

LKH Fürstenfeld

Hinweis zur Anonymisierung:

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

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

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

GZ: LRH 20 F 1/2006 – 8

INHALTSVERZEICHNIS

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND	4
2. STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN	6
2.1 VEREINBARUNG GEMÄß ART. 15A B-VG	6
2.2 ÖSTERREICHISCHER STRUKTURPLAN GESUNDHEIT	6
2.3 LANDESKRANKENANSTALTENPLAN	8
3. ENTWICKLUNG	9
3.1 ENTWICKLUNG ALLGEMEIN	9
3.1.1 Umsetzungszielvereinbarung - Chirurgiekonzept	11
4. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN	13
4.1 ANSTALTSORDNUNG	13
4.1.1 Aufgaben und Betriebsziel	13
4.1.2 Medizinische Gliederung	14
4.1.3 Einrichtungen	14
4.1.4 Systemisierte Betten	15
4.2 EINZUGSGEBIET / AUFNAHMEN	17
4.3 ORGANISATIONSHANDBUCH	18
4.4 INTERNETDARSTELLUNG	19
5. AUFWANDS- UND ABGANGSENTWICKLUNG	20
5.1 GESAMTLEISTUNGEN	20
5.2 LDF-PUNKTE	23
5.3 AUFWAND – ERTRAG – ABGANG	24
5.3.1 Betriebsaufwand	25
5.3.2 Sachaufwand	26
5.3.2.1 Medikamente	26
5.3.2.2 Behandlungsbedarf, Reagenzien	27
5.3.3 Personal	28
5.4 ERTRÄGE	30
5.5 KOSTENRECHNUNG	31
5.5.1 Personal	31
6. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN	33
6.1 BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN	33
6.1.1 Abteilung für Innere Medizin	33
6.1.2 Abteilung für Chirurgie	35
6.1.3 Tagesklinik	37
6.2 NICHTBETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN	37
6.2.1 Ambulatorium für Chirurgie	37
6.2.2 Ambulatorium für Innere Medizin	38
6.2.3 Labor	39
6.2.4 Radiologie	41
6.2.5 Physiotherapie	42
7. KOOPERATIONEN	43

8. MEDIKAMENTENVERSORGUNG	44
9. VERPFLEGSWIRTSCHAFT / KÜCHE	45
10. ABFALLWIRTSCHAFT / UMWELTSCHUTZ.....	46
10.1 ABFALLWIRTSCHAFT	46
10.2 UMWELTSCHUTZ	46
11. HYGIENE	47
12. BRANDSCHUTZ / KATASTROPHENSCHUTZ	48
13. QUALITÄTSSICHERUNG	49
13.1 PATIENTENBEFRAGUNG	49
13.2 MITARBEITEREINFÜHRUNG	50
13.3 PROJEKTE	51
13.3.1 Projekt MEDIKA-INFOPORTAL	51
13.3.2 Krisenmanagement.....	51
13.3.3 Aufnahme	52
13.3.4 Entlassung	52
14. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....	54

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI	Bundesgesetzblatt
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
DP	Dienstposten
FA	Fachabteilung
Freq.	Frequenz/en
GZ.	Geschäftszahl
ICD	Verzeichnis der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (International Classifications of Diseases)
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (bis 19.4.2002 Krankenanstaltengesetz „KAG“)
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
KAS	Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (bis 2003)
KDok	KA- und Kostenstellenstatistik ab 2004 (ersetzt die KAS)
korr.Besch; kB	korrigierte Beschäftigte/r
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKH	Landeskrankenhaus, -häuser
LRH	Landesrechnungshof
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pat.	Patienten
Stmk.	Steiermärkische
WP	Wirtschaftsplan

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Der Landesrechnungshof hat **die Gebarung, die Organisation und die Auslastung des Landeskrankenhauses Fürstenfeld**, bezogen auf die Jahre 2002 bis 2005, teilweise 2006, überprüft.

Zuständige politische Referenten im überprüften Zeitraum waren bzw. ist:

bis 07. April 2003	Herr Landesrat Günter Dörflinger
bis 24. Oktober 2005	Herr Landesrat Mag. Wolfgang Erlitz
seit 25. Oktober 2005	Herr Landesrat Mag. Helmut Hirt

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

Das für die gegenständliche Prüfung maßgebliche Gesetz ist das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999 (KALG).

Die Prüfungszuständigkeit des Landesrechnungshofes ist gemäß § 3 des Landesrechnungshof-Verfassungsgesetzes 1982 (LRH-VG) gegeben.

Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen des Landeskrankenhauses Fürstenfeld, der Zentralklinik der KAGes bzw. der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark.

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

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

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

2. STRUKTURELLE ÄNDERUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

2.1 Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG

Um in Zukunft gemäß der demographischen Veränderung und der fortschreitenden Entwicklung auf medizinischem Gebiet, die Sicherung und Qualität der medizinischen Versorgung in Österreich für Jedermann sowie die dementsprechende Finanzierung sicherzustellen, wurde die nachstehende neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über „die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ am 12. Juli 2005 getroffen.

2.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006), welcher von der Bundeskommission am 16. Dezember 2005 beschlossen wurde, ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsstruktur. Er ersetzt den bisher gültigen Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2003 (ÖKAP/GGP).

Laut ÖSG 2006 wird das Versorgungsgebiet Österreichs und damit auch der Steiermark in Versorgungsregionen bzw. Versorgungszonen unterteilt und ist als Leistungsangebotsplan mit dem Planungshorizont 2010 konzipiert. Diese neue Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gibt vor, dass über den ÖSG nur mehr grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt werden und so auf regionaler Ebene mehr Gestaltungsmöglichkeiten gegeben sind.

In Entsprechung dieser neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG wurde mit dem Gesetz vom 13. Dezember 2005 der Gesundheitsfonds Steiermark mit der Gesundheitsplattform eingerichtet.

Das Aufgabengebiet der Gesundheitsplattform besteht aus der Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen, der Erstellung von Plänen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren, der Umsetzung und Kontrolle von Qualitätsvorgaben, den Agenden im Zusammenhang mit dem Reformpool und dem Nahtstellenmanagement. Das letztgenannte Nahtstellenmanagement beinhaltet die Aufgaben zwischen dem intra- und extramuralen Bereich, wobei zwischen dem Land und den Sozialversicherungsträgern einvernehmlich Lösungen erarbeitet werden sollen. Aufgrund der erarbeiteten Detailvorschläge wird ein Landeskrankenanstaltenplan erstellt werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Bundesgesundheitskommission hat im Dezember 2005 die erste Fassung des ÖSG 2006 beschlossen. Entsprechend der in der Bundesgesundheitskommission getroffenen Vereinbarung zu diversen Änderungen bzw. Weiterentwicklungs- und Ergänzungsarbeiten, wurde am 28. Juni 2006 der weiterentwickelte ÖSG 2006 beschlossen.

2.3 Landeskrankenanstaltenplan

Laut § 10a Abs. 1 Gesundheitsreformgesetz 2005 ist **die Landesregierung durch die Landesgesetzgebung zu verpflichten**, einen **Landeskrankenanstaltenplan** durch Verordnung zu erlassen, welcher sich im Rahmen des „Österreichischen Strukturplanes Gesundheit“ befindet und **den bisherigen Krankenanstaltenplan ersetzt**.

3. ENTWICKLUNG

3.1 Entwicklung allgemein

Im Folgenden wird die Entwicklung der medizinischen Versorgung am LKH Fürstenfeld dargestellt:

1999

Mit 7. Juli 1999 wurde das Leistungsangebot des Landeskrankenhauses Fürstenfeld insofern geändert, als die geburtshilfliche Station geschlossen wurde.

Im westlichen Teil des Gebäudes wird ein dreigeschoßiger Zubau für stationäre Bereiche errichtet.¹

2001

Generalsanierung des viergeschoßigen Mittelteils sowie des angrenzenden restlichen Westtraktes im LKH Fürstenfeld.²

2003

Errichtungsbeginn des Projektes „Funktionstrakt“, in welchem sich Ambulanz-, Behandlungsräume, die Radiologie, der gesamte aseptische Operationstrakt und die Tagesklinik befinden werden.³ Mit 26. September 2003 erfolgte die Reduktion von ■■■ auf ■■■ Betten in der Abteilung für Chirurgie.

2004

Der Aufsichtsrat der KAGes forderte den Vorstand im März 2004 auf, eine Entscheidungsgrundlage zum allgemeinchirurgischen Versorgungsangebot der Standorte Mürzzuschlag, Fürstenfeld und Voitsberg bis zur Aufsichtsratsitzung am 21. Juni 2004, vorzubereiten.

¹ Quelle: Presseunterlage anlässlich der Gedenkfeier zum Neubau Funktionstrakt <http://www.kages.at/cms/beitrag/10016803/815555/> 7. November 2003

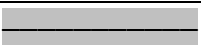
² Quelle: wie vorheriger Punkt

³ Quelle: wie vorheriger Punkt

Daraufhin wurden von der Geschäftsführung der KAGes die Medizinische Direktion und ein externer Berater zur Erstellung eines Versorgungskonzeptes der chirurgischen Abteilungen der oben erwähnten Standorte beauftragt.

Dieses Konzept wurde durch den Aufsichtsrat der KAGes am 21. Juni 2004 beschlossen.

Am 12. Juli 2004 (GZ.: FA8A-82 Ka 1/374-2004) wurde von der Steiermärkischen Landesregierung den modifizierten Varianten der chirurgischen Versorgung zugestimmt. Gleichzeitig wurde das zuständige Landesregierungsmitglied ermächtigt, in der Generalversammlung der KAGes einen entsprechenden Beschluss für die Umsetzung zu fassen:

Öffnungszeiten	Ambulanz	Elektive OP	Station	Tageschirurgie
				
				
				

OP: Operation/en

Die standortspezifischen Ergänzungen betreffen

- ein Tageschirurgisches Zentrum für die erweiterte Region
- die Unfallchirurgische Versorgung – beschränkt auf Ambulanzbetrieb und konservative Aufnahmen
- eine elektive Chirurgie für 3 Jahre als Übergang mit anschließender Evaluation

Juni 2004 – Juni 2005

In Abstimmung mit der Medizinischen Direktion und den betroffenen Krankenhäusern wurde in weiterer Folge eine Umsetzungszielvereinbarung erarbeitet und im Juni 2005 vom LKH Fürstenfeld, dem Leitspital Feldbach und der Zentralklinik der KAGes unterzeichnet.

2005

Am 27. Juni 2005, GZ.: FA8A-82 Ka 18/1-2005, wurde diese Umsetzungszielvereinbarung von der Stmk. Landesregierung zur Kenntnis genommen.

Ab 1. Oktober 2005 wurde mit der Umsetzung der Zielvereinbarungen im LKH Fürstenfeld begonnen. Auch wurde die Adaptierung der Akutgeriatrischen-Remobilisationsstation in Angriff genommen. Zu diesem Zweck wurde eine chirurgische Station geschlossen und eine medizinische eröffnet.

Mit 21. Dezember 2005 wurde von der KAGES bei der Stmk. Landesregierung um Planbettenreduktion und Änderung des Angebotes angesucht. Es sollten ■ chirurgische Betten in interne Betten mit akutgeriatrischen bzw. Remobilisationsschwerpunkt umgewidmet werden.

2006

Am 1. Jänner 2006 wurde im LKH Fürstenfeld in der Abteilung für Innere Medizin die Station für Akutgeriatrie und Remobilisation in Betrieb genommen.

3.1.1 Umsetzungszielvereinbarung - Chirurgiekonzept

Im Bereich der Chirurgie werden in Fürstenfeld nunmehr folgende Leistungen angeboten:

Das primäre Leistungsangebot in der allgemeinchirurgischen Versorgung umfasst elektive, risikominimierte Eingriffe und Akutaufnahmen mit konservativem Verlauf.

Das unfallchirurgische Leistungsspektrum beschränkt sich auf den Ambulanzbetrieb und daraus resultierende ungeplante Aufnahmen mit wahrscheinlich konservativem Verlauf. Die unfallchirurgische Behandlung erfolgt in Kooperation mit dem Leitspital Feldbach, welches die Vollversorgungsfunktion (allgemein- und unfallchirurgisch) übernimmt. Chirurgisch versorgte Patienten aus dem

Leitspital können bis zum Ende der akutstationären Betreuung an das LKH Fürstenfeld rücktransferiert werden.

In der Ambulanz ist ein 24-Stunden-Betrieb für Notfälle gewährleistet.

Kontroll- bzw. fachambulante Tätigkeiten sind zu den festgesetzten Betriebszeiten möglich.

Zusätzlich wird eine Tageschirurgie mit regionaler Versorgungsfunktion eingerichtet, in der „Aufnahme, Operation und Entlassung an einem Tag“ durchgeführt wird. Es sollen tageschirurgische Leistungen der Unfall-, der Allgemeinchirurgie und der Gynäkologie des LKH Feldbach im LKH Fürstenfeld durchgeführt werden (verbindliche Kooperation). Eine fakultative Inanspruchnahme der tageschirurgischen Leistungen der Allgemeinchirurgie und Gynäkologie des LKH Hartberg ist ebenfalls möglich.

4. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN

Das Landeskrankenhaus Fürstenfeld ist eine allgemeine öffentliche Krankenanstalt im Sinne des § 2a Abs. 1 lit. a des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 1999.

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

4.1 Anstaltsordnung

Aufgaben und Betriebsziel der Krankenanstalt sind in der Anstaltsordnung, die nach Maßgabe des Bescheides der Stmk. Landesregierung vom 31. Jänner 2000, GZ.: 12 - 86 Fu 1/10 -2000, genehmigt wurde, wie folgt festgelegt:

4.1.1 Aufgaben und Betriebsziel

„§ 2 Aufgaben und Betriebsziel

- (1) Die Krankenanstalt hat nach Maßgabe ihrer Einrichtungen unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften und der Bestimmungen dieser Anstaltsordnung Personen zur Feststellung des Gesundheitszustandes durch Untersuchung, zur Vornahme operativer Eingriffe, zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung oder zur Entbindung aufzunehmen, zu pflegen und der Heilung oder Besserung zuzuführen.
- (2) Eine Behandlung isolierungspflichtiger Krankheiten erfolgt nur nach Maßgabe der für eine abgesonderte Unterbringung der Patienten gegebenen Möglichkeiten.
- (3) Die unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe ist zu leisten.
- (4) Kranke, die wegen des Fehlens entsprechender Einrichtungen (z.B. Fachabteilung, Fachpersonal, Spezialeinrichtungen) nicht oder nur mit unververtretbarem technischen und wirtschaftlichen Aufwand untersucht und behandelt werden können, werden nach erfolgter erster ärztlicher Hilfe an eine für solche Fälle eingerichtete Krankenanstalt überstellt.
- (5) Die Krankenhausbetreuung der zu versorgenden Patienten hat mit dem Ziel zu erfolgen, dass unter Bedachtnahme auf eine zeitgemäße medizinisch pflegerische Versorgung der Bevölkerung ein wirtschaftlicher Betrieb der Krankenanstalt anzustreben ist.“

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

4.1.2 Medizinische Gliederung

„§ 6 Medizinische Gliederung der Krankenanstalt

Die Krankenanstalt besteht im medizinischen Bereich aus folgenden Einrichtungen:

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

4.1.3 Einrichtungen

„§ 13 Bereitgestellte Einrichtungen

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

Die Anstaltsordnung entspricht wegen der geänderten medizinischen Gliederung **nicht mehr** dem aktuellen Stand in der Krankenanstalt und **müsste aktualisiert** werden (z.B. Abt. für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Tagesklinik, Qualitätsmanagement).

Im Zusammenhang mit der Prüfung des LKH Bad Radkersburg durch den Landesrechnungshof hat die KAGes eine **Überarbeitung** aller **Anstaltsordnungen** der steirischen Landeskrankenanstalten bis Ende des Jahres 2006 **zugesagt**. Aufgrund der **umfangreichen Änderungen** in den Spitälern **erscheint dem LRH dieser Zeitraum angemessen**.

4.1.4 Systemisierte Betten

Mit Bescheid vom 24. Mai 2004, GZ.: 12-86 Ka 1/39-2004, wurde von der Stmk. Landesregierung der bis jetzt gültige Planbettenstand für die Medizinische Organisationseinheit am Landeskrankenhaus Fürstenfeld wie folgt festgesetzt:

Medizinische Organisationseinheit	AKI	SKI	Intensiv	Gesamt
Abteilung für Chirurgie	■	■	■	■
Abteilung für Innere Medizin	■	■	■	■
Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin	■	■	■	■
Gesamt	■	■	■	■

Bereits am 26. September 2003 (GZ.: 12-86 Ka 1/34-2003) wurde von der Stmk. Landesregierung die Anzahl der systemisierten Betten im LKH Fürstenfeld um ■ Betten vermindert (Gesamtanzahl von ■ auf ■ Betten).

Weiters wurde mit Schreiben vom 21. Dezember 2005 von der KAGes um folgende Veränderung der Planbetten angesucht:

Medizinische Organisationseinheit	Planbetten gesamt derzeit	Angesuchte Veränderung	Betten- stand neu	davon Allgemeine Klasse	davon Sonder- Klasse	davon Intensiv- Betten
Abteilung für Chirurgie (davon Tagesklinikbet- ten)	■	■	■	■	■	■
Abteilung für Innere Medizin	■	■	■	■	■	■
Abteilung für Anästhesi- ologie und Intensivmedi- zin	■	■	■	■	■	■
Gesamt	■	■	■	■	■	■

Die Obergrenze der zulässigen Zahlen an systemisierten Betten - laut Landeskrankenanstaltenplan LGBI. Nr. 5/1998 sind das 126 Betten - wird durch diese Verminderung, im Hinblick auf die beantragte Gesamtanzahl der Betten, **unterschritten**.

Die Bettensumme der einzelnen Behandlungsbereiche entspricht _____ der _____ an Betten des Stmk. Krankenanstaltenplanes (Vorgabe für den Intensivbereich 6 Betten, für die Abt. für Innere Medizin 63 Betten und für die Abt. für Chirurgie 57 Betten – ergibt eine Gesamtsumme von 126 systemisierten Betten).

Da der neue Krankenanstaltenplan zum Prüfungszeitpunkt noch nicht beschlossen war, empfiehlt der LRH, die neuen Vorgaben abzuwarten und die Anzahl der Betten erst danach der Krankenanstalt bekannt zu geben (siehe auch Punkt 2.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit).

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die von der KAGes beantragte Veränderung der Planbetten (Reduktion chirurgischer Betten und Umwandlung chirurgischer Betten in interne Betten mit akutgeriatrischem bzw. Remobilisationsschwerpunkt) entspricht den in der Umsetzungszielvereinbarung zur Chirurgiereform getroffenen Festlegungen.

Die sanitätsbehördliche Einreichung bzw. Meldung war notwendig, um die Änderungen im Leistungsspektrum bekannt zu geben und genehmigen zu lassen (siehe auch die Ausführungen im Prüfbericht unter Pkt. 6.1.1).

Der derzeit noch gültige Landeskrankenanstaltenplan (STKAP) stammt aus dem Jahr 1997 und berücksichtigt daher neue Leistungsangebote wie Akutgeriatrie/Remobilisation oder zeitgemäße Organisationsformen wie etwa die 5-Tages-Station nicht. Zudem gibt der STKAP nur eine Obergrenze der zulässigen Zahl an systemisierten Betten vor, _____ steht daher aus Sicht der KAGes _____ zum STKAP.

Eine erste Evaluierung der Chirurgiereform hat ergeben, dass wir derzeit der in der Umsetzungsplanung prognostizierten Entwicklung entsprechen. Bei einer Evaluierungsbesprechung im August 2006 wurde daher festgelegt, die darin beschlossene Ressourcenplanung beizubehalten. Im Zuge der Fertigstellung der Umbaumaßnahmen am LKH Fürstenfeld wird jedoch der Bedarf in den nächsten Monaten neuerlich evaluiert werden und im Zuge der Projektabwicklung wiederum ein sanitätsbehördliches Verfahren mit aktualisierten Daten erfolgen. Sollte in der Zwischenzeit ein neuer STKAP beschlossen sein, wird dieser dabei selbstverständlich Berücksichtigung finden.

4.2 Einzugsgebiet / Aufnahmen

In der folgenden Tabelle wird die Anzahl der im LKH Fürstenfeld aufgenommenen Patienten⁴ nach dem Hauptwohnsitz der Jahre 2002 bis 2005 dargestellt:

					2002 Anteil an Gesamt Summe	2005 Anteil an Gesamt Summe	Verändg. 2002 / 2005 in %
Bundesländer	2002	2003	2004	2005			
Burgenland					18,9%	19,4%	104,5
Kärnten					0,1%	0,1%	114,3
Niederösterreich					0,4%	0,7%	157,1
Oberösterreich					0,1%	0,2%	122,2
Salzburg					0,1%	0,1%	77,8
Steiermark					78,7%	78,2%	101,4
Tirol					0,2%	0,1%	57,1
Vorarlberg					0,1%	0,0%	37,5
Wien					0,8%	0,7%	83,0
Summe Bundesländer					99,5%	99,4%	101,9
Ausland					0,5%	0,6%	126,7
Aufgenommene Patienten gesamt					100,0%	100,0%	102,0

Im Vergleich der Jahre 2003 mit 2002 war eine Steigerung der Aufnahmen um 4,8 % ersichtlich. 2004 wurden um 1,3 %, 2005 um 2,6 % weniger Patienten aufgenommen als im Jahr 2003. Insgesamt - im Vergleich der Jahre 2002 mit 2005 - ergab sich eine Erhöhung um 2 %.

⁴ Durch eine geänderte Summierung der „Aufgenommenen Patienten Gesamt“ (Differenz durch die vom Vorjahr Verbliebenen) ergeben sich minimale Unschärfen.

4.3 Organisationshandbuch

Im Landeskrankenhaus Fürstenfeld wurde bis dato noch kein Organisationshandbuch erstellt.

Durch genaue Definitionen im Organisationshandbuch sollen Verwaltungsvorgänge **vereinheitlicht festgelegt** und Verantwortungen zugeordnet **werden**.

Im Rahmen von Qualitätsmanagement wurden bereits **sehr übersichtlich Prozesse** (z.B. das Aufnahmeprozedere) dargestellt.

Bereits durchgeführte und in Zukunft geplante Prozessbeschreibungen sollten nach Ansicht des LRH in weiterer Folge in ein „wachsendes“ Organisationshandbuch integriert werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Der Anregung des Landesrechnungshofes, das Organisationshandbuch laufend zu erweitern, wurde/wird nachgekommen. Die Veröffentlichung erfolgt(e) auch im Intranet.

4.4 Internetdarstellung

Aufgrund der Vereinbarung zwischen Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sollen auf dem Gebiet der Telekommunikation Wert auf eine Stärkung der Position der Betroffenen bei der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen, auf die Nutzung zielgruppenorientierter Informations- und Wissenssysteme und vor allem auf eine Erhöhung der Verfügbarkeit und Verbesserung der Qualität gesundheitsbezogener Informationen gelegt werden.

Den wiederholten Empfehlungen des LRH - die Homepage verstärkt als Plattform für Informationen bzw. Aktuelles einzusetzen - hat die KAGes insofern Folge geleistet, als die Homepage aller steirischen Krankenanstalten neu gestaltet wurde und dadurch ein erweitertes Informationsangebot für alle Bürger gegeben ist.

5. AUFWANDS- UND ABGANGSENTWICKLUNG

5.1 Gesamtleistungen

Im Folgenden werden wichtige Kennzahlen zur Entwicklung des LKH Fürstenfeld, die aus der Krankenanstaltenstatistik, der Gewinn- und Verlustrechnung, der Bilanz, den Kostenrechnungsergebnissen, den Dienstpostenplänen bzw. dem Personalverrechnungssystem abgeleitet wurden, dargestellt:

Gesamtleistungen	Jahr				Veränderg	Veränderg
	2002	2003	2004	2005	2002 / 2005	2002 / 2005
					in %	absolut
Systemisierte Betten					93,0 %	
tats.aufgest.Betten*					92,6 %	
Pflegetage					88,1 %	
Belagstage					85,9 %	
Aufnahmen					101,1 %	
Chirurgie - OP (Freq.)					86,5 %	
Ambulante Fälle / Amb.Pat.					148,7 %	
durchschnittliche Belagsdauer					84,9 %	
durchschnittliche Auslastung					92,7 %	

*tats.aufgest.Betten: tatsächlich aufgestellte Betten

OP: Operationen

Im Krankenhaus Fürstenfeld standen 2002 143 „systemisierten Betten“ gegenüber „tatsächlich aufgestellte Betten“. Eine Planbettenreduktion erfolgte mit den Bescheiden der Stmk. Landesregierung, GZ.: 12-86 Ka 1/34-2003 (26. September 2003) und GZ.: FA8A-86 Ka 1/39-2004 (24. Mai 2004).

Aufgrund der [] wurde in den Jahren 2003 und 2005 mit einer [] der tatsächlich aufgestellten Betten [].

Die Anzahl der **Belagstage verringerte** sich im Zeitraum 2002 bis 2005 um 14,1 %, wobei nur 2003 eine Steigerung von 3,2 % entstand. Dies ergab sich aus der bedeutend kürzeren **Belagsdauer – einer Verminderung von 15,1 %** im Vergleich von 2005 mit 2002. Die größte Differenz bei der Belagsdauer (-9,1 %) ist im Vergleich der letzten beiden Jahre (2004 mit 2005) ersichtlich. Dies korreliert mit der Umsetzung der Zielvereinbarung der Chirurgie Fürstenfeld und den geplanten elektiven Operationen.

Die Entwicklung der Anzahl der im Krankenhaus **aufgenommenen Patienten** zeigt vorerst - im Vergleich der Jahre 2002 mit 2003 - einen positiven Trend, nämlich eine Steigerung um 4,8 %. Ab dem Jahr 2004 ergab sich eine fallende Tendenz von - 2,3 % im Vergleich mit 2003 und verminderte sich auch im nächsten Jahr im Vergleich mit dem Vorjahr (2005 mit 2004) um 1,3 %.

Bei der Zahl der „**Ambulanten Fälle**“⁵ von 2002 auf 2003 ist **eine Vermehrung um 19,5 % ersichtlich**. Die Vergleichbarkeit dieser beiden Jahre mit den nächstfolgenden Jahren ist nicht gegeben, da ab 2004 vom „Bundesministerium für Gesundheit und Frauen“ die Kennzahl „Ambulante Patienten“⁶ durch die Kennzahl „Ambulante Fälle“ ersetzt wurde.

Im Jahre 2005 - verglichen mit dem Vorjahr - konnten um 41,7 % mehr **Ambulante Patienten** behandelt werden.

Ab 2004 wurde das EDV-Programm „openMEDOCS“⁷ eingesetzt. Von der Zentralklinik gab es jedoch noch **keine einheitlichen Auswertungskriterien für eine EDV-Auswertung**. Deshalb ist speziell die **Leistungszahl des Jahres 2004 von geringer Aussagekraft**. Erst im Jahr 2005, mit der Erstellung einer KAGes-Richtlinie für die vorgegebenen Auswertungskriterien, konnte

⁵ Amb. Fall: (von 2001 – 2003): Zahl der Erstkontakte, während eines Kalenderjahres je Krankheitsfall behandelten Patienten, jedoch wiederum zu zählen bei Änderung oder Auftreten eines neuen Krankheitsbildes, auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen

⁶ Amb. Pat. (ab 2004): Zahl der Erstbesuche – unabhängig vom Krankheitsbild

⁷ „openMEDOCS“: EDV-Programm für medizinisch-pflegerische Dokumentation

steiermarkweit nicht nur die Erfassung sondern auch die EDV-mäßige Auswertung der Leistungen einheitlich durchgeführt werden.

Die Anzahl der **chirurgischen Frequenzen im OP-Bereich** erhöhte sich im Vergleich des Jahres 2003 um 21,9 % und fiel im darauf folgenden Jahr um 3,4 %. Diese Verminderung setzte sich auch im Jahr 2005 fort, nämlich um 13,5 %, immer vom Basisjahr 2002 aus betrachtet.

Grundsätzlich ist nahezu bei allen Leistungen eine Steigerung im Jahr 2003 (Vergleich mit 2002) ersichtlich. Laut Betriebsdirektion ergaben sich diese Erhöhungen aufgrund der Fertigstellung des Umbaues im Krankenhaus und somit der hohen Verfügbarkeit an Räumlichkeiten. Im darauf folgenden Jahr ist die [REDACTED]. Im zweiten Halbjahr 2005 wurde die Chirugiereform beschlossen, welche [REDACTED] Leistungszahlen [REDACTED] hatte.

Aufgrund der [REDACTED] sollten die Auswirkungen der Neustrukturierung genau beobachtet werden, um [REDACTED] zu einer optimalen Nutzung der Krankenhausressourcen [REDACTED]

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Betreffend die [REDACTED] ist zu berücksichtigen, dass bedingt durch die kurze Verweildauer auf der Abteilung für Chirurgie am Wochenende eine [REDACTED] vorherrscht. Es ist daher die Errichtung einer 5-Tages-Station geplant, um so [REDACTED] zu erreichen. Siehe dazu auch die Ausführungen zu Pkt. 6.1.2 (Abteilung für Chirurgie).

5.2 LDF-Punkte⁸

Entwicklung der LDF-Punkte bzw. LKF-Erträge (stationär) des LKH Fürstenfeld und Gesamt Steiermark					
	2002	2003	2004	2005	Veränderg. in % 2002 - 2005 Basis 2002
Punkte (gewichtet) Fürstenfeld					89,8
Punktwert in €					109,2
LKF-Erträge in €					98,0
Punkte (gewichtet) Stmk. Ges.					105,7
LKF-Erträge Stmk.Ges. in €					115,4
Anteil an Gesamt- leistung in %					85,0

LDF: Leistungs- und diagnoseorientierte Fallgruppen

LKF: Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung

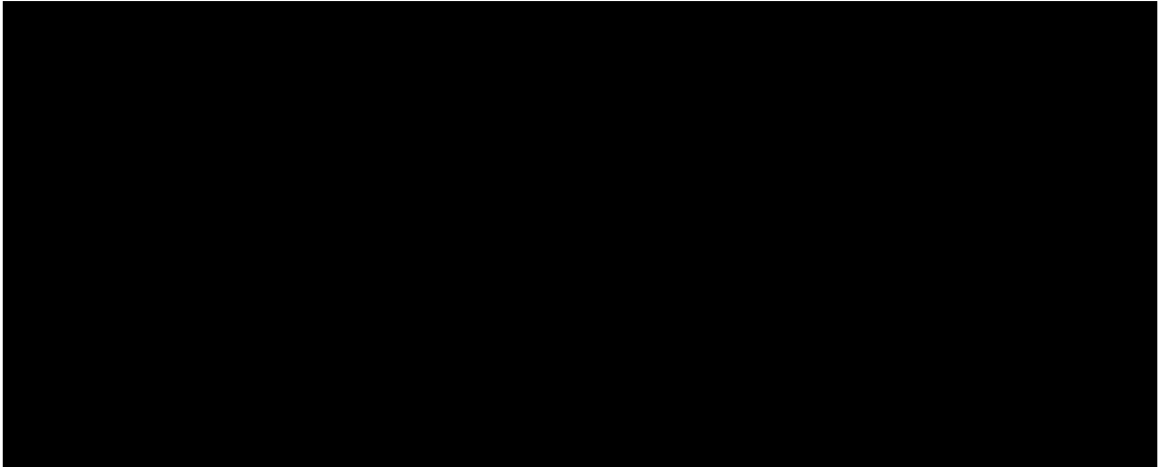
Im Vergleich der Jahre 2005 mit 2002 ist eine **Verminderung** der zugewiesenen **Punkte um 10,2 %** feststellbar. Aufgrund des **gestiegenen Punktwertes** (plus 9,2 %) **sanken** die erwirtschafteten **LKF-Erträge in kleinerem Ausmaß** (minus 2 %) **als die** Anzahl der **LDF-Punkte**.

Dies ist größtenteils auf **das geänderte medizinische Leistungsangebot** im Krankenhaus bzw. **auf Umbautätigkeiten zurückzuführen**.

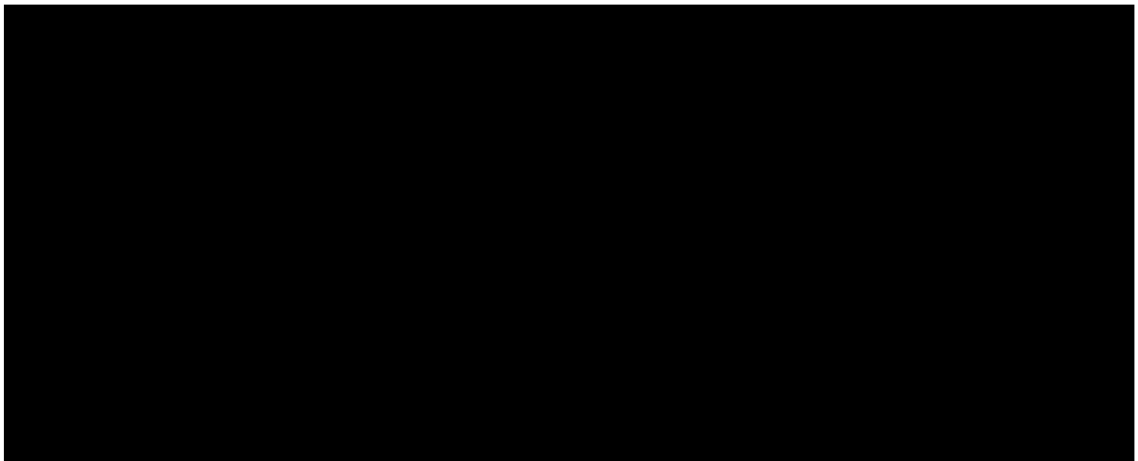
⁸ Quelle der Daten: Landes-Gesundheitsfonds; Abzugsrelevante Punkte und Mittel für die steirischen Fondskrankenanstalten, Stand 10. Mai 2006

5.3 Aufwand – Ertrag – Abgang

Eine Saldierung der Aufwendungen und Erträge laut Budget- und Leistungsanalyse ergibt folgendes Bild:



Die Änderungen in % werden folgendermaßen dargestellt:



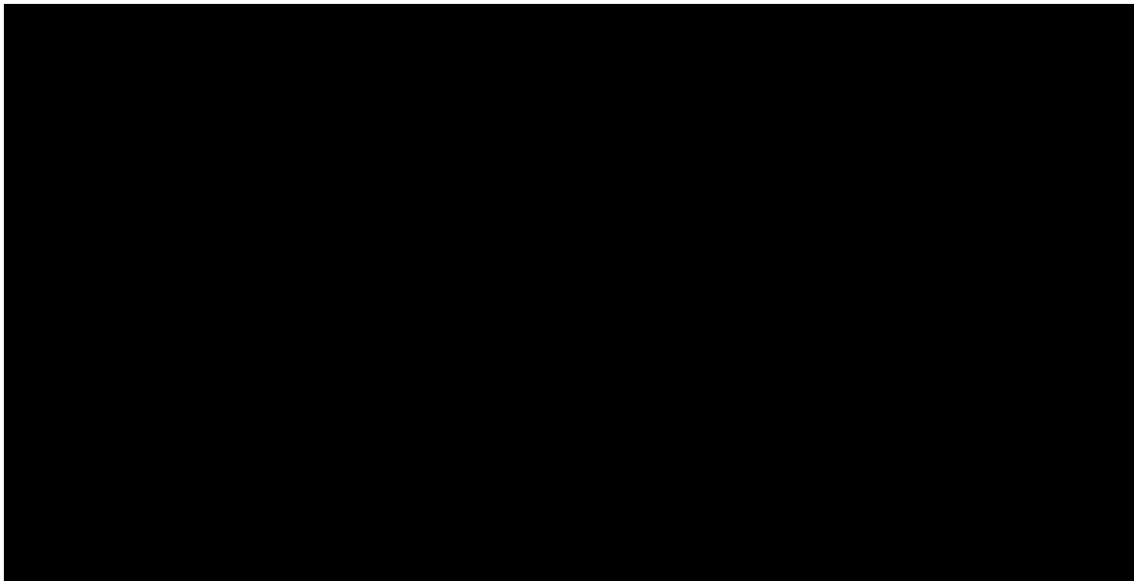
Der **Betriebsaufwand** erhöhte sich von 2002 auf 2003 um 5,6 %, stieg 2004 auf 6,9 % und erreichte im Jahr 2005 8,4 % (Basis 2002).

Im Vergleich des Jahres 2002 mit 2003 stieg der **Betriebsertrag** um 8,6 %. 2004 sank dieser um 1,2 Prozentpunkte und 2005 um 6,4 Prozentpunkte – von 2003 aus betrachtet.

Da der Betriebsaufwand in einem höheren Ausmaß (+ 8,4 %) als der Betriebsertrag stieg (+ 2,2 %), erhöhte sich der zu finanzierende Betriebsabgang um 19,5 % (2002 – 2005).

5.3.1 Betriebsaufwand

Nachfolgend wird die Entwicklung des Aufwandes im Verlauf der Jahre 2002 bis 2005 dargestellt:



Der Personalaufwand stieg im oben erwähnten Zeitraum um 8,7 %, der Sachaufwand in etwas geringerem Ausmaß - um 8,0 %.

5.3.2 Sachaufwand

In der Produktgruppenstatistik werden nachstehende Änderungen ersichtlich:

Produktgruppenstatistik laut MATEKIS				Verändg.
	2002	2003	2004	2005
				2002=100%
211 Medikamen				128,4
271 Behandlg.				105,1
223 Reagenz.				110,3

MATEKIS: Material-, Wirtschafts- und Einkaufsinformationssystem

5.3.2.1 Medikamente

Im Bereich der **Medikamente** (MLV⁹ 211) ergab sich ein vermehrter Verbrauch **(+ 28,4 %)**.

Die Erklärung der Betriebsdirektion lautet folgendermaßen:

„Die Analyse der ICD-Hauptdiagnosen hat ergeben, dass wir von 2002 [] codiert haben und 2005 [], dies entspricht einer Steigerung von [] oder 18,65 %.

Im gleichen Zeitraum ist die Frequenz von bösartigen lymphatischen Erkrankungen von [] auf [] gestiegen = [] 77,93 %.

Die Analyse der LDF-Gruppen hat im gleichen Zeitraum eine Steigerung von [] auf [] ergeben oder [] = 86,78 %.

Diese Steigerungen sind im onkologischen Spektrum zu verzeichnen.

In diesem Zeitraum hat auch ein Umstellung auf neue wirkende Biphosphonate, (Zometa, Bondronat) bei Knochenmetastasen, Mammakarzinom und Prostatakarzinom, stattgefunden, die neben der Fall- und Leistungssteigerung [] verantwortlich sind.“

Der **LRH rät**, diese **Kostensteigerungen zu hinterfragen** und gegebenenfalls steuernde Maßnahmen zu ergreifen, um dem **Verhältnis Belagstage - Medikamentenaufwand gerecht zu werden**.

⁹ MLV: Material-Leistungsverzeichnis

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die vom Landesrechnungshof aufgezeigten Kostensteigerungen im Medikamentenbereich sind überwiegend auf Medikamente im onkologisch-hämatologischen Bereich zurück zu führen, was wiederum mit dem Anstieg der Anzahl an onkologischen Patienten korreliert.

5.3.2.2 Behandlungsbedarf, Reagenzien

Auch in den Bereichen des **Behandlungsbedarfes** (+ 5,1 % oder) und der **Reagenzien** (+ 10,3 % oder) ergab sich ein **erhöhter Aufwand** in Folge der **Steigerung der Anzahl der onkologischen Patienten und deren Behandlung**.

5.3.3 Personal

Die Entwicklung der Anzahl der Bediensteten¹⁰ bzw. des Personalaufwands stellt sich folgendermaßen dar:

	2002	2003	2004	2005	Verändg. in % 2002 / 2005 2002 = 100 %
Anz. Bed.					102,7 %
	in €	in €	in €	in €	
Pers.Aufwand					109,7 %
SG Ärzte					83,8 %
Pers.Aufwand Summe					108,7 %
Sachaufwand					108,0 %
Sum. Betriebs- aufwand					108,4 %
Pers.Aufw./ Bediensteter					105,9 %

SG: Sondergebühren

Die Kennzahl „Personalaufwand/Bediensteter“ wurde inklusive der Sondergebühren der Ärzte berechnet.

Insgesamt stieg die **Anzahl der Bediensteten** (korrigierte Beschäftigten = Teilzeitbeschäftigte auf Vollbeschäftigte umgerechnete Personen) um  Personen im Vergleich der Jahre 2005 mit 2002. Dieser Erhöhung der Zahl des eingesetzten Personals um 2,7 % ist ein gestiegener Personalaufwand (ohne Sondergebühren) von 9,7 % gegenüberzustellen.

¹⁰ Anzahl Bedienstete: korrigierte Beschäftigte laut KAS bzw. KDok

Die Steigerung der Anzahl des eingesetzten Personals wird von der Anstaltsleitung folgendermaßen erklärt:

„Der Bereich der Medizinischen Ambulanz wurde Ende 2002 auf drei Ebenen aufgeteilt. Die Onkologische Ambulanz siedelte in den Keller West, der Ultraschallraum in das 1. OG Hauptgebäude, Eingriffsraum, EKG und Aufnahme blieben im 1. OG Mitteltrakt. Diese Übersiedelung war notwendig, weil mit den Abbrucharbeiten für den Funktionstraktbau begonnen wurde. Durch die Aufsplittung auf diese 3 Ebenen war es notwendig, den Personalstand zu erhöhen, da durch die wesentlich längeren Wege sonst kein geordneter Betrieb möglich gewesen wäre (wurde mit der Personaldirektion abgestimmt). Weiters wurde die Personalaufteilung im ärztlichen Bereich neu festgelegt.

Bei der Personalbudgetbesprechung (WP 2003) am 18.9.2002 wurden für den Patiententransport 1 DP, befristet bis Bauabschluss Funktionstrakt, genehmigt. Weiters wurde auf Grund der Leistungsdaten der Ärztliche Schreibdienst um 1 DP erhöht. In der Physiotherapie wurden 1,5 DP für die Betreuung des Ambulatoriums genehmigt. (MLV 125, 126). Weiters wird ein DP unter dem Titel „Behindertenintegration“ im Schreibdienst genehmigt.“

Es wird empfohlen, die weitere Entwicklung des eingesetzten Personals bei Vollinbetriebnahme zu beobachten.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Wie im Prüfbericht angeführt, ist die Steigerung des Personalaufwandes auf eine notwendige Personalvermehrung zurückzuführen (+2,7%). Ergänzend wird angemerkt, dass die Steigerung auch aus den kollektivvertraglichen Bezugsanpassungen und der Anpassung der Höchstbemessungsgrundlage in der Sozialversicherung resultiert.

Im Sinne der Empfehlungen des Landesrechnungshofes wird die weitere Entwicklung des eingesetzten Personals bei Vollinbetriebnahme im Rahmen der jährlichen Stellenplangespräche beobachtet bzw. evaluiert werden.

5.4 Erträge

Die Erlösauswertung¹¹ zeigt folgende Entwicklung:

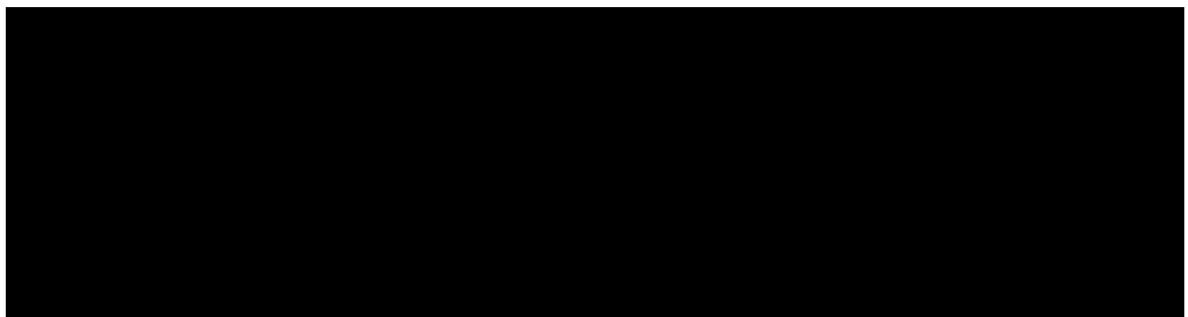
Erträge						
	2002	2003	2004	2005	Veränderg.	Veränderg.
	in €	in €	in €	in €	2002 - 2005	2002 - 2005
					relativ	absolut
Umsatzerlöse					99,9 %	
sonstige Erträge					-503,4 %	
Betriebsertrag					102,2 %	

Die Erhöhung des **Betriebsertrages** im Vergleich der Jahre 2002 mit 2003 betrug 8,6 %. Im Jahr 2004 verringerte sich die Summe der Erträge um 1,1 % und sank diese auch im Jahr 2005 – jeweils im Vergleich mit 2003 – um 5,9 %.

In Summe **verminderten** sich die **LKF-Erlöse bzw. Pflegegebühren um 4,7 %** oder (2002 – 2005). Die Erträge aus den „Besonderen Gebühren“ gingen im oben angeführten Zeitraum um 19,1 % zurück.

Die **Steigerung** der Summe der Ambulanzgebühren von 758,8 % oder (von auf) ist auf die **Inbetriebnahme einer ambulanten Einrichtung für Physiotherapie** zurückzuführen.

Im Folgenden wird **die Entwicklung des Deckungsgrades** dargestellt:



Der **Deckungsgrad** stieg im Jahr 2003 und **verminderte** sich bis 2005 – jeweils von 2002 aus betrachtet – .

¹¹ Quelle: GuV.C (1-16) des LKH Fürstenfeld der Jahre 2002 - 2005

5.5 Kostenrechnung

5.5.1 Personal

Laut Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen haben „Träger von Krankenanstalten, die über Landesfonds abgerechnet werden, Statistikdaten über ihre Krankenanstalten und deren Kostenstellen, das beschäftigte Personal, die medizinisch-technische Ausstattung, die Gebarung und weitere Leistungsdaten, sowie jährlich Kosten in Kostennachweisen zu erfassen“.

Unentgeltlich beschäftigte Personen

In der Kostenrechnungsverordnung heißt es:

„§ 6 Kostenumfang

- (1) Kosten (§ 3) entstehen mit dem Verbrauch (Verzehr) von Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art. Für ihre Berücksichtigung ist es unmaßgeblich, ob und zu welchem Zeitpunkt die Ausgaben geleistet werden. Den aufwandsgleichen Kosten (Grundkosten) sind die kalkulatorischen Kosten zuzurechnen.“

In der Fdion INFO¹² 1006.4144 wird lediglich vorgeschrieben, dass kalkulatorische Bedienstete mit dem „dafür benötigten MLV-Durchschnitt“ krankenanstaltenspezifisch anzusetzen sind. Es gibt jedoch nur für Krankenpflegeschüler(innen) die Vorgabe, kalkulatorische Kosten ab dem 3. Ausbildungsjahr im Ausmaß von 50 % anzusetzen.

Laut schriftlicher Auskunft der KAGes gibt es keine einheitlichen Richtlinien zur Erfassung des kalkulatorischen Personals in den Krankenhäusern, sondern „obliegt die Bewertung des unentgeltlich eingesetzten Personals den einzelnen Krankenanstalten“.

Um jedoch **einheitliche Daten** für strategische und operative Planungen **steiermarkweit erstellen** zu können, **sind von der Zentraldirektion einheitliche Richtlinien für unentgeltlich eingesetztes Personal vorzugeben.**

¹² Fdion INFO: Information der Finanzdirektion der KAGes

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Bezüglich der vom Landesrechnungshof empfohlenen einheitlichen Richtlinie für kalkulatorische Zusatzkosten ist anzumerken, dass eine generelle Vereinheitlichung nicht möglich ist, da dem "Kostenbegriff" entsprechend die Leistungen je nach Art des Personaleinsatzes zu bewerten und verbuchen sind. Diese Bewertung kann nur vor Ort durch die jeweilige Verwaltungsdirektion erfolgen.

Auch aus den Erläuterungen im "Krankenanstalten-Kostenrechnungsbuch" (Prof. D. Mandl; Seite 161 – 163) ist zu entnehmen, dass grundsätzlich bei der Erbringung von Leistungen von Krankenpflegeschülern (beispielsweise in den beiden letzten Ausbildungsjahren) und Zivildienern kalkulatorische Personalkosten entsprechend der erbrachten Leistungen (im Ausmaß der erbrachten Zeit und Leistung) auf den entsprechenden MLV-Nummern anzusetzen sind. Eine Empfehlung über eine einheitliche Vorgabe ist in den Erläuterungen nicht enthalten.

Replik des Landesrechnungshofes:

Im Hinblick auf statistische Auswertungen auf Bundes- und Landesebene ist der LRH dennoch der Meinung, dass für den Ansatz von kalkulatorischen Kosten für jedes Haus einheitliche Vorgehensweisen erforderlich sind.

6. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN

6.1 Bettenführende Einrichtungen

6.1.1 Abteilung für Innere Medizin

Aufgabe der Abteilung ist die Akutversorgung kranker interner Patienten.

Den Schwerpunkt der Abteilung bildet der Bereich der Hämato-Onkologie. Das Krebszentrum diagnostiziert und therapiert Menschen mit Blut- und Krebserkrankungen auf Basis der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse¹³.

Weiters können durch die Inbetriebnahme einer Station für Akutgeriatrie und Remobilisation nun ältere Menschen, welche durch eine vorangegangene Krankheit immobil geworden sind, wieder ins Alltagsleben integriert werden.

In der folgenden Tabelle wird die **Entwicklung** einiger Kennzahlen **der Abteilung für Innere Medizin** dargestellt:

Abteilung für Innere Medizin							
	2002	2003	2004	2005	Verändg. 2002 / 2005 in %	Verändg. 2002 / 2004 in %	Verändg. 2004 / 2005 in %
system. Betten					97,1 %	97,1 %	100,0 %
tats. aufgestellte Betten					103,1 %	104,6 %	98,5 %
Station. Patienten *					127,0 %	106,2 %	119,6 %
Belagstage					105,4 %	104,7 %	100,7 %
Auslastung in % nach Belagstagen					102,3 %	99,8 %	102,6 %
Ø Verweildauer (Basis Belagstg)					82,5 %	98,3 %	83,9 %
korr. Beschäftigte					124,4 %	105,5 %	117,9 %

* auf Basis der Zu- und Abgänge bzw. Verstorbenen

Im Vergleich der Jahre 2005 mit 2002 wurde eine höhere Anzahl von **stationären Patienten** (+27 %) auf der Abteilung für Innere Medizin behandelt.

¹³ Quelle: Homepage des LKH Fürstenfeld

Trotz der gesunkenen **Verweildauer** um 17,5 % erhöhte sich die Anzahl der **Belagstage** im oben erwähnten Vergleichszeitraum aufgrund **einer vermehrten Anzahl von aufgenommenen Patienten** und von 2 zusätzlich **aufgestellten Betten** um 5,4 %.

Durch die **Erhöhung der Auslastung nach Belagstagen** um **2,3 %** (Vergleich 2005 mit 2002) konnte der **sehr gute Wert von 86,3 %** erreicht werden.

Station für Akutgeriatrie / Remobilisation

Mit Antrag vom 21. Dezember 2005 wurde vom Vorstand der KAGes um Umwandlung  chirurgischer Betten in interne Betten mit akutgeriatriischen bzw. Remobilisationsschwerpunkt angesucht. Die Genehmigung durch die Stmk. Landesregierung lag zum Prüfungszeitpunkt noch nicht vor (siehe auch Punkt 4.1.4 Systemisierte Betten).

Ab 2. Jänner 2006 wurden Patienten auf der Station AG/REM aufgenommen.

Die Entwicklung des ersten Halbjahres 2006 in diesem Bereich stellt sich folgendermaßen dar:

Station für Akutgeriatrie / Remobilisation (Abteilung für Innere Medizin)							
	01-06 2006	01-01 2006	02-02 2006	03-03 2006	04-04 2006	05-05 2006	06-06 2006
System.Betten beantragt							
tats. Betten							
Stat. Patienten							
Belagstage							
Auslastung in % nach Belagstagen							
Ø Verweildauer (Basis Belagstg)							

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Zurzeit läuft ein sanitätsbehördliches Verfahren für die Errichtung einer Akutgeriatrie/Remobilisation Station, dieses ist aber noch nicht abgeschlossen.

6.1.2 Abteilung für Chirurgie

In der Abteilung für Chirurgie des LKH Fürstenfeld wurde mit 1. Oktober 2005 das Leistungsangebot insofern geändert, als ab diesem Zeitpunkt aufgrund der Chirurgiereform (siehe auch Punkt 3. Entwicklung) elektive minimalinvasive Chirurgie mit kurzem Krankenhausaufenthalt (bis maximal —) angeboten wird. Durch den neu errichteten „Funktionsbau“ wird auch räumlich der notwendige Rahmen für eine moderne und zeitgemäße medizinische Versorgung geboten.

Der ärztliche Leiter des LKH Fürstenfeld bekleidet ebenso die Funktion des Primararztes der Chirurgischen Abteilung im erwähnten Krankenhaus und leitet in Personalunion die Chirurgie des „Leitspitals Feldbach“. Sämtliche Chirurgen des LKH Fürstenfeld – außer dem Primar und dessen Stellvertreter – versehen ihren Dienst sowohl im LKH Fürstenfeld als auch im LKH Feldbach.

Abteilung für Chirurgie							
Chirurgie	2002	2003	2004	2005	Verändg. 2002 / 2005 in %	Verändg. 2002 / 2004 in %	Verändg. 2004 / 2005 in %
system. Betten					88,2 %	88,2 %	100,0 %
tats. aufgestellte Betten					81,0 %	92,1 %	87,9 %
Stat. Patienten *					86,8 %	96,9 %	89,5 %
Belagstage					62,8 %	86,0 %	73,0 %
Auslastung in % nach Belagstagen					77,5 %	93,2 %	83,2 %
Ø Verweildauer (Basis Belagstg)					72,5 %	88,2 %	82,2 %
korr. Beschäftigte					67,7 %	101,5 %	66,7 %

* auf Basis der Zu- und Abgänge bzw. Verstorbenen

Im Verlauf der Jahre 2002 bis 2005 wurde die Anzahl der **systemisierten Betten** um — Betten vermindert, **tatsächlich** wurden im Verlauf des oben angeführten Zeitraumes — Betten weniger **aufgestellt**.

Die **durchschnittliche Auslastung** nach Belagstagen stieg im Vergleich der Jahre 2003 mit 2002 um 6,5 %. Ab dem Jahr 2004 ergab sich eine fallende Tendenz - minus 6,8 % (2004) und im Jahre 2005 minus 22,5 % - jeweils im Vergleich mit 2002. Die durchschnittliche Auslastung von [REDACTED] **liegt** [REDACTED] **dem angestrebten Wert von 85 %.**

Bei der **durchschnittlichen Verweildauer** konnte der angepeilte Zielwert – höchstens [REDACTED] – erreicht werden.

Aufgrund des geänderten medizinischen Leistungsangebotes wurde die Anzahl der **korrigierten Beschäftigten** um 32,3 % minimiert.

Nach Ansicht des LRH sollte nach Ende der vorgesehenen Übergangsphase die Anzahl der Betten im Hinblick auf eine optimale Auslastung abgestimmt werden.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Ab 01. Oktober 2005 wurde das neue Leistungsspektrum der elektiven Chirurgie umgesetzt, wodurch eine deutliche Belagsdauerreduktion erzielt werden konnte. Im Gegenzug war jedoch die angestrebte Bettenreduktion noch nicht vollständig erfolgt, was zu einer niedrigeren Auslastung führte.

Nach vollendeter Umsetzung der Chirurgiereform sind für die Abteilung für Chirurgie [REDACTED] geplant, ein Teil davon als 5-Tages-Station, was bei einer Berechnung der Auslastung entsprechend zu berücksichtigen sein wird.

6.1.3 Tagesklinik

Zielgruppe sind Patienten mit einem erwartet unkomplizierten Behandlungsverlauf (siehe auch Punkt 3. Entwicklung).

Das tageschirurgische Leistungsspektrum umfasst:¹⁴

Krampfaderoperationen, Bruchoperationen, Herzschrittmachereingriffe (Wechsel von Impulsgebern), Entfernung von Polypen, Ultraschall gezielte Hämorrhoidenentfernung und andere medizinische Leistungen.

6.2 Nichtbettenführende Einrichtungen

6.2.1 Ambulatorium für Chirurgie

Im Ambulatorium für Chirurgie werden montags bis freitags in der Zeit von 8 bis 10 Uhr Patienten untersucht und behandelt.

Ambulatorium für Chirurgie						
Jahr	Ambulante Fälle	Ambulante Patienten	Summe Freq.	korr. Besch.	Freq./ korr. Besch.	Veränderg. Su. Freq. Basis 2002
2002						100,0 %
2003						104,9 %
2004						88,4 %
2005						82,0 %

Die Anzahl der korrigierten Beschäftigten im chirurgischen Ambulatorium erhöhte sich aufgrund der Neuzuteilung der Ärzte auf Kostenstellen.

¹⁴ Quelle: Homepage des LKH Fürstenfeld

Seit 2004 werden vom „Bundesministerium für Gesundheit und Frauen“ geänderte Richtlinien für die Erfassung von Kennzahlen vorgegeben. Die Kennzahl „Ambulante Fälle¹⁵“ wurde durch die Kennzahl „Ambulante Patienten¹⁶“ ersetzt.

Auch in diesem Bereich ergaben sich Verminderungen bei der Anzahl der Frequenzen aufgrund der Umbautätigkeiten im Krankenhaus und durch die Chirurgiereform.

6.2.2 Ambulatorium für Innere Medizin

Das Ambulatorium für Innere Medizin steht von 00.00 bis 24.00 Uhr für die Akutversorgung von Patienten zur Verfügung.

Ambulatorium für Innere Medizin						
Jahr	Ambulante Fälle	Ambulante Patienten	Summe Freq.	korr. Besch.	Freq./ korr. Besch.	Verändg. Su.Freq. Basis 2002
2002						100,0 %
2003						105,0 %
2004						88,7 %
2005						85,2 %

Aufgrund von Bautätigkeiten für den Funktionstrakt wurden die Räumlichkeiten des Ambulatoriums für Innere Medizin drei verschiedenen örtlichen Bereichen zugeordnet. Dadurch war auch eine Erhöhung des Personalstandes notwendig geworden. Zusätzlich wurde die ärztliche Personalzuordnung für die Kostenrechnung auch in diesem Ambulatorium neu festgelegt.

¹⁵ Amb. Fall (2002 – 2003): Zahl der Erstkontakte, während eines Kalenderjahres je Krankheitsfall behandelten Patienten, jedoch wiederum zu zählen bei Änderung oder Auftreten eines neuen Krankheitsbildes, auf nicht bettenführenden Hauptkostenstellen

¹⁶ Amb. Pat. (ab 2004): Zahl der Erstbesuche – unabhängig vom Krankheitsbild

Die Summe der Frequenzen fiel im beobachteten Zeitraum (2002 – 2005) um 14,8 %.

Bereich Hämato-Onkologische Ambulanz

Laut Internetdarstellung des LKH Fürstenfeld werden in der Hämato-Onkologischen Ambulanz montags bis freitags von 8 Uhr bis 14 Uhr Patienten untersucht und medizinisch versorgt.

6.2.3 Labor

Das Labor arbeitet im 24-Stunden-Betrieb, um notwendige Analysen des Blutes für die Krankenanstalt in kürzester Zeit selbst durchführen zu können.

In der nachstehenden Tabelle werden die Leistungen des Zeitraumes 2002 bis 2005 dargestellt:

Labor	Gesamt- leistg.	Verändg. Ges.Leistg Basis 2002	korr. Besch.	Leistg./ kB	Verändg. Leistg./kB Basis 2002
2002					100,0 %
2003					103,4 %
2004					94,4 %
2005					116,3 %

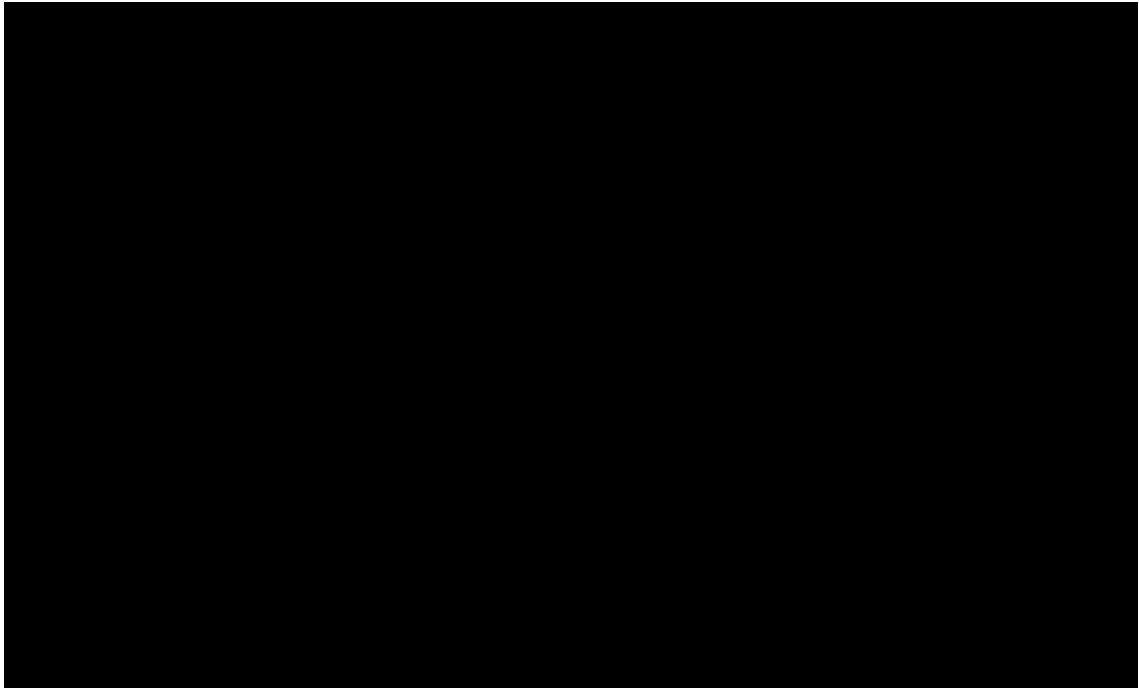
Die **Steigerung** bei den **korrigierten Beschäftigten** konnte mit **0,6 %**, bezogen auf die Steigerung der **Gesamtleistungen an Patienten mit 17,1 %**, **niedrig gehalten** werden (2002 – 2005).

Die Anzahl der Leistungen pro korrigiertem Beschäftigten **stieg im Ausmaß von 16,3 %**.

Seit 25. Jänner 2006 bilden die LKH Fürstenfeld und Feldbach eine Kooperation, um eine möglichst hohe Geräteauslastung zu erzielen. Die Befunde können am jeweiligen Standort des Patienten ausgedruckt bzw. eingesehen werden.

Der Blutprobentransport ist fremd vergeben, 3x pro Woche werden - wie nachstehend dargestellt - Blutproben zur Analyse in das Labor des jeweiligen Krankenhauses gebracht.

Darstellung der durchgeführten **Leistungen des Labors der LKH:**



Zwischen den beiden Landeskrankenhäusern werden die tatsächlich angefallenen Reagenzien verrechnet.

Der LRH befürwortet Kooperationen, wie in den Bereichen „Labor“ und „Radiologie“, wenn dadurch **kostenintensive Geräte optimal ausgenutzt** und **regional parallele Leistungsangebote** vermieden werden können. Es ist daher **die Leistungsentwicklung** zu verfolgen, um **beabsichtigte Effekte zu überprüfen** und **gegebenenfalls Änderungen von Maßnahmen (z.B. Personal) durchzuführen**.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Leistungsentwicklung wird verfolgt. Die vom Landesrechnungshof empfohlene Personalanpassung wird erforderlichenfalls durchgeführt werden.

6.2.4 Radiologie

Seit der Inbetriebnahme des neuen Funktionstraktes werden bei der eingesetzten „Digitalen Luminiszenz Radiografie – DLR“ statt der bisherigen Röntgenfilme nunmehr Speicherfolien verwendet. Die Befundung dieser Aufnahmen erfolgt teilweise über Teleradiologie im LKH Feldbach, teilweise in der eigenen Anstalt. Computer- bzw. magnetresonanztomographische Untersuchungen werden vom „Institut für Bildgebende Diagnostik“ in Fürstenfeld durchgeführt.

Radiologie	Gesamtfrequenzen	Verändg. Ges.Freq. Basis 2002	korr. Besch.	Freq./ korr. Besch.	Verändg. Freq./kB Basis 2002
2002					100,0 %
2003					100,3 %
2004					90,2 %
2005					84,7 %

Die Anzahl der **Gesamtfrequenzen** ging im beobachteten Zeitraum (2002 – 2005) **um 15,6 % zurück**. Laut Auskunft der Anstaltsleitung ergab sich die Verminderung daraus, dass die Anzahl der stationären Besuche der chirurgischen Patienten um 27 % (oder) , jene der medizinischen Patienten um 9 % (oder) in der Radiologie gesunken sind. Auch sind - laut Auskunft der Anstaltsleitung - bei konservativen Patienten radiologische Untersuchungen nicht so häufig erforderlich.

Die Zahl der korrigierten Beschäftigten verringerte sich um 0,3 % im gleichen Zeitraum. Gleichzeitig **verminderten sich die Frequenzen pro korrigiertem Beschäftigten um 15,3 %**.

Der LRH empfiehlt, die Frequenzen pro korrigiertem Beschäftigten zu beobachten und den Personalstand gegebenenfalls anzupassen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Für die notwendige Ausstattung wird künftig ein einheitliches, leistungsbezogenes Personalbedarfsberechnungsmodell angewandt werden. Die Ermittlung des Personalbedarfs wird auf Basis der prognostizierten Leistungen bei der jährlichen Erstellung des Wirtschaftsplanes (Stellenplanes) nach diesem Modell erfolgen.

6.2.5 Physiotherapie

In der Physiotherapie werden stationäre Patienten der verschiedenen Stationen, mit z.B. orthopädischen, traumatologischen, neurologischen und urogynäkologischen Krankheitsbildern behandelt.

Die Leistungen der Physiotherapie entwickelten sich in den Jahren 2002 bis 2005 wie folgt:

Physio- therapie	Ambulante Fälle	Ambulante Patienten	Gesamt- freq.	Verändg. Ges.Freq. Basis 2002	korr. Besch.	Leistg./ kB
2002				100,0 %		
2003				116,9 %		
2004				140,0 %		
2005				140,9 %		

Die Anzahl der **Gesamtfrequenzen wuchs** im Vergleich des Jahres 2005 mit 2002 **um 40,9 %** an, wobei der **Personalanteil** in einem höheren Ausmaß **stieg** – **um 50,5 %**. Die **Verminderung der Anzahl der Leistungen pro korrigiertem Beschäftigten** konnte im gleichen Zeitraum mit **6,3 %** niedrig gehalten werden.

Ab 1. Jänner 2002 wurde für die Bevölkerung die Möglichkeit geschaffen, ambulant therapiert zu werden. Im Jahr 2005 wurden **beinahe dreimal soviel Patienten als 2002 zur Behandlung in das physikalische Ambulatorium des LKH Fürstenfeld überwiesen**.

Durch die Bemühungen der Krankenanstalt und des Rechtsträgers konnten eine **verbesserte Versorgung der Bevölkerung durch die Einrichtung der Physiotherapie erreicht** und **mehr Erlöse durch ein erweitertes Leistungsangebot lukriert werden**.

7. KOOPERATIONEN

In folgende Kooperationen ist das LKH Fürstenfeld eingebunden:

Bereich - medizinisch	Kooperationspartner
Unfallchirurgie	LKH Feldbach
Chirurgie	LKH Feldbach
Gynäkologie	LKH Feldbach
Labor	LKH Feldbach
Röntgen	LKH Feldbach
Computertomographie	Bildgebendes Institut Fürstenfeld
Mobiles Palliativteam	Verschiedene Organisationen
Notarztsystem	„Österreichisches Rotes Kreuz, Landesverband Steiermark“
Bereich – nicht medizinisch	Kooperationspartner
Telefonzentrale	Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz

Der LRH begrüßt Kooperationen, weil dadurch medizinische und ökonomische Synergieeffekte zwischen den einzelnen Bereichen erzielt werden können.

8. MEDIKAMENTENVERSORGUNG

Konsiliarapotheker im Sinne des § 26 Abs. 4 KALG ist der Leiter der Anstaltsapothekes des Landeskrankenhauses Graz.

Die stichprobenweisen Überprüfungen des Lagerbestandes und jene von Suchtgiftschränken **ergaben keinerlei Differenzen** zwischen den Aufzeichnungen und dem tatsächlichen Bestand.

Zum Prüfungszeitpunkt des Landesrechnungshofes betrug der Gesamtwert des Lagers [REDACTED]. Die Umschlagshäufigkeit konnte von 10,34 (12.9.2003) auf 15,28 (5.4.2006) erhöht werden. **Dies stellt nach Ansicht des LRH einen ausgezeichneten Wert dar.**

Laut Auskunft der Betriebsdirektion werden seit Herbst 2005 Preisverhandlungen durch die drei Konsiliarapotheker Steiermarks durchgeführt. Diese „ausverhandelten Beträge“ werden allen Anstalten mittels E-Mail weitergegeben und sind dann verbindlich.

Von Seiten der KAGes werden Bemühungen über Preisanpassungen durchgeführt. Bei den dem LRH vorgelegten Preislisten mit den KAGes-Konditionen waren weiterhin Preise ersichtlich, welche zum Teil mit Naturalrabatten „ausverhandelt“ wurden. **Der LRH empfiehlt Nettopreise – ohne Naturalrabatte – zu vereinbaren.**

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Gemeinsam mit den drei Leiterinnen der Anstaltsapotheken wurde im Zeitraum von März bis Juli 2006 mit den 12 umsatzstärksten Pharmafirmen die Umstellung auf Nettopreise (ohne Naturalrabatt) eingeleitet. Zudem wurden die Medikamentenstückkosten preislich reduziert. Es konnten jedoch nicht zur Gänze Nettopreise verhandelt werden, da häufig nur Naturalrabatte den firmeninternen internationalen Konzernrichtlinien zur Preisgestaltung entsprechen.

9. VERPFLEGSWIRTSCHAFT / KÜCHE

Bei einer Revision durch die FA8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) - des Amtes der Stmk. Landesregierung am 29. März 2006 wurde die Küche der Krankenanstalt insgesamt **mit einem sehr guten Ergebnis beurteilt**.

Der LKH stellt fest, dass die „**Leitlinie zur Sicherung der gesundheitlichen Anforderungen an Personen beim Umgang mit Lebensmitteln**“ in diesem Krankenhaus **umgesetzt wird**. Diese Gesundheitsleitlinie präzisiert die Forderungen des Kapitels VIII der Verordnung (EG) Nr. 852/2004 des Europäischen Parlaments und versucht das Personal in Mitverantwortung zu nehmen.

Die Entwicklung verschiedener Kennzahlen stellt sich wie folgt dar:

	2002	2003	2004	2005	2002 / 2005 Basis = 2002
Pflegetage					88,1 %
korr. Besch.					82,7 %
Lebensmittel- verbrauch in €					86,0 %
					Verändg. 2004 / 2005
Verpflegstage					98,7 %
Verpflegsquote					97,4 %
Verpflegstage / kB					110,8 %

Seit dem Jahr 2004 wurde für die Kennzahl „Verpflegstage“ ein anderer Berechnungsmodus eingesetzt.

Die Zahl der Küchenleistungen sank im Zeitraum 2004 – 2005 um **1,3 %**. Die Verpflegsquote **fiel im genannten Zeitraum um 2,6 %**.

Bei der Gegenüberstellung der Anzahl der Pflegetage (2005 mit 2002) ist eine **Verminderung um 11,9 %** erkennbar. **Der Lebensmittelverbrauch konnte im gleichen Zeitraum in einem höheren Ausmaß - um 14 % gesenkt - werden**. Die Anzahl der **korrigierten Beschäftigten verminderte sich um 17,3 %** (2002 - 2005).

10. ABFALLWIRTSCHAFT / UMWELTSCHUTZ

10.1 Abfallwirtschaft

Auf Basis der gesetzlichen Bestimmungen des Abfallwirtschaftsgesetzes wurde für das LKH Fürstenfeld ein Abfallwirtschaftsplan erstellt.

10.2 Umweltschutz

In das von der Anstaltsleitung am 19. Jänner 2004 genehmigte Umweltprogramm 2004, wurden folgende Punkte aufgenommen:

- Umsetzung der Deponieverordnung 2004
- Patientenorientierter Wäschewechsel
- Reduktion von Leintüchern in den Funktionsräumen

Im Jahr 2005 wurden folgende Maßnahmen durchgeführt:

Ein Einsparungspotential von  Flächendesinfektionsmittel (bzw. 20 %) konnte aufgrund der Installation von Dosieranlagen in den Bettenstationen bzw. Funktionsbereichen erzielt werden.

Aufgrund des **bewussten Einsatzes von Leintüchern** in den Funktionsräumen konnte im Bereich der **Physiotherapie der Verbrauch um 20,76 % vermindert werden.**

11. HYGIENE

Im § 9 der Anstaltsordnung ist festgelegt, dass die Hauptverantwortung für die Hygiene (im Zusammenwirken mit dem von der Zentralklinik der KAGes bestellten Landeshygieniker) dem ärztlichen Leiter obliegt. Im Hygieneteam der Anstalt sind auch die Hygienefachkraft und der hygienebeauftragte Arzt integriert, welche im Anlassfall kontaktiert werden.

Es werden auch regelmäßig Sitzungen mit unterschiedlichen Hygienegruppen abgehalten. Im „großen Hygieneteam“ sind je ein Arzt der stationären Abteilungen, die Pflegedirektorin, eine Diplomkrankenschwester aus jedem medizinischen Bereich, der Hauswirtschaftsdienst- und Küchendienstleiter eingegliedert, die zweite Gruppe – das Pflegehelfer-Hygieneteam – besteht aus einem Pflegehelfer und einer Operationsgehilfin pro Station.

Der LRH hat sich **durch Einschau in die Protokolle** der Hygienebesprechung von der **Ernsthaftigkeit der Umsetzung aller Hygienemaßnahmen überzeugt**.

12. BRANDSCHUTZ / KATASTROPHENSCHUTZ

Aufgrund des kürzlich fertig gestellten Zu- und Umbaues im LKH Fürstenfeld sind alle baulichen Voraussetzungen für den **Brandschutz** bei der Planung bzw. bei der Umsetzung berücksichtigt worden. Die Betriebsbewilligung für den neu errichteten Funktionsbau wurde am 22. Mai 2006 (GZ.: FA8A-86 Fu 7/7-2006) erteilt. Am 31. Mai 2006 wurde auch die Inbetriebnahme des sanierten Westteils des Haupthauses bewilligt (GZ.: FA8A-86 Fu 4/17-2006).

Eine Brandalarmschutzübung mit „Patienten“¹⁷ wurde am 3.3.2006 in Zusammenarbeit mit der „Freiwilligen Feuerwehr“ durchgeführt.

Das Brandschutzbuch wird im LKH Fürstenfeld 1 x monatlich geführt.

Die fehlende wöchentliche Führung des Brandschutzbuches war bereits einmal Kritikpunkt der Internen Revision. Auch **der LRH ist der Meinung, dass alle Auffälligkeiten**, welche nicht dem Sinne der „Brandverhütung“ entsprechen und **alle zur Vermeidung gesetzten Aktivitäten wöchentlich zu dokumentieren** sind.

Eine Prozessdokumentation für einen **Katastrophenalarmplan** und übersichtliche Checklisten wurde vom LKH Fürstenfeld erarbeitet.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Alle Auffälligkeiten, welche nicht dem Sinne der Brandverhütung entsprechen und alle zur Brandvermeidung gesetzten Aktivitäten werden ereignisbezogen, jedoch mindestens einmal pro Monat, im Brandschutzbuch dokumentiert.

¹⁷ Die Patienten wurden von Statisten dargestellt.

13. QUALITÄTSSICHERUNG

Mit Beginn des Jahres 2003 wurde mit der Implementierung von Qualitätsmanagement begonnen, am 23. Mai 2003 erfolgte die Konstituierung der Qualitätsmanagement-Kommission, welche interdisziplinär besetzt ist. Weiters wurden die Geschäftsordnung beschlossen und der Qualitätsmanagement-Vorsitzende bzw. dessen Stellvertreter und ein Schriftführer gewählt.

13.1 Patientenbefragung

Die Bedürfnisse des Kunden stehen bei einem erfolgreichen Unternehmen im Mittelpunkt. Im Jahre 2004 wurde eine Patientenbefragung durchgeführt.

Das Ergebnis wurde in der Anstaltsleitung besprochen und im Intranet den Mitarbeitern zur Verfügung gestellt. **Es wurden keine weiteren Schritte gesetzt.**

Um die Zufriedenheit der Kunden in den Mittelpunkt zu stellen, sind **Patientenbefragungen genauestens zu analysieren** und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen zu ergreifen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Die Vorbereitung, Organisation und Auswertung der Patientenbefragung wird zentral unterstützt und werden Empfehlungen für die Aufarbeitung der Ergebnisse abgegeben (Besprechung und Diskussion der Ergebnisse gemeinsam mit den Mitarbeitern des jeweiligen Bereiches, Miteinbindung der Qualitätskommission und des Qualitätsbeauftragten bei der Aufarbeitung der Ergebnisse, usw.).

Bei Ergebnissen, die einen Hinweis auf einen konkreten Handlungsbedarf zeigen, wird der Anstaltsleitung empfohlen, Verbesserungen unmittelbar zu erarbeiten (Problemdefinition, Qualitätszirkel, Kleingruppen).

Die Entscheidung, wie mit den Befragungsergebnissen vor Ort umgegangen wird bzw. welche Konsequenzen daraus abgeleitet werden, obliegt der Anstaltsleitung.

Im Zuge der Chirurgiereform haben sich für das LKH Fürstenfeld andere Gesichtspunkte ergeben, daher wurden von der Anstaltsleitung keine weiteren Schritte gesetzt. Im Herbst 2006 wird jedoch wieder eine Patientenbefragung durchgeführt werden.

13.2 **Mitarbeitereinführung**

Neu eintretende Turnusärzte werden nach einem Tutorsystem eingeführt, wobei pro Abteilung ein Kaderarzt dafür bestimmt wurde. Im Bereich der Hygiene erhalten neue Mitarbeiter ebenfalls eine Einführung.

Es wird angeregt, sukzessive **eine Mitarbeitereinführung** für **alle** neu Eintretenden im Krankenhaus im Rahmen **von Qualitätsmanagement zu planen und umzusetzen**.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

In der KAGes wurde zwischenzeitlich eine Arbeitsunterlage für die allgemeine Mitarbeitereinführung verbindlich eingeführt. Diese soll einen festgelegten Standard der Mitarbeitereinführung in allen Arbeitsbereichen und in allen Berufsgruppen sowie eine systematische Einführung in das Gesamtunternehmen sicherstellen.

Ergänzt wird dies durch die fachliche bzw. spezielle Mitarbeitereinführung (z. B. für eine bestimmte Berufsgruppe).

13.3 Projekte

13.3.1 Projekt MEDIKA-INFOPORTAL

Durch das Projekt MEDIKA-INFOPORTAL, welches von Mitgliedern des Landeskrankenhauses Fürstenfeld und einem Mitarbeiter der KAGes durchgeführt wurde, konnte ein Werkzeug für die übersichtliche Darstellung und Verwaltung von Arzneimitteln entwickelt werden.

Dieses Informationsportal ist für alle Krankenanstalten der KAGes anwendbar und wird auch bereits von der Mehrzahl der Krankenhäuser eingesetzt.

13.3.2 Krisenmanagement

Laut Auskunft der Betriebsdirektion liegt im Krankenhaus ein Krisenhandbuch auf, nach welchen im Anlassfall vorgegangen wird.

Der LRH erachtet es für zweckmäßig, in jeder Landeskrankenanstalt einen ausgebildeten Krisenmanager einzusetzen.

Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:

Zur Empfehlung des Landesrechnungshofes betreffend den Einsatz von Krisenmanagern wird angemerkt, dass in den LKHs die Ausbildung von Krisenmanagern bereits im Laufen ist. Die Ausbildung wird voraussichtlich Ende 2007 abgeschlossen sein.

Gemäß dem Handbuch "Krisen bewältigen" wurden in der Zentralklinik Ansprechpartner definiert, die in Krisensituationen für die LKHs zur Verfügung stehen.

13.3.3 Aufnahme

Vom Qualitätsmanagement wurde im Jahre 2005 die Projekte „Prozess Chirurgie Aufnahme“ und „Prozess Medizinische Aufnahme“ durchgeführt und stehen als Prozessdokumentation zur Verfügung.

13.3.4 Entlassung

Um die Versorgung bzw. Behandlung eines Patienten auch nach dessen stationären Aufenthalt zu gewährleisten, werden unter Einbeziehung der Angehörigen, der Hauskrankenpflege, anderer extramuralen Ansprechpartner und dem „Versorgungskoordinator der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse“ alle notwendigen Maßnahmen besprochen, vorbereitet und durchgeführt.

Aufgrund der **Erarbeitung und Umsetzung dieser Prozesse** kann eine **genaue Planung** vor Ende des stationären Aufenthaltes durchgeführt und eine **optimale Betreuung der Patienten** nach deren **Entlassung sichergestellt werden**.

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 28. Juni 2006 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dargelegt.

Teilgenommen haben daran:

vom Büro des Herrn Landesrates
Mag. Helmut HIRT:

Mag. Sandra ZETTINIG

von der Steiermärkischen
Krankenanstaltenges.m.b.H:

Dr. Reinhard SUDY
Ernst KAHR

von der Fachabteilung 8A:

Dr. Dietmar MÜLLER
MMag. Angelika PENNITZ

vom Landesrechnungshof:

LRH-Dir. Dr. Johannes ANDRIEU
Mag. Georg GRÜNWALD
Hannelore BRAUNEGGER

14. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Feststellungen:

- Die Anstaltsordnung entspricht nicht mehr dem aktuellen Stand. Im Zusammenhang mit der Prüfung des LKH Bad Radkersburg durch den Landesrechnungshof (Bericht GZ.: LRH 20 R 2 – 2005/8 vom 29.5.2006) hat die KAGes eine Überarbeitung aller Anstaltsordnungen der steirischen Landeskrankenanstalten bis Ende des Jahres 2006 zugesagt. Wegen der umfangreichen Änderungen in den Spitälern erscheint dem LRH die Fertigstellung bis zu diesem Zeitpunkt für angemessen.
- Die Bettensumme der einzelnen Behandlungsbereiche (systemisierte Betten) stimmt nicht mit der vorgegebenen Höchstzahl an Betten des Stmk. Krankenanstaltenplanes überein. Da der neue Krankenanstaltenplan zum Prüfungszeitpunkt noch nicht beschlossen war, empfiehlt der LRH, die neuen Vorgaben abzuwarten und die Anzahl der Betten erst danach der Krankenanstalt bekannt zu geben.
- Die Anzahl der Belagstage verringerte sich im Zeitraum 2002 bis 2005 um 14,1 %, wobei nur 2003 eine Steigerung von 3,2 % entstand. Dies ergab sich aus der bedeutend kürzeren Belagsdauer – einer Verminderung von 15,1 % im gleichen Zeitraum - und korreliert mit der Umsetzung der Zielvereinbarung der Chirurgie Fürstenfeld und den geplanten elektiven Operationen.
- Aufgrund der [REDACTED] wurde in den Jahren 2003 und 2005 mit einer [REDACTED] der tatsächlich aufgestellten Betten [REDACTED].
- Im Vergleich der Jahre 2005 mit 2002 wurde eine höhere Anzahl von stationären Patienten (+27 %) auf der Abteilung für Innere Medizin behandelt.

Trotz der gesunkenen Verweildauer um 17,5 % erhöhte sich die Anzahl der Belagstage im oben erwähnten Vergleichszeitraum aufgrund einer vermehrten Anzahl von aufgenommenen Patienten und von 2 zusätzlich aufgestellten Betten um 5,4 %.

Durch die Erhöhung der Auslastung nach Belagstagen um 2,3 % (Vergleich 2005 mit 2002) konnte der sehr gute Wert von 86,3 % erreicht werden.

Die mit 2.1.2006 eröffnete Station für Akutgeriatrie/Remobilisation der Abteilung für Innere Medizin war im Juni 2006 bereits zu 87,7 % ausgelastet.

- Ab 1. Jänner 2002 wurde für die Bevölkerung die Möglichkeit geschaffen, im LKH Fürstenfeld ambulant therapiert zu werden.

Die Erhöhung der Summe der Ambulanzgebühren von 758,8 % oder _____ (von _____ auf _____) ist auf die Inbetriebnahme der ambulanten Einrichtung für Physiotherapie zurückzuführen.

Durch die Bemühungen der Krankenanstalt und des Rechtsträgers konnten eine verbesserte Versorgung der Bevölkerung erreicht und mehr Erlöse durch ein erweitertes Leistungsangebot lukriert werden.

- Die Steigerung bei den korrigierten Beschäftigten im Labor konnte mit 0,6 %, bezogen auf die Steigerung der Gesamtleistungen an Patienten mit 17,1 %, niedrig gehalten werden (2002 – 2005).
- Bei der Gegenüberstellung der Summe der Pflage tage (2002 mit 2005) ist eine Verminderung um 11,9 % erkennbar. Der Lebensmittelverbrauch konnte um 14 % gesenkt werden. Die Anzahl der korrigierten Beschäftigten der Küche verminderte sich um 17,3 % (jeweils gleicher Zeitraum).
- Der LRH hat sich durch Einschau in die Protokolle der Hygienebesprechung von der Umsetzung aller Hygienemaßnahmen überzeugt.

- Den wiederholten Empfehlungen des LRH – die Homepage verstärkt als Plattform für Informationen und Aktuelles einzusetzen - hat der Rechtsträger insofern Folge geleistet, als die Homepage aller steirischen Krankenanstalten neu gestaltet wurde.

- Durch das Projekt MEDIKA-INFOPORTAL, welches von Mitgliedern des Landeskrankenhauses Fürstenfeld und einem Mitarbeiter der KAGes durchgeführt wurde, konnte ein Werkzeug für die übersichtliche Darstellung und Verwaltung von Arzneimitteln entwickelt werden.
Dieses Informationsportal ist für alle Krankenanstalten der KAGes anwendbar und wird auch bereits von der Mehrzahl der Krankenhäuser eingesetzt.

Empfehlungen:

- Ab 1.10.2005 wurde das Leistungsangebot in der Chirurgischen Abteilung aufgrund der von der Stmk. Landesregierung beschlossenen Chirurgiereform geändert.

Die durchschnittliche Auslastung nach Belagstagen stieg in der Chirurgischen Abteilung im Vergleich der Jahre 2003 mit 2002 um 6,5 %. Ab dem Jahr 2004 ergab sich eine fallende Tendenz - minus 6,8 % (2004), im Jahre 2005 minus 22,5 % - jeweils im Vergleich mit 2002. Die durchschnittliche Auslastung von [] liegt [] dem angestrebten Wert von 85 %.

Bei der durchschnittlichen Verweildauer konnte der angepeilte Zielwert – höchstens [] – erreicht werden.

Infolge des geänderten medizinischen Leistungsangebotes wurde die Anzahl der korrigierten Beschäftigten um 32,3 % minimiert.

Nach Ansicht des LRH sollte nach Ende der vorgesehenen Übergangsphase die Anzahl der Betten im Hinblick auf eine optimale Auslastung abgestimmt werden.

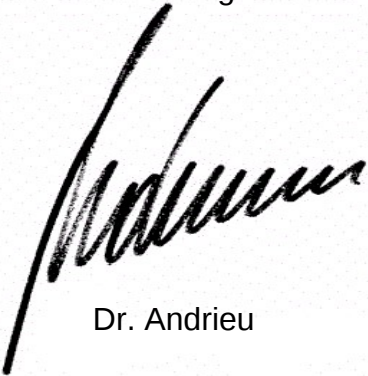
- Aufgrund der [] Gesamtauslastung im LKH Fürstenfeld von [] sollten die Auswirkungen der Neustrukturierung genau beobachtet werden, um weitere Maßnahmen zu einer optimalen Nutzung der Krankenhausressourcen herbeizuführen.
- Der LRH rät, die Kostensteigerungen im Bereich des Medikamentenaufwandes zu hinterfragen und gegebenenfalls steuernde Maßnahmen zu ergreifen, um dem Verhältnis Belagstage - Medikamentenaufwand gerecht zu werden.
- Um einheitliche Daten für strategische und operative Planungen steiermarkweit erstellen zu können, sind von der Zentralklinik einheitliche Richtlinien für unentgeltlich eingesetztes Personal vorzugeben.

- Der LRH befürwortet Kooperationen, wie in den Bereichen „Labor“ und „Radiologie“, wenn dadurch kostenintensive Geräte optimal ausgenutzt und regional parallele Leistungsangebote vermieden werden können. Es ist daher die Leistungsentwicklung zu verfolgen, um beabsichtigte Effekte zu überprüfen und gegebenenfalls Änderungen von Maßnahmen (z.B. Personal) durchzuführen.
- Die Anzahl der Gesamtfrequenzen in der Radiologie ging im beobachteten Zeitraum (2002 – 2005) um 15,6 % zurück. Die Zahl der korrigierten Beschäftigten verringerte sich um 0,3 % im gleichen Zeitraum. Gleichzeitig verminderten sich die Frequenzen pro korrigiertem Beschäftigten um 15,3 %. Der LRH empfiehlt, die Frequenzen pro korrigiertem Beschäftigten zu beobachten und den Personalstand gegebenenfalls anzupassen.
- Laut Auskunft der Betriebsdirektion werden im Rahmen der Medikamentenversorgung durch die KAGes seit Herbst 2005 Preisverhandlungen durch die drei Konsiliarapotheker Steiermarks durchgeführt.
Bei den dem LRH vorgelegten Preislisten mit den KAGes-Konditionen waren weiterhin Preise ersichtlich, welche zum Teil mit Naturalrabatten „ausverhandelt“ wurden. Der LRH empfiehlt Nettopreise – ohne Naturalrabatte – zu vereinbaren.
- Im Rahmen von Qualitätsmanagement wurden sehr übersichtlich Prozesse (z.B. das Aufnahmeprozedere) dargestellt. Bereits durchgeführte und in Zukunft geplante Prozessbeschreibungen sollten nach Ansicht des LRH in weiterer Folge in ein „wachsendes“ Organisationshandbuch integriert werden.
- Es wird angeregt, sukzessive eine Mitarbeiterneueinführung für alle neu Eintretenden im Krankenhaus im Rahmen von Qualitätsmanagement zu planen und umzusetzen.

- Um die Zufriedenheit seiner „Kunden“ in den Mittelpunkt zu stellen, sind Patientenbefragungen genauestens zu analysieren und gegebenenfalls erforderliche Maßnahmen zu ergreifen.

Graz, am 5. Dezember 2006

Der Landesrechnungshofdirektor:

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

Dr. Andrieu