

LKH  
Deutschlands-  
berg

### **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 D 1/2006 – 9

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. PRÜFUNGSGEGENSTAND</b> .....	<b>4</b>
<b>2. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN</b> .....	<b>6</b>
2.1 ANSTALTSORDNUNG .....	6
2.1.1 Aufgaben und Betriebsziel.....	6
2.1.2 Medizinische Gliederung.....	7
2.1.3 Einrichtungen .....	7
2.1.4 Systemisierte Betten .....	7
2.1.5 Auslastung in der Sonderklasse .....	9
2.1.6 Aufnahmen.....	10
<b>3. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN</b> .....	<b>11</b>
3.1 BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNG .....	11
3.1.1 Abteilung für Innere Medizin .....	13
3.1.2 Abteilung für Chirurgie .....	15
3.1.3 Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	16
3.2 0-TAGESAUFENTHALTE / TAGESKLINIK .....	19
3.2.1 0-Tagesaufenthalte .....	19
3.2.2 Tagesklinik .....	21
3.2.3 Zusammenfassung bettenführender Bereich .....	21
3.3 NICHT BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN .....	23
3.3.1 Leistungsdaten für den paramedizinischen Bereich.....	23
3.3.2 Ambulatorium für Innere Medizin.....	25
3.3.3 Ambulatorium für Chirurgie.....	26
3.3.4 Ambulatorium für Frauenheilkunde und Geburtshilfe .....	27
3.3.5 Radiologie .....	28
3.3.6 Labor.....	30
3.3.7 Physiotherapie .....	30
3.3.8 Zusammenfassung paramedizinischer Bereich.....	32
<b>4. ABGANGSENTWICKLUNG / KOSTENRECHNUNG</b> .....	<b>33</b>
4.1 ABGANGSENTWICKLUNG .....	33
4.1.1 Betriebsaufwand .....	33
4.1.2 Personalaufwand .....	34
4.1.3 Sachaufwand .....	35
4.1.4 Betriebsertrag .....	36
4.1.5 Betriebsabgang.....	37
4.2 EINRICHTUNG VON KOSTENSTELLEN / KALKULATORISCHE KOSTEN	38
4.2.1 Küchenleistungen an Dritte.....	38
4.2.2 Trennung des Bereiches Geburtshilfe und Frauenheilkunde .....	38
4.2.3 Kalkulatorisches Personal / kalkulatorische Kosten .....	39
<b>5. KOOPERATIONEN</b> .....	<b>41</b>
<b>6. MEDIKAMENTENDEPOT</b> .....	<b>43</b>
<b>7. HYGIENE</b> .....	<b>44</b>
<b>8. KÜCHE UND VERPFLEGSWIRTSCHAFT</b> .....	<b>45</b>
<b>9. TECHNISCHER DIENST</b> .....	<b>48</b>
<b>10. ABFALLWIRTSCHAFT / UMWELTSCHUTZ</b> .....	<b>49</b>
<b>11. BRANDSCHUTZ</b> .....	<b>50</b>

---

<b>12. KATASTROPHENSCHUTZ.....</b>	<b>52</b>
<b>13. QUALITÄTSSICHERUNG .....</b>	<b>53</b>
13.1 QUALITÄTSMANAGEMENT .....	53
13.2 RISKMANAGEMENT .....	53
13.3 ENTLASSUNGSMANAGEMENT .....	54
13.4 HOSPITATION .....	54
13.5 INFORMATIONSMÖGLICHKEITEN - BERUFSAUSWAHL.....	54
<b>14. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>56</b>

**ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS**

Abs.	Absatz
Amb.	Ambulanz / ambulant/e/r
Art.	Artikel
BGBI	Bundesgesetzblatt
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
DP/DPPI	Dienstposten / Dienstpostenplan
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FA	Fachabteilung
Freq.	Frequenz/en
GZ	Geschäftszeichen
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltenges m.b.H.
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
KAS	Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (bis 2003)
KDok	KA- und Kostenstellenstatistik ab 2004
korr. Besch.	Korrigierte/r Beschäftigte/r
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus, -häuser
LRH	Landesrechnungshof
LRH-VG	Landesrechnungshof-Verfassungsgesetz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
Pat.	Patienten
Stmk.	Steiermärkische/r
ua.	unter anderem
Ø	durchschnittlich/e

# 1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Der Landesrechnungshof hat eine Prüfung **der Gebarung, der Organisation und der Auslastung des Landeskrankenhauses Deutschlandsberg** durchgeführt. Prüfungszeitraum waren die Jahre 2002 – 2005 und teilweise 2006.

Zuständige politische Referenten im überprüften Zeitraum waren

bis 07. April 2003      Herr Landesrat Günter Dörflinger

bis 24. Oktober 2005    Herr Landesrat Mag. Wolfgang Erlitz

und ist

seit 25. Oktober 2005    Herr Landesrat Mag. Helmut Hirt.

Art. 12 des Bundes-Verfassungsgesetzes (B-VG) bestimmt, dass die Grundsatzgesetzgebung für Heil- und Pflegeanstalten Bundessache ist. Die Ausführungsgesetzgebung und Vollziehung fällt in die Kompetenz des Landes.

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 Deutschlandsberg, der Zentralklinik der KAGes bzw. der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark.

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

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

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

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

## **2. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN**

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

Rechtsträger der Anstalt ist die Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H.

### **2.1 Anstaltsordnung**

Die sanitätsbehördliche Bewilligung für die Anstaltsordnung gemäß § 6 KAKuG und § 9 KALG wurde mit Bescheid GZ: 12-86 De 4/14-2000 vom 7.11.2000 erteilt.

Aufgaben und Betriebsziele sind in der Anstaltsordnung, die nach Maßgabe des oben angeführten Bescheides genehmigt wurde, wie folgt festgelegt:

#### **2.1.1 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 isolierpflichtiger 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.“

Auch die von der Krankenanstalt geführten Einrichtungen werden in der Anstaltsordnung angeführt:

## 2.1.2 Medizinische Gliederung

### „§ 6 Medizinische Gliederung der Krankenanstalt

Die Krankenanstalt besteht im medizinischen Bereich aus folgenden Einrichtungen:

- (1) Abteilungen für Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie und Intensivmedizin.
- (2) Ambulatorien für Chirurgie und Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe.
- (3) Einrichtungen für Labormedizin, Blutproduktedepot, Cardiopulmonale Funktionsdiagnostik, Endoskopie, Ultraschall, internistische und perioperative Intensivmedizin, Röntgendiagnostik, 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.“

## 2.1.3 Einrichtungen

### „§ 13 Bereitgestellte Einrichtungen

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

## 2.1.4 Systemisierte Betten

Mit Bescheid der Stmk. Landesregierung, GZ: FA8A-86 De 2/44-2004, vom 20.1.2005 wurde eine organisatorische Änderung der Intensivbetten genehmigt.

Diese bewirkt, dass die bisherigen perioperativ / traumatologischen und konservativen Intensivbetten in eine „Interdisziplinäre und Interfunktionelle Intensivstation“ umgewandelt werden. Dadurch wurden Betten unterschiedlicher Fachdisziplinen organisatorisch zu einer Intensiveinheit zusammengefasst. Für den Bereich der Intensivbehandlung stehen 4 Betten den perioperativ / traumatologischen Patienten und 3 den konservativen Patienten zur Verfügung.

Für die Intensivüberwachung ist je 1 Bett für die oben angeführten Fachbereiche vorgesehen. Die Zuordnung der Betten erfolgt in Form von Bettenäquivalenten. Jeweils für 1 Jahr trägt einer der beiden Leiter der Fachabteilungen (Anästhesie bzw. Innere Medizin) die Verantwortung für die Intensiveinheit. Es

gibt einen gemeinsamen medizinisch-technischen Gerätepool. Bei freien Kapazitäten **kann die Belegung fach-, funktionsübergreifend und bedarfsgerecht durchgeführt werden**. Erforderliche **medizinische Geräte können flexibler eingesetzt werden. Ressourcen werden dadurch besser genutzt**.

Gleichzeitig wurde - laut oben angeführtem Bescheid - auch die Anzahl der Gesamtbetten von 230 auf 222 Betten vermindert. Diese Reduktion um 8 Betten betraf 6 Sonderklassebetten der Abteilung für Chirurgie und 2 Sonderklassebetten der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Am 1.12.2005 wurde über Antrag der KAGes die sanitätsbehördliche Bewilligung für eine weitere Planbettenreduktion erteilt (Bescheid GZ: FA8A-86 De 2/52-2005). Dadurch wurde die Gesamtanzahl der systemisierten Betten um weitere 3 Betten (Sonderklassebetten der Abteilung für Chirurgie) vermindert. Zusätzlich wurden 9 Sonderklassebetten der Abteilung für Innere Medizin in Betten der allgemeinen Klasse umgewandelt.

Die Maßnahmen - gemäß Bescheid vom 1.12.2005 - für die weitere Verminderung der systemisierten Betten und die Umwandlung von Betten wurden laut Auskunft der Betriebsdirektion mit 1.1.2006 umgesetzt.

Die beantragte Bettenreduktion erfolgte in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Landeskrankenanstaltenplanes (LKAP) und liegt mit der genehmigten Bettenanzahl bereits unter der vorgegebenen Höchstanzahl für Betten.

Die Anzahl der systemisierten Betten stellt sich wie folgt dar:

Fachabteilung	Allg. Klasse	Sonderklasse	Intensiv-Überwachung	Intensiv-Behandlung	Gesamt	LKAP*
Abt. f. Chirurgie	■	■			■	■
Abt. f. Innere Medizin	■	■	■	■	■	■
Abt. f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe	■	■			■	■
Abt. f. Anästhesiologie und Intensivmedizin			■	■	■	■ (Intensivgesamt)
Summe	179	31	2	7	219	230

\*LKAP: Landeskrankenanstaltenplan

### 2.1.5 Auslastung in der Sonderklasse

	2002	2003	2004	2005	2006
Systemisierte Betten	51	51	51	43	31
Auslastung in % nach Belagstagen	■	■	■	■	Zahlen liegen noch nicht vor

Die Auslastung der Sonderklassebetten sank in den Jahren 2002 bis 2004 kontinuierlich - um 7,3 Prozentpunkte. Aufgrund der Reduktion der systemisierten Planbetten mit 20.1.2005 in der Sonderklasse ergab sich für das Jahr 2005 eine Erhöhung um 5,4 Prozentpunkte. Die Verminderung laut Bescheid vom 1.12.2005 konnte in dieser Statistik noch nicht berücksichtigt werden.

Im Vergleich mit allen anderen steirischen Fondskrankenanstalten liegt das LKH Deutschlandsberg bei der durchschnittlichen Auslastung der Sonderklasse im unteren Bereich (2005<sup>1</sup>: Minimum - LKH Mürzzuschlag/Mariazell ■■■■■, Maximum - Bad Radkersburg ■■■■■)

<sup>1</sup> Quelle: KAGes-Statistikdaten 2005

Die Bemühungen um **Optimierung der Auslastung in der Sonderklasse** sollten **weiter fortgesetzt** werden.

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Durch die zwischenzeitlich erfolgte erneute Bettenreduktion (von 219 auf 212 Betten) werden die Bemühungen um eine Optimierung der Auslastung – auch in der Sonderklasse – fortgesetzt.*

## 2.1.6      **Aufnahmen**

In nachfolgender Tabelle<sup>2</sup> wird die Anzahl der aufgenommenen Patienten im Zeitraum 2002 bis 2005 dargestellt:

	2002	2003	2004	2005
Aufgenommene Patienten gesamt	9.475	10.073	10.800	10.908

Im betrachteten Zeitraum stieg die Anzahl der im LKH Deutschlandsberg aufgenommenen Patienten um 15,1 %.

Im Detail<sup>3</sup> ergab sich im Medizinischen Bereich eine 34 %ige und in der Gynäkologischen/Geburtshilflichen Abteilung eine 13,4 %ige Steigerung. In der Chirurgie sank die Anzahl der Aufnahmen um 4,6 %.

---

<sup>2</sup> Quelle: KAS bzw. KDok (2002-2005): Durch eine geänderte Summierung der „Aufgenommenen Patienten Gesamt“ (Differenz durch die vom Vorjahr Verbliebenen) ergeben sich minimale Unschärfen.

<sup>3</sup> Quelle: Verweildauerstatistik 2002 – 2005 des LKH Deutschlandsberg vom 3.8.2006

### 3. MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN

#### 3.1 Bettenführende Einrichtung

Die Anzahl der systemisierten und der tatsächlich aufgestellten Betten, der stationären Patienten, der Belagstage sowie die durchschnittliche Auslastung nach Belagstagen und die durchschnittliche Verweildauer entwickelte sich im Zeitraum 2002 – 2005 wie folgt:

Gesamtleistungen des LKH Deutschlandsberg	2002	2003	2004	2005
Systemisierte Betten	230	230	230	222
Tatsächlich aufgestellte Betten	230	230	230	222
Stationäre Patienten*				
Belagstage				
Auslastung nach Belagstagen				
Ø Verweildauer (Basis Belagstage)				

\* Berechnungsbasis: Aufnahmen, Entlassene, Verstorbene

In den Jahren 2002 bis 2005 war die Anzahl der systemisierten Betten mit jener der tatsächlich aufgestellten Betten in allen Bereichen ident.

Im Ergebnis des Jahres 2005 war die Anzahl der stationär behandelten Patienten um 14,3 % höher als im Jahr 2002. Aufgrund der verkürzten durchschnittlichen Verweildauer (minus ) verminderte sich - trotz der höheren Anzahl an stationären Patienten - die Zahl der Belagstage um 5,7 %. Die Auslastung sank im beobachteten Zeitraum um 2,3 %.

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Seit der Prüfung durch den LRH wurde eine weitere Planbettenreduktion von 219 Planbetten auf 212 Planbetten beantragt, die mit Bescheid vom 12. Jänner 2007 rückwirkend per 31. Dezember 2006 wirksam wurde. Der Planbettenbestand wurde auf der Abteilung für Innere Medizin um 4 Planbetten, auf der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe um 2 Planbetten sowie auf der Abteilung für Chirurgie um 1 Planbett reduziert.*

*Die Betten am LKH Deutschlandsberg liegen bereits unter der im Landeskrankenanstaltenplan vorgesehenen Bettenzahl.*

### 3.1.1 Abteilung für Innere Medizin

Schwerpunkte in der internistischen Diagnostik und Behandlung sind in dieser Abteilung die Endoskopie mit dem Gebiet der Gastroenterologie und der Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der peripheren arteriellen Verschlusskrankheiten sowie der Erkrankungen des venösen Gefäßsystems.

Im Folgenden wird die Entwicklung einiger Kennzahlen des bettenführenden Bereiches „Innere Medizin“ dargestellt:

Abt. f. Innere Medizin	2002	2003	2004	2005
Systemisierte Betten	93	93	93	93
Tats. aufgestellte Betten	93	93	93	93
Stationäre Patienten *				
Belagstage				
Auslastung nach Belagstagen				
Ø Verweildauer (Basis Belagstage)				

\*Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene

Die Anzahl der stationären Patienten ist in dieser Abteilung (2002 – 2005) um 39,6 % gestiegen. Die Anstaltsleitung erklärt dies mit einer

„weiteren Schwerpunktbildung im Bereich der Herz-Kreislaufmedizin neben der bereits etablierten gastroenterologischen Ausrichtung“.

Bei einem Vergleich der Patientenstromanalyse<sup>4</sup> des Jahres 2002 mit 2004 bezogen auf die Innere Medizin ist erkennbar, dass sich die Anzahl der im LKH Deutschlandsberg behandelten Fälle aus dem Bezirk Deutschlandsberg um 4,2 % oder 713 Patienten erhöhte. Das Univ. Klinikum Graz hingegen besuchten um 4,7 % oder 161 Patienten weniger aus dem Bezirk Deutschlands-

<sup>4</sup> Quelle: Statistikdaten des Landesgesundheitsfonds übermittelt durch das LKH Deutschlandsberg, Vergleich 2002 mit 2004

berg. Für diesen Vergleich wurde die Gesamtanzahl des jeweiligen Landeskrankenhauses jeweils der Gesamtanzahl der Patienten pro Jahr (für 2002 4.803, für 2004 5.533), welche aus dem Bezirk Deutschlandsberg in fondsfinanzierten Krankenanstalten aufgenommen wurden, gegenüber gestellt. Dies kann als Vertrauenssteigerung in die Leistungen der Abteilung für Innere Medizin des LKH Deutschlandsberg angesehen werden.

Die **durchschnittliche Verweildauer** wurde im Vergleich der Jahre 2005 mit 2002 um  **oder 28,8 % reduziert**. Die Anzahl der **Belagstage verminderte** sich – bei gleichzeitiger Reduktion der Verweildauer– nur **um 1,5 %**. Dies ist auf die Erhöhung der Anzahl der stationären Patienten zurückzuführen.

**Um eine Vollauslastung von 85 % zu erreichen, wäre ein Bettenstand von 85 Betten ausreichend.**

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Eine aktuelle Berechnung nach der mit dem LRH abgestimmten Methode ergibt für das Jahr 2010 einen Bedarf an 86 Betten und zwei Tagesklinikplätzen. Unter der Voraussetzung, dass das Angebot an Akutgeriatrie/Remobilisations-Betten in diesem Zeitraum weiter ausgedehnt wird und die Abläufe im Sinne einer rascheren Übernahme von geriatrischen Patienten an spezialisierten Einrichtungen optimiert werden können, wird zusätzlich mit einer Reduktion von vier internistischen Betten gerechnet.*

### 3.1.2 Abteilung für Chirurgie

Neben der allgemein- und unfallchirurgischen Behandlung bilden die endoskopische Behandlung von Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, die diagnostische und chirurgische Therapie der weiblichen Brustdrüse und operative Behandlung der Schilddrüse Schwerpunkte im chirurgischen Angebot. Ebenso wird eine breite Palette von minimalinvasiv-chirurgischen Techniken angeboten.

Abt. f. Chirurgie	2002	2003	2004	2005
Systemisierte Betten	90	90	90	84
Tats. aufgestellte Betten	90	90	90	84
Stationäre Patienten *				
Belagstage				
Auslastung nach Belagstagen				
Ø Verweildauer (Basis Belagstg)				

\*Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene

Im Zeitraum 2002 bis 2005 **verminderte** sich die **durchschnittliche Verweildauer** um . Aufgrund dieser verkürzten Verweildauer und einer nur minimal verminderten Anzahl von stationären Patienten (- 0,2 %) fiel im gleichen Zeitraum die Summe der Belagstage um 10,5 %.

Die Anzahl der **systemisierten Betten** wurde im Jahre 2005 um **6 Betten herabgesetzt**. Dennoch ergab sich im Vergleich des Jahres 2005 mit 2002 ein **Rückgang der durchschnittlichen Auslastung um 2,9 Prozentpunkte**.

Die mit Bescheid vom 1.12.2005 bereits genehmigte Reduktion der Betten ergibt einen Gesamtstand von **81 Betten** (ab 1.1.2006).

**Um die angestrebte 85 %ige Auslastung zu erreichen, könnte in diesem Bereich mit 69 Betten das Auslangen gefunden werden.**

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:**

*In den Planungen der KAGes betreffend das medizinische Angebot ist eine Reduktion chirurgischer Betten vorgesehen. Dies beruht im Wesentlichen auf der Tatsache, dass die Abteilung für Chirurgie einen hohen Anteil an konservativen Patienten und zusätzlich eine über dem Österreichschnitt liegende Belagsdauer aufweist.*

*Hinsichtlich der geplanten Einführung einer chirurgisch/gynäkologischen 5-Tages-Station, wodurch eine bessere Auslastung und ökonomischere Betriebsführung erreicht werden kann, sind entsprechende Bedarfsanalysen beauftragt.*

*Zurzeit wird die zukünftige Gestaltung der unfallchirurgischen Versorgung in der Region Süd-West erörtert, was einen zusätzlichen Einfluss auf die am LKH Deutschlandsberg vorzuhaltenden Ressourcen haben kann.*

**3.1.3 Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**

In der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe werden alle konservativen und operativen Verfahren der gynäkologischen Standardversorgungen wahrgenommen. Einen fachspezifischen Schwerpunkt bildet die Geburtshilfe<sup>5</sup>. Im Jahr 2005 wurden 702 Geburten betreut.

Seit 1991 wird die Entbindungseinheit des LKH Wagna bereits in Personalunion mit Deutschlandsberg geführt. Mit 1.1.2004 übernahm der Leiter der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Voitsberg auch jene des LKH Deutschlandsberg und des LKH Wagna. Die meisten Ärzte dieser Abteilung versehen ihren Dienst sowohl in Deutschlandsberg als auch in den LKH Wagna und Voitsberg.

---

<sup>5</sup> Quelle: Homepage des LKH Deutschlandsberg, <http://www.lkdeutschlandsberg.at/cms/beitrag/10011587/2131044> vom 8.11.2006

Laut Krankenanstaltenstatistik der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des LKH Deutschlandsberg ergeben sich folgende Leistungsdaten:

Frauenheilkundl. - und Geburtshilfl. Abt.	2002	2003	2004	2005
Systemisierte Betten	38	38	38	36
Tats. aufgestellte Betten	38	38	38	36
Stationäre Patienten *				
Belagstage				
Auslastung nach Belagstagen				
Ø Verweildauer (Basis Belagstage)				

\*Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene

Mit 2005 wurde die Anzahl der systemisierten Betten von 38 auf 36 vermindert. Dadurch ergab sich – **trotz einer verminderten Anzahl von Belagstagen** - eine **Erhöhung der durchschnittlichen Auslastung** im Vergleich des Jahres 2002 mit 2005 **um 0,2 Prozentpunkte**.

Im Verlauf des in der Tabelle dargestellten Zeitraumes **verminderte sich die Verweildauer um** . Daraus ergab sich die reduzierte Anzahl von Belagstagen.

Die Anzahl der **stationären Patienten** stieg **um 15,3 %** (2002 – 2005). Laut Auskunft der Ärztlichen Direktion ist durch **die Renovierung der Kreißsäle die Attraktivität der Geburtshilflichen Abteilung** in Deutschlandsberg **deutlich gestiegen**.

Zusätzlich werden **geburtsvorbereitende Informationsveranstaltungen bzw. geburtsvorbereitende Akupunktur- und Akupressurbehandlungen angeboten**.

Der LRH regt an, **durch Bettenreduktion die Versorgung an den tatsächlichen Bedarf anzupassen.**

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Auf Grund der im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) vorgesehenen Strukturqualitätskriterien und Mindestmengen sind im Bereich der Gynäkologie und Geburtshilfe Schwerpunktsetzungen notwendig.*

*In der Region Süd-West hält das LKH Deutschlandsberg auf Grund seiner geeigneten Ausstattung die Funktion einer geburtshilflichen Schwerpunktversorgung inne und betreut aus diesem Grund auch Fälle mit einem höheren Geburtsrisiko, während die benachbarten Landeskrankenhäuser Wagna und Voitsberg lediglich risikoarme Geburten betreuen sollen. Weiters erfolgt zukünftig nur mehr am LKH Deutschlandsberg rund um die Uhr eine gynäkologische Versorgung, während das Leistungsspektrum am LKH Voitsberg auf risikoarme, elektive Eingriffe in Form einer 5-Tages-Station reduziert wurde. Nicht zuletzt aus diesem Grund wurde im LKH Deutschlandsberg soeben ein zweiter Anästhesiedienst eingerichtet.*

## 3.2 0-Tagesaufenthalte / Tagesklinik

### 3.2.1 0-Tagesaufenthalte

In allen stationären Bereichen ist eine höhere Anzahl der durchgeführten 0-Tagesaufenthalte (Eintagspflegen) ersichtlich:

Eintagspflegen bzw. 0-Tagesaufenthalte	Abteilung für Chirurgie	Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Abteilung für Innere Medizin
2002	52	104	95
2003	82	112	330
2004	91	136	514
2005	187	187	566
Steigerung 2002 - 2005	135	83	471

#### Abteilung für Chirurgie:

Die Steigerung der 0-Tagesaufenthalte wird von der Anstaltsleitung damit erklärt, dass

„im Rahmen des Vorsorgeprogramms der Österr. Krebshilfe coloskopische Untersuchungen durchgeführt und ein Großteil der Patienten als Ein- bzw. 0-Tagespatienten behandelt werden. Zusätzlich fallen in der Nacht aufgenommene Patienten mit unklaren chirurgischen Symptomen teilweise in diesen zeitlichen Rahmen, da die Chirurgische Abteilung bemüht ist, die Diagnostik bei diesen Patienten in relativ kurzer Zeit durchzuführen.“

#### Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe:

Auch in diesem Bereich werden laut Auskunft des LKH Deutschlandsberg

„entsprechend den Unternehmensvorgaben tageschirurgische Eingriffe forciert, die Verweildauer verringert und bei entsprechender Indikation zunehmend Fälle als Eintagspflegen bzw 0-Tagesaufenthalte geführt.“

**Abteilung für Innere Medizin:**

Die Steigerung im stationären Bereich der „Inneren Medizin“ ergibt sich laut ärztlicher Leitung durch

„die Umschichtung der Coloskopie aus dem klassisch stationären Bereich in den 0-Tagesbereich. Weiters wird durch die Einführung eines zielgerichteten Abklärungskonzeptes die Abarbeitung medizinischer Probleme vermehrt in 0-1 Tagesaufenthalten durchgeführt“.

Die **erhöhte Anzahl von 0-Tagespatienten** hat **eine verkürzte Verweildauer pro Patienten** zur Folge. Durch die verminderte Anzahl von Belagstagen ergab sich **für alle Bereiche – im Speziellen aber für die Abteilung für Innere Medizin - eine geringere Auslastung.**

### 3.2.2 Tagesklinik

Die Anstaltsleitung bietet einige medizinische Leistungen in tagesklinischer Form an.

**Aufgrund der kürzeren Aufenthaltsdauer der Patienten im stationären Bereich entstehen dem Eigentümer und damit auch der Bevölkerung geringere Kosten.** Nach Aufnahme der tagesklinisch erbringbaren Leistungen in den Leistungskatalog können **höhere LDF-Punkte für die tagesklinische Leistung lukriert** werden **als bei 0-Tagesaufenthalten**.

**Für den Patienten** resultiert durch die Möglichkeit der **tagesklinischen Behandlung eine kurze Abwesenheit** aus dem **gewohnten Umfeld** und **den damit verbundenen Verpflichtungen**.

Der LRH begrüßt daher diese medizinische Angebotsform.

### 3.2.3 Zusammenfassung bettenführender Bereich

**Zusammenfassend kann Folgendes festgestellt** werden (2002 – 2005):

In der **Abteilung für Innere Medizin** ist die Anzahl der **stationären Patienten** um **39,6 % gestiegen**. Dies ergab sich ua. aufgrund der Bemühungen um eine Schwerpunktbildung in der Herz-Kreislaufmedizin.

In der **Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** wurden um **15,3 % mehr stationäre Patienten** betreut.

Im Bereich der **Abteilung für Chirurgie** **verminderte** sich die Anzahl der **stationären Patienten** um **0,2 %**.

In **allen erwähnten Bereichen** wurde die Anzahl der **Ø-Verweildauer vermindert** und **damit auch die Summe der Belagstage**.

Anerkennend **wird festgestellt**, dass **sich die Anstaltsleitung bemüht, verstärkt medizinische Leistungen in tagesklinischer Form bzw. 0-Tagesaufenthalte** anzubieten. **Insgesamt sind beide Varianten** für Kurzaufenthalte **im Sinne der Patienten zu forcieren**.

Außerdem finden in der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Überlegungen statt, eine **5-Tage Station** für risikominimierte gynäkologische Operationen (vor allem bei endoskopischen Eingriffen) zu führen.

Im Sinne der Patientenorientierung **begrüßt** der **LRH diese organisatorischen Vorhaben**. Dadurch wird die Auslastung erhöht und eine **effizientere Ressourcenausnutzung** ermöglicht.

**Die angestrebte Auslastung von 85 %** (bei der Chirurgischen und Internen Abteilung) **bzw. von 80 %** (in der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe) **ist in den geprüften Bereichen** . Bei Überlegungen **zu einer weiteren Bettenreduktion** sind die **Auswirkungen** durch **erhöhte 0-Tagesaufenthalte und tagesklinische Aufenthalte zu berücksichtigen**.

### 3.3 Nicht bettenführende Einrichtungen

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Die Ausführungen im Prüfbericht des LRH betreffend die beschränkte Vergleichsmöglichkeit der Leistungskennzahlen mit den Vorjahren treffen zu. Die Ursachen dafür wurden bereits im Prüfbericht des LRH dargelegt. Die aufgezeigten Verbesserungspotenziale in der Leistungserfassung und -kontrolle in der Verwaltung und den Leistungsstellen vor Ort werden aufgegriffen.*

#### 3.3.1 Leistungsdaten für den paramedizinischen Bereich

Die Erfassung und die Art der Erfassung der Kennzahlen „Ambulante Fälle“ / „Ambulante Patienten“, „Frequenzen“ und „korrigierte Beschäftigte“ werden vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen vorgegeben.

Bis zum Jahr 2003 wurde laut Vorgabe des Bundesministeriums die Kennzahl „Ambulante Fälle<sup>6</sup>“ geführt, welche ab 2004 mit der Kennzahl „Ambulante Patienten<sup>7</sup>“ ersetzt wurde. Diese beiden Kennzahlen werden daher nicht miteinander verglichen.

Vom LKH Deutschlandsberg wurden bis zum April 2005 die Kennzahlen „Ambulante Fälle bzw. Ambulante Patienten“ und „Frequenzen“ mittels händischer Aufzeichnungen in den Ambulanzen erstellt.

Seit April 2005 werden die vorhin erwähnten Kennzahlen ausschließlich aufgrund der eingegebenen Patientendaten – über das EDV-Programm openMEDOCS<sup>8</sup> errechnet.

---

<sup>6</sup> 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

<sup>7</sup> Amb. Pat. (ab 2004): Zahl der Erstbesuche – unabhängig vom Krankheitsbild

<sup>8</sup> openMEDOCS: EDV-Programm für medizinisch-pflegerische Dokumentation

Die **teilweise hohen Differenzen in den Leistungskennzahlen** werden von der Anstaltsleitung **wie folgt begründet:**

„Im Bereich der Kostenrechnung gibt es grundsätzlich das Problem, dass die Zeit vor 2005 in manchen Fällen nur sehr aufwändig nachvollziehbar ist, weil der ehemalige Kostenrechner, Herr X, der diese Tätigkeit 20 Jahre lang gemacht hat, im Alter von 57 Jahren (nicht wirklich vorhersehbar) quasi über Nacht in Pension gegangen ist.

Frau Y hat die Aufgabe dann in einer „Ho-Ruck-Aktion“ übernehmen müssen. Nachdem sich Herr X von der bescheidmäßigen Zuerkennung seiner Pension bis zum Pensionsantritt auch noch im Krankenstand befand, war auch eine Einschulung durch ihn nicht mehr möglich. Frau Y konnte mit Hilfe der Finanzdirektion und des LKH Graz-West für die Kostenrechnung fit gemacht werden (die jahrzehntelange Erfahrung des Herrn X ist aber natürlich nicht wettzumachen).

Festgestellt werden kann, dass die manuelle Zählweise vor Einführung von openMedocs der jetzigen Vorgehensweise nicht 100%ig entspricht – dies hat natürlich auch entsprechende Auswirkungen auf die Leistungskennzahlen.“

**Diese Begründung ist für den LRH nicht nachvollziehbar**, da die in den „nicht bettenführenden Einrichtungen“ tätigen Mitarbeiter vor Ort verpflichtet sind, die Leistungen zu dokumentieren. In der Verwaltung werden in erster Linie Plausibilitätsprüfungen vorgenommen. Außerdem sind grundsätzlich für jeden Bereich Vertretungen einzurichten. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass **Differenzen bereits über mehrere Jahre aufgetreten sind und damit auch der Anstaltsleitung bekannt gewesen sein müssten.**

Nachstehend wird die Entwicklung der Leistungsdaten in den Ambulanzen dargestellt. Es wird aber auf die **eingeschränkte Aussagefähigkeit** durch die festgestellten Differenzen **verwiesen.**

### 3.3.2 Ambulatorium für Innere Medizin

Im Ambulatorium für Innere Medizin (inklusive der Schilddrüsen- und Gefäßambulanz) entwickelten sich die Leistungskennzahlen im Zeitraum 2002 bis 2005 wie folgt:

Amb. f. Innere Medizin	Amb. Fälle	Amb. Pat.	Freq. an amb. Pat.	Freq. an stat. Pat.	Summe Freq.	korr. Besch.	Freq./korr. Besch.
2002							
2003							
2004							
2005							

(\*) Diese Unstetigkeiten gehen auf unterschiedliche Zählweisen zurück – wie schon einleitend erwähnt - und werden auch im Kapitel „3.3.8 Zusammenfassung paramedizinischer Bereich“ behandelt.

Bei der Analyse der Kennzahlen des Jahres 2002 mit 2004 ist eine Erhöhung der stationären Frequenzen um   3,8 % ersichtlich. Im darauf folgenden Jahr **sank** die Anzahl der stationären Frequenzen **um 75,8 %** (2004 - 2005).

Bei der Gegenüberstellung der Jahre 2002 und 2004 ist bei der Zahl der **Frequenzen der ambulanten Patienten** eine **Erhöhung um 42,8 %** ersichtlich. Im Jahre 2005 frequentierten um **25,8 % weniger ambulante Patienten** das Ambulatorium für Innere Medizin als 2004.

Die Anzahl der **Ambulanten Patienten** (2004 – 2005) **verminderte** sich um **36,8 %**.

### 3.3.3 Ambulatorium für Chirurgie

Im Ambulatorium für Chirurgie werden montags bis freitags bestellte Patienten ambulant versorgt. Notfälle bzw. verunfallte Personen werden auch außerhalb der regulären Zeit untersucht und entsprechend behandelt.

Amb. f. Chirurgie	Amb. Fälle	Amb. Pat.	Freq. an amb. Pat.	Freq. an stat. Pat.	Summe Freq.	korr. Besch.	Freq./korr. Besch.
2002							
2003							
2004							
2005							

\*) siehe Ambulatorium für Innere Medizin

In diesem Ambulatorium ergab sich bei der Anzahl der **Frequenzen an stationären Patienten** (2002 – 2004) eine **Reduktion um 1,3 %**. Von 2004 auf 2005 **verminderte** sich die **oben erwähnte Kennzahl um 54 %**.

Bei den aufgezeichneten **Frequenzen an ambulanten Patienten** waren im Jahr **2004 um 4,4 % mehr als im Jahr 2002** ersichtlich. Im Vergleich des Jahres 2004 mit 2005 **veränderte sich** die Anzahl der **Frequenzen an ambulanten Patienten kaum** (- 0,3 %).

Die Zahl der **ambulanten Patienten erhöhte sich** im gleichen Zeitraum **um 3,8 %**.

### 3.3.4 Ambulatorium für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Im Teilbereich der frauenheilkundlichen Schmerzambulanz bzw. der perioperativen Ambulanz (Zuweisung aus dem niedergelassenen Bereich) werden täglich Patienten ohne Anmeldung untersucht und behandelt.

Den zweiten Bereich bildet die präpartale Ambulanz, in welcher schwangere Frauen in den letzten Wochen vor der Geburt betreut werden.

Zusätzlich werden noch folgende Spezialambulanzen im LKH Deutschlandsberg geführt:

- Kinderwunsch-Ambulanz
- Urodynamische Ambulanz
- Endokrinologische Ambulanz
- Ambulanz für Pränataldiagnostik
- Ambulanz für Akupunkturbehandlung
- Ambulanz für Laktations- und Stillprobleme

Die Summen der Frequenzen aller angeführten Ambulanzen des Ambulatoriums für Geburtshilfe und Gynäkologie werden in nachfolgender Tabelle dargestellt:

Geburtshilf- u. Gynäkolog. Amb.	Amb. Fälle	Amb. Pat.	Freq. an amb. Pat.	Freq. an stat. Pat.	Summe Frequ.	korr. Besch.	Freq./korr. Besch.
2002							
2003							
2004							
2005							

(\*) siehe Ambulatorium für Innere Medizin

Bei der Anzahl der **Frequenzen an stationären Patienten** (2002 - 2004) ergab sich **keine Veränderung**. Von 2004 auf 2005 erhöhte sich die Summe der vorher angeführten Kennzahl um **133,9 %**.

Im Jahr 2004 wurden - im Vergleich mit dem Jahr 2002 - an **ambulanten Patienten** um  oder **2,1 % weniger Frequenzen** gezählt. Weiters ergab sich von 2004 auf 2005 eine **minimale Erhöhung von 3,3 %** (Freq. an amb. Pat.).

### 3.3.5 Radiologie

Dem Verantwortlichen der Radiologie des LKH Feldbach obliegt auch die Leitung der Radiologie des LKH Deutschlandsberg. Täglich von 7,30 Uhr – 15,30 Uhr befundet ein Radiologe des LKH Feldbach vor Ort. Außerhalb dieses Zeitrahmens werden die notwendigen Befundungen über Teleradiologie im LKH Feldbach durch einen Facharzt für Radiologie durchgeführt. Ein eigener Computertomograph steht in Deutschlandsberg zur Verfügung. Notwendige magnetresonanztomographische Untersuchungen können durch das LKH Feldbach abgedeckt werden.

Nachstehend wird die Entwicklung der beanspruchten Frequenzen (inklusive Computertomographie) dargestellt:

Radiologie	Amb. Fälle	Amb.Pat.	Freq. an amb.Pat.	Freq. an stat.Pat.	Summe Frequenzen	korr. Besch.	Freq./korr. Besch.
2002							
2003							
2004							
2005							

(\*) siehe Ambulatorium für Innere Medizin

Im Vergleich mit dem Vorjahr **erhöhte sich** die Anzahl der **ambulanten Patienten** im Jahr 2005 um  oder **315,3 %**, jedoch **verminderte** sich die Anzahl der **Frequenzen am ambulanten Patienten um 5,8 %** (2004 – 2005).

Trotz der gestiegenen stationären Aufnahmen im LKH Deutschlandsberg (+1,2 %) verminderte sich die Anzahl der Frequenzen an stationären Patienten in der Radiologie um 11% (jeweils im Vergleich der Jahre 2004 mit 2005).

Die Antwort der Betriebsdirektion auf die nochmalige Nachfrage des LRH nach einer Erklärung für die **übermäßig hohe Steigerung** bei der Anzahl der ambulanten Patienten lautete:

*„Wie bereits im Antwortschreiben vom 23.10.2006 erwähnt gibt es im Bereich der Kostenrechnung grundsätzlich das Problem, dass die Zeit vor 2005 nicht mehr nachvollziehbar ist.*

*Festgestellt werden kann, dass die manuelle Zählweise vor Einführung von openMedocs der jetzigen Vorgehensweise nicht 100%ig entspricht – dies hat natürlich auch entsprechende Auswirkungen auf die Leistungskennzahlen.*

*2002 – 2004 (Ermittlung durch langjährigen Kostenrechner)*

*Amb. Fälle/Pat.: RIS-Auswertung / Anzahl der CT-Patienten ambulant*

*Frequenzen an amb. Pat.: RIS-Auswertung / Anzahl der Patienten ambulant*

*Frequenzen an stat. Pat.: RIS-Auswertung / Anzahl der Patienten stationär*

*2005 (Übernahme durch nachfolgenden Kostenrechner)*

*Amb. Pat. 01.01. – 31.03.:*

*383 – RIS-Auswertung / Anzahl der CT-Patienten ambulant*

*Amb. Pat. 01.04. – 31.12.:*

*7.184 – openMedocs-Auswertung / KA-Statistik Ambulant nach Funktionscodes*

*Frequenzen an amb. Pat. 01.01. – 31.03.:*

*3.393 – RIS-Auswertung / Anzahl der Patienten ambulant*

*Frequenzen an amb. Pat. 01.04. – 31.12.:*

*9.519 – openMedocs-Auswertung / KA-Statistik Ambulant nach Funktionscodes*

*Frequenzen an stat. Pat. 01.01. – 31.03.:*

*3.391 – RIS-Auswertung / Anzahl der Patienten ambulant*

*Frequenzen an stat. Pat. 01.04. 31.12.:*

*8.509 – openMedocs-Auswertung / KA-Statistik Ambulant nach Funktionscodes“*

**Für den Landesrechnungshof ist diese Begründung nicht nachvollziehbar.**

### 3.3.6 Labor

Mit 3.2.2002 wurde für das Labor ein neues steiermarkweit einheitliches EDV-unterstütztes Zählsystem eingeführt.

Labor	Gesamt- leistg.	korr. Besch.	Leistung/ korr.Besch.
2002			
2003			
2004			
2005			

Die Anzahl der Gesamtleistungen erhöhte sich um 5,7 %. Durch eine Reduktion bei der Anzahl des korrigierten Personals (minus 9,7 %) erhöhte sich die Anzahl der Leistungen pro korrigiertem Beschäftigten um 17,1 % jeweils im Vergleich 2002 mit 2005.

### 3.3.7 Physiotherapie

Es wurden zunächst nur stationäre Patienten bzw. jene ambulante Patienten, die bereits stationär im LKH Deutschlandsberg behandelt wurden, in der Physiotherapie betreut. Seit 2004 ist es bei entsprechenden Personalressourcen möglich, auch extern zugewiesene Patienten ambulant zu behandeln.

Physio- therapie	Amb.Pat.	Freq. an amb.Pat.	Freq. an stat.Pat.	Gesamt- frequenzen	korr. Besch.	Freq./ korr. Besch.
2002						
2003						
2004						
2005						

Im Vergleich der Jahre 2002 mit 2005 ergab sich bei den Gesamtfrequenzen eine Verminderung von 16,9 %. Die Frequenzen pro korrigiertem Beschäftigten

sanken um 20,3 %. Laut Auskunft der verantwortlichen Physiotherapeutin ergab sich dies aufgrund der höheren Altersstruktur der stationären Patienten. Damit ist ein intensiverer Einsatz des Personals bei der Erbringung von Therapien im stationären Bereich verbunden. Somit **ergibt sich einerseits eine erhöhte Anzahl von Leistungen pro Patienten, andererseits eine verminderte Anzahl von Gesamtfrequenzen und ebenfalls weniger Frequenzen pro korrigiertem Beschäftigten.**

Um die **bestmöglichen zeitlichen Voraussetzungen für Patienten** - im Rahmen einer nachstationären ambulanten Inanspruchnahme einer Therapie - **zu schaffen**, wurde **für Bedienstete in der Physiotherapie „die Gleitzeit“** eingeführt. Damit **besteht die Möglichkeit von 7,00 Uhr bis 17,00 Uhr ambulante Therapien anzubieten.**

**Dies wird vom LRH begrüßt.**

Laut Aussage der leitenden Physiotherapeutin war es bis jetzt nicht möglich, eine **Auswertung** der Kennzahl „**Frequenzen**“ aus der **EDV** zu erhalten. Deswegen wurde noch händisch eine Strichliste geführt. **Mittlerweile konnte dieses Problem nach Absprache mit der Zentralklinik der KAGes gelöst werden.**

### **3.3.8 Zusammenfassung paramedizinischer Bereich**

Die Kennzahlen des ambulanten Bereiches spiegeln ebenso die Leistungen einer Krankenanstalt wider wie jene des stationären Bereiches.

**Der LRH stellt fest, dass ab dem Jahr 2005 im paramedizinischen Bereich nur teilweise Vergleichsmöglichkeiten mit den Vorjahren gegeben sind. Die unterschiedlichen Leistungsdaten sind nicht nachvollziehbar.**

Da diese Daten bundesweit zur weiteren Verwendung, wie z.B. für österreichweite Vergleiche, zur Verfügung gestellt werden, wird dringend geraten, **der Erfassung der erbrachten Leistungen größere Aufmerksamkeit** zu widmen. Dies ist für die **Dokumentation der eigenen Leistungen** aber auch für die **damit verbundene Außenwirkung** von Bedeutung.

## 4. ABGANGSENTWICKLUNG / KOSTENRECHNUNG

### 4.1 Abgangsentwicklung

Die Entwicklung des Betriebsaufwandes und des Betriebsertrages stellt sich für die Jahre 2002 bis 2005 – laut Gewinn- und Verlustrechnung – wie folgt dar:

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Wie vom LRH auf Seite 33 dargelegt, erhöhte sich der Betriebsabgang in der Betrachtung des Jahres 2005 mit 2002 nur geringfügig (0,4 %), da die Erträge in einem größeren Ausmaß als die Aufwendungen zugenommen haben.*

*Die minimale Steigerung des Betriebsabganges ist auch unter dem Gesichtspunkt der im selben Zeitraum erfolgten Steigerung der Patientenzahl um fast 15 % positiv zu sehen.*

#### 4.1.1 Betriebsaufwand

	2002	2003	2004	2005
	in €	in €	in €	in €
Betriebsaufwand				

Insgesamt erhöhte sich der Gesamt- oder Betriebsaufwand im Vergleich des Jahres 2002 mit 2005 um 5,9 %.

Bei der Betrachtung der Teilbereiche Personalaufwand und Sachaufwand ist Folgendes erkennbar:

### 4.1.2 Personalaufwand

	2002	2003	2004	2005
	in €	in €	in €	in €
Personalaufwand				

Der Personalaufwand erhöhte sich im Zeitraum 2002 - 2005 um 10,6 %.

Die Anstaltsleitung erklärt dies folgendermaßen:

„Im Jahre 2005 wurde eine Abfertigungssumme in der Höhe von \_\_\_\_\_ ausbezahlt. Im Vergleich dazu wurde im Jahr 2002 lediglich eine Abfertigungssumme von \_\_\_\_\_ verbucht. Weiters ist die Differenz die jährlichen Lohnerhöhungen (2003 + 2,1%; 2004 +1,85; 2005 +2%) und Biennalsprünge (jedes Jahr + 1%) zu berücksichtigen.“

Personalstand nach korrigierten Beschäftigten:

Personalstand LKH Deutschlandsberg	korr.Besch. 2002	korr.Besch. 2003	korr.Besch. 2004	korr.Besch. 2005	Verändg 2002 / 2005 relativ
Ärzt/innen*					
Apotheker/innen, Chemiker/in					
Hebammen					
Gesundheits-u.Krankenpflege					
Geh.med.-techn.(Fach)Dienste					
Pflegehilfe u.Sanitätshilfsdien.					
Verwaltungs-, Kanzleipersonal					
Betriebspersonal					
Sonstiges Personal					
Gesamt Personal					

ie Bezeichnungen stammen aus der Kranken- und Kostenstellenstatistik (KDok) 2005

Die Gesamtzahl der korrigierten Beschäftigten erhöhte sich im Vergleich der Jahre 2002 mit 2005 um 0,2 %.

Bei detaillierter Betrachtung ergaben sich Vermehrungen im Bereich der Ärzte um 4,6 %, bei den Hebammen um 5,1 %, im Gesundheits- und Krankenpflegebereich um 0,8 %, beim medizinisch-technischen Fachpersonal um 2,3 % und bei den Pflegehilfen bzw. Sanitätshilfsdiensten um 4,6 %.

In den Bereichen Verwaltungs- und Kanzleipersonal, Betriebs- und Sonstiges Personal wurden insgesamt um 6,57 weniger Bedienstete eingesetzt.

### 4.1.3 Sachaufwand

	2002	2003	2004	2005
	in €	in €	in €	in €
Sachaufwand				

Insgesamt ging der Sachaufwand um 3,5 % zurück (2002 – 2005).

In den Teilbereichen „Nicht medizinische Gebrauchs- und Verbrauchsgüter“ sind jedoch Erhöhungen der Kosten<sup>9</sup> im Ausmaß von \_\_\_\_\_ oder 23,6 % und bei den „Nicht medizinischen Fremdleistungen“ in der Höhe von 10,6 % oder \_\_\_\_\_ ersichtlich.

Beträge in €	2002	2003	2004	2005
Nichtmed. Gebr. u. Verbr. Güter				
Nichtmed. Fremdleistungen				

Dies wird von der Betriebsdirektion folgendermaßen begründet:

„Die Erhöhung von 2002 auf 2005 bei den Nichtmed. Gebr. und Verbr. Gütern ist auf die folgenden Aufwände zurückzuführen:

- erhöhter **Lebensmittelaufwand** (Buffetbewirtungen, externe Verköstigungen, Preissteigerungen),
- erhöhter **Reinigungsmittelaufwand** (Hygienevorschriften, Umbautätigkeiten, Erweiterung der Reinigungsflächen),
- erhöhter **Bekleidungsaufwand** (neue Organisationseinheit „Rezeption“, Patientenhemden-, Bettwäscheerneuerung nach 15 – 20 Jahren Betrieb),
- erhöhter **Küchen- und Haushaltsgeräteaufwand** (Erneuerung des Geschirrs nach 15 - 20 Jahren Betrieb), sowie
- diverse Erneuerung der **Einrichtung** (Konferenzraum, Speisesaal, ...).

Die Erhöhung bei den Nichtmed. Fremdleistungen lässt sich auf

- die durchgeführte **Gebäudereinigung** (Außenfassade)
- neues **Orientierungsmanagement** im Eingangs- und Ambulanzbereich
- \_\_\_\_\_

zurückführen.“

<sup>9</sup> Quelle: Sammelkostennachweise 2002 – 2005

#### 4.1.4 Betriebsertrag

	2002	2003	2004	2005
	in €	in €	in €	in €
Betriebsertrag				

Der Anstieg des Betriebsertrages von 9 % (2002 - 2005) ergab sich im Besonderen aufgrund der vermehrten Lukrierung von LKF<sup>10</sup>-Punkten und einer erhöhten Bewertung pro LKF-Punkt<sup>11</sup>, zusätzlicher Nebenerlöse im Bereich der Medikamentenverrechnung  bzw. erhöhter sonstiger Erträge

---

<sup>10</sup> LKF (Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung): Finanzierung der Krankenhäuser auf Basis von Fallpauschalen bzw. LKF-Punkten.

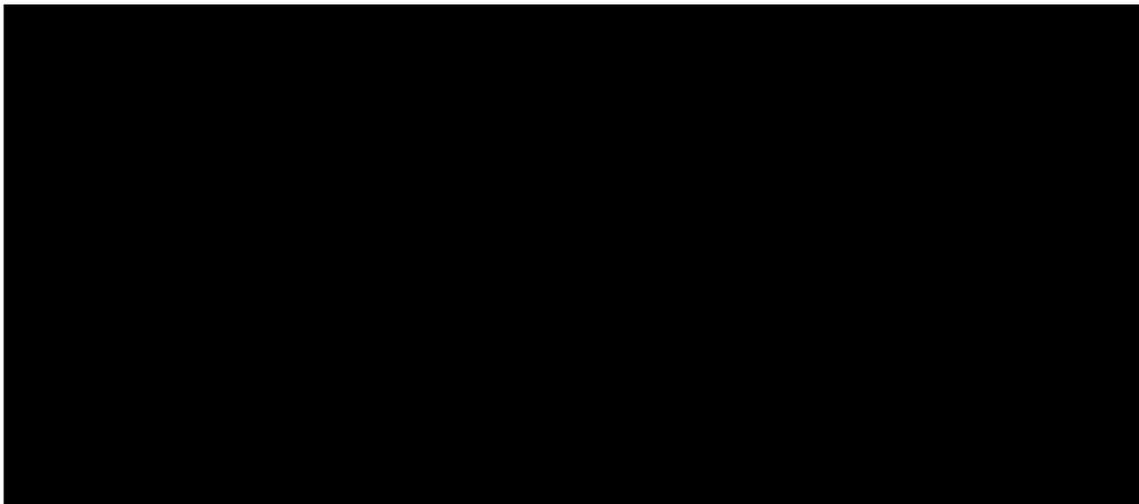
<sup>11</sup> LKF-Punkte: Die Zuordnung von LKF-Punkten wird auf Grund der tatsächlich am Patienten erbrachten Leistungen vergeben.

#### 4.1.5 Betriebsabgang

Unter Berücksichtigung der erzielten Einnahmen stellt sich der Betriebsabgang wie folgt dar:

	2002	2003	2004	2005
	in €	in €	in €	in €
Betriebsabgang				

Nachdem die Erträge in einem größeren Ausmaß als die Aufwendungen zunahmen, ergab sich in der Betrachtung des Jahres 2005 mit 2002 nur eine geringe Erhöhung des Betriebsabganges (0,4 %). Dadurch konnte eine **Steigerung** des **Deckungsgrades** – wie nachstehend dargestellt – erwirkt werden.



## 4.2 Einrichtung von Kostenstellen / kalkulatorische Kosten

### 4.2.1 Küchenleistungen an Dritte

Die vom LRH **empfohlene Einrichtung einer Kostenstelle** „für die Verbuchung von Kosten für Buffetbewirtungen und Verköstigungen an externe Bereiche bzw. Gäste“ mit der Bezeichnung „Küchenleistungen an Dritte“ wurde von der Anstaltsleitung **bereits umgesetzt**. Dementsprechende Erlöse werden als Gegenbuchung in Form von Kostenminderungen dieser Kostenstelle gutgeschrieben.

### 4.2.2 Trennung des Bereiches Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Um die **Effizienz in den Bereichen Geburtshilfe und Frauenheilkunde** in den Krankenanstalten zukünftig klarer/verbessert beurteilen zu können, **wäre eine Trennung dieser beiden Bereiche nach Kostenstellen zu überdenken**.

#### ***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Um die KAGes-Strukturen einheitlich zu gestalten, wird bei der Einrichtung von Kostenstellen auf die offizielle Bezeichnung in den sanitätsbehördlichen Bewilligungen Bezug genommen, die in diesem Fall "Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe" lautet. Entsprechend dieser Bezeichnung wurde die Kostenstelle mit dem für "Frauenheilkunde und Geburtshilfe" im Anhang zur Kostenrechnungsverordnung vorgesehenen Funktionscode "31" hinterlegt.*

### 4.2.3 Kalkulatorisches Personal / kalkulatorische Kosten

Im LKH Deutschlandsberg steht stationär aufgenommen Kindern eine Sonderschullehrerin<sup>12</sup> zur Erteilung von Unterrichtsstunden zur Verfügung. Bei dieser Betreuung werden auch persönliche Probleme der Kinder angesprochen und aufgearbeitet. Die Anstaltsleitung sieht in dieser Möglichkeit einen **wichtigen Beitrag zur Gesundheit** der Kinder.

Der Aufwand für die Leistungen der Sonderschullehrerin und des pastoralen Dienstes werden nicht vom LKH Deutschlandsberg getragen. Zur Darstellung des **tatsächlich eingesetzten Personals im Krankenhaus sind diese jedoch als kalkulatorisches Personal (Anzahl) und kalkulatorische Kosten in die Kostenrechnung aufzunehmen.**

#### ***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Bezüglich der Erfassung des Aufwandes für die Leistungen einer Sonderschullehrerin als kalkulatorisches Personal bzw. kalkulatorische Kosten wird von der KAGes eine vom LRH abweichende Ansicht vertreten.*

*Der Ansatz kalkulatorischer Kosten erfolgt mit dem Ziel, den Verbrauch bzw. Einsatz von bestimmten Wirtschaftsgütern materieller und immaterieller Art zur Erstellung von betrieblichen Leistungen und Gütern einheitlich und vollständig zu berücksichtigen und vergleichbar zu machen. Lt. § 7 Abs 2 der Kostenrechnungsverordnung sind Kosten, die nicht durch den Betriebszweck der Krankenanstalt verursacht werden, Nebenkostenstellen zuzurechnen. Dies trifft auf Schulen zu.*

*Bei Nebenkostenstellen entfällt das Ziel einer vergleichbaren Darstellung und wurde auf Anfrage im Bundesministerium versichert, dass keine überregionalen Vergleiche auf Nebenkostenstellenebene angestellt werden.*

*Auch im internen Berichtswesen ist die Erfassung von kalkulatorischen Zusatzkosten auf Nebenkostenstellen nicht sinnvoll, da diese Kosten keinen Geldfluss darstellen und somit wirtschaftlich nicht von Belang sind. Der Grundsatz einer wirtschaftlichen Kostenrechnung besagt auch, dass der Nutzen der Kostenin-*

---

<sup>12</sup> Wird mit „Heilstättenklasse“ bezeichnet

*formationen den Kosten der Kostenerfassung gegenübergestellt werden muss. Im Falle der unentgeltlich zur Verfügung gestellten Leistungen des Lehrpersonals für unsere Schulen steht dem erheblichen Aufwand für die Einholung bzw. die annähernde Berechnung der kalkulatorischen Kosten kein betriebswirtschaftlicher Nutzen gegenüber.*

*Bei Nebenkostenstellen verhält es sich auch nicht so, dass bei Wegfall der empfangenen unentgeltlichen Leistungen diese unbedingt zugekauft werden müssten, sondern wäre in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob diese nicht betriebsnotwendige Kostenstelle weiter zu führen wäre.*

*Der Seelsorger wird entsprechend der Anregung des LRH ab 2006 als kalkulatorisches Personal mit kalkulatorischen Personalkosten erfasst.*

## 5. KOOPERATIONEN

Folgende Kooperationen<sup>13</sup> bestehen mit dem LKH Deutschlandsberg:

Bereich/Leistung	LSF	LPH	WAG	DEU	VOI	HOE ENZ	West	Sonst.	
Gynäkologie				k	k				
Geburtshilfe			k	k					
Innere Medizin/Angiologie				k			k	k	LKH Graz
Funktionsdiagnostik									
Herzkatheter/Interventionen				z			v		
Röntgendiagnostik									
Fachärztliche (Voll-)Versorgung				z				v	Feldbach
Pathologie				z			(v)	(v)	Patho Klinik
<b>Konsiliarleistungen</b>									
Neurologie				z				v	externer FA
HNO				z				v	externer FA
Augen				z				v	externer FA
Derma				z				v	externer FA
Urologie				z				v	externer FA
Neonatalogie				z				v	externer FA
<b>Apotheke/MedikDepot</b>				k				k	LKH Graz
<b>Reinigung (Unterhaltsreinigung)</b>				z				v	extern
<b>Ausschreibungen</b>		k		k					
<b>Fortbildungen/Pflege</b>	k	k	k	k	k		k		

Ausschreibungen: betrifft im Verpflegsbereich die gemeinsame Fleischausschreibung

Seit 1.7.2006 werden die Aufgaben der Telefonzentrale am Nachmittag und am Wochenende durch das LKH Graz bewerkstelligt.

**Diese Kooperationen werden im Sinne einer gemeinsamen Ressourcennutzung begrüßt.**

**Auf eine allfällige zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung ist zu achten.**

<sup>13</sup> Quelle: Übermittlung der Darstellung durch das LKH Deutschlandsberg  
 Legende: Z = Zukauf, V = Verkauf, K = Kooperation, () = z,v,k teilweise

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Der Empfehlung des LRH, auf eine allfällige zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung bei Kooperationen im Sinne einer gemeinsamen Ressourcennützung zu achten, entspricht auch dem Verständnis der KAGes und wird dem nachgekommen.*

## 6. MEDIKAMENTENDEPOT

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

Bei den letzten beiden Kontrollen des Medikamentendepots am 8.6.2005 und am 3.4.2006 durch den Konsiliarapotheker wurde als Ergebnis „sehr zufriedenstellend“ festgehalten.

Für die Medikamentengebarung der geprüften Stationen bzw. Einrichtungen lautete die Bewertung am 8.6.2005 „in einem guten Zustand“, am 3.4.2006 „sehr zufrieden stellend“.

Die letzte Überprüfung im Bereich der Medikamentengebarung durch die Bezirkshauptmannschaft Deutschlandsberg erfolgte am 12.12.2005.

Die Einschau durch den Landesrechnungshof am 25.10.2006 ergab Folgendes:

- Bei der stichprobenartigen Überprüfung konnte eine **völlige Übereinstimmung mit dem Lagerbestand** festgestellt werden.
- Das **Lager** wird **ordentlich** und **sauber** geführt, die **Überprüfung des Suchtgiftschranks auf den Stationen ergab keinerlei Differenzen oder sonstige Beanstandungen**.
- Ärztemuster werden ins Medikamentendepot gebracht und im KAGes-eigenen EDV-Material- und Einkaufssystem verbucht.

Zum Prüfungszeitpunkt des Landesrechnungshofes betrug der Wert des Lagerbestandes . Die **Umschlagshäufigkeit stellt** mit 6,74 **einen guten Wert** dar.

## 7. HYGIENE

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

Die letzte sanitätsbehördliche Einschau, welche von der Bezirkshauptmannschaft Deutschlandsberg durchgeführt wurde, fand am 12.12.2005 statt.

Ein Jahresprüfplan sowie Reinigungs- und Desinfektionspläne liegen in den einzelnen Bereichen auf. Es werden regelmäßige Besprechungen der Hygienegruppen durchgeführt, um notwendige Maßnahmen zur Verbesserung zu veranlassen und Informationen an alle Beteiligten weiterzugeben.

Eine Einführungsveranstaltung ist für alle neu eintretenden Bediensteten verpflichtend.

**Der LRH konnte sich durch Einblick in die Besprechungsprotokolle von der Ernsthaftigkeit der Bemühungen um die Krankenanstaltenhygiene überzeugen.**

## 8. KÜCHE UND VERPFLEGSWIRTSCHAFT

Nach Abschluss der notwendigen baulichen Maßnahmen für einen erforderlichen hygienischen Standard in der Küche erfolgte im Jahre 2006 die HACCP<sup>14</sup>-Zertifizierung.

Die Leistungen der Küche entwickelten sich in den Jahre 2002 – 2005 wie folgt:

Küche	2002	2003	2004	2005
Pflegetage				
korr. Besch.				
Lebensmittelverbrauch in €				
Kostenminderungen				
Verpflegstage				
Verpflegsquote				
Verpflegstage / korr.Besch.				

Die Anzahl der Pflegetage verminderte sich im Zeitraum 2002 – 2005 um 3 %, die Zahl der Verpflegstage erhöhte sich um 4,2 %. Der Lebensmittelverbrauch stieg um 4,1%.

Im LKH Deutschlandsberg werden Informationsveranstaltungen durchgeführt. Dabei werden Buffets angeboten, die in der Küche zubereitet werden. Die entsprechende Leistung wird in Verpflegstage umgerechnet. Der dadurch entstehende Aufwand wird von externer Seite getragen und als Kostenminderung verbucht.

Zur **besseren Transparenz wurde** – nach Anregung durch den LRH – bereits **eine eigene Kostenstelle für „Küchenleistungen an Dritte“** eingerichtet. Dadurch können **Kosten und Erlöse getrennt als „Küchenleistungen für Pati-**

<sup>14</sup> HACCP (Hazard Analysis Critical Control Point)

enten“ bzw. als „Küchenleistungen für den nicht stationären Bereich“ dargestellt werden.

Aufgrund einer **Anregung durch den LRH** wird die **Preiskalkulation für die Bereitstellung der Buffets** derzeit von der Betriebsdirektion überarbeitet. Der LRH regt an, bei der Neuberechnung den tatsächlich angefallenen Zeitaufwand zu berücksichtigen.

Die Anzahl der Bediensteten sank ua. aufgrund einer veränderten Vorgabe der Zentralklinik. So wurde ab 2005 pro Lehrling nur mehr 0,33 kB in der Kostenrechnung berücksichtigt (bis 2004 1,0 kB; laut DPPI sind der Küche ■ Lehrlinge zugeordnet). Dadurch ist auch ein Vergleich der Verpflegstage pro korrigierten Beschäftigten der Jahre 2004 mit 2005 nicht möglich.

Die Anzahl der Verpflegstage pro kB (2002 – 2004) **konnte** um **4,4 % gesteigert werden**.

Die „**Leitlinie zur Sicherung der gesundheitlichen Anforderungen an Personen beim Umgang mit Lebensmitteln**“ wird im LKH Deutschlandsberg noch nicht umgesetzt. Diese Gesundheitsleitlinie präzisiert die Forderungen des Kapitels VIII der Verordnung (EG) Nr. 853/2004 des Europäischen Parlaments und versucht das Personal in Mitverantwortung zu nehmen. **Der LRH rät, die Umsetzung in allen Landeskrankenhäusern nach Rücksprache mit dem Landeshygieniker zu forcieren.**

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Die Anregung des LRH, den tatsächlich angefallenen Zeitaufwand bei der Neukalkulation der Preise für die Bereitstellung von Buffets zu berücksichtigen, wurde aufgegriffen.*

*Hinsichtlich der Ausführungen des LRH betreffend die Umsetzung der "Leitlinie zur Sicherung der gesundheitlichen Anforderungen an Personen beim Umgang mit Lebensmitteln" wird angemerkt, dass nach Veröffentlichung des Lebensmittelsicherheits- und Verbraucherschutzgesetzes im Jahr 2005 eine verbindliche*

*KAGes-interne Richtlinie zur "Sicherung der gesundheitlichen Anforderungen an Küchenpersonal" erstellt wurde. Diese Richtlinie basiert auf der Leitlinie des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen GZ. 31.950/23-IV/B/10/03 vom 22. Dezember 2003 (aktualisiert am 09. Jänner 2004) und dient zur praktischen Handhabung der Umsetzung der vom LRH angeführten Lebensmittelhygieneverordnung, VO (EG) Nr. 852/2004.*

*Zur Empfehlung des LRH hinsichtlich der Zusammenarbeit mit dem Landeshygieniker wird darauf hingewiesen, dass die Funktion des Landeshygienikers nicht mehr besteht. Die Aufgabenbereiche wurden den Fachabteilungen 17A bzw. 8 B übertragen.*

## 9. TECHNISCHER DIENST

Dem technischen Dienst obliegen ua. die Instandhaltung und Reparatur von Geräten und Anlagen, die Wartung aller sicherheitstechnischen Anlagen, Angebotseinholungen sowie Baustellenbetreuungen bei Fremdleistungen. Ein Bereitschaftsdienst sorgt rund um die Uhr für ein Höchstausmaß an Sicherheit.

Die Entwicklung der Kostenstelle Werkstätte\* stellt sich folgendermaßen dar:

Jahr		Leistungseinheiten - Rep.Stunden	Leistungseinh./ korr. Besch.	korr.Besch.
2002	Werkstätte			
2003	Werkstätte			
2004	Werkstätte			
2005	Werkstätte			

\*Ab 2004 ist auch die Berufsgruppe „Gärtner“ integriert

Die Anzahl der Leistungseinheiten pro korrigierten Beschäftigten erhöhte sich im Vergleich der Jahre 2003 mit 2002 um 2,1 %. Aufgrund der Zuordnung der „Gärtner“ zur Kostenstelle Werkstätte ab 2004 sind Vergleiche mit den Vorjahren nicht möglich.

In den Jahren 2004 und 2005 wurden – laut Auskunft der Betriebsdirektion – nicht mehr die tatsächlich erbrachten Arbeitsstunden, sondern die Stunden laut Dienstplan inklusive der Nacht- und Wochenendbereitschaft, angegeben. Dadurch kann weder ein Leistungsvergleich der eigenen Werkstätte im Zeitablauf noch ein Benchmarking mit anderen Organisationseinheiten durchgeführt werden.

**Der LRH ist der Meinung, dass nur die tatsächlich erbrachten Stunden zur Feststellung der Produktivität sowie für eine leistungsorientierte, verursachungsgerechte innerbetriebliche Leistungsverrechnung relevant sind.**

Nach Rücksprache durch den LRH erklärte die Betriebsdirektion diese Handhabung als ein Problem zwischen Technik und Kostenrechnung.

**Für 2006 werden wiederum „die tatsächlich erbrachten Stunden“ berücksichtigt.**

## 10. ABFALLWIRTSCHAFT / UMWELTSCHUTZ

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen laut Abfallwirtschaftsgesetz wurde für das LKH Deutschlandsberg ein qualifizierter Abfallbeauftragter und ein qualifizierter stellvertretender Abfallbeauftragter bestellt und an die BH Deutschlandsberg gemeldet.

Die Tätigkeiten des Umweltprogrammes wurden folgendermaßen beschrieben:

„Das bereits im Herbst 2004 begonnene Umweltprogramm (Teamaufbau und Schulung) wurde ab März 2005 „stillgelegt“, da der Lokale Umweltkoordinator in Pension gegangen ist. Wieder aufgenommen im Oktober 2005 mit der Neubesetzung der Lokalen Umweltkoordinatorin; auch wieder aufgenommen die 3 Arbeitsgruppen: „Wäsche“, „PVC-freie Geburtshilfe“ und „Abfalltrennsystem“.

Der LRH ist der Meinung, dass auf diese Themen **in Zukunft verstärkt Augenmerk zu legen ist.**

### ***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Wie der LRH im Prüfbericht ausführt, wurden mit Neubesetzung der Lokalen Umweltkoordinatorin ab Oktober 2005 das Umweltprogramm und mehrere Arbeitsgruppen wieder aufgenommen.*

*Die Empfehlung des LRH auf diese Themen in Zukunft verstärktes Augenmerk zu legen, entspricht daher auch dem Verständnis der KAGes.*

## 11. BRANDSCHUTZ

Ein Gesamtbrandschutzplan für das LKH Deutschlandsberg liegt auf.

Die letzte sanitätsbehördliche Überprüfung erfolgte am 12.12.2005. Die Bezirkshauptmannschaft Deutschlandsberg erhob keinen Einwand gegen einen Weiterbetrieb des Landeskrankenhauses Deutschlandsberg unter der Voraussetzung, dass die ordnungsgemäße Einhaltung der Vorgaben der sanitätsbehördlichen Errichtungs- bzw. Betriebsbewilligung gewährleistet wird.

Laut Wartungsprotokoll für Brandmeldeanlagen vom 8.5.2006 entspricht die Brandmeldeanlage den Richtlinien gemäß TRVB S 123.

Nach Auskunft des Leiters des technischen Sicherheitwesens wurden die Brandschutzpläne im Dezember 2005 gemäß den geltenden Bestimmungen (TRVB 0 121) erstellt und im April 2006 aktualisiert“. Diese Pläne liegen in zwei verschiedenen Bereichen innerhalb der Krankenanstalt auf. Der LRH empfiehlt ein **Exemplar auch der Freiwilligen Feuerwehr Deutschlandsberg zu übermitteln**, damit diese **im Anlassfall bereits vor Eintreffen im LKH** über die Örtlichkeit **informiert** ist.

Die Umsetzung des Projektes „Maßnahmen zur Verbesserung des baulichen Brandschutzes“ im LKH Deutschlandsberg ist für das Jahr 2007 vorgesehen.

Am 18.10.2006 wurde eine Brandschutzübung in den Funktionsbereichen „OP und Intensivstation“ unter Einbeziehung von „Patienten“ durchgeführt. Involviert waren die Feuerwehr, eine „Verkehrsstreife“ und das Notarztteam.

In Nachbesprechungen wurden jene Punkte erarbeitet, welche sich als verbesserungswürdig erwiesen hatten. **Nach der Aktualisierung der Brandschutzrichtlinien wurden diese allen Mitarbeitern in einer Fortbildungsveranstaltung zur Kenntnis gebracht.**

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Der Brandschutzplan befindet sich derzeit in Überarbeitung. Insbesondere wurde er um die Erkenntnisse der Brandschutzübung vom 18. Oktober 2006 ergänzt. Nach Abschluss dieser Arbeiten wird die aktualisierte Version des Brandschutzplanes der Feuerwehr Deutschlandsberg zur Verfügung gestellt werden.*

## 12. KATASTROPHENSCHUTZ

Das derzeit gültige Steiermärkische Katastrophenschutzgesetz und das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz bilden die Rechtsgrundlage für eine Katastrophenschutzplanung.

Ein Katastrophenschutzplan mit ausführlichen Prozessbeschreibungen (des EDV-Programmes ADONIS) ist laut Aussage der Betriebsdirektion vorhanden. Dieser wurde in Zusammenarbeit mit dem Kompetenzzentrum Spitalsorganisation der Zentralklinik (CCSpOrg) erstellt. **Wie bereits im Kapitel 11. Brandschutz erwähnt, weist der LRH auch in diesem Fall darauf hin, den Katastrophenschutzplan an die relevanten Einsatzkräfte weiterzugeben.**

Der Katastrophenschutzplan wurde aufgrund eines Ereignisses im Dezember 2003, bei welchem 44 Personen mit einer Kohlenmonoxidvergiftung in das LKH Deutschlandsberg eingeliefert wurden, auf seine Tauglichkeit getestet. **Die Funktionstauglichkeit wurde von der Anstaltsleitung folgendermaßen beurteilt:**

„Alarmierung der Mitarbeiter und Versorgung der Patienten erfolgten nach den Vorgaben des Katastrophenschutzalarmplanes und funktionierten klaglos.“

Ein Speiseplan für den Katastrophenfall ist nicht vorhanden. Bei gegebenem Anlass besteht die Verpflegung aus „kalten Aufschnittplatten, belegten Broten, Kaffee, Tee, Mineralwasser, Apfel- und Orangensaft“. Dafür werden Lebensmittel verwendet, die auch im normalen Krankenhausbetrieb jederzeit für mindestens eine Woche vorrätig sind.

***Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Helmut Hirt:***

*Der Katastrophenschutzplan ist der BH Deutschlandsberg bereits bekannt. Der hausinterne Katastrophenschutzalarmierungsplan, in dem die Alarmierung der Mitarbeiter geregelt ist, dient nur hausinternen Zwecken.“*

## 13. QUALITÄTSSICHERUNG

### 13.1 Qualitätsmanagement

Im Jahr 2004 wurde mit der Installierung eines QM-Systems begonnen.

Die QM-Kommission besteht aus Mitgliedern verschiedener Berufszugehörigkeiten.

Das Landeskrankenhaus Deutschlandsberg **wurde** aufgrund seiner **Projekte** „Sturzerhebung, Auswertung und Sturzprävention im Krankenhaus“ und „AUEL – Aus unerwarteten Ereignissen lernen“ vom „**Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK)**<sup>15</sup>“ als ein Krankenhaus **anerkannt**, welches sich bemüht, „**Gesundheitsförderung als wesentlichen Aspekt der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Krankenanstalten weiter zu entwickeln**“.

Weiters sind folgende QM-Projekte in Bearbeitung:

- **Akutversorgung polytraumatisierter Patienten im Schockraum**
- **Optimierung chirurgischer Visite**
- **Adaptierung und Einführung „PatientInnenfeedback“.**

### 13.2 Riskmanagement

Um die Sicherheit von Patienten in hohem Ausmaß zu gewährleisten, **wurden bereits** Bedienstete der Bereiche Ärzteschaft, Pflege und Betriebsdirektion als „**Riskmanager**“ **ausgebildet**.

---

<sup>15</sup> Das Netzwerk ist eine Initiative des Gesundheitsressorts des Bundes und wurde 1996 als Subnetzwerk des Internationalen WHO-Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gegründet.

### 13.3 Entlassungsmanagement

Auszugsweise werden Tätigkeiten des Entlassungsmanagement im LKH zitiert:

„Das Entlassungsmanagement beginnt bereits bei der Aufnahme eines Patienten. Informationen werden an Patienten und Angehörige betreffend Betreuung, Heilbehelfe, Pflegegeld weitergegeben; Kontakt mit der Versorgungskordinatorin der Stmk. GKK aufgenommen, der Verlegungsbericht für extramurale Dienste wird erstellt ua.

Im Rahmen des Projektes „Optimierung im Gesundheitswesen“ gibt es 2x jährlich Treffen mit Vertretern der verschiedenen Institutionen, Organisationen und Behörden. Bemühungen gibt es auch im Rahmen des Projektes „Optimierung im Gesundheitswesen“ und des „Vereins Kompass“.

**Diese Tätigkeiten werden vom LRH äußerst positiv betrachtet und sollten auch weiterhin forciert werden.**

### 13.4 Hospitation

Im mittlerweile abgeschlossenen Projekt „Hospitation“ arbeiteten Ärzte des LKH Deutschlandsberg bzw. extramural tätige Ärzte im jeweils anderen Bereich. Dadurch sollte ein Erfahrungsaustausch begonnen und besseres gegenseitiges Verständnis aufgebaut werden.

**Der LRH sieht dies als Beitrag zur besseren Verknüpfung der Schnittstellen zwischen dem Krankenhaus und dem extramuralen Bereich.**

### 13.5 Informationsmöglichkeiten - Berufsauswahl

Für Schulabgänger von Pflichtschulen wurde vom LKH Deutschlandsberg ein Workshop angeboten. Dieser soll einen berufsspezifischen Einblick in die Pflegeberufe gewähren und Jugendliche bei der Berufswahl unterstützen. Im Sinne der **demographischen Bevölkerungsentwicklung und der damit verbundenen Ausbildung des notwendigen Pflegefachpersonals wird dies vom LRH als positiver Beitrag gesehen.**

Das Ergebnis der vom Landesrechnungshof durchgeführten Überprüfung wurde in der am 15. Dezember 2006 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dargelegt.

Teilgenommen haben daran:

von der Steiermärkischen  
Krankenanstaltenges.m.b.H:

Dr. Reinhard SUDY

von der Fachabteilung 8A  
Sanitätsrecht und Krankenanstalten:

Herwig KIETZMANN

vom Landesrechnungshof:

LRH-Dir. Dr. Johannes ANDRIEU

Mag. Georg GRÜNWALD

Hannelore BRAUNEGGER

## 14. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Nach Abschluss des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und Empfehlungen:

### **Feststellungen:**

Das vom LRH geprüfte LKH Deutschlandsberg ist ein allgemeines öffentliches Krankenhaus mit den Fachbereichen Anästhesiologie und Intensivmedizin, den Abteilungen Chirurgie und Interne Medizin sowie dem Bereich Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Die Ambulatorien dieser Fachbereiche ergänzen das Leistungsangebot. 2005 waren rund 358 Mitarbeiter<sup>16</sup> für diese stationäre medizinische Versorgung eingesetzt.

- Aufgrund der organisatorischen Änderungen der bisherigen perioperativ / traumatologischen und konservativen Intensivbetten in eine „Interdisziplinäre und Interfunktionelle Intensivstation“ werden Betten besser genutzt. Bei freien Kapazitäten kann die Belegung fach-, funktionsübergreifend und bedarfsgerecht durchgeführt werden.  
Der gemeinsame Gerätepool ermöglicht eine bessere Nutzung der Ressourcen.
  
- In der Abteilung für Innere Medizin wurde die durchschnittliche Verweildauer im Vergleich der Jahre 2005 mit 2002 um  oder 28,8 % reduziert. Die Anzahl der Belagstage verminderte sich – bei gleichzeitiger Reduktion der Verweildauer– nur um 1,5 %. Dies ist auf die Erhöhung der Anzahl der stationären Patienten um 39,6 % zurückzuführen.

---

<sup>16</sup> Personen - auf Vollbeschäftigung umgerechnet

- Die Anzahl der systemisierten Betten wurde im Jahre 2005 in der Abteilung für Chirurgie – um 6 Betten auf 84 Betten herabgesetzt. Eine weitere Verminderung um 3 Betten erfolgte mit 1.1.2006. Dennoch ergab sich im Vergleich des Jahres 2005 mit 2002 ein Rückgang der durchschnittlichen Auslastung um 2,9 Prozentpunkte.
- Seit 1991 wird die Entbindungseinheit des LKH Wagna bereits in Personalunion mit Deutschlandsberg geführt. Mit 1.1.2004 übernahm der Leiter der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Voitsberg auch jene des LKH Deutschlandsberg und des LKH Wagna.  
Mit 2005 wurde die Anzahl der systemisierten Betten von 38 auf 36 vermindert. Dadurch ergab sich – trotz einer geringeren Anzahl von Belegtagen - eine Erhöhung der durchschnittlichen Auslastung im Vergleich des Jahres 2002 mit 2005 um 0,2 Prozentpunkte.
- Nachdem die Erträge in einem größeren Ausmaß als die Aufwendungen zunahmen, ergab sich in der Betrachtung des Jahres 2005 mit 2002 nur eine geringe Erhöhung des Betriebsabganges (0,4 %). Dadurch konnte eine Steigerung des Deckungsgrades erwirkt werden.
- Der Anstieg des Betriebsertrages von 9 % (2002 - 2005) ergab sich im Besonderen aufgrund der vermehrten Lukrierung von LKF-Punkten und einer erhöhten Bewertung pro LKF-Punkt, zusätzlicher Nebenerlöse im Bereich der Medikamentenverrechnung [REDACTED] bzw. erhöhter sonstiger Erträge [REDACTED].
- Im LKH Deutschlandsberg werden Informationsveranstaltungen durchgeführt. Dabei werden Buffets angeboten, die in der Küche zubereitet werden. Die vom LRH empfohlene Einrichtung einer Kostenstelle „für die Verbuchung von Kosten für Buffetbewirtungen und Verköstigungen an externe Bereiche bzw. Gäste“ wurde von der Anstaltsleitung bereits umgesetzt.

- Das Landeskrankenhaus Deutschlandsberg wurde aufgrund seiner Projekte „Sturzerhebung, Auswertung und Sturzprävention im Krankenhaus“ und „AUDEL – Aus unerwarteten Ereignissen lernen“ vom „Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK)<sup>17</sup>“ als ein Krankenhaus anerkannt, welches sich bemüht, „Gesundheitsförderung als wesentlichen Aspekt der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Krankenanstalten weiter zu entwickeln“.
- Um die Sicherheit von Patienten in hohem Ausmaß zu gewährleisten, wurden bereits Bedienstete der Bereiche Ärzteschaft, Pflege und Betriebsdirektion als „Riskmanager“ ausgebildet.

### **Empfehlungen:**

- Die durchschnittliche Auslastung der Sonderklasse im LKH Deutschlandsberg liegt im Vergleich mit allen anderen steirischen Fondskrankenhäusern im unteren Bereich. Die Bemühungen um Optimierung der Auslastung sollten fortgesetzt werden.
- In der Abteilung für Innere Medizin verminderte sich die Auslastung nach Belagstagen – im Zeitraum 2002 bis 2005 – von  auf . Um eine Vollausslastung von 85 % zu erreichen, wäre ein Bettenstand von 85 Betten ausreichend (Bettenstand 2005: 93).
- Aufgrund einer verkürzten Verweildauer (- 0,6 Tage) und einer nur minimal verminderten Anzahl von stationären Patienten (- 0,2 %) fiel im Zeitraum 2002 bis 2005 die Summe der Belagstage um 10,5 % in der Abteilung für Chirurgie.  
Um die angestrebte 85 %ige Auslastung zu erreichen, könnte in diesem

---

<sup>17</sup> Das Netzwerk ist eine Initiative des Gesundheitsressorts des Bundes und wurde 1996 als Subnetzwerk des Internationalen WHO-Netzwerks Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gegründet.

Bereich mit 69 Betten das Auslangen gefunden werden (Bettenstand 2005: 84).

- In der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe verminderte sich die Verweildauer um 0,8 Tage (2002 – 2005). Daraus ergab sich die reduzierte Anzahl von Belagstagen. Da die Auslastung im Jahr 2005  beträgt, regt der LRH an, durch Bettenreduktion die Versorgung an den tatsächlichen Bedarf anzupassen.

Außerdem finden in der Abteilung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Überlegungen statt, eine 5-Tage Station für risikominimierte gynäkologische Operationen zu führen. Im Sinne der Patientenorientierung bzw. zur effizienteren Ressourcenausnutzung begrüßt der LRH diese organisatorischen Vorhaben.

- Anerkennend wird festgestellt, dass sich die Anstaltsleitung bemüht, verstärkt medizinische Leistungen in tagesklinischer Form bzw. 0-Tagesaufenthalte anzubieten. Für den Patienten resultiert durch die Möglichkeit der tagesklinischen Behandlung eine kurze Abwesenheit aus dem gewohnten Umfeld. Zusätzlich entstehen aufgrund der kürzeren Aufenthaltsdauer der Patienten im stationären Bereich geringere Kosten. Insgesamt sind beide Varianten für Kurzaufenthalte im Sinne der Patienten zu forcieren.

- Ab dem Jahr 2005 sind im paramedizinischen Bereich nur teilweise Vergleichsmöglichkeiten mit den Vorjahren gegeben. Die unterschiedlichen Leistungsdaten sind nicht nachvollziehbar.

Aufgrund der eingeschränkten Aussagefähigkeit durch die festgestellten Differenzen bei den Kennzahlen in den nicht bettenführenden Bereichen wird dringend geraten, der Erfassung der erbrachten Leistungen größere Aufmerksamkeit zu widmen.

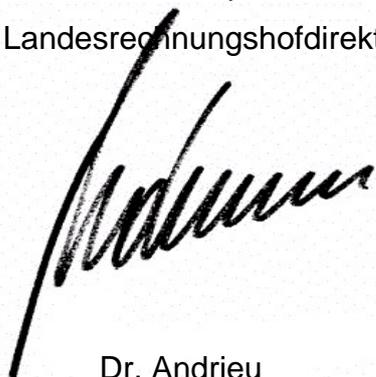
- Zur Darstellung des tatsächlich eingesetzten Personals im Krankenhaus sind jene Personen, welche in der Landeskrankenanstalt Leistungen für stationäre Patienten erbringen, für die jedoch in der KAGes kein Perso-

nalaufwand anfällt, als kalkulatorisches Personal und kalkulatorische Kosten in die Kostenrechnung aufzunehmen.

- Aufgrund einer Empfehlung durch den LRH wird die Preiskalkulation für die Bereitstellung der Buffets derzeit von der Betriebsdirektion überarbeitet. Der LRH regt an, bei der Neuberechnung den tatsächlich angefallenen Zeitaufwand zu berücksichtigen.
- Die Kooperationen zwischen den einzelnen Krankenhäusern werden im Sinne einer gemeinsamen Ressourcennützung begrüßt. Auf eine allfällige zwischenbetriebliche Leistungsverrechnung ist zu achten.
- Nach Auskunft des Leiters des technischen Sicherheitswesens wurden die Brandschutzpläne im Dezember 2005 gemäß den geltenden Bestimmungen erstellt und im April 2006 aktualisiert. Diese Pläne liegen in zwei verschiedenen Bereichen innerhalb der Krankenanstalt auf. Der LRH empfiehlt, ein Exemplar auch der Freiwilligen Feuerwehr Deutschlandsberg zu übermitteln, damit diese im Anlassfall bereits vor Eintreffen im LKH über die Örtlichkeit informiert ist.
- Der LRH empfiehlt auch in diesem Sinne, den Katastrophenschutzplan an die relevanten Einsatzkräfte weiterzugeben.

Graz, am 19. April 2007

Der Landesrechnungshofdirektor:



Dr. Andrieu