

Landesrechnungshof Steiermark

Prüfbericht



LKH
Bruck an der Mur



HINWEIS ZUR ANONYMISIERUNG

Gemäß Art. 52 Abs. 2 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) sind jene Teile des Berichtes zu bezeichnen, die der Wahrung berechtigter Geheimhaltungsinteressen, insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz und auf Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, unterliegen.

Im Sinne der Bestimmung des § 32b Abs. 3 der Geschäftsordnung des Landtages Steiermark 2005, LGBl. Nr. 82/2005, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 77/2010, 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.

DARSTELLUNG DER PRÜFUNGSERGEBNISSE

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

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

Zitierte Textstellen werden im Bericht in kursiver Schriftart dargestellt.

Landesrechnungshof Steiermark
8010 Graz, Trauttmansdorffgasse 2
T: 0316/877-2250
E: lrh@stmk.gv.at
www.landesrechnungshof.steiermark.at

Berichtzahl: LRH 20 B 4/2011-16

INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG.....	3
1. PRÜFUNGSGEGENSTAND	4
1.1 Prüfungskompetenz und Prüfungsmaßstab	4
1.2 Stellungnahmen zum Prüfbericht	5
2. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN	6
2.1 Anstaltsordnung.....	9
3. MEDIZINISCHE BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN.....	16
3.1 Augenabteilung.....	17
3.2 Chirurgische Abteilung.....	18
3.3 Geburtshilfliche Abteilung	21
3.4 Medizinische Abteilung	22
3.5 Neurologische Abteilung.....	26
3.6 Psychiatrie.....	29
3.7 Unfallchirurgische Abteilung.....	29
3.8 0-Tagesaufenthalte / Tagesklinik	30
4. NICHT BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN	33
4.1 Interdisziplinäre Ambulanz	33
4.2 Neurologie Ambulanz.....	34
4.3 Radiologie.....	34
4.4 Labor	36
4.5 Physiotherapie	37
4.6 Klinische Psychologie	37
5. ORGANISATION UND LEITUNG	38
6. WIRTSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG.....	40
6.1 Betriebsaufwendungen	40
6.2 Personalaufwand	41
6.3 Betriebsertrag	45
6.4 Betriebsabgang.....	46
7. KOOPERATIONEN.....	47
7.1 Medizinischer Bereich.....	47
7.2 Nicht medizinischer Bereich.....	49
7.3 Hospiz- und Palliativversorgung.....	49
8. MEDIKAMENTENDEPOT / ARZNEIMITTELKOMMISSION	50
9. HYGIENE	51
10. KÜCHE	52
11. WÄSCHE	54
12. VER- UND ENTSORGUNG / UMWELTSCHUTZ	55
13. TECHNISCHER DIENST / WERKSTÄTTEN.....	56
14. BRANDSCHUTZ / KATASTROPHENSCHUTZ	57
15. QUALITÄTSMANAGEMENT / RISIKOMANAGEMENT	58
15.1 Qualitätsmanagement.....	58
15.2 Risikomanagement	61
15.3 Entlassungsmanagement.....	62
16. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN.....	67

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AKL	Allgemeine Klasse
Art.	Artikel
BG	Bundesgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
Bruck	Bruck an der Mur
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DP	Dienstposten
FA	Fachabteilung
GuV	Gewinn- und Verlustrechnung
GZ	Geschäftszeichen
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
KA	Krankenanstalt/en
KAGes	Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999 - KALG
KDOK	Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik
LG	Landesgesetz
LGBI.	Landesgesetzblatt
lit.	litera
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LRH	Landesrechnungshof
Mio.	Million/en
NTK	Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg
OP	Operation/en
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
QM	Qualitätsmanagement
RSB	Regierungssitzungsbeschluss
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark
SKL	Sonderklasse
STIPAS	Steirisches integriertes Personaladministrations- und Abrechnungssystem
VZÄ	Vollzeitäquivalent

KURZFASSUNG

Die Krankenanstalt besteht aus den medizinischen Einrichtungen für Augenheilkunde, Chirurgie (Allgemein und Gefäßchirurgie), Geburtshilfe (die Auflassung erfolgte mit 31.12.2011), Innere Medizin (mit Infektions- und Dialyseversorgungsbereich), Neurologie (inklusive Neurologie-Akut Rehabilitation Stufe B und Stroke-Unit), Unfallchirurgie, Anästhesiologie und Intensivmedizin, Interdisziplinäre Intensivereinheit, Radiologie sowie den entsprechenden fachspezifischen Ambulanzen.

Insgesamt entsprach im Jahr 2010 die Zahl der Systemisierten den tatsächlich aufgestellten Betten (344 Betten).

Die durchschnittliche Auslastung für 2010 lag bei 84 %. Im Detail betrug die Auslastung in diesem Jahr (jeweils gerundet) in der Augenheilkunde 70 %, in der Chirurgie 71 %, in der Gefäßchirurgie 97 %, in der mittlerweile aufgelassenen Geburtshilflichen Abteilung 61 %, im Medizinischen Bereich 90 % bzw. 86 % (Infektion) und 92 % (Interdisziplinäre Intensivereinheit), in der Neurologie 91 % bzw. 94 % (Neuro Rehab) und 92 % (Stroke Unit) sowie in der Unfallchirurgie 81 %.

Die Flächen der aufgelassenen Geburtshilflichen Station sind für eine Erweiterung der Tagesklinik vorgesehen. Eine Erhöhung der tagesklinischen Leistungserbringung sollte forciert werden.

Die betriebswirtschaftliche Entwicklung (2008-2010) zeigt insgesamt eine Erhöhung des Betriebsaufwandes um etwa 10 %, verursacht vor allem beim Personal- und Sachaufwand (Aufwendungen für Miete nach Veräußerung der Gebäude). Die Erhöhung des Personalaufwandes beträgt etwa 9 %. Der Betriebsertrag erhöhte sich minimal (1 %). Insgesamt resultiert daraus eine Erhöhung des Betriebsabganges von € 9,5 Mio. auf € 15,1 Mio. Dem sollte entgegengesteuert werden.

Die Ärztlichen Direktionen und Pflegedirektionen werden für Bruck und Leoben jeweils in Personalunion geführt. Es gibt u.a. weitere Kooperationen zwischen dem LKH Bruck und dem LKH Leoben bzw. dem LKH-Universitätsklinikum Graz. Der LRH empfiehlt, gemeinsame Ressourcennutzungen weiter auszubauen.

Das LKH Bruck ist bereits seit 1995 Modellspital für Qualitätsmanagement. Ein Leitbild wurde entwickelt, das auf der Homepage abgebildet ist. U.a. stellt sich das LKH für Pilotprojekte im Zusammenhang mit Betrieblicher Gesundheitsförderung sowie mit Entlassungsmanagement zur Verfügung. Die langjährigen Bemühungen im Rahmen des Qualitätsmanagement werden als positiv erachtet. Das Engagement hinsichtlich der Optimierung des Entlassungsprozederes wird im Sinne der Patienten begrüßt.

1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Der Landesrechnungshof überprüfte die

Gebärung, die Organisation und die Auslastung des Landeskrankenhauses Bruck an der Mur.

Die Prüfung umfasste den Zeitraum vom 1. Jänner 2008 bis 31. Dezember 2010, teilweise 2011 bzw. 2012.

Zuständige politische Referenten waren bis zur Neuwahl im Landtag am 22. September 2009 Herr Landesrat Mag. Helmut Hirt, vom 23. September 2009 bis zur Neuwahl im Landtag am 21. Oktober 2010 Frau Landesrätin Dr. Bettina Vollath und seit 5. November 2010 Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder.

1.1 Prüfungskompetenz und Prüfungsmaßstab

Die Prüfungszuständigkeit des Landesrechnungshofes ist gemäß Art. 50 Abs.1 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) gegeben.

Als Prüfungsmaßstäbe hat der Landesrechnungshof die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit heranzuziehen (Art. 49 Abs. 1 L-VG).

Der Landesrechnungshof hat aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten sowie Hinweise auf die Möglichkeit der Verminderung oder Vermeidung von Ausgaben und der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen zu geben (Art. 49 Abs. 3 L-VG).

Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen des LKH Bruck an der Mur (im Folgenden als LKH Bruck bezeichnet), Prüfberichte der Internen Revision der KAGes und diverse Unterlagen der KAGes sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des Landesrechnungshofes.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Mitarbeiter des LKH Bruck um eine wirtschaftliche und zweckmäßige Betriebsführung bemüht sind und die Zusammenarbeit mit dem LRH kooperativ war.

1.2 Stellungnahmen zum Prüfbericht

Von folgenden zuständigen politischen Referenten wurden Stellungnahmen abgegeben:

- Frau Landesfinanzreferentin Landesrätin Dr. Bettina Vollath
- Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder

Die Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder ist in kursiver Schrift direkt in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet.

Allfällige Repliken des Landesrechnungshofes befinden sich nach der jeweils korrespondierenden Textstelle.

Stellungnahme der Frau Landesfinanzreferentin Landesrätin Dr. Bettina Vollath:

Der gegenständliche Prüfbericht obigen Betreffs wird mit dem Hinweis darauf zur Kenntnis genommen, dass keine sachliche Zuständigkeit der Landesfinanzreferentin gegeben ist.

2. GRUNDSÄTZLICHE BEMERKUNGEN

Der Regionale Strukturplan Steiermark (RSG) soll eine umfassende, gleichmäßige – möglichst wohnortnahe – und qualitätsvolle medizinische Versorgung für alle Bewohner der Steiermark gewährleisten. Im RSG 2008 werden erstmalig Planungen des stationären und ambulanten Bereiches unter Berücksichtigung des Ist-Standes der Alten- und Langzeitplanung und der Rehabilitation zusammengeführt.

Basis für den RSG ist der Österreichische Strukturplan Gesundheit und die entsprechende jeweils gültige Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG. Die Planungen basieren auf umfangreichen Datenanalysen und statistischen Berechnungen. Dabei ist der Rahmen des ÖSG hinsichtlich der vorgegebenen Qualitätskriterien zu berücksichtigen. Den Planungshorizont der RSG 2008 und 2009 bildete das Jahr 2015. Durch die Revision des RSG im Jahr 2011¹ erfolgte im Wesentlichen eine Anpassung in struktureller und quantitativer Hinsicht. Der jetzige Planungshorizont betrifft das Jahr 2020.

Laut dem RSG – Steiermark 2011:

- *ist das LKH Leoben-Bruck als ein Schwerpunktkrankenhaus geplant*
- *sind weiterhin für die neurologische Versorgung 4 Betten für Stroke-Units und 8 Betten der Neurologie Rehab B vorgesehen*
- *gibt es in Leoben-Bruck Strukturen der pulmologischen Versorgung*
- *sind Betten der Respiratory Care Units (RCU), die in den INT(ernen)-Betten enthalten sind, geplant*
- *für die Neurologie/Psychiatrie werden im RSG 2011 keine Planungsaussagen getroffen. Die Darstellung der IST-Struktur wurde vom RSG 2009 in der Version 1.1 übernommen. Es soll ein Psychiatrieplan ausgearbeitet werden, der die gesamte ambulante psychiatrische Versorgung einschließlich der psychosozialen Dienste umfasst.*

In nachfolgender Übersicht wird die Entwicklung der einzelnen Fachbereiche für das LKH Leoben-Bruck mit Planungshorizont 2020 dargestellt.

¹ Version 1.1 vom 26. März 2009

Regionaler Strukturplan Gesundheit – Steiermark 2011
Teilbericht – akutstationärer Bereich

Seite 88 von 102

15.4.1.2 Standortspezifische Darstellung

LKH Leoben-Bruck/Mur																												
	EV	IM	AGR RNS	CH	GGH	UC	OR	URO	HNO	AU	DER	NEU	PUL	MKG	NC	PCH	PSY	PSO-E	SRN	PAL	GEM	KI	KCH	PSO-K	KJP	INT E	INT K	Ges.
Standort Leoben																												
IST 2009																												
tatsächliche Betten		136		104	53			55	35				53							8		51		10		21	9	535
RSG 2009		105	24	90	46			52	31				42				80		11	8		60				25		574
SOLL 2020																												
Organisationsform	ZAE	A		A	A			A	A		dTK ⁴		A						B	B		A	dVK ¹	S		IFB	B	
systemisierte Betten	6	100		76	50			50	28		X		35						11	8		33	8	12		28	9	454
Ambulanzen	24h	TA		TA	24h ¹			TA	TA		TA		TA						TA				24h					
Standort Bruck/Mur																												
IST 2009																												
tatsächliche Betten		95		62	15	60				34		66														14		346
RSG 2009		90		60	9	60				32		70														20		341
SOLL 2020																												
Organisationsform	ZAE	A		A	A					A ⁶		A					A									IFB		
systemisierte Betten	8	80		65	47					22		62					80									20		384
Ambulanzen	24h	TA		TA	24h	TA ²				TA		TA					24h											

Quelle: RSG 2011, Seite 88

Im RSG 2009² war die psychiatrische Versorgung der Obersteiermark mit 80 Betten noch für Leoben vorgesehen (Verlagerung aus der Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz). Unter dem Gesichtspunkt der Investitionskosten ist im RSG 2011 die Einrichtung des Fachbereiches Erwachsenenpsychiatrie nun für das LKH Bruck geplant.

Die Strukturreformen in der Gesundheitsversorgung durch den Regionalen Strukturplan Gesundheit Steiermark 2020 erforderten Anpassungen der strategischen Ausrichtung der KAGes. Eine Reduktion von 566 Betten beträfe laut zuständigem Regierungsmitglied in der Präsentation „RSG 2020 – KAGes – Umsetzungsplan“ vor allem die Fächer Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Psychiatrie, während zusätzliche Kapazitäten v.a. in den Bereichen Akutgeriatrie/Remobilisation bzw. Remobilisation und Nachsorge, Unfallchirurgie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Intensivmedizin in der KAGes vorgesehen sind.

Weiters wurden in dieser Präsentation folgende Maßnahmen im Zusammenhang mit dem LKH Bruck angekündigt:

„Die notwendige Verstärkung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sei im LKH Leoben vorzusehen, um die Synergie des Sonderfaches Kinder-, Jugend- und Neuro-psychiatrie zur Kinderabteilung des LKH Leoben und den dortigen psychosomatischen Betten zu sichern.

Beim Krankenanstaltenverbund Leoben-Bruck sei die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung im Versorgungsraum Steiermark Nord (ONKO Nord) mit den entsprechenden Angeboten insbesondere im Bereich der Strahlentherapie und des gerade in Bau befindlichen neuen Ambulanz- und OP-Traktes vordringlich.

Die planmäßige Etablierung des Verbundes werde mit Ende 2013 erfolgen.“

² Im RSG 2008 waren 75 Psychiatrie-Betten vorgesehen.

2.1 Anstaltsordnung

Im Jahr 2009 wurde von der Stmk. Landesregierung die Musteranstands- und Musterhausordnung für sämtliche LKH der KAGes genehmigt.

Die sanitätsbehördliche Bewilligung für die im Prüfzeitraum letztgültige Anstaltsordnung des Landeskrankenhauses (LKH) Bruck gemäß § 6 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) und § 9 KALG wurde mit Bescheid GZ: FA8A-86.12-5/2010-1³ vom 11. Oktober 2010 erteilt.

Aufgaben und Betriebsziele sind in der Anstaltsordnung wie folgt festgelegt:

2.1.1 Art der Krankenanstalt, Aufgaben und Betriebsziel

§ 1 Art der Krankenanstalt

Das Landeskrankenhaus Bruck an der Mur wird als Schwerpunktkrankenanstalt mit Bescheid vom 14.3.1990, GZ: 12-86 bu 4/11-1989 bzw. GZ: 12-86 Bu 4/23-1994 vom 25.2.1994 geführt.

§ 2: Aufgaben und Betriebsziel

- (1) Die Krankenanstalt hat nach Maßgabe ihrer Einrichtung unter Beachtung ihrer 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 (optional: zur Entbindung oder für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe) 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) 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. Die unbedingt notwendige erste ärztliche Hilfe ist in der Krankenanstalt in jedem erforderlichen Fall zu leisten.*
- (4) 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 zu gewährleisten ist.*

³ Die FA8A Sanitätsrecht und Krankenanstalten wurde im Zuge der Verwaltungsreform mit 1. August 2012 zur Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement.

2.1.2 Medizinische Gliederung

Die Krankenanstalt besteht im medizinischen Bereich aus folgenden Einrichtungen⁴:

Fachabteilungen:

- Abteilung für Innere Medizin (mit Infektion und Dialyseversorgungsbereich)
- Abteilung für Chirurgie (mit 2 Departments)
- Abteilung für Geburtshilfe (bis 31.12.2011)
- Abteilung für Unfallchirurgie
- Abteilung für Neurologie/Psychiatrie
- Abteilung für Augenheilkunde
- Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Interdisziplinäre Intensiveinheit

Departments:

- Department für Allgemeine Chirurgie
- Department für Gefäßchirurgie

Untergliederung der Abteilung für Neurologie:

- Stationen
- Neurologische Akutrehabilitationseinheit Stufe B
- Stroke Unit

Institute:

- Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

Anstalts- bzw. Spezialambulanzen:

- Innere Medizin
 - o Diabetesambulanz
 - o Diabetische Fußambulanz
 - o Herzschrittmacherambulanz
 - o Nephrologische Ambulanz
 - o Kardiologische Ambulanz
- Unfallchirurgie
 - o Knieambulanz
 - o Schulterambulanz

⁴ Quelle: Aktuelles Beiblatt zur Anstaltsordnung vom 11. Oktober 2010

- Allgemeinchirurgie
- Gefäßchirurgie
- Geburtshilfe
 - o Stillambulanz
- Augenheilkunde
 - o Diabetes
 - o Netzhaut Ambulanz
 - o Laser Ambulanz
 - o Fluoreszenzangiographie, Opticalcoherenttomographie (OCT), Foto Ambulanz
 - o Gesichtsfeld Ambulanz
 - o Glaukom Ambulanz
 - o Sehschule
- Neurologie und Akutpsychiatrie
 - Spezialambulanzen der Abteilung für Neurologie
 - o Elektroencephalogramm (EEG)
 - o Elektromyographie (EMG)
 - o Neurosonologie
 - o Multiple Sklerose (MS) Ambulanz
 - o Epilepsie Ambulanz
 - o Migräne Ambulanz
 - o MS Ambulanz
- Diagnostische und Interventionelle Radiologie
- Anästhesiologie und Intensivmedizin
 - o Schmerzambulanz
 - o Eigenblut Ambulanz

Im Frühjahr 2006 wurde die Betriebsbewilligung für den Zu- und Umbau der Neuro- und Rehab B-Station erteilt. Weiters wurde die Errichtungsbewilligung für eine Verlegung der Augenabteilung vom LKH Leoben ins LKH Bruck bewilligt.

Im November 2008 erfolgte die Errichtungs- und Betriebsbewilligung nach dem Strahlenschutzgesetz einer Röntgenanlage für Computertomographie.

2.1.3 Systemisierte Betten

Nach Maßgabe des Bescheides GZ: FA8A-86.12-3/2010-27 vom 13. Oktober 2010 stellt sich die Anzahl der Systemisierten Betten (Planbettenstand) wie folgt dar:

<i>Fachabteilung</i>	<i>A-KL</i>	<i>S-KL</i>	<i>Intensiv</i>	<i>Gesamt</i>
Abteilung für Innere Medizin (davon Station "Gefäßchirurgie Interdisziplinär")	75 (4)	22	Belegrecht (3)	97
Abteilung für Chirurgie, davon	52	10	0	62
<i>Department für Allgemeine Chirurgie</i>	34	5	0	39
(davon Station "Gefäßchirurgie Interdisziplinär")	(6)			
<i>Department für Gefäßchirurgie</i>	18	5	0	23
Abteilung für Geburtshilfe	12	3	0	15
Abteilung für Unfallchirurgie	46	14	0	60
Abteilung für Neurologie, davon	51	14	Belegrecht (2)	65
<i>Stationen</i>	39	14	Belegrecht (2)	53
<i>Rehab</i>	8	0	0	8
<i>Stroke Unit</i>	4	0	0	4
Abteilung für Augenheilkunde	28	7	0	35
Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin	0	0	Belegrecht (5)	0
Interdisziplinäre Intensiveinheit	0	0	10	10
Summe	264	70	10	344

Quelle: Bescheid GZ: FA8A-86.12-3/2010-27

Eine Änderung der funktionell-organisatorischen Gliederung des Planbettenstandes 2010 im Vergleich zu 2008 erfolgte insofern, als die „Station Gefäßchirurgie 1 am Department Gefäßchirurgie“ in „Station Gefäßchirurgie Interdisziplinär am Department für Gefäßchirurgie“ umbenannt wurde.

Dadurch wurde laut Bescheid die Möglichkeit geschaffen, die Station Gefäßchirurgie Interdisziplinär sowohl durch die Abteilung für Innere Medizin als auch durch das Department für Allgemeine Chirurgie zu belegen.

Planbettenstand vom 26.11.2008:

<i>Fachabteilung</i>	<i>A-KL</i>	<i>S-KL</i>	<i>Intensiv</i>	<i>Gesamt</i>
Abteilung für Innere Medizin	75	22	Belegrecht (3)	97
Abteilung für Chirurgie, davon	52	10	0	62
<i>Department für Allgemeine Chirurgie</i>	34	5	0	39
<i>Department für Gefäßchirurgie</i>	18	5	0	23

Quelle: Bescheid GZ: FA8A-86.12-3/2008-4

Mit 26. November 2008, Bescheid GZ: FA8A-86.12-3/2008-4 gab es eine Planbettenumwidmung.

Der Gesamtbettenstand wurde aufgrund dieser funktionell-organisatorischen Gliederung nicht verändert.

2.1.4 Auslastung in der Sonderklasse

Im Vergleichszeitraum wurden bereits Umwidmungen von Sonderklassebetten in jene der Allgemeinen Klasse vorgenommen.

Nachfolgend wird die Entwicklung der Auslastung in der Sonderklasse dargestellt:

Sonderklasse	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	79	70	70	-9 Bett/en
tatsächlich aufgestellte Betten	76	76	75	-1 Bett/en
Belagstage	14.509	14.206	12.898	-11,10 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	2.434	2.373	2.413	-0,86 %
Ø Auslastung (Belagstage)	52,16	51,21	47,12	-9,66 %

Quelle: KDOK⁵ (2008 – 2010)

* Berechnungsbasis: Aufnahmen, Entlassungen, Verstorbene

Die Anzahl der Systemisierten (genehmigten) Betten wurde im Vergleich des Jahres 2009 mit 2008 um 9 Betten vermindert. Im Jahr 2009 und 2010 waren mehr Betten (tatsächlich) aufgestellt als genehmigt.

Aufgrund der gesunkenen Anzahl an Belagstagen des Jahres 2010 und um eine Auslastung von etwa 85 % zu erreichen, waren bzw. wären nicht mehr als 42 Betten erforderlich.

⁵ KDOK: Die Daten der Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik werden jeweils nach der Erstellung des Jahresabschlusses an den Landeshauptmann und das Bundesministerium für Gesundheit weitergeleitet.

Als Ziel wurde von der Anstaltsleitung der sparsame Umgang mit Ressourcen in allen Bereichen und eine Steigerung der Auslastung im Sonderklassebereich genannt.

Die Auslastung der Sonderklasse über den Vergleichsraum beträgt lediglich um die 50 %.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Betreffend die vom LRH kritisierte geringe Auslastung der Sonderklasse wird festgehalten, dass aufgrund geänderter organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen vorerst keine Anpassung der Anzahl an Sonderklassebetten vorgenommen wird. Nach einem Beobachtungszeitraum bis Ende 2013 wird eine Entscheidung betreffend eine Reduktion bzw. Umwandlung von Sonderklassebetten erfolgen.

2.1.5 Stationäre Aufenthalte

Die Zahl der stationären Aufenthalte entwickelte sich wie folgt:

	2008	2009	2010
Anzahl stationäre Aufenthalte	20.259	20.832	21.367

Quelle: KDOK 2008-2010, errechnete Größe; vormals stationäre Patienten

Im betrachteten Zeitraum stieg die Anzahl der stationären Aufenthalte im LKH Bruck um 5,5 %.

Im Detail ergaben sich u.a. eine Erhöhung in der Augenabteilung (plus 24,1 %) bzw. in der Medizinischen Abteilung (plus 5,1 %).

Die Anzahl der stationären Aufenthalte verminderte sich u.a. im Bereich der Neurologie Rehabilitation (minus 10,7 %), in der Medizinischen Abteilung - Infektionsbereich (minus 5,7 %), in der Unfallchirurgischen Abteilung (minus 4,2 %) und in der Interdisziplinären Intensivstation um 4,1 %.

2.1.6 Wartelisten

Laut Aussage des Ärztlichen Direktors gibt es – mit Ausnahme der Augenabteilung – im stationären bzw. ambulanten Bereich Wartezeiten bis maximal vier Wochen.

Es werden Bestelllisten (Termine) in Form von Kalendereinträgen geführt. Diese sind für den Patienten nicht einsehbar.

Es besteht eine Vereinbarung des LKH-Univ. Klinikums Graz mit dem LKH Bruck, um Wartezeiten im Bereich der Kataraktbehandlungen möglichst kurz zu halten. Im Anlassfall werden Patienten nicht in Graz sondern im LKH Bruck behandelt.

Die Übernahme von Patienten aus anderen Regionen und damit die frühere Behandlungsmöglichkeit werden vom LRH als positiv betrachtet.

Die Änderung des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten (29. Juli 2011) enthält folgende Vorgabe für die Landesgesetzgebung:

„Patientenrechte, transparentes Wartelistenregime

§ 5a.

(2) Durch die Landesgesetzgebung sind die nach Anstaltszweck und Leistungsangebot in Betracht kommenden Träger von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten gemäß § 16 Abs. 1 zu verpflichten, ein transparentes Wartelistenregime in anonymisierter Form für elektive Operationen sowie für Fälle invasiver Diagnostik zumindest für die Sonderfächer Augenheilkunde und Optometrie, Orthopädie und orthopädische Chirurgie sowie Neurochirurgie einzurichten, sofern die jeweilige Wartezeit vier Wochen überschreitet. Die Landesgesetzgebung hat Kriterien für den Ablauf und die Organisation dieses Wartelistenregimes vorzusehen, wobei die Gesamtanzahl der pro Abteilung für den Eingriff vorgemerkten Personen und von diesen die der Sonderklasse angehörigen vorgemerkten Personen erkennbar zu machen sind.

(3) Die für den Eingriff vorgemerkte Person ist auf ihr Verlangen über die gegebene Wartezeit zu informieren. Dabei ist nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten tunlichst eine Auskunftseinholung auf elektronischem Weg zu ermöglichen.“

Die Ausführungsbestimmungen sollten von der Landesgesetzgebung innerhalb von 8 Monaten erlassen werden.

Der LRH stellt fest, dass diese Umsetzung auf Landesebene noch nicht erfolgt ist. Im Interesse der Patienten sollten diese Vorgaben umgesetzt und transparente Wartelisten geführt werden.

3. MEDIZINISCHE BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN

Im Folgenden wird die Entwicklung der wichtigsten Kennzahlen des LKH Bruck im Vergleich der Jahre 2008 bis 2010 dargestellt:

Gesamt	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	344	344	344	-
tats. aufgestellte Betten	346	346	344	-2 Bett/en
Belagstage	109.972	107.428	104.899	-4,61 %
0-Tagesaufenthalte	743	817	772	3,90 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	20.259	20.832	21.367	5,47 %
Ø Auslastung (Belagstage)	86,84	85,06	83,54	-3,80 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	5,43	5,16	4,91	-9,58 %
Ø Belag (Belagstage)	300,47	294,32	287,39	-4,35 %

* Berechnungsbasis: Aufnahmen, Entlassungen, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellen statistik (KDOK) 2008-2010, aufbereitet durch den LRH

In den Jahren 2008 und 2009 lag die Zahl der tatsächlich aufgestellten Betten über jener der Systemisierten Betten. Im Jahr 2010 wurde die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten den Systemisierten Betten angeglichen (344 Betten).

Im Jahr 2010 erhöhte sich – im Vergleich zu 2008 – die Anzahl der stationären Aufenthalte. Aufgrund der verkürzten durchschnittlichen Belagsdauer verminderte sich – trotz der höheren Anzahl an stationären Aufenthalten – die Anzahl der Belagstage. Die Auslastung sank im beobachteten Zeitraum.

3.1 Augenabteilung

Die Augenabteilung stellt die Notfallversorgung sowie die konservativen und operativen Behandlungen sicher.

Die Errichtungs- bzw. Betriebsbewilligung der Augenabteilung für das LKH Bruck und die Auflassungsbewilligung für das LKH Leoben wurden im Frühjahr 2006 erteilt.

Entwicklung der Leistungsdaten im geprüften Zeitraum:

Augenabteilung	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	36	35	35	-1 Bett/en
tatsächlich aufgestellte Betten	34	34	33	-1 Bett/en
Belagstage	8.144	8.165	8.437	3,60 %
0-Tagesaufenthalte	95	124	134	41,05 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	4.378	4.829	5.434	24,12 %
Ø Auslastung (Belagstage)	65,45	65,79	70,05	7,03 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	1,86	1,69	1,55	-16,67 %
Ø Belag (Belagstage)	22,25	22,37	23,12	3,91 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Die RSG 2008 bzw. 2009 sahen bis 2015 eine Reduktion um 3 Betten vor (Soll 32 Betten).

Die Anzahl der Systemisierten Betten wurde im Jahr 2010 im Vergleich mit 2008 um 1 Bett vermindert. Es waren jeweils weniger Betten aufgestellt als genehmigt waren.

Die Auslastung erhöhte sich im geprüften Zeitraum von 65 % auf 70 %, liegt dennoch unter der angestrebten Auslastung (85 %). Dies ergibt sich u.a. daraus, dass an den Wochenenden keine Katarakt-OP durchgeführt werden.

Die Erhöhung der stationären Aufenthalte ergab sich vorwiegend aus vermehrt durchgeführten Katarakt-Operationen sowie Operationen am Glaskörper.

Die Belagsdauer reduzierte sich um 0,31 Tage.

Um hohe Wartezeiten (Wartezeiten der Dringlichkeitsstufe 3) bei Katarakt-OP zu vermindern, gibt es eine Kooperation zwischen dem LKH-Univ. Klinikum Graz und dem LKH Bruck.

Patienten können dadurch in Bruck früher als im LKH-Univ. Klinikum Graz operiert werden. Kapazitäten des LKH Bruck können für die Behandlung von Patienten aus Graz genutzt werden.

Im Jahr 2009 wurden am LKH Bruck nur 4 von 3.267 Katarakt-OP tagesklinisch durchgeführt⁶. Begründet wurde dies mit der mangelnden Nachbetreuungsbereitschaft im niedergelassenen Bereich bzw. mit der notwendigen Umstrukturierung der eigenen organisatorischen Abläufe.

Nach Auflassung der Geburtshilflichen Abteilung ist es möglich, durch die freigegebenen Flächen erforderliche Strukturen für die Errichtung einer Tagesklinik zu schaffen. In Folge ist von der Anstaltsleitung geplant, das tagesklinische Leistungsangebot auszuweiten. Ein Konzept für einen entsprechenden Umbau/ eine Adaptierung wurde bereits erstellt.

Der LRH begrüßt diese Neuorientierung der Leistungserbringung und empfiehlt, die geplante Umsetzung zur Erhöhung der tagesklinischen Leistungen zu forcieren.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Für die Errichtung einer Tagesklinik sind die Planungen im Gange. Geplante Inbetriebnahme der Tagesklinik ist der 1. Mai 2013.

3.2 Chirurgische Abteilung

Die Chirurgische Abteilung gliedert sich in ein Department für Allgemeinchirurgie und ein Department für Gefäßchirurgie. Im Prüfzeitraum waren 62 Betten bewilligt und aufgestellt. Die exakte Zuteilung pro Department wird in den folgenden Unterkapiteln dargestellt.

Gemäß den für den Prüfzeitraum gültigen RSG (2008 und 2009) mit Planungshorizont 2015 sind 60 Betten für den Bereich Chirurgie vorgesehen.

Mittels Bescheid der FA8A des Amtes der Stmk. Landesregierung vom Oktober 2010 wurde die Möglichkeit geschaffen, die Station Gefäßchirurgie Interdisziplinär durch die Abteilung für Innere Medizin und durch das Department für Allgemeine Chirurgie zu belegen.

⁶ Quelle: RH-Bericht Bund 2011/10 Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark

3.2.1 Department für Allgemeinchirurgie

Am Department für Allgemeinchirurgie werden alle bauchchirurgischen Eingriffe an Magen, Dünn- und Dickdarm, Rektum, Gallenblase und Gallenwegen sowie der Bauchdecke vorgenommen. Das Department hat sich besonders auf laparoskopische Eingriffe spezialisiert. Ein wesentlicher Schwerpunkt der chirurgischen Tätigkeit besteht u.a. in der laparoskopischen Versorgung von Leistenbrüchen sowie Narbenbrüchen und in der Implantation von Herzschrittmachern.⁷

Entwicklung der Leistungsdaten des Departments für Chirurgie:

Department für Chirurgie	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	39	39	39	-
tatsächlich aufgestellte Betten	41	41	40	-1 Bett/en
Belagstage	10.759	10.420	10.370	-3,62 %
0-Tagesaufenthalte	213	209	181	-15,02 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	3.097	3.003	3.095	-0,06 %
Ø Auslastung (Belagstage)	71,70	69,63	71,03	-0,93 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	3,47	3,47	3,35	-3,46 %
Ø Belag (Belagstage)	29,40	28,55	28,41	-3,37 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Die durchschnittliche Auslastung des Departments für Chirurgie erreichte im Prüfzeitraum 71 % und liegt unter dem Normwert einer effizienten Auslastung von 85 %. Die Belagsdauer verminderte sich um 3,46 % oder 0,12 Tage. Die Anzahl der stationären Aufenthalte ist beinahe gleich geblieben.

⁷ Quelle: Homepage des LKH Bruck vom 23.1.2012, <http://www.lkh-bruck.at/cms/beitrag/10033961/2216028>

3.2.2 Department für Gefäßchirurgie

Das Leistungsangebot des Departments für Gefäßchirurgie umfasst primär die Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen der Arterien und Venen (exkl. intrathorakale und intracerebrale Gefäße), sowie die Anlage von Shunts für die Hämodialyse. Weiters stellt u.a. die chirurgische Behandlung des „Diabetischen Fußes“ einen Schwerpunkt des Departments dar.⁸

Entwicklung der Leistungsdaten des Departments für Gefäßchirurgie:

Department für Gefäßchirurgie	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	21	23	23	2 Bett/en
tatsächlich aufgestellte Betten	21	21	22	1 Bett/en
Belagstage	9.023	7.807	7.758	-14,02 %
0-Tagesaufenthalte	91	70	72	-20,88 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	1.223	1.200	1.235	0,98 %
Ø Auslastung (Belagstage)	117,40	101,85	96,61	-17,71 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	7,38	6,51	6,28	-14,91 %
Ø Belag (Belagstage)	24,65	21,39	21,25	-13,79 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

In diesem Department erhöhte sich die Anzahl der stationären Aufenthalte minimal. Aufgrund der verminderten Belagstage und der Erhöhung der tatsächlich aufgestellten Betten sank die durchschnittliche Auslastung um beinahe 21 Prozentpunkte. Trotz dieser Verminderung ist die Auslastung mit 97 % sehr hoch.

Aufgrund der Leistungsentwicklung und der unterschiedlich hohen Auslastung sollte eine interdisziplinäre Belegung der beiden Departments der Chirurgischen Abteilung angedacht werden.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Mit 1. Jänner 2012 wurde auch das Department für Allgemeinchirurgie zur interdisziplinären Belegung geöffnet. Die sanitätsbehördliche Umsetzung wird erst nach einem Beobachtungszeitraum beantragt werden.

⁸ Quelle: Homepage des LKH Bruck vom 23. Jänner 2012, <http://www.lkh-bruck.at/cms/beitrag/10033966/2216028>

3.3 Geburtshilfliche Abteilung

Die Geburtshilfliche Abteilung im LKH Bruck wurde in Kooperation mit der Gynäkologisch/Geburtshilflichen Abteilung am LKH Leoben geführt. Im Jahr 2010 wurden im LKH Bruck 700 Geburten betreut.

Entwicklung der Leistungsdaten der Geburtshilflichen Abteilung:

Geburtshilfliche Abteilung	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	17	15	15	-2 Bett/en
tatsächlich aufgestellte Betten	15	15	15	
Belagstage	3.422	3.664	3.342	-2,34 %
0-Tagesaufenthalte	46	60	33	-28,26 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	812	911	806	-0,74 %
Ø Auslastung (Belagstage)	62,33	66,92	61,04	-2,07 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	4,21	4,02	4,15	-1,43 %
Ø Belag (Belagstage)	9,35	10,04	9,16	-2,03 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Im Jahr 2008 unterschied sich die Anzahl der Systemisierten Betten von den tatsächlich aufgestellten Betten (plus 2). Die Vorgabe des RSG 2008 bzw. 2009 mit Planungshorizont 2015 von 9 Betten verlangte eine Verminderung von 6 tatsächlich aufgestellten Betten bzw. 8 Systemisierten Betten.

Für 2009 wurde die Anzahl der Systemisierten den tatsächlich aufgestellten Betten angepasst (minus 2). Im Jahr 2010 erfolgte keine weitere Reduzierung von Betten.

Die Auslastung lag im beobachteten Zeitraum mit 61 % weit unter der angestrebten Auslastung von 80 %.

Im RSG 2011 sind als Soll-Vorgabe mit Planungshorizont 2020 für das LKH Bruck keine Betten der Fachrichtung Gynäkologie und Geburtshilfe vorgesehen.

Mit Ende des Jahres 2011 erfolgte die Schließung der Geburtshilflichen Abteilung.

In Entsprechung des RSG 2011, der als „Soll 2020“ keine geburtshilfliche Versorgung im LKH Bruck vorgesehen hat, wird die bereits umgesetzte Auflassung der geburtshilflichen Betten im LKH Bruck und deren Verlegung ins LKH Leoben (ab 1. Jänner 2012) als zweckmäßig erachtet.

3.4 Medizinische Abteilung

Die Behandlung von Herz-⁹ und Gefäßpatienten stellt neben der klassischen allgemeinen Inneren Medizin einen weiteren Schwerpunkt dar. Die gesamte Obersteiermark soll daher nach einem internationalen Qualitätsstandard im Herz- und Gefäßbereich versorgt werden¹⁰.

Für Dialyse Patienten werden in der Nephrologie- und Dialyse-Station 22 Dialyseplätze zur Blutwäsche zur Verfügung gestellt. Die Betriebsbewilligung für die Erhöhung auf 22 Plätze erfolgte 2010, davor waren es 12 Plätze.

In der Infektionsabteilung (20 Betten) kann entweder jedes Zwei-Bett-Zimmer für sich allein oder es können alle gemeinsam als Gesamt-Isoliereinheit verwendet werden.

10 Betten werden als interdisziplinäre Intensivmedizinische Einheit sowie 6 Betten als Intermediate Care-Station¹¹ geführt.

Gemäß dem für den Prüfungszeitraum gültigen RSG sind für die Medizinische Abteilung 90 Betten mit Planungshorizont 2015 (inkl. Infektionsbetten, ohne Intensiv-einheit) vorgesehen.

Laut letztgültigem Bescheid sind 97 Systemisierte Betten bewilligt, wobei auch eine interdisziplinäre Belegung der Gefäßchirurgischen Station durch die Medizinische Abteilung möglich ist.

Tatsächlich waren im Jahr 2010 auf der Medizinischen Abteilung 94 Betten aufgestellt (inklusive Infektionsbetten, ohne Intensiveinheit).

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Die Ausführungen des LRH auf Seite 20 [Anmerkung LRH: nunmehr auf Seite 22] sind dahingehend zu korrigieren, dass auf der interdisziplinären Intensiveinheit drei Betten geführt werden, die der Medizinischen Abteilung zugeordnet sind (lt. Prüfbericht zehn Betten).

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH stellt fest, dass dieser Hinweis der Stellungnahme ohnehin auf Seite 24 angeführt ist.

⁹ Kardiologische Fachabteilung bis hin zur invasiven und interventionellen Kardiologie

¹⁰ Quelle: Homepage des LKH Bruck vom 23. Jänner 2012, <http://www.lkh-bruck.at/cms/beitrag/10011338/2216152>

¹¹ Intermediate Care-Station: Verbindungsglied zwischen Intensiv- und Normalstation

Im Folgenden werden **die Leistungsdaten der Medizinischen Abteilung** (ohne Infektionsbetten und Intensivbetten) dargestellt:

Medizinische Abteilung	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	77	75	75	-2 Bett/en
tatsächlich aufgestellte Betten	75	75	75	
Belagstage	25.989	25.471	24.608	-5,31 %
0-Tagesaufenthalte	417	452	455	9,11 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	4.814	5.012	5.060	5,12 %
Ø Auslastung (Belagstage)	94,68	93,04	89,89	-5,06 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	5,40	5,08	4,86	-10,00 %
Ø Belag (Belagstage)	71,01	69,78	67,42	-5,05 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Aufgrund der verkürzten durchschnittlichen Belagsdauer (minus 10 %) verminderte sich im geprüften Zeitraum – trotz der höheren Anzahl an stationären Aufenthalten (plus 5,1 %) – die Anzahl der Belagstage um 5,3 %.

Die Verminderung der durchschnittlichen Belagsdauer ergab sich laut Auskunft der Anstaltsleitung dadurch, dass kardiologische Patienten sehr rasch nach dem Eingriff im Herzkatheterlabor aus Kapazitätsgründen in das überweisende Krankenhaus rück-transferiert werden.

Leistungsdaten der Mediz. Abteilung – C (Infektionsbereich):

Medizinische Abteilung - C	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	20	22	22	2 Bett/en
tatsächlich aufgestellte Betten	20	20	19	-1 Bett/en
Belagstage	6.369	6.210	5.943	-6,69 %
0-Tagesaufenthalte	105	142	118	12,38 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	1.374	1.420	1.296	-5,68 %
Ø Auslastung (Belagstage)	87,01	85,07	85,70	-1,51 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	4,64	4,37	4,59	-1,08 %
Ø Belag (Belagstage)	17,40	17,01	16,28	-6,44 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Zu der vom LRH getrennten Darstellung der Stationen MED A, B und C ist anzumerken, dass es einzig strukturelle Unterschiede zwischen der MED C und den Stationen MED A und MED B gibt (es können jederzeit infektiöse Patienten durch ein Schleusensystem abgeschirmt werden). Für Auswertungen ist eine Trennung nicht notwendig bzw. nicht sinnvoll.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH folgt der Meinung, dass Daten über die Auslastung dieser Bereiche sinnvoll bzw. für die Weiterentwicklung und die Berechnung allfälligen Bedarfes erforderlich sind.

Im Jahr 2009 wurde in der Infektionsstation die Anzahl der Systemisierten Betten um 2 Betten erhöht.

Im Jahr 2010 waren tatsächlich 19 Betten aufgestellt, das war im Vergleich zu 2008 (bzw. zu 2009) um 1 Bett weniger.

Die Anzahl der stationären Aufenthalte im Infektionsbereich verringerte sich im beobachteten Zeitraum um 78.

Durch die verkürzte durchschnittliche Belagsdauer und die verminderte Anzahl an stationären Aufenthalten sank die Zahl der Belagstage (minus 426).

Entwicklung der Leistungsdaten der Interdisziplinären Intensiveinheit:

Interdisziplinäre Intensivstation	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	10	10	10	-
tatsächlich aufgestellte Betten	10	10	10	-
Belagstage	3.556	3.462	3.346	-5,91 %
0-Tagesaufenthalte	288	261	247	-14,24 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	1.035	1.060	993	-4,06 %
Ø Auslastung (Belagstage)	97,16	94,85	91,67	-5,65 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	3,44	3,27	3,37	-2,03 %
Ø Belag (Belagstage)	9,72	9,48	9,17	-5,66 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Für die Inanspruchnahme der Intensivbetten wurden den Abteilungen jeweils Belegrechte zugeordnet (Abteilung für Innere Medizin 3 Betten, Abteilung für Neurologie 2 Betten und Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin 5 Betten). Die tatsächliche Belegung jedoch erfolgt laut Anstaltsleitung nach medizinischem Erfordernis bzw. nach Dringlichkeit.

Die Entwicklung der Interdisziplinären Intensiveinheit zeigt im Prüfzeitraum einen leichten Rückgang bei den verschiedenen Leistungsdaten. Die durchschnittliche Auslastung sank im Vergleich der Jahre 2010 zu 2008 um 5,7 %.

Trotzdem ist diese mit etwa 92 % immer noch sehr hoch.

3.5 Neurologische Abteilung

Aufgabe der Neurologischen Abteilung¹² ist u.a. die Behandlung von Schlaganfällen, Gehirnblutungen, Meningitis, Querschnitts- und epileptischen Syndromen sowie neurodegenerativen Erkrankungen. Schwerpunkte auf umfassende Behandlung werden neben Schlaganfällen auch auf Multiple-Sklerose-Patienten, Migräne- und Epilepsie-Patienten gesetzt.

Angeboten werden im LKH Bruck Standardbetten (A-Betten: Basisversorgung in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Rehabilitation), B-Betten (Neurologische Frührehabilitation) und Stroke Unit-Betten¹³ (Spezialstation zur Erstversorgung von Schlaganfallpatienten).

Zur Fortführung der neurologischen Maßnahmen werden Patienten nach der Behandlung im LKH Bruck in das Neurologische Therapiezentrum Kapfenberg (NTK) transferiert. Die Übernahme erfolgt nach wöchentlicher Abstimmung der Ärzte des LKH Bruck bzw. des NTK. Nach Abschluss der Therapie im NTK wird der Entlassungsbericht an das LKH Bruck übermittelt.

Systemisierte Betten der Neurologischen Abteilung (gesamt):

Abteilung für Neurologie, davon	51	14	Belegrecht (2)	65
<i>Stationen</i>	<i>39</i>	<i>14</i>	Belegrecht (2)	53
<i>Rehab</i>	8	0	0	8
<i>Stroke Unit</i>	4	0	0	4

Quelle: Bescheid GZ: FA8A-86.12-3/2010-27 vom 13.10.2010

¹² Quelle: Homepage des LKH Bruck vom 2. April 2012, <http://www.lkh-bruck.at/cms/beitrag/10011341/2213919>

¹³ Stroke Unit: Patienten mit Schlaganfall bzw. TIA oder Verdacht auf Schlaganfall bzw. TIA laut ÖSG 2010 (TIA: Transitorische ischämische Attacke)

Darstellung der Leistungsdaten der Neurologischen Abteilung¹⁴:

(ohne Neuro Rehab bzw. Stroke Unit)

Abteilung für Neurologie	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	52	53	53	1 Bett/en
tatsächlich aufgestellte Betten	58	58	58	
Belagstage	20.727	20.141	19.217	-7,29 %
0-Tagesaufenthalte	145	141	144	-0,69 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	3.214	3.326	3.221	0,22 %
Ø Auslastung (Belagstage)	97,64	95,14	90,77	-7,04 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	6,45	6,06	5,97	-7,44 %
Ø Belag (Belagstage)	56,63	55,18	52,65	-7,03 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Gemäß RSG 2008 und 2009 (mit Planungshorizont 2015) sind für die Neurologische Abteilung (ohne Neuro Rehab bzw. Stroke-Unit) 58 Betten vorgesehen. Diese Zahl ist mit jener der tatsächlich aufgestellten Betten ident (2008 bis 2010 waren jeweils 58 Betten aufgestellt). Die Anzahl der Systemisierten Betten liegt jedoch unter dem vorgegebenen Wert der RSG 2008 und 2009 (2008 minus 6 Betten, 2009 bis 2010 minus 5 Betten).

Die Anzahl der stationären Aufenthalte blieb beinahe unverändert. Durch die verkürzte durchschnittliche Belagsdauer verminderten sich jedoch die Anzahl der Belagstage und die durchschnittliche Auslastung.

Darstellung der Betten der Neurologie Rehabilitation:

Abteilung für Neurologie Rehab B	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	8	8	8	-
tatsächlich aufgestellte Betten	8	8	8	-
Belagstage	2.784	2.696	2.747	-1,33 %
0-Tagesaufenthalte	2	0	2	-
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	122	122	109	-10,66 %
Ø Auslastung (Belagstage)	95,08	92,33	94,08	-1,05 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	22,82	22,10	25,20	10,43 %
Ø Belag (Belagstage)	7,61	7,39	7,53	-1,05 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

¹⁴ Neurologische Standard-Abteilung: Basisversorgung in Bezug auf Diagnostik, Therapie und Rehabilitation laut ÖSG 2010

In der Neurologischen Rehabilitationseinheit ist die Anzahl der Systemisierten bzw. tatsächlichen Betten mit der Zahl der geplanten Betten laut RSG 2008/2009 (Planungshorizont 2015) ident.

2010 wurden um 13 Patienten weniger als 2008 aufgenommen (minus 10,66 %). Die durchschnittliche Belagsdauer erhöhte sich pro stationärem Aufenthalt um etwa 10 %.

Die durchschnittliche Auslastung liegt mit 94 % weit über der üblichen Norm von 85 %.

Darstellung der Betten des Bereiches Neurologie Stroke Unit:

Neurologie Stroke Unit	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	4	4	4	-
tatsächlich aufgestellte Betten	4	4	4	-
Belagstage	1.385	1.393	1.349	-2,60 %
0-Tagesaufenthalte	62	50	63	1,61 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	531	542	516	-2,82 %
Ø Auslastung (Belagstage)	94,60	95,41	92,40	-2,33 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	2,61	2,57	2,61	-
Ø Belag (Belagstage)	3,78	3,82	3,70	-2,12 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl der aufzustellenden Betten der Stroke-Unit Einheit laut RSG 2008/2009 stimmt mit der Anzahl der Systemisierten bzw. tatsächlich aufgestellten Betten überein.

Im Vergleichszeitraum verminderte sich die Anzahl der stationären Aufenthalte um etwa 3 % (minus 15). Die durchschnittliche Belagsdauer blieb im Vergleich der Jahre 2010 mit 2008 unverändert. Da weniger stationäre Aufenthalte in Anspruch genommen wurden, verminderte sich – trotz gleichbleibender Belagsdauer – die Anzahl der Belagstage und die durchschnittliche Auslastung.

Diese liegt mit etwa 92 % über der üblichen Norm.

Aufgefallen ist, dass in allen Bereichen der Neurologie die Auslastung der aufgestellten Betten sehr hoch ist.

3.6 Psychiatrie

Weder im RSG 2008 noch im RSG 2009 waren für das LKH Bruck psychiatrische Betten vorgesehen.

Es war jedoch eine bedarfsorientierte Versorgungsanpassung durch die Etablierung einer Psychiatrischen Abteilung am LKH Leoben geplant. Im RSG 2008 waren dazu 75 Planbetten des Fachbereiches Psychiatrie zur wohnortnäheren, stationären psychiatrischen Versorgung vorgesehen. Mit dem RSG 2009 wurde die geplante Anzahl von 75 Betten in Leoben auf 80 psychiatrische Betten erhöht.

Zusätzlich sollen eine dislozierte Tagesklinik sowie Tagesklinikplätze der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Versorgungsregion 62 – Liezen aufgebaut werden.

3.7 Unfallchirurgische Abteilung

Das Behandlungsspektrum erstreckt sich von der Akutversorgung von verunfallten Patienten über arthroskopische Operationen von Knie-, Schulter und Sprunggelenken, handchirurgischen Elektiveingriffen bis zum Gelenkersatz der Schulter-, Hüft- und Kniegelenke. Das breite Spektrum der modernen Unfallchirurgie reicht vom Kopf über sämtliche Körperregionen, der Wirbelsäule bis zum Fuß¹⁵. Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Sporttraumatologie (Behandlung von Sportverletzungen aller Art).

Entwicklung der Leistungsdaten der Unfallchirurgie:

Abteilung für Unfallchirurgie	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010
Systemisierte Betten	60	60	60	-
tatsächlich aufgestellte Betten	60	60	60	-
Belagstage	17.814	17.999	17.782	-0,18 %
0-Tagesaufenthalte	105	110	101	-3,81 %
stationäre Aufenthalte (KJ) (vormals stationäre Patienten) *	2.773	2.621	2.658	-4,15 %
Ø Auslastung (Belagstage)	81,12	82,19	81,20	0,10 %
Ø Belagsdauer (Belagstage)	6,42	6,87	6,69	4,21 %
Ø Belag (Belagstage)	48,67	49,31	48,72	0,10 %

* Berechnungsbasis: Zugänge, Abgänge, Verstorbene laut Krankenanstalten- und Kostenstellenstatistik (KDOK 2008-2010); aufbereitet durch den LRH

Im RSG 2009 bzw. 2010 (mit Planungshorizont 2015) sind 60 Betten vorgesehen. Diese Anzahl entspricht der Anzahl der tatsächlich aufgestellten und der Systemisierten Betten des Prüfzeitraumes.

¹⁵ Quelle: Krankenhausmagazin Vitale vom 26. März 2012; <http://www.lkh-bruck.at/cms/beitrag/10210555/2202060>

Die Anzahl der stationären Aufenthalte verminderte sich im Vergleichszeitraum (2008 bis 2010) um etwa 4 %. Die durchschnittliche Belagsdauer erhöhte sich ungefähr im gleichen Ausmaß.

Aufgrund der vorgenannten Erhöhung und der Verminderung blieb die Anzahl der Belagstage fast gleich.

Der im Vergleich der Jahre 2010 mit 2008 beinahe unveränderte Auslastungsgrad von etwa 81 % liegt unter der angestrebten Auslastung von 85 %.

Es wird empfohlen, die Anzahl der Betten entsprechend der Auslastung vorzuhalten.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Eine Reduzierung der Betten im Bereich der Unfallchirurgie ist im RSG vorgegeben. Auf Grund der Tatsache, dass mit 1. Jänner 2013 die Versorgung der chirurgischen und unfallchirurgischen Patienten vom LKH Mürzzuschlag im LKH Bruck an der Mur erfolgen wird, werden im Moment keine Bettenreduktionen vorgenommen.

3.8 0-Tagesaufenthalte / Tagesklinik

Stationäre Leistungen liegen vor, wenn Patienten aufgenommen werden und ein Spitalsbett belegen. Sowohl bei **0-Tagesaufenthalten** als auch bei **tagesklinischen** Leistungen werden stationäre Leistungen erbracht; die Aufnahme und Entlassung erfolgt jeweils am selben Tag.

Tagesklinische Leistungen müssen zusätzlich vorab als solche nach Genehmigung durch die Landesgesundheitsplattform anerkannt worden und im LKF-Tagesklinik-Katalog enthalten sein. Die Abgeltung ist höher als bei einer ambulanten Leistung.

Ambulante Leistungen werden in einer Ambulanz eines Krankenhauses erbracht, dabei wird kein Spitalsbett belegt. Die Abgeltung ist niedriger als bei einer tagesklinischen Leistung.

3.8.1 0-Tagesaufenthalte

Insgesamt gab es im Jahr 2010 um 3,9 % mehr 0-Tagesaufenthalte als 2008 (von 743 auf 772). Es erfolgt eine geringere Abgeltung als bei einer „klassischen“ stationären oder tagesklinischen Leistung.

3.8.2 Tagesklinik

Im Folgenden wird die Entwicklung der Anzahl der tagesklinischen Leistungen im Prüfzeitraum dargestellt:

Entwicklung der tagesklinischen Leistungen:

Tagesklinische Leistungen	MEL Frequenzen 2008	MEL Frequenzen 2009	MEL Frequenzen 2010	MEL Frequenzen Veränderung 2008 - 2010
Augen	23	72	108	369,57 %
Chirurgie	0	1	4	-
Geburtshilfe	10	8	9	-10,00 %
Interdisziplinär	23	36	52	126,09 %
Innere Medizin	15	17	80	433,33 %
Neurologie	1		1	0,00 %
Unfallchirurgie	6	18	1	-83,33 %
Gesamt	78	152	255	226,92 %

Quelle: Unterlagen des LKH Bruck;

MEL: Medizinische Einzelleistungen gemäß LKF-Modell (Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung)

In der Augenabteilung und der Medizinischen Abteilung wurden jeweils die Frequenzen von Medizinischen Einzelleistungen in größerem Ausmaß erhöht.

Der Rechnungshof (RH) überprüfte von Oktober bis Dezember 2010 die tagesklinische Leistungserbringung in der Steiermark. Laut Rechnungshofbericht¹⁶ „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“ wurde vom LKH Bruck das vorhandene Tagesklinik-Potential (v.a. in der Augenheilkunde) nicht erbracht. Im Jahr 2009 wurden nur vier von 3.267 Katarakt-Operationen tagesklinisch durchgeführt.¹⁷

Durch eine vermehrte tagesklinische Leistungserbringung wird der stationäre Bereich entlastet. Eine verkürzte Aufenthaltsdauer der Patienten kann mit geringeren Kosten verbunden sein.

¹⁶ RH-Bericht „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“, Bund 2011/10

¹⁷ Laut Rechnungshofbericht „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“, Seite 163, Kapitel: Analyse Tagesklinischer Leistungen

Der RH zeigte deutliche Kostenunterschiede¹⁸ bei der Leistungserbringung von stationären bzw. tagesklinisch durchgeführten Katarakt-Operationen auf. Die Kostenvorteile betrafen vor allem den Personalbereich und hier insbesondere das Pflegepersonal.

Laut Auskunft der Anstaltsleitung werden die Flächen der mittlerweile aufgelassenen Geburtshilflichen Station zum Ausbau der Tagesklinik in Anspruch genommen.

Es wird empfohlen, die tagesklinische Leistungserbringung zu forcieren.

Laut Kostenstellenplan verfügt einzig die Tagesklinik der Augenabteilung über eine Kostenstelle.

Um auch tagesklinische Leistungen anderer Fachbereiche **transparenter darzustellen** und die Effizienz beurteilen zu können, **sollten – bei entsprechender Frequentierung – jeweils eigene Kostenstellen überlegt werden.**

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Nachdem es außer für den Augenbereich (mit 1. Mai 2013) keine strukturierte Tagesklinik gibt, existiert auch keine Kostenstelle.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH bleibt bei seiner Empfehlung, da laut übermittelter Leistungsaufstellung des LKH auch in anderen Bereichen eine nicht unerhebliche Anzahl von tagesklinischen Leistungen erbracht wurde.

Anzahl der tagesklinischen Leistungen pro Abteilung 2008 - 2011:

	2008		2009		2010		2011	
	MEL FREQ 2009	EL FREQ TKL 2009	MEL FREQ 2009	EL FREQ TKL 2009	MEL FREQ 2009	EL FREQ TKL 2009	MEL FREQ 2009	EL FREQ TKL 2009
AUGEN	23,00	23,00	72,00	72,00	108,00	108,00	102,00	102,00
CHIR			1,00	1,00	4,00	4,00	5,00	4,00
GYNGEB	10,00	10,00	8,00	8,00	9,00	9,00	9,00	9,00
INTERDISZ	23,00	23,00	36,00	36,00	52,00	52,00	51,00	51,00
MED	15,00	15,00	17,00	17,00	80,00	80,00	134,00	134,00
NEURO	1,00	1,00			1,00	1,00		
UNFALL	6,00	5,00	18,00	18,00	1,00	1,00	3,00	3,00
Gesamtergebnis	78,00	77,00	152,00	152,00	255,00	255,00	304,00	303,00

Quelle: Unterlagen des LKH Bruck

¹⁸ Quelle: Rechnungshofbericht „Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark“, Seite 136, Kapitel „Tagesklinisches Potenzial“: (Gesamtkosten bei einer Katarakt-Operation von 665 € bei Tagesklinikpatienten gegenüber 1.322 € bei vollstationären Patienten).

4. NICHT BETTENFÜHRENDE EINRICHTUNGEN

Im Folgenden werden die in der KDOK bekanntgegebenen Leistungen dargestellt.

4.1 Interdisziplinäre Ambulanz

Laut Anstaltsleitung werden in den Statistikdaten der Interdisziplinären Ambulanz Leistungen der Fachbereiche Medizin, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Augen und Anästhesie zusammengefasst.

Die medizinischen Leistungen können auch, je oben erwähnter Fachbereiche, aus dem medizinischen Dokumentationssystem erhoben werden.

Leistungsdaten der Interdisziplinären Ambulanz:

Interdisziplinäre Ambulanz							
Jahr	Ambulante Patienten	Frequenz. amb. Pat.	Frequenz. stat. Pat.	Frequenz. ext. Pat.	Summe Frequenz.	Anzahl Personal VZÄ	Freq./ VZÄ
2008	27.569	61.486	30.697	640	92.823	62,48	1.486
2009	27.336	59.759	24.044	620	84.423	68,62	1.230
2010	26.648	57.417	22.886	555	80.858	70,34	1.150

Quelle: KDOK 2008-2010; aufbereitet durch den LRH

(Frequenzen externer Patienten = Frequenzen stationärer Patienten anderer LKH)

(Sub)kostenstellen¹⁹ wurden für die medizinische und Endoskopie Ambulanz, für die (allgemeine) Chirurgie Ambulanz bzw. die Gefäßchirurgie Ambulanz, für die Unfallchirurgie Ambulanz, die Augen Ambulanz, die Kardiologie Ambulanz, die Anästhesie Ambulanz und die mittlerweile aufgelassene Geburtshilfliche Ambulanz, angelegt.

Die Kosten für das ärztliche Personal werden auf den jeweiligen Subkostenstellen (den Ambulanzen direkt) verbucht. Personalkosten für das Pflegepersonal werden der Grundkostenstelle Interdisziplinäres Ambulatorium und nicht den Subkostenstellen zugeordnet.

Nach Auskunft der Anstaltsleitung werden einzig der Subkostenstelle Kardiologie Ambulanz die Kosten des ärztlichen und des Pflegepersonals direkt zugeordnet.

¹⁹ Auf Subkostenstellen können Daten ebenfalls gesammelt werden, diese Daten werden grundsätzlich für interne Zwecke verwendet.

Sachaufwendungen werden, den Ambulanzen direkt oder wenn keine eindeutige Zuordnung möglich ist, nur der Grundkostenstelle zugeordnet.

Der LRH begrüßt die Einrichtung einer Interdisziplinären Ambulanz, da der Personaleinsatz flexibler gestaltet werden kann.

4.2 Neurologie Ambulanz

In der Neurologie Ambulanz entwickelten sich die Leistungsdaten wie folgt:

Neurologie Ambulanz							
Jahr	Ambulante Patienten	Frequenz. amb. Pat.	Frequenz. stat. Pat.	Frequenz. ext. Pat.	Summe Frequenz.	Anzahl Personal VZÄ	Freq./ VZÄ
2008	3.924	5.061	4.158	165	9.384	8,35	1.124
2009	3.800	4.876	3.913	263	9.052	8,21	1.103
2010	3.950	5.082	6.646	282	12.010	9,23	1.301

Quelle: KDOK 2008-2010; aufbereitet durch den LRH

Im Vergleich des Jahres 2008 mit 2010 erhöhte sich die Summe der Frequenzen um 28 % (2.626). Diese Steigerung betraf in erster Linie die Behandlung von stationären Patienten des LKH Bruck. Die Anzahl des Personals wurde um etwa 10 % erhöht. Die Frequenzen pro VZÄ konnten um etwa 16 % gesteigert werden.

4.3 Radiologie

Im Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie werden folgende Verfahren angeboten und durchgeführt:

- Konventionelle radiologische Bildgebung
- Sonographie
- Computertomographie
- Magnetresonanztomographie
- Interventionelle Radiologie: Eingriffe wie z.B. die Behandlung von Gefäßverengungen – sogenannte Ballonaufdehnungen²⁰

²⁰ Quelle: Homepage des LKH Bruck vom 28.März 2012

Nachstehend wird die Entwicklung der Frequenzen dargestellt:

Institut für Radiologie							
Jahr	Ambulante Patienten	Frequenz. amb. Pat.	Frequenz. stat. Pat.	Frequenz. ext. Pat.	Summe Frequenz.	Anzahl Personal VZÄ	Freq./ VZÄ
2008	3.919	4.827	22.728	273	27.828	29,20	953
2009	3.917	4.766	23.251	229	28.246	31,39	900
2010	3.529	4.198	22.514	279	26.991	31,79	849

Quelle: KDOK 2008-2010; aufbereitet durch den LRH

Im Vergleich des Jahres 2008 mit 2010 verminderte sich die Anzahl der Frequenzen um 837 oder 3 %.

Trotz der gestiegenen stationären Aufenthalte im LKH Bruck um 5,5 % verminderte sich die Anzahl der stationären Frequenzen um etwa 1 %. In Folge dessen verminderten sich auch die Frequenzen pro VZÄ (um beinahe 11 %).

Im Zeitraum 2008 bis 2010 wurde um etwa 9 % mehr Personal eingesetzt.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass die Personalberechnung auf den Ist-Daten der Leistungen und nicht der Frequenzen basiert. Ein Anstieg der Vollzeitäquivalente im Bereich der Radiologie resultiert somit aus einem Anstieg der Leistungen. Hinzuweisen ist auch auf die Erhöhung der Komplexität der Leistungen, was die folgende Statistik betreffend die interventionelle Radiologie widerspiegelt, die auf den sukzessiven Aufbau des Gefäßzentrums zurückzuführen ist.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	LKF FAELLE	LKF FAELLE	LKF FAELLE	LKF FAELLE	LKF FAELLE	LKF FAELLE
MEL20.01: Interventionelle Radiologie an den Gefäßen	182	226	251	278	344	378
Gesamtergebnis	182	226	251	278	344	378

Die Vollzeitäquivalente der Ärzte sind von 7,1 auf 8,33 (2008-2010) angestiegen. Davon dient ein Dienstposten der Versorgung des LKH Mürzzuschlag-Mariazell (siehe auch Prüfbericht Seite 42 [Anmerkung LRH: nunmehr auf Seite 47f]).

4.4 Labor

In der KDOK des LKH Bruck wurden keine Laborleistungen angeführt. Die Anstaltsleitung begründet dies damit, dass der Beschreibung der KDOK zufolge nur die Anzahl der Besuche von Patienten zu melden ist und dies bei Untersuchungen des Blutes nicht der Fall sei.

Die aufgezeichneten Leistungen laut Laborinformationssystem stellen sich wie folgt dar:

Labor						
Jahr	Leistung. amb. Pat.	Leistung. stat.Pat.	Leistung. an Dritte	Summe Leistung.	Anzahl Personal VZÄ	Leistung./ VZÄ
2008	148.247	675.268		823.515	13,62	60.464
2009	145.688	670.787		816.475	13,83	59.037
2010	138.729	651.988	297	791.014	14,43	54.817

Quelle: Unterlagen des LKH Bruck – Summe der ausgewerteten Parameter; aufbereitet durch den LRH

Die ambulanten Leistungen (minus 6,4 %) und die stationären Leistungen verminderten sich im Vergleich der Jahre 2008 mit 2010 um 32.501 oder um beinahe 4 %.

Ab 2010 werden auch diagnostische Leistungen für das Sozial- und Gesundheitszentrum Bruck erbracht. Diese wurden allerdings unter der Kostenstelle Hauskosten verbucht.

Diese Leistungen an Externe sollten zur größeren Übersichtlichkeit auf einer Kostenstelle „Leistungen an Dritte“ erfasst werden.

Aufgrund der verminderten Gesamtleistungen verminderten sich auch die Leistungen pro VZÄ um 5.647 Leistungen oder 9,3 %.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Eine Evaluierung hinsichtlich der ordnungsgemäßen Kostenstellen-Zuordnung der Leistungen für das Sozial- und Gesundheitszentrum Bruck wurde veranlasst.

4.5 Physiotherapie

Tätigkeitsbereiche der Physiotherapie sind hauptsächlich die Unfallchirurgie und Orthopädie. Ein weiteres Aufgabengebiet liegt in der Betreuung von Intensivpatienten, wobei speziell die Atmung und der Kreislauf ein besonderes Training erfordern. Es werden nur stationäre bzw. ambulante Patienten, die vorher stationär behandelt wurden betreut.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Leistungsdaten der Physiotherapie dargestellt:

Physiotherapie							
Jahr	Ambulante Patienten	Frequenz. amb. Pat.	Frequenz. stat. Pat.	Frequenz. ext. Pat.	Summe Frequenz.	Anzahl Personal VZÄ	Freq./ VZÄ
2008	157	1.254	25.890		27.144	9,66	2.810
2009	178	1.327	26.430		27.757	10,60	2.619
2010	193	1.262	25.284		26.546	10,27	2.585

Quelle: KDOK 2008-2010; aufbereitet durch den LRH

Die Anzahl des Personals wurde im Vergleich des Jahres 2008 mit 2010 um 6,3 % oder um 0,61 VZÄ erhöht. Die Summe der Frequenzen verringerte sich um etwa 2 %, die Summe der Frequenzen pro VZÄ verminderte sich um 8 %.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Die Ausführungen des LRH zu den Tätigkeitsbereichen der Physiotherapie sind dahingehend zu ergänzen, dass auch neurologische Patienten wesentlicher Bestandteil der physiotherapeutischen Arbeit sind.

4.6 Klinische Psychologie

In der KDOK des LKH Bruck wurden Leistungen der klinischen Psychologie nicht angeführt, da dafür keine eigene Kostenstelle eingerichtet ist.

Die vorwiegend für die Neurologie erbrachten Leistungen werden im medizinischen Dokumentationssystem der KAGES (MEDOCS) auf Basis des Kataloges ambulanter Leistungen (KAGES-KAL) erfasst.

5. ORGANISATION UND LEITUNG

Die ärztlichen Direktionen und Pflegedirektionen werden für die LKH Bruck und Leoben von jeweils einer Person in Personalunion geführt.

Ein Organigramm liegt vor. Ein Organisationshandbuch besteht nicht. Die Abläufe der Organisation wurden bzw. werden jedoch im Rahmen eines Qualitätsmanagement-Projektes als Prozesslandkarte erarbeitet. Parallel dazu wurde im Rahmen des Qualitätsmanagements ein Prozessmanagement-Handbuch erstellt.

Die Prozessentwicklung und Darstellung sollte fortgeführt werden.

Jahres-Zielvereinbarungen werden bzw. wurden zwischen dem Vorstand und der Anstaltsleitung bzw. von der Anstaltsleitung mit Primarii oder Institutsleitern für das folgende Jahr getroffen. Wenn dies im Dienstvertrag vereinbart wurde, ist die Zielerreichung prämienvirksam.

Von der Anstaltsleitung sind jeweils Betriebsziele im Hinblick auf Kunden-, Mitarbeiter-, Organisations-, Innovations- sowie Finanzziele zu erarbeiten.

Die Mitglieder der Anstaltsleitung sind in die Qualitätsmanagement-Kommission integriert.

Eine konstruktive Mitarbeit der Anstaltsleitung im Qualitätsmanagement und deren Umsetzung im täglichen Krankenhausablauf werden vom LRH als positiv bewertet (siehe auch Kapitel 15.1 Qualitätsmanagement).

Dadurch kann die jährliche Zielplanung in Abstimmung mit dem eigenen Leitbild als operatives bzw. strategisches Ziel erfolgen und den Mitarbeitern nahe gebracht werden.

Den Mitarbeitern ist es in weiterer Folge leichter möglich, sich mit erforderlichen (Umstrukturierungs-)Maßnahmen zu identifizieren.

Die aufgrund von Qualitätsmanagement-Projekten sichtbar gemachten Zeitpotentiale können dann anderweitig eingesetzt werden.

Erwähnenswert ist, dass ein eigenes Leitbild erarbeitet wurde, das auf der Homepage abgebildet ist. Die Erstellung eines Leitbildes unter Einbeziehung der Mitarbeiter stärkt das Qualitätsmanagement-Bewusstsein.

Laut Anstaltsleitung wird die von der KAGes verfasste Richtlinie „Zeichnungsberechtigung“ umgesetzt. Eine Liste der Zeichnungsberechtigungen mit den entsprechenden Wertgrenzen und dazugehörigen Namen von Personen des LKH Bruck liegt vor.

Der LRH überprüfte stichprobenartig ausgeschiedene Anlagegüter. Der Ausscheidungsgrund war bei allen Stichproben nur in Form eines kurzen Vermerkes am unterschriebenen Ausscheidungsformular (Antrag auf Ausscheidung) ersichtlich.

Bei auszuscheidenden Anlagegütern mit einem höheren Restbuchwert sollte der Ausscheidungsgrund von einer fachlich geeigneten Person in Schriftform beigelegt werden.

Weiters wurde die Umsetzung der sicherheitstechnischen Kontrolle der Geräte und Anlagen des LKH Bruck überprüft.

Bei diesen sicherheitstechnischen Überprüfungen waren Geräte nicht auffindbar und wurden jährlich in eine entsprechende Liste aufgenommen.

Der LRH empfiehlt Standort-Änderungen und Ausscheidungen zeitnah zu dokumentieren.

Wenn die Kontrolle über die technischen Geräte vom Kostenstellenverantwortlichen nicht selbst wahrgenommen werden kann, sollten – wie im Merkblatt für Kostenstellenverantwortliche vorgeschlagen bzw. in der Richtlinie für die Verwaltung des Anlagevermögens vorgegeben – vom Kostenstellenverantwortlichen geeignete Personen zu Geräteverantwortlichen ernannt werden.

Ein Nachweis für die Einschulung von Mitarbeitern über die Handhabung eines neuen medizinisch technischen Gerätes wurde vorgelegt.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Die Anregungen des LRH betreffend die Formalitäten zur Ausscheidung von Anlagegütern werden seitens des LKH Bruck a. d. Mur künftig berücksichtigt werden.

6. WIRTSCHAFTLICHE ENTWICKLUNG

6.1 Betriebsaufwendungen

Insgesamt erhöhten sich – im Vergleich des Jahres 2008 mit 2010 – die Betriebsaufwendungen um 5,4 Mio. €.

Bereich	2008 in € (gerundet)	2009 in € (gerundet)	2010 in € (gerundet)	Verändg. 2008-2010 relativ
Personalaufwand	36.909.107	39.291.199	40.101.472	8,65 %
Sondergebühren Ärzte	1.435.129	1.409.169	1.531.638	6,72 %
Personalaufwand inkl. Sondergeb.	38.344.236	40.700.368	41.633.110	8,58 %
Sachaufwand	21.152.491	19.945.764	23.266.912	10,00 %
Betriebsaufwand	59.496.727	60.646.132	64.900.022	9,08 %
zw.betriebl. Leistungsverrechg.	989.895	954.605	1.767.379	78,54 %
Betriebsaufwand (inkl. Leistgver.)	60.486.622	61.600.737	66.667.401	10,22 %

Quelle: GuV 2008-2010 des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Der Sachaufwand 2010 beinhaltet im Vergleich zu 2008 und 2009 keine innerbetriebliche Leistungsverrechnung; ab dem Jahr 2010 wurde die innerbetriebliche Leistungsverrechnung in der GuV der zwischenbetriebl. Leistungsverrechnung zugeordnet.

Bei der Betrachtung der Erhöhung des Sachaufwandes stellt sich Folgendes dar:

Bereich	2008 in € (gerundet)	2009 in € (gerundet)	2010 in € (gerundet)	Verändg. 2008-2010 relativ
Summe Sachaufwand	21.152.491	19.945.764	23.266.912	10,00 %

Quelle: GUV 2008-2010 des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Durch geänderte Verbuchungsmodalitäten kam es zu Kostenverschiebungen zwischen den einzelnen Aufwandsgruppen.

Verminderungen beim Sachaufwandes ergaben sich einerseits durch Preisreduktionen aufgrund von KAGes-weiten Ausschreibungen, als Ergebnis der Medikamentenkommission (z.B. bei Medikamenten, bei Instrumentenhilfsmitteln) bzw. durch effizienten Einsatz.

Weiters verringerte sich der Aufwand für med. Fremdleistungen aufgrund verminderter Laboruntersuchungen (z.B. im neurologischen Bereich) und es fielen die Fremdleistungen für Magnetresonanz-Befundungen weg.

Eine beträchtliche Erhöhung entstand im (übrigen betrieblichen) Aufwand durch die Übertragung der Liegenschaften des Landes Steiermark an die KAGes und deren Veräußerung an die Krankenanstalten Immobiliengesellschaft mbH (KIG).

Die KIG hat die Aufgabe Infrastruktur und Gebäude für die Gesundheitsversorgung in der Steiermark bereit zu stellen. Ab 2010 sind daher u.a. keine Gebäudeabschreibungen zu verbuchen, sondern fallen Mieten für die Gebäude an die KIG an.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Die Ausführungen des LRH betreffend die Verringerung des Aufwandes für med. Fremdleistungen sind dahingehend zu korrigieren, dass diese sich im Wegfall der MR-Untersuchungen an sich begründen (und nicht im Wegfall der Befundung).

6.2 Personalaufwand

Bereich	2008 in € (gerundet)	2009 in € (gerundet)	2010 in € (gerundet)	Verändg. 2008-2010 relativ
Personalaufwand	36.909.107	39.291.199	40.101.472	8,65 %
Sondergebühren Ärzte	1.435.129	1.409.169	1.531.638	6,72 %
Personalaufwand inkl. Sondergeb.	38.344.236	40.700.368	41.633.110	8,58 %

Quelle: GuV des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Der Personalaufwand für betriebseigene Mitarbeiter erhöhte sich im Vergleichszeitraum um rund € 3,3 Mio. (etwa 9 %).

Laut Anstaltsleitung ergab sich dies aus den jährlichen Lohnerhöhungen (2009: + 3,55 %, 2010: + 0,9 % + € 4/mtl. je Mitarbeiter sowie + 1 % jährlich für Biennalsprünge) und aus der Vermehrung von Personal.

Im Folgenden wird die Entwicklung des Stellenplanes dargestellt:

Stellenplan (Dienstposten)	2008	2009	2010	Veränderung 2008-2010 relativ
Soll	729,54	748,72	746,31	2,30 %
Besetzt	722,55	740,20	750,76	3,90 %
Belastet	714,64	730,46	743,49	4,04 %

Quelle: Stellenpläne 2008-2010 des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Laut Stellenplan vom 31. Dezember 2010 wurden 746,31 Dienstposten geplant und budgetär genehmigt (Soll).

Von den insgesamt 750,76 im LKH Bruck eingesetzten Mitarbeitern (besetzt) wurden 743,49 Stellen (belastet = im Personalaufwand des LKH Bruck enthalten) von der KAGes finanziert.

Festzustellen ist, dass im Vergleich des Jahres 2008 mit 2010 die Anzahl der budgetierten und genehmigten Stellen (Soll) um 16,77 Stellen erhöht wurde. Tatsächlich besetzt wurden in den Jahren 2008 und 2009 weniger Stellen durch betriebseigenes Personal (besetzt).

Hingegen wurde im Jahr 2010 geringfügig (4,45 Dienstposten) mehr Personal eingesetzt als geplant.

Der Personalaufwand des LKH Bruck (belastet) lag während des Prüfzeitraumes unter dem Budgetansatz (Soll).

Die Entwicklung des betriebseigenen Personals (VZÄ) nach dem jeweiligen Dienstzweig stellt sich folgendermaßen dar:

Personalstand (korrigierte Beschäftigte)	2008	2009	2010	Veränderung 2008-2010 relativ
Ärzte	114,34	117,07	121,13	+ 5,94 %
Apotheker/Chemiker	-	-	-	-
Hebammen	12,19	11,92	11,99	-1,64 %
Gesundheits- und Krankenpflegepers.	287,10	291,02	292,52	+ 1,89 %
Geh. med.-techn.Dienste	46,12	48,33	49,90	+ 8,20 %
Pflegehilfe- u. Sanitätshilfsdienste	109,76	117,47	120,87	+ 10,12 %
Verwaltungs- und Kanzleipersonal	55,67	57,96	58,12	+ 4,40 %
Betriebspersonal	94,37	95,28	93,88	-0,52 %
Sonstiges Personal	2,27	1,87	2,45	+ 7,93 %

Quelle: KA- und Kostenstellenstatistik KDOK 2008-2010; aufbereitet durch den LRH

Beim Vergleich des Personalstandes laut Kostenrechnung mit dem Stellenplan ergeben sich geringfügige Rundungsdifferenzen. Aufgrund der besseren Übersichtlichkeit wurden als Grundlage die korrigierten Beschäftigten laut Kostenrechnung herangezogen.

Zu Vermehrungen kam es vor allem bei den Pflegehilfs- / Sanitätshilfsdiensten (11,11 VZÄ), bei den Ärzten (6,79 VZÄ), beim gehobenen med.-technischen Dienst (3,78 VZÄ) und beim Verwaltungs-/Kanzleipersonal (2,45 VZÄ).

Die Erhöhung des Personalstandes wurde mit medizinischen Leistungssteigerungen erklärt, die sich in den Personalberechnungsmodellen abbildeten.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Die Differenzen zwischen Stellenplan und Kostenrechnung (KAS) ergeben sich dadurch, dass in der Kostenrechnung kalk. Personal (z.B. Schwesternschüler, Zivildienstler) miteingerechnet sind.

In nachfolgender Tabelle ist der Aufwand für Überstunden der Vertragsbediensteten (VB) im Prüfzeitraum ersichtlich:

	2008 in € (gerundet)	2009 in € (gerundet)	2010 in € (gerundet)	Veränderung 2008-2010 absolut
Überstunden VB	250.842	256.942	281.293	30.451

Quelle: GuV des LKH Bruck

Die vorhandenen Überstunden wurden vom LKH Bruck damit begründet,

„dass besser der Stellenplan-Soll zum Stellenplan-Belastete immer unterschritten wurde, da es sinnvoller erschien, Personalspitzen durch eingearbeitete Mitarbeiter abzudecken. Weiters entstünden diese aus Gründen der medizinischen Versorgung der Patienten, verursacht durch kurzfristige Krankenstände von Mitarbeitern, aufgrund Personalmangels.

Diese Überstunden könnten nur durch viel mehr Personal abgebaut werden auch, da versucht werden müsse, die Gebührenurlaube abzubauen.“

Zusätzlich zum eigenen Personal wird auch beigestelltes Personal beschäftigt.

In nachfolgender Tabelle wird die Entwicklung des Aufwandes für betriebseigenes und beigestelltes (Leasing-)Personal dargestellt:

Bereich	2008 in € (gerundet)	2009 in € (gerundet)	2010 in € (gerundet)	Veränderung 2008-2010 relativ
betriebseigenes Personal	38.344.236	40.700.368	41.633.110	8,58 %
beigestelltes Personal	188.171	229.063	204.792	8,83 %
Summe Personalaufwand	38.532.407	40.929.431	41.837.902	8,58 %

Quelle: GuV des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

In der Bilanz sind auch Rückstellungen für Resturlaube ersichtlich (2008 € 1,99 Mio., 2009 € 2,23 Mio. und 2010 € 2,15 Mio.).

Ein Abbau der Resturlaube wird empfohlen. Einigungen über Verfallsfristen und allfällige Inanspruchnahmen sind unter Anwendung des Landes-Dienst- und Besoldungsrechtes zu erzielen.

Die Entwicklung zwischen betriebseigenem und beigestelltem Personal sollte beobachtet und Personalbedarfsberechnungen angestellt werden.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Eine Auswertung der Urlaubsquote über die Jahre 2009 – 2011 zeigt eine Verbesserung der Situation der Resturlaube um 22 %. (Urlaubsquote 2009: 108,37; Urlaubsquote 2011: 84,13). Diese positive Entwicklung betrifft alle Berufsgruppen.

Die Fragestellung, ob eigenes Personal oder Fremdpersonal angestellt wird, wird seitens des LKH Bruck a. d. Mur grundsätzlich hinterfragt und werden Kalkulationen angestellt.

6.3 Betriebsertrag

Die Entwicklung des Betriebsertrages stellt sich folgendermaßen dar:

Bereich	2008 in € (gerundet)	2009 in € (gerundet)	2010 in € (gerundet)	Verändg. 2008-2010 relativ
Betriebsertrag (ohne Finanzerf., etc.)	-51.026.567	-51.503.814	-51.593.367	1,11 %

Quelle: Rechnungsabschlüsse des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Im Bereich der LKF-Erträge gab es eine Vermehrung von rund T€ 528 im stationären Bereich, im ambulanten Bereich wurden rund T€ 181 weniger erwirtschaftet.

Die Verminderung der Ambulanzgebühren liegt nach Auskunft der Anstaltsleitung an der reduzierten, aber nicht planbaren Anzahl an Selbstzahlern.

Im Folgenden wird die Anzahl der erwirtschafteten LDF-Punkte dargestellt:

	2008	2009	2010
LDF-Punkte ungewichtet	55.273.295	58.405.548	59.548.199

Quelle: SUCO-Hausberichte des LKH Bruck (SUCO-Bericht ist monatliche Budget- und Leistungsanalyse)

Allerdings wurde im Jahr 2009 eine Systemumstellung im LKF-System österreichweit durchgeführt. Laut Auskunft des Gesundheitsfonds könnten bei der Zuordnung von Leistungen Unschärfen entstanden sein, die die Vergleichbarkeit beeinflussen.

6.4 Betriebsabgang

Die Entwicklungen des Betriebsabganges bzw. des Deckungsgrades stellen sich folgendermaßen dar:

Bereich	2008 in € (gerundet)	2009 in € (gerundet)	2010 in € (gerundet)	Verändg. 2008-2010 relativ
Aufwendungen (inkl. Leistgs.verr.)	60.486.622	61.600.737	66.667.401	10,22 %
Betriebsertrag (inkl. Finanzerf., etc.)	-51.012.150	-51.469.046	-51.578.888	1,11 %
Betriebsabgang	9.474.472	10.131.691	15.088.513	59,25 %

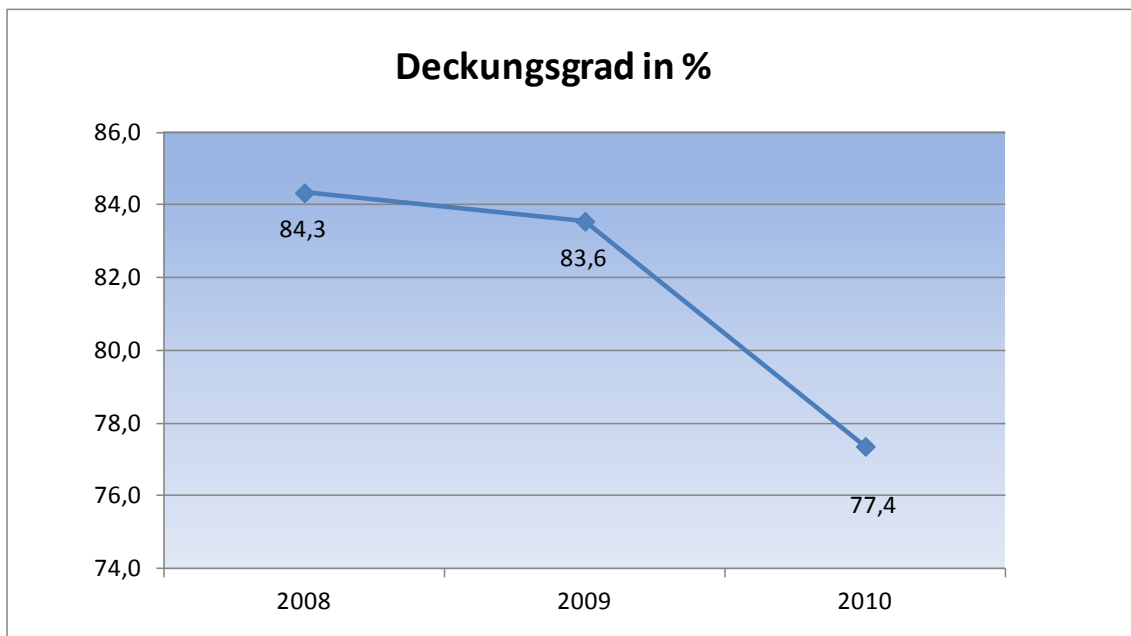
Quelle: Rechnungsabschlüsse des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

In der GuV 2010 des LKH Bruck scheint erstmals ein Gesellschafterzuschuss in Höhe von € 13,4 Mio. auf. Dadurch ergab sich ein scheinbarer Betriebsabgang von nur € 1,7 Mio.

Der LRH stellt fest, dass sich der Betriebsabgang – hauptsächlich verursacht durch die Übertragung der Liegenschaften (siehe Kapitel 6.1 Betriebsaufwendungen, Seite 36 [nunmehr auf Seite 40]) und des gestiegenen Personalaufwandes – im Vergleichszeitraum um etwa 59 % erhöhte.

Daraus ergibt sich eine eklatante Senkung des Deckungsgrades.
Einer weiteren Erhöhung des Betriebsabganges sollte entgegengesteuert werden.

Entwicklung des Deckungsgrades:



Quelle: Rechnungsabschlüsse des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Die Berechnung des Deckungsgrades für 2010 erfolgte auf Basis des bereinigten Betriebsabganges (€ 15,09 Mio.) nach Abzug des Gesellschafterzuschusses (€ 13,4 Mio.) und ist somit vergleichbar mit 2008 und 2009.

7. KOOPERATIONEN

Nachstehend werden Kooperationen des LKH Bruck dargestellt:

7.1 Medizinischer Bereich

Folgende Konsiliardienste werden in Bruck in Anspruch genommen bzw. geleistet:

Konsiliar- / Leistungen des Bereiches	durch	für das LKH bzw. folgende Institution	Verrechnung
Pulmologie	LKH Leoben	LKH Bruck	Zwischenbetriebl. Leistungsverrechnung
Perinatalogie	LKH Leoben	LKH Bruck	Zwischenbetriebl. Leistungsverrechnung
Dermatologie	niedergelassene Fachärztin	LKH Bruck	Fallpauschale
HNO	Ärzte des LKH Leoben außerhalb der Dienstzeit	LKH Bruck	Fallpauschale in STIPAS
Urologie	Ärzte des LKH Leoben außerhalb der Dienstzeit	LKH Bruck	Fallpauschale in STIPAS
Neurologie	Univ. Klinikum Graz - Neurochirurgie	LKH Bruck	Kein Konsiliarvertrag, da eigener Fall des Klinikums
Neurologie	Univ. Klinikum Graz - Interventionelle Radiologie	LKH Bruck	Kein Konsiliarvertrag, da eigener Fall des Klinikums
Neurologie	LKH Bruck	LKH Leoben	0,5 DP Stellenplan LKH Leoben
Augen	LKH Bruck	LKH Leoben	0,5 DP Stellenplan LKH Leoben
Chirurgie	LKH Bruck	LKH Mürzzuschlag	Dienstzuteilung von Ärzten aus Mürzzuschlag
Radiologie	LKH Bruck	LKH Mürzzuschlag	1,00 DP in DP-Plan Bruck, ab 2012 Mürzzuschlag belastet

Krankenpflege-Unterricht	LKH Bruck²¹	Schule f. allg. Gesundheits- und Krankenpflege des Lds. Stmk in Frohnleiten am LKH Bruck	
Diagnostische Laborleistungen	LKH Bruck	Sozial- und Gesundheitszentrum Bruck²²	€ 1,59 laut Ambulanzgebührenverordnung
PVA Aufbereitung OP-Instrumente	LKH Bruck	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum Aflenz	€ 31,60 pro Sieb (lt. Vertrag vom 11.8.2010)
Entnahme Nabelschnur	KAGes-weite Vorgabe, ist mittlerweile weggefallen (Auflassung Geburtshilf. Abteilung)		-----
Fortsetzung der Neurologischen Rehabilitation	Neurologisches Zentrum Kapfenberg NZK	Nach Entlassung aus dem LKH Bruck	-----
Ab 2011 Palliativversorgung	LKH Leoben	LKH Bruck	DP-Anteil in Bruck belastet
Unfallchirurgie	LKH Bruck	LKH Mürzzuschlag	1,00 DP in DP-Plan Bruck

Quelle: Unterlagen und Auskünfte des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Das LKH Bruck erbringt für das Sozial- und Gesundheitszentrum Bruck diagnostische Laborleistungen. Die Befunde werden mittels Fax übermittelt. Entsprechende Materialien (Einmal-Artikel) werden vom LKH Bruck zur Verfügung gestellt. Für jede Diagnostik ohne Blutabnahme wird dem Gesundheitszentrum eine Gebühr²³ in Höhe von € 8,40 (Anstaltsgebühr für Selbstzahler lt. Landesgesetzblatt) und eine Manipulationsgebühr von 2,-- (jeweils brutto) verrechnet.

Mit 26. Mai 2010 wurde der Vertrag angepasst. Mittlerweile werden pro Parameter € 1,59 laut Ambulanzgebührenverordnung Anhang D in Rechnung gestellt.

Kooperationen werden im Sinne einer gemeinsamen Ressourcennutzung begrüßt und sind auszubauen.

²¹ Mit 24. September 2008 wurde dem LKH Bruck die Führung der Bezeichnung „Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz“ (L-KH der MUG) aufgrund eines Kooperationsvertrages mit der MUG zuerkannt

²² Sozial- und Gesundheitszentrum Bruck ist eine Abkürzung für „Sozial- und Gesundheitszentrum Physikalisches Ambulatorium & ambulante, kardiologische Rehabilitation der Stadtwerke Bruck an der Mur“

²³ Vertrag vom 3. Februar 2009

7.2 Nicht medizinischer Bereich

Ab Mitte des Jahres 2011 wurde der Technische Sicherheitsbeauftragte des LKH Bruck auch mit diesen Agenden für das LKH Mürzzuschlag-Mariazell betraut.

7.3 Hospiz- und Palliativversorgung

Grundsätzlich soll laut RSG 2009 für alle Akutkrankenanstalten ein Palliativ-Konsiliardienst verfügbar sein. Dort heißt es weiter, dass eine Verbindung dieser Palliativkonsiliardienste mit den mobilen Palliativteams zur effizienteren Nutzung personeller Ressourcen sinnvoll erscheint, ebenso der Aufbau zweier Teams, eines davon in Bruck/Mur.

Laut RSG 2011 ist ein kombinierter Mobiler Palliativdienst bzw. Palliativkonsiliardienst (MPT/PKD) zu gründen, um die Versorgung in diesem Bereich zu ermöglichen. Dabei sind Synergien mit dem LKH Leoben zu nutzen.

Mit 2. November 2011 wurde in Kooperation mit dem LKH Leoben ein Palliativ-Konsiliardienst eingerichtet.

Dieser bietet u.a. Beratung und Unterstützung vor Ort betreffend weitere Versorgung nach der Entlassung und stellt die Verbindung zum Mobilen Palliativteam her.

Es werden auch Maßnahmen zur Schmerz- und Symptomlinderung angeboten.

8. MEDIKAMENTENDEPOT / ARZNEIMITTELKOMMISSION

Konsiliarapothekerin gemäß § 26 Abs. 4 KALG ist die Leiterin der Anstaltsapotheke des LKH Leoben.

Protokolle über die Überprüfung der Medikamentengebarung auf Stationen liegen vor.

Bei der Prüfung durch den LRH vor Ort gab es bezüglich der Suchtgiftschränke weder Differenzen zwischen dem EDV-mäßigen Sollbestand und dem tatsächlichen Lagerbestand noch sonstige Beanstandungen.

Die letzte sanitätsbehördliche Prüfung im Bereich des Medikamentendepots erfolgte durch die BH Bruck am 8. November 2010.

Die laut KALG § 26a einzurichtende Arzneimittelkommission wurde von den LKH Judenburg-Knittelfeld, Leoben-Eisenerz, Mürzzuschlag-Mariazell und Bruck gemeinsam konstituiert.

Die Arzneimittelkommission hat u.a. folgende Aufgaben:

Erstellen einer Liste der Arzneimittel, die in der Krankenanstalt Anwendung finden (Arzneimittelliste), Erarbeitung von Richtlinien über die Beschaffung von und den Umgang mit Arzneimitteln.

Weiters werden auch Preisverhandlungen durchgeführt, um Kosten zu senken.

9. HYGIENE

Die Verantwortung für die Umsetzung aller Belange der Hygiene fällt in den Aufgabenbereich des Ärztlichen Direktors. Dem Krankenhaushygieniker bzw. hygienebeauftragten Arzt ist mindestens eine qualifizierte Person des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege als Hygienefachkraft beizustellen.

Gemäß Organigramm sind diese Positionen entsprechend besetzt.

Die Jahresprüfpläne 2008 bis 2010 über die Krankenhaushygiene des LKH Bruck liegen vor. Diese wurden in Zusammenarbeit von Krankenhaushygieniker und Hygienefachkraft erstellt.

Die letzte sanitätsbehördliche Einschau der BH Bruck fand am 8. November 2010 statt. Einsicht wurde in die Bereiche Blutdepot, Medikamentendepot, Medizinische Station C und Zentralsterilisation genommen.

Eine Einführungsveranstaltung zum Thema Hygiene für neu eintretende Bedienstete wird durchgeführt.

Der LRH konnte sich vor Ort bzw. durch Einblick in die Besprechungsprotokolle von den Bemühungen um die Krankenanstaltenhygiene überzeugen.

10. KÜCHE

Die Küche wurde Ende 2009 HACCP rezertifiziert und entspricht somit den gesetzlichen Vorgaben.

Im Prüfzeitraum entwickelten sich die Küchenleistungen des LKH Bruck wie folgt:

LKH Bruck	2008	2009	2010	Veränderg. 2008-2010
Lebensmittelverbrauch in €	570.588	604.936	585.387	2,59 %
Verpflegstage (VT)	138.986	143.223	143.524	3,27 %
Lebensmittelverbrauch / VT in €	4,11	4,22	4,08	-0,73 %
Stationäre Aufenthalte	20.259	20.832	21.367	5,47 %
VZÄ	31,52	29,90	29,39	-6,76 %
Pflegetage	130.235	128.250		-
Belagstage	109.972	107.428	104.899	-4,61 %

Quelle: Übermittelte Unterlagen des LKH Bruck; aufbereitet durch den LRH

Im geprüften Zeitraum stieg der Lebensmittelverbrauch in etwas geringerem Ausmaß als die Anzahl der Verpflegstage. Einer Erhöhung der Anzahl der stationären Aufenthalte steht eine etwas geringere Erhöhung der Anzahl der erzeugten Mahlzeiten (umgerechnet in Verpflegstage) gegenüber.

Eine stichprobenweise Überprüfung der zwei Lebensmittellager ergab durchgehende Übereinstimmung von Soll- und Ist-Ständen.

Dem LKH Bruck/Mur wurde als erstes KAGes-Krankenhaus von Styria vitalis²⁴ für 2012 der "Grüne Teller" verliehen. Diese Auszeichnung wird für eine Menülinie der Mittagsverpflegung (= Warmverpflegung) vergeben. Styria vitalis ist ein Verein mit der Aufgabe, Projekte und Programme im Bereich Public Health mit dem Schwerpunkt Gesundheitsförderung und Prävention zu konzipieren, zu planen, umzusetzen und zu evaluieren.

Im LKH Bruck wurde für die Patienten als auch für die Mitarbeiter eine gesunde Wahlmöglichkeit (Naturküche) betreffend Mittagessen geschaffen.

²⁴ Quelle: http://www.styriavitalis.at/cms/Ueber_uns/Leitbild/2,1,0,0.html vom 24. Mai 2012

Im Folgenden wird ein Vergleich der Kosten pro Verpflegungstag des Jahres 2010 der LKH der KAGES dargestellt:

LKH	Verpflegungstage 2010	Lebensmittel- verbrauch (LM) 2010 in €	LM- Verbrauch/Ver- pflegungstag
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	72.915	213.225	2,92
LKH Wagna	55.014	169.286	3,08
LKH Judenburg-Knittelfeld	95.694	320.918	3,35
LKH Stolzalpe	122.953	425.634	3,46
LSF Graz	317.108	1.162.073	3,66
LKH Voitsberg	52.052	196.812	3,78
LKH Leoben	273.767	1.059.208	3,87
LKH Feldbach	102.879	398.433	3,87
LKH Rottenmann	84.755	343.328	4,05
LKH Bruck	143.524	585.387	4,08
LKH Bad Radkersburg	60.377	251.009	4,16
LKH - Univ.Klinikum Graz	872.129	3.630.368	4,16
LKH Hörgas-Enzenbach	56.137	234.347	4,17
LKH Fürstenfeld	59.606	251.015	4,21
LKH Deutschlandsberg	74.471	327.729	4,40
LKH Hartberg	103.687	478.356	4,61
LKH Bad Aussee	23.711	36.662	*
LKH Graz-West	85.442	35.942	*
LKH Weiz	36.948	33.500	*

* das LKH Graz-West wird teil/versorgt durch das UKH Graz

* das LKH Weiz wird teil/versorgt durch das LKH Hartberg

* das LKH Bad Aussee wird teil/versorgt durch das Psychosomatische Zentrum Bad Aussee

Quelle: Übermittelte Unterlagen bzw. Auskünfte des KAGES-Managements; aufbereitet durch den LRH

Das LKH Bruck erreicht in diesem Vergleich einen mittleren Wert.

11. WÄSCHE

Im Bereich der Wäscheversorgung sind 2,63 Personen (Vollzeitäquivalent) beschäftigt. Die Wäschereileistungen wurden aufgrund von Ausschreibungen bzw. auf Basis eines Vertrages durch das Management der KAGes an Fremdfirmen vergeben. Von diesen werden die anstaltseigene Dienstbekleidung und die Mietwäsche (Flachwäsche, OP-Wäsche, Bereichswäsche) gereinigt.

3-mal wöchentlich wird die erforderliche Wäsche bestellt und geliefert. Die Auslieferung erfolgt in Containern zur zentralen Wäscheleitstelle. Die interne Zustellung zum stationären Bereich wird mittels eigenem Hol- und Bringdienst bewerkstelligt.

12. VER- UND ENTSORGUNG / UMWELTSCHUTZ

Laut vorliegendem Abfallwirtschaftskonzept 2010 wurden für das LKH Bruck eine Abfallbeauftragte und ein stellvertretender Abfallbeauftragter bestellt, der gleichzeitig auch die Funktion des lokalen Umweltkoordinators innehat.

Dessen Aufgaben beinhalten den Aufbau und die Weiterentwicklung des Umweltteams zur Umsetzung von Umweltverbesserungsprojekten.

Das LKH Bruck ist seit 1997 gemäß der internationalen Umweltmanagementnorm ISO 14.001 (International Organization for Standardization) zertifiziert. Das 8. Überwachungsaudit wurde am 2. März 2009 durchgeführt.

Zur Umsetzung dieser Umweltmanagements hat sich das LKH Bruck u.a. folgende Ziele gesetzt²⁵:

1. Kontinuierliche Verbesserung, Kontrolle und notwendige Maßnahmen, um die gesamten schädlichen Auswirkungen auf die Umwelt vorausschauend zu vermeiden
2. Einhaltung aller relevanten Gesetze und Rechtsvorschriften
3. Sorgsamer Umgang und optimale Nutzung aller eingesetzten Ressourcen
4. Eine gut durchdachte Abfallwirtschaft
5. Optimierung im Energiebereich

Entwicklung des Energiebereiches:

Energie	2008	2009	2010	Verändg. 2008-2010 absolut
Strom - Aufwand in €	288.848,09	342.139,47	272.654,03	-16.194,06
Strom (kW/h)	2.306.016	2.682.360	2.293.560	-12.456,00
Ferngas - Aufwand in €	491.710,39	353.824,06	439.808,71	-51.901,68
Ferngas (m ³)	1.113	1.043	1.122	9,0
Wasser - Aufwand in €	53.435,68	61.236,24	64.673,69	11.238,01
Wasser (m ³)		50.427	47.708	
Summe in in €	833.994,16	757.199,77	777.136,43	-56.857,73

Quelle: Unterlagen des LKH Bruck

Der LRH stellt fest, dass durch die Beteiligung am Umweltschutz Anliegen des Umweltgedankens berücksichtigt und Kosten eingespart werden.

²⁵ Homepage des LKH Bruck vom 11. April 2012, <http://www.lkh-bruck.at/cms/beitrag/10048905/2202060/?qu=>

13. TECHNISCHER DIENST / WERKSTÄTTEN

Laut § 34 der Anstaltsordnung werden die Aufgaben des technischen Sicherheitsbeauftragten von einer fachlich geeigneten Person wahrgenommen.

U.a. hat

der Technische Sicherheitsbeauftragte die medizinisch technischen Geräte und die technischen Einrichtungen der Krankenanstalt zum Schutz der in Behandlung stehenden Personen regelmäßig zu überprüfen bzw. für solche Überprüfungen zu sorgen (§ 11b KALG).

Ab 1. Juli 2011 sollte der Technische Sicherheitsbeauftragte des LKH Bruck auch die Agenden für das LKH Mürzzuschlag-Mariazell übernehmen.

Nachweise für die Einschulung von Mitarbeitern bei der Inbetriebnahme neuer Geräte wurden vorgelegt.

Dem technischen Dienst obliegen u.a. die Instandhaltung und Reparatur von Geräten und Anlagen, die Wartung aller sicherheitstechnischen Anlagen, Angebotseinholungen sowie Baustellenbetreuungen bei Fremdleistungen. Rund um die Uhr sorgt ein Bereitschaftsdienst für die Sicherheit.

Laut Auskunft des technischen Dienstes erfolgen die Überprüfungen jeweils nach den Vorgaben des Herstellers bzw. aufgrund gesetzlicher Bestimmungen.

Prüfprotokolle vom 13. Jänner 2011 bzw. vom 3. Jänner 2012 liegen vor. Allfällige Mängel wurden behoben.

Im Jahr 2010 standen im LKH Bruck 18,84 Personen zur Umsetzung dieser Aufgaben bereit, 2008 waren es 17,72 Personen, das bedeutet eine Erhöhung um 1,1 Personen.

Die Anzahl der geleisteten Reparaturstunden stellt sich wie folgt dar:

	Reparaturstunden	Personal
2008	18.004	17,72
2009	19.181	18,43
2010	20.429	18,84

Quelle: KDOK bzw. Unterlagen des LKH Bruck

Der Erhöhung der Anzahl der korrigierten Personen von 6,3 % steht eine Erhöhung geleisteter Reparaturstunden von 13,5 % gegenüber.

14. BRANDSCHUTZ / KATASTROPHENSCHUTZ

Ein Brandschutzbeauftragter und zwei Stellvertreter sind bestellt. Der Brandschutzbeauftragte nimmt auch die Agenden der Sicherheitsfachkraft im LKH Bruck sowie im LKH Rottenmann wahr.

Ein Katastrophenschutzplan (für externe und interne Ereignisse = Brandschutz) wurde erstellt; ein Katastrophenschutzbeauftragter und Vertretungen wurden ernannt.

Ein aktueller Brandschutzplan (gemäß TRVB 0 121) liegt bei der Feuerwehr in Bruck auf.

Am 12. Oktober 2009 wurde eine Brandschutzübung durchgeführt. Zu beüben war der kurz vor Inbetriebnahme stehende Zubau der Dialysestation.

Laut Auskunft des Brandschutzbeauftragten wurden die sich aus der Übung ergebenden erforderlichen Maßnahmen umgesetzt. Dazu wurde auch die Freiwillige Feuerwehr Bruck involviert.

Die am 17. Dezember 2009 überprüfte Brandschutzanlage war zum Zeitpunkt dieser Revision funktionsfähig.

Eine weitere Übung aufgrund eines Brandalarms erfolgte in Zusammenarbeit mit der Feuerwehr Bruck am 27. September 2010.

Das Wartungsprotokoll aufgrund der Überprüfung der Brandmeldeanlage vom 22. Dezember 2010 liegt vor. Darin wurde die ordnungsgemäß durchgeführte Wartung bestätigt. Zeitgleich mit der Wartung wurde ein Probealarm zur Feuerwehr ausgelöst. Erforderliche Maßnahmen aufgrund der Mängel wurden umgesetzt.

Weiters werden alle 2 Jahre Brandschutzschulungen für alle Bediensteten des LKH Bruck durchgeführt. Die letzten Schulungen fanden im Mai 2011 statt. Diese beinhalteten Katastrophenschutzschulungen, Datenschutzbelehrungen und praktische Brandschutzübungen.

15. QUALITÄTSMANAGEMENT / RISIKOMANAGEMENT

15.1 Qualitätsmanagement

Die Träger von Krankenanstalten sind verpflichtet, für den Betrieb jeder Krankenanstalt ein Qualitätsmanagementsystem (QM) vorzusehen.

Laut KALG § 11d (3) hat die Kollegiale Führung einer Krankenanstalt die Umsetzung eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems sicherzustellen und eine Qualitätsmanagementkommission einzusetzen. Im Rahmen dieses Systems sind Maßnahmen der Qualitätssicherung zu erarbeiten und von der Anstaltsleitung umzusetzen.

Dieses Qualitätsmanagementsystem ist so zu gestalten, dass es regelmäßige vergleichende Prüfungen mit anderen Krankenanstalten ermöglicht.

Das LKH Bruck war bereits 1995 Modellspital für Qualitätsmanagement.

Ein eigenes Leitbild wurde entwickelt. Dieses ist auf der Homepage ersichtlich.

In die QM-Kommission sind auch die Mitglieder der Anstaltsleitung integriert.

In den Jahren 1999, 2005 und 2010 wurden Selbstbewertungen nach dem EFQM²⁶-Modell durchgeführt.

Projekte aus der Selbstbewertung waren u.a.:

- Entwicklung einer Prozesslandkarte
- Erarbeitung eines Prozessmanagement-Handbuches

Qualitätspreise wurden u.a. in folgenden Bereichen erreicht:

- Mitarbeit beim Projekt der KAGES „Steirisches Herz“- Golden Helix Award 2007, bei dem diese Auszeichnung für die KAGES gewonnen wurde (in Zusammenarbeit mit dem LKH-Univ. Klinikum Graz und dem LKH Graz-West)
- Umweltmanagementsystem gemäß DIN EN ISO 14001
- ÖQuasta – Gütezeichen für überdurchschnittliche Laborleistungen und hohe analytische Qualität 2009
- Rezertifizierung der Dialysestation gemäß DIN EN ISO 9001:2008

²⁶ Das EFQM-Modell basiert auf periodischen Selbstbewertungen des Unternehmens, um gemeinsam Stärken und Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen und so Verbesserungsprozesse zu initiieren.

Weiters ist das LKH Bruck Mitglied beim „Österreichischen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ONGKG). Dabei ist es an die Erfüllung internationaler, vom WHO-Netzwerk "Health Promoting Hospitals" entwickelter Kriterien geknüpft.

Bruck war mit zwei anderen LKH der KAGes an einem Pilotprojekt für betriebliche Gesundheitsförderung involviert. Im Rahmen dieses Projektes wurden zahlreiche Projekte durchgeführt.

Patientenbefragungen wurden bzw. werden im 3-Jahresrhythmus durchgeführt (letzte Erhebung vom 4. Oktober bis 17. Dezember 2010, dabei wurden Daten von 635 Fragebögen erhoben; die Rücklaufquote konnte minimal erhöht werden).

Verbesserungspotentiale waren vor allem im Bereich „Entlassung“, in der Kommunikation und Information ersichtlich. Maßnahmen wie z.B. Auflegen eines Merkblattes, Informationen in jedem Patientenzimmer, Einführungen von Sprechstunden des Pflegepersonals, wurden vorgenommen.

Etwaige Weiterentwicklungspotentiale werden im Rahmen der Anstaltsleitersitzungen erörtert und entsprechende Maßnahmen gesetzt.

Bemerkenswert ist das Engagement bezüglich des stationären Patienten-Feedback-Systems. Bei unklaren Anregungen wird der Patient telefonisch kontaktiert, um das gewünschte Verbesserungspotential zu hinterfragen und nach Möglichkeiten Maßnahmen zu setzen.

Auch die Möglichkeit eines Feedbacks ambulanter Patienten in Schriftform wird angeboten.

2001 wurde eine Zuweiserbefragung (Ärzte des niedergelassenen Bereiches) durchgeführt. Eine Wiederholung wird derzeit geplant.

Diese Maßnahme sollte, speziell auch im Hinblick auf eine Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements, wiederholt werden.

Aufgrund der Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung (1. März 2010 bis 22. März 2010) wurden u.a. Initiativen gesetzt, um die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erhöhen.

Der Jahresbericht 2010 wurde als Qualitätsmanagement-Risikomanagement Monitoringbericht gestaltet und zeigt die unabdingbare Kooperation der beiden Bereiche Qualitäts- bzw. Risikomanagement. Der QM-RM Monitoringbericht 2011 wurde als Statusbericht gestaltet.

In diesem Zusammenhang wiederholt daher der LRH seine Anregung, im Sinne der Patientenorientierung durchgeführte Leistungen und QM-Maßnahmen der einzelnen LKH auch auf der jeweiligen Homepage darzustellen.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Die Zuweiserbefragung 2012 ist bereits abgeschlossen. Der diesbezügliche Bericht wird bis Mitte August 2012 vorliegen.

Zur Anregung des LRH, durchgeführte Leistungen und QM-Maßnahmen auf der jeweiligen Homepage darzustellen wird angemerkt, dass schon seit 2006 ein jährlicher Qualitätsbericht (ab 2012 einen QM/RM-Bericht) auf der Homepage der KAGes (unter „Presse-Service/Publikationen/Qualitätsberichte“) frei zugänglich ist und auch aktiv an viele gesundheitspolitische Einrichtungen, sowie behördliche Stellen und Patienteninteressenverbände versendet wird. Hier werden alle QM-Projekte und Maßnahmen im Sinne der Patientenorientierung über alle LKH der KAGes (und auch dem LKH Bruck a. d. Mur) angeführt und beschrieben.

Replik des Landesrechnungshofes:

Der LRH bleibt bei seiner Empfehlung, durchgeführte Leistungen und QM-Maßnahmen der einzelnen LKH auch auf der jeweiligen Homepage darzustellen.

Eine Zusammenfassung der Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung aller LKH zu einem gemeinsamen Bericht kann ergänzend auf der Homepage der KAGes dargestellt werden, ersetzt aber nicht eine KH-eigene Darstellung der Leistungen.

Erwähnenswert ist die Teilnahme des LKH Bruck am EU-Projekt „Health - International Knowledge Base für Health Care“. Dabei sollte die Kooperation von drei österreichischen und drei slowenischen Krankenanstalten und deren Kompetenzentwicklung gefördert werden. Ziel bei diesem Projekt war die optimale Versorgung der Patienten zu sichern und dabei grenzüberschreitend die Qualität bei gleichzeitiger Kostensenkung zu steigern.

Bereiche waren die Aus- und Weiterbildung für Personen des Gesundheitsbereiches, digitale Technologien für den Austausch von regionsbedingten Abweichungen des Gesundheitswesens sowie der Energieverbrauch. Projektleiter der KAGes war der Betriebsdirektor des LKH Bruck.

Die langjährigen Bemühungen im Rahmen des QM des LKH Bruck werden als positiv erachtet. Die Erarbeitung eines eigenen Leitbildes unter Einbeziehung der Mitarbeiter stärkt das QM-Bewusstsein.

15.2 Risikomanagement

Mit Juli 2009 startete das Projekt für die Einführung des Risikomanagements (RM). Vorgaben für die Risikopolitik wurden von der Anstaltsleitung im Juni 2011 freigegeben. Durch die gesetzten Schwerpunkte „Strategisches RM“, „RM im Bereich der Patientenbetreuung/Patientensicherheit“, „RM im Bereich der Arbeits- und Mitarbeitersicherheit“, „Schadensanalyse“ sowie „Notfalls-, Krisen- und Kontinuitätsmanagement“ werden alle Bereiche einbezogen. Eine Beurteilung durch externe Auditoren erfolgte im Jänner 2012.

Im Jahr 2010 wurde eine Risikosoftware in zehn LKH der KAGes – so auch im LKH Bruck – eingeführt. Diese unterstützt die Zusammenfassung (Risikoaggregation) und Überwachung der Risiken auf KAGes-Ebene.

Das vom KAGes-Management geforderte Schadensfallregister wird geführt.

Ein Fehler-Meldesystem gibt es derzeit noch nicht, die Einführung (CIRS - Critical Incident Reporting System) ist jedoch mit Herbst 2012 geplant.

Positiv wird festgestellt, dass mit Juli 2011 der Einsatz einer Operations-Checkliste vor Operationen mittels Richtlinie geregelt wurde.

Eine schriftliche Darstellung über die Risikopolitik des LKH Bruck liegt auf.
Ein eigener Risikomanagement-Bericht wurde noch nicht erstellt.

Um alle Mitarbeiter von der Wirksamkeit von RM-Maßnahmen zu überzeugen, sollten die jährlichen RM-Maßnahmen entsprechend kommuniziert werden. Dadurch werden die Mitarbeiter über die gesetzten Ziele, deren Erreichung und daraus resultierende Maßnahmen informiert. Dies könnte im nächsten QM-RM Monitoring Bericht oder in einer eigenen Übersicht erfolgen.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Das Projekt zur Implementierung eines systematischen Klinischen Risikomanagement wurde im LKH Bruck a. d. Mur im ersten Halbjahr 2012 abgeschlossen. Wie in den übrigen LKH wird in Zukunft auch für das LKH Bruck a. d. Mur ein Risikobericht erstellt werden, in dem über RM-Maßnahmen berichtet wird.

15.3 Entlassungsmanagement

Der Qualitätssicherungsbeirat der KAGes hat mit der Richtlinie „Koordinierte Entlassung – Dokumente und Empfehlungen zur Unterstützung des Entlassungsprozesses“ und verbindliche Standards (z.B. Pflegeverlegungsbericht) zur Unterstützung des Entlassungsprozesses erarbeitet.

Folgende Maßnahmen wurden beschlossen²⁷:

- 1.) Der Entlassungsprozess ist nachvollziehbar zu planen und abzuwickeln
- 2.) Der Pflegeverlegungsbericht – in gedruckter Form – stellt einen verbindlichen Standard bei der Entlassung von pflegebedürftigen Patienten dar (Original ist an die nachbetreuende Pflegeeinrichtung zu übermitteln, eine Kopie ist der Krankengeschichte und eine Kopie dem ärztlichen Befundbericht beizulegen)
- 3.) Pflegeanleitungen zur Weitergabe an pflegende Angehörige liegen auf
- 4.) Weiterentwicklung der Informationsweitergabe und Koordination der weiterführenden Patientenbetreuung durch regelmäßige Treffen (etwa alle 4-8 Wochen) in den Bezirken zwischen Vertretern der Krankenanstalten und des niedergelassenen Bereiches
- 5.) Die Inhalte des Leitfadens „Koordinierte Entlassung“ sind im Intranet der KAGes abrufbar bzw. als CD in der Medizinischen Direktion erhältlich.

²⁷ Richtlinie 1000.5555 der KAGes: Qualitätssicherungsbeirat/Koordinierte Entlassung - Dokumente und Empfehlungen zur Unterstützung des Entlassungsprozesses vom 15. April 2003; mit 25. Juni 2008 wurde die Vorstands-Arbeitsunterlage in eine Richtlinie umgewandelt

Nachfolgend wird der Entlassungsprozess anhand eines geprüften Fallbeispiels dargestellt:

Aufnahme des Pat. am 22. Jänner 2010 im LKH Bruck	Transferierung am 1. Februar 2010 in das LKH Mürzzuschlag	
Verwendete Formulare im LKH Bruck zu	Inhalt	Information / Einsatz für
1.) Nachvollziehbare Durchführung des Entlassungsprozesses		
Statusbericht des Pat.	Innerhalb der ersten 24 Std. wird eine Analyse über den Pat. erstellt	Eine Einschätzung betreffend Entlassungstermin ist daraus nicht ersichtlich.
Form Bru_Neu_Kurve (Fieberkurve)	Beinhaltet Informationen des Behandlungsverlaufes	Ersichtlich: geplante Remobilisation in Mürzzuschlag ab 4.2.2010
Überwachungsblatt (Fieberkurve)	Vermerke über Nahrungs-, und Flüssigkeitsaufnahmen etc.	Ersichtlich sind ein Vermerk vom 29.1. über die Weitergabe des geplanten Entlassungsdatums an die Angehörigen und die Information, dass die poststationäre Versorgung des Pat. gewährleistet ist
Pflegebericht	Ausführlicher Bericht über den Hergang der Behandlung	Bleibt im LKH, kann aber im anderen LKH abgerufen werden
Kurzarztbrief	Diagnose und Medikamente; erstellt am 1.2.2010	Wird an den Patienten oder, wenn erforderlich, an die Angehörigen bzw. Sachwalter weitergegeben
2.) Pflegeverlegungsbericht in gedruckter Form an nachfolgende betreuende Einrichtungen (ärztliche Schiene)		
Ärztlicher Bericht	Ausführlicher ärztlicher Bericht mit relevanten Informationen bzw. durchgeführten Behandlungen	Wurde versendet am: • 1.2.2010 an das LKH Mürzzuschlag • 1.2.2010 an den Hausarzt • 17.6.2010 an das NTK
3.) Pflegeanleitungen zur Weitergabe an Pflegeeinrichtungen und pflegende Angehörige		
Pflegeinformation für Entlassung / Transferierung	Ausgestellt am 1.2.2010: Diese enthält Informationen über das Befinden des Pat.	Wird weitergegeben an die Angehörigen, an Pflegeheime etc.

4.) Weiterentwicklung der Informationsweitergabe und Koordination der weiterführenden Patientenbetreuung		
Regelmäßige Treffen in den Bezirken zwischen Vertretern des LKH und des niedergelassenen Bereiches	Vorschlag in der Richtlinie etwa alle 4 – 8 Wochen	1 x jährlich gibt es einen persönlichen Austausch zwischen dem LKH Bruck und dem extramuralen Bereich; wichtige Dinge werden bei Bedarf telefonisch abgeklärt
5.) Leitfaden „Koordinierte Entlassung“ ist über die Homepage des KAGes Managements abrufbar		
Entlassungscheckliste (ist ein Anhang der o.a. Richtlinie)	Checkliste mit verschiedenen Tätigkeiten zur Unterstützung des Entlassungsprozesses	Wird nicht verwendet

Die **Pflegeinformation** dient Angehörigen als wichtige Unterstützung für die Zeit nach der Entlassung des Patienten.

Diese sollte alle erforderlichen Hinweise beinhalten, um den Patienten solange wie möglich mobil zu halten (z.B. mögliche Physio-, Logotherapien, Decubitus-Prophylaxen). Ebenfalls sollten in diesem Informationsblatt Angaben über medizinische oder soziale Dienste im Umfeld des Patienten enthalten sein.

In Entsprechung der Richtlinie „Koordinierte Entlassung“ muss der Entlassungsprozess nachvollziehbar geplant und abgewickelt werden.

Durch den Einsatz einer „Entlassungscheckliste“ (siehe auch Anlage zur o.a. Richtlinie) können alle Vorbereitungen getroffen werden, um erforderliche Maßnahmen zum Wohle des Patienten nach der Entlassung zu setzen.

Festgestellt wurde, dass die Checkliste nicht verwendet wird.

Der LRH ist der Meinung, dass der Einsatz einer Checkliste im Entlassungsprozess sehr hilfreich ist und KAGes-weit eingesetzt werden soll.

Um erforderliche Maßnahmen für eine gesicherte Betreuung bzw. Unterbringung nach der Entlassung zu gewährleisten, sollte mit den Vorbereitungen **so früh wie möglich begonnen** werden.

Mit 1. Jänner 2012 wurde eine Stelle für einen Entlassungskordinator im LKH Bruck ausgeschrieben. Diese wurde mittlerweile besetzt.

Stellungnahme der Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder:

Im Rahmen der vom Gesundheitsfonds beauftragten Pilotprojekte "Gesundheitszentren" wird als ein Schwerpunkt das Entlassungsmanagement thematisiert. Im Rahmen dessen werden derzeit die in den Pilot-Gesundheitszentren Mürzzuschlag und Bad Aussee im Einsatz befindlichen Entlassungschecklisten evaluiert. Aufbauend auf diese Ergebnisse wird die über den Qualitätssicherungsbeirat der KAGes ursprünglich erarbeitete und vom LRH angeführte Entlassungscheckliste adaptiert und als verbindliche Vorgabe veröffentlicht werden.

Weiters beteiligt sich das LKH Bruck am Projekt IPS (Initiative Patientensicherheit Steiermark), das von der Gesundheitsplattform Steiermark und der Qualitätssicherungskommission entwickelt wurde. Angehörige werden auf die Pflege zu Hause vorbereitet und bereits während des stationären Aufenthaltes in den Pflegeprozess mit einbezogen. Sie bleiben auch nach der Entlassung noch telefonisch mit dem Krankenhaus in Kontakt.

Die Beteiligung an diesem Projekt wird als wichtige Maßnahme zur Weiterentwicklung im Entlassungsmanagement erachtet.

Der Landesrechnungshof legte das Ergebnis seiner Überprüfung in der am 13. Juni 2012 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dar.

Teilgenommen haben:

von der A8 – Gesundheit, Veterinärwesen
und Lebensmittelsicherheit²⁸ sowie der
FA8A Sanitätsrecht und Krankenanstalten: Mag. Peter HOFER

von der Steiermärkischen
Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.: Mag. Birgit FAHRNBERGER

vom Landeskrankenhaus
Bruck an der Mur: Betriebsdirektor Nikolaus KOLLER,
MAS MBA
Mag. Sabine GLETTLER

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

²⁸ Im Zuge der Verwaltungsreform wurden mit 1. August 2012 die A8 – Gesundheit, Veterinärwesen und Lebensmittelsicherheit zur Abteilung 8 Wissenschaft und Gesundheit und die FA8A Sanitätsrecht und Krankenanstalten zur Fachabteilung Gesundheit und Pflegemanagement.

16. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der Landesrechnungshof hat die Gebarung, die Organisation und die Auslastung des Landeskrankenhauses Bruck an der Mur geprüft.

Die Prüfung umfasste den Zeitraum vom 1. Jänner 2008 bis 31. Dezember 2010, teilweise 2011 bzw. 2012.

Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich nachstehende Feststellungen und Empfehlungen:

- ☐ Insgesamt ist festzustellen, dass die Mitarbeiter des LKH Bruck um eine wirtschaftliche und zweckmäßige Betriebsführung bemüht sind und die Zusammenarbeit mit dem LRH kooperativ war.
- ☐ Die Auslastung der **Sonderklasse** über den Vergleichsraum beträgt lediglich um die 50 %.

Aufgrund der gesunkenen Anzahl an Belagstagen des Jahres 2010 und um eine Auslastung von etwa 85 % zu erreichen, waren bzw. wären nicht mehr als 42 Betten erforderlich (derzeit 75 tatsächliche Betten).

Laut Stellungnahme des zuständigen Regierungsmitgliedes wird aufgrund geänderter organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen erst nach einem Beobachtungszeitraum (läuft bis Ende 2013) eine Entscheidung betreffend Reduktion bzw. Umwandlung von Sonderklassebetten getroffen werden.

- ☐ Es werden **Bestelllisten** (Termine) in Form von Kalendereinträgen geführt. Diese sind für den Patienten nicht einsehbar. Mit Änderung vom 29. Juli 2011 des Bundesgesetzes über Krankenanstalten- und Kuranstalten hat die Landesgesetzgebung Kriterien für die Implementierung eines Wartelistenregimes vorzusehen.

➤ **Im Interesse der Patienten sollten diese Vorgaben umgesetzt und transparente Wartelisten geführt werden.**

- ☐ In der **Abteilung für Augenheilkunde** erhöhte sich die Auslastung im geprüften Zeitraum von 65 % auf 70 %, liegt aber dennoch unter der angestrebten Auslastung (85 %).

Um hohe Wartezeiten bei Katarakt-OP zu vermindern, gibt es eine Kooperation zwischen dem LKH-Univ. Klinikum Graz und dem LKH Bruck.

Weiters ist von der Anstaltsleitung geplant, das tagesklinische Leistungsangebot zu erweitern.

- **Der LRH begrüßt diese Neuorientierung der Leistungserbringung und empfiehlt, die geplante Umsetzung zur Erhöhung der tagesklinischen Leistungen zu forcieren.**

Aus der Stellungnahme des zuständigen Regierungsmitgliedes ist die geplante Inbetriebnahme der Tagesklinik mit 1. Mai 2013 ersichtlich.

- Die durchschnittliche Auslastung des **Departments für Chirurgie** erreichte im Prüfzeitraum 71 % und liegt unter dem Normwert einer effizienten Auslastung von 85 %.

Im **Department für Gefäßchirurgie** sank die durchschnittliche Auslastung um beinahe 21 Prozentpunkte. Trotz dieser Verminderung ist die Auslastung mit 97 % sehr hoch.

- **Aufgrund der Leistungsentwicklung und der unterschiedlich hohen Auslastung sollte eine interdisziplinäre Belegung der beiden Departments der Chirurgischen Abteilung angedacht werden.**

Mit 1. Jänner 2012 wurde, laut Stellungnahme des zuständigen Regierungsmitgliedes, auch das Department für Allgemeinchirurgie zur interdisziplinären Belegung geöffnet.

- Die Auslastung der Geburtshilflichen Abteilung lag im beobachteten Zeitraum mit 61 % weit unter der angestrebten Auslastung von 80 %.
Mit Ende des Jahres 2011 erfolgte die Schließung.

- **In Entsprechung des RSG 2011, der als „Soll 2020“ keine geburtshilfliche Versorgung im LKH Bruck vorgesehen hat, wird die bereits umgesetzte Auflassung der geburtshilflichen Betten im LKH Bruck und deren Verlegung ins LKH Leoben als zweckmäßig erachtet.**

- Aufgrund der verkürzten durchschnittlichen Belagsdauer (minus 10 %) in der **Medizinischen** Abteilung (ohne Infektions- und Intensivbetten) verminderte sich im geprüften Zeitraum – trotz der höheren Anzahl an stationären Aufenthalten (plus 5,1 %) – die Anzahl der Belagstage um 5,3 %. Die durchschnittliche Auslastung sank um etwa 5 % auf 89,9 %.

- In der **Neurologischen** Abteilung werden Standardbetten, Betten zur Behandlung für Neurologische Frührehabilitation und Stroke Unit-Betten (Station zur Erstversorgung von Schlaganfallpatienten) angeboten.

Aufgefallen ist, dass in allen Bereichen der Neurologie die Auslastung der aufgestellten Betten sehr hoch ist (über 90 %).

- ☐ Die Anzahl der stationären Aufenthalte in der **Unfallchirurgischen** Abteilung verminderte sich im Vergleichszeitraum (2008 bis 2010) um etwa 4 %. Die durchschnittliche Belagsdauer erhöhte sich ungefähr im gleichen Ausmaß.
Der im Vergleich der Jahre 2010 mit 2008 beinahe unveränderte Auslastungsgrad von etwa 81 % liegt unter der angestrebten Auslastung von 85 %.

- **Es wird empfohlen, die Anzahl der Betten entsprechend der Auslastung vorzuhalten.**

- ☐ Laut Anstaltsleitung werden in den Statistikdaten der **Interdisziplinären Ambulanz** Leistungen der Fachbereiche Medizin, Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Augenheilkunde und Anästhesie zusammengefasst.

- **Der LRH begrüßt die Einrichtung einer Interdisziplinären Ambulanz, da der Personaleinsatz flexibler gestaltet werden kann.**

- ☐ Die **Ärztlichen Direktionen und Pflegedirektionen** werden für die LKH Bruck und Leoben jeweils in Personalunion geführt.
Ein Organigramm des LKH Bruck liegt vor. Ein Organisationshandbuch besteht nicht. Die Abläufe der Organisation wurden bzw. werden jedoch im Rahmen eines Qualitätsmanagement-Projektes als Prozesslandkarte erarbeitet.

- **Die Prozessentwicklung und die Darstellung sollten fortgeführt werden.**

- ☐ Die **wirtschaftliche Entwicklung** im Vergleich des Jahres 2008 mit 2010 zeigt insgesamt eine Erhöhung der Betriebsaufwendungen (inklusive inner- und zwischenbetriebliche Leistungsverrechnungen) um € 6,2 Mio. oder 10,2 %.

Verminderungen beim Sachaufwand ergaben sich einerseits durch Preisreduktionen aufgrund von KAGes-weiten Ausschreibungen, als Ergebnis der Medikamentenkommission (z.B. bei Medikamenten, bei Instrumentenhilfsmitteln) bzw. durch effizienten Einsatz.

Eine beträchtliche Erhöhung entstand im (übrigen betrieblichen) Aufwand durch die Übertragung der Liegenschaften des Landes Steiermark an die KAGes und deren Veräußerung an die Krankenanstalten Immobiliengesellschaft mbH (KIG). Es fallen nun Mieten für die Gebäude an.

- ☐ Der **Personalaufwand** (inkl. Sondergebühren) für betriebseigene Mitarbeiter erhöhte sich im Vergleichszeitraum um rund € 3,3 Mio. (etwa 9 %).
Die Überstunden für Vertragsbedienstete erhöhten sich im Prüfzeitraum um etwa T€ 30 oder rund 12 %.

Zusätzlich zum eigenen Personal wird auch beigestelltes (Leasing-)Personal beschäftigt. Der Aufwand dafür betrug im Jahr 2008 etwa T€ 188 und erhöhte sich im Jahr 2010 auf etwa T€ 205.

Weiters sind in der Bilanz Rückstellungen für Resturlaube ersichtlich.

- **Ein Abbau der Resturlaube wird empfohlen. Die Entwicklung zwischen betriebseigenem und beigestelltem Personal sollte beobachtet und Personalbedarfsberechnungen angestellt werden.**

Laut Stellungnahme des zuständigen Regierungsmitgliedes hat sich die Situation betreffend Resturlaube bereits verbessert. Weiters wird seitens des LKH Bruck grundsätzlich hinterfragt bzw. werden Kalkulationen angestellt, ob eigenes oder Fremdpersonal anzustellen sein wird.

- Die Summe des Betriebsertrages erhöhte sich von etwa € 51 Mio. auf etwa € 51,6 Mio. oder um 1,1 %.

Der LRH stellt fest, dass sich der Betriebsabgang – hauptsächlich verursacht durch die Übertragung der Liegenschaften und des gestiegenen Personalaufwandes – im Vergleichszeitraum um etwa 59 % oder € 5,6 Mio. erhöhte.

- **Einer weiteren Erhöhung des Betriebsabganges sollte entgegengesteuert werden.**

- Zwischen dem LKH Leoben, dem LKH Bruck und dem LKH Mürzzuschlag sowie anderen externen Bereichen bzw. Instituten gibt es Kooperationen.

- **Kooperationen werden im Sinne einer gemeinsamen Ressourcennutzung begrüßt und sind auszubauen.**

- Das LKH Bruck ist seit 1997 gemäß der **internationalen Umweltmanagementnorm ISO 14.001** (International Organization for Standardization) zertifiziert.

Der LRH begrüßt Engagements im Umweltbereich, da dadurch Anliegen des Umweltgedankens berücksichtigt und Kosten eingespart werden.

- Das LKH Bruck war bereits 1995 Modellspital für **Qualitätsmanagement (QM)**. In diesem Zusammenhang ist das LKH Bruck in verschiedenen Projekten involviert. Die Mitglieder der Anstaltsleitung sind in die Qualitätsmanagement-Kommission integriert. Erwähnenswert ist, dass ein eigenes Leitbild erarbeitet wurde, das auf der Homepage abgebildet ist.

Die langjährigen Bemühungen im Rahmen des QM des LKH Bruck werden als positiv erachtet.

- **Der LRH wiederholt seine Anregung, im Sinne der Patientenorientierung durchgeführte Leistungen und QM-Maßnahmen der einzelnen LKH auch auf der jeweiligen Homepage darzustellen.**

In der Stellungnahme des zuständigen Regierungsmitgliedes wird auf den jährlichen Qualitätsbericht (Zusammenfassung der Maßnahmen aller LKH) auf der Homepage der KAGes verwiesen.

- Mit Juli 2009 startete das Projekt für die Einführung des Risikomanagements (RM).

Eine schriftliche Darstellung über die Risikopolitik des LKH Bruck liegt auf.
Ein eigener Risikomanagement-Bericht wurde noch nicht erstellt.

Positiv wird festgestellt, dass mit Juli 2011 der Einsatz einer Operations-Checkliste vor Operationen mittels Richtlinie geregelt wurde.

- **Um alle Mitarbeiter von der Wirksamkeit von RM-Maßnahmen zu überzeugen, sollten die jährlichen RM-Maßnahmen entsprechend kommuniziert werden.**

Laut Stellungnahme des zuständigen Regierungsmitgliedes ist geplant, zukünftig auch einen Risikobericht zu erstellen.

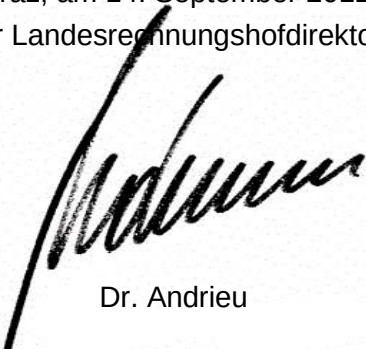
- Der Qualitätssicherungsbeirat der KAGes hat mit der Richtlinie „Koordinierte Entlassung“ verbindliche Standards zur Unterstützung des Entlassungsprozesses erarbeitet. U.a. können durch den Einsatz einer „Entlassungscheckliste“ (siehe auch Anlage zur o.a. Richtlinie) alle Vorbereitungen getroffen werden, um erforderliche Maßnahmen zum Wohle des Patienten nach der Entlassung zu setzen.

Festgestellt wurde, dass die Checkliste nicht verwendet wird.

- **Der LRH ist der Meinung, dass der Einsatz einer Checkliste im Entlassungsprozess sehr hilfreich ist und KAGes-weit eingesetzt werden soll.**

Die Adaptierung der Entlassungscheckliste und im Anschluss deren verbindlicher Einsatz wurden in der Stellungnahme des zuständigen Regierungsmitgliedes zugesagt.

Graz, am 14. September 2012
Der Landesrechnungshofdirektor:



Dr. Andrieu