Berechnung deckt sich nicht mit der auf Grund der täglichen Frequenzzählung in der Hauptambulanz ermittelten Anzahl der Ambulanzfälle, weil in dieser Statistik wieder die anerlaufenen und nicht die abgerechneten Fälle erfaßt sind.

Weiters erfolgt eine Meldung über die im Jahr 1983 abgerechneten Ambulanz-Quartalsscheine.

2.2. Von der zentralen Ambulanzverrechnungsstelle für das Amt der Steiermärkischen Landesregierung Rechtsabteilung 12:

Ambulanzstatistik über die Anzahl der abgerechneten Ambulanzfälle und die Höhe der vorgeschriebenen Ambulanzgebühren.

Weiters eine Ambulanzleistungsstatistik über Ambulanzfälle mit oder ohne Strahlenleistungen, Ambulanzfälle, die nur Strahlenleistungen aufweisen, fachärztliche Untersuchungen mit oder ohne Strahlenleistungen sowie Zweitleistungen.

Der Landesrechnungshof ist im Hinblick auf den beträchtlichen Verwaltungsaufwand bei der Erstellung der statistischen Meldungen der Auffassung, daß eine Vereinheitlichung und Rationalisierung zweckmäßig wäre und dem Aussagewert der statistischen Angaben dienlich sein könnte. In diesem Zusammenhang erscheint es jedoch auch erforderlich, alle mit der Erstellung dieser Statistiken beauftragten Dienststellen und Bediensteten entsprechend zu koordinieren, um das statistische Material unter gleichen, allgemein gültigen Gesichtspunkten zu erfassen und auszuweisen. Eine Reorganisation auf diesem Verwaltungssektor erscheint vor allem deswegen erforderlich, weil durch die dzt. geübte Vorgangsweise ein beträchtlicher Zeit- und Verwaltungsaufwand für statistische Arbeiten erforderlich ist, der bei einer Rationalisierung und Vereinheitlichung der dzt. unterschiedlichen Termin- und Zielvorgaben erheblich reduziert werden könnte. Darüberhinaus würde das Verständnis für den Aussagewert dieser Tätigkeit durch entsprechende Schulung bzw. Straffung der Arbeit und durch einheitliche, klare Zielvorgaben gehoben werden, sodaß das erarbeitete Zahlenmaterial tatsächlich eine gültige Beurteilungsgrundlage darstellt, die für Folgeberechnungen und Beurteilungen für den gesamten Ambulanzbetrieb herangezogen werden kann.

Zur Beurteilung der Arbeits- und Leistungssituation der Dermatologischen Ambulanz kann primär nur die Hauptambulanz herangezogen werden, da nur diese über konkretes Zahlenmaterial für die Patientenfluktuation bzw. -frequenz verfügt.

Die bereits erwähnte Tagesfrequenz von durchschnittlich 191,11 Patienten kann als sehr hoch bezeichnet werden. Dies bedingt während der Ambulanzzeiten vormittags einen enormen Patientenstau in den Räumen der Hauptambulanz, insbesondere vor dem Schalter zum Büroraum der Aufnahmebediensteten. Dieser Schalter ist von Patienten umlagert, da auf Grund der räumlichen Beengtheit eine geordnete Zuführung bzw. Abfertigung der Ambulanzpatienten nicht möglich ist. Die Folge sind Kommunikations- und Verständigungsschwierigkeiten zwischen den Verwaltungsbediensteten und den Patienten, wodurch die Abwicklung des Ambulanzbetriebes,der ohnehin durch die geringe Aufnahmekapazität der für den medizinischen Bereich vorhandenen Lokalitäten nicht fließend abgewickelt werden kann, und die Abfertigung verzögert werden. Im Vergleich zu anderen Ambulanzen fehlt im Ambulanzbetrieb der Dermatologischen Klinik jegliche Modernisierung, wie etwa automatische (elektronische) Aufrufe bzw. Patientenerfassung, Nummernausgabe u. dgl. Bezeichnend für den Standard der Arbeitsbedingungen ist, daß nicht einmal eine Sprech- oder Mikrophonanlage zur besseren Verständigung zwischen Verwaltungspersonal und Patienten durch die trennende Schalterwand hindurch vorhanden ist.

Diese Mängel stellen sowohl für die Patienten, im Hinblick auf die langen Wartezeiten in unzulänglichen Warteräumen bzw. während der wärmeren Jahreszeit sogar im Hof der Klinik, als auch für die Bediensteten der Ambulanz, die ihren Dienst in einer Atmosphäre zeitlicher und räumlicher Streßsituation versehen müssen, erschwerende Umstände dar.

Dadurch wird auch der erwähnte Umstand begünstigt, daß Patienten direkt die Spezialambulanzen zur Behandlung aufsuchen, um sich die langen und unbequemen Wartezeiten in der Hauptambulanz zu ersparen Dies wiederum führt zu Lücken in der Leistungserfassung und schließlich zu finanziellen Nachteilen für das Land Steiermark.

Eine Möglichkeit, die Frequenz des Ambulanzbetriebes auf der Dermatologischen Klinik zu senken, sieht die ärztliche Leitung bei der dzt. Situation der Dermatologischen Ambulanz nicht.

Die Ablehnung eines Patienten, der eine ambulante Behandlung oder Untersuchung begehrt, ist praktisch nicht möglich, weil die Aufnahme am Schalter der Hauptambulanz durch eine Verwaltungskraft erfolgt, die weder in der Lage noch berechtigt ist, die medizinische Notwendigkeit einer ambulanten Aufnahme, Behandlung oder Untersuchung festzustellen.

Eine grundsätzliche Erstuntersuchung eines Patienten mit einer eventuellen Abweisung durch einen Arzt in der Ambulanz ist aber aus raumtechnischen Gründen nach Meinung der ärztlichen Leitung nicht möglich.

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, daß eine entsprechende Kontaktierung der Fachärzte für Dermatologie erfolgen müßte, um durch deren gesteigerte Frequentierung eine Entlastung des Ambulanzbetriebes auf der Dermatologischen Klinik zu erzielen. Auch erscheint die Tatsache von Bedeutung, daß auch von den Ambulatorien der Gebietskrankenkasse in Graz immer wieder Patienten zu ambulanten Leistungen an die Ambulanzen der Dermatologischen Klinik überwiesen werden, wobei nicht zuletzt die jeweilige Relation zwischen Kosten und Vergütung durch den Sozialversicherungsträger als entscheidender Faktor für diese Vorgangsweise anzusehen ist.

Der Landesrechnungshof ist daher der Meinung, daß die zuständige Ressortabteilung geeignete Maßnahmen ergreifen sollte, daß Ambulanzleistungen nur den Bestimmungen des § 34 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes entsprechend erbracht werden. Alle übrigen Fälle wären den niedergelassenen Fach- bzw. Praktischen Ärzten zuzuleiten. Dadurch würde es möglich sein, die Zahl der ambulanten Patienten und damit die Ambulanzleistungen insgesamt nicht unbeträchtlich zu senken. Im übrigen wurde diese Ansicht auch auf dem Österreichischen Krankenhaustag 1983 von prominenten, profunden Kennern der Materie vehement vertreten.

Hingegen wurde im Zuge der Prüfung von ärztlicher Seite klar deponiert, daß eine Abweisung irgendeines Patienten, gleichgültig auf welche Weise immer er die Ambulanz frequentiert, nicht möglich ist und jedenfalls nicht praktiziert wird.

Beim dzt. System der pauschalen Honorierung der Ambulanzleistungen durch die Sozialversicherungsträger, das auf die steigenden Kosten - vor allem im Untersuchungsprogramm - keine Rücksicht nimmt und keine Honorierung nach Leistungsprinzipien kennt, die etwa besonders aufwendige Leistungen nach einem Sonderleistungskatalog vergütet, vergrößert sich durch jeden ambulanten Patienten die Diskrepanz zwischen Einnahmen und Kosten des Ambulanzbetriebes.

Nach Meinung des Landesrechnungshofs müßte eine fühlbare Reduzierung durch verstärkte Aktivierung der Behandlungen durch niedergelassene Fachärzte bzw. Praktische Ärzte auch über die Österreichische Ärztekammer möglich sein, zumal deren Präsident am Österreichischen Krankenhaustag die Meinung vertrat, daß

> "die primare Aufgabe eines Krankenhauses in der stationären Versorgung von Patienten liege und Spitalsambulanzen Versorgungsschwerpunkte für ausgewählte Fälle bzw. Erste-Hilfe-Fälle sein sollten".

Dieser Ansicht hat sich auch der Bundesminister für Gesundheit und Umweltschutz bei der genannten Veranstaltung angeschlossen.

Die (auch aus der statistischen Zusammenfassung auf Seite 19 des gegenständlichen Berichtes zu ersehende) Zunahme an ambulatorischen Leistungen ist auch durch das Fortschreiten der medizinischen Erkenntnisse bedingt sowie durch eine immer stärkere Ausweitung auf Untersuchungen und Behandlungen, die ursprünglich nicht im Aufgabenbereich der Dermatologischen Klinik gelegen sind. Diese Entwicklung bedingt auch die Schaffung von Ambulanzstellen mit einer spezifischen medizinischen Aufgabenstellung, von denen bereits die Rede war.

Insbesondere trifft diese Ausweitung auf den Betrieb der Phlebologischen oder Venenambulanz zu, die deshalb vom Landesrechnungshof hinsichtlich der Leistungsfrequenz und Leistungserfassung (siehe Abschnitt II) im besonderen untersucht wurde.

Auf Grund einer vom Landesrechnungshof angesprochenen Zählung wurden für das Jahr 1983 942 Patienten erhoben, für die nach den Aufzeichnungen in der Venenambulanz insgesamt 3.690 Behandlungen durchgeführt wurden. Da die Venenambulanz nur zweimal wöchentlich (Dienstag und Donnerstag von 07.30 Uhr bis 11.00 Uhr) in Betrieb steht, bedeutet dies bei 100 Ambulanztagen im Jahr die Aufnahme von 9,42 Patienten pro Tag bzw. eine Leistungsfrequenz von 36,9 Patienten pro Tag im Durchschnitt.

Diese Zahlen wurden auf Grund der vorhandenen vorgewiesenen Aufzeichnungen und Karteikarten der Venenambulanz ermittelt. Hiebei ist zu bemerken, daß diese keine durchgehende Numerierung oder sonstige Kennzeichnung aufweisen, weshalb für die Lückenlosigkeit der Karteien daher keine Gewähr besteht.

Wie eine Einsichtnahme in 485 Karteikarten des Jahres 1983 (= 51,48 %) zeigte, kommen die Patienten aus allen Teilen der Steiermark und auch aus anderen Bundesländern in die Venenambulanz der Dermatologischen Klinik.

Einzugsgebiet:

Graz	183	=	37,73 %
Übrige Steiermark	274	=	56,49 %
Übrige Bundesländer	7	=	1,46 %
Ungeklärt	20	=	4,12 %
Ausländer	1	=	0,20 %
Gesamtzahl	485	=	100,00 %

Diese starke Patientenbewegung über den Bereich von Graz hinaus wird offensichtlich dadurch verursacht, daß vor allem die Behandlung mit den Verbänden im Rahmen der sogenannten "Fischer-Technik" von den frei praktizierenden Ärzten nur in geringem Umfang angewendet wird und daher eine Überweisung der Patienten in die Ambulanz der Dermatologischen Klinik erfolgt. Die starke Frequentierung der Venenambulanz durch zumeist sehr gehbehinderte Patienten aus der gesamten Steiermark bringt auch eine Belastung des Rettungsdienstes des Roten Kreuzes mit sich, dessen Kosten letztlich wiederum (im Wege der Sozialversicherung, Fürsorge u. dgl.) zulasten der Allgemeinheit gehen. Diese Belastung würde bei Versorgung der Patienten im Wohnort wegfallen oder zumindest wesentlich geringer sein.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß der Vorstand der Dermatologischen Klinik, Herr Univ. Prof. Dr. Kresbach, im Verlauf eines einleitenden Informationsgespräches vor Beginn der Überprüfung durch den Landesrechnungshof dessen Organen gegenüber ausdrücklich deponierte, daß die Venenambulanz nur als diagnostische Einrichtung gedacht war und er die Ausweitung zu einem umfangreichen therapeutischen Betrieb nicht als positiv ansehe.

Nach Meinung des Landesrechnungshofs wäre daher eine entsprechende gültige Interpretation über die Aufgabenstellung bzw. den Betrieb der Venenambulanz der Dermatologischen Klinik seitens der zuständigen Ressortabteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung erforderlich.

Die Aussage des Klinikvorstandes ist auch deshalb von Bedeutung, da die Verabreichung der Fischer-Verbände besonders kosten- und zeitintensiv ist und daher diese Leistungen für das Land Steiermark Belastungen besonderer Art darstellen, die im Abschnitt I des Berichtes eingehend erörtert werden.

Darüberhinaus gelangt der Landesrechnungshof zur Ansicht, daß auch die Räumlichkeiten der Venenambulanz weder aus der Sicht der medizinischen Tätigkeit noch aus der der wartenden Patienten den Anforderungen eines zeitgemäßen Ambulanzbetriebes entsprechen. Es wird daher in dieser, den Umfang und Aufwand einer Nebenambulanz zweifellos übersteigenden Spezialambulanz entweder die Reduzierung des Betriebes oder aber eine Modernisierung der organisatorischen und räumlichen Gegebenheiten erforderlich sein.

Hinsichtlich der Kosmetik-Ambulanz ist festzustellen, daß wie bereits im Abschnitt III erwähnt - eine Bewilligung zur Führung dieser Spezialambulanz im bezüglichen Erlaß der Rechtsabteilung 12 nicht ersichtlich ist. Der Ambulanzbetrieb wird von Frau Oberarzt Dr. Hartwagner unter fallweiser Unterstützung der Schwestern der von ihr geführten Abteilung und einer kostenlos tätigen praktizierenden Kosmetikerin durchgeführt.

Auf Grund der vorhandenen Karteikarten wurden im Jahre 1983 78 Patienten mit insgesamt 301 Leistungen behandelt. Es konnte jedoch nicht glaubhaft nachgewiesen werden, ob und in welcher Weise die Leistungen für diese Patienten verrechnet wurden, da entsprechende Hinweise auf den Karteikarten fehlen. Weiters kann nicht

übersehen werden, daß diese Ambulanz Leistungen auch für die stationären Patienten der eigenen Abteilung erbringt, die unhonoriert bleiben, da es für diese Leistungen keinen verrechenbaren Tarif gibt.

VI. Leistungsübersicht der Ambulanzen auf der Dermatologischen Klinik

Auf Grund der Angaben der ärztlichen Leitung des Ambulanzbetriebes der Dermatologischen Klinik bzw. der von dieser zur Verfügung gestellten und fachlich kommentierten Unterlagen wurde vom Landesrechnungshof eine Leistungsübersicht für die einzelnen Ambulanzstellen und Labors erstellt.

In dieser Übersicht sind alle wesentlichen Untersuchungen, Tests und Behandlungen erfaßt, die dzt. im Rahmen des Ambulanzbetriebes auf der Dermatologischen Klinik durchgeführt werden.

1. Hauptambulanz:

   In dieser Ambulanz werden grundsätzlich alle Leistungen erbracht, die eine erste körperliche Untersuchung bzw. eine persönliche Kontaktnahme mit dem Patienten erfordern. Im einzelnen sind dies:
   alle vorbereitenden Maßnahmen für nachfolgende Laboruntersuchungen, wie z. B. Blutabnahmen, Abstriche, Harnuntersuchungen;
   alle Arten von "Erste-Hilfe"-Aktivitäten, wie Anlegen und Entfernen von Verbänden, Wundpflege, Injektionen, CO2-Vereisungen, Oszillogramme u. dgl.;
   Untersuchungen, die eine Zuweisung zu einer Spezialambulanz nach sich ziehen.

2. Phlebologische Ambulanz:

   Klinische Untersuchungen einschließlich der klinischen Tests zur Diagnose der chronisch-venösen Insuffizienz;
   Doppler-Ultra-Schall-Untersuchungen;
   Venenverschlußplethysmographie;
   Phlebodynamometrie;

Anwendung der Fischertechnik:
Zinkleimverbände, Kompressionsverbände mit Rosidal-K-Binden, selbstklebende Binden (Por-Panelast- und Idealhaft);
Verordnung von Gummi-Kompressionsstrümpfen;
Lokaltherapie von Ulcera cruris mit entsprechender Externa sowie chirurgische Maßnahmen (Nekroseabtragung, Skarifizierung, Abtragung von Belägen, Eigenblutverbände);
Verödungsbehandlung von Seitenastvarikosen, ret. Varicen und Besenreiservaricen, entsprechende Nachbehandlung mit Kompressionsverbänden;
Incision von Varicothrombophlebitiden mit Expression der Thromben in Lokalanästhesie;
Phlebektomie (Entfernung und Ligatur von Seitenastvarikosen bzw. ret. Varicen in Lokalanästhesie);
Perforantenligatur in Lokalanästhesie;
konservative Hämorrhoidentherapie (Verödung und Ligatur) (in Planung begriffen).

Der Betrieb dieser Ambulanz ist als besonders kostenintensiv zu bezeichnen, insbesondere durch die in Anwendung der Fischer-Verbandtechnik verabreichten Verbände, wobei vor allem durch den für den medizinischen Erfolg notwendigen häufigen Verbandwechsel eine Verteuerung gegeben ist. Als speziell zeitaufwendige und damit personalbindende Leistungen sind die Venenverschlußpletysmographie bzw. die Ultra-Schall-Untersuchungen anzusehen.

3. Melanom- und Lymphom-Ambulanzen:

Körperliche Untersuchungen und Verlaufkontrollen.

4. Photochemotherapie:

PUVA und selektive langwellige Bestrahlungen mit und ohne Kombination mit lichtsensibilisierenden Medikamenten; Lichttreppenbestimmung.

Die Tätigkeiten in Anwendung der Photochemotherapie richten sich zeitlich sehr unterschiedlich nach den verordneten Joulemengen (= Energieeinheit der Bestrahlung) und erfordern in der Wartung der Apparaturen besondere Aufwendungen, und zwar für die Reparaturen an der Steuerungselektronik und den relativ häufigen Austausch der gesamten Lampensätze, die jeweils nur eine Brenndauer zwischen einem halben und einem Jahr aufweisen. Diese Leistungen können nur von der Herstellerfirma Götz, Wien, durchgeführt werden. Darüberhinaus kann nicht übersehen werden, daß für die Auswahl der photochemotherapeutisch zu behandelnden Patienten eine Reihe von Laboruntersuchungen notwendig ist, die ebenfalls einen nicht unbedeutenden Kostenfaktor darstellen.

5. Kosmetik-Ambulanz:

Haarwurzeluntersuchungen;
Aknetoilette;
Massagen.

6. Andrologische Ambulanz:

Spermiogramme;
Spermaplasmabiochemie;
Spermaantikörperbestimmung.

Die Leistungen bzw. Untersuchungen der Kosmetik- und der Andrologischen Ambulanz werden von der ärztlichen Leitung als besonders langwierig und zeitaufwendig bezeichnet.

7. Strahlenambulanz:

Röntgenstrahlenbehandlung mit Dermopan;
Höhensonnenbestrahlung;
Dezimeterwellenbestrahlung.

8. Allergie-Ambulanz (Allergie-Labor):

Epicutanteste, Prichtteste, Reibteste, Infrafokalteste; Intracutanteste (Bakterien, Echionokokken und Trichophyten);
Bestimmungen der mittleren Erythemdosis;
Hyposensibilisierungen;
Provokationsteste;
Benetzungsproben;
Herpesimpfbehandlung.

Die Tests im Allergie-Labor stellen besonders zeit- und materialaufwendige Leistungen dar.

9. Sonstige Laborleistungen:

9.1. Chemisches Labor:

Blutbilder, Blutzucker (einschließlich Tagesprofil und Glukosebelastung);
Prothrombinzeit und Thrombinzeit;
Blutgas analyse, Rheumafaktoren, Leberenzyme, alkalische und saure Phosphatase;
Bilirubin, LDH, Elektrolyte, Gesamteiweiß, Harnstoff, Harnsäure, Kreatinin, Aldolase, Amylase, Lipase, Cholinterase, CK, Karotin, Cholesterin, Triglyceride, Serumeisen, Eisenbindungskapazität, Porphyrine;
Harnuntersuchungen auf Albumen, Saccharin, Nitrit, Urobilinogen, Sediment, Melanin, Pophyrin, Gastrotest, Phenylketone;

Stuhluntersuchungen auf Wurmeier, Blut, Nahrungsmittelreste;
Magensonde.

9.2. Mykologisch-bakteriologisches Labor:

Genital-Urethralabstrichuntersuchungen auf Gonokokken, Trichomonaden, Sproßpilze, Mykoplasmen, Chlamydien, Sproßpilzdifferenzierungen (einschließlich Assimilation und Fermentation), Bakterienkulturen mit Restistenzbestimmung, Pilznachweis nativ und kulturell, Krätzmilbennacheis, Tuberkelbazillennachweis in Färbung und Kultur.

9.3. Histochemisches Labor:

Mono-clonare Antikörper, Peroxidase;
diverse histochemische Färbungen.

9.4. Elektronenmikroskopie:

Ultradünn- und Semidünnschnittechnik.

9.5. Immunfluoreszenz:

Antinukleare Faktoren;
direkte Immunfluoreszenz;
Erythrozytenfluoreszenz;
LE-Zellen, B- und T-Lymphozyten.

9.6. Immunologie:

PRIST, RAST;
Eiweißelektrophorese;
Immuneiweißelektrophorese;
Komplementbestimmung.

9.7. Venerologisch-serologisches Labor:

Lues-serologische Untersuchungen: VDRL, WAR, FTA-Abs., IgM-FTA-Abs., TPHA, SPHA-Tests.

9.8. Histologische Leistungen:

Herstellung und Färbepräparation;
histologische Schnitte (Paraffin- und Schnellschnitt)

Die Laborleistungen der Histochemie, Elektronenmikroskopie, Immunfluoreszenz, Immunologie und des venerologisch-serologischen Labors sind überwiegend zeit-, material- und geräteaufwendig, wobei seitens der ärztlichen Leitung insbesondere die serologischen Blutuntersuchungen PRIST und RAST als gravierende Teuerungsfaktoren hervorgehoben wurden. Die ärztliche Leitung vertrat dem Landesrechnungshof gegenüber auch die Meinung, daß Test wie z. B. der TPHA-Test bei einer entsprechenden modernen Geräteausstattung weitaus rationeller durchgeführt werden könnten.

Die besondere Kostenintensität der Laborleistungen ist auch aus nachfolgender Berechnung ersichtlich:
Auf Grund einer Aufstellung der Aptheke des Landeskrankenhauses Graz betrug der Wert des Verbrauches an diversen Reagenzien u. dgl. im Immunologischen Labor im Jahre 1983 S 1,061.672,--, das entspricht bei 2.673 Untersuchungen einem Schnitt von S 397,18. Im Immunfluoreszenz-Labor ergibt der Verbrauch von S 436.177,-- bei 616 Leistungen sogar einen Schnitt von S 708,07 pro Leistung.

10. Operationsleistungen:

10.1. Operationen der Operationsgruppen I, II und III,

insbesondere:

I/5	=	Biopsie
I/20	=	Extirpationen
I/38	=	Probeexcisionen
I/42	=	Punktionen
I/46	=	Therapeutische Verbände
II/27	=	Extirpationen kleinerer Geschwülste
II/41	=	Krampfadernverödungen
II/51	=	Nagelheilexzession
III/38	=	Extirpation bzw. Elektrokoägulation
III/57	=	Kondylom-Abtragung

10.2. Verbandswechsel einschließlich Nahtentfernungen.

10.3. Mechanische und elektr. Oszillographie.

VII. Verrechnung der Ambulanzgebühren auf der Dermatologischen Klinik

1. Grundsätzlicher Verrechnungsmodus

Die Erfassung, Evidenthaltung und Verrechnung der im Rahmen des ambulatorischen Betriebes auf der Dermatologischen Klinik erbrachten Leistungen erfolgt grundsätzlich gleich wie in den Ambulanzen der übrigen Abteilungen des Landeskrankenhauses Graz bzw. der steirischen Landeskrankenhäuser. Das bedeutet, daß von der Aufnahme eines Ambulanzpatienten bzw. dem Einlangen eines Untersuchungsgutes bis zur Abrechnung der erbrachten Leistungen die Gewähr für die tatsächliche Erfassung und ordnungsgemäße Abrechnung ausschließlich in der Verantwortlichkeit und Arbeitsintensität der mit dieser Tätigkeit betrauten Bediensteten liegt. Eine maschinelle, EDV-unterstützte oder gesteuerte Kontrolle oder Absicherung der Vollständigkeit aller abzurechnenden Ambulanzfälle besteht nicht. Es besteht keine Garantie für eine lückenlose Erfassung und damit Abrechnung aller Ambulanzfälle, weil die Möglichkeit eines Versäumnisses in der Karteianlage bzw. Evidenzaufnahme oder eines Verlustes einer Abrechnungsunterlage (z. B. Sozialversicherungsüberweisungsschein u. dgl.) nicht ausgeschlossen werden kann.

Dies erscheint dem Landesrechnungshof deshalb besonders erwähnenswert, weil mit dem generellen beträchtlichen Ansteigen der Ambulanzleistungen in letzter Zeit die Fehlerhäufigkeit naturgemäß zunimmt. Bei einem wesentlich geringeren Umfang der Ambulanztätigkeit sind offensichtlich die vorgesehenen Abrechnungsmodalitäten ausreichend gewesen.

2. Verrechnungsmodalitäten auf der Dermatologischen Klinik

Die seit Jahrzehnten unveränderte, im Zeitalter der EDV und der vielfältigen Hilfsmittel der Bürotechnik antiquierte Verrechnungsmodalität muß sich im Bereich einer Ambulanz vom Umfang und der Vielfältigkeit der Dermatologie besonders nachteilig auswirken.

Die Evidenz über die anerlaufenen Ambulanzfälle bzw. deren Abrechnung obliegt in der dzt. Organisation des Ambulanzbereiches der Dermatologischen Klinik zwei Verwaltungsbediensteten der Entlohnungsgruppen c bzw. d. Grundsätzlich ist die in der Entlohnungsgruppe d eingestufte Bedienstete mit der Patientenaufnahme, der Karteianlage und der primären Feststellung des jeweiligen Kostenträgers befaßt, während die in der Entlohnungsgruppe c eingestufte Bedienstete die Abrechnungen mit den Kostenträgern durchzuführen hat. Fallweise, bei besonderem Arbeitsanfall in der Aufnahme oder in Urlaubszeiten, werden diese Tätigkeiten aber auch von beiden Bediensteten gemeinsam und vertretungsweise für das jeweils andere Arbeitsgebiet wahrgenommen.

Lediglich die Abrechnungen der Strahlenambulanz werden von einer eigenen Verwaltungskraft durchgeführt.

In der Aufnahmestelle in der Hauptambulanz wird zunächst für jeden eine Untersuchung oder Behandlung ansprechenden Patienten eine Karteikarte angelegt und der Kostenverpflichtete oder Kostenträger nach Möglichkeit festgestellt. Patienten, die keinen gültigen Krankenschein eines Sozialversicherungsträgers vorweisen können, müssen eine entsprechende "Zahlungserklärung" unterfertigen, nach der sie sich verpflichten, die Ambulanzgebühren selbst zu bezahlen, wenn sie binnen 14 Tagen keinen Überweisungsschein vorlegen. Diese Zahlungsverpflichtungen werden in Evidenz gehalten und nach Ablauf der Frist nochmals mittels eines entsprechenden vorgedruckten Mahnschreibens urgiert. Auch diese Mahnschreiben müssen wieder evident gehalten und in Erinnerung gerufen werden, sodaß praktisch

eine dreifache Patientenevidenz zu führen ist, die einen nicht unbeträchtlichen Zeit- und auch Portoaufwand erfordert. Erst nach dem tatsächlichen Einlangen der Sozialversicherungsüberweisungsscheine und ihrer Bearbeitung anhand der Leistungsvermerke auf den Karteikarten kann die quartalsmäßige Abrechnung mit den Sozialversicherungsträgern erfolgen.

Durch die Aufgliederung der Dermatologischen Ambulanz in Spezialambulanzen und die damit verbundenen dezentralen Aufnahme- und Dokumentationsmodalitäten sind die mit der Abrechnung befaßten Bediensteten auf die unterstützende Mitarbeit der in den Ambulanzstellen tätigen Bediensteten angewiesen. Es hängt daher weitgehend von der Initiative und der Kooperationsbereitschaft dieser nicht primär für Verwaltungstätigkeiten vorgesehenen Bediensteten ab, ob die Abrechnungsunterlagen in jedem Fall der Verrechnungsstelle zugehen oder ob diese Unterlagen auch abrechnungsgerecht komplettiert sind.

Unsicherheitsfaktoren für die lückenlose Erfassung aller Ambulanzleistungen sind insbesondere durch folgende Umstände gegeben:

* Nur die Kartei in der Hauptambulanz weist eine durchlaufende Numerierung auf. Die Karteien der Spezialambulanzen können daher nicht auf ihre Vollständigkeit überprüft werden und es besteht auch keine Gewähr, daß alle Ambulanzleistungen dieser Spezialambulanzen verrechnet werden.

* Die Karteien der Hauptambulanz werden aus medizinischen Gründen des öfteren in einer anderen Ambulanz oder in einer Krankenabteilung benötigt, sodaß sie beim Abrechnungsvorgang fehlen.

* Da aus medizinischen Gründen die Ambulanzkarten eines Patienen (auch über mehrere Jahre) zusammengeheftet werden, ist die fortlaufende Nummernfolge in der Hauptkartei immer wieder unterbrochen.

In der Praxis bedeutet die dzt. Form der Organisation für die mit der Abrechnung betrauten Bediensteten eine ständige, zeitaufwendige Suche nach den notwendigen Verrechnungsunterlagen, ohne die entsprechende Sicherheit zu haben, diese auch vollständig zu erhalten. Erschwerend wirkt sich in diesem Zusammenhang auch die Dislozierung der einzelnen Ambulanzstellen aus.

Bezeichnend für die unpraktikable Verwaltungsorganisation ist weiters, daß die beiden für Verwaltungsarbeiten zuständigen Bediensteten in weit voneinander liegenden Büroräumen tätig und nicht einmal telefonisch miteinander verbunden sind. Eine Kontaktaufnahme dieser beiden Bediensteten ist daher nur entweder durch den Gang über den Hof von Haus zu Haus oder durch das nächste erreichbare Telefon möglich. Zum Fernsprecher muß jedoch der jeweilige Gesprächspartner von anderen Bediensteten geholt werden, die dadurch in ihrer eigenen Tätigkeit gestört werden.

Diese Organisation wirkt sich auch auf die zeitgerechte Abrechnung der Ambulanzgebühren nachteilig aus. Es muß jedoch bemerkt werden, daß die Abrechnungen mit den Sozialversicherungsträgern, die den größten Teil der Einnahmen darstellen, auch von anderen Kliniken und Abteilungen im Bereich des Landeskrankenhauses Graz nicht in jedem Falle - wie vorgeschrieben - bis zum 20. des dem abgelaufenen Quartal folgenden Monats erstellt werden.

Die ersten drei Quartale des Jahres 1983 waren wie folgt abgerechnet:

	Abrechnungsdatum:	Kostenträger:
1. Quartal:	26. 04. 1983	Bundeskrankenkasse
	26. 04. 1983	K.F.A. Magistrat Graz
	26. 04. 1983	VA. d. Gewerblichen Wirtschaft
	27. 04. 1983	Eisenbahn-Krankenkasse
	29. 04. 1983	Bauernkrankenkasse Steiermark

	Abrechnungsdatum:	Kostenträger:
	02. 05. 1983	Bauernkrankenkasse Burgenland
	02. 05. 1983	Bauernkrankenkasse Kärnten
	29. 06. 1983	Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle
2. Quartal:	20. 07. 1983	Bundeskrankenkasse
	20. 07. 1983	Eisenbahn-Krankenkasse
	21. 07. 1983	K.F.A. Magistrat Graz
	20. 07. 1983	Bauernkrankenkasse Steiermark
	27. 07. 1983	Bauernkrankenkasse Burgenland
	27. 07. 1983	Bauernkrankenkasse Oberösterreich
	27. 07. 1983	Bauernkrankenkasse Kärnten
	24. 09. 1983	Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle
3. Quartal:	20. 10. 1983	Bundeskrankenkasse
	20. 10. 1983	Eisenbahn-Krankenkasse
	21. 10. 1983	K.F.A. Magistrat Graz
	21. 10. 1983	VA. d. Gewerblichen Wirtschaft
	27. 10. 1983	Bauernkrankenkasse Steiermark
	27. 10. 1983	Bauernkrankenkasse Burgenland
	27. 10. 1983	Bauernkrankenkasse Kärnten
	27. 10. 1983	Bauernkrankenkasse Oberösterreich
	13. 12. 1983	Gemeinsame Ärzteverrechnungsstelle

Die Überprüfung der noch nicht bezahlten Rechnungen über Ambulanzleistungen an Selbstzahler bzw. nicht als Sozialversicherungsträger geltende Kostenträger ergab keine gravierenden Rückstände oder Abrechnungsversäumnisse. Auch wurden die von den Sozialversicherungsträgern vorgenommenen Streichungen als unerheblich festgestellt.

Im Interesse einer ordnungsgemäßen Gebühreneinbringung und auch im Hinblick auf die dem Land Steiermark durch die verspäteten Abrechnungen erwachsenden Zinsenverluste wären eine Forcierung der Abrechnungen, insbesondere mit der Gemeinsamen Ärzteverrechnungsstelle, die den überwiegenden Anteil des Gebührenanfalles trägt, und die Schaffung der hiefür zweckmäßigen organisatorischen Rationalisierungsmaßnahmen erforderlich.

Ein erster Schritt in dieser Hinsicht dürfte durch den ab der 1. Quartalsabrechnung 1984 anzuwendenden vereinfachten, EDV-unterstützten Abrechnungsmodus gegeben sein, nachdem die Ambulanzscheine nur nach Kassen zu trennen, pro Kasse zu numerieren und für jede Kasse über die Anzahl der abgerechneten Behandlungsscheine Aufstellungen anzufertigen sind. Dieser neue Abrechnungsvorgang ist in allen Ambulanzstellen des Landeskrankenhauses Graz anzuwenden, bringt also der Dermatologischen Ambulanz keine spezifische Verwaltungsvereinfachung.

3. Verrechnung der Ambulanzleistungen

Die Verrechnung der Ambulanzleistungen, die im Rahmen des Ambulanzbetriebes der Dermatologischen Klinik für Selbstzahler bzw. Kostenträger, für die der Sozialversicherungstarif nicht anzuwenden ist, erbracht werden, erfolgt dzt. auf Grund der Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung vom 27. Juni 1983, LGBl. Nr. 39.

Die Verrechnung mit den Sozialversicherungsträgern, die beim überwiegenden Teil der Ambulanzleistungen als kostenverpflichtet aufscheinen, erfolgt auf Grund des Erlasses der Rechtsabteilung 12 des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung vom 17. bzw. 27. Juni 1983, GZ.: 12 - 182 Au 2/53 - 1983. Demnach sind für die mit den Sozialversicherungsträgern abzurechnenden Leistungen pro Quartalsabrechnung für allgemeine Ambulanzleistungen folgende Vergütungen festgesetzt:

Quartalspauschale	S	226,--
Behandlungspauschale für fachärztliche Untersuchung	S	92,--
Zweitleistungsgebühr	S	77,--

Von diesen Beträgen verbleiben dem Land Steiermark nach der ab 1. Juli 1983 in Kraft getretenen Regelung über die Aufteilung der Sonder- und Ambulanzgebühren (§ 6 der Verordnung vom 27.Juni 1983, LGBl. Nr. 39):

50 % von S 226,-- + S 5,65 Klinikanteil von den restlichen 50 %	S	118,65
50 % von S 92,-- + S 2,30 Klinikanteil von den restlichen 50 %	S	48,30
50 % von S 77,-- + S 1,92 Klinikanteil von den restlichen 50 %	S	40,42

Es werden daher alle ambulanten Leistungen für einen Patienten bzw. alle vorgenommenen Leistungen an eingesandtem Untersuchungsgut pro Quartal mit den angeführten Vergütungen abgegolten. Ingesamt betrugen die Abrechnungen im Jahre 1983 für 20.846 Fälle insgesamt S 3,792.632,40. Von den Kostenträgern wurden Zahlungen in der Höhe von S 3,701.308,89 geleistet. Die Differenz ergibt sich durch die Verschiebung der Quartalsabrechnungen mit den Sozialversicherungsträgern, da das 4. Quartal 1982 und das 3.Quartal 1983 im Jahre 1983 vorgeschrieben, jedoch das 3. Quartal 1982 und das 2. Quartal 1983 bezahlt wurden.

Zu diesem Verrechnungsmodus mit den Sozialversicherungsträgern muß der Landesrechnungshof feststellen, daß eine Vergütung in der angeführten Höhe für einen so umfangreichen und kostenintensiven Ambulanzbetrieb wie den der Dermatologischen Klinik als unzureichend anzusehen ist. Wie aus der Leistungsübersicht des Abschnittes VI des gegenständlichen Berichtes ersichtlich ist, wird in den verschiedenen Ambulanzbereichen der Dermatologischen Klinik eine Vielzahl von Spezialuntersuchungen und -behandlungen vorgenommen, die mit ihrem Kostenaufwand in keinem akzeptablen Verhältnis zu den Quartalsvergütungen stehen. Insbesondere wären in diesem Zusammenhang die Venenambulanz, die Photochemotherapie, die Kosmetik-Ambulanz und die Laborleistungen besonders hervorzuheben.

In der Venenambulanz kommt die Anwendung der sogenannten "Fischer-Verbandstechnik" nicht nur materialmäßig wesentlich teurer als einfache Verbände, sondern es tritt durch die Häufung der ambulanten Versorgung am selben Patienten in relativ kurzen Zeitabständen eine konstante Verteuerung ein, der im System der Quartalsvergütung nicht Rechnung getragen wird. Die Häufigkeit der Verbandsversorgung ist dadurch gegeben, daß viele Patienten den Umgang mit dieser Verbandstechnik erst lernen müssen, um sich gegebenenfalls später selbst versorgen zu können, andere dies jedoch nie lernen und daher immer wieder die Ambulanz aufsuchen müssen.

In der Zeit vom 10. Jänner bis 10. Februar 1984 war folgender Materialverbrauch festzustellen:

250 Stück Varicex F-Binden 10 cm x 10 m
150 Stück Rosidal K-Binden 10 cm
70 Stück Porelast-Binden 10 cm
110 Stück Panelast-Binden
4 Rollen Raucopress Nr. 4
18 Rollen Raucopress Nr. 5
3 Rollen Raucopress Nr. 6
4 Kartons Rollwatte, je Karton 35 Stück
50 Stück Idealhaft-Binden
8 Packungen Porofix-Pflaster, je Packung 10 Stück
14 Packungen Tupfer (Raucoset) 7,5 x 7,5 cm à 25 Stück
7 Packungen Raucoset 7 x 7 à 25 Stück
7 Packungen Vlivazell 20 x 20 à 25 Stück
20 Stück Ortilast-Binden
Pro Woche: 150 Stück 1x-Handschuhe
50 Stück Stieltupfer
9 Tuben Fibrolan-Salbe
5 Tuben Lasonil-Salbe
6 Tuben Butazolidin-Salbe
3 Tuben Diprogenta-Creme
4 Tuben Diproderm-Creme
1 Kamillensalbe
4 Tuben Bepanthen-Salbe
4 Tuben Topisolon-Salbe
2 Tuben Reparil-Gel
2 Tuben Betaisodona-Salbe à 250 g
2 Ultralan Zink-Pasten à 250 g
3 weiche Zinkpasten à 250 g
1 Ultrabas à 250 g
Baneocin-Puder à 60 g
Trypure-Puder à 25 g

Wie bereits im Abschnitt V zahlenmäßig nachgewiesen, erfüllt die Venenambulanz in gesteigertem Maß überregionale Aufgaben. Es war festzustellen, daß Patienten aus allen Teilen der Steiermark diese Ambulanz frequentieren, nicht zuletzt deshalb, weil Praktische und Fachärzte Überweisungen an die Venenambulanz der Dermatologischen Klinik einer wiederholten Eigenbehandlung vorziehen. Gründe hiefür könnten darin gesehen werden, daß entweder die Honorierung durch die Sozialversicherungsträger dem Aufwand nicht adäquat ist oder daß spezielle medizinische Untersuchungs- bzw. Behandlungsmöglichkeiten fehlen.

Ein weiterer nicht unerheblicher Kosteneffekt ist auch dadurch gegeben, daß Ambulanzpatienten fallweise Medikamente, Verbände und sonstige Heilbehelfe zum weiteren Hausgebrauch ohne jede Art der Vergütung mitgegeben werden.

Nachfolgend angeführte Beispielsfälle zeigen die Diskrepanz zwischen dem Materialverbrauch in der Venenambulanz für die "Fischer-Verbände" und den hiefür von den Sozialversicherungsträgern geleisteten Vergütungen. Hiezu ist zu bemerken, daß sich ein Fischer-Verband aus je einem Verband Varicex-F zu S 58,90 und einer Rosidal K-Binde zu S 41,50 zusammensetzt. Diese Binden werden auf Grund des Ausschreibungserlasses der Rechtsabteilung 12 von der Fa. Lohmann, Wien, bezogen. Die Firma gewährt in Entsprechung des genannten Erlasses einen 10 %igen Naturalrabatt. Die angegebenen Preise können daher um 10 % gekürzt werden, sodaß ein Fischer-Verband dzt. mit S 90,36 (S 58,90 + S 41,50 - 10 %) anzusetzen ist.

Patientin A

1983:	21 Verbände an beiden Beinen (42 x S 90,36)	S 3.795,12
1984:	3 Verbände an beiden Beinen (6 x S 90,36)	S 542,16
		S 4.337,28

Bisher verrechnet und bezahlt drei Pauschale à S 118,65 (Landesanteil)	S 355,95

Patientin B

1983: 10 Verbände an beiden Beinen (20 x S 90,36)	S 1.807,20
1984: 14 Verbände an beiden Beinen (28 x S 90,36)	S 2.530,08
	S 4.337,28
Bisher verrechnet und bezahlt vier Pauschale à S 118,65 (Landesanteil)	S 474,60

Patientin C

1983: 37 Verbände an einem Bein (37 x S 90,36)	S 3.343,32
1984: 13 Verbände an einem Bein (13 x S 90,36)	S 1.174,68
	S 4.518,--
Bisher verrechnet und bezahlt vier Pauschale à S 118,65 (Landesanteil)	S 474,60

Patientin D

1983: 47 Verbände an einem Bein (47 x S 90,36)	S 4.246,92
1984: 10 Verbände an einem Bein (10 x S 90,36)	S 903,60
	S 5.150,52
Bisher verrechnet und bezahlt vier Pauschale à S 118,65 (Landesanteil)	S 474,60

Patient A

1984: 15 Verbände an einem Bein (15 x S 90,36)	S 1.355,40

Bisher noch kein Pauschale verrechnet bzw. bezahlt.

Patient B

1983:	17 Verbände an einem Bein (17 x S 90,36)	S 1.536,12
1984:	27 Verbände an einem Bein (27 x S 90,36)	S 2.439,72
		S 3.975,84
	Bisher abgerechnet und bezahlt zwei Pauschale à S 118,65 (Landesanteil)	S 237,30

Patientin E

1983:	9 Verbände an einem Bein (9 x S 90,36)	S 813,24
1984:	11 Verbände an einem Bein (11 x S 90,36)	S 993,96
		S 1.807,20
	Bisher verrechnet und bezahlt ein Pauschale (Landesanteil)	S 118,65

Den Berechnungen wurden die Preise laut Preisliste ab 1. November 1983 und die Pauschalvergütungen ab 1. Juli 1983 zugrundegelegt.

Der Landesrechnungshof hat weiters festgestellt, daß auch Leistungen im Rahmen der Photochemotherapie, die in den letzten Jahren an Umfang und Bedeutung beträchtlich zugenommen hat, weder als allgemeine Ambulanzleistungen, noch mittels des Ambulanz-Strahlentarifes eine spezielle Abgeltung durch die Sozialversicherungsträger erfahren.

Die Verrechnung erfolgt im Rahmen des Allgemeinen Quartalspauschales und somit ohne Rücksicht auf die Häufigkeit der Behandlung oder, wenn eine andere ambulante Untersuchung oder Behandlung im Quartal vorherging, ohne jede Abgeltung.

Von besonderer Bedeutung ist die große Zahl von Laborleistungen, die in den einzelnen Labors der Dermatologischen Klinik für ambulante Patienten und ambulantes Untersuchungsgut erbracht werden.

Wie bereits im Abschnitt II ausgewiesen, beträgt der Kostenaufwand für diese Laborleistungen ungefähr 30 % des gesamten Aufwandes für den Ambulanzbetrieb der Dermatologischen Klinik.

Durch die ständige Erweiterung der Untersuchungsprogramme und Labortests steigt sowohl der Personal- als auch der Sachaufwand sehr beträchtlich. Überdies machen die Sozialversicherungsträger, die Praktischen Ärzte und die Krankenanstalten in gesteigertem Maße von der Möglichkeit Gebrauch, speziell fachlich differenzierte und wissenschaftlich fundierte Testergebnisse und Befunde zu erhalten.

Dadurch hat der Laboraufwand die ausgewiesene beträchtliche Höhe erreicht. Es darf jedoch nicht unerwähnt bleiben, daß durch diese ambulanten Labortests und Untersuchungen kosten- und zeitaufwendige stationäre Aufenthalte den Patienten erspart werden. Neben dieser Einsparung tritt als weiterer Effekt ein, daß der ambulant untersuchte Patient in der Regel arbeitsfähig bleibt, während er bei einem stationären Aufenthalt für diese Zeit aus dem Arbeitsprozeß ausscheidet.

Diese Überlegungen lassen die dzt. Vergütungen - insbesondere der Laborleistungen - als unbefriedigend erscheinen.

Eine ähnliche Situation ist in der Kosmetik-Ambulanz gegeben, in der Haarwurzeluntersuchungen, Behandlungen von Akneerkrankungen sowie Massagen durchgeführt werden. Diese Leistungen werden - wenn überhaupt - nur mit einem Pauschale pro Quartal abgerechnet.

Die Strahlenambulanz umfaßt nur einen verhältnismäßig geringen Teil des Ambulanzbetriebes der Dermatologischen Klinik. Doch auch hier stellte der Landesrechnungshof Leistungen fest, die im Sinne des Ambulanzstrahlentarifes keine Verrechnung finden. Es handelt sich hiebei um Höhensonnenbestrahlungen.

Der Landesrechnungshof hat sich auch hinsichtlich der dzt. geübten Verrechnungsmodalität bei Patienten, die auf einer Abteilung des Landeskrankenhauses Graz bzw. eines anderen Landeskrankenhauses stationär aufgenommen sind, informiert. Hiezu ist festzustellen, daß Leistungen der Dermatologischen Ambulanz an Patienten der Allgemeinen Gebührenklasse nicht verrechnet werden. Leistungen an Patienten der Sonderklasse werden nach dem Sondergebührentarif verrechnet.

In den Dermatologischen Ambulanzen ist jedoch eine Reihe von Leistungen nach dem obgenannten Tarif nicht feststellbar bzw. erfaßbar, sodaß diese nicht oder nur mit dem Tarif für beratendes Konsilium in Rechnung gestellt werden (dzt. S 138,--). Dies betrifft vor allem Leistungen der Kosmetik-, aber auch der Andrologischen und Melanom-Ambulanz. Diese Konsiliargebühren fließen jedoch zur Gänze den Ärzten zu, sodaß das Land Steiermark für den entstandenen Aufwand keine finanzielle Abgeltung erhält.

Der Landesrechnungshof ist daher der Auffassung, daß eine entsprechende Modifizierung der Tarifbestimmungen hinsichtlich der medizinischen Spezialleistungen der Dermatologischen Klinik erfolgen müßte.

Für die einen bedeutenden Kostenaufwand erfordernden Laborleistungen für stationäre Patienten der Sonderklasse der Dermatologischen Klinik werden keine Vergütungen mit den Kostenträgern verrechnet, weil diese Leistungen im Sinne des Sondergebührentarifes als "Konsiliarleistungen" angesehen werden, die eine Berechnung für

die eigene Abteilung nicht zulassen. Diese Vorgangsweise bringt dem Land Steiermark einen erheblichen Gebührenentgang, insbesondere im Hinblick auf die umfangreichen histologischen Untersuchungen, weshalb eine Klärung dahingehend notwendig erscheint, ob eine Verrechnungsmöglichkeit geschaffen werden könnte.

Im Zuge der gegenständlichen Prüfung hat sich augenscheinlich gezeigt, daß dzt. ein deutliches Mißverhältnis zwischen den erbrachten ambulanten Leistungen und den hiefür zu verrechnenden Vergütungen der Sozialversicherungsträger besteht. Die dzt. Form der pauschalen Vergütung für alle Arten von ambulatorischen Leistungen und Untersuchungen im Bereich der Dermatologischen Ambulanz (ausgenommen die Strahlentherapie) entspricht weder dem kontinuierlich zu beobachtenden Anstieg dieser Leistungen, noch der in diesem Bereich festzustellenden enormen wissenschaftlichen Weiterentwicklung. Fast jeder Ambulanzfall vergrößert damit in der Realität die Divergenz zwischen Ambulanzeinnahmen und -aufwand, wodurch die ohnehin schon krasse Abgangssituation weiter verschlechtert wird.

Der Landesrechnungshof ist daher der Ansicht, daß seitens der zuständigen Ressortabteilung entweder Möglichkeiten vorgesehen werden, ambulante Patienten oder Untersuchungsfälle an private Ärzte und Untersuchungsinstitute zu verweisen, oder aber die notwendigen Schritte eingeleitet werden, die dzt. für das Land Steiermark auf dem Ambulanzsektor, und hier insbesondere auf der Dermatologischen Klinik, unbefriedigende Einnahmelage im Verhandlungswege mit den Sozialversicherungsträgern zu verbessern. Als positives Ergebnis derartiger Verhandlungen wäre eine Anhebung der Quartalspauschale, insbesondere aber eine Sonderleistungsvergütung für Spezialaufwendungen wie etwa der Photochemotherapie anzusehen. Analog hiezu müßte auch eine entsprechende Anhebung bzw. Ergänzung der Selbstzahlertarife bzw. eine mögliche Modifizierung der Tarife der Sondergebührenregelung in Erwägung gezogen werden.

VIII. Schlußbemerkung

Die Überprüfung des Ambulanzbetriebes auf der Dermatologischen Klinik des Landeskrankenhauses Graz durch den Landesrechnungshof war vorwiegend auf die Kosten, die Frequenz und die Organisation dieser Einrichtung ausgerichtet.

Unter Zugrundelegung der Auswertungen der Kostenstellenrechnung des Landeskrankenhauses Graz ergibt die Gegenüberstellung der Einnahmen aus den Ambulanzgebühren und der Aufwendungen für den Ambulanzbetrieb für das Jahr 1982 einen Abgang von ca. 7 Mio. S. Die Einnahmen betrugen S 3,364.800,18, wovon dem Land Steiermark S 1,482.312,88 verblieben. Diesen Einnahmen steht ein Gesamtaufwand von S 8,483.240,-- gegenüber. Dieser Aufwand unterteilte sich in S 3,601.591,-- Personal- und S 4,881.649,-- Sachaufwand.

Bei der Aufwandsberechnung im Rahmen der Kostenstellenrechnung mußte der Landesrechnungshof jedoch Mängel bei der Kostenzuordnung feststellen. Durch die räumlich bedingte Inkludierung verschiedener Spezialambulanzen werden deren Kosten dem stationären Bereich zugerechnet, sodaß die Gesamtkosten des Ambulanzbetriebes offensichtlich zu niedrig ausgewiesen werden.

So wurden u. a. im Jahre 1983 nach den Aufzeichnungen der Apotheke des Landeskrankenhauses Graz für Venenbehandlungen in der Dermatologischen Klinik medizinische Verbrauchsgüter in der Höhe von S 364.280,-- ausgewiesen. Diese Summe wurde zur Gänze dem stationären Bereich zugerechnet, obwohl nach den Ermittlungen der weitaus größte Teil in der Ambulanz verbraucht wurde. Für die gesamte Ambulanz der Dermatologischen Klinik wurden für das gleiche Jahr insgesamt von der Apotheke nur S 297.655,-- für medizinische Verbrauchsgüter ausgewiesen.

Der Landesrechnungshof erachtet es daher für notwendig, die Grundlagen für die Ermittlung sowohl des Sach- als auch des Personalaufwandes neu zu erarbeiten, um dadurch die tatsächlichen Kosten möglichst genau ermitteln zu können.

Hiebei würde eine vertretbare getrennte Erfassung der Leistungen nicht nur eine genaue Aussage über die tatsächlichen Kosten der einzelnen Leistungen möglich machen, sondern auch zu einer Steigerung des Kostenbewußtseins beitragen, das derzeit offensichtlich nicht ausgeprägt erscheint, da weder auf den einzelnen Ambulanzstellen noch in den Labors spezielle Aufzeichnungen über den tatsächlichen Verbrauch geführt, noch die monatlichen Verbrauchsmeldungen der Anstaltsapotheke des Landeskrankenhauses Graz den Labors und Ambulanzstellen zur Kenntnis gebracht werden.

Zur Ermittlung des Personalaufwandes mußte festgestellt werden, daß zumindest die namentlichen Zuordnungen nicht annähernd stimmen. Es werden Bezüge von Bediensteten, die entweder überhaupt nicht oder nicht mehr in diesem Bereich tätig waren, zulasten der Ambulanz verrechnet. Andererseits werden Bedienstete, die ausschließlich in der Ambulanz eingesetzt sind, zulasten des stationären Bereiches verrechnet. Wenn sich auch die Gesamtzahl der zulasten der Ambulanz verrechneten Bediensteten und damit der ermittelte Personalaufwand durch die notwendigen Korrekturen nicht wesentlich verändern werden, erscheint eine Berichtigung auch in diesem Bereich unerläßlich.

Wie im Bericht näher ausgeführt wurde, werden die Organisation und die Abwicklung des Ambulanzbetriebes auf der Dermatologischen Klinik durch die räumliche Aufgliederung des Ambulanzbetriebes und die Unterteilung in Spezialambulanzen bestimmt.

Zum Zeitpunkt der Überprüfung durch den Landesrechnungshof war die Ambulanztätigkeit neben dem Bereich der Hauptambulanz auf acht Spezialambulanzen in 23 Räumen mit 13 verschiedenen Untersuchungs- und Behandlungsstellen über den gesamten Gebäudebereich der Dermatologischen Klinik verteilt (Anlage 1). Darüberhinaus sind naturgemäß auch die Labors und der Operationsbereich in die Ambulanztätigkeit mit eingeschlossen. Alle diese Räumlichkeiten sind vielfach weit voneinander entfernt, sodaß Patienten und Personal die notwendigen Kommunikationswege mit beträchtlichem Zeitaufwand - fallweise um den Gebäudekomplex herum - vornehmen müssen. Diese räumliche Dislozierung bedingt auch eine organisatorische und verwaltungsmäßige Dezentralisation.

Grundsätzlich muß jeder Patient in der sogenannten Hauptambulanz aufgenommen werden, wo für ihn auch eine Ambulanzkarte angelegt wird, die Grundlage für sämtliche verrechnungstechnischen und statistischen Leistungserfassungen ist. In der Praxis erfolgt die Aufnahme aber auch in den Spezialambulanzen, die die notwendigen Leistungen erbringen, darüberhinaus in den Labors - insbesondere für das postalisch einlangende Untersuchungsgut - und im Operationsbereich.

Die in den Spezialambulanzen geführten Karteien geben in vielen Fällen keinen Aufschluß über die verrechnungsmäßigen Kriterien und es besteht daher die Möglichkeit, daß solche Fälle in der analogen Kartei in der Hauptambulanz nicht erfaßt werden. Bedenklich wird diese Vorgangsweise dadurch, daß Leistungen nicht zur Kenntnis der Ambulanzverrechnungsstelle gelangen können, und damit allenfalls die entsprechenden Einnahmen dem Land Steiermark entgehen.

Von der Venenambulanz wurden 485 Karteikarten - das sind 51,48 % der gesamten Karteikarten des Jahres 1983 - überprüft und folgende Mängel festgestellt:

* 148 Karteikarten (d. s. 30,51 %) zeigen einen Hinweis auf die Aufnahme dieses Ambulanzfalles in die Ambulanz-Hauptkartei.

* 55 Karteikarten (d. s. 11,34 %) geben keinen Hinweis über die Art der Einweisung des Patienten (Privatarzt oder Zuweisung von einer anderen Abteilung oder Klinik des Landeskrankenhauses Graz u. dgl.).

* 20 Karteikarten (d. s. 4,85 %) weisen keine gültigen Abrechnungsdaten bzw. -nachweisungen auf.

Die 78 Karteikarten des Jahres 1983 der Kosmetik-Ambulanz beinhalten keinen Hinweis, ob und in welcher Form eine Abrechnung erfolgte.

Diese Gegebenheit zeigt sich aber auch bei allen Arten von statistischen Auswertungen. Bei deren Einsichtnahme mußte der Landesrechnungshof zur Auffassung gelangen, daß häufig keine Klarheit darüber besteht, welches Zahlenmaterial bereits in der Hauptambulanz erfaßt ist und welches nicht.

Es erscheint daher erforderlich, alle mit der Erstellung von Statistiken für den Ambulanzbetrieb befaßten Stellen und Bediensteten dahingehend zu unterweisen, daß die erstellten Daten vielfach eine wesentliche Beurteilungsgrundlage darstellen und daher deren Erarbeitung keine unnütze Verwaltungsarbeit ist. In diesem Zusammenhang erscheint dem Landesrechnungshof jedoch eine Vereinheitlichung der derzeit angeforderten statistischen Unterlagen im Sinne einer Rationalisierung zweckdienlich.

Der Landesrechnungshof sieht daher in der Schaffung einer zentralen Aufnahme- und Evidenzstelle für alle Ambulanzpatienten -

unter Umständen auch mit Einbeziehung des postalisch übersandten Untersuchungsgutes eine unbedingte Notwendigkeit, um eine möglichst lückenlose Erfassung und Verrechnung sicherzustellen. In diesem Zusammenhang erscheinen Überlegungen dahingehend gerechtfertigt, ob die derzeit verwendete Ambulanzkarteikarte, die eine Vermengung von medizinischer und verrechnungsmäßiger Dokumentation darstellt, nicht durch eine zweckmäßigere Karteiform ersetzt werden sollte.

Die Schaffung einer zentralen Aufnahme- und Evidenzstelle würde allerdings entsprechende bauliche Veränderungen nach sich ziehen.

Es erscheint jedoch notwendig, gerade bei einer stark frequentierten Ambulanz wie der Dermatologischen kurzfristig Maßnahmen zu setzen, die eine Verbesserung für die gesamte Abwicklung des Ambulanzbetriebes bringen und eine lückenlose Abrechnung sicherstellen.

Nach den Aufzeichnungen der Hauptambulanz wurden in dieser im Jahre 1983 18.152 Patienten aufgenommen. Dies entspricht einem Tagesdurchschnitt von 72,6 Aufnahmen. Insgesamt frequentierten diese Patienten die Ambulanz im gleichen Jahr 47.779mal. Dies entspricht einer durchschnittlichen Tagesfrequenz von 191,11 Leistungen. Dazu kommen noch 17.350 Frequenzen der Spezialambulanzen, sodaß im Jahre 1983 insgesamt 65.129 Ambulanzfrequenzen zu bewältigen waren. Das ist gegenüber 1982 mit 60.283 Leistungen eine Steigerung um 4.846.

Die genaue Zahl der erbrachten Einzelleistungen ist nicht feststellbar, weil hierüber keine Aufzeichnungen geführt werden.

Diese hohe Patienten- bzw. Leistungsfrequenz verursacht bei der

derzeitigen Ambulanzabwicklung und bei der Verrechnung menschliche und finanzielle Probleme. Die derzeitigen Gegebenheiten in den Aufnahme-, Warte- und Behandlungsräumen, insbesondere im Bereich der Haupt- und der Venenambulanz, lassen die Bewältigung eines so starken Patientenzustromes nur unter erheblichen Widrigkeiten für die Patienten, aber auch für das Personal zu.

Die Beengtheit der Räumlichkeiten und das Fehlen der notwendigen technischen Organisations- und Kommunikationsmittel verursachen die im Bericht näher ausgeführten beträchtlichen Schwierigkeiten.

Darüberhinaus bringt - wie aus der Kostenübersicht zu entnehmen ist - praktisch jeder Ambulanzfall eine Erhöhung des Abganges der Dermatologischen Ambulanz.

Die derzeitige Form der Vergütung durch die Sozialversicherungen, die den überwiegenden Teil der Kostenträger darstellen, welche in der Regel pro Quartal nur eine Leistungsvergütung, ohne Rücksicht auf die Anzahl der erbrachten Untersuchungen und Behandlungen, vorsieht, ist gerade bei einer so kostenintensiven Ambulanz wie der Dermatologischen nach Auffassung des Landesrechnungshofs völlig unzureichend.

Derzeit sind für die mit den Sozialversicherungsträgern abzurechnenden Leistungen pro Quartalsabrechnung für allgemeine Ambulanzleistungen folgende Vergütungen festgesetzt:

Quartalspauschale	S	226,--
Behandlungspauschale für fachärztliche Untersuchung	S	92,--
Zweitleistungsgebühr	S	77,--

Von diesen Beträgen verbleiben dem Land Steiermark nach der ab 1. Juli 1983 in Kraft getretenen Regelung über die Aufteilung der Sonder- und Ambulanzgebühren (§ 6 der Verordnung vom 27.Juni 1983, LBGL. Nr. 39):

50 % von S 226,-- + S 5,65 Klinikanteil von den restlichen 50 %	S 118,65
50 % von S 92,-- + S 2,30 Klinikanteil von den restlichen 50 %	S 48,30
50 % von S 77,-- + S 1,92 Klinikanteil von den restlichen 50 %	S 40,42

Daß diese Vergütungen für das Land Steiermark als Spitalerhalter keineswegs eine einigermaßen befriedigende Einnahmensituation herbeiführen können, wurde im vorliegenden Bericht am Beispiel der Venenambulanz veranschaulicht.

Diese Spezialambulanz hat sich in den letzten Jahren aus einem ursprünglich nur diagnostischen Bereich zu einer Behandlungsstelle entwickelt, die von Patienten aus der gesamten Steiermark und auch anderen Bundesländern frequentiert wird. Bevorzugt werden nunmehr Patienten von den niedergelassenen Fach- und Praktischen Ärzten zur Venenbehandlung und nicht nur - wie seinerzeit vorgesehen - zur Diagnostik eingewiesen. Diese Behandlungen, die durch die Häufigkeit des Verbandswechsels und die relative Kostenintensität der dabei in Anwendung kommenden "Fischer-Verbände" einen enormen Kostenaufwand darstellen, werden nur mit dem obgenannten Pauschale pro Quartal vergütet.

Die folgenden Beispiele zeigen die Diskrepanz zwischen dem Materialverbrauch in der Venenambulanz für die "Fischer-Verbände" und den hiefür von den Sozialversicherungsträgern geleisteten Vergütungen. Hiezu ist zu bemerken, daß sich ein Fischer-Verband

aus je einem Verband Varicex-F zu S 58,90 und einer Rosidal-K-Binde zu S 41,50 zusammensetzt. Diese Binden werden auf Grund des Ausschreibungserlasses der Rechtsabteilung 12 von der Fa. Lohmann, Wien, bezogen. Die Firma gewährt in Entsprechung des genannten Erlasses einen 10 %igen Naturalrabatt. Die angegebenen Preise können daher um 10 % gekürzt werden, sodaß ein Fischer-Verband derzeit mit S 90,36 (S 58,90 + S 41,50 - 10 %) anzusetzen ist.

Patientin A

1983: 21 Verbände an beiden Beinen (42 x S 90,36)	S 3.795,12
1984: 3 Verbände an beiden Beinen (6 x S 90,36)	S 542,16
	S 4.337,28
Bisher verrechnet und bezahlt drei Pauschale à S 118,65 (Landesanteil)	S 355,95

Patientin D

1983: 47 Verbände an einem Bein (47 x S 90,36)	S 4.246,92
1984: 10 Verbände an einem Bein (10 x S 90,36)	S 903,60
	S 5.150,52
Bisher verrechnet und bezahlt vier Pauschale à S 118,65 (Landesanteil)	S 474,60

Den Berechnungen wurden die Preise laut Preisliste ab 1. November 1983 und die Pauschalvergütungen ab 1. Juli 1983 zugrundegelegt.

Diese Beispiele zeigen, daß zwischen Einnahmen und Aufwand eine Diskrepanz allein im Sachaufwand bis zu einem Verhältnis von 1 : 10 gegeben ist.

Ähnlich gelagert ist die Situation bei den durch die Photochemotherapie erbrachten Leistungen, die nur im Rahmen des üblichen Pauschales honoriert werden; ebenso in der Kosmetik-Ambulanz, vor allem aber bei den immer mehr an Intensität und Kostenfaktoren zunehmenden Laborleistungen.

Die Laborleistungen nehmen durch die ständig fortschreitende Entwicklung der Untersuchungsmethoden enorm zu. Zugleich steigt aber auch der Sach- und Personalaufwand beträchtlich. Andererseits werden durch die Art der Laborleistungen den Kostenträgern beträchtliche Ausgaben für langwierige stationäre Aufenthalte erspart.

Alle diese Gründe ließen die Senkung der Ambulanzfrequenzen als nicht nur wünschenswert, sondern im Sinne einer kostenmäßig vertretbaren Größenordnung des Ambulanzbetriebes als unumgänglich erforderlich erscheinen.

Der Landesrechnungshof ist daher der Meinung, daß die zuständige Ressortabteilung geeignete Maßnahmen ergreifen sollte, daß Ambulanzleistungen nur den Bestimmungen des § 34 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes entsprechend erbracht werden:

> "§ 34 (1) In öffentlichen allgemeinen Krankenanstalten und in öffentlichen Sonderkrankenanstalten (§ 1 Abs. 3 Z. 1 und 2) sind Personen, die einer stationären Anstaltspflege nicht bedürfen, ambulant zu untersuchen oder zu behandeln, wenn
>
> a) es sich um die Erste ärztliche Hilfe oder
>
> b) um eine Nachbehandlung nach Erster ärztlicher Hilfe oder in Fortsetzung einer in der Krankenanstalt erfolgten Pflege handelt, die im Interesse des

Behandelten in der gleichen Anstalt durchgeführt werden muß oder wenn

c) auf Grund einer Zuweisung durch den behandelnden Arzt Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit solchen Behelfen angewendet werden müssen, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen oder

d) über ärztliche Zuweisung Befunderhebungen vor Aufnahme in die Anstaltspflege erforderlich sind oder

e) es im Zusammenhang mit Organ- oder Blutspenden notwendig ist oder

f) es sich um eine Blutabnahme nach straßenpolizeilichen Vorschriften handelt, wozu der Rechtsträger der öffentlichen Krankenanstalt dem diensthabenden Arzt die erforderlichen Einrichtungen der Anstalt zur Verfügung zu stellen hat."

Alle übrigen Fälle wären den niedergelassenen Fachärzten bzw. den Praktischen Ärzten zuzuleiten. Dadurch würde es möglich sein, die Anzahl der ambulanten Patienten und damit die Ambulanzleistungen insgesamt nicht unbeträchtlich zu senken.

Im übrigen wurde diese Ansicht auch auf dem Österreichischen Krankenhaustag 1983 von prominenten profunden Kennern der Materie vehement vertreten.

Hingegen wurde im Zuge der Prüfung von ärztlicher Seite klar deponiert, daß eine Abweisung irgendeines Patienten, gleichgültig auf welche Weise immer er die Ambulanz frequentiert, nicht möglich sei und jedenfalls nicht praktiziert wird.

Durch eine bedeutende Senkung der Zahl der täglichen Ambulanzpatienten und damit der Ambulanzleistungen könnte überdies erreicht werden, daß größere Baumaßnahmen im Bereich der Dermatologischen Ambulanz unterbleiben können.

Bei gleichbleibender oder weiterer Steigerung der Frequenzen erscheinen dem Landesrechnungshof beträchtliche bauliche Maßnahmen für eine ordnungsgemäße und befriedigende Situation in der Dermatologischen Ambulanz unerläßlich.

Darüberhinaus erscheint es dem Landesrechnungshof überdenkenswert, ob allenfalls durch gezielte Verhandlungen mit den Leistungsträgern neben der pauschalen Entschädigung eine gesonderte Entschädigung besonders aufwendiger Leistungen, wie sie auf der Dermatologischen Ambulanz erbracht werden, erreichbar sein könnte.

Schließlich sollte eine Ergänzung bzw. entsprechende Anhebung der Selbstzahlertarife in Erwägung gezogen werden.

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in einer am 16. Juli 1984 in Gegenwart von Herrn Landesrat Gerhard Heidinger stattgefundenen Schlußbesprechung, an der

vom Landesrechnungshof:	Landesrechnungshofdirektor Dr. Gerold Ortner
	Landesrechnungshofdirektor- Stellvertreter Dr. Egbert Thaller
	Wirkl. Hofrat Dr. Rudolf Taus
	Oberrechnungsrat Erwin Eberl
von der Rechtsabteilung 1:	Abteilungsvorstand Wirkl. Hofrat Dr. Herbert Lieb
	Oberregierungsrat Dr. Johann Thanner
von der Rechtsabteilung 12:	Abteilungsvorstand Wirkl. Hofrat Dr. Josef Schaffer
	Oberregierungsrat Dr. Reinfried Strobl

und vom Büro des Herrn
Landesrates Gerhard Heidinger: Amtssekretär Ernst Hecke

teilgenommen haben, von den Vertretern des Landesrechnungshofs eingehend dargelegt und darüber diskutiert.

Vom Vorstand der Rechtsabteilung 12 wurde eingewendet, daß bei der Einnahmenermittlung die Anteile am Klinischen Mehraufwand des Bundes zu berücksichtigen seien.

Vom Landesrechnungshof wurde hiezu festgestellt, daß bei der Kostenermittlung weder die Abschreibungen und die Kalkulatorischen Kosten noch die entsprechende Pensionstangente berücksichtigt wurden. Der Landesrechnungshof räumte jedoch ein, daß bei künftigen Berechnungen diese Faktoren berücksichtigt werden sollten.

Graz, am 19. Juli 1984

Der Landesrechnungshofdirektor: