



*„Gemeinsam in eine  
gesunde Zukunft.“*

# **JAHRESBERICHT** 2010



**GESUNDHEITSPLATTFORM  
STEIERMARK**





**GESUNDHEITSPLATTFORM**  
STEIERMARK

**JAHRESBERICHT**  
2010



## **Impressum**

Herausgeber und Medieninhaber:  
Gesundheitsfonds Steiermark  
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark  
Friedrichgasse 9, 8010 Graz  
E-Mail: [gfst@stmk.gv.at](mailto:gfst@stmk.gv.at)  
Homepage: [www.gesundheitsfonds.steiermark.at](http://www.gesundheitsfonds.steiermark.at)

Redaktion:  
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark  
Gesamtkoordination: Bernadette Matiz-Schunko, MAS

Gestaltung:  
Waltl & Waltl Werbeagentur GmbH

Fotos:  
Cover © istockphoto.com, Andrew Rich  
Landesrätin Mag.<sup>a</sup> Kristina Edlinger-Ploder © Land Steiermark, Jungwirth  
Obmann der StGKK Josef Pessler © GKK, Cassini  
DI Harald Gaugg © Gesundheitsfonds Steiermark  
Dr. Gert Klima © Gesundheitsfonds Steiermark

Druck:  
Medienfabrik, 8020 Graz

VORWORT DER VORSITZENDEN	6
VORWORT DER GESCHÄFTSFÜHRUNG	7
CHRONIK 2010	8
<b>1 DER GESUNDHEITSFONDS</b>	<b>9</b>
1.1 Grundlagen	9
1.2 Aufgaben der Gesundheitsplattform	10
1.3 Mitglieder der Gesundheitsplattform	10
1.4 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform	13
1.5 Gremien gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz	14
1.6 Wirtschafts- und Kontrollausschuss	15
1.7 Qualitätssicherungskommission	15
1.8 Ausschuss zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52 b Ärztegesetz sowie lt. § 26 a Zahnärztegesetz	17
1.9 Gesundheitskonferenz Steiermark	17
1.10 Fachbeirat für Frauengesundheit	19
<b>2 DIE GESCHÄFTSSTELLE</b>	<b>20</b>
<b>3 FINANZEN UND LEISTUNGEN</b>	<b>22</b>
3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds Steiermark	22
3.1.1 Einnahmen 2010	24
3.1.2 Mittelverwendung 2010	25
3.2 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	31
3.2.1 Der LKF-Kernbereich	31
3.2.2 Der LKF-Steuerunsbereich	32
3.3 Leistungsdaten 2010	33
<b>4 AKTIVITÄTEN 2010</b>	<b>39</b>
4.1 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark	39
4.1.1 Reformpool-Projekte	39
4.1.2 Reformpool-Projekte mit sektorenübergreifender Finanzierung	42
4.1.3 Sonstige Projekte	42
4.2 Modellprojekt „Gesundheitszentren Steiermark“	44
4.3 Gesundheitsziele Steiermark	46
4.3.1 Modellprojekt „Gemeinsam Essen“	46
4.3.2 Standards zu Sicherung einer Basisqualität in der Gemeinschaftsverpflegung	47
4.3.3 Weitere Maßnahmen im Rahmen des Gesundheitsziels „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“	47
4.4 Qualität	48
4.4.1 Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK)	48
4.5 Medizinische Datenqualität	50
4.5.1 ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle – medQK	50
4.5.2 Datenqualitätstreffen der Bundesländer	56
4.5.3 Errors und Warnings	56
4.6 Strukturplanung	57
4.6.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark	57
4.6.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit Weiterentwicklung	58
4.7 E-Health	59
4.7.1 Gesundheitsinformationssystem Steiermark (GelSt)	59
4.7.2 Gesundheitsportal Steiermark	60
4.8 Sonstige Aktivitäten	60
<b>5 VERZEICHNISSE</b>	<b>61</b>
5.1 Abbildungsverzeichnis	61
5.2 Tabellenverzeichnis	61
5.3 Abkürzungsverzeichnis	62
<b>6 ANHANG</b>	<b>63</b>
6.1 Bilanz	63
6.2 Gewinn- und Verlustrechnung	64
6.3 Bestätigungsvermerk	66
6.4 Zahlungen an die RechtsträgerInnen der Fondskrankenanstalten	67
6.5 Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31. 12. 2010)	68
6.6 LDF-Pauschalen – Darstellung der Einzelkomponenten	69
6.7 Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik	70



**Landesrätin Mag.<sup>a</sup> Kristina Edlinger-Ploder**  
Vorsitzende der Gesundheitsplattform Steiermark

Welchen wichtigen Stellenwert Gesundheit hat, wird oft erst bei Krankheit oder mit zunehmendem Alter erkannt. Daher gilt es sicherzustellen, dass alle Steirerinnen und Steirer auch weiterhin die bestmögliche Qualität in der Gesundheitsversorgung erhalten. Ziel muss es sein, dass die Synergien aller Beteiligten noch intensiver genutzt, Doppelgleisigkeiten vermieden werden und dass die bewährte Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungen und dem Land Steiermark noch weiter vertieft wird. Diese Anforderungen sind in Zeiten einer wirtschaftlich extrem angespannten Situation eine große Herausforderung für alle Beteiligten.

Die Steiermark ist gerade im Gesundheitsbereich oftmals Vorreiter zahlreicher Vorhaben und Projekte. Beispielsweise wurden mit den steirischen Gesundheitszielen optimale Rahmenbedingungen zur besseren Information und Koordination der regionalen Gesundheitsangebote geschaffen. Auch die erfolgreiche Entwicklung einzelner Reformpoolprojekte zeigt, dass schon viel gelungen ist und in vielen Bereichen konnte gemeinsam mit allen Stakeholdern ein Konsens erzielt werden. Das ist eine der wesentlichsten Aufgaben und Eigenschaften der Gesundheitsplattform, sich über Partei- und Interessensgrenzen hinweg immer wieder durch konstruktive Zusammenarbeit auszuzeichnen.

Mein Dank gehört allen Beteiligten, die mit ihrem großen Engagement viele Gesundheitsinitiativen in der Steiermark erst möglich machen.

Mit den besten Grüßen,  
Mag.<sup>a</sup> Kristina Edlinger-Ploder  
Landesrätin für Gesundheit und Pflegemanagement,  
Vorsitzende der Gesundheitsplattform Steiermark



**Obmann der StGKK Josef Pessler**  
Stv. Vorsitzender der Gesundheitsplattform Steiermark

Das österreichische Gesundheitssystem braucht international keinen Vergleich zu scheuen. Diese Aussage trifft vor allem auf die Qualität der Versorgung, aber auch auf die Effizienz zu. In der Schweiz, den Niederlanden oder Norwegen, um einige halbwegs gut mit Österreich vergleichbare Staaten zu nennen, sind die Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit zum Teil erheblich höher als hierzulande.

Um unser Gesundheitssystem auch für künftige Generationen zu erhalten, muss die Ausgabensteigerung dennoch weiter gedämpft werden – selbstverständlich bei gleichzeitiger Verbesserung der Qualität. Gelingen kann das nur, wenn wir vorhandene Ressourcen optimal ausnützen, kostspielige Doppelgleisigkeiten vermeiden, Verhandlungen mit dem nötigen Weitblick führen und das Bewusstsein der Steirerinnen und Steirer für einen gesunden Lebenswandel schärfen. Darüber hinaus müssen auch die gesetzlichen Rahmenbedingungen den aktuellen Erfordernissen angepasst werden.

Bei den Bemühungen, die medizinische Qualität weiter zu verbessern, ist der Steirische Gesundheitsfonds ein wesentlicher Partner. Mit dem Regionalen Strukturplan Gesundheit steht in der Steiermark ein Konzept zur Verfügung, das – im wahrsten Sinn des Wortes – die Basis für eine gesunde Entwicklung unseres Bundeslandes darstellt. Innovationen sind wichtig, Nachjustierungen immer wieder nötig – wir sind aber in der glücklichen Lage, auf einem tragfähigen Fundament aufbauen zu können.

Wie jedes Jahr gilt mein Dank der konstruktiven Zusammenarbeit und dem großen Einsatz aller Beteiligten im Gesundheitsfonds!

Mit besten Wünschen,  
Josef Pessler  
Stellvertretender Vorsitzender  
der Gesundheitsplattform Steiermark,  
Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse



**DI Harald Gaugg (li.)  
Dr. Gert Klima**

Geschäftsführung des  
Gesundheitsfonds Steiermark

Das fünfte Geschäftsjahr des Gesundheitsfonds Steiermark war gekennzeichnet von der Umsetzung und Einrichtung der Gesundheitszentren Steiermark. Mit Beschluss in der Sitzung der Gesundheitsplattform am 25. März 2010 wurde die Geschäftsstelle beauftragt, in den Regionen Mürzzuschlag und Bad Aussee jeweils ein Gesundheitszentrum zu errichten. Am 9. Juli 2010 wurde das erste Gesundheitszentrum in Mürzzuschlag eröffnet. Schon nach wenigen Monaten konnte in einer ersten Zwischenbilanz über den Erfolg berichtet werden: durch die Zusammenarbeit aller Beteiligten der Region – allen voran der dafür eingerichtete Regionalbeirat – ist es gelungen, den Bürgerinnen und Bürgern aus der Region mit konkreten Beratungs- und Unterstützungsleistungen zu helfen. Die Vorbereitungen für die Inbetriebnahme des Gesundheitszentrums für die Region Bad Aussee wurden im vergangenen Jahr getroffen – die Inbetriebnahme selbst fand im Jänner 2011 statt.

Die 5. Steirische Gesundheitskonferenz stand unter dem Titel „GEMEINSAM GROSS WERDEN“. Grundlage für diese Thematik war der steirische Kinder- und Jugend-Gesundheitsbericht, der deutlich macht, dass Menschen mit geringer Bildung auch einen schlechteren Gesundheitszustand haben. Dass großes Interesse am Thema Kinder- und Jugendgesundheit besteht, zeigten mehr als 300 Expertinnen und Experten aus allen Gesundheitsbereichen, die an der Konferenz teilnahmen. In einer Poster-Ausstellung wurden über 40 Projekte zum Thema präsentiert.

Die im Jahr 2010 erstmals stattgefundene Vernetzungsveranstaltung „PlattformQ“ zum Thema „Ergebnisqualität im Gesundheitswesen“ war ein gelungener Rahmen für die Verleihung des steirischen Qualitätspreises Gesundheit „SALUS“, den das LKH-Universitäts-Klinikum Graz für das Projekt „Der Grazer Schmerz - Ergebnisorientiertes Schmerzmanagement für stationäre PatientInnen“ erhielt. Für die Vergabe des Preises wurden Kriterien, wie langjährige und umfassende Qualitätsarbeit und kontinuierliche Weiterentwicklung und Verbesserung in diesem Prozess herangezogen.

Um eine bessere und sektorenübergreifende Vernetzung bei Fragen der Qualität im Gesundheitswesen sicherzustellen, wurde bereits im Jahr 2009 das Strategiekonzept zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen beschlossen. Durch die Arbeiten der Qualitätssicherungskommission

wurde auch im letzten Jahr diese Vernetzung weiter vorangetrieben. Dabei ist ein Ziel, auch Menschen, die sich täglich in den Gesundheitseinrichtungen mit dem Thema Qualität beschäftigen, stärker zu involvieren.

Der Gesundheitsfonds Steiermark bekennt sich zu einer umfassenden Berücksichtigung der Public Health-Grundsätze. Im Rahmen der Koordination der Gesundheitsziele Steiermark hat der Gesundheitsfonds im Bereich der gesundheitsfördernden Bewegung und gesunden Ernährung den bereits bestehenden Leitfaden überarbeitet und aktualisiert, um ExpertInnen Unterstützung für ihre Arbeit in der Umsetzung von Gesundheitsförderung zu geben. Zusätzlich wurden im vergangenen Jahr die Newsletter „Gesundheitsziele Steiermark“ für gesundheitsbewusste SteirerInnen sowie „Gemeinsam Essen“ – speziell für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen – versendet.

Das Modellprojekt „Gemeinsam Essen“ ist in Umsetzung – der erste Zyklus wurde bereits im Mai 2010 abgeschlossen. Für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen wurde die Broschüre „Mindeststandards in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen“ erarbeitet.

Ziel der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark ist es, auch in Zukunft – trotz erschwelter wirtschaftlicher Herausforderungen – an einer bestmöglichen und effizienten Gesundheitsversorgung für die Steirerinnen und Steirer zu arbeiten.

Abschließend bedanken wir uns im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle für die gute Zusammenarbeit mit Dr. Siegfried Marchel, der sich seit Februar 2011 in seinem wohlverdienten Ruhestand befindet.

## Chronik 2010 im Überblick

14. Jänner	Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
18. Jänner	Sitzung der Qualitätssicherungskommission (QSK)
24. Jänner	Sitzung der medQK
10. Februar	18. Sitzung der Gesundheitsplattform
15. März	Sitzung der Qualitätssicherungskommission (QSK)
17. März	Sitzung des Präsidiums zur Gesundheitsplattform
18. März	Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
18. März	Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
25. März	19. Sitzung der Gesundheitsplattform
26. Mai	Sitzung der medQK
31. Mai	Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
08. Juni	Sitzung des Präsidiums zur Gesundheitsplattform
17. Juni	20. Sitzung der Gesundheitsplattform
21. Juni	Sitzung der Qualitätssicherungskommission (QSK)
22. Juni	5. Steirische Gesundheitskonferenz
07. Juli	Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
11. Oktober	Sitzung der Qualitätssicherungskommission (QSK)
10. November	Sitzung der medQK
29. November	Sitzung der LKF-Evaluierungsgruppe
02. Dezember	Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
13. Dezember	Sitzung des Präsidiums zur Gesundheitsplattform
13. Dezember	Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
16. Dezember	21. Sitzung der Gesundheitsplattform

# 1 DER GESUNDHEITSFONDS

Der Gesundheitsfonds Steiermark hat als Gesamtrechtsnachfolger des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds mit 1. Jänner 2006 dessen gesamten Aufgabenbereich übernommen. Damit verbunden war eine Ausweitung und Neuausrichtung der an den Gesundheitsfonds gestellten Aufgaben.

## 1.1 Grundlagen

In der „Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“, LGBL. Nr. 68/2005 (Vereinbarung alt), wurde die Errichtung des Landesgesundheitsfonds zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung vorgesehen und vom Land Steiermark durch das „Steiermärkische Gesundheitsfonds-Gesetz 2006“, LGBL. Nr. 6/2006 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2006 umgesetzt. Zur Mitfinanzierung der Fondskrankenanstalten lt. Gesundheitsfonds-Gesetz sowie zur Wahrnehmung weiterer Aufgaben auf Grund der „Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ wurde der Gesundheitsfonds Steiermark als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit errichtet. Die aufgrund der neu geschlossenen Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBL. Nr. 55/2008 notwendig gewordenen Änderungen zum Gesundheitsfonds-Gesetz wurden mit der Novelle LGBL. Nr. 1/2009 vorgenommen und traten mit 13. Jänner 2009 in Kraft.

Gemäß § 3 Gesundheitsfonds-Gesetz hat der Gesundheitsfonds einerseits die in der Vereinbarung festgelegten Aufgaben im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung und andererseits Aufgaben im Bereich der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich wahrzunehmen, wie etwa bestimmte in der Vereinbarung festgelegte Aufgaben und die Gewährung von Mitteln für krankenhausentlastende Maßnahmen, Projekte und Planungen.

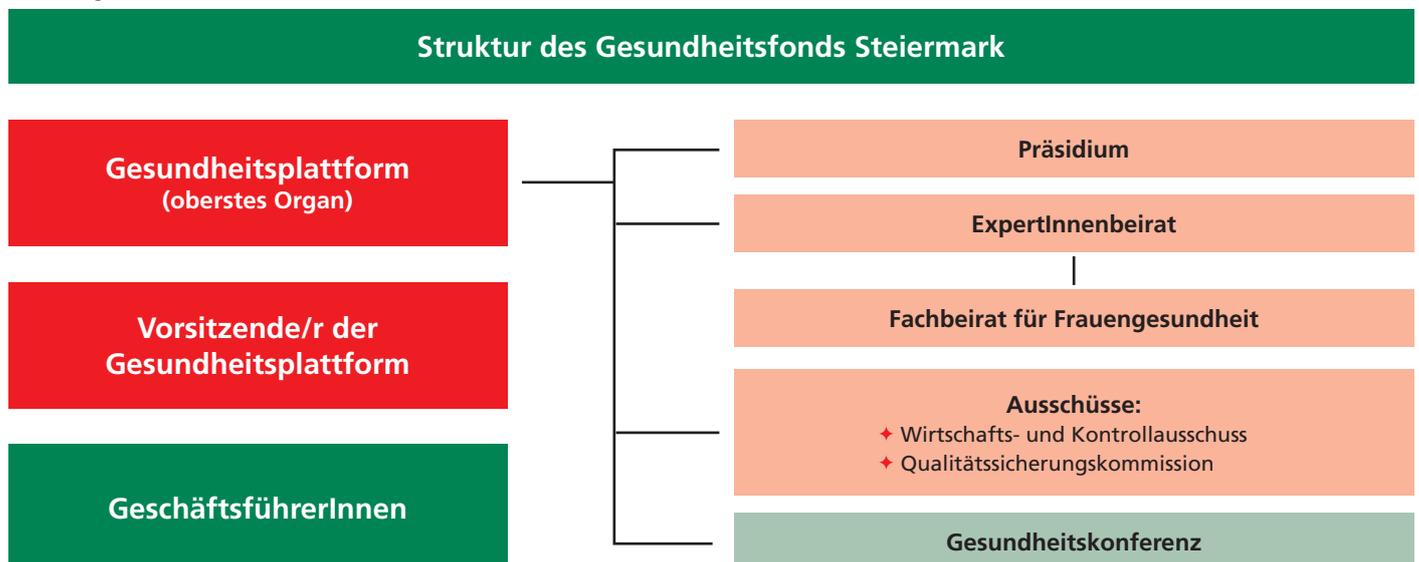
Das Steiermärkische Gesundheitsfonds-Gesetz in der Fassung der Novelle, LGBL.Nr. 1/2009 normiert als Organe

- ♦ die Gesundheitsplattform als oberstes Organ,
- ♦ die/den Vorsitzende/n der Gesundheitsplattform und
- ♦ die GeschäftsführerInnen.

Die Vertretung des Gesundheitsfonds nach außen obliegt der/dem Vorsitzenden und den gemeinsam vertretenden GeschäftsführerInnen. Die/der Vorsitzende kann sich bestimmte Vertretungshandlungen vorbehalten und ist gegenüber den GeschäftsführerInnen hinsichtlich ihrer gesetzlich geregelten Aufgaben weisungsbefugt. Die Gesundheitsplattform besteht nunmehr aus 22 Mitgliedern; zu den bisher vorgesehenen Mitgliedern wurde ein vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied neu aufgenommen. Diesem Mitglied kommt kein Stimmrecht zu. Die Gesundheitsplattform ist nach Bedarf, jedenfalls aber zweimal jährlich einzuberufen. Sie fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die/der Vorsitzende.

Bei Angelegenheiten des Kooperationsbereiches ist in der Gesundheitsplattform Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung erforderlich. Jedenfalls in den Kooperationsbereich fallen Projekte der Integrierten Versorgung, Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben und Projekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs. In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit des Landes besteht, hat das Land die Mehrheit; in Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit der Sozialversicherung besteht, hat die Sozialversicherung die Mehrheit. Der Bund hat das Vetorecht bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Auf einen Regressanspruch des Gesundheitsfonds gegenüber Personen, die eine Organfunktion (Gesundheitsplattform, Vorsitzende/r der Gesundheitsplattform, GeschäftsführerInnen) ausüben, ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz sinngemäß anzuwenden, soweit es nicht unmittelbar gilt. Die Tätigkeit des Gesundheitsfonds

Abbildung 1: Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark



ist an den Prinzipien des Gender Mainstreamings orientiert und hat Anwendung und Umsetzung der Gender-Kriterien zu berücksichtigen. Weiters orientiert sich der Gesundheitsfonds bei seiner Tätigkeit an den „Gesundheitszielen Steiermark“ und ist verantwortlich für die Koordination der Public Health-Grundsätze.

Die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds ist das Amt der Steiermärkischen Landesregierung. Durch die Geschäftseinteilung des Amtes der Landesregierung ist die Geschäftsstelle organisatorisch der Fachabteilung 8 A angeschlossen. Die Gebarung des Gesundheitsfonds unterliegt der Kontrolle durch den Landesrechnungshof.

## 1.2 Aufgaben der Gesundheitsplattform

Die Gesundheitsplattform hat Aufgaben zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich wahrzunehmen und die Leistungsabgeltung im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) sicherzustellen. Unter § 10 Absatz 1 des Gesundheitsfonds-Gesetzes sind die wahrzunehmenden Aufgaben angeführt:

1. Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
3. Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen der regionalen Strukturpläne Gesundheit (Detailplanungen gemäß Art. 3 und 4 der Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG) bzw. von Kapazitätsfestlegungen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gem. Z 1 zu berücksichtigen sind,
4. Erprobung und Umsetzung von Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs sowie Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme,
5. Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
6. Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik,
8. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
9. Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren,
10. Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich,
11. Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen,
12. Aufgaben, die dem Fonds durch Landesgesetz übertragen werden,
13. Evaluierung der von der Gesundheitsplattform wahrgenommenen Aufgaben.

## 1.3 Mitglieder der Gesundheitsplattform

Die Gesundheitsplattform besteht aus 22 Mitgliedern. Für jedes entsandte Mitglied kann ein Ersatzmitglied namhaft gemacht werden.

Entsprechend § 7 Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 idGF gehören der Gesundheitsplattform an:

1. das für das Krankenanstaltenwesen zuständige Mitglied der Landesregierung als Vorsitzende/Vorsitzender;
2. fünf weitere Mitglieder des Landes, die von der Landesregierung entsandt werden;
3. vier Mitglieder der Sozialversicherung, die von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse unter Bedachtnahme auf die Interessen der Betriebskrankenkassen entsandt werden, darunter die Stellvertreterin/ der Stellvertreter der/des Vorsitzenden;
4. zwei Mitglieder der Sozialversicherung, die einvernehmlich von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Pensionsversicherungsanstalt, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter entsandt werden;
5. ein Mitglied, das vom Bund entsandt wird;
6. zwei Mitglieder, die von der Ärztekammer Steiermark entsandt werden (davon zumindest ein Mitglied aus der Kurie „Angestellte Ärzte“);
7. je ein Mitglied, das vom Steiermärkischen Gemeindebund und von der Landesgruppe Steiermark des Österreichischen Städtebundes entsandt wird;
8. ein Mitglied, das von der Steiermärkischen PatientInnen- und Pflegeombudsschaft entsandt wird;
9. zwei Mitglieder, die vom Rechtsträger der steirischen Landeskrankenanstalten entsandt werden;
10. ein Mitglied, das einvernehmlich von den Rechtsträgern der sonstigen steirischen Fondskrankenanstalten entsandt wird;
11. ein vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied.

Die Gesundheitsplattform hat sich in der Sitzung am 16. Jänner 2006 konstituiert.

Im Jahr 2010 haben sich in der Zusammensetzung einige Änderungen, insbesondere infolge der Landtagswahlen im September ergeben. Gem. § 7 Abs. 5 Gesundheitsfonds-Gesetzes gilt für die von der Landesregierung entsandten Mitglieder der Gesundheitsplattform, dass nach dem Zusammentritt des neu gewählten Landtages eine neue Entsendung vorzunehmen ist:

Tabelle 1: Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark

Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	
Mitglieder der Gesundheitsplattform	Entsendende Stelle
Dr. <sup>in</sup> Bettina VOLLATH (Vorsitzende) Ing. Erich AMERER Johann BACHER Barbara GROSS Nikolaus KOLLER Mag. <sup>a</sup> Ursula LACKNER	Vorsitzende bis 3. November 2010 VertreterInnen des Landes bis zur 20. Sitzung am 17.6.2010
Mag. <sup>a</sup> Kristina EDLINGER-PLODER (Vorsitzende) Johann BACHER Dr. Franz FEIL Mag. <sup>a</sup> Ursula LACKNER Univ.-Doz. Ing. Dr. Gerhard STARK Klaus ZENZ	Vorsitzende ab 4. November 2010 VertreterInnen des Landes ab der 21. Sitzung am 16.12.2010
Josef PESSERL (stellvertretender Vorsitzender) Ing. Thomas GEBELL Mag. <sup>a</sup> Andrea HIRSCHENBERGER Ing. Alfred REIDLINGER	VertreterInnen der SV (StGKK + BKK)
Rudolf MOSER Dr. Wolfgang SEIDL	Vertreter der SV (österreichweite Träger)
Mag. Gerhard EMBACHER	Vertreter des Bundes
Dr. Jörg GARZAROLLI Dr. Martin WEHRSCHÜTZ	Vertreter der Ärztekammer für Steiermark
Prof. Dietmar PILZ ( <i>bis zur 20. Sitzung am 17.6.2010</i> ) Mag. Dr. Martin OZIMIC ( <i>ab der 21. Sitzung am 16.12.2010</i> )	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes
Bernd ROSENBERGER	Vertreter des Städtebundes LG Stmk.
Mag. <sup>a</sup> Renate SKLEDAR	Vertreterin der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
DI Dr. Werner LEODOLTER a.o. Univ.-Prof. Dr. Petra KOHLBERGER; MSc	VertreterInnen der KAGes
Dr. Martin PIATY	Vertreter der sonstigen FondsKA

Dem vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger entsendeten Mitglied kommt kein Stimmrecht zu. Gem. § 6 Abs. 4 der novellierten Geschäftsordnung

(lt. Beschlussfassung der Gesundheitsplattform vom 16. Dezember 2010) können weitere Mitglieder ohne Stimmrecht kooptiert werden.

Tabelle 2: Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht

Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht	
Mitglieder ohne Stimmrecht	Entsendende Stelle
Dr. Ferdinand FELIX Ersatzmitglied Mag. Peter OPPEKER	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
DI Gunter HADWIGER	FPÖ

Tabelle 3: Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark

Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	
Ersatzmitglieder	Entsendende Stelle
Mag. Christopher DREXLER Bernhard EDERER Walter KRÖPFL Dr. Michael TRIPOLT Klaus ZENZ	Vertreter des Landes bis zur 20. Sitzung am 17.6.2010
Renate BAUER Dipl.Päd. Peter KOCH Nikolaus KOLLER, MAS MBA Barbara RIENER Markus ZELISKO	VertreterInnen des Landes ab der 21. Sitzung am 16.12.2010
Dr. Reinhold PONGRATZ Hermann TALOWSKI Josef MUCHITSCH Hubert HOLZAPFEL	VertreterInnen der SV (StGKK + BKK)
Manfred MAURER DI Kurt VÖLKL	Vertreter der SV (österreichweite Träger)
Mag. Paul DUKARICH	Vertreter des Bundes
Dr. Wolfgang FLORIAN (bis zur 20. Sitzung am 17.6.2010) Dr. Eiko MEISTER (ab der 21. Sitzung am 16.12.2010) Dr. Wolfgang ROUTIL	Vertreter der Ärztekammer Steiermark
-	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes
Mag. Dr. Gerd HARTINGER	Vertreter des Städtebundes LG Stmk
Mag. <sup>a</sup> Waltraud ENGLER	Vertreterin der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
Dipl. KHBW Ernst FARTEK	Vertreter der KAGes
Mag. Robert SCHOBER	Vertreter der sonstigen FondsKA

Neben den genannten Mitgliedern der Gesundheitsplattform können gemäß § 8 Abs. 7 Gesundheitsfonds-Gesetz jene Landtagsparteien, die nicht in der Regierung vertreten sind, zu den Sitzungen der Gesundheitsplattform je eine Vertreterin/einen Vertreter entsenden. Diese sind nicht Mitglieder im Sinne des § 7 und haben kein Stimmrecht.

Tabelle 4: Teilnahme an der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht

Teilnahme an der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht	
VertreterInnen	Entsendende Stelle
Ingrid LECHNER-SONNEK	Die Grünen
Claudia KLIMT-WEITHALER Ersatzmitglied Dr. Werner MURGG	KPÖ

## 1.4 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform

Über die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wurden im Jahr 2010 vier Sitzungen der Gesundheitsplattform organisiert und abgewickelt. Insgesamt wurden 40 Tagesordnungspunkte vorbereitet. Die Gesundheitsplattform fasste 17 Beschlüsse und nahm vier Berichte zur Kenntnis. Bestandteil jeder Gesundheitsplattform-Sitzung sind die Berichte der/s Vorsitzenden, der/s stellvertretenden Vorsit-

zenden sowie der Bericht über die Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses, der vor jeder Sitzung der Gesundheitsplattform tagt.

Folgende Tagesordnungspunkte wurden von der Gesundheitsplattform Steiermark im Jahr 2010 behandelt:

Tabelle 5: Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2010

Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2010	
<b>18. Sitzung der Gesundheitsplattform am 10. Februar 2010</b>	
Gesundheitszentren	<i>einstimmig beschlossen</i>
<b>19. Sitzung der Gesundheitsplattform am 25. März 2010</b>	
Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission als Ausschuss iS von § 8 Abs. 12 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz Beschlussfassung über die Geschäftsordnung	<i>einstimmig beschlossen</i>
Mündlicher Bericht über die Datenqualitätsaktivitäten der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds	<i>zur Kenntnis genommen</i>
Beschluss über die Einstufung besonderer Leistungsbereiche 2010	<i>einstimmig beschlossen</i>
Mündlicher Bericht über die Konzepterstellung zur Analyse der Ambulanzentwicklung	<i>zur Kenntnis genommen</i>
LKH Bad Aussee: Errichtung einer Einheit zur bildgebenden Diagnostik (CT): Beschluss über den Antrag auf Freigabe von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über die Mittelverteilung auf die einzelnen Trägervereine der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung im extramuralen Bereich im Jahr 2010	<i>einstimmig beschlossen</i>
Bericht zum Modellprojekt ambulante psychiatrische fachärztliche Versorgung in Hartberg und Beschluss über den Antrag auf Freigabe von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“	<i>einstimmig beschlossen</i>
Projekt „Gesundheitszentren“: Bericht über die Fortschritte und Beschluss über die Finanzierung	<i>beschlossen</i>
<b>20. Sitzung der Gesundheitsplattform am 17. Juni 2010</b>	
Beschluss über die Festlegung der Höhe der Verwendung von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“ für das Jahr 2010	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über den Rechnungsabschluss 2009	<i>einstimmig beschlossen</i>
Antrag der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH auf Errichtung eines PET-CT am LKH Leoben: Beschluss über den Antrag auf Verwendung von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“	<i>einstimmig beschlossen</i>
Umsetzung des Landtagsbeschlusses vom 20. April 2010 zur Vermeidung von sozialen Härtefällen bei Zwillings- und Mehrlingsgeburten im Rahmen der Geburt: Beschluss über die Erarbeitung einer Maßnahme zur Entlastung bei den gesetzlich vorgeschriebenen Gebühren (§ 447 f Abs. 7 ASVG iVm § 77 Abs. 7 KALG und § 35 a KALG)	<i>einstimmig beschlossen</i>
<b>21. Sitzung der Gesundheitsplattform am 16. Dezember 2010</b>	
Beschluss über die Änderung der Geschäftsordnung der Gesundheitsplattform	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss des Voranschlags 2011 und Festlegung der Höhe der Mittel für „Strukturbedingte Maßnahmen“ im Jahr 2011	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über die LKF-Abrechnung Steiermark 2011	<i>einstimmig beschlossen</i>
Qualitätssicherungskommission: Beschluss Arbeitsprogramm für das Jahr 2011	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über die Einrichtung eines Ausschusses zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52 b Ärztegesetz sowie lt. § 26 a Zahnärztegesetz	<i>einstimmig beschlossen</i>
Jahresbericht Projekte	<i>zur Kenntnis genommen</i>
Bericht über den Stand des Modellprojekts „Gesundheitszentren in den Pilotregionen Mürzschlag und Bad Aussee“	<i>zur Kenntnis genommen</i>
Reformpoolprojekte „herz.leben“ und „Therapie aktiv“: Beschluss über die Zusammenführung und Verlängerung der Laufzeit der Projekte bis 30. Juni 2011	<i>einstimmig beschlossen</i>

## 1.5 Gremien gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz

Lt. § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz idgF wurde zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform ein Präsidium eingerichtet. Dieses Präsidium setzt sich aus drei vom Land bestellten und drei von der Sozialversiche-

rung entsendeten Mitgliedern zusammen. Das Präsidium hat sich am 23. März 2009 konstituiert. Im Jahr 2010 haben zwei Sitzungen des Präsidiums stattgefunden.

Tabelle 6: Präsidium der Gesundheitsplattform

Präsidium der Gesundheitsplattform		
gemäß § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz		Zusammensetzung des Präsidiums
Z. 1	3 vom Land bestellte Mitglieder	Landesrätin Dr. <sup>in</sup> Bettina VOLLATH (bis zur 5. Sitzung des Präsidiums)
		Landesrätin Mag. <sup>a</sup> Kristina EDLINGER-PLODER (seit der 6. Sitzung des Präsidiums)
		Mag. <sup>a</sup> Ursula LACKNER
		Johann BACHER
Z. 2	3 von der SV entsendete Mitglieder	Obmann Josef PESSERL
		Generaldirektorin Mag. <sup>a</sup> Andrea HIRSCHENBERGER
		Direktor Rudolf MOSER

Zur Aufbereitung von Entscheidungsgrundlagen bzw. zur fachlichen Beratung der Gesundheitsplattform wurde lt. § 8 Abs. 10 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz ein ExpertInnenbeirat eingerichtet. Dieser ExpertInnenbeirat hat sich am 28. Oktober 2009 konstituiert. Im Jahr 2010 hat keine Sit-

zung des ExpertInnenbeirats stattgefunden. Eine allfällige Einberufung des ExpertInnenbeirats wurde im Vorfeld jeder Gesundheitsplattform-Sitzung mit den Mitgliedern des ExpertInnenbeirats abgestimmt.

Tabelle 7: ExpertInnenbeirat der Gesundheitsplattform

ExpertInnenbeirat der Gesundheitsplattform		
gemäß § 8 Abs. 10 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz		Zusammensetzung des ExpertInnenbeirats 2010
Z. 1	GeschäftsführerInnen des Gesundheitsfonds	Dr. Siegfried MARCHEL DI Harald GAUGG
Z. 2	zwei von der/vom Vorsitzenden nominierte Mitglieder	Univ.-Prof. Dr. Horst NOACK Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Renate WILDBURGER
Z. 3	zwei von der/vom StellvertreterIn der/s Vorsitzenden nominierte Mitglieder	Prim. Dr. Gert KLIMA Dr. Robert GRADWOHL
Z. 4	ein von der Stmk. KAGes nominiertes Mitglied ein von den sonst. Fondskrankenanstalten nominiertes Mitglied	Vst. Dir. Dipl. KHBW Ernst FARTEK MMag. Christian LAGGER*)
Z. 5	ein von der Ärztekammer nominiertes Mitglied	KAD Dr. Dieter MÜLLER
Z. 6	Die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit gem. § 8 Abs. 11	Mag. <sup>a</sup> Sylvia GROTH

\*) MMag. Christian LAGGER folgt Dipl. KHBW Gert HERFERT nach.

Der bisher bereits tätige Fachbeirat für Frauengesundheit hat durch die Novellierung des Gesundheitsfonds-Gesetzes eine rechtliche Grundlage erhalten (siehe dazu Weiteres unter Kap. 1.10).

Darüber hinaus sieht § 8 Abs. 12 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz die Einrichtung von Ausschüssen durch die Gesundheitsplattform zur Beratung einzelner Angelegenheiten vor.

Dazu wurde der Wirtschafts- und Kontrollausschuss der Gesundheitsplattform, die Qualitätssicherungskommission der Gesundheitsplattform sowie mit Beschluss in der 21. Sitzung am 16. Dezember 2010 der Ausschuss zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52 b Ärztesgesetz sowie lt. § 26 a Zahnärztesgesetz eingerichtet (siehe dazu Kap. 1.8).

## 1.6 Wirtschafts- und Kontrollausschuss

Die Geschäftsordnung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses der Gesundheitsplattform Steiermark gem. § 8 Abs. 6 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz wurde in der 15. Sitzung der Gesundheitsplattform am 18. Juni 2009 beschlossen. Der Wirtschafts- und Kontrollausschuss setzt sich zusammen aus zwei nominierten Mitgliedern der Gesundheitsplattform, die von der/vom Vorsitzenden der Gesundheitsplattform bestellt werden und zwei nominierten Mitgliedern der Gesundheitsplattform, die von der/vom stellvertretenden Vorsitzenden der Gesundheitsplattform bestellt werden.

Tabelle 8: Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses

Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses	
Direktor Dr. Wolfgang SEIDL Vorsitzender	Sozialversicherung
Mag. <sup>a</sup> Ursula LACKNER StellvertreterIn	Land Steiermark
GenDir. <sup>in</sup> Mag. <sup>a</sup> Andrea HIRSCHENBERGER	Sozialversicherung
Johann BACHER	Land Steiermark

Der Wirtschafts- und Kontrollausschuss hat seine Sitzungen nach Bedarf, zumindest vierteljährlich, jedenfalls aber vor jeder Sitzung der Gesundheitsplattform abzuhalten. Der Ausschuss hat prüfende und beratende Funktion. Der Wirtschafts- und Kontrollausschuss hat der Gesundheitsplattform regelmäßig, mindestens jedoch vor Beschlussfassung über den Rechnungsabschluss von den Prüfungen und deren Ergebnissen zu berichten. Weiters ist er zur Prüfung insbesondere der ökonomischen Auswirkungen von Maßnahmen und zur Kontrolle der Gebarung des Gesundheitsfonds eingerichtet.

Im Jahr 2010 fanden insgesamt drei Sitzungen statt, u.a. wurden folgende Tagesordnungspunkte behandelt:

- ♦ Errichtung einer Einheit zur bildgebenden Diagnostik (CT) im LKH Bad Aussee: Antrag auf Freigabe von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“
- ♦ Mittelverteilung auf die einzelnen Trägervereine der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung im extramuralen Bereich im Jahr 2010
- ♦ Modellprojekt ambulante psychiatrische fachärztliche Versorgung in Hartberg und Beschluss über den Antrag auf Freigabe von Strukturmitteln
- ♦ Gesundheitszentren Steiermark
- ♦ Rechnungsabschluss 2009 und Festlegung der Höhe der Mittel für „Strukturbedingte Maßnahmen“ im Jahr 2010
- ♦ Errichtung eines PET-CT am LKH Leoben: Antrag auf Mitfinanzierung
- ♦ Marienambulanz: Finanzierung ab 2011 und Übernahme von zusätzlichen Medikamentenkosten
- ♦ Veranlagung von Mitteln
- ♦ Voranschlag 2011 und Festlegung der Höhe der Mittel für 2011 für „Strukturbedingte Maßnahmen“
- ♦ Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst

## 1.7 Qualitätssicherungskommission

Die Qualitätssicherungskommission (QSK) der Gesundheitsplattform Steiermark ist ein Fachgremium, das zur Erreichung einer qualitativen und sicheren Versorgung der Bevölkerung beitragen soll. Grundlage für die Aktivitäten der QSK bildet ein im Juni 2009 beschlossenes Strategiekonzept zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen. Dieses Strategiekonzept wurde in enger Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen, Sektoren und Berufsgruppen erarbeitet.

Die Strategie umfasst folgende Schwerpunkte:

- ♦ Steigerung der PatientInnen-sicherheit
- ♦ Verbesserung der Kommunikations- und Informationsstrukturen/E-Health
- ♦ Ausbau adäquater und qualitätsgesicherter PatientInneninformationen
- ♦ Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitsbereich
- ♦ Ausbau der Leitlinienarbeit

Die QSK soll die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen schaffen, damit auf deren Basis die erarbeitete Qualitätsstrategie sektorenübergreifend umgesetzt und weiterentwickelt werden kann.

Mitglieder der QSK

Zur Umsetzung der Qualitätsstrategie wurde die gesetzliche Möglichkeit der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG genutzt und auf Landesebene eine Qualitätssicherungskommission eingerichtet. Diese Kommission soll eine institutions-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ermöglichen, sich qualitätsrelevanten Fragestellungen annehmen und als Informationsdrehscheibe für alle PartnerInnen des steirischen Gesundheitswesens dienen. Im November 2009 hat sich die QSK erstmals konstituiert. Für die Mitarbeit in der QSK wurden von den vertretenen Institutionen und Berufsgruppen die folgenden Mitglieder nominiert:

Tabelle 9: Mitglieder der Qualitätssicherungskommission

Mitglieder der Qualitätssicherungskommission	
Mitglieder	Vertretene Institutionen und Berufsgruppen
<b>Vorsitzende</b>	
Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> Andrea SIEBENHOFER-KROITZSCH	
<b>PatientInnenvertreterIn</b>	
Mag. <sup>a</sup> Renate SKLEDAR	Patienten- und Pflegeombudsschaft
<b>VertreterInnen der Institutionen</b>	
Dr. <sup>in</sup> Ulrike STARK	Stmk. KAGes
Dr. Herbert KALOUD	Unfallkrankenhaus
Mag. Robert SCHOBER Vertretung: OA Dr. <sup>in</sup> Martina LEMMERER	Sonstige Fondsspitäler
Prim. Dr. Franz SCHWARZL Vertretung: Prim. Dr. Michael HESSINGER	Privatspitäler/Institute
Univ.-Prof. Dr. Karlheinz TSCHELIESSNIGG	MUG
Prim. Dr. Gert KLIMA	Sozialversicherungsträger
<b>BerufsgruppenvertreterInnen</b>	
Dr. Eiko MEISTER Vertretung: UP Dr. Gerhard WIRNSBERGER	Intramural tätige ÄrztInnen/Ärzttekammer
Dr. Reinhold GLEHR Vertretung: Dr. Wilfried KAIBA	Extramural tätige ÄrztInnen/Ärzttekammer
Cäcilia PETEK, DGKS	Intramurale Pflege
Mag. <sup>a</sup> Brigitte SCHAFARIK	Extramurale Pflege
Mag. Dr. Gerhard KOBINGER Vertretung: Mag. <sup>a</sup> Beatrix GLEIXNER	PharmazeutInnen
<b>Vertreterin Fachbeirat für Frauengesundheit</b>	
a.o.Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> med. Eva RASKY, MME	Fachbeirat für Frauengesundheit

In Anlehnung an die zuvor genannten thematischen Schwerpunkte obliegen der QSK insbesondere folgende Aufgaben:

1. Vorbereitung und Initialisierung der Umsetzung
  - ♦ von Standards und Qualitätsvorgaben seitens des BIQG
  - ♦ über die Mindestanforderungen des Bundes hinausgehenden landesweiten Qualitätsvorgaben und Qualitätsindikatoren
2. Monitoring der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und Qualitätsindikatoren
3. Vorbereitung, Initialisierung und Koordination der Umsetzungen von Qualitätsaktivitäten und -projekten auf Landesebene. In diesem Zusammenhang hat die QSK ein regelmäßiges Monitoring über wesentliche laufende Qualitätsaktivitäten und -projekte durchzuführen.
  - ♦ z.B: Vorbereitung, Initialisierung und intersektorale/interinstitutionelle Abstimmung von Aktivitäten im Aufbau und der Weiterentwicklung des Risiko- und Fehlermanagements
4. Beratung der Gesundheitsplattform durch die
  - ♦ Erstellung von Expertisen und Stellungnahmen zu Qualitätsthemen
  - ♦ Einbringung von Vorschlägen und Innovationen zu Qualitätsthemen
  - ♦ Ausarbeitung von qualitätspolitischen Steuerungsmodellen
5. Qualitätsberichterstattung

## 1.8 Ausschuss zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52 b Ärztegesetz sowie lt. § 26 a Zahnärztegesetz

Mit der Novelle zum Ärztegesetz 1998 (14. Ärztegesetz-Novelle) bzw. zum Zahnärztegesetz, BGBl.Nr. 61/2010 vom 18. August 2010 wurden im Bereich der ambulanten Versorgung auch im Hinblick auf eine Entlastung der Spitalsambulanzen niedergelassenen und angestellten (Zahn-) ÄrztInnen neue Organisationsformen ermöglicht, um sowohl fachgleich als auch fächerübergreifend gemeinsam Leistungen erbringen zu können. Mit dieser Novelle ist der Bundesgesetzgeber auch der dringlich gebotenen Ersatzregelung für die Bedarfsprüfung für selbstständige Ambulatorien nachgekommen. Die Regelung der ärztlichen Gruppenpraxis in den §§ 52 a und 52 b Ärztegesetz 1998 sowie §§ 26 und 26 a Zahnärztegesetz hat durch die Novellierung eine grundlegende Neupositionierung im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung erfahren. § 52 b Ärztegesetz (bzw. § 26 a Zahnärztegesetz) enthält das Gründungsregime für Gruppenpraxen. Die Gründung einer Gruppenpraxis und die Aufnahme der ärztlichen Berufsausübung in der Grup-

penpraxis ist an die Erfüllung spezifischer Zulassungsvoraussetzungen – erforderlichenfalls auch im Rahmen eines Zulassungsverfahrens gemäß § 52 c bzw. § 26 b - gebunden. Lt. § 52 b Abs. 1 Z 2 lit. a in Verbindung mit § 52 b Abs. 2 und lt. § 26 a Abs. 1 Z 2 lit. a iVm § 26 a Abs. 2 Zahnärztegesetz benötigen (Zahn-)ÄrztInnen, die bereits einen Einzelvertrag mit der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse haben, eine schriftliche (wechselseitige) Zusage von der örtlich zuständigen Gebietskrankenkasse über den Abschluss eines Gruppenpraxis-Einzelvertrages. Diese Zusage ist als Vorvertrag zu qualifizieren. Die Gebietskrankenkasse hat bei der Erteilung dieser Zusage auf den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Bedacht zu nehmen. Diese Zusage ist dem Landeshauptmann anzuzeigen. Mit der Anzeige hat der Landeshauptmann unverzüglich die jeweilige Landesgesundheitsplattform im Rahmen eines Ausschusses zu befassen. Aus den Erläuterungen zur Novellierung geht hervor, dass davon ausgegangen wird, dass der Ausschuss aus Vertretern des Landes, der Sozialversicherung und der ärztlichen Interessenvertretung besteht. Über Beschlussfassung in der 21. Sitzung der Gesundheitsplattform am 16. Dezember 2010 wurde einstimmig die Einrichtung eines Ausschusses lt. § 52 b Ärztegesetz und lt. § 26 a Zahnärztegesetz sowie eine Geschäftsordnung für diesen Ausschuss beschlossen.

Tabelle 10: Mitglieder dieses Ausschusses

Mitglieder dieses Ausschusses	
gemäß § 52 b Ärztegesetz sowie § 26 a Zahnärztegesetz	Zusammensetzung des Ausschusses
Land Steiermark	Univ.-Doz. Ing. Dr. Gerhard STARK (Ersatzmitglied HR Mag. Michael KOREN)
Sozialversicherung	Dr. Robert GRADWOHL (Ersatzmitglied Mag. Gernot LEIPOLD)
Ärztchamber für Steiermark	KAD Dr. Dieter MÜLLER (Ersatzmitglied Mag. Horst STUHLPFARRER, MPH)

## 1.9 5. Steirische Gesundheitskonferenz „Gesund groß werden“

Rund 300 TeilnehmerInnen aus dem intramuralen und extramuralen Versorgungsbereich, der Landespolitik und der Landesregierung, der Verwaltung auf Landesebene und kommunaler Ebene, von Versicherungen und Kammern, von Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Non-Profit-Organisationen, Berufsverbänden und Selbsthilfegruppen der Steiermark haben am 22. Juni 2010 im Messe Congress Graz zum Thema „Kinder- und Jugendgesundheit“ diskutiert und Informationen ausgetauscht.

Gesundheitslandesrätin Dr.<sup>in</sup> Bettina Vollath und Obmann Josef Pessler betonten in ihren Eröffnungsworten, dass in der Kindheit bzw. Jugend der Grundstein für die Gesundheit im Erwachsenenalter gelegt wird und dass in der Steiermark gute Voraussetzungen für ein gesundes Leben geboten werden. Allerdings – und das zeigt auch der Kinder- und

Jugendgesundheitsbericht 2010 – sind die Chancen für eine gute Gesundheit ungleich verteilt. Es soll daher das Augenmerk besonders auf die Chancengerechtigkeit im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit in der Steiermark gelegt werden. Obmann Pessler forderte außerdem die Einführung eines Pflichtfachs „Gesundheitsförderung“ in den Schulen.

Dr. Siegfried Marchel erörterte in seinem Vortrag „Kinder- und Jugendgesundheit im Blickwinkel der Gesundheitsziele Steiermark“ adäquate Maßnahmen zur Erhaltung der Kinder- und Jugendgesundheit für die Zukunft. Dazu gehört die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen, deren Grundlage die Gesundheitsziele Steiermark sind. Die Gesundheitsziele dienen der Steuerung des Gesundheitswesens und sollen die Einflussfaktoren der Gesundheit positiv verändern. Bei allen Umsetzungsmaßnahmen sollen die

Grundsätze Partizipation, Chancengleichheit und Gesundheit in allen Politikbereichen sowie Gendergerechtigkeit berücksichtigt werden.

Walter Baer, Vertreter der Europäischen Kommission, sprach zum Thema „Aktuelle Entwicklungen der Gesundheitspolitik in der EU, insbesondere zum Thema Kinder- und Jugendgesundheitspolitik“. Die Europäische Union ist erst seit kurzem für Gesundheit zuständig, Gesundheit wurde aber seit Beginn der Gemeinschaft in anderen Politikbereichen immer wieder aufgegriffen und entsprechend berücksichtigt. Die Aktivitäten der EU reichen von einer umfassenden Gesundheitsförderungsstrategie (2007) über verschiedene Maßnahmen zur Prävention von Passivrauch bis hin zur Einrichtung eines sogenannten Alcohol and Health Forum. Zur Kommunikation mit Kindern und Jugendlichen über das Thema Gesundheit hat die EU eine Webseite freigeschaltet: [http://ec.europa.eu/health-eu/youth/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/youth/index_en.htm).

Mag. Andreas Hohn vom Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research ging in seinem Vortrag „Probleme der Kinder- und Jugendgesundheit in einem reichen Land – warum und was tun?“ vor allem auf die sozialen Determinanten des Gesundheitsverhaltens und -zustandes der Kinder und Jugendlichen ein. Bei Kindern und Jugendlichen wird die soziale Schicht größtenteils von der Familie bestimmt. Jede Schicht verfügt über ein gewisses Sozialkapital und so über größere oder geringere Chancen auf Gesundheit und Lebenszufriedenheit. Auf verschiedenen Ebenen können (politische) Maßnahmen gegen soziale Ungleichheit gesetzt werden, z.B. über die Steuergesetzgebung oder über Rahmenbedingungen in der Schule oder der Kinderbetreuung.

Mag.<sup>a</sup> Elisabeth Wieseneder vom Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung der FH JOANNEUM präsentierte in ihrem Vortrag ausgewählte Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Die Daten aus dem Bericht zeigen, dass der sozioökonomische Status auch in der Steiermark einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand hat. Kinder aus sozial benachteiligten Familien haben schlechtere Chancen und schlechteren Zutritt zu gesundheitlichen Dienstleistungen und daher eine schlechtere Gesundheit bzw. weisen sie ein riskanteres Gesundheitsverhalten auf. Die Empfehlungen lauten daher, Maßnahmen zu setzen, die altersgerecht und genderspezifisch sind, aber vor allem sozial benachteiligte Gruppen berücksichtigen.

Erstmals konnten Institutionen ihre Projekte im Rahmen einer Posterpräsentation vorstellen. Die TeilnehmerInnen der Konferenz hatten den ganzen Tag Gelegenheit, sich über verschiedenste Maßnahmen im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit in der Steiermark ein Bild zu machen. Die eingereichten Poster wurden den Gesundheitszielen Steiermark zugeordnet, um beispielhaft deren Inhalt darzustellen.

Am Nachmittag gab es für die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, sich im Rahmen von Workshops in die Diskussion rund um das Thema Kinder- und Jugendgesundheit einzubringen.

In Workshop 1 diskutierten Anna Möhrle („Kinder im Gleichgewicht“ EUREGIO Bodensee) und Dr.<sup>in</sup> Elisabeth Oberleitner, MPH (Landessanitätsdirektion Kärnten, Kärntner Aktionsplan „Gesundheit und Mobilität“) das Thema

„Mit Ernährung und Bewegung im Gleichgewicht“. Das zentrale Ziel war, herauszufinden, wie man in der Steiermark multisektoral zusammenarbeiten könnte, um eine bessere Vernetzung und mehr Effektivität von Gesundheitsförderungsprojekten zu erlangen.

Als wichtigste Ergebnisse können zusammengefasst werden:

- ♦ Einzelne Projekte sollen sich nicht mehr als Einzelkämpfer sehen, MitstreiterInnen sollen nicht als KonkurrentInnen gesehen werden
- ♦ Wünschenswert wäre ein runder Tisch der Landesrätin, des Landesschulrats und weiterer Keyplayer aus verschiedenen Sektoren

Im Workshop 2 wurde „über Sucht geredet“. Mag.<sup>a</sup> Waltraud Posch (Vivid, Tabakpräventionsstrategie Steiermark), Mag.<sup>a</sup> (FH) Brigitte Schauer und Mag.<sup>a</sup> Barbara Supp (blue|monday Gesundheitsmanagement, „Wir können auch anders“) und Mag. Herwig Thelen (Vivid, ENCARE) beleuchteten in kurzen Impulsreferaten interessante Themen der steirischen Suchtprävention, die anschließend gemeinsam mit dem Publikum diskutiert wurden.

Die zentralen Ergebnisse sind:

- ♦ Sensibilisierung für bewussten Umgang mit Alkohol und jugendschutzfreundliche Festkultur
- ♦ Weiterbildung für Gesundheits- und Sozialberufe sowie für PädagogInnen notwendig, um Kindern und Jugendlichen aus suchtbelasteten Familien zu helfen.

Im Rahmen des Workshops 3 „Seelisch fit“ stellten drei ReferentInnen ihre Arbeit und Projekte im Bereich der seelischen Kinder- und Jugendgesundheit vor. Dr. Hans-Peter Preglej, Oberarzt am LKH Leoben-Eisenerz, präsentierte die neue psychosomatische Station des Krankenhauses. HR Dr. Josef Zollneritsch stellte das Projekt „SCHUPS - Schule und psychische Gesundheit“ vor, das an drei Grazer Volksschulen durchgeführt wird. Mag.<sup>a</sup> Jutta Petz präsentierte die Arbeit des Landesjugendreferats im Bereich der pädagogischen Jugendarbeit.

Als wichtigste Ergebnisse des Workshops können genannt werden:

- ♦ Es gibt eine psychiatrische Unterversorgung in der Steiermark und in ganz Österreich und vor allem gibt es kaum Angebote in der Peripherie.
- ♦ Nach wie vor werden Menschen mit psychischen Problemen stigmatisiert.

Im Workshop 4 wurde das Thema „Sicherheit für junge Menschen“ unter verschiedenen Gesichtspunkten behandelt. Dr. Anton Dunzendorfer vom Kuratorium für Verkehrssicherheit, Prim.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Purtscher von der Landesnervenklinik Sigmund Freud und Gabriella Walisch, Fachbereichsleiterin im Kinderschutz-Zentrum Graz, analysierten in ihren Referaten kurz die aktuelle Situation in der Gewaltprävention.

Zu den wichtigsten Ergebnissen zählen:

- ♦ Die intersektorale Zusammenarbeit im Bereich Verkehr ist schon sehr gut entwickelt. In den Bereichen Heim, Freizeit und Sport ist es aber schwierig, etwas zu erreichen und umzusetzen.
- ♦ Gewalt und das Beobachten von Gewalt ist ein hohes Gesundheitsrisiko für Kinder.

In der Schlussrunde wurden die Ergebnisse der Workshops von den ModeratorInnen Dr.<sup>in</sup> Eva Adamer-König, Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Gudrun Khom, Kurt Shalaby sowie DSA Christoph Pammer,

MPH zusammengefasst. Danach führte Landesrätin Dr.<sup>in</sup> Bettina Vollath eine Podiumsdiskussion mit Kindern und Jugendlichen zum Thema „Gesundheit in jungen Jahren“. Es wurde vor allem über die Themen „Rauchen und Alkohol“ gesprochen, die in jungen Jahren leider oft ein Mittel sind, um sich sozial zu positionieren. In ihren Abschlussworten betonten Obmann Josef Pessler und Landesrätin Vollath, dass Gesundheit als Querschnittsmaterie unsere Gesellschaft als Ganzes betrifft. Ob in der Schule oder bei Budgetverhandlungen, Gesundheit ist und bleibt ein essentielles Kernthema, das mit Hilfe von MultiplikatorInnen in die Bevölkerung getragen werden muss.

## 1.10 Fachbeirat für Frauengesundheit

Der Fachbeirat für Frauengesundheit ist ein interdisziplinär arbeitendes Fachgremium zum Thema Frauengesundheit, das den ExpertInnenbeirat der Gesundheitsplattform Steiermark lt. § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006 dabei unterstützt, seine Aufgaben frauengerecht wahrzunehmen. Österreichweit ist der Fachbeirat für Frauengesundheit das einzige Gremium mit dieser Funktion. Der Fachbeirat Frauengesundheit hat sich im November 2006 konstituiert. In der Novelle zum Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006, die Anfang 2009 in Kraft trat, wurde der Fachbeirat für Frauengesundheit verankert.

### Ziele des Fachbeirates für Frauengesundheit

- ♦ Gewährleistung der Berücksichtigung von Frauengesundheit in allen Entscheidungen der Gesundheitsplattform
- ♦ Einbringung von Expertise bezüglich Frauengesundheit in die Gesundheitsplattform

**Aufgabenbereiche des Fachbeirates für Frauengesundheit**  
 Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat die Aufgabe der frauengesundheitsspezifischen Beratung, Begutachtung und

Mitarbeit in allen Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsplattform hinsichtlich der

- ♦ Ziele,
- ♦ Zielgruppen,
- ♦ Maßnahmen,
- ♦ Auswirkungen,
- ♦ Qualitätssicherung,
- ♦ Evaluation und wissenschaftlichen Grundlagen.

Die Beratung gewährleistet, dass der Gesundheitsplattform themenorientiert Wissen zur Verfügung steht, um die Auswirkungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen auf ihre Gesundheit in ihre Entscheidungen mit einzubeziehen und alle Maßnahmen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen überprüfen zu können. Der Fachbeirat für Frauengesundheit richtet auch Vorschläge und Empfehlungen an die Gesundheitsplattform. Der Fachbeirat für Frauengesundheit bringt Erfahrungen aus der Praxis, die Expertise der Fachbeiratsmitglieder und die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung über den ExpertInnenbeirat und die MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle an die Mitglieder der Gesundheitsplattform heran und damit in das steirische Gesundheitssystem ein. Der Fachbeirat für Frauengesundheit stellt seine Fachkompetenz zur Verfügung, um sie in der Arbeit der Gesundheitsplattform wirksam werden zu lassen.

### Arbeitsweise

Die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit nimmt an den Sitzungen des ExpertInnenbeirates teil. Stellungnahmen des Fachbeirates für Frauengesundheit werden in der Sitzung des ExpertInnenbeirates vorgebracht. 2010 gab es keine Sitzungen des ExpertInnenbeirates. Bei Bedarf und Ressourcen stellt der Fachbeirat für Frauengesundheit seine Expertise in den Gremien den Projekten zur Verfügung. Der Fachbeirat für Frauengesundheit ist auch proaktiv tätig und richtet seine Vorschläge und Anregungen an die Geschäftsstelle. Das Frauengesundheitszentrum übernimmt im Auftrag des Gesundheitsfonds den administrativen Support und koordiniert die Tätigkeiten. Im Jahr 2010 übernahm eine Mitarbeiterin des Frauengesundheitszentrums, Mag.<sup>a</sup> Ulla Sladek, die Koordinationstätigkeiten. Die Sitzungen finden in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle statt.

Tabelle 11: Mitglieder des Fachbeirates für Frauengesundheit

Mitglieder des Fachbeirates für Frauengesundheit	
Mitglieder	Institution
Mag. <sup>a</sup> Sylvia GROTH, MAS (Vorsitzende)	Frauengesundheitszentrum, Geschäftsführung
Monika KLAMPFL-KENNY, MPH	Referentin für Mobile Pflege- und Betreuungsdienste Steiermark, Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Mag. <sup>a</sup> Gerlinde Grasser, MScPH	FH JOANNEUM Gesellschaft mbH Gesundheitsmanagement im Tourismus, karenziert
a.o.Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> med. Éva RÁSKY, MME	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz
Mag. <sup>a</sup> Bettina SCHRITTWIESER	Abteilungsleiterin Konsumentenschutz, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark
Mag. <sup>a</sup> Karin REIS-KLINGSPIEGL	Geschäftsführerin Styria vitalis
Dr. <sup>in</sup> Gerhild PAUKOWITSCH-JANDL, MAS	Leiterin Strategie, Innovation und Beteiligung, Leiterin Vertragspartnermanagement, KAGes

### Tätigkeiten 2010

Im Jahr 2010 hat sich der Fachbeirat für Frauengesundheit zu vier Arbeitssitzungen getroffen und Empfehlungen zu ausgewählten Tagesordnungspunkten der Sitzungen der Gesundheitsplattform ausgesprochen.

- ◆ Im Jänner 2010 hat der Fachbeirat für Frauengesundheit das Positionspapier „Verminderungen der Finanzmittel im Gesundheitsbereich: Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen“ verfasst: [http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11150043\\_45359081/8bca9737/Positionspapier\\_Fachbeirat%20f%C3%BCr%20Frauengesundheit\\_J%C3%A4nner%202010.pdf](http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11150043_45359081/8bca9737/Positionspapier_Fachbeirat%20f%C3%BCr%20Frauengesundheit_J%C3%A4nner%202010.pdf)
- ◆ Mit 2010 hat der Fachbeirat für Frauengesundheit ein Logo im Rahmen des Logos der Gesundheitsplattform erhalten.
- ◆ Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat eine Stellungnahme zu den Gesundheitszentren erarbeitet.
- ◆ Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat einen Antrag zur Datennutzung zur Identifikation von frauenspezifischen Aspekten an die Gesundheitsplattform von Vertreterinnen des Fachbeirats unterstützt, um zu prüfen, inwieweit die Daten für weiterführende wissenschaftliche Studien genutzt werden können.
- ◆ Die Mitglieder des Fachbeirates Frauengesundheit haben 2010 empfohlen, dass die Projektergebnisse des Projekts MIA – Mütter in Aktion des Frauengesundheitszentrums auf einer Sitzung der Gesundheitsplattform präsentiert werden und dass dieses Projekt weiter finanziell gefördert wird.
- ◆ Eine Vertreterin des Fachbeirats für Frauengesundheit hat den Fachbeirat in der Qualitätssicherungskommission, im Komitee zum „SALUS - Steirischer Qualitätspreis Gesundheit“ und auf einer Tagung am 17. September 2010 zu Ergebnisqualität im Gesundheitswesen vertreten.
- ◆ Eine Vertreterin des Fachbeirats für Frauengesundheit hat den Fachbeirat im Wissenschaftlichen Beirat der Gesundheitsförderungskonferenz des Landes Steiermark vertreten.
- ◆ Der Fachbeirat Frauengesundheit tritt für die Umsetzung der EU-Kriterien im Nationalen Mammographie Screening ein und hat dies an die VertreterInnen des Landes Steiermark in der Gesundheitskommission kommuniziert.
- ◆ Der Fachbeirat für Frauengesundheit ist in der Datenbank des EU-Projektes ENGENDER als Model of Good Practice verzeichnet: <http://engender.eurohealth.ie/>
- ◆ (“The overall objective of the ENGENDER project is to contribute to the information and knowledge base on effective and equitable policies, programmes and institutional arrangements in Europe designed to promote gender equity in health and reduce inequalities.”)

- ◆ Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat empfohlen, ein Projekt zur ärztlichen Fortbildung Qualitätssicherung PAP-Abstrich, Qualitätsoffensive PAP-Abstrich, durchzuführen (analog zu Wien: <http://www.wgkk.at/mediaDB/WGKK-Projekt%20PAP-Abstrich-Optimierung%20Mai%2008.pdf>).
- ◆ Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat empfohlen, dass die Plattform das Thema gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen im stationären Bereich aufgreift, und die Umsetzung des Leitfadens des GÖG vorantreibt. (Siehe auch: [http://bmwa.cms.apa.at/cms/content/attachments/3/5/8/CH0617/CMS1263827099785/gewalt\\_gegen\\_frauen.pdf](http://bmwa.cms.apa.at/cms/content/attachments/3/5/8/CH0617/CMS1263827099785/gewalt_gegen_frauen.pdf))

Zwischen der Vorsitzenden des Fachbeirates Frauengesundheit und der Geschäftsführung des Gesundheitsfonds fanden mehrere Gespräche statt, um die gemeinsame Arbeit zu akkordieren.

## 2 DIE GESCHÄFTSSTELLE

Die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark führt die laufenden Geschäfte des Gesundheitsfonds Steiermark. In diesem Sinne werden die unter Punkt 1.2 bereits genannten Aufgaben der Gesundheitsplattform im Wesentlichen durch die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark erbracht und unterstützt.

Die Leitung der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark wird von zwei Geschäftsführern, DI Harald Gaugg vom Land Steiermark und Dr. Gert Klima von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, wahrgenommen. Diese Geschäftsführung entspricht der Struktur der Gesundheitsplattform und spiegelt das Ziel der Errichtung des Gesundheitsfonds, eine Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen für die Finanzierung, Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen, wider.

Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine Vielzahl von Aufgaben festgelegt.

Diese Aufgaben umfassen drei Kernbereiche:

- ◆ Der Kernbereich intramural setzt sich aus den Aufgaben des ehemaligen Landesfonds und jenen neuen Aufgaben zusammen, die in den ausschließlichen Krankenanstaltenbereich fallen.
- ◆ Der Kernbereich extramural setzt sich aus den Aufgaben zusammen, die ausschließlich den niedergelassenen Bereich betreffen.
- ◆ Der Kooperationsbereich umfasst die zwischen dem extra- und dem intramuralen Bereich abzustimmenden Aufgaben, wobei zwischen dem jeweiligen Land und den jeweiligen Sozialversicherungsträgern Einvernehmen herzustellen ist.

Tabelle 12: MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark

<b>MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark</b>		
<b>Geschäftsführung</b>		
Dipl.-Ing Harald GAUGG	+43 (0)316 877-4854	harald.gaugg@stmk.gv.at
Dr. Siegfried MARCHEL (bis 31. Jänner 2011)		
Dr. Gert KLIMA (ab 1. Februar 2011)	+43 (0)316 877-5567	gert.klima@stmk.gv.at
<b>Geschäftsführung-Stellvertretung und Gesundheitsplanung</b>		
Mag. <sup>a</sup> Christa PEINHaupt (bis 14. November 2010)		
Dr. Johannes KOINIG (ab 23. November 2010)	+43 (0)316 877-5547	johannes.koinig@stmk.gv.at
<b>Assistenz der Geschäftsführung</b>		
Annemarie EHMANN	+43 (0)316 877-5571	annemarie.ehmann@stmk.gv.at
Sonja RINNER	+43 (0)316 877-5581	sonja.rinner@stmk.gv.at
<b>Medizin und Qualität</b>		
Dr. Johannes KOINIG	+43 (0)316 877-5547	johannes.koinig@stmk.gv.at
Mag. <sup>a</sup> (FH) Lydia SPRINGER	+43 (0)316 877-5942	lydia.springer@stmk.gv.at
Andrea KIENZL	+43 (0)316 877-5573	andrea.kienzl@stmk.gv.at
<b>LKF-Steuerung, Kooperation, Projektabrechnung, LKF-Scoring</b>		
Ing. Johannes STROHRIEGEL	+43 (0)316 877-5576	johannes.strohriegel@stmk.gv.at
Michaela SCHRÖTTNER	+43 (0)316 877-5578	michaela.schroettner@stmk.gv.at
<b>Public Health &amp; Gesundheitsförderung &amp; Gesundheitszentren</b>		
Mag. <sup>a</sup> Sandra ZETTINIG, MPH	+43 (0)316 877-4976	sandra.zettinig@stmk.gv.at
Birgit SUMMER, MA	+43 (0)316 877-5581	birgit.summer@stmk.gv.at
Andrea KIENZL (ab November 2010)	+43 (0)316 877-5573	andrea.kienzl@stmk.gv.at
<b>Kommunikation &amp; E-Health &amp; Europa</b>		
Bernadette MATIZ-SCHUNKO, MAS	+43 (0)316 877-4963	bernadette.matiz-schunko@stmk.gv.at
<b>Rechtsangelegenheiten</b>		
Mag. <sup>a</sup> Ulrike ROTH	+43 (0)316 877-5549	ulrike-maria.roth@stmk.gv.at
<b>Finanzen und Buchhaltung</b>		
Sieglinde WINKELMAIER	+43 (0)316 877-5572	sieglinde.winkelmaier@stmk.gv.at
Alexandra ZIERLER	+43 (0)316 877-5574	alexandra.zierler@stmk.gv.at
<b>Wirtschaftsaufsicht</b>		
Mag. Hans Peter ORTNER	+43 (0)316 877-5577	hans-peter.ortner@stmk.gv.at
<b>Datenverarbeitung</b>		
Ing. Alfred SCHWAB	+43 (0)316 877-5575	alfred.schwab@stmk.gv.at
<b>Gesundheitszentrum Mürzzuschlag (ab 14. Juni 2010)</b>		
Irmgard KRAMPL	+43 (0)3852 20 001	muerzzuschlag@gesundheitszentren.at
Maria HAINZL	+43 (0)3852 20 001	muerzzuschlag@gesundheitszentren.at
Andrea TATZGERN	+43 (0)3852 20 001	muerzzuschlag@gesundheitszentren.at
<b>Gesundheitszentrum Bad Aussee (ab 2. November 2010)</b>		
Karin GASPERL	+43 (0)3622 20 001	badaussee@gesundheitszentren.at
Sabine SAMS-STARCHL	+43 (0)3622 20 001	badaussee@gesundheitszentren.at

## 3 FINANZEN UND LEISTUNGEN

### 3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds Steiermark

In Anpassung an die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 wurde das Gesetz vom 13. Dezember 2005 über die Errichtung des Gesundheitsfonds Steiermark – Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006 – geändert. Diese Änderungen wurden im LGBl. Nr. 1/2009 verlautbart und somit die landesgesetzlichen Regelungen zur vollständigen Umsetzung der oben genannten Vereinbarung erlassen.

Der Gesundheitsfonds Steiermark ist ein öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit, dessen Aufgaben umfassen die Finanzierung der steirischen Fondskrankenanstalten und darüber hinaus Bereiche der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich.

Das Rechnungsjahr 2010 beginnt am 1. Jänner 2010 und endet am 31. Dezember 2010. Der Rechnungsabschluss wurde mit Stichtag 15. April 2011 erstellt, da bis zum Stichtag sowohl Mittel für das Jahr 2010 zugeflossen sind und auch Zahlungen an die Krankenanstalten für Leistungen des Jahres 2010 getätigt wurden. Die Aktiva und Passiva, sowie die Gewinn- und Verlustrechnung weisen die Werte des Jahres 2009 aus.

Die tatsächlichen *Gesamteinnahmen des Hauptverbandes* betragen € 603,6 Mio. und waren um 2,14 % höher als budgetiert. In den Mitteln der Sozialversicherung sind auch die zusätzlichen Mittel für das Geriatriische Krankenhaus der Stadt Graz in Höhe von rund € 2,5 Mio. und die Kostenbeiträge/Kostenanteile in Höhe von rund € 4,3 Mio. enthalten. Dabei handelt es sich um die von den Fondskrankenanstalten vereinnahmten Beiträge nach § 447 f Abs 7 ASVG, wonach bei Anstaltspflege ein Kostenbeitrag für jeden Verpflegstag zu leisten ist. Da sie in den Krankenanstalten verbleiben, steht dieser Ertragsposition ein gleich hoher Aufwand gegenüber.

Die Einnahmen an *Ertragsanteilen des Bundes bzw. Umsatzsteueranteile der Länder und Gemeinden* betragen rund € 77,1 Mio. An Ertragsanteilen sind seitens des Bundes rund € 1,03 Mio. mehr zugeflossen als im Jahr 2009, bei den Umsatzsteueranteilen der Länder und der Gemeinden betragen die Mehreinnahmen 3,87 %, das sind rund € 1,57 Mio.

Die *Zusätzlichen Mittel des Bundes bzw. der Bundesgesundheitsagentur* sind aufgrund der günstigen wirtschaftlichen Entwicklung wieder leicht gestiegen (rund € 0,76 Mio. Mehreinnahmen).

Die *Zusatzmittel nach dem Finanzausgleichsgesetz 2008* betragen im Jahr 2010 € 9.374.952,--.

Das Land leistet dem Gesundheitsfonds Zahlungen in Höhe von € 21.042.800,-- unter dem Titel *Zusätzliche Mittel des*

*Landes* gemäß Artikel 21 Abs 1 Z 7 der Artikel 15 a B-VG und wurde in drei Tranchen überwiesen. Zusätzlich hat das Land für 2010 insgesamt € 412.899.216,-- zur *Betriebsabgangsdeckung* aller Fondskrankenanstalten „aufgebracht“. Dabei stellt der Betrag für die KAGes im Budget des Landes buchmäßig die in Anspruch genommenen Mittel aus der Darlehensbegebung im Zusammenhang mit den Liegenschaftstransaktionen an die KAGes dar. Der Anteil der Non-KAGes Krankenanstalten betrug € 28.953.216,--.

Von den ausländischen Versicherungsträgern wurden für die an *ausländischen GastpatientInnen* erbrachten Leistungen der Vorjahre rund € 6,47 Mio. überwiesen.

In den *Übrigen Erträgen* ist die Beihilfe gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz 1996 (GSBG) in Höhe von rund € 76,5 Mio. enthalten. Dabei handelt es sich um jene Beihilfe, die den Krankenanstalten nach dem Umsatzsteuergesetz in Zusammenhang mit den befreiten Umsätzen nicht abziehbarer Vorsteuer zusteht. Der Rest setzt sich aus den Kostenbeiträgen gem. § 27 a Abs 3 KAKuG, den anteilmäßigen Einnahmen für gemeinsam mit der SV finanzierte Reformpoolprojekte, den Regress- und Zinseinnahmen zusammen.

Für *Stationäre und Ambulante Leistungen* wurden wie budgetiert € 660,2 Mio. bzw. € 48,6 Mio. – insgesamt keine Erhöhung gegenüber dem Jahr 2009 – ausbezahlt. Für jede durchgeführte ambulante Dialyseleistung wurden € 201,24 bezahlt. Für durchgeführte Dialysen wurden im Jahr 2010 insgesamt € 6.579.340,60 den Fondskrankenanstalten überwiesen. Seit dem 4. Quartal 2010 werden ambulant durchgeführte Dialysen an ausländische GastpatientInnen quartalsmäßig abgerechnet und ausbezahlt. Im letzten Quartal 2010 waren das 63 ambulant durchgeführte Dialysen. Alle noch offenen Dialysen der Jahre 2006 bis 2010 wurden ebenfalls abgerechnet und mit € 248.803,83 abgegolten.

Die *Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes* sind wie im Vorjahr im Rechnungsabschluss enthalten. Da der Landesgesundheitsfonds laut Artikel 93 der VO (EWG) Nr. 574/72 aushelfender Träger für die Gewährung von Sachleistungen an ausländischen GastpatientInnen ist, können alle finanziellen Mittel, die im Budget des Landesgesundheitsfonds abgebildet sind, bei der Weiterverrechnung von Leistungen an ausländische Sozialversicherungsträger in Rechnung gestellt werden.

Als Vorweganteile wurden die Zahlungen an die *Psychosomatik Bad Aussee*, die *Finanzierung der Wachkomabetten* im Geriatriischen Gesundheitszentrum der Stadt Graz und die *Hospiz- und Palliativfinanzierung* überwiesen.

Für die *Finanzierung der Sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung* im extramuralen Bereich der Steiermark wurden wie im Jahr 2009 Mittel in Höhe von € 12,9 Mio. an die Fachabteilung 8 B überwiesen.

Für den *Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst* in der Steiermark außerhalb von Graz wurden der Ärztekammer für das Jahr 2010 rund € 2,8 Mio. zur Verfügung gestellt.

An *Projekt- und Planungsmitteln* wurden für in den Sitzungen der Gesundheitsplattform beschlossene Projekte (E-Health, GeISt, krankenhausentlastende Maßnahmen,

Planung, Qualität und Datenqualität und sonstigen Projekten) rund € 1,8 Mio. ausbezahlt. Nicht verbrauchte Projekt- und Planungsmittel 2010 wurden wie schon in den Vorjahren der Projektmittelrückstellung zugeführt.

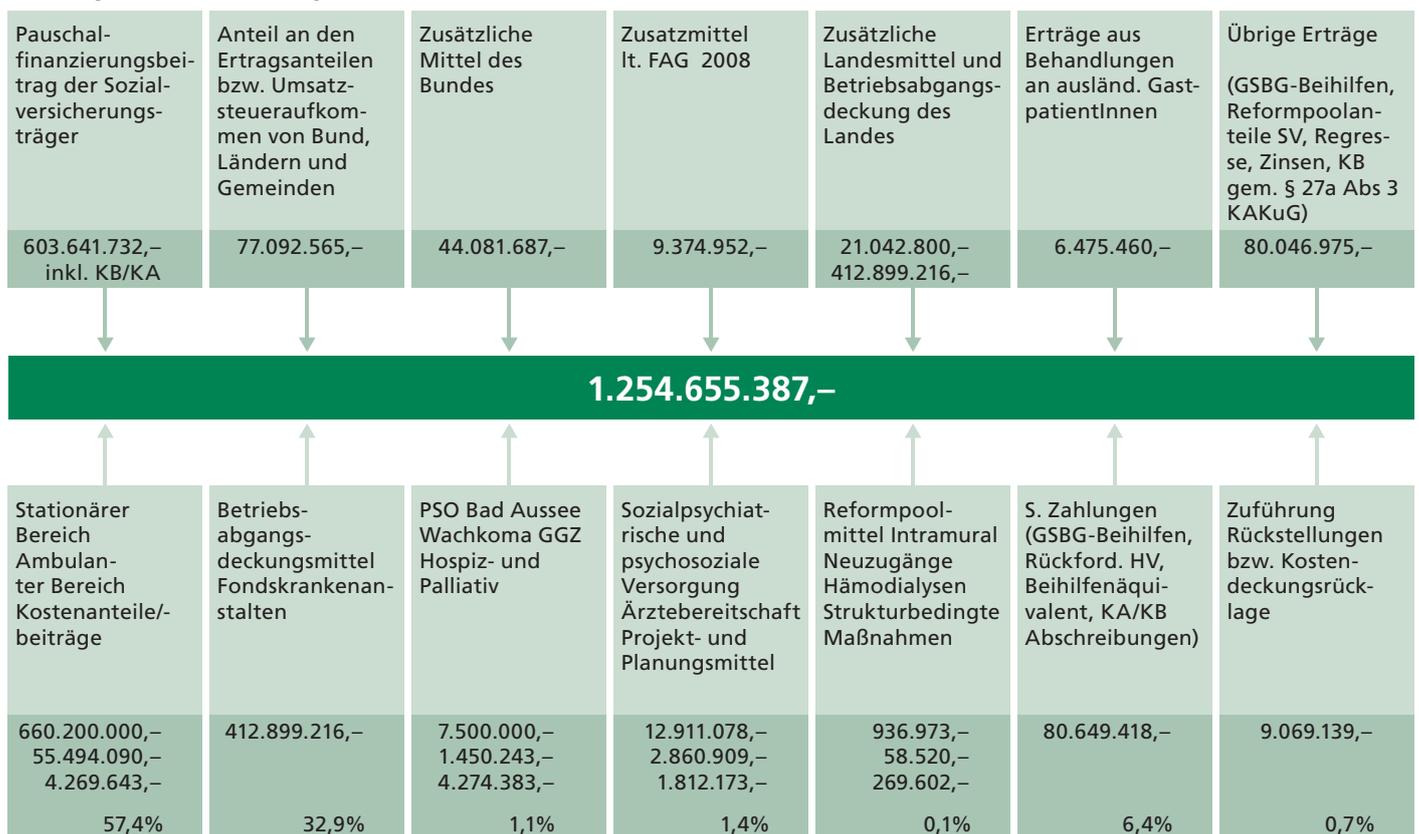
Die *Sonstigen Zahlungen* betreffen größtenteils die GSBG Beihilfe (€ 76,5 Mio.), die Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs 3 KAKuG und die Rückforderung des Hauptverbandes für das Jahr 2009, welche aus der im Jahr 2009 gebildeten Rückstellung finanziert wurde.

Für im Jahr 2010 beschlossene Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung des RSG aus der Kostendeckungsrücklage musste eine entsprechende Rückstellung gebildet werden. Aus der Kostendeckungsrücklage sollen auch die Ausgleichszahlungen des Landes an die Fondskrankenanstalten für 2010 finanziert werden, hierfür musste eine entsprechende Rückstellung gebildet werden. Die noch verbleibenden Mittel wurden – wie schon in den Vorjahren – der Kostendeckungsrücklage zugeführt.

Für den Rechnungsabschluss 2010 wurde ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk von der Böhm & Böhm Wirtschaftsprüfungs KG eingeholt. Die Prüfung fand im Mai statt und der Bestätigungsvermerk ist im Anhang, Abbildung 6.3. abgebildet.

Die Bilanz zum 31. Dezember 2010 und die Gewinn- und Verlustrechnung werden im Anhang dargestellt. Die Mittelflussrechnung für das Jahr 2010 ist in Abb. 2 dargestellt.

Abbildung 2: Mittelflussrechnung des Gesundheitsfonds 2010

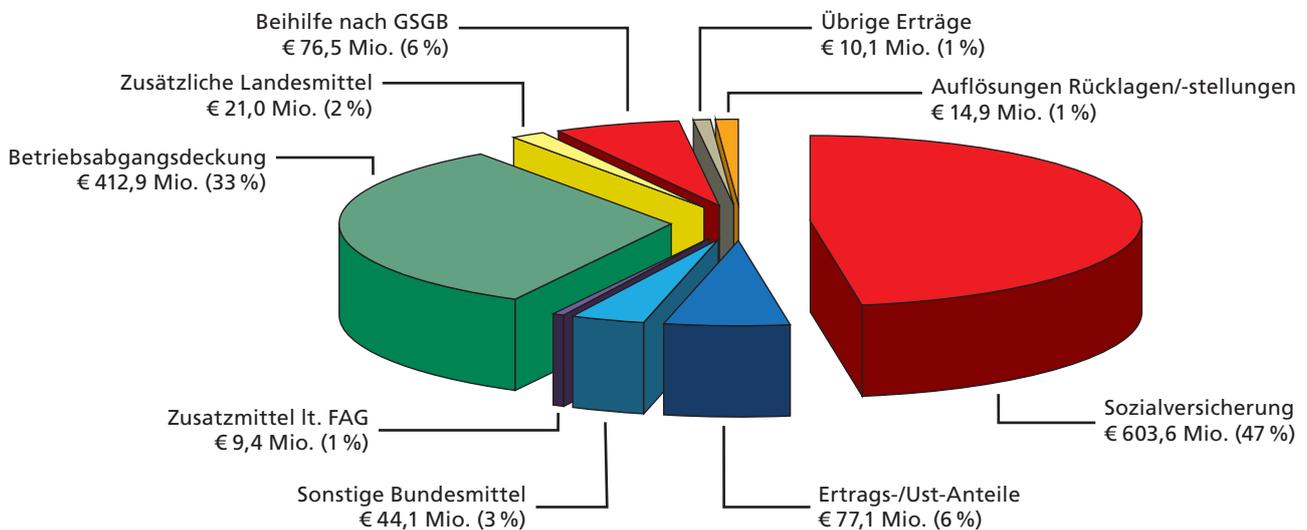


### 3.1.1. Einnahmen 2010

Die Dotierung des Landesgesundheitsfonds ist im Artikel 15 a B-VG der Vereinbarung 2008 bis 2013 geregelt. Diese setzen sich wie folgt zusammen:

- ♦ Beiträge der Sozialversicherungsträger
- ♦ Ertrags- bzw. Umsatzsteueranteile
- ♦ Beiträge des Bundes/Bundesgesundheitsagentur
- ♦ Zusatzmittel laut FAG
- ♦ Sonstige Mittel des Landes
- ♦ Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes
- ♦ Beihilfe nach GSGB
- ♦ Übrige Erträge (Ausländische GastpatientInnen, Regresse, Zinserträge, Reformpoolprojektanteile der Sozialversicherung, Kostenbeitrag gem. § 27 a Abs 3 KAKuG)

Abbildung 3: Einnahmen 2010 (€ 1,269 Mrd.)



Die Gesamterträge im Jahr 2010 betragen € 1.269.575.380,35 und setzen sich aus den ordentlichen Erträgen in Höhe von € 1.254.655.387,02 sowie aus der Auflösung von Rückstellungen bzw. Rücklagen in Höhe von € 14.919.993,33 zusammen. Davon sind 98,82 % ordentliche Erträge. In den Gesamterträgen sind auch die Betriebsabgangsdeckungsmittel in Höhe von € 412.899.216,-- das sind rund 32,5 % der Gesamtmittel enthalten.

Der *Pauschalfinanzierungsbeitrag der Sozialversicherungsträger* setzt sich aus dem Pauschalbetrag für 2010 in Höhe von € 596.847.220,--, den Kostenbeiträgen/Kostenanteilen in Höhe von € 4.269.643,47 (werden von den Krankenanstalten eingehoben) und den zusätzlichen Mitteln für das Geriatrie Krankenhaus der Stadt Graz in Höhe von € 2.524.869,-- zusammen.

Die *Ertrags- bzw. Umsatzsteueranteile* setzen sich aus den Ertragsanteilen des Bundes und den Anteilen am Umsatzsteueraufkommen der Länder und Gemeinden zusammen und betragen rund € 77,1 Mio. Ab dem Jahr 2009 erfolgt die Bemessung der Bundesanteile an der Krankenanstaltenfinanzierung nicht mehr am Umsatzsteueraufkommen sondern am Gesamtsteueraufkommen (Abgaben mit einheitlichem Schlüssel der Ertragsanteile). Gegenüber dem Jahr

2009 sind die Einnahmen bei den Ertragsanteilen um rund 3 % und bei den Umsatzsteueranteilen der Länder und der Gemeinden um 3,8 % gestiegen.

Bei den *Beiträgen des Bundes/Bundesgesundheitsagentur* sind die Einnahmen im Jahr 2010 gegenüber dem Jahr 2009 ebenfalls leicht gestiegen. Rund € 44,1 Mio. sind aus diesem Ansatz dem Gesundheitsfonds zugeflossen. Die *Zusatzmittel laut Finanzausgleichsgesetz* betragen € 9.374.952,--.

Das Land Steiermark hat für 2010 insgesamt € 412.899.216,-- *Betriebsabgangsdeckungsmittel* „aufgebracht“. Dabei stellt der Betrag für die KAGes im Budget des Landes buchmäßig die in Anspruch genommenen Mittel aus der Darlehensbegebung im Zusammenhang mit den Liegenschaftstransaktionen an die KAGes dar. Im Rechnungsabschluss des Landes wurden insgesamt anstatt der veranschlagten € 473.004.500,-- lediglich € 412.899.216,-- verbucht. Dies entspricht einer Differenz von € 60.105.284,-- und diese sind, wie zwischen dem Ressort und der Finanzabteilung im Herbst 2009 ausverhandelt, als Einsparungsbeitrag der KAGes im Zusammenhang mit der Budgetkonsolidierung zu sehen und über Effizienzsteigerungen im Betrieb möglich gewesen. Der Anteil für die Non-KAGes Krankenanstalten beträgt € 28.953.216,--.

Die *Zusätzlichen Mittel des Landes* gemäß Artikel 21 Abs. 1 Z 7 der Artikel 15 a B-VG sind in gleicher Höhe geflossen wie in den Jahren 2008 und 2009. Die Überweisung der letzten Tranche in Höhe von € 7.014.200,-- wurde aufgrund der finanziellen Situation des Landes einer entsprechenden Rückstellung zugeführt und wird für Ausgleichzahlungen 2010 an die Fondskrankenanstalten bereitgestellt werden.

Bei der *Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz (GSBG) 1996* handelt es sich um die an die Fondskrankenanstalten weiter zuleitende Beihilfe. Sie betrug im Jahr 2010 € 76.450.528,72 und ist um rund € 15,0 Mio. höher als im Jahr 2009. Zurückzuführen ist das auf vermehrte Investitionen in den Krankenanstalten.

In den übrigen Erträgen in Höhe von € 10,1 Mio. sind enthalten:

Die *Erträge aus den Behandlungen an Ausländischen GastpatientInnen* betragen € 6.475.460,--. Unter den für den Zeitraum Jänner bis Dezember 2010 gemeldeten Datensätzen waren 2.364 Fälle, die ausländische GastpatientInnen betrafen und durch den Landesfonds abgerechnet wurden. Diese Fälle wurden mit € 6.338.777,96 bewertet und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in Rechnung gestellt. Für ambulante Behandlungen an ausländischen GastpatientInnen konnten € 136.682,20 (inkl. Beihilfenäquivalent) vereinbart werden. Da es mit den ausländischen Versicherungsträgern unterschiedliche Abkommen über die gegenseitige Verrechnung von Krankenhausleistungen sozialversicherter PatientInnen gibt, kann der Zeitpunkt, wann diese Leistungen abgegolten werden, nicht abgeschätzt werden.

An die Geschäftsstelle gab es 106 Anfragen von ausländischen Sozialversicherungsträgern hinsichtlich der Taxierung von Krankenhausleistungen.

Tabelle 13: Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2004 und 2010

Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2004 und 2010							
Jahre	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anfragen	350	270	230	198	210	166	106

Die *Erträge Regresse* in Höhe von € 1.453.710,27 sind dem Gesundheitsfonds zugeflossene Mittel aus abgewickelten Regressverfahren inländischer Sozialversicherungsträger. Die Einnahmen sind um mehr als das Doppelte höher als im Jahr 2009. Grund ist neben steigender Regressanfragen auch die Anwendung des erhöhten Punktwertes, bedingt durch die Ausweisung der Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes im Rechenwerk des Gesundheitsfonds, der auch bei der Abwicklung von Regressen angewendet wird. Von der Geschäftsstelle wurden im Jahr 2010 insgesamt 601 Regressanfragen aus dem stationären und ambulanten Bereich bearbeitet.

Tabelle 14: Regressanfragen zwischen 2004 und 2010

Regressanfragen zwischen 2004 und 2010							
Jahre	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Anfragen	780	700	574	663	528	587	601

Die *Erträge Reformpoolprojektanteile Sozialversicherung* ergeben sich aus der anteilmäßigen Weiterverrechnung der verwendeten Reformpoolmittel für das Jahr 2010 an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse auf Rechnung aller Krankenversicherungsträger und betragen € 117.534,11.

Die *Zinserträge* für das Jahr 2010 betragen € 672.066,85. Trotz Veranlagung sind die Einnahmen aus diesem Ansatz gesunken, der Habenszinssatz steigt seit der zweiten Hälfte 2010 wieder an.

Die *Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs. 2 KAKuG* sind der periodengerechte Ausweis der von den Fondskrankenanstalten für den Fonds aus diesem Titel pro Verpflegstag eingenommenen Kostenanteile (€ 1,45).

Die Erträge aus der *Auflösung der Rückstellungen und der Kostendeckungsrücklage* bilden die außerordentlichen Erträge in Höhe von rund € 14,9 Mio. Diese Mehreinnahmen ergeben sich aus der Auflösung der Rückstellungen für Projektmittel in Höhe von € 1,8 Mio. und aus der Auflösung der Rückstellung bei den ausländischen GastpatientInnen in Höhe von € 5,5 Mio. Sie stehen im Zusammenhang mit der Finanzierung der Projekte und die im Rechnungsjahr vereinnahmten Mittel für ausländische Forderungen der Vorjahre. Die Rückstellung Rückforderung Hauptverband musste aufgelöst werden und wurde mit der tatsächlichen Rückforderung gegengerechnet.

Aus der Kostendeckungsrücklage mussten € 4,46 Mio. aufgelöst werden. Dieser Betrag setzt sich aus den beschlossenen Finanzierungen für strukturbedingte Maßnahmen im Rahmen des RSG für das Jahr 2010 zusammen.

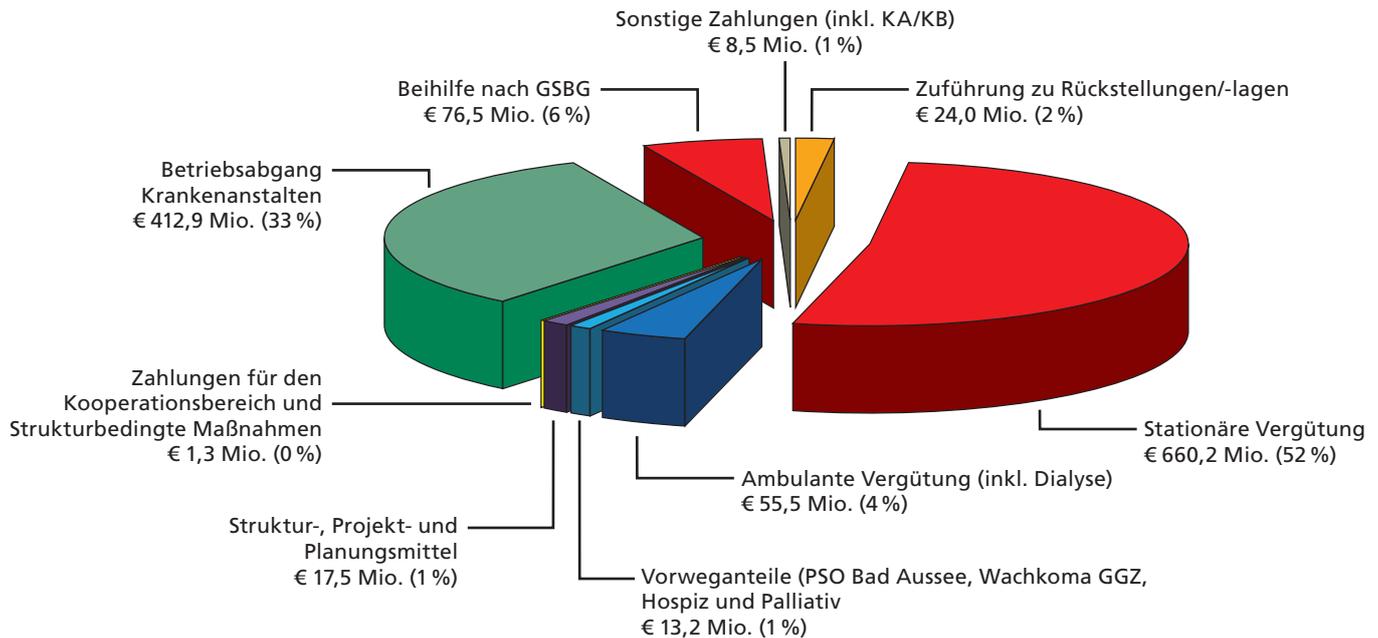
### 3.1.2. Mittelverwendung 2010

Die vereinnahmten Mittel des Gesundheitsfonds wurden wie folgt verwendet:

- ♦ Stationäre Vergütungen (LKF-Abgeltung)
- ♦ Ambulante Vergütungen (inklusive Dialyse)
- ♦ Vorweganteile: PSO Bad Aussee, Hospiz- und Palliativ, Wachkomafinanzierung GGZ
- ♦ Zahlungen für den Kooperationsbereich (Reformpoolmittel Intramural und Neuzugänge bei Hämodialysen)
- ♦ Struktur-, Projekt- und Planungsmittel (inkl. Sozialpsychiatrische und psychosoziale Versorgung im extramuralen Bereich und Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst)
- ♦ Strukturbedingte Maßnahmen
- ♦ Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes
- ♦ Beihilfe nach GSBG
- ♦ Sonstige Zahlungen (Rückforderung HV, Beihilfenäquivalent, Kostenanteile/Kostenbeiträge, Abschreibung von Forderungen)
- ♦ Zuführung zu Rückstellungen/-lagen

Mit € 660.200.000,-- wurde der im Voranschlag ausgewiesene Betrag für *Stationäre Vergütungen (LKF-Abgeltung)* verwendet. Darin enthalten sind auch die Abgeltungen der Leistungen der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation.

Abbildung 4: Mittelverwendung 2010 (€ 1,269 Mrd.)



Die *Ambulanten Vergütungen* wurden mit € 48.665.946,- gemäß dem Voranschlag an die Rechtsträger überwiesen. Die Verteilung an die einzelnen Fondskrankenanstalten wurde entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform zum LKF-Abrechnungssystem Steiermark 2010 vorgenommen.

Das Modell der Verrechnung der *ambulanten Dialysen* wurde seit dem Jahr 2009 geändert. Die Kontingentierung wurde aufgehoben und der Tarif dem im niedergelassenen Bereich angepasst. Insgesamt wurden € 6.579.340,60 im Jahr 2010 für ambulant durchgeführte Dialysen überwiesen. Für an ausländische GastpatientInnen ambulant durchgeführte Dialysen wurden den Fondskrankenanstalten € 248.803,83 vergütet.

Seitens des Gesundheitsfonds werden nach Beschluss in der Gesundheitsplattform, die Leistungen der *PSO Bad Aussee* – bis zur Integration einer auf einer tatsächlichen Kalkulation beruhenden Bepunktungsregelung psychosomatischer Leistungen im LKF-Modell – über eine Projektfinanzierung abgegolten. Die Gesundheitsplattform hat mit Beschluss in der 15. Sitzung am 18. Juni 2009 sowie im Zuge eines Berichtes in der 16. Sitzung am 4. November 2009 die Bedingungen für die Gewährung entsprechender Zahlungen festgelegt und die Geschäftsführung beauftragt, eine entsprechende Vereinbarung mit der PSO Bad Aussee abzuschließen. Bis zur Möglichkeit der Abrechnung nach dem LKF-System im Jahr 2012 wird die Valorisierung analog zu den anderen Fondskrankenanstalten durchgeführt. Der Vertrag über die Abgeltung von Leistungen der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie mit 100 Betten wurde bereits abgeschlossen und sieht die Abgeltung der Leistun-

gen auf Grundlage einer Tagsatzfinanzierung vor. Laut Voranschlag standen maximal € 7,5 Mio. zur Verfügung. Pro Belagstag wurde für das Jahr 2010 ein Tagsatz in der Höhe von € 214,- festgelegt. Insgesamt wurde für 36.621 Belagstage an den Rechtsträger der Klinik der Maximalbetrag überwiesen.

Die Finanzierung von *20 Wachkomabetten in der Albert Schweitzer Klinik* der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz wurde mit Wirksamkeit 1. Mai 2008 bis zum Außerkrafttreten der Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG als Vorweganteil beschlossen. Für das Jahr 2010 wurden € 1.450.242,86 überwiesen.

Für den „Auf- und Ausbau der *Hospiz- und Palliativ-einrichtung in der Steiermark*“ wurden für das Jahr 2010 € 4.274.382,54 aufgewendet.

Für die Finanzierung von *Struktur-, Projekt- und Planungsmittel* hat die Gesundheitsplattform € 18,2 Mio. vorgesehen. Davon sind für die *Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung im extramuralen Bereich* der Steiermark Mittel in Höhe von € 12.911.078,- bereitgestellt worden. Dieser Budgetansatz wurde entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform in vier Teilbeträgen an die Fachabteilung 8 B überwiesen.

Laut Vertrag über die *Finanzierung eines Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienstes* in der Steiermark außerhalb von Graz mit der Ärztekammer Steiermark stellt der Gesundheitsfonds seit 1. April 2009 jährlich einen Maximalbetrag von € 3,2 Mio. zur Verfügung. Für das Jahr 2010 wurden € 2.860.908,82 überwiesen.

Für *Projekt- und Planungsmittel* wurden laut Voranschlag 2010 € 2.088.922,- bereitgestellt. Insgesamt wurden € 1.812.172,80 ausbezahlt, die sich wie in Tab. 15 dargestellt zusammensetzen:

Tabella 15: Verwendung der Projekt- und Planungsmittel

<b>E-Health</b>	
Wartung GH-Server und Koordination	€ 20.882,52
Gesundheitsportal	€ 145.078,65
<b>GeISt</b>	
Weiterentwicklung und Konzepterstellung	€ 205.411,86
Gesundheitskonferenz	€ 48.237,07
<b>Krankenhausentlastende Maßnahmen und Projekte</b>	
Druckbeatmungsgeräte (Anteil 2007-2009)	€ 85.767,68
Ferien- und Schulungscamp Diabetes Kinder	€ 8.756,56
Marienambulanz	€ 159.135,00
<b>Planung</b>	
RSG – Validierung der Methodik, Psychiatrieplanung	€ 50.596,63
<b>Public Health/Gesundheitsförderung</b>	
Projekt „Gemeinsam Essen“	€ 247.709,43
Integriertes Gesundheitsmanagement	€ 254.205,78
Gesundheitszentren (Mürzzuschlag und Bad Aussee)	€ 271.552,74
Koordination Public Health (inkl. Umsetzung GH-Ziele)	€ 23.345,51
MIA – Mütter in Aktion	€ 49.688,74
Mitgliedsbeitrag „Österreich. Netzwerk gesundheitsförd. KH“	€ 7.000,00
<b>Qualität und Datenqualität</b>	
Qualitätsarbeit	€ 38.186,58
Datenqualität	€ 13.716,00
Med. Qualitätskontrolle/Qualitätssicherung	€ 13.440,00
<b>Sonstige Projekt- und Planungsmittel</b>	
Fachbeirat Frauengesundheit	€ 2.707,50
Wirtschaftsaufsicht	€ 88.068,38
Präoperative Befundung	€ 44.916,53
Jahresbericht 2009	€ 8.224,76
Wirtschaftsprüfung Rechnungsabschlusses 2009 u. -beratung	€ 13.034,20
Aus- und Weiterbildung Geschäftsstelle	€ 11.719,50
Sonstiger Aufwand (z. B. (Besprechungen, Weihnachtskarten usw.)	€ 791,18
<b>Summe</b>	<b>€ 1.812.172,80</b>

Nicht verbrauchte Projekt- und Planungsmittel wurden der Rückstellung „Projektmittel“ zugeführt.

Für den *Kooperationsbereich (Reformpool)* – Projekte der Integrierten Versorgung und Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben – hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2010 Mittel in Höhe von € 2,0 Mio. budgetiert. Aufgrund der Projektfortschritte wurden dafür insgesamt € 936.972,95 für Reformpoolmittel Intramural aufgewendet. Diese wurden wie folgt verwendet:

Tabelle 16: Verwendung der Reformpoolmittel

Verwendung der Reformpoolmittel	Ausgaben 2010	Landesanteil	SV-Anteil
Herz.Leben	€ 156.724,63	58,00 %	42,00 %
Disease Management Programm „Therapie Aktiv“	€ 589.489,73	53,86 %	46,14 %
Integrierte Versorgung „Koronare Herzkrankheit“	€ 1.436,41	53,86 %	46,14 %
Integrierte Versorgung „Schlaganfall“	€ 5.791,91	53,86 %	46,14 %
Integrierte Versorgung „Nephrologie“	€ 7.446,10	53,77 %	46,23 %
Rückenschmerz.ade	€ 18.100,36	53,81 %	46,19 %
Teleulcus – Best-Practise-Modell	€ 6.695,23	53,77 %	46,23 %
MR Stolzalpe	€ 151.288,58	50,00 %	50,00 %
<b>Summe</b>	<b>€ 936.972,95</b>		

Für *Neuzugänge bei den Hämodialysen* betrug der Anteil des Landes für die Jahre 2008 und 2009 € 58.520,10. Das Land Steiermark und die Sozialversicherung finanzieren diese rückwirkend ab 2008 gemeinsam. Der anteilmäßige Betrag für die Jahre 2008 und 2009 wurde an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse überwiesen.

Aus dem Budgetansatz „*Strukturbedingte Maßnahmen*“ wurden folgende Mitfinanzierungen beschlossen:

In der 16. Sitzung der Gesundheitsplattform am 4. November 2009 wurde dem Antrag auf *Mitfinanzierung des Krankenhauses der Elisabethinen Graz „Strukturanpassung Intensivstation/Schmerzmedizin“* aus dem Strukturtopf 2009 und 2010 in Höhe von € 2.400.000,- zugestimmt. € 1.200.000,- wurden am 17. Dezember 2009 auf ein Treuhandkonto überwiesen. Die zweite Tranche wurde der Rückstellung „*Strukturbedingte Maßnahmen*“ zugeführt, da der Bauabschnitt noch nicht so weit gediegen ist, und die Mittel der ersten Tranche noch nicht ausgeschöpft wurden.

Für das *Modellprojekt „Ambulante psychiatrischen Versorgung in Hartberg“* wurde in der 19. Sitzung der Gesundheitsplattform am 25. März 2010 der Beschluss gefasst, Mittel in Höhe von maximal € 230.000,- für die psychiatrische Ambulanz am LKH Hartberg freizugeben. Für das Jahr 2010 wurden € 114.102,10 überwiesen. Die verbleibenden € 115.897,90 wurden der Rückstellung „*Strukturbedingte Maßnahmen*“ zugeführt.

In der Sitzung der Gesundheitsplattform am 25. März 2010 wurde auch dem Antrag der Steiermärkischen Krankenhausgesellschaft mbH auf Mitfinanzierung aus dem Budgetansatz „*Strukturbedingte Maßnahmen*“ für die Errichtung einer Einheit zur bildgebenden Diagnostik (CT) am LKH Bad Aussee in Höhe von € 155.500,- zugestimmt. Dieser Betrag wurde bereits ausbezahlt.

Weiters wurde in der 20. Sitzung der Gesundheitsplattform am 17. Juni 2010 dem Antrag der Steiermärkischen Kran-

kenanstaltengesellschaft mbH auf Errichtung eines PET-CT am LKH Leoben in Höhe von maximal € 2.874.100,- aus dem Budgetansatz „*Strukturbedingte Maßnahmen*“ zugestimmt. Da es bei diesem Vorhaben aus budgetären Gründen zu einer zeitlichen Verschiebung der baulichen und gerätetechnischen Investitionen gekommen ist, wurde der beschlossene Betrag der entsprechenden Rückstellung zugeführt.

Insgesamt wurden für das Jahr 2010 Mittel in Höhe von € 4.189.997,90 für bereits beschlossene Maßnahmen aus der Kostendeckungsrücklage der Rückstellung „*Strukturbedingte Maßnahmen*“ zugeführt und € 269.602,10 ausbezahlt.

Die *Betriebsabgangsdeckungsmittel Fondskrankenanstalten* entsprechen dem auf der Einnahmenseite ausgewiesenen Betrag in Höhe von € 412.899.216.

Die Beihilfe nach dem *Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) 1996* ist für den Fonds eine Durchlaufposition. Im Jahr 2010 wurden Beihilfen in Höhe von € 76.450.528,72 an die Fondskrankenanstalten überwiesen.

In den Sonstigen Zahlungen sind enthalten:

Die *Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs 3 KAKuG* in Höhe von € 1.350.596,99 stellen die € 1,45 für jeden Verpflegstag dar und werden von den Krankenanstalten für den Gesundheitsfonds eingehoben.

Die *Rückforderung des Hauptverbandes für Sozialversicherungsträger* betrug für das Jahr 2009 insgesamt € 2.253.887,41 und setzte sich aus der Rückforderung des Pauschalbetrages in Höhe von € 2.219.517,74, der Rückforderung für das Geriatrie Krankenhaus in Höhe von € 9.388,95 und der Rückforderung der SV-Affinen Zusatzmittel in Höhe von € 24.980,72 zusammen. Finanziert wurden diese Rückforderungen aus der im Jahr 2009 gebildeten Rückstellung.

Bei der Verrechnung von Leistungen der Fondskrankenanstalten an ausländischen GastpatientInnen sind 10 % der eingegangenen Beträge entsprechend den Bestimmungen des GSBG an das Finanzamt für Gebühren und Verkehrssteuern in Wien als *Beihilfenäquivalent* abzuführen. Durch Einnahmen bei den ausländischen GastpatientInnen mussten € 584.147,63 an das Finanzamt überwiesen werden. Diese Überweisungen erfolgen monatlich.

Die *Abschreibung Forderungen Ausländischer GastpatientInnen* musste aufgrund einer uneinbringlichen Forderung vorgenommen werden und betrug € 2.524,73.

Die Kontoführungsspesen in Höhe von € 7.732,04 betreffen zum Großteil Manipulationsgebühren, die durch die sechsmonatige Veranlagung entstanden sind.

Die Ordentlichen Aufwendungen betragen im Jahr 2010 € 1.245.586.247,59. Berücksichtigt man die Betriebsabgangsmittel nicht, sind die Aufwendungen um rund € 17,7 Mio. oder 2,17 % höher als im Jahr 2009. Die Gegenüberstellung von ordentlichen Erträgen und ordentlichen Aufwendungen ergibt ein positives Betriebsergebnis von € 9.069.139,43.

Die Zuführung von € 2.088.922,-- zur Rückstellung Projektmittel sind nicht verbrauchte Projektmittel aus dem Rechnungsjahr. Die Zuführung Strukturbedingte Maßnahmen in Höhe von € 4.189.997,90 betreffen bereits beschlossene Maßnahmen aus der Kostendeckungsrücklage im Rahmen der Umsetzung des RSG. Die Zuführung bei der Rückstellung Ausländische GastpatientInnen Stationär von € 6.200.808,63 steht im Zusammenhang mit den Forderungen für 2010 gegenüber ausländischen GastpatientInnen. Mit der Rückstellung Ausgleichszahlungen 2010 in Höhe von € 7.014.200,-- sollen die Anpassungsbeiträge der Krankenanstalten im Jahr 2010 finanziert werden.

Von der Kostendeckungsrücklage im Jahr 2009 in Höhe von € 43.342.100,28 wurden für die Mitfinanzierung von Strukturbedingte Maßnahmen € 4.459.600,-- aufgelöst. Der im Jahr 2010 verbleibende Betrag in Höhe von € 4.495.204,23 konnte der Kostendeckungsrücklage zugeführt werden. Die Kostendeckungsrücklage beträgt daher zum Bilanzstichtag € 43.377.704,51.

### 3.1.2.1 Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert Schweitzer Klinik

Der Gesundheitsfonds übernimmt mit Wirksamkeit ab 1. Mai 2008 bis zum Außerkrafttreten der Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens die Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert Schweitzer Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz.

PatientInnen mit einem Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma oder cerebraler Hypoxie, bei denen bereits ein Apallisches Syndrom (Wachkoma) vorliegt oder aufgrund des Krankheitsverlaufes ein Übergang in ein Wachkoma zu erwarten ist und PatientInnen mit Locked-In-Syndrom können nach Entlassung aus dem Akutbereich in ein Wachkomabett übernommen werden. Voraussetzung dafür ist, dass keine intensivmedizinische Intervention notwendig ist.

Im Jahr 2010 wurden in der „Station Prof. Gerstenbrand“ der Albert Schweitzer Klinik insgesamt 33 Patienten betreut.

Diese wurden von Akutkrankenanstalten aus der ganzen Steiermark zugewiesen. Das Durchschnittsalter der aufgenommenen Patienten betrug 53,7 Jahre, durchschnittliche Belagsdauer 7,5 Monate. Um die Behandlungsverläufe bzw. Entwicklungsschritte der PatientInnen beurteilen zu können, wird die neurologische Skala EFA (Early functional abilities) angewendet. Dabei kommen für vier funktionale Bereiche 20 Items zur Anwendung, die in fünf Stufen die Fähigkeit der PatientInnen je Item beschreiben und be-punkten (von Fähigkeit fehlt, 1 Punkt, bis keine Einschränkung vorhanden, 5 Punkte). Die durchschnittliche Verbesserung der im Jahr 2010 betreuten 33 PatientInnen betrug 5,1 Punkte. Für die im Jahr 2010 neu aufgenommenen ergab sich hingegen eine durchschnittliche Verbesserung von 11,4 Punkten. Dadurch wird die Arbeit auf der Wachkomastation, Menschen die auf elementare bzw. lebensnotwendige Ressourcen reduziert sind, durch entsprechende Therapie eine Rückkehr in ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, eindrucksvoll bestätigt.

### 3.1.2.2 PSO Bad Aussee

Die Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie hat im Oktober 2006 ihren Betrieb aufgenommen. Insgesamt stehen 100 Betten für PatientInnen zur Verfügung. Die Steiermärkische Landesregierung fasste am 13. September 2004 den Beschluss, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, dass die PSO Klinik Bad Aussee ab dem Jahr 2008 in das System der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung aufgenommen wird. Dies wurde im Zuge der Verhandlungen zur Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008 bis 2013 berücksichtigt und im Absatz 4 des Artikel 18 heißt es u.a., dass „dem Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung vom Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen zu gewähren sind“.

Seitens des Gesundheitsfonds werden daher nach Beschluss in der Gesundheitsplattform, die Leistungen der Klinik Bad Aussee – bis zur Integration einer auf einer tatsächlichen Kalkulation beruhenden Bepunktungsregelung psychosomatischer Leistungen im LKF-Modell – über eine Projektfinanzierung abgegolten. Die Gesundheitsplattform hat mit Beschluss in der 15. Sitzung am 18. Juni 2009 sowie im Zuge eines Berichts in der 16. Sitzung am 4. November 2009 die Bedingungen für die Gewährung entsprechender Zahlungen festgelegt und die Geschäftsführung beauftragt, eine entsprechende Vereinbarung mit der PSO Bad Aussee abzuschließen. Bis zur Möglichkeit der Abrechnung nach dem LKF-System wird die Valorisierung analog zu den anderen Fondskrankenanstalten durchgeführt, d.h. laut Nachtragsvoranschlag waren € 7,5 Millionen für Projektfinanzierung der PSO Bad Aussee 2010 vorgesehen. Der Vertrag über die Abgeltung von Leistungen der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie wurde bereits abgeschlossen und sieht die Abgeltung der Leistungen auf Grundlage einer Tagsatzfinanzierung vor. Pro Belagstag wurde für das Jahr 2010 ein Tagsatz in der Höhe von € 214,00 festgelegt, wobei max. € 7,5 Millionen für 2010 zur Verfügung standen.

### 3.1.2.3 Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark

Das Bewusstsein um die Notwendigkeit und die Bedeutung verlässlicher Hospiz- und Palliativbetreuung ist in den letzten Jahrzehnten weltweit gewachsen. Hospiz- und Pallia-

tiveinrichtungen ergänzen die vorhandenen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegeheime, Hausärzte), indem in schwierigen Situationen mit schwerkranken und sterbenden Menschen Unterstützung durch Palliativteams gegeben wird. Für betreuungsintensive Phasen im Krankheitsverlauf stehen spezialisierte stationäre Palliativstationen zur Verfügung. In der Steiermark bildete der Erfolg des Pilotprojektes „Stationäre Palliativbetreuung“ (1998 bis 2000), welches durch den Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds finanziert wurde, die Grundlage für den Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativeinrichtungen. Im Oktober 2001 wurde von der Landeskommission der Beschluss gefasst das Projekt mit dem Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, welches auf Bundesebene ausgearbeitet worden war, abzustimmen und bis 2004 weiter zu finanzieren. Auch für 2005 wurde bis zur Errichtung des Gesundheitsfonds Steiermark die Finanzierung sichergestellt.

Nach der Installierung des Gesundheitsfonds Steiermark wurde das Projekt für die Jahre 2006 bis 2008 in den Reformpool übernommen. Der Durchführungsbeschluss dazu wurde am 6. Juli 2006 gefasst. Mittlerweile wurde auch im Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark die Hospiz- und Palliativversorgung detailliert geplant, wobei grundsätzlich anzumerken ist, dass Palliativkonsiliardienste (PKD) in allen Akutkrankenanstalten verfügbar sein sollten und eine Verbindung dieser Palliativkonsiliardienste mit den mobilen Palliativteams (MPT) zur effizienteren Nutzung personeller Ressourcen sinnvoll erscheint.

Um die seit 1998 andauernde Projektfinanzierung zu beenden und um eine dauernde und nachhaltige Finanzierung sicherzustellen, wurde auf Beschluss der Gesundheitsplattform vom 5. Juni 2008 die Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen mit 1. Jänner 2009 in die Regelfinanzierung übergeführt. Dazu wurde der Bereich finanziell in den Palliativbereich und den Hospizbereich aufgeteilt, um eine Unterscheidung von Kranken- und Langzeitversorgung zu ermöglichen. Die Mittel für diese beiden Finanzierungsbereiche sind als fixe Vorweganteile bei der Budgetierung des Gesundheitsfonds berücksichtigt worden.

Zusätzlich zu diesen Mitteln leistet der Gesundheitsfonds - auf Grund einer Analyse der Joanneum Research Forschungsgesellschaft zur Berechnung der finanziellen Verschiebungspotentiale der mobilen Palliativteams - Zahlungen je mobil betreuter/en PatientInnen an die Träger der sozialen Krankenversicherung, da es sich zeigte, dass durch den Einsatz der mobilen Palliativteams eine deutliche Reduktion der stationären Behandlungskosten und ein leichter - jedoch nicht signifikanter - Anstieg der Kosten im niedergelassenen Bereich nachgewiesen werden konnte.

Im Jahr 2010 waren folgende Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark in Betrieb:

3 Palliativstationen:

- ◆ LKH-Univ.Klinikum Graz (378 Betreuungen)
- ◆ KH der Elisabethinen Graz GmbH (212 Betreuungen)
- ◆ LKH Leoben (228 Betreuungen)

1 Palliativeinheit:

- ◆ LKH Fürstenfeld (5 Betten, ohne LKF-Finanzierung)

7 Mobile Palliativteams:

- ◆ Graz
- ◆ Leoben

- ◆ Judenburg-Knittelfeld
- ◆ Liezen
- ◆ Hartberg
- ◆ Fürstenfeld
- ◆ Deutschlandsberg (1.809 Betreuungen)

8 Palliativkonsiliardienste:

- ◆ LKH-Univ.Klinikum Graz
- ◆ KH Elisabethinen Graz GmbH
- ◆ LKH Leoben
- ◆ LKH Judenburg-Knittelfeld
- ◆ LKH Rottenmann/Bad Aussee
- ◆ LKH Hartberg, LKH Fürstenfeld
- ◆ LKH Deutschlandsberg (1.760 Betreuungen)

1 Stationäres Hospiz:

- ◆ GGZ – Albert Schweitzer Hospiz (59 betreute PatientInnen)

1 Tageshospiz:

- ◆ GGZ der Stadt Graz (25 betreute PatientInnen)

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen des Hospizvereins Steiermark: Einbindung an allen Standorten über hauptamtliche KoordinatorInnen. Die landesweite Koordination erfolgte über die „Koordination Palliativbetreuung Steiermark“.

Die wichtigsten Ziele des gesamten Hospiz- und Palliativteams:

- ◆ Gute medizinische Behandlung, indem den PatientInnen die bestmögliche medizinische, pflegerische und psychologische Behandlung geboten wird, die die Lebensqualität verbessert und plötzliche Verschlimmerungen zu verhindern versucht.
- ◆ Keine Überwältigung durch Krankheitssymptome: Mit kompetenter, vorausschauender Behandlung der Symptome wird deren Entgleisung vermieden und weiteren Beschwerden vorgebeugt.
- ◆ Kontinuität, Koordination und Integration, indem alle PatientInnen eine rund um die Uhr umfassende Hospiz- und Palliativbetreuung in sämtlichen Einrichtungen oder zu Hause erhalten und bei Übergängen gut unterstützt werden. Die PatientInnen und ihre Angehörigen werden umsichtig auf alle Dinge vorbereitet, die im Verlauf der Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten können. Es werden die Wünsche der PatientInnen und Angehörigen erfragt, respektiert und – wenn möglich – erfüllt. Hospiz- und Palliativbetreuung orientiert sich an den emotionalen und praktischen Ressourcen der PatientInnen und ihrer Angehörigen.

### 3.1.2.3 Gemeinsame Kostentragung von im Zuge der Leistungserbringung bei Intensiv-PatientInnen in häuslicher Pflege eingesetzten Druckbeatmungsgeräten

PatientInnen, die dauerhaft zu beatmen sind, werden in der Steiermark durch eine Rund-um-die-Uhr-Intensivpflege zu Hause betreut. Diese häusliche Rund-um-die-Uhr-Intensivpflege ist als eine der Anstaltspflege gleichwertige Behandlung anzusehen, welche insbesondere in Bezug auf die psychischen Auswirkungen, aber auch im Hinblick auf das Infektionsrisiko der Behandlung in einer Intensivstation überlegen ist.

Deshalb haben Land und Sozialversicherung in der 14. Sitzung der Gesundheitsplattform am 26. März 2009 vereinbart, gemeinsam nach entsprechender Feststellung der

medizinischen Notwendigkeit, die im Zuge der intensivmedizinischen Versorgung anfallenden Sachkosten – die im direkten Zusammenhang mit der Druckbeatmung von PatientInnen in häuslicher Pflege notwendig sind – zu übernehmen. Diese Kosten werden für alle Fälle, die ab dem 1. Juli 2007 bis zum Außerkrafttreten der Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aufgetreten sind bzw. neu aufgetreten, übernommen.

## 3.2. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) dient zur Abrechnung stationärer Krankenhausaufenthalte. Entwickelt wurde es von österreichischen ExpertenInnen und steht seit 1997 im Einsatz. Es unterscheidet zwei Finanzierungsbereiche, den:

- ♦ LKF-Kernbereich
- ♦ LKF-Steuerungsbereich

### 3.2.1 Der LKF-Kernbereich

Der LKF-Kernbereich ist bundesweit einheitlich gestaltet und basiert auf den leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen und auf den verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen für spezielle Leistungsbereiche. Der LKF-Kernbereich wird aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung seit dem Jahr 1997 kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen. In den Jahren 2005 bis 2007 wurden gemeinsam mit ausgewählten Referenzkrankenhäusern neue Kalkulationen der LDF-Pauschalen durchgeführt, deren Ergebnisse in das Modell 2009 eingeflossen sind. Wie in Art. 27 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2008 bis 2013) festgehalten, sollen nach dieser umfassenden Weiterentwicklung für das Modell 2009 die jährlichen Änderungen im LKF-Modell grundsätzlich auf die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen beschränkt bleiben. Bei Änderungen im LKF-System sind Überleitungsregelungen zu definieren, die eine Kontinuität von statistischen Zeitreihen sicherstellen.

Im Modell 2010 wurden folgende Weiterentwicklungen durchgeführt:

- ♦ Einführung der Genehmigung von speziellen Leistungen durch den Landesgesundheitsfonds
- ♦ Anpassung der Zuschläge für Mehrfachleistungen
- ♦ Weiterentwicklung des Tagesklinikmodells
- ♦ Dokumentation des Leistungserbringers bei extern erbrachten Leistungen

### 3.2.2 Der LKF-Steuerungsbereich

Der Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht bei Anwendung des LKF-Systems auf länderspezifische Erfordernisse durch zusätzliche Berücksichtigung von strukturspezifischen Kriterien Bedacht zu nehmen. So können durch entsprechende Gestaltung des Steuerungsbereiches beispielsweise die aufgrund des unterschiedlichen Versorgungsauftrages der Krankenanstalten in einem Bundesland sich ergebenden unterschiedlichen personellen und apparativen Ausstattungen der Krankenanstalten bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung aus dem Landesfonds berücksichtigt werden.

Dazu wurde in der Gesundheitsplattform festgelegt, dass die im Kernbereich ermittelten LDF-Punkte der Schwerpunktkrankenanstalten und der Zentralkrankenanstalt mit einem Faktor erhöht werden. Dieser Gewichtungsfaktor beträgt für das Abrechnungsjahr 2010 für das LKH-Univ.Klinikum Graz 1,3 und die LKH Bruck/Mur und Leoben 1,05.

Tabelle 17: Darstellung LKF-Fälle und Punkte 2010

Darstellung LKF-Fälle und Punkte 2010							
KA-Name	LKF-Fälle	Punkte in LKF		GWF	Gewichtete Punkte in LKF		Mittel 2010
LKH Bad Aussee	3.574	6.589.022	0,73%	1,00	6.589.022	0,66%	4.342.364,80
LKH Bruck/Mur	21.221	59.212.741	6,52%	1,05	62.173.378	6,21%	40.974.137,00
LKH Feldbach	12.970	33.381.895	3,67%	1,00	33.381.895	3,33%	21.999.678,70
LKH Fürstenfeld	7.050	15.733.613	1,73%	1,00	15.733.613	1,57%	10.368.926,90
LKH Hörgas/Enzenbach	6.095	15.156.618	1,67%	1,00	15.156.618	1,51%	9.988.669,80
LKH-Univ.Klinikum Graz	80.134	288.211.955	31,72%	1,30	374.675.542	37,40%	246.922.516,40
Albert Schweitzer Klinik	2.439	9.756.442	1,07%	1,00	9.756.442	0,97%	6.429.790,40
KH BHB Marschallgasse	11.098	30.469.312	3,35%	1,00	30.469.312	3,04%	20.080.198,40
KH Elisabethinen	12.045	27.278.162	3,00%	1,00	27.278.162	2,72%	17.977.134,00
LSF Graz	13.799	62.753.961	6,91%	1,00	62.753.961	6,26%	41.356.758,70
KH BHB Eggenberg	8.341	20.865.281	2,30%	1,00	20.865.281	2,08%	13.750.851,40
LKH Hartberg	11.106	22.282.359	2,45%	1,00	22.282.359	2,22%	14.684.748,70
NTZ Kapfenberg	639	7.884.172	0,87%	1,00	7.884.172	0,79%	5.195.907,90
LKH Leoben	27.935	77.019.566	8,48%	1,05	80.870.544	8,07%	53.296.135,20
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4.816	10.926.854	1,20%	1,00	10.926.854	1,09%	7.201.127,30
LKH Bad Radkersburg	5.641	18.395.158	2,02%	1,00	18.395.158	1,84%	12.122.965,60
LKH Rottenmann	8.143	19.693.740	2,17%	1,00	19.693.740	1,97%	12.978.770,40
DKH Schladming	6.406	13.797.088	1,52%	1,00	13.797.088	1,38%	9.092.698,40
LKH Stolzalpe	8.547	25.735.446	2,83%	1,00	25.735.446	2,57%	16.960.437,50
LKH Voitsberg	6.213	15.141.977	1,67%	1,00	15.141.977	1,51%	9.979.020,90
MKH Vornau	6.348	13.754.673	1,51%	1,00	13.754.673	1,37%	9.064.745,60
LKH Wagna	7.703	17.937.050	1,97%	1,00	17.937.050	1,79%	11.821.058,60
LKH Weiz	5.204	10.531.997	1,16%	1,00	10.531.997	1,05%	6.940.904,60
LKH Deutschlandsberg	10.370	21.131.942	2,33%	1,00	21.131.942	2,11%	13.926.589,10
LKH Judenburg/Knittelfeld	13.817	33.346.470	3,67%	1,00	33.346.470	3,33%	21.976.332,50
LKH Graz West	10.945	31.512.258	3,47%	1,00	31.512.258	3,15%	20.767.531,30
<b>Steiermark</b>	<b>312.599</b>	<b>908.499.752</b>	<b>100,00%</b>		<b>1.001.774.954</b>	<b>100,00%</b>	<b>660.200.000,00</b>

### 3.3 Leistungsdaten 2010

Die auf den nächsten Seiten dargestellten Tabellen geben einen Überblick über die Leistungsdaten der steirischen Fondskrankenanstalten. Dabei handelt es sich um Basisdaten aus der Krankenanstalten-Statistik sowie um gemeldete Falldaten der Krankenanstalten (MBDS).

Seit 1. Juli 2006 wird die Akutgeriatrie der Albert Schweitzer Klinik über LKF finanziert. Die jeweiligen Zahlen der Albert Schweitzer Klinik werden in den folgenden Tabellen allerdings erst ab 2007 dargestellt.

Hinweis zur geschlechterspezifischen Darstellung der Tabellen:

Eine nach Geschlechtern getrennte Darstellung der Daten ist nicht möglich, da die Statistikdaten nicht nach Geschlecht unterschieden werden.

#### Steiermark Überblick

Tabelle 18 gibt einen Gesamtüberblick über die wichtigsten Kennzahlen aller steirischen Fondskrankenanstalten vom Jahr 2000 bis 2010, welche auf den folgenden Seiten detaillierter dargestellt werden.

Tabelle 18: Überblick über die steirischen Fondskrankenanstalten (KA-Statistik)

Steiermark Überblick 2000–2005						
Kennzahlen	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Systemisierte Betten	7.823	7.659	7.480	7.339	7.203	7.154
Tatsächlich aufgestellte Betten	7.354	7.198	7.111	7.005	7.030	6.967
Stationäre PatientInnen	279.857	284.238	290.202	293.715	302.522	301.000
Belagstage	2.119.870	2.078.063	2.075.588	2.039.918	2.041.830	2.001.855
Durchschnittl. Verweildauer	7,57	7,31	7,15	6,95	6,75	6,65
Ambul. Fälle	678.203	703.685	761.281	726.542	-	-
Ambul. Pat.					883.864	904.677
Frequenzen ambul. Pat.	2.159.121	2.181.156	2.042.010	2.130.438	2.188.053	2.119.640

Steiermark Überblick 2006–2010					
Kennzahlen	2006	2007	2008	2009	2010
Systemisierte Betten	7.026	7.054	6.994	6.983	6.961
Tatsächlich aufgestellte Betten	6.871	6.908	6.887	6.858	6.717
Stationäre PatientInnen	307.373	311.006	317.642	319.465	318.574
Belagstage	1.990.073	1.984.428	1.987.483	1.962.407	1.926.308
Durchschnittl. Verweildauer	6,48	6,38	6,26	6,14	6,05
Ambul. Fälle	-	-	-	-	-
Ambul. Pat.	951.610	976.300	1.031.232	1.031.379	1.033.919
Frequenzen ambul. Pat.	1.977.684	1.979.119	2.056.403	2.062.035	2.061.141

**Stationäre PatientInnen**

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 318.574 stationäre PatientInnen behandelt. Dies entspricht einer Reduktion von 0,28 % gegenüber dem Vorjahr.

*Tabelle 19: Stationäre PatientInnen (KA-Statistik)*

<b>Stationäre PatientInnen</b>								
<b>Krankenanstalt</b>	<b>2008</b>	<b>in %</b>	<b>2009</b>	<b>in %</b>	<b>% 08 auf 09</b>	<b>2010</b>	<b>in %</b>	<b>% 09 auf 10</b>
LKH Bad Aussee	3.521	1,11%	3.587	1,12%	1,87%	3.645	1,14%	1,62%
LKH Bruck/Mur	20.259	6,38%	20.832	6,52%	2,83%	21.367	6,71%	2,57%
LKH Feldbach	13.662	4,30%	13.238	4,14%	-3,10%	13.167	4,13%	-0,54%
LKH Fürstenfeld	7.247	2,28%	6.944	2,17%	-4,18%	7.097	2,23%	2,20%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.169	1,94%	6.374	2,00%	3,32%	6.234	1,96%	-2,20%
LKH-Univ.Klinikum Graz	80.717	25,41%	81.380	25,47%	0,82%	82.130	25,78%	0,92%
Albert Schweitzer Klinik	2.329	0,73%	2.155	0,67%	-7,47%	2.616	0,82%	21,39%
KH BHB Marschallgasse	11.433	3,60%	11.660	3,65%	1,99%	11.364	3,57%	-2,54%
KH Elisabethinen	11.729	3,69%	12.191	3,82%	3,94%	12.445	3,91%	2,08%
LSF Graz	14.698	4,63%	15.052	4,71%	2,41%	14.513	4,56%	-3,58%
KH BHB Eggenberg	8.292	2,61%	8.497	2,66%	2,47%	8.556	2,69%	0,69%
LKH Hartberg	11.074	3,49%	11.266	3,53%	1,73%	11.235	3,53%	-0,28%
NTZ Kapfenberg	605	0,19%	611	0,19%	0,99%	639	0,20%	4,58%
LKH Leoben	29.190	9,19%	28.933	9,06%	-0,88%	28.159	8,84%	-2,68%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	5.184	1,63%	4.727	1,48%	-8,82%	4.863	1,53%	2,88%
LKH Bad Radkersburg	5.545	1,75%	5.520	1,73%	-0,45%	5.664	1,78%	2,61%
LKH Rottenmann	8.309	2,62%	8.614	2,70%	3,67%	8.197	2,57%	-4,85%
DKH Schladming	6.490	2,04%	6.367	1,99%	-1,90%	6.651	2,09%	4,46%
LKH Stolzalpe	8.199	2,58%	8.606	2,69%	4,96%	8.612	2,70%	0,06%
LKH Voitsberg	6.232	1,96%	6.326	1,98%	1,51%	6.294	1,98%	-0,51%
MKH Vorau	6.126	1,93%	6.254	1,96%	2,09%	6.383	2,00%	2,06%
LKH Wagna	8.414	2,65%	8.241	2,58%	-2,06%	7.773	2,44%	-5,68%
LKH Weiz	5.277	1,66%	5.564	1,74%	5,44%	5.228	1,64%	-6,04%
LKH Deutschlandsberg	10.619	3,34%	10.550	3,30%	-0,65%	10.515	3,30%	-0,34%
LKH Judenburg/Knittelfeld	15.099	4,75%	14.693	4,60%	-2,69%	13.914	4,37%	-5,31%
LKH Graz West	11.223	3,53%	11.283	3,53%	0,53%	11.320	3,55%	0,33%
<b>Steiermark</b>	<b>317.642</b>	<b>100,00%</b>	<b>319.465</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,57%</b>	<b>318.574</b>	<b>100,00%</b>	<b>-0,28%</b>

## Belagstage

Die Anzahl der Belagstage ist von 1.962.407 im Jahr 2009 auf 1.926.308 im Jahr 2010 gesunken, was einer Reduktion von 1,84 % entspricht.

Tabelle 20: Belagstage (KA-Statistik)

Belagstage								
Krankenanstalt	2008	in %	2009	in %	% 08 auf 09	2010	in %	% 09 auf 10
LKH Bad Aussee	19.125	0,96%	18.848	0,96%	-1,45%	17.721	0,92%	-5,98%
LKH Bruck/Mur	109.972	5,53%	107.428	5,47%	-2,31%	104.899	5,45%	-2,35%
LKH Feldbach	68.726	3,46%	66.270	3,38%	-3,57%	68.595	3,56%	3,51%
LKH Fürstenfeld	32.924	1,66%	31.782	1,62%	-3,47%	30.872	1,60%	-2,86%
LKH Hörgas/Enzenbach	45.803	2,30%	43.708	2,23%	-4,57%	42.085	2,18%	-3,71%
LKH-Univ.Klinikum Graz	443.872	22,33%	443.841	22,62%	-0,01%	437.623	22,72%	-1,40%
Albert Schweitzer Klinik	30.771	1,55%	33.316	1,70%	8,27%	36.516	1,90%	9,60%
KH BHB Marschallgasse	60.997	3,07%	59.357	3,02%	-2,69%	59.782	3,10%	0,72%
KH Elisabethinen	56.226	2,83%	55.183	2,81%	-1,86%	55.359	2,87%	0,32%
LSF Graz	244.487	12,30%	246.438	12,56%	0,80%	231.465	12,02%	-6,08%
KH BHB Eggenberg	87.806	4,42%	87.554	4,46%	-0,29%	87.819	4,56%	0,30%
LKH Hartberg	47.898	2,41%	46.932	2,39%	-2,02%	45.993	2,39%	-2,00%
NTZ Kapfenberg	24.952	1,26%	24.991	1,27%	0,16%	24.907	1,29%	-0,34%
LKH Leoben	147.064	7,40%	141.315	7,20%	-3,91%	138.087	7,17%	-2,28%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	36.438	1,83%	36.001	1,83%	-1,20%	36.062	1,87%	0,17%
LKH Bad Radkersburg	37.728	1,90%	36.414	1,86%	-3,48%	36.597	1,90%	0,50%
LKH Rottenmann	48.635	2,45%	48.024	2,45%	-1,26%	46.016	2,39%	-4,18%
DKH Schladming	31.128	1,57%	30.684	1,56%	-1,43%	31.604	1,64%	3,00%
LKH Stolzalpe	68.032	3,42%	68.791	3,51%	1,12%	69.329	3,60%	0,78%
LKH Voitsberg	36.623	1,84%	37.943	1,93%	3,60%	37.463	1,94%	-1,27%
MKH Vorau	36.781	1,85%	37.032	1,89%	0,68%	36.368	1,89%	-1,79%
LKH Wagna	41.448	2,09%	38.744	1,97%	-6,52%	38.765	2,01%	0,05%
LKH Weiz	26.739	1,35%	26.223	1,34%	-1,93%	26.443	1,37%	0,84%
LKH Deutschlandsberg	49.677	2,50%	48.693	2,48%	-1,98%	46.589	2,42%	-4,32%
LKH Judenburg/Knittelfeld	81.868	4,12%	77.104	3,93%	-5,82%	70.514	3,66%	-8,55%
LKH Graz West	71.763	3,61%	69.791	3,56%	-2,75%	68.835	3,57%	-1,37%
<b>Steiermark</b>	<b>1.987.483</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.962.407</b>	<b>100,00%</b>	<b>-1,26%</b>	<b>1.926.308</b>	<b>100,00%</b>	<b>-1,84%</b>

**Durchschnittliche Belagsdauer**

Die durchschnittliche Belagsdauer (Belagstage/stationäre PatientInnen) reduzierte sich um weitere 1,56 % und lag damit im Jahr 2010 bei 6,05 Tagen. Damit wird der Trend der letzten Jahre fortgesetzt.

*Tabelle 21: Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)*

<b>Durchschnittliche Belagsdauer</b>					
<b>Krankenanstalt</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>% 08 auf 09</b>	<b>2010</b>	<b>% 09 auf 10</b>
LKH Bad Aussee	5,43	5,25	-3,26%	4,86	-7,48%
LKH Bruck/Mur	5,43	5,16	-5,00%	4,91	-4,80%
LKH Feldbach	5,03	5,01	-0,49%	5,21	4,07%
LKH Fürstenfeld	4,54	4,58	0,74%	4,35	-4,95%
LKH Hörgas/Enzenbach	7,42	6,86	-7,64%	6,75	-1,54%
LKH-Univ.Klinikum Graz	5,50	5,45	-0,82%	5,33	-2,30%
Albert Schweitzer Klinik	13,21	15,46	17,01%	13,96	-9,71%
KH BHB Marschallgasse	5,34	5,09	-4,58%	5,26	3,34%
KH Elisabethinen	4,79	4,53	-5,57%	4,45	-1,73%
LSF Graz	16,63	16,37	-1,57%	15,95	-2,58%
KH BHB Eggenberg	10,59	10,30	-2,69%	10,26	-0,38%
LKH Hartberg	4,33	4,17	-3,69%	4,09	-1,73%
NTZ Kapfenberg	41,24	40,90	-0,83%	38,98	-4,70%
LKH Leoben	5,04	4,88	-3,06%	4,90	0,40%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	7,03	7,62	8,35%	7,42	-2,63%
LKH Bad Radkersburg	6,80	6,60	-3,05%	6,46	-2,05%
LKH Rottenmann	5,85	5,58	-4,75%	5,61	0,70%
DKH Schladming	4,80	4,82	0,48%	4,75	-1,40%
LKH Stolzalpe	8,30	7,99	-3,67%	8,05	0,72%
LKH Voitsberg	5,88	6,00	2,06%	5,95	-0,76%
MKH Voralpe	6,00	5,92	-1,38%	5,70	-3,78%
LKH Wagna	4,93	4,70	-4,56%	4,99	6,08%
LKH Weiz	5,07	4,71	-6,99%	5,06	7,32%
LKH Deutschlandsberg	4,68	4,62	-1,34%	4,43	-4,00%
LKH Judenburg/Knittelfeld	5,42	5,25	-3,22%	5,07	-3,42%
LKH Graz West	6,39	6,19	-3,27%	6,08	-1,69%
<b>Steiermark</b>	<b>6,26</b>	<b>6,14</b>	<b>-1,83%</b>	<b>6,05</b>	<b>-1,56%</b>

## Nulltagesfälle

Der Anteil der Nulltagesfälle an den Gesamtfällen aller steirischer Fondsrankenanstalten betrug im Jahr 2010 insgesamt 10,03 %.

Tabelle 22: Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt (MBDS, Jahresmeldung)

Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt						
Krankenanstalt	Fälle gesamt 2009	Nulltagesfälle 2009	Anteil Nulltagesfälle	Fälle gesamt 2010	Nulltagesfälle 2010	Anteil Nulltagesfälle
LKH Bad Aussee	3.585	262	7,22%	3.688	271	7,35%
LKH Bruck/Mur	20.841	817	3,88%	21.375	772	3,61%
LKH Feldbach	13.243	1.659	12,41%	13.154	1.606	12,21%
LKH Fürstenfeld	6.943	1.462	20,86%	7.101	1.617	22,77%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.382	110	1,70%	6.233	103	1,65%
LKH-Univ.Klinikum Graz	81.406	13.272	16,15%	82.114	14.807	18,03%
Albert Schweitzer Klinik	2.141	234	10,54%	2.699	517	19,16%
KH BHB Marschallgasse	11.663	754	6,42%	11.368	686	6,03%
KH Elisabethinen	12.189	1.183	9,63%	12.438	1.123	9,03%
LSF Graz	15.050	724	4,64%	14.556	680	4,67%
KH BHB Eggenberg	8.506	439	5,09%	8.552	507	5,93%
LKH Hartberg	11.275	927	8,16%	11.225	1.053	9,38%
NTZ Kapfenberg	588	1	0,16%	642	-	0,00%
LKH Leoben	28.933	1.911	6,55%	28.144	1.895	6,73%
LKH Mürrzusschlag/Mariazell	4.733	238	4,96%	4.857	304	6,26%
LKH Bad Radkersburg	5.524	327	5,85%	5.671	311	5,48%
LKH Rottenmann	8.608	963	11,05%	8.201	863	10,52%
DKH Schladming	6.364	559	8,68%	6.649	595	8,95%
LKH Stolzalpe	8.598	226	2,62%	8.621	198	2,30%
LKH Voitsberg	6.325	428	6,68%	6.295	440	6,99%
MKH Vorau	6.255	172	2,72%	6.386	148	2,32%
LKH Wagna	8.244	695	8,36%	7.767	697	8,97%
LKH Weiz	5.559	360	6,40%	5.231	344	6,58%
LKH Deutschlandsberg	10.538	506	4,76%	10.522	469	4,46%
LKH Judenburg/Knittelfeld	14.696	1.596	10,74%	13.921	1.671	12,00%
LKH Graz West	11.281	337	2,95%	11.323	278	2,46%
<b>Steiermark</b>	<b>319.470</b>	<b>30.174</b>	<b>9,30%</b>	<b>318.733</b>	<b>31.955</b>	<b>10,03%</b>

**Tatsächlich aufgestellte Betten**

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten betrug 6.958 im Jahr 2009 und 6.717 im Jahr 2010. Das entspricht einer Gesamtreduktion von 3,46 %.

*Tabelle 23: Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)*

<b>Tatsächlich aufgestellte Betten</b>								
<b>Krankenanstalt</b>	<b>2008</b>	<b>in %</b>	<b>2009</b>	<b>in %</b>	<b>% 08 auf 09</b>	<b>2010</b>	<b>in %</b>	<b>% 09 auf 10</b>
LKH Bad Aussee	74	1,07%	72	1,03%	-2,70%	68	1,01%	-5,56%
LKH Bruck/Mur	346	5,02%	346	4,97%	0,00%	344	5,12%	-0,58%
LKH Feldbach	249	3,62%	245	3,52%	-1,61%	245	3,65%	0,00%
LKH Fürstenfeld	122	1,77%	126	1,81%	3,28%	120	1,79%	-4,76%
LKH Hörgas/Enzenbach	163	2,37%	163	2,34%	0,00%	156	2,32%	-4,29%
LKH-Univ.Klinikum Graz	1.543	22,40%	1.541	22,15%	-0,13%	1.504	22,39%	-2,40%
Albert Schweitzer Klinik	90	1,31%	100	1,44%	11,11%	100	1,49%	0,00%
KH BHB Marschallgasse	210	3,05%	211	3,03%	0,48%	212	3,16%	0,47%
KH Elisabethinen	191	2,77%	190	2,73%	-0,52%	194	2,89%	2,11%
LSF Graz	783	11,37%	774	11,12%	-1,15%	756	11,26%	-2,33%
KH BHB Eggenberg	288	4,18%	288	4,14%	0,00%	288	4,29%	0,00%
LKH Hartberg	197	2,86%	197	2,83%	0,00%	180	2,68%	-8,63%
NTZ Kapfenberg	70	1,02%	70	1,01%	0,00%	70	1,04%	0,00%
LKH Leoben	541	7,86%	535	7,69%	-1,11%	521	7,76%	-2,62%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	126	1,83%	127	1,83%	0,79%	129	1,92%	1,57%
LKH Bad Radkersburg	116	1,68%	116	1,67%	0,00%	116	1,73%	0,00%
LKH Rottenmann	184	2,67%	182	2,62%	-1,09%	173	2,58%	-4,95%
DKH Schladming	126	1,83%	126	1,81%	0,00%	126	1,88%	0,00%
LKH Stolzalpe	218	3,17%	219	3,15%	0,46%	220	3,28%	0,46%
LKH Voitsberg	144	2,09%	145	2,08%	0,69%	145	2,16%	0,00%
MKH Vorau	126	1,83%	126	1,81%	0,00%	126	1,88%	0,00%
LKH Wagner	152	2,21%	149	2,14%	-1,97%	141	2,10%	-5,37%
LKH Weiz	76	1,10%	76	1,09%	0,00%	76	1,13%	0,00%
LKH Deutschlandsberg	203	2,95%	196	2,82%	-3,45%	193	2,87%	-1,53%
LKH Judenburg/Knittelfeld	294	4,27%	293	4,21%	-0,34%	278	4,14%	-5,12%
LKH Graz West	255	3,70%	245	3,52%	-3,92%	236	3,51%	-3,67%
<b>Steiermark</b>	<b>6.887</b>	<b>100,00%</b>	<b>6.958</b>	<b>100,00%</b>	<b>1,03%</b>	<b>6.817</b>	<b>100,00%</b>	<b>-3,46%</b>

## 4 AKTIVITÄTEN 2010

### 4.1 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark

Im Jahr 2010 wurden die laufenden Projekte (Reformpool und Sonstige Projekte), die in den vorangegangenen Jahren gestartet wurden, fortgeführt.

#### 4.1.1 Reformpoolprojekte

Die fehlende, ganzheitlich sektoren- und regionenübergreifende Zielsetzung und Planung sowie ein duales Finanzierungssystem mit wenigen Möglichkeiten des Ausgleichs stellen wesentliche Schwächen des österreichischen Gesundheitswesens dar. Für diese Problematik sieht die Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vor, dass Sozialversicherung und Länder Mittel für den Reformpool bereitstellen, aus welchem gemeinsam vereinbarte Strukturveränderungen oder Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich zur Folge haben, finanziert werden sollen.

Seit 1. Jänner 2008 ist die derzeit gültige Art. 15 a B-VG Vereinbarung in Kraft. Im Gegensatz zu der vorangegangenen Art. 15 a B-VG ist kein fester Prozentsatz festgelegt, der als Maximalbetrag für Reformpoolprojekte zur Verfügung steht, sondern die erforderlichen Mittel sind im Jahresvoranschlag vorzusehen und von der Gesundheitsplattform zu beschließen.

Die Voraussetzungen für die Zuerkennung von Reformpoolmitteln sind im Wesentlichen gleich geblieben:

- ♦ Land und Sozialversicherung einigen sich im Voraus auf eine Durchführung.
- ♦ Voraussetzung für eine Zuerkennung von Mitteln bei Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben, ist eine entsprechende Dokumentation des Status Quo und der Veränderungen des Leistungsgeschehens im intra- und extramuralen Bereich durch die jeweiligen Finanzierungspartner.
- ♦ Zur Überprüfung dieser Voraussetzungen wurde ein Antragsformular entwickelt, das unter anderem auch den Genderaspekt des Antrages feststellen soll.

Für Reformpoolprojekte wurde eine Einschränkung auf folgende Projektinhalte durchgeführt:

- ♦ Projekte der Integrierten Versorgung (insbesondere die Versorgung von Diabetes-PatientInnen, von Schlaganfall-PatientInnen, von PatientInnen mit koronaren Herzkrankheiten, von Patient/inn/en mit nephrologischen Erkrankungen und das Entlassungsmanagement).
- ♦ Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben.
- ♦ Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs.

- ♦ Projekte, die bereits während der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG (BGBl. I Nr. 73/2005) beschlossen wurden; zur Fortsetzung dieser Projekte sind die bereits dafür vereinbarten Mittel bereitzustellen.

#### 4.1.1.1 Nephrologische Versorgung in der Steiermark

Ziel des Projektes war es, die strukturelle Situation der Versorgung von PatientInnen mit terminalem Nierenversagen und dem Bedarf für eine Nierenersatztherapie zu untersuchen und Maßnahmen zu konzipieren, die geeignet sind, eine langfristige Versorgungssicherheit für diese PatientInnen unter dem Gesichtspunkt des wachsenden Versorgungsbedarfs sicherzustellen. Grundsätzliches Bestreben sollte sein, die verfügbaren Therapieoptionen so zu etablieren, dass sie flächendeckend zur Verfügung stehen und so den PatientInnen - unabhängig vom Wohnort - das für sie bestgeeignete und gewünschte Verfahren zugänglich gemacht werden. Das Projekt wurde mit der Abgabe des Endberichtes „Darstellung der notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung eines integrierten Versorgungskonzeptes“ beendet. Der Bericht wurde von der Gesundheitsplattform zur Kenntnis genommen. Die Voraussetzungen für die Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahmen werden vorbereitet. Diese umfassen die Bereiche

- ♦ Präterminales Management
- ♦ PatientInneninformation
- ♦ NTx-Warteliste und NTx-Nachsorge
- ♦ Hämodialyse und Peritonealdialyse

#### 4.1.1.2 DMP Therapie Aktiv

Seit Juli 2006 werden – aufbauend auf den Erfahrungen des Diabetes Schulungsprojektes – für das Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ Mittel aus dem Reformpool bereit gestellt. Mit dem DMP soll für PatientInnen mit der gesicherten Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 insbesondere eine Vermeidung von Symptomen der Erkrankung einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome sowie eine Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale zerebrovaskuläre Morbidität und Mortalität einschließlich Amputationen erreicht werden. Ebenso sind die Vermeidung oder die Hinauszögerung von diabetesbedingten Folgeerkrankungen wie Sehbehinderung, Niereninsuffizienz oder diabetisches Fußsyndrom Ziele des DMP.

Im Rahmen des DMP werden PatientInnen von geschulten DMP-ÄrztInnen nach definierten Kriterien ausgewählt und in das Programm eingeschrieben. Die Einschreibung in das DMP erfolgt, um eine kontinuierliche Betreuung der PatientInnen sicher zu stellen. Die/der DMP-ÄrztIn erbringt Leistungen im Zuge der Erst- sowie der Weiterbetreuung für die eingeschriebenen PatientInnen. Mit den PatientInnen werden Zielvereinbarungen abgeschlossen. Um eine möglichst hohe Betreuungsqualität für die DMP-PatientInnen zu gewährleisten, haben die ÄrztInnen auch bestimmte strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen. Zentrales Element der Qualitätssicherung ist der Dokumentationsbogen. Dieser Dokumentationsbogen enthält anamnestisch-medizinische Parameter sowie Angaben zu Therapie, Zielvereinbarung und Lebensqualität. Die Dokumentation wird durch die/ den DMP-Ärztin/Arzt durchgeführt. Der Dokumentationsbogen stellt auch die Grundlage für die Honorierung der/s DMP-Ärztin/Arztes dar. Die Schulung der DMP-ÄrztInnen erfolgt durch die Ärztekammer, die DMP-Administration

wird durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wahrgenommen. Ende 2010 waren ca. 3.750 PatientInnen sowie 128 ÄrztInnen in das DMP eingeschrieben.

Das Konzept zu einer flächendeckenden Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms befindet sich in der Umsetzung. Es wurden zwei neue Ambulanzen an den Standorten LKH Bruck und MKH Vorau eingerichtet, der Betrieb wurde aufgenommen und beide Einheiten verzeichnen steigende PatientInnenzahlen. Im Zuge des Projektes wurden notwendige Anschaffungen getätigt sowie Personalressourcen aufgebaut. Als nächster Schritt gilt es, ein einheitliches EDV-gestütztes Dokumentationssystem aufzubauen, mit Hilfe dessen ein Vergleich sowie die Evaluierung der Maßnahme durchgeführt werden kann. Zu diesem Zweck werden erforderliche Investitionen geprüft und Verhandlungen mit Anbietern und Trägern durchgeführt.

In der Plattform Sitzung am 16. Dezember 2010 wurde eine nochmalige Verlängerung der Laufzeit bis 30. Juni 2011 beschlossen. Dieser Beschluss wurde gefasst um

- ♦ die Schulungsinhalte der Projekte DMP Therapie aktiv mit den Inhalten des Projekts Herz.Leben zusammenzuführen – modularer Aufbau;
- ♦ bis 30. Juni 2011 eine Regelung zur Überführung in den Regelbetrieb mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zu vereinbaren.

Da beide Projekte ähnliche Schulungsinhalte haben und 95 % aller Diabetiker zugleich Hypertoniker sind, liegt es nahe, eine Zusammenführung der beiden Projekte durchzuführen, um vorhandene Synergien zu nutzen.

#### 4.1.1.3 Herz.Leben

Die arterielle Hypertonie repräsentiert eine der häufigsten Erkrankungen der westlichen Welt. Etwa 21 % der steirischen Bevölkerung über 15 Jahren leiden darunter (Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007). In der Steiermark stellen Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache dar, auf die ca. 50 % aller Todesfälle zurückzuführen sind.

Die arterielle Hypertonie ist einer der modifizierbaren Risikofaktoren für die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen. Der Nutzen einer konsequenten Blutdruckeinstellung ist mehrfach belegt. Im Zuge des Reformpoolprojekts „Herz.Leben“ kommt ein strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm zum Einsatz, dessen Ziel eine Intensivierung der antihypertensiven Therapie unter aktiver Miteinbeziehung der PatientInnen in ihre Behandlung ist. Durch Information über nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapieoptionen sowie durch Anleitung zur eigenständigen Therapiekontrolle mittels regelmäßiger Blutdruckselbstmessungen soll mit diesen Programmen vor allem ein bleibender Langzeiteffekt bezüglich einer normtonen Blutdruckeinstellung erzielt werden.

Die im Rahmen des Projekts notwendigen Schulungen werden sowohl von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, niedergelassenen InternistInnen sowie ÄrztInnen in Spitalsambulanzen und Ambulatorien durchgeführt. Geschult werden PatientInnen mit diagnostizierter arterieller Hypertonie mit oder ohne medikamentöse Vortherapie und Blutdruckwerten von 160/95 mm HG und darüber oder Blutdruckwerten von 140/90 mm HG und darüber und ab einer Risi-

koklasse laut New Zealand Risk Scale von 15 %. Durch den Einsatz mobiler Teams konnte eine höhere Flächendeckung der Schulungen erreicht werden, da auch Bezirke – in denen bislang keine Schulungen stattgefunden hatten – erreicht wurden.

Von Univ.-Prof. Dr. Robert Zweiker, Medizin-Universität Graz, wurden in Zusammenarbeit mit der Joanneum Research Forschungsgesellschaft m.b.H. erste Ergebnisse einer Studie über die Wirksamkeit der Hypertonie-Schulung präsentiert. Eine vollständige Analyse der Ergebnisse ist noch ausständig, jedoch lässt sich bereits eine signifikante Wirksamkeit des Schulungsprogramms auf den Blutdruck feststellen.

In der Plattform Sitzung am 16. Dezember 2010 wurde eine nochmalige Verlängerung der Laufzeit bis 30. Juni 2011 beschlossen. Dieser Beschluss wurde gefasst, um

- ♦ die Schulungsinhalte der Projekte DMP Therapie aktiv mit den Inhalten des Projekts Herz.Leben zusammenzuführen – modularer Aufbau;
- ♦ bis 30. Juni eine Regelung zur Überführung in den Regelbetrieb mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zu vereinbaren.

Da beide Projekte ähnliche Schulungsinhalte haben und 95 % aller Diabetiker zugleich Hypertoniker sind, liegt es nahe, eine Zusammenführung der beiden Projekte durchzuführen um vorhandene Synergien zu nutzen.

#### 4.1.1.4 Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose in der Steiermark

Schmerzen in der Brust, mit Druckgefühl, Engegefühl, Brennen hinter dem Brustbein sind Leitsymptome der koronaren Herzkrankheit, einer Durchblutungsstörung der Herzmuskulatur. Das seit März 2007 laufende Reformpoolprojekt hat das Ziel, für PatientInnen mit symptomatischer chronisch stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK) und/oder Aortenstenose (AST) die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Dazu war es notwendig, den gesamten Versorgungsprozess zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen zu planen. Dies erfolgte mit zahlreichen Kooperations- und Projektpartnern in den Bereichen Diagnostik und Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Daten.

Von November 2008 bis Ende März 2009 lief der Pilotbetrieb des Projekts. In der Pilotphase sollten die erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen zur KHK/AST-Versorgung von den PilotpartnerInnen erprobt werden. Dazu wurden zahlreiche Arbeitsmittel erstellt. Die in den Broschüren zusammengefassten Informationen stellen Empfehlungen und Entscheidungshilfen zur Abklärung, Therapie und Versorgungscoordination für eine dem Krankheitsbild und den internationalen Leitlinien entsprechende angemessene ärztliche Vorgehensweise dar. In der Information für die Bevölkerung wird besonders auf genderspezifische Aspekte in Prävention und Symptomatik der koronaren Herzkrankheit hingewiesen. ÄrztInnen werden ersucht, jeweils die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Symptomatik, Diagnostik und Therapie, auf die in den Unterlagen Bezug genommen wird, zu beachten.

Die Evaluation wird von der FH OÖ Campus Steyr durchgeführt. Das innovative Konzept greift ausschließlich auf

Routinedaten zurück und stellt damit keinen Mehraufwand für die Dienstleister dar. Dazu müssen die in verschiedenen Erhebungssystemen vorhandenen Daten zusammengeführt und pseudonymisiert werden. Eine Registrierung im Datenverarbeitungsregister war notwendig.

Für die Evaluation waren umfangreiche und aufwändige Datenanforderung erforderlich. Nach dem positiven Bescheid der Datenschutzkommission konnten die Daten zusammengespielt werden. Dabei sind Probleme beim Datenmanagement aufgetreten. Nach der Problembehebung musste der gesamte Datenzusammenführungsprozess inkl. der Pseudonymisierung erneut durchgeführt werden, was zu einer erheblichen Verzögerung der Evaluierung führte. Die Evaluierungsergebnisse liegen bis Mitte 2011 vor.

#### 4.1.1.5 Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark

Schlaganfälle stehen in der Todesursachen-Statistik an dritter Stelle und gehören zu den häufigsten Ursachen von Invalidität im höheren Lebensalter. Jedes Jahr erleiden in der Steiermark rund 6.500 Menschen einen Schlaganfall.

Das 2010 abgeschlossene Reformpoolprojekt „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“ hatte als Ziel, eine bestmögliche Versorgung betroffener PatientInnen in der Steiermark zu gewährleisten. Dazu war es notwendig, vom Auftreten eines Schlaganfalls weg, den gesamten Versorgungsprozess zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen zu erarbeiten und in einem Pilotbetrieb zu erproben. Dies erfolgte mit zahlreichen Kooperations- und ProjektpartnerInnen in fünf Versorgungsbereichen: Notfallmanagement, Diagnostik & Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge.

Die Evaluierungsergebnisse zeigten eine richtigere Zuweisung und häufigere Weiterleitung von SchlaganfallpatientInnen in für Schlaganfälle spezialisierte Einrichtungen. Verbesserungen der Notfallversorgung konnten festgestellt werden, Inhalte und Maßnahmen des Projekts wurden als sinnvoll und hilfreich begrüßt. Es kam zu einem kontinuierlichen Anstieg der lysierten PatientInnen über die letzten Jahre (Zuordnung zu IVSt-SA schwierig zu beurteilen). Der neurologische Status an Neurologien lysierten PatientInnen war deutlich besser. Folgende geschlechtsspezifische Aspekte wurden beschrieben. Der Anteil der Frauen, die einen Schlaganfall erleiden, liegt bei 54 %. Frauen erleiden den Schlaganfall später als Männer (75,8 vs. 70,3 Jahre). Frauen weisen bei der stationären Aufnahme oftmals schlechtere neurologische Funktionen und einen schlechteren Barthel Index auf als Männer der gleichen Altersgruppe. Frauen profitieren stärker vom stationären Aufenthalt. Die Zuweisungsrate zu einer Stroke Unit zeigt deutliche Unterschiede zu Ungunsten der Frauen (22,1 % Frauen versus 26,8 % Männer). Die Lysehäufigkeit ist bei Frauen statistisch signifikant geringer in der Pilotphase (4 % Frauen versus 7,1 % Männer), insbesondere in der Altersgruppe über 80 Jahre, wird ein deutlich geringerer Anteil an Frauen lysiert als Männer. Weiters wurden organisatorische Aspekte und Empfehlungen aufgezeigt. Der Evaluierungsbericht wurde der Gesundheitsplattform zur Kenntnis gebracht. Unter Berücksichtigung der Evaluierungsergebnisse wird eine Umsetzungsplanung vorbereitet. Besonderes Augenmerk wird auf die weitere Bearbeitung der geschlechtsspezifischen Erkenntnisse aus dem Projekt gerichtet. In Gesprächen mit

Projektteilnehmern und der Projektleitung wurden notwendige Adaptierungsmaßnahmen besprochen und ein stufenweises Umsetzungsszenario vorbereitet.

#### 4.1.1.6 Nahtstellenmanagement im Großraum Graz

Aufbauend auf dem Konzept der Versorgungskoordination der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse sollte durch das Projekt für den Großraum Graz, im Speziellen für das LKH Univ. Klinikum Graz, der Einsatz und der Bedarf von Versorgungskoordinatoren den urbanen Versorgungsstrukturen angepasst werden.

Mit Beschluss der Gesundheitsplattform in der Sitzung am 18. Juni 2009 endet das Reformpoolprojekt mit Abschluss der Phase 1. Ein Evaluationsbericht wurde Anfang September 2009 vorgelegt. Im LKH Graz West und im UKH Graz wurde eine Versorgungskordinatorin eingesetzt, welche nach den seit Jahren erfolgreich praktizierten Arbeitsprinzipien der Versorgungskoordination zweimal die Woche die bettenführenden Stationen aufsucht.

Am LKH-Univ.Klinikum Graz wurde die Versorgungskoordination auf ausgewählten Pilotstationen im ersten Halbjahr 2009 in Zusammenarbeit mit einem Versorgungskompetenzzentrum durchgeführt, damit einerseits die Synergien zwischen dem bestehenden klinischen Sozialdienst und den Versorgungskoordinatoren genutzt werden können und andererseits, um durch eine Vereinfachung der Kommunikationswege zu einer Entlastung der am Entlassungsprozess beteiligten Berufsgruppen zu kommen.

Als Resümee ist festzuhalten, dass es zu einigen positiven Veränderungen, wie z.B. einer Steigerung der PatientInnenzufriedenheit oder einer Reduzierung der Wiedereinweisungsrate durch den Einsatz der Versorgungskordinatorin gekommen ist. Die Umsetzung der zentralen Lösungsidee – Errichtung eines Versorgungskompetenzzentrums am Gelände des LKH Univ. Klinikum Graz – scheint derzeit jedoch nicht zielführend. Die dafür notwendigen Prozessablaufänderungen im Entlassungsmanagement und dadurch Nutzung von Synergieeffekten mit dem klinischen Sozialdienst konnten in der vielleicht zu kurzen Projektlaufzeit nicht erreicht werden. Zudem ist durch die seitens der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse vorgenommene Änderung der Organisationsform der bestehenden Versorgungskoordinatoren mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse eine grundsätzliche Diskussion über die weitere Vorgehensweise zu führen.

#### 4.1.1.7 Teleulcus – Best-Practise-Modell – vernetztes teleunterstütztes Management chronischer Wunden

Ziel des Projektes ist eine verbesserte Betreuung von PatientInnen mit chronischen Wunden in einer abgestuften Versorgungsstruktur. Dabei sollen die medizinisch/pflegerischen und organisatorischen Abläufe dokumentiert werden und ein abgestuftes einheitliches Behandlungskonzept entsprechend internationaler Qualitätsmanagementnormen entwickelt werden. Optimale medizinische und pflegerische Betreuung von PatientInnen mit chronischen Wunden, bessere Vernetzung der Krankenanstalten, der niedergelassenen ÄrztInnen und der Hauskrankenpflege, Reduktion ambulanter Kontakte und gezielte stationäre Aufnahme problematischer Fälle zählen ebenso zu den Zielen des Projektes wie gezielter Einsatz von Medikamenten und Verbandstoffen (Wundkoffer), Weiterbildung im

Wundmanagement für ÄrztInnen und PflegerInnen sowie telemedizinische Konsultation und Qualitätssicherung im Bereich der Dermatologie.

Als Projektpartner nehmen die Steiermärkische Krankenanstalten GesmbH, die Steiermärkische Gebietskrankenkasse, die Ärztekammer Steiermark, das Rote Kreuz Steiermark, die Volkshilfe Steiermark, das Hilfswerk Steiermark sowie der Verein Sozialmedizinischer Pflegedienste teil.

Das Pilotprojekt wurde mit 30. Juni 2010 beendet, die Datenanforderung zur Evaluierung wurde weitergeleitet. Da sich die Projektbeteiligten über den Umfang der Datenanforderung nicht einigen konnten, verzögert sich das Evaluierungsergebnis bis Mitte des Jahres 2011.

#### **4.1.2 Reformpool-Projekte mit sektorenübergreifender Finanzierung**

Lt. Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl.Nr. 55/2008 dient der Reformpool auch der Finanzierung von Pilotprojekten zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs. Bis zur Entscheidung über eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs sind für diese Projekte seitens des Landes und der Sozialversicherung die jeweils vereinbarten Mittel einzubringen.

##### **4.1.2.1 Pilotprojekt „Sektorenübergreifende Finanzierung der ambulanten Leistungen am MR-Institut Stolzalpe“**

Seit April 2007 ist am LKH Stolzalpe ein Magnetresonanztomograph (MRT) mit offenem System in Betrieb. Da es gerade im Großgerätebereich immer wieder aus Kostengründen Verschiebungen zu Lasten der PatientInnen gab, sollte erstmalig durch ein Pilotprojekt zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs eine einheitliche Abgeltung im Ambulanzbereich vorgenommen werden. Start dieses Projekts am MR Institut Stolzalpe – Dr. Schmidt war der 1. März 2008. Das Projekt soll in dieser Form bis zu einer endgültigen Entscheidung über eine Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich (Artikel 9 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG) laufen. Im Rahmen des Projekts werden Leistungen an versicherten PatientInnen, die entweder aus dem niedergelassenen Bereich oder aus der KH-Ambulanz zugewiesen werden, zu gleichen Teilen durch die Sozialversicherung und den Gesundheitsfonds abgegolten. Leistungen an zugewiesenen PatientInnen, die bei einer Gebietskrankenkasse eines anderen Bundeslandes versichert sind, sind von dieser Projektfinanzierung nicht umfasst.

Durch Vereinbarungen zwischen der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, dem MR-Institut Stolzalpe – Dr. Schmidt, der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft und dem Gesundheitsfonds wurden die genauen Abläufe und Formalitäten geregelt. Darin wird unter anderem festgehalten, dass für jährlich maximal 1.800 MR-Untersuchungen nach Regionen maximal € 302.400,- zur Verfügung gestellt werden. Kontrastmittel werden bis zu einer Höhe von € 10.000 gesondert honoriert.

##### **4.1.2.2 Projekt „Gemeinsame Finanzierung der Neuzugänge bei der ambulanten Hämodialyse“**

Um in Zukunft die Hämodialyse für die steirische Bevölkerung sicher zu stellen, haben Land und Sozialversicherung am 2. Dezember 2010 gemäß dem einstimmigen Beschluss der Gesundheitsplattformssitzung vom 5. Juni 2008 einen Vertrag unterzeichnet, dass unabhängig vom Ort der Leistungserbringung (Spitals- oder niedergelassener Bereich) zukünftige Neuzugänge in der ambulanten Hämodialyse gemeinsam finanziert werden. Unter „Neuzugänge in der ambulanten Hämodialyse“ ist die Anzahl an Hämodialysen im spitalsambulanten oder niedergelassen ambulanten Bereich zu verstehen, die in Summe eine gemeinsam vereinbarte Basisanzahl pro Jahr übersteigt. Als Basisanzahl wird die Anzahl aller ambulant honorierten Hämodialysen im Spitals- und im niedergelassenen Bereich in der Steiermark im Jahr 2007 herangezogen.

Als Basisanzahl wurden 95.777 Hämodialysen festgelegt, wovon 66.579 Hämodialysen im niedergelassenen Bereich und 29.198 Hämodialysen im Spitalsbereich honoriert werden. Daraus ergibt sich ein Verhältnis von 69,51 % für den niedergelassenen Bereich zu 30,49 % im Spitalsbereich. Alle über der Basiszahl pro Jahr honorierten ambulanten Hämodialysen werden rückwirkend ab 1. Jänner 2008 in einem Verhältnis 50 zu 50 gemeinsam von Land und Sozialversicherung finanziert. Pro Dialyse wurde ein Honorar von € 201,10 festgesetzt.

In der Steiermark bestehen zehn Einrichtungen, die ambulante Hämodialyse anbieten. Davon sind vier private Dialyseinstitute (Dialyseinstitut Dr. Katschnig, Dialyseinstitut Dr. Gießauf, Dialysezentrum Graz West/Dr. Winkler sowie Dialysezentrum Dr. Wallner) im extramuralen Bereich und im intramuralen Bereich sechs Einrichtungen (Dialysestation im LKH Graz, LKH Bruck, LKH Rottenmann und LKH Wagna, Dialysestation im Diakonissenkrankenhaus Schladming und Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eggenberg) tätig. Für diese Einrichtungen sind 146 Hämodialyseplätze sanitätsbehördlich genehmigt. Im Jahr 2009 wurden entsprechend dem RSG am LKH Wagna vier zusätzliche Dialyseplätze in Betrieb genommen.

#### **4.1.3 Sonstige Projekte**

##### **4.1.3.1 Caritas Marienambulanz**

Seit 1999 werden in der Caritas Marienambulanz Menschen ohne Krankenversicherung unabhängig von Herkunft, Alter oder Geschlecht betreut. Die Marienambulanz bietet aber auch eine medizinische Erst- und Grundversorgung für all jene, für die die Schwelle in das öffentliche Gesundheitssystem zu hoch ist – aufgrund ihrer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, aus Scham oder Wunsch nach Anonymität, aufgrund von sprachlichen Barrieren, schlechten Erfahrungen oder mangelndem Wissen. Das Angebot umfasst Gesundheitsberatung und -förderung, Vorsorge, Therapie und Nachsorge sowohl in der Ordination als auch durch mobile Betreuung. Durch diesen niederschweligen Zugang leistet die Marienambulanz einen wichtigen Beitrag zur Verminderung der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit und trägt durch ihre Tätigkeit gleichzeitig zu einer Entlastung von stationären Krankeneinrichtungen bei.

Folgende Angebote umfasst das Spektrum der Tätigkeiten der Marienambulanz:

- ♦ Allgemein medizinische Ambulanz
- ♦ Sozialpsychiatrische Ordination
- ♦ Diabetes Ordination
- ♦ Hypertonie Ordination
- ♦ Frauen-Sprechstunde
- ♦ Hepatitisberatung und Schulung
- ♦ Rollende Ambulanz
- ♦ Medizinische Beratung im Caritas-Kontaktladen (Streetwork im Drogenbereich)

#### 4.1.3.2 Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche

Der Verein für Diabetiker der Univ.-Kinderklinik Graz veranstaltet jährlich für zwei Wochen in den Sommerferien ein Ferien- und Schulungscamp für diabetische Kinder und Jugendliche. Die TeilnehmerInnen im Alter von sechs bis 16 Jahren werden durch ein Team von ExpertInnen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz (Diabetes Ambulanz) betreut und behandelt. Richtige Einstellung des Diabetes verhindert bzw. verzögert die Spätfolgen. Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, durch die Krankheit oft erschüttert, werden aufgebaut bzw. gestärkt. Durch ständige praxisnahe Schulungen und durch partnerschaftliche Betreuung, vor allem durch die engen Kontakte zwischen TeilnehmerInnen und BetreuerInnen (alle BetreuerInnen, egal, ob Ärzte oder Ärztinnen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder die betreuenden StudentInnen sind die gesamte Dauer des Camps – 24 Stunden am Tag – anwesend), ist eine deutliche Verbesserung der Behandlungsbereitschaft nachweislich erzielbar.

Das Camp wurde im Zeitraum von 11. bis 24. Juli 2010 in der Obstbaufachschule in Wetzawinkel bei Gleisdorf abgehalten. Insgesamt wurden € 8.500,00 an Gehaltszahlungen für drei ÄrztInnen und zwei DGKP an die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H. als Dienstgeber refundiert.

#### 4.1.3.3 Mütter in Aktion – MIA

Das Projekt Mütter in Aktion (MIA) wurde zur reproduktiven und psychosozialen Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern in den Bezirken Leibnitz und Liezen vom Frauengesundheitszentrum durchgeführt. Mit 30. September 2010 endete dieses Projekt. Für dieses Projekt wurden - beginnend mit 1. Oktober 2007 - vom Gesundheitsfonds Steiermark Mittel bereitgestellt, wobei eine Kofinanzierung durch den Fonds Gesundes Österreich erfolgt ist.

Die Zielsetzung des Projektes war langfristig darauf ausgerichtet, die regionalen Strukturen dahin gehend zu verändern, dass Frauen ihre Bedürfnisse in der Phase rund um die Geburt ihrer Kinder den veränderten Lebensbedingungen entsprechend gut anpassen können. Die Frauen sollten in der Bewältigung dieser Lebensphase gestärkt werden und Rahmenbedingungen mitgestalten. Durch die Zusammenarbeit mit ExpertInnen und durch den Aufbau von Kooperationen mit regionalen AkteurInnen sollte die psychosoziale und reproduktive Versorgungslage in diesen Regionen verbessert werden. Frauen konnten sich nachhaltig an den regionalen Strukturen in ihren Gemeinden und Regionen beteiligen und gegebenenfalls neue Strukturen mit entwickeln oder bestehende Strukturen, welche bereits gute Rah-

menbedingungen für Schwangerschaft und Mutterschaft darstellen, verbessern.

Besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, benachteiligte Frauen wie Alleinerzieherinnen, Migrantinnen, Frauen mit Behinderung und ökonomisch schlechter gestellte Frauen zu erreichen. Dem Partizipations- und Empowerment-Ansatz des Gesundheitsförderungsgedankens entsprechend wurde der Austausch zwischen den Frauen angeregt und die TeilnehmerInnen ermutigt, selbst aktiv zu werden und das Miteinander in den Projektregionen zu verbessern. Von TeilnehmerInnen wurden Kleinprojekte initiiert, wodurch nachhaltige Angebote für die Zielgruppe geschaffen werden konnten. Runde Tische, Vernetzungstreffen, Aktionstage, eine umfassende Medienarbeit und bilaterale Gespräche mit politisch Verantwortlichen und AkteurInnen konnten eine Sensibilisierung für die Bedürfnisse von Müttern und schwangeren Frauen bewirken und zu einer öffentlichen Diskussion von zielgruppenrelevanten Themen anregen. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass im ländlichen Bereich großer Entwicklungsbedarf an Unterstützungsangeboten für die dort lebenden Frauen besteht wie auch der aktuelle Frauenbericht 2010 (*Bundesministerin für Frauen und Öffentlichen Dienst: Frauenbericht 2010 – Bericht betreffend die Situation von Frauen in Österreich im Zeitraum von 1998 bis 2008*) belegt. Das Projekt MIA wendet sich an eine bisher wenig beachtete Zielgruppe der Gesundheitsförderung. Innerhalb der Projektlaufzeit konnten innovative und für die Zielgruppe und Projektregionen neue Angebote entwickelt und erprobt werden. Aus der Projektdokumentation geht hervor, dass die Müttercafés in Schloßberg (85 Müttercafés) und Rottenmann (99 Müttercafés und acht interkulturelle Müttercafés) mehr als die Hälfte der dort lebenden Mütter von Babys und schwangeren Frauen (97 Teilnehmerinnen ohne Mehrfachzählungen) angesprochen haben. Mit 153 Hausbesuchen erreichten die Projektmitarbeiterinnen 83 % der als Zielgruppe definierten Frauen. Das Forschungsbüro queraum.kultur- und sozialforschung begleitete MIA während der gesamten Laufzeit und evaluierte die Prozessgestaltung und die Wirkung des Projektes. Ein weiteres Ergebnis des Projektes war ein von den Projektverantwortlichen gemeinsam mit den Evaluatoren entwickeltes Handbuch „MIA-Mütter in Aktion: Gesundheitsförderung von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in den steirischen Bezirken Liezen und Leibnitz“. In diesem Handbuch wurden die Erfahrungen aus dem Projekt sowie ausgewählte Ergebnisse der Prozess- und Wirkungsevaluation aufbereitet. Es soll Interessierten als praxisorientierter Wegweiser bei der Konzeption und Umsetzung ähnlicher Gesundheitsförderungsprojekte dienen.

#### 4.1.3.4 Präoperative Befundung

Bei PatientInnen mit stationärer oder tagesklinischer Aufnahme, bei denen eine Operation geplant ist (elektive Eingriffe), bestehen im derzeitigen System für die Vorbereitung auf die Operation mehrere Mängel:

- ♦ Unnötige Befunde (Quantität, Qualität)
- ♦ Doppelbefundungen (Befundung sowohl im extra- als auch im intramuralen Bereich)
- ♦ Unnötige PatientInnenwege

Befundungen erfolgen Großteils „routinemäßig“ und meistens ab einer bestimmten Altersgrenze. PatientInnen werden vor einer geplanten Operation vom Krankenhaus zur Befunderhebung in den niedergelassenen Bereich verwie-

sen. Die Befundung wird oftmals im stationären Bereich noch einmal durchgeführt, obwohl bereits im extramuralen Bereich Befunde erhoben wurden. Es existiert eine unterschiedliche Handhabung der präoperativen Diagnostik auch innerhalb desselben Krankenhauses. Ein uneinheitliches Vorgehen führt zu Mehrbelastungen für PatientInnen, Leistungserbringer, sowie Kostenträger. Präoperative Diagnostik wird zurzeit sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im stationären Bereich erbracht.

In Salzburg wird seit 2007 ein Reformpoolprojekt zum Thema „Präoperative Befundung“ durchgeführt das sich mit dieser Thematik beschäftigt und versucht, Lösungsansätze umzusetzen. Ziel ist, durch ein leitlinienorientiertes Handeln die oben angesprochenen Mängel zu beheben. Das Projekt bestätigte das enorme Reduktionspotential von für die Vorbereitung auf die Anästhesie erhobenen Befunden und Untersuchungen wie EKG, Spirometrie, Laborbefunde und Thoraxröntgen. Bisher konnte im Projekt gezeigt werden, dass unnötige Untersuchungen vor geplanten Operationen durch ein ausführliches, strukturiertes Anamnesegespräch und eine körperliche Untersuchung zu vermeiden sind. Die Ergebnisse weisen auf eine Reduktion von erhobenen Befunden und Untersuchungen hin. Neben dem leitlinienorientierten Ansatz stellt ein webbasiertes Computerprogramm ein wesentliches Hilfsmittel bei der Umsetzung dar. Die Geschäftsführung wurde in der Plattform-sitzung vom 18. Juni 2009 beauftragt, die Voraussetzungen für die Implementierung des Salzburger Reformpoolprojekts „Präoperative Befundung“ in der Steiermark zu prüfen und einen Umsetzungsplan vorzubereiten.

Parallel dazu wurde das Thema „Präoperative Diagnostik“ seitens der Bundesgesundheitskommission in der 13. Sitzung am 22. Juni 2009 als ein sehr wesentliches und zukunftssträchtiges Vorhaben erkannt. So sollen entsprechende Modelle in allen Bundesländern umgesetzt werden, wobei auf den positiven und wertvollen Erfahrungen des Salzburger Reformpool-Projekts aufgebaut werden soll. Das Salzburger Reformpool-Modell zur Präoperativen Diagnostik soll hinsichtlich seiner Methodik österreichweit ausgerollt werden. Die Finanzierungsmodalitäten sind dabei länderweise zu vereinbaren und festzulegen. Die in Salzburg bereits angewandten Qualitätsfestlegungen sind in einer verbindlichen Form festzulegen. In der 16. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 26. November 2010 wurde nunmehr konkretisiert, dass eine Bundes-Qualitätsleitlinie (BQLL) zur Präoperativen Diagnostik zu erstellen ist und die ÖGARI-Leitlinie als medizinische Grundlage heranzuziehen ist. Zu diesem Zweck wurde zum einen mit der ÖGARI vereinbart, dass seitens der ÖGARI die derzeit vorliegende ÖGARI-Leitlinie – soweit erforderlich – in Bezug auf noch fehlende oder mangelhafte Elemente (z.B. Verbesserung der Evidenz, interdisziplinäre Diskussion) aktualisiert wird und dem BMG spätestens im April 2011 eine nach einem anerkannten Verfahren entwickelte Fassung der ÖGARI-Leitlinie als medizinische Quell-Leitlinie für die geplante BQLL zur Verfügung gestellt wird. Die Arbeiten dazu wurden bereits aufgenommen und sollen bis Mitte 2011 abgeschlossen sein.

Die steirischen Aktivitäten orientierten sich an der bundesweiten Entwicklung und warten die endgültigen Vorgaben einer Bundesqualitätsleitlinie oder zumindest der überarbeiteten ÖGARI Leitlinie ab. Eine Erhebung der aktuellen

Versorgungssituation im Bereich der präoperativen Diagnostik ist im Gange. Die Ergebnisse liegen bis Ende Mai 2011 vor. Die Ergebnisse bilden die Grundlage für die Planung der weiteren Umsetzungsschritte.

## 4.2 Modellprojekt „Gesundheitszentren Steiermark“

Auf Basis mehrerer Beschlüsse des Steiermärkischen Landtages wurde der Gesundheitsfonds beauftragt, ein Konzept für die Entwicklung und die Umsetzung von „Gesundheitszentren“ zu erarbeiten. Die Einführung von Gesundheitszentren in der Steiermark stellt einen kontinuierlichen und konsequenten Schritt zur Umsetzung des durch den RSG aufgezeigten Handlungsbedarfs und der Gesundheitsziele Steiermark sowie zur Fortführung der Reformpoolprojekte dar. Die Entwicklung von Gesundheitszentren hat sich dabei neben den Herausforderungen einer entsprechenden und angemessenen Gesundheitsförderung mit der demographischen Entwicklung in der Steiermark und einem strukturorientierten Gesundheitssystem zu befassen, denen mit einem Wandel hin zur PatientInnenorientierung zu begegnen ist.

Folgende Zielsetzungen waren daher bei der Konzeption maßgeblich:

- ♦ Integrierte patientInnenorientierte Versorgung
- ♦ Koordination und Integration vorhandener Strukturen (Gesundheit und Soziales)
- ♦ Gesundheitsförderung (Gesundheitsziele)
- ♦ Einbeziehung von Bildungsangeboten zur Gesundheit in der Region

Aus dieser Zielsetzung heraus ergeben sich folgende drei inhaltliche Schwerpunkte für Gesundheitszentren:

- ♦ Gesundheit und Soziales
- ♦ Gesundheitsförderung
- ♦ Gesundheitsbildung

Diese Themenfelder sollen in vier Entwicklungsgraden – Information, Koordination, Ressourcenmanagement, neue Organisationsformen – umgesetzt werden, so dass regionale Unterschiede und Bedürfnisse, eine stufenweise Umsetzung und die flexible Berücksichtigung und Einbindung aller Stakeholder berücksichtigt werden können. Als Mindestanforderung an ein Gesundheitszentrum wurden die Entwicklungsgrade Information und Koordination und die Themenfelder Gesundheit/Soziales und Gesundheitsförderung festgelegt.

Mit den Beschlüssen der Gesundheitsplattform in der 18. Sitzung vom 10. Februar 2010 und der 19. Sitzung vom 25. März 2010 wurden die o.a. Konzeption und das Budget für das Projekt in den beiden Pilotregionen Mürzzuschlag und Bad Aussee für die Jahre 2010 und 2011 genehmigt. Für die Projektumsetzung wurden für 2010 und 2011 Mittel in der Höhe von max. € 650.000,00 sowie weitere € 100.000,- für die inhaltliche und technische Weiterentwicklung des Gesundheitsportals freigegeben.

Aufgaben von Gesundheitszentren (Entwicklungsgrade „Information und Koordination“):  
Aufgabe der Gesundheitszentren ist die Information und

Beratung zu allen Fragen zum Gesundheits- und Sozialwesen sowie zur Gesundheitsförderung, wobei Informationen bereichsübergreifend und unabhängig zu erfolgen haben und weder medizinische noch pflegerische Beratung erfolgt. Zudem übernimmt das Gesundheitszentrum weiterführend aktiv Koordinationsfunktionen betreffend bspw. Terminvereinbarungen, Herstellung von Kontakten, Annahme und Weiterleitung von Anträgen. Zusätzlich zur Information werden PatientInnen und die Gesundheitsdiensteanbieter aktiv bei der wohnortnahen, raschen und bedarfsgerechten Versorgung innerhalb eines Versorgungssektors und an den Schnittstellen unterstützt.

#### KundInnen von Gesundheitszentren:

KundInnen des Gesundheitszentrums können PatientInnen und deren Angehörige ebenso sein wie GesundheitsdiensteanbieterInnen (ÄrztInnen, TherapeutInnen, Beratungszentren etc.) oder gesunde Personen, die sich beispielsweise über Angebote zu Ernährung und Bewegung in der Region informieren wollen.

#### EDV-Unterstützung:

Unterstützend steht den MitarbeiterInnen des Gesundheitszentrums mit dem PGS-System eine Wissensdatenbank für die Beauskunftung zur Verfügung. Damit können Informationen zu Adressen, Erreichbarkeit, Öffnungszeiten, Angeboten etc. von (Zahn-)ÄrztInnen, Krankenhäusern, Heimen, Sozialen Diensten, Ambulatorien, Selbsthilfegruppen, Apotheken, Ämtern und Gemeinden sowie der Sozialversicherungen aktuell abgerufen werden.

Weiters steht den BürgerInnen mit dem „Gesundheitsportal Steiermark“ über das Internet eine Informationsplattform als „Wegweiser durch das steirische Gesundheitswesen“ zur Verfügung, in der allgemeine Informationen zu Gesundheitsthemen in der Steiermark sowie das regionale Serviceangebot mit Themenschwerpunkt auf Gesundheit/Pflege, Soziales, Gesundheitsförderung abgerufen werden können.

#### Gremien:

Für das Projekt wurde eine Steuerungsgruppe eingerichtet, die sich aus Mitgliedern des Landes (Gesundheits- und Sozialressort) und der Sozialversicherung sowie der Geschäftsführung des Gesundheitsfonds zusammensetzt. Zusätzlich gibt es eine erweiterte „Steuerungsgruppe Mürzzuschlag“, in die auch VertreterInnen der KAGes, der ÄK Steiermark sowie VertreterInnen der Region (BH, Gemeinden) aufgenommen wurden.

In den beiden Pilotregionen wurde jeweils ein Regionalbeirat eingerichtet, der sich ausschließlich aus VertreterInnen der jeweiligen Regionen zusammensetzt (Gemeinden, Beratungseinrichtungen, Ärzteschaft, Mobile Dienste, Pflegeeinrichtungen etc.).

Außerdem wurde ein sogenanntes Advisory Board eingerichtet, welches durch einen „Blick von außen“ zusätzliche Inputs zur Weiterentwicklung von Gesundheitszentren liefern und zur positiven Meinungsbildung beitragen soll. Mitglieder sind u.a. Christine Brunnsteiner, emerit. Univ.-Prof. Dr. Horst Noack, Mag.<sup>a</sup> Renate Skledar oder Mag. Gerald Mussnig.

#### MitarbeiterInnen:

Für die Pilotphase wurden insgesamt 2,5 Dienstposten (VZÄ) eingerichtet (Mürzzuschlag 1,5 VZÄ; Bad Aussee 1

VZÄ). Die MitarbeiterInnen sind FachexpertInnen aus dem Gesundheits-, Sozial- und Pflegebereich, die in alle relevanten Auskunftsbereiche eingeschult werden und die seitens der KAGes und der Personalabteilung des Landes befristet bis Ende 2011 dem Projekt zugeteilt wurden und deren Gehalt vom Gesundheitsfonds rückerstattet wird. Zusätzlich wurde eine Sozialarbeiterin mittels Dienstvertrag direkt beim Gesundheitsfonds Steiermark angestellt. Für diese Aufnahme wurde seitens des AMS Steiermark eine Förderung (Eingliederungsbeihilfe – Aktion „Come back“) i.H. von € 2.538,32 zugesprochen.

#### Evaluation:

Die Evaluation wurde Ende Oktober mit einem Workshop mit den MitarbeiterInnen gestartet. Die Fertigstellung des Endberichts ist für Anfang April 2011 vorgesehen.

#### Gesundheitszentrum Mürzzuschlag:

Eröffnung: 9. Juli 2010

Öffnungszeiten: Montag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag von 8 bis 14 Uhr und Dienstag von 8 bis 19 Uhr

#### Bisherige Leistungen (Stand 31. Dezember 2010):

- ♦ 331 Servicefälle insgesamt
  - ♦ Juli: 24
  - ♦ August: 40
  - ♦ September: 52
  - ♦ Oktober: 51
  - ♦ November: 84
  - ♦ Dezember: 80
- ♦ Anfrageursprung:
  - ♦ 213 persönliche Anfragen
  - ♦ 117 telefonische Anfragen
  - ♦ 1 Anfrage per E-Mail
- ♦ KlientInnen:
  - ♦ 205 weiblich
  - ♦ 201 männlich
  - ♦ für die restlichen Anfragen wurde kein Geschlecht des/der Klientin angegeben
- ♦ Alter der KlientInnen:
  - ♦ über 80 Jahre: 141 KlientInnen
  - ♦ 60 bis 80 Jahre: 85 KlientInnen
  - ♦ 30 bis 59 Jahre: 31 KlientInnen
  - ♦ unter 30 Jahre: 11 KlientInnen
  - ♦ ohne Altersangabe: 63 KlientInnen
- ♦ meist beauskunftete Themen:
  - ♦ Pflegeheime, 24-Stunden-Betreuung, Mobile Dienste, Kurzzeitpflege
  - ♦ Pflegegeld, Sachwalterschaft
  - ♦ Hilfsmittel
  - ♦ Auskunft über ÄrztInnen
  - ♦ Selbsthilfegruppen, PsychotherapeutInnen, Rehabilitationszentren
  - ♦ Behördenwege, Hilfe bei Antragstellung
  - ♦ Gesundheitsförderung

#### Gesundheitszentrum Bad Aussee:

Die zwei MitarbeiterInnen für das Gesundheitszentrum in der Kleinregion Bad Aussee wurden im November und Dezember des Berichtsjahres eingeschult.

Eröffnung: 13. Jänner 2011

Öffnungszeiten: Montag, Mittwoch und Freitag von 8 bis 14 Uhr und Donnerstag von 13 bis 18 Uhr.

Beide Gesundheitszentren wurden in enger Abstimmung mit den örtlichen Krankenanstalten – LKH Mürzzuschlag und LKH Bad Aussee – eingerichtet. Die Räumlichkeiten der beiden Gesundheitszentren wurden für die Projektdauer von der KAGes zur Verfügung gestellt – dazu wurden entsprechende Verträge ausverhandelt. In diesen Verträgen ist auch die Organisation und Finanzierung des Personals – soweit es sich um MitarbeiterInnen der KAGes handelt –, der Bürobedarf, Betriebskosten sowie etwaige Versicherungen geregelt.

Weiterentwicklung:

In der Sitzung der Gesundheitsplattform vom 16. Dezember 2010 wurde über den aktuellen Stand berichtet und für das Jahr 2011 die Konzeption für eine sinnvolle Weiterentwicklung sowie ein steiermarkweiter Roll-Out angekündigt. Eine Entscheidung über die Fortführung ist noch vor Sommer 2011 angedacht.

### 4.3 Gesundheitsziele Steiermark

Mit den Beschlüssen vom 6. Dezember 2007 sowie vom 27. November 2008 hat die Gesundheitsplattform die Umsetzung des Gesundheitsziels „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen verbessern“ beschlossen und entsprechende Budgetmittel dafür freigegeben. Im Rahmen der Umsetzung dieses Gesundheitsziels werden verschiedene Maßnahmen durchgeführt:

#### 4.3.1 Modelprojekt „Gemeinsam Essen“

Laut Österreichischem Lebensmittelbericht 2008 nehmen an Werktagen täglich 1,5 Millionen ÖsterreicherInnen die verschiedenen Angebote von Gemeinschaftsverpflegung in Anspruch. Zielgruppe dieses Modellprojektes, das von Styria vitalis umgesetzt wird, sind daher Einrichtungen der Gemeinschaftsverpflegung. „Gemeinsam Essen“ will die vorhandenen Angebote in Hinblick auf ernährungsphysiologische, ökosoziale und soziale Aspekte unter den Prämissen, dass die KundInnenzufriedenheit zumindest gleich bleiben muss und die Kosten für den Wareneinsatz nicht steigen dürfen, optimieren. Denn das Bedürfnis, gesund und ausgewogen zu essen ist vorhanden, allerdings nicht immer leicht in den Alltag zu integrieren. Oft ist das Speisenangebot in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen zu fett, enthält zu viel Zucker oder der Salzgehalt ist viel zu hoch. Auch ökologische Aspekte wie Regionalität, saisonale und biologische Produkte werden kaum mit einbezogen und einer angenehmen Atmosphäre in den Essensräumen wird selten Bedeutung beigemessen.

Durch „Gemeinsam Essen“ sollen Gemeinschaftsverpflegungen zukünftig gesünderes Essen anbieten - also mehr Obst, Gemüse und Vollkornprodukte, dafür weniger fettreiche Speisen und auch auf ein gesünderes Angebot an Getränken wird geachtet. Ein weiteres Ziel des Projektes ist es, beim Einkauf möglichst auf biologische, regionale und saisonale Lebensmittel zurück zu greifen. Auch die soziale Komponente des Essens wird im Rahmen von „Gemeinsam Essen“ beachtet. Eine detaillierte Projektbeschreibung ist in den Jahresberichten 2008 und 2009 des Gesundheitsfonds zu finden.

Im Berichtsjahr 2010 wurden der vierte und fünfte Projektzyklus gestartet. Insgesamt konnten elf neue Einrichtungen für die Umsetzung gewonnen werden. In diesen Einrichtungen werden in Teil- und in Vollverpflegung insgesamt etwa 3.971 Personen erreicht (2.355 weiblich, 1.616 männlich). Dabei handelt es sich sowohl um Kinder und Jugendliche als auch um erwerbstätige Erwachsene und SeniorInnen.

Folgende Einrichtungen beteiligen sich neu im Berichtszeitraum:

Zyklus 4:

- ♦ Marienkrankenhaus Vorau
- ♦ Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eggenberg
- ♦ Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Marschallgasse
- ♦ Barmherzige Brüder Kainbach

Zyklus 5:

- ♦ Finanzamt Graz und Graz-Umgebung
- ♦ Betriebskantine der Landesbediensteten
- ♦ Kantine ÖBB-Postbus
- ♦ Gasthaus Niederleitner (versorgt Kinderbetreuungseinrichtungen in Graz-Umgebung)
- ♦ Tourismusschule Bad Gleichenberg
- ♦ Jugendhaus Arnfels
- ♦ Jugendhaus Bad Aussee

Im Frühjahr 2010 konnten die Einrichtungen des 1. Projektzyklus diesen erfolgreich abschließen. Dazu wurden in allen sechs Einrichtungen im Rahmen einer kleinen Feier die Ergebnisse präsentiert. Die Evaluierung zeigt, dass über alle Einrichtungen hinweg Verbesserungen in der Inanspruchnahme erreicht werden und die allgemeine Zufriedenheit mit dem Essensangebot verbessert werden konnte. Verbesserungen konnten dabei auf verschiedenen Ebenen erzielt werden: So wird beispielsweise bei der Menügestaltung mehr Wert auf eine ausgewogenere Ernährung gelegt und die Wahlmöglichkeiten (z.B. bei Beilagen) verbessert oder der Obst- und Gemüsekonsum gesteigert. Auch auf spezielle Bedürfnisse von Kindern wurde eingegangen und die Portionsgrößen entsprechend angepasst. Weiters konnte der Einsatz von Fertigprodukten reduziert und der Einsatz von Bioprodukten gesteigert werden. Auch der ökologische Aspekt wird berücksichtigt, indem stärker auf saisonale und regionale Produkte zurückgegriffen wird oder der Anteil von Fleisch reduziert wurde.

Im März 2010 wurde der erste Gemeinsam Essen-Newsletter herausgegeben, der sich vor allem an die teilnehmenden Betriebe und Einrichtungen richtet. Alle zwei Monate wird jeweils eine am Projekt teilnehmende Einrichtung und ihre Maßnahmen vorgestellt, außerdem werden auch praktische Tipps zur Umsetzung von Ernährungsempfehlungen und anderen Aspekten des Projektes für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen weitergegeben. Literaturhinweise und Termine für Kochkurse und Vorträge runden das Angebot des Newsletters ab. Der Newsletter ist 2010 im März, Mai, Juli, September und November erschienen und hat jeweils etwa 247 Adressaten (Stand November) erreicht.

### 4.3.2. Standards zur Sicherung einer Basisqualität in der Gemeinschaftsverpflegung

Um die Nachhaltigkeit des Modellprojektes „Gemeinsam Essen“ in den teilnehmenden Einrichtungen zu erhöhen, sowie zur Weiterentwicklung wurde 2009 mit der Erarbeitung von Standards für gesundes Essen in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen begonnen und die Arbeiten 2010 fortgesetzt. Die endgültige Fertigstellung ist für das 1. Halbjahr 2011 geplant. Ziel ist es, allen Verantwortlichen und Beteiligten eine Richtlinie und Hilfestellung zur Umsetzung einer ausgewogenen, gesundheitsfördernden und zielgruppenspezifischen Ernährung zu geben. Diese Qualitätsstandards sollen als Mindestanforderungen verstanden werden, die es ermöglichen, eine gewisse Grundqualität zu sichern. Eine fachliche Grundlage zur Auswahl und Zusammenstellung der Lebensmittel bilden dabei ernährungswissenschaftliche Empfehlungen sowie der Leitfaden für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken (s.a. Jahresbericht des Gesundheitsfonds 2008).

### 4.3.3 Weitere Maßnahmen

#### 4.3.3.1 Weiterbildungsangebot für KindergartenpädagogInnen

2010 konnte die bereits im Jahr davor begonnene Zusammenarbeit mit der Fachabteilung 6E – Elementarische und musikalische Bildung weitergeführt werden. Für das Weiterbildungsangebot für KindergartenpädagogInnen, das von der FA 6E zweimal jährlich herausgegeben wird, wurden eintägige Workshops für die Zielgruppe konzipiert. Die Veranstaltung wird in sechs Regionen der Steiermark (Ennstal, Murtal, Mürztal, Steiermark Ost, Steiermark West, Graz) im Fortbildungskatalog für das Sommersemester 2011 angeboten.

#### 4.3.3.2 Rahmencurriculum für die Ausbildung von Tageseltern und KinderbetreuerInnen

Für die Ausbildung von Tageseltern und KinderbetreuerInnen in der Steiermark wurde im Berichtsjahr eine neue Verordnung herausgegeben, die mit 1. Jänner 2011 in Kraft treten soll. Im Rahmen dieser neuen Verordnung wurde die Stundenanzahl für den Themenbereich „Ernährung“ in der Ausbildung erhöht. Nach vorbereitenden Gesprächen wurde vereinbart, das Rahmencurriculum zum Thema Ernährung (insgesamt 16 Stunden der Ausbildung) zu erarbeiten. Styria vitalis hat im Auftrag des Gesundheitsfonds dieses Rahmencurriculum ausgearbeitet und mit den Ausbildungseinrichtungen abgestimmt, im Dezember 2010 wurde das Endprodukt an die FA 6 E übermittelt. Damit sollte ein einheitliches Basiswissen zum Thema Ernährung in der Ausbildung für Tageseltern und KinderbetreuerInnen in der Steiermark sicher gestellt sein.

#### 4.3.3.3 Gesundheitsziele-Newsletter

Um interessierte Steirerinnen und Steirer sowie maßgebliche Stakeholder und MultiplikatorInnen über Projekte und Programme, die thematisch den Gesundheitszielen Steiermark entsprechen, zu informieren, sowie ein entsprechendes Netzwerk aufzubauen, wird seit Juli 2009 alle zwei Monate ein Gesundheitsziele-Newsletter versendet. Im Berichtsjahr wurde der Newsletter sechs Mal (Februar, April, Juni, August, Oktober, Dezember) über den Landesserver an jeweils 1.525 E-Mail-Adressen (Newsletter Dezember) ver-

sendet. Styria vitalis liefert dazu Beiträge zu den Themen Ernährung und Bewegung sowie zu Veranstaltungshinweisen in Gesunden Gemeinden.

#### 4.3.3.4 Richtig essen von Anfang an

2010 wurde die 2008 begonnene Kooperation im Rahmen des Projektes „Richtig essen von Anfang an“ fortgesetzt. „Richtig essen von Anfang an“ ist ein Projekt, das vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger, dem Bundesministerium für Gesundheit und der Agentur für Ernährungssicherheit initiiert worden ist. Weitere Kooperationspartner sind die niederösterreichische und die steirische Gebietskrankenkasse sowie das Land Steiermark, dessen Vertretung der Gesundheitsfonds übernommen hat.

Ziel des Projektes ist es, durch Verbesserung des Lebensraums und Schaffung von förderlichen Rahmenbedingungen von schwangeren und stillenden Müttern zu einer Verbesserung der Gesundheitssituation von Kindern bis zum 3. Lebensjahr beizutragen. Zielgruppe sind Schwangere und stillende Mütter sowie Kinder bis zum 3. Lebensjahr. Im Rahmen des Projektes wurden fünf Handlungsfelder definiert: Steigerung des Obst- und Gemüsekonsums in allen drei Zielgruppen; Maßnahmen zur Stillförderung; Maßnahmen zum Kinderlebensmittel- und Nahrungsmittelangebot; Maßnahmen zu „Early Childhood Interventions“ und MultiplikatorInnentraining und Ausbildung.

2010 wurden die „Österreichischen Beikostempfehlungen“ herausgegeben: Diese basieren auf wissenschaftlichen Ergebnissen und richten sich an GesundheitsprofessionInnen. Die Beikostempfehlungen gelten für stoffwechselgesunde, reif geborene Kinder, mit und ohne genetischer Vorbelastung für atopische Erkrankungen sowie für gestillte als auch nicht gestillte Kinder. Zusätzlich wurde eine Broschüre herausgegeben, die sich direkt an die Eltern richtet („Baby's erstes Löffelchen“).

#### 4.3.3.5 „Integriertes Gesundheitsmanagement (IGM)“ (Arbeitstitel)

Auftragnehmer für dieses Projekt ist ebenfalls Styria vitalis. Seit April 2009 begleitet act Management Consulting als Systemexperte den Verein Styria vitalis bei der Planung, Initialisierung und Umsetzung des Projekts. Das Projekt zielt darauf ab, die gesundheitsbezogenen Ressourcen von (älteren) steirischen Bürgern zu stärken (Gesundheitsförderung und Prävention) und richtet sich inhaltlich an den Themen gesunde Bewegung und gesunde Ernährung aus. Der Zugang zur Zielgruppe soll über das Versorgungssystem erfolgen.

Für den Projektstart wurde zunächst die Pilotregion Mürzschlag ausgewählt. Projektpartner sind die Akteure des Versorgungssystems, wobei die Angebote und Maßnahmen des Projekts an gesundheitsfördernde Angebote der Region angebunden werden sollen. Im letzten Quartal 2009 hat sich ein enger Zusammenhang mit den zu entwickelnden Gesundheitszentren herauskristallisiert: Gerade wenn es darum geht, in den Gesundheitszentren auch Angebote für Gesundheitsförderung und Prävention zu integrieren, kann auf bereits durchgeführte Recherchen sowie das Know-how von Styria vitalis im Segment der Gesundheitsförderung zurückgegriffen werden. Es wurde daher entschieden, IGM auch auf die Region Bad Aussee auszuweiten.

2010 wurde vor allem das Gesundheitsförderungsangebot in den beiden Regionen Mürzzuschlag und Bad Aussee erhoben und bewertet. Es wurden Kriterien für die Auswahl der gesundheitsfördernden Angebote festgelegt und eine umfassende Erhebung (Telefon und E-Mail sowie Online-Recherche) durchgeführt. Damit stehen nun Informationen über insgesamt etwa 500 Angebote (Sportangebote, Vorträge, Seminare und Kurse zu den Themen Ernährung und Bewegung) zur Verfügung, aber es sind auch alle infrastrukturellen Angebote (Laufstrecken, Kneipp-Anlagen, Schwimmbäder etc.) der beiden Regionen erfasst. Die Angebote können einerseits von den Mitarbeiterinnen in den Gesundheitszentren über das PGS-System und andererseits über das Gesundheitsportal Steiermark abgerufen werden. Zusätzlich wurde ein entsprechendes Wartungskonzept erarbeitet.

Weiters wurde ein Schulungskonzept zur Gesundheitsförderung für die MitarbeiterInnen des Gesundheitszentrums erarbeitet und jeweils eine Schulung zum Thema in Mürzzuschlag und in Bad Aussee abgehalten.

## 4.4 Qualität

### 4.4.1 Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK)

Im November 2009 wurde die Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK) als Ausschuss der Gesundheitsplattform Steiermark eingerichtet. Dieses Gremium setzt sich aus VertreterInnen zahlreicher Institutionen des steirischen Gesundheitswesens zusammen und widmet sich dabei unterschiedlichen Qualitätsthemen. Ausgangspunkt dafür ist das Strategiekonzept zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen. Dieses Strategiepapier wurde im Juni 2009 von der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossen und adressiert folgende thematische Schwerpunkte:

- ♦ Steigerung der PatientInnensicherheit
- ♦ Verbesserung der Kommunikations- und Informationsstrukturen/E-Health
- ♦ Ausbau adäquater und qualitätsgesicherter PatientInneninformationen
- ♦ Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitsbereich
- ♦ Ausbau der Leitlinienarbeit

Die QSK soll eine institutions-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ermöglichen, sich qualitätsrelevanten Fragestellungen annehmen und als Informationsdrehscheibe für alle PartnerInnen des steirischen Gesundheitswesens dienen.

Zur Bearbeitung der thematischen Schwerpunkte wird von der QSK jedes Jahr im Vorhinein ein Arbeitsprogramm erstellt und der Gesundheitsplattform zur Beschlussfassung vorgelegt. Die festgelegten Arbeitspakete werden von der QSK selbst oder in einer für das jeweilige Thema eingerichteten Arbeitsgruppe bearbeitet.

#### 4.4.1.1 PlattformQ SALUS 2010

Das Ziel der Veranstaltung „PlattformQ SALUS“ ist es, jene Menschen, denen Qualität im Gesundheitswesen ein Anliegen ist, stärker in die Entwicklungen der Qualitätssicherung im steirischen Gesundheitswesen zu involvieren. Dazu soll

im Rahmen regelmäßiger Veranstaltungen der Austausch über Qualitätsthemen und Qualitätsarbeit ermöglicht werden. Zudem bietet die Veranstaltung den organisatorischen Rahmen für die Verleihung des steirischen Qualitätspreises Gesundheit – SALUS.

Am 17. September 2010 lud die Gesundheitsplattform Steiermark erstmals zur Veranstaltung „PlattformQ SALUS 2010“ ein. Diese Vernetzungsveranstaltung „PlattformQ SALUS 2010“, in der sich 200 nationale und internationale ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen zum Thema „Ergebnisqualität im Gesundheitswesen“ austauschten, bot auch den Rahmen für die Verleihung des Steirischen Qualitätspreises Gesundheit – SALUS. Dieser wurde 2010 bereits zum zweiten Mal von der Gesundheitsplattform verliehen. Die Eröffnung der Veranstaltung erfolgte durch Landesrätin Dr.<sup>in</sup> Bettina Vollath, Vorsitzende der Gesundheitsplattform Steiermark. Danach stellte Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Andrea Siebenhofer-Kroitzsch, Vorsitzende der Qualitätssicherungskommission, die Qualitätssicherungskommission der Steiermark vor.

Die Verleihung des SALUS wurde von Univ.-Prof. Prim. Dr. Reinhard Graf vom LKH Stolzalpe, Gewinner des SALUS 2009, mit einer kurzweiligen, historischen Betrachtung über die Bedeutung von Auszeichnungen für MitarbeiterInnen und Organisationen auch in der heutigen Zeit eröffnet.

Der SALUS zeichnet Aktivitäten im steirischen Gesundheitswesen aus, die für die konsequente Verfolgung systematischer Qualitätsarbeit stehen. Bewerben konnten sich Organisationen oder Teams, die im Rahmen von Initiativen oder Aktivitäten zur Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung beitragen. Insgesamt 15 Projekte wurden heuer für den SALUS eingereicht, von denen eine Fach-Jury, bestehend aus den Mitgliedern der Qualitätssicherungskommission, die drei Finalisten auswählten:

- ♦ LKH-Univ. Klinikum Graz „Der Grazer Schmerz – Ergebnisorientiertes Schmerzmanagement für stationäre PatientInnen am LKH-Univ. Klinikum Graz“,
- ♦ Stmk. KAGes „Geburtenregister Steiermark“
- ♦ UKH Graz: „CIRPS - Critical Incident Reporting & Prevention System in Einrichtungen der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt“

Im Vorfeld der Veranstaltung stellten sich die drei Finalisten der Qualitätssicherungskommission, die in einem Hearing den Gewinner des SALUS 2010 ermittelte. Über die SALUS-Trophäe, gestaltet von KünstlerInnen der „Kreativgruppe RandKunst Söding“, in der seit 2003 Menschen mit geistiger Behinderung im Mal- und Kunstatelier arbeiten, freuten sich die VertreterInnen des Projekts „Der Grazer Schmerz“ vom LKH-Univ.Klinikum Graz. Die beiden Finalisten „CIRPS – Critical Incident Reporting & Prevention System in Einrichtungen der AUVA“ des UKH Graz und das „Geburtenregister Steiermark“ der Stmk. KAGes wurden ebenfalls für ihre großartige Arbeit mit einer Urkunde für die konsequente Verfolgung systematischer Qualitätsarbeit im steirischen Gesundheitswesen von der Gesundheitsplattform Steiermark ausgezeichnet.

Nach der SALUS-Verleihung startete der fachliche Teil der Veranstaltung. Dafür konnten vier national und international renommierte ReferentInnen gewonnen werden. Dr.<sup>in</sup> Franziska Diel von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aus Deutschland zeigte in ihrem Referat die Chancen

und Risiken der Ergebnisqualität in der medizinischen Versorgung auf. Frau Regula Heller, Stellvertretende Geschäftsführerin des Verein Outcome der Schweiz, referierte über die Anforderungen, Herausforderungen und Perspektiven der ergebnisorientierten Qualitätsmessungen in der Pflege. Ein weiterer Höhepunkt war der Vortrag von Dr. Günther Heller vom AQUA-Institut aus Deutschland über die Qualitätssicherung mit Routinedaten. Ein konkretes Beispiel aus Österreich über die Anwendung von Qualitätskennzahlen in der stationären Versorgung wurde von Dr.<sup>in</sup> Fabiola Fuchs von den Landeskliniken Holding Niederösterreich vorgestellt.

Zum Abschluss gab der Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, DI Harald Gaugg, einen Ausblick auf zukünftige Qualitätsaktivitäten und lud die TeilnehmerInnen zur Kommunikation am Buffet ein.

#### 4.4.1.2 „Voneinander lernen – Learning & Reporting“ (Initiative Patientensicherheit Steiermark)

Das ÄZQ definiert PatientInnensicherheit als „Produkt aller Maßnahmen in Klinik und Praxis, die darauf gerichtet sind, PatientInnen vor vermeidbaren Schäden in Zusammenhang mit der Heilbehandlung zu bewahren.“ Sogenannte Learning & Reporting-Systeme – auch bekannt als Fehlermeldesysteme, Critical Incident Reporting Systeme – tragen wesentlich dazu bei, Risiken im Gesundheitswesen zu vermindern. Unter Risiko wird im Allgemeinen ein zukünftig zu vermeidendes Ereignis verstanden. Solche Ereignisse sind häufig die Vorstufe zu Fehlern. Kennt man die Risiken, die Fehler auslösen, können Fehler vermieden oder jedenfalls verringert werden. Beinahe-Fehler und kritische Ereignisse sind wichtige Informationsquellen für das Risikomanagement und tragen wesentlich zur Verbesserung der PatientInnensicherheit bei. Viele Gesundheitseinrichtungen haben diesen Vorteil bereits für sich erkannt und haben unterschiedliche Learning & Reporting-Systeme im Einsatz, um die wertvollen Meldungen durch die eigenen MitarbeiterInnen für sich zu nutzen. Auch innerhalb Österreichs sind einige Learning- und Reportingsysteme im Einsatz, jedoch nicht flächendeckend eingeführt. Risikoerkenntnis und die daraus abzuleitende Fehlervermeidung setzen voraus, dass in einer Organisation die Bereitschaft und Fähigkeit über Risiken und Fehler zu reden gegeben ist. Die Entwicklung geht zunehmend dahin, das positive Potential eines Fehlers zu erkennen, um aus einem Fehler zu lernen. Dabei darf es nicht darum gehen einen Schuldigen zu finden, sondern offen und vertrauensvoll die Ursache zu finden und Strategien zur zukünftigen Fehlervermeidung zu entwickeln.

Die nach wie vor bestehenden Grenzen zwischen den einzelnen Sektoren unseres Gesundheitssystems erschweren eine ganzheitliche Betrachtung von Zusammenhängen und ein rasches Erkennen der Risiken. Gerade Schnittstellen sind Gefahrenstellen. Dort, wo der Übergang der PatientInnen in einen anderen Versorgungsbereich erfolgt, passieren häufig Fehler oder unerwünschte Ereignisse. Keines der derzeit im Einsatz befindlichen Systeme hat zum Ziel, solche unerwünschten Ereignisse aufzuzeigen. Die QSK hat daher das Thema Learning & Reporting als Schwerpunkt für die nächsten Jahre gewählt. Ziel ist es, die unerwünschte Ereignisse an den Schnittstellen darzustellen sowie unerwünschte Ereignisse, die innerhalb einer Institution passieren, den anderen Sektoren und Gesundheitseinrichtungen

zur Kenntnis zu bringen, um daraus zu lernen. Das Umsetzungskonzept wurde in einer Arbeitsgruppe bestehend aus Prim. Dr. Gottfried Filzwieser (Stmk. KAGes), Dr. Herbert Kaloud (AUVA), Dr. Eiko Meister (Ärztchamber für Steiermark), Mag. Robert Schober (NTK), Mag.<sup>a</sup> Brigitte Schafarik (Volkshilfe Steiermark), Mag.<sup>a</sup> Renate Skledar (PPO) erarbeitet. Dieser Prozess wurde extern von Herrn Mag. Roland Schaffler begleitet.

Ergebnis 1: L&R-Systeme werden wie Qualitätsmanagement (QM), Organisationsentwicklung (OE) etc. als Managementinstrumente bzw. Betriebsführungsinstrumente verstanden, die immer in einer Organisation wirksam werden. Die Entität der Organisation ist also Grundlage für den Einsatz dieser Instrumente.

Ergebnis 2: Zur adäquaten Bearbeitung und Umsetzung ist die Unterscheidung der beiden kategorisch verschiedenen Themen „L&R-Systeme“ und „Probleme an Schnittstellen der PatientInnenversorgung“ notwendig. Beide Kategorien werden jedoch als Inhalt der Arbeit gegenständlicher Arbeitsgruppe erkannt.

Ergebnis 3: L&R-Systeme werden definitionsgemäß abgegrenzt von anderen Instrumenten zur Verbesserung der PatientInnenversorgung wie QM, Beschwerdemanagement, Umsetzung von Safety Goals, Prozessmanagement etc. Dies geschieht nicht, um die Zusammenarbeit mit diesen zu negieren (zu trennen), sondern um Klarheit in den Zielen und Umsetzungswegen zu erreichen (zu unterscheiden).

Ergebnis 4: Organisationsspezifische Risikoanalysen auf Basis haftungsrechtlicher Datenlage und anderer Quellen werden als wichtige Ergänzung zu L&R-Systemen gesehen und daher von diesen ebenfalls unterschieden.

Ausgehend davon wurden die folgenden Ziele für Learning und Reporting-Systeme im steirischen Gesundheitswesen abgeleitet.

Ziel 1: Alle Gesundheitsdiensteanbieter in der Steiermark haben bis 31. Dezember 2013 ein wirksames L&R-System eingeführt.

Ziel 2: In Ergänzung zu den organisationsspezifischen L&R-Systemen wird empfohlen, konkrete Schnittstellenprobleme in der PatientInnenversorgung zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern (GDA) aus der Praxis strukturiert zu sammeln (zentral) und systematisch zu bearbeiten. Das konkrete Ziel: Mit Start ab 1. Jänner 2012 werden pro Jahr zumindest fünf konkrete Umsetzungen erreicht.

Ziel 3: Einrichtung einer zentralen Best-Practice-Datenbank, die Meldungen aus organisationsspezifischen L&R-Systemen, die auch für andere GDA relevant sein können, online zugänglich macht.

Ziel 4: Lernschleife aus abgeschlossenen Fällen der Schlichtungsstelle.

Auf Basis dieser Erkenntnisse wird im Jahr 2011 an der Planung und Ausgestaltung der „Initiative Patientensicherheit Steiermark“ gearbeitet und das Pilotprojekt „Kontinuitäts-erhebung“ umgesetzt.

#### 4.4.1.3 Händehygiene im steirischen Gesundheitswesen

Krankenhausinfektionen führen neben höheren Mortalitätsraten und längeren Krankenhausaufenthalten vor allem zu einem zusätzlichen Leid für die PatientInnen. In zahlreichen internationalen Studien konnte belegt werden, dass insbesondere solche grundlegenden Maßnahmen

zur Händehygiene einen großen Effekt zur Vermeidung von nosokomialen Infektionen zeigen. Gleichzeitig wurde in vielen Untersuchungen nachgewiesen, dass genau diese einfache Maßnahme aufgrund verschiedener Faktoren, wie Zeitdruck oder unzureichende Spenderausstattung, oftmals nicht ausreichend befolgt wird. Auf internationaler Ebene gibt es eine große Anzahl von Aktivitäten zum Thema Händehygiene. Von der WHO wurde die Kampagne „Clean Care is Safer Care“ ins Leben gerufen, an welcher sich über 120 Länder beteiligen. In Ländern wie Deutschland, der Schweiz oder Großbritannien finden derzeit nationale Kampagnen zur Händehygiene statt. In Österreich fehlt eine solche gänzlich.

Da PatientInnen im Krankheitsfall nicht ausschließlich im Krankenhaus behandelt werden, stellt die Verschleppung von Keimen ein relevantes Problem für alle Gesundheitssektoren dar. Daher soll die „AKTION Saubere Hände“ auf alle Sektoren des Gesundheitswesens - Krankenanstalten, stationäre Pflegeeinrichtungen, Reha-Einrichtungen, Rettungsdienste, Hauskrankenpflege als auch Arztpraxen – ausgerollt werden. Vorbild für die Steiermark sind andere österreichische Krankenanstalten, die sich bereits an der Aktion der deutschen KollegInnen beteiligen. Eine möglichst flächendeckende Teilnahme vieler steirischer Gesundheitseinrichtungen wäre allerdings ein österreichisches Novum. Als erstes steirisches Krankenhaus hat sich das LKH Hartberg im Vorjahr entschlossen, der Aktion beizutreten. Durch die Beteiligung an der „AKTION Saubere Hände“ muss das Rad nicht neu erfunden werden, da man auf den Erfahrungsschatz der deutschen KollegInnen zurückgreifen kann. Weitere Vorteile liegen in der Mitbenutzung vorhandener Ressourcen der Aktion Saubere Hände begründet wie zum Beispiel die Möglichkeit zur Nutzung vorhandener Informations- und Schulungsmaterialien sowie nationale und internationale Vergleichsmöglichkeiten durch die Anwendung des vorhandenen Datenerfassungssystems (HAND-KISS).

Zur Umsetzung der Aktivitäten in der Steiermark wurde eine Arbeitsgruppe mit Prim. Athanasios Bogiatzis und Dr.<sup>in</sup> Ulrike Stark (Stmk. KAGes), Dr. Wilfried Kaiba (Ärztchamber für Steiermark), Cäcilia Petek (ÖGKV) sowie Marion Pongratz und Heidi Rissner (Volkshilfe Steiermark) eingerichtet.

Die Projektumsetzung in der Steiermark erfolgt in zwei Phasen. In der ersten Phase werden primär Krankenanstalten und stationäre Pflegeeinrichtungen angesprochen. In der zweiten Phase wird die Kampagne auf die mobilen Pflegedienste, das Rettungswesen und die niedergelassenen ÄrztInnen ausgeweitet. Anfang Juni 2011 wird es einen Einführungstag für MitarbeiterInnen aller teilnehmenden steirischen Krankenanstalten und stationäre Pflegeeinrichtungen geben. Dazu werden zwei MitarbeiterInnen der „AKTION Saubere Hände“ nach Graz kommen.

#### 4.4.1.4 Mitgliedschaft Plattform Patientensicherheit (ANetPas)

Der Gesundheitsfonds Steiermark ist seit 1. Jänner 2010 Mitglied der Plattform Patientensicherheit (ANetPas). Sie ist ein unabhängiges nationales Netzwerk, das sich aus diversen Einrichtungen und ExpertInnen des österreichischen Gesundheitswesens zusammensetzt, die sich mit PatientInnensicherheit und Qualitätssicherung beschäftigen.

#### 4.4.1.5 Projektportfoliomanagement

Im Rahmen der Arbeiten zum Strategiekonzept zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen wurden erstmals sektorenübergreifend Qualitätsprojekte, -aktivitäten, -initiativen und -programme gesammelt. Diese Q-Aktivitäten werden fortlaufend ergänzt und aktualisiert.

### 4.5 Medizinische Datenqualität

Die im Zuge der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) erfassten Daten stellen die Basis für Weiterentwicklungen im stationären Bereich dar. Es handelt sich dabei um Daten, die zum Zwecke der Finanzierung der Leistungserbringung im stationären Bereich erfasst werden und damit die Basis für die Mittelverteilung darstellen. Darüber hinaus sind die LKF-Daten die einzige Datenquelle für Diagnose- und Leistungsberichte im stationären Bereich und werden daher auch für Planungen herangezogen. Eine möglichst vollständige und richtige Dokumentation ist daher unerlässlich. Die Überprüfung der medizinischen Datenqualität stellt demzufolge eine wesentliche Aufgabe des Gesundheitsfonds dar.

Zur Erfüllung dieser Aufgabe arbeitet die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds mit der ExpertInnengruppe LKF Daten- und Leistungsmonitoring (medQK) und mit der Datenqualitätsgruppe der Bundesländer zusammen.

#### 4.5.1 ExpertInnengruppe LKF Daten- und Leistungsmonitoring (medQK)

##### 4.5.1.1 Ziele und Aufgaben

Die medizinische Qualitätskontrolle (medQK) wurde in der Steiermark mit der Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eingerichtet. Diese unterstützt die Geschäftsstelle als beratendes, begleitendes und konzepterstellendes Organ in Fragen der ordnungsgemäßen medizinischen Dokumentation der Diagnosen- und Leistungsberichte.

Eines der Ziele der ExpertInnengruppe ist die Etablierung und Weiterentwicklung von Methoden zur Sicherstellung der Datenqualität. Dazu werden in den Sitzungen der medQK Vorgangsweisen für Datenqualitätsprüfungen und die daran anschließenden Aktivitäten beschlossen. Ziel dieser Aktivitäten ist die Vereinheitlichung des Dokumentationsverhaltens in den Krankenanstalten zur Vermeidung von Fehl-, Über- oder Untercodierungen.

##### 4.5.1.2 Mitglieder

Die medQK besteht aus sieben Mitgliedern, wobei drei von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., zwei von den sonstigen Rechtsträgern von Fondskrankenanstalten, je ein Mitglied von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und der Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung nominiert werden.

Tabelle 24: medQK – Nominierte Mitglieder für das Jahr 2010

medQK – Nominierte Mitglieder für das Jahr 2010	
Mitglied	Institution
Mag. Dr. August GOMSI (Vorsitzender)	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. OE Medizinische Versorgungsplanung OE Medizinische Steuerung
Univ.-Doz. Prim. Dr. Günter FORCHE	Krankenhaus der Elisabethinen Graz
Univ.-Prof. Dr. Peter KÖLTRINGER	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz Eggenberg
DDR. <sup>in</sup> Susanna KRAINZ	Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Dr. Adolf PINEGGER	Stmk. Gebietskrankenkasse
Prim. Dr. Wolfgang SCHELLNEGGER	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Landeskrankenhaus Voitsberg
Univ.-Prof. Dr. Karlheinz TSCHELIESSNIGG	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Universitätsklinik für Chirurgie

#### 4.5.1.3 Arbeitsschwerpunkte 2010

Datenqualitätsprüfungen mittels Zufallsstichproben  
Ziel dieser Untersuchungen ist die stichprobenartige Überprüfung der Datenqualität der medizinischen Dokumentation in Bezug auf die Diagnose- und Leistungscodierung an Abteilungen steirischer Fondskrankenanstalten. Um eine profunde statistische Grundlage für die geplanten Zufallsstichproben erreichen zu können, wurde Univ.-Prof. DI Dr. Peter Pfeiffer bereits im Jahr 2007 mit den Grundlagenarbeiten beauftragt. Bemerkenswert war dabei die Feststellung, dass bereits mit einer geringen Stichprobengröße von 30 Aufnahmezahlen eine statistisch ausreichende Aussage getroffen werden kann.

Bei diesen Prüfungen handelt es sich in erster Linie um eine Überprüfung der Abschlussdokumentation nach den bereits von der medQK in vorangegangenen Prüfungen festgelegten und verwendeten Kriterien. Dabei wird der Minimal Basic Data Set, kurz MBDS, der zur Abrechnung der Leistungen an den Gesundheitsfonds übermittelt wird, mit der Dokumentation im Arztbrief verglichen.

Tabelle 25: Prüfung Datenqualität

Prüfung Datenqualität		
Bewertung	Definition	Kriterien
OK	Datensatz in Ordnung	–
GM – geringgradige Mängel	Datensatz mit geringgradigen Mängeln	ZD falsch/nicht nachvollziehbar ZD vergessen (sofern relevant für den stationären Aufenthalt) HD näher differenzierbar
SM – schwergradige Mängel	Datensatz mit schwergradigen Mängeln	HD falsch/nicht nachvollziehbar HD mit ZD vertauscht HD im MBDS stimmt nicht mit HD in AB überein MEL falsch/nicht nachvollziehbar/ohne plausible Diagnose MEL-Anzahl falsch MEL vergessen AB zum stationären Aufenthalt fehlt
LKF-Relevanz	Hat die vorliegende Codierauffälligkeit eine Auswirkung auf die LKF-Bepunktung des entsprechenden Falles?	Ja/Nein +/- LKF-Punkte (Unter-/Übercodierung)
Systematische Fehler	Wiederkehrende, gleichartige Fehler	Ja/Nein

**Zufallsstichprobe Chirurgie**

Nach dem Zufallsprinzip wurden pro Abteilung jeweils 30 Datensätze aus dem 2. Quartal 2009 von 13 ausgewählten allgemeinchirurgischen und unfallchirurgischen Abteilungen ausgewählt. Danach wurden die den Datensätzen entsprechenden Arztbriefe und OP-Berichte angefordert und die Diagnosen- und Leistungscodierung auf Richtigkeit, Vollständigkeit und Übereinstimmung mit der Krankengeschichte überprüft. Neben den zuvor genannten Prüfkriterien wurden auch die Effekte des neuen MEL-Katalogs (LKF Modell 2009) mit geprüft.

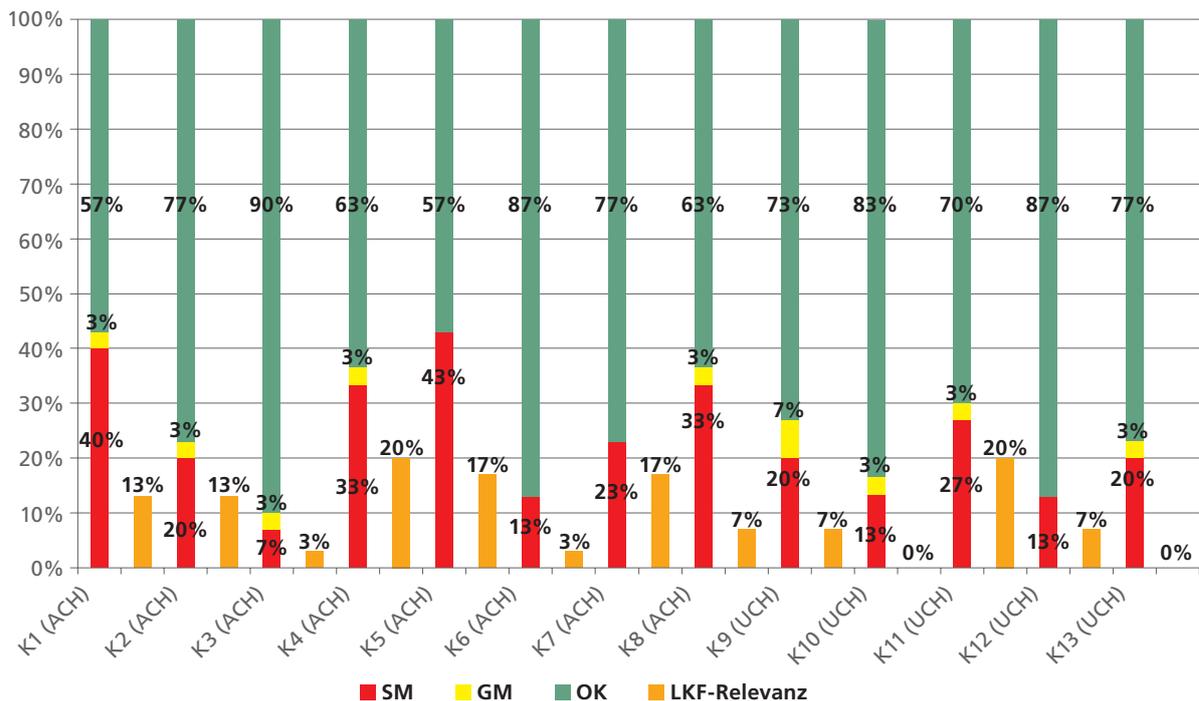
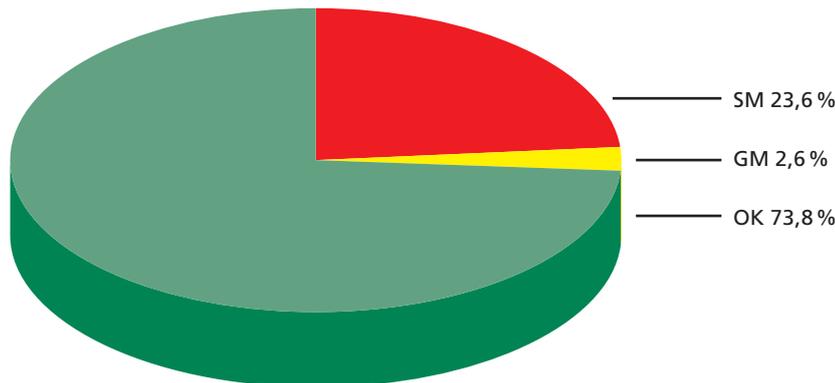
Tabelle 26: Krankenanstalten, die in die Zufallsstichprobe einbezogen wurden

Allgemeinchirurgie	Unfallchirurgie
BHB Marschallgasse	DKH Schladming
KH der Elisabethinen	LKH Graz
LKH Graz	LKH Bruck/Mur
LKH Graz West	LKH Feldbach
LKH Rottenmann	LKH Judenburg-Knittelfeld
LKH Leoben	
LKH Weiz	
LKH Deutschlandsberg	

Die administrative Abwicklung der Zufallsstichprobe wurde Mitte 2009 eingeleitet. Das Ergebnis der Prüfung lag Anfang 2010 vor. Nach eingehender Diskussion der Ergebnisse innerhalb der medQK wurden diese der Gesundheitsplattform präsentiert und an die jeweiligen Krankenanstalten übermittelt.

Die Ergebnisse der Zufallsstichprobe Chirurgie können wie folgt zusammengefasst werden: Von den 390 überprüften Datensätzen waren 288 (73,8 %) vollkommen in Ordnung (OK), 10 (2,6 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 92 (23,6 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei 38 (10 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden.

Abbildungen 5 und 6: Datenqualität Ergebnisse der Zufallsstichprobe Chirurgie



### Schwergradige Mängel

- ♦ Falsche Codierung der MEL-Anzahl bei CT- und MR-Untersuchungen. Die Leistungseinheit ist die Sitzung, nicht die Region.
- ♦ Fehlende Codierung von Operationen oder die Verwendung falscher MEL-Codes. Fehlcodierungen führten an einigen Abteilungen in der Stichprobe zu hohen Punkteverlusten (z. B. K 4 -13.901 Punkte; K 11 -4.587 Punkte).
- ♦ Falsche Codierung von Metallentfernungen nach operativen Frakturbehandlungen.
- ♦ Codierung der Hauptdiagnose z.B. es wurde die frische Fraktur anstelle der korrekten Codes für die Folgen von Frakturen- T90-T98- codiert.
- ♦ Falsche Codierung der Stellschrauben- und Verriegelungsbolzenentfernung in Lokalanästhesie. Diese wurden unter dem MEL-Code für die Entfernung von Osteosynthesematerial codiert, was nicht zulässig ist.
- ♦ Falsche Codierung der MEL *Relaparotomie nach operativem Eingriff*. Dieser Code darf laut Medizinischem Dokumentationshandbuch nur für Relaparotomien am selben Tag verwendet werden, leider findet sich dieser Hinweis im Leistungskatalog 2009 nicht.
- ♦ Bei den geringgradigen Mängeln handelt es sich in den meisten Fällen um vergessene Zusatzdiagnosen.

### Zufallsstichprobe Gynäkologie und Geburtshilfe

Nach dem Zufallsprinzip wurden pro Abteilung jeweils 30 Datensätze (MBDS) aus dem 1. Quartal 2010 ausgewählt. Zur Trennung der gynäkologischen und geburtshilflichen Fälle wurde ein Auswertungsindex entwickelt, welcher bei der gesamten Stichprobe zur Anwendung kam. Danach wurden die den Datensätzen entsprechenden Arztbriefe und OP-Berichte angefordert und die Diagnosen- und Leistungscodierung auf Richtigkeit, Vollständigkeit und Übereinstimmung mit der Krankengeschichte überprüft. Die zuvor genannten Prüfkriterien wurden auch für diese Prüfung herangezogen. Im Rahmen dieser Prüfung wurde eine Zufallsstichprobe bestehend aus insgesamt 613 Fällen aus der Dokumentation der folgenden Abteilungen gezogen.

Tabelle 27: Abteilungen, die in die Zufallsstichprobe einbezogen wurden

Abteilungen, die in die Zufallsstichprobe einbezogen wurden		
Gynäkologie und Geburtshilfe	Geburtshilfe	Gynäkologie
LKH Feldbach	LKH Bruck/Mur	BHB Marschallgasse
LKH Graz	LKH Wagner	
LKH Hartberg		
LKH Leoben		
LKH Rottenmann		
DKH Schladming		
LKH Voitsberg		
LKH Deutschlandsberg		
LKH Judenburg-Knittelfeld		

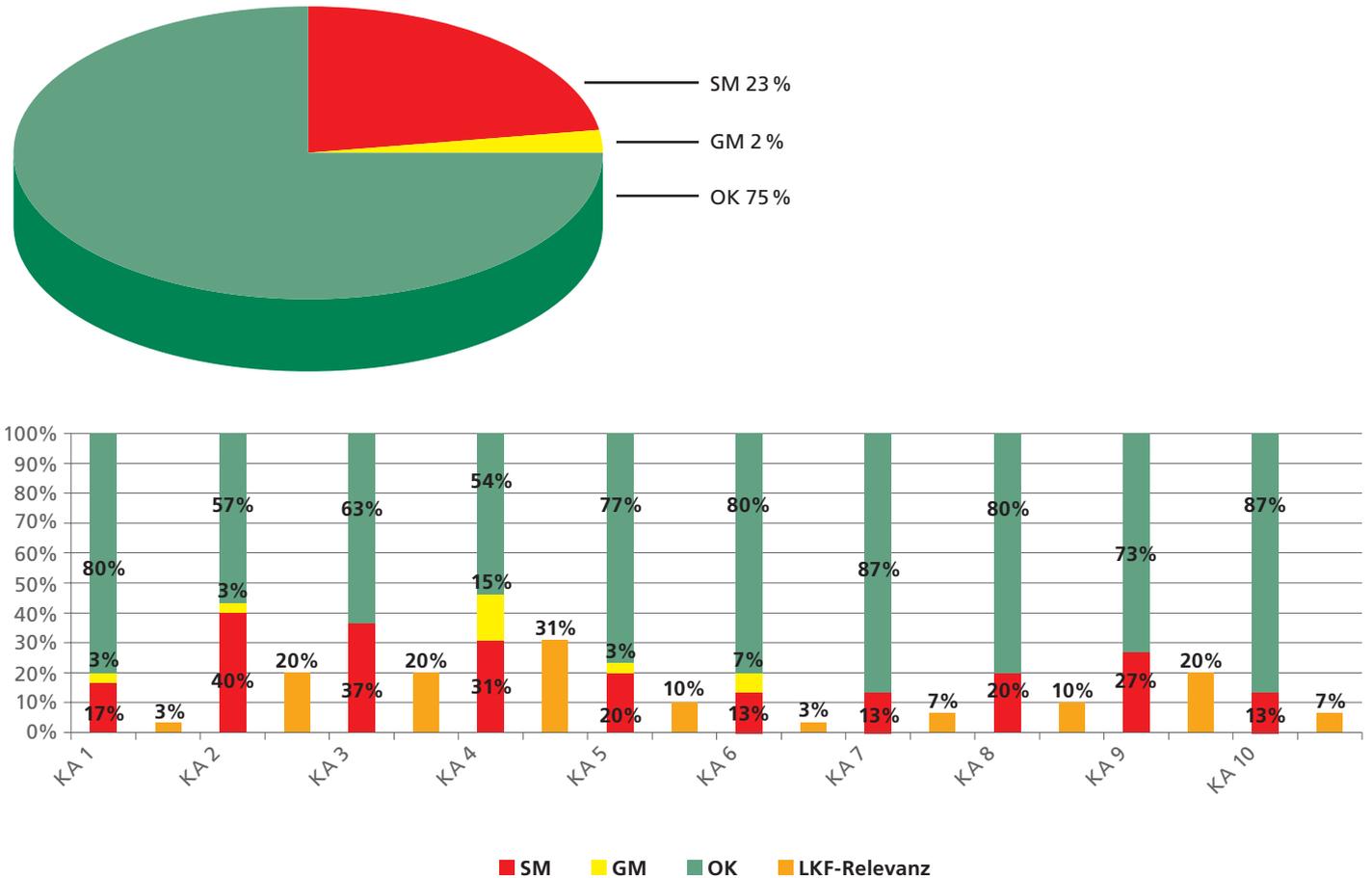
Die Zufallsstichprobe enthält jeweils 30 Fälle von elf geburtshilflichen Abteilungen und 30 Fälle von zehn gynäkologischen Abteilungen. Wobei in einem Haus nur 13 gynäkologische Fälle für das 1. Quartal 2010 gefunden wurden, welche dem festgelegten Auswertungsindex entsprochen haben.

Die Ergebnisse werden für die Gynäkologie und Geburtshilfe jeweils getrennt dargestellt.

Ergebnisse Gynäkologie

Von den 283 überprüften Datensätzen waren 212 (75 %) vollkommen in Ordnung (OK), 7 (2 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 64 (23 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei 34 (12 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden (-1.694 LKF-Punkte).

Abbildungen 7 und 8: Datenqualität Ergebnisse der Zufallsstichprobe Gynäkologie

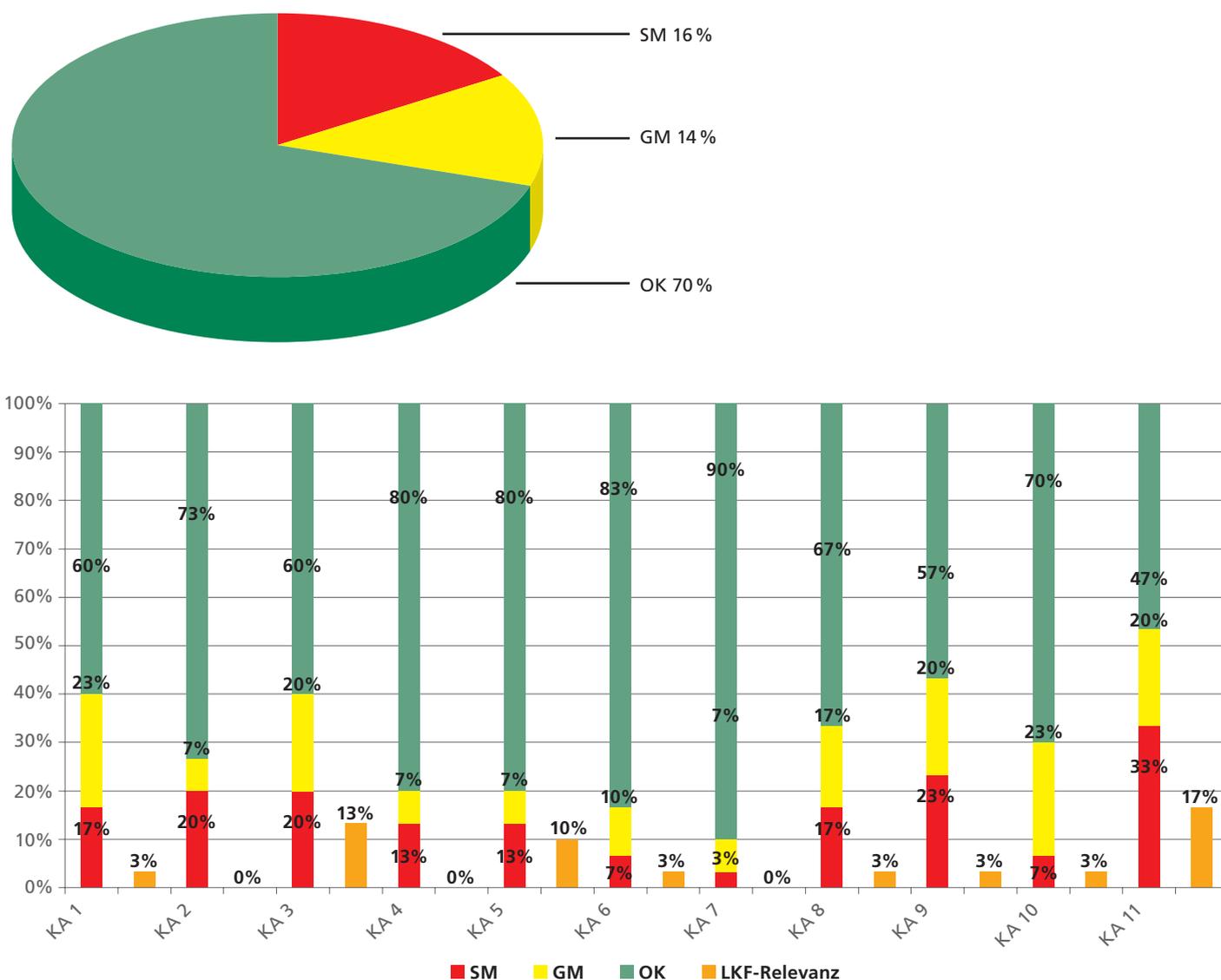


- ♦ Die Codierung der MEL „Entfernung der Adnexe – offen, abdominal“ wurde fünf Mal vergessen.
- ♦ Schwierigkeiten bereitete auch die Abgrenzung der MEL für Entfernung bzw. Teilentfernung der Adnexe: „Entfernung“ ist nur bei kompletter Entfernung beider Adnexe zu codieren.
- ♦ Eine diagnostische Hysteroskopie ist nicht zu codieren, wurde jedoch achtmal als Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe codiert.
- ♦ Die Leistungsanzahl für CT- bzw. MR-Untersuchungen wurde zwölfmal falsch codiert: Die Leistungseinheit ist die Sitzung, nicht die Region.

### Ergebnisse Geburtshilfe

Von den 330 überprüften Datensätzen waren 230 (70 %) vollkommen in Ordnung (OK), 48 (14 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 52 (16 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei 17 (5 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden (-8.095 LKF-Punkte).

Abbildungen 9 und 10: Datenqualität Ergebnisse der Zufallsstichprobe Geburtshilfe



- ♦ Die Codierung der MEL „Entbindung“ wurde vier Mal, die Codierung der MEL „Entbindung durch Sectio Caesarea“ ein Mal vergessen.
- ♦ Die Codierung der MEL „Physiotherapie im Rahmen eines stationären Aufenthaltes“ wurde an einigen Abteilungen vergessen.
- ♦ Eine manuelle Nachtastung ist nicht zu codieren, wurde jedoch fünfmal als Operation oder Curettage codiert.
- ♦ Sterilisierungen wurden fünfmal falsch codiert: MEL falsch/vergessen und Zusatzdiagnose vergessen.

- ♦ Geburtsverletzungen wie Dammriss, Scheidenriss, Labienriss oder Schleimhautriss sowie deren Versorgung wurden an einigen Abteilungen falsch oder mangelhaft codiert (korrekte MEL: JN079 – Sonstige OP Geburt). Auch die Episiotomie wurde an einigen Abteilungen falsch codiert (korrekte MEL: JN039 – Sonstige OP – Vulva, Perineum).
- ♦ Die Codierung von Geburtsrisiken wurde an den verschiedenen geburtshilflichen Abteilungen unterschiedlich genau durchgeführt.

#### 4.5.2 Datenqualitätstreffen der Bundesländer

Seit Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung finden regelmäßig Treffen der Datenqualitätsbeauftragten der Bundesländer statt.

An den Treffen nehmen Vertreter aller Gesundheitsfonds, sowie Vertreter des PRIKRAF und des BMG teil. Das Treffen findet zweimal jährlich statt, wobei sich die einzelnen Bundesländer bzw. der PRIKRAF jeweils mit der Ausrichtung abwechseln.

Ziel dieser regelmäßigen Treffen ist ein Informationsaustausch der einzelnen Bundesländer über die Codierpraxis einzelner MELs, Datenqualitätsprüfungen, Prüfumfang, Prüfmethodik, Auffälligkeiten und die Übertragbarkeit dieser auf andere Bundesländer. Im Jahr 2010 fanden zwei Treffen in den Bundesländern Salzburg und Oberösterreich statt.

#### 4.5.3 Errors und Warnings

Im LKF-Scoring-Programm sind routinemäßige Plausibilitätskontrollen enthalten. Ziel dieser Plausibilitätskontrollen ist die rechtzeitige Feststellung und Beseitigung von Mängeln bei der Datenerhebung. Es gibt zwei Arten von Plausibilitätsprüfungen:

- ◆ Formale Prüfungen beziehen sich auf Datenstrukturen und Wertebereich (z.B. gültiges Datum)
- ◆ Medizinische Prüfungen gehen von einer logischen Verknüpfung mehrerer Informationen einer/s PatientIn aus. Es werden beispielsweise die Diagnosen und Leistungen in Bezug auf Alter und Geschlecht der/des PatientIn überprüft.

Werden Plausibilitätskriterien verletzt, kommt es zum Auftreten einer Fehler- (Error) oder Warnmeldung (Warning). Diese sind sodann vom Krankenhaus und in weiterer Folge von den Krankenanstaltenträgern zu prüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Fälle, die mit einem Errorhinweis versehen sind, können nicht abgerechnet werden.

Da Medizinische Plausibilitätsprüfungen nur einen Teil der „Medizinischen Wirklichkeit“ abbilden können, kann nach genauer Prüfung ein Fall als korrekt eingestuft und abgerechnet werden. Im Jahr 2010 hat der Gesundheitsfonds Steiermark gemeinsam mit den Trägern 67 Errorfälle geprüft und davon 62 als korrekt akzeptiert.

#### Entwicklung der Warningraten

In der nachstehenden Abbildung wird die Entwicklung Warningrate zwischen 2004 und 2010 dargestellt. Im Jahr 2006 konnte erstmals ein deutlicher Rückgang der Warningrate verzeichnet werden, der sich in den letzten Jahren fortgesetzt hat. Im Jahr 2010 lag die Warningrate bei 1 % und war damit deutlich unter dem von der medQK festgelegten Wert von 1,5 %.

Tabelle 29: Entwicklung der Warningrate 2004–2010

Entwicklung der Warningrate 2004–2010							
Krankenanstalt	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
LKH Bad Aussee	0,2%	2,1%	2,4%	0,3%	1,0%	1,0%	0,6%
LKH Bruck/Mur	0,6%	0,8%	0,2%	0,2%	0,3%	0,9%	0,8%
LKH Feldbach	1,3%	4,0%	2,4%	0,1%	0,1%	0,6%	0,3%
LKH Fürstenfeld	2,3%	3,4%	2,6%	0,4%	0,6%	1,1%	0,4%
LKH Hörgas/Enzenbach	0,7%	0,2%	0,5%	0,7%	0,6%	1,1%	0,6%
LKH-Univ.Klinikum Graz	8,9%	11,7%	3,6%	1,4%	1,3%	1,7%	1,1%
Albert Schweitzer Klinik			0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
KH BHB Marschallgasse	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%
KH Elisabethinen	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
LSF Graz	1,1%	0,4%	0,3%	1,7%	0,9%	0,9%	0,3%
KH BHB Eggeberg	0,5%	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%	1,0%	0,4%
LKH Hartberg	0,0%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,9%	1,1%
NTZ Kapfenberg	1,5%	0,8%	0,2%	0,7%	0,9%	0,3%	0,3%
LKH Leoben	3,0%	2,3%	1,3%	1,0%	0,7%	1,4%	0,9%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	0,2%	4,3%	5,5%	0,2%	0,1%	1,1%	0,1%
LKH Bad Radkersburg	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,6%	0,0%
LKH Rottenmann	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%	0,1%
DKH Schladming	0,1%	0,3%	0,0%	0,2%	0,4%	0,8%	0,7%
LKH Stolzalpe	4,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,1%	0,6%	2,3%
LKH Voitsberg	0,1%	0,3%	0,6%	0,2%	0,1%	0,7%	0,3%
MKH Vorau	0,1%	1,4%	0,7%	0,8%	1,1%	0,9%	1,0%
LKH Wagna	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,8%	0,3%
LKH Weiz	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%
LKH Deutschlandsberg	1,2%	0,7%	0,6%	0,3%	0,0%	0,4%	0,0%
LKH Judenburg/Knittelfeld	1,0%	4,1%	3,4%	0,9%	0,5%	0,8%	0,5%
LKH Graz West	0,4%	1,3%	1,2%	1,0%	1,0%	1,9%	0,9%
<b>Steiermark gesamt</b>	<b>3,1%</b>	<b>4,0%</b>	<b>1,6%</b>	<b>0,7%</b>	<b>0,6%</b>	<b>1,0%</b>	<b>0,7%</b>

## 4.6 Strukturplanung

### 4.6.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark

Der zurzeit gültige Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark wurde in der Sitzung der Gesundheitsplattform vom 26. März 2009 als RSG Version 1.1 mit einem Planungshorizont bis 2015 beschlossen. Damit wurde die 2008/2009 durchgeführte Psychiatrieplanung in den RSG eingearbeitet.

Die verbindliche Grundlage für die integrierte Gesundheitsstrukturplanung für den RSG-Steiermark bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit und die Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008–2013. Der ÖSG beinhaltet die Rahmenplanung für Detailplanungen (RSG) auf Ebene der Bundesländer.

Die stationäre und ambulante Versorgungsplanung im Rahmen der RSG sowie Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen dieser Planungen sind zwischen dem jeweiligen Land und der Sozialversicherung in den Gesundheitsplattformen abzustimmen. Die verbindliche Umsetzung der RSG erfolgt für den Krankenanstaltenbereich als Landeskrankenanstaltenplan (LKAP) durch Verordnung und darauf basierende Bescheide bzw. durch Bescheide, deren Bedarfsprüfungen zugrunde liegen. Für den niedergelassenen Bereich ist auf die RSG bei den Stellenplänen als Teil der Gesamtverträge Bedacht zu nehmen. Ebenso kann die Einhaltung von ggf. auch für diesen Bereich zutreffenden Qualitätskriterien des ÖSG berücksichtigt werden.

Für die Planungen der ambulanten Versorgung im Rahmen des erstmals erstellten RSG 2008 hat die Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH eine neue Berechnungs- und Analysemethodik entwickelt. Da die Methodik neu entwickelt wurde und eine breitere Datenbasis bessere Aufschlüs-

se über Veränderungen in Angebot und Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen gibt, war eine Validierung und Weiterentwicklung der Methode erforderlich. Die 2010 durchgeführte Validierung hat die Eignung dieser Methodik für die Planung des RSG Steiermark bestätigt.

Die Ergebnisse zeigten für die meisten im RSG dargestellten medizinischen Fachbereiche zufriedenstellende Ergebnisse, lediglich mit dem Erfordernis leichter zahlenmäßiger Verfeinerungen. Nur in einigen wenigen Fächern sind größere Adaptierungen der Planungsaussagen und Planungszahlen notwendig. Die Ergebnisse fließen in die Revision der RSG ein.

Unterjährig erfolgte ein laufendes Monitoring zum Umsetzungsstand des RSG Steiermark.

#### 4.6.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) – Wartung und Weiterentwicklung

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene – insbesondere für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) – dar.

Gesetzliche Grundlage ist die zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffene Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens. Der ÖSG ist während der Laufzeit der Vereinbarung von der Bundesgesundheitsagentur kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Im November 2010 wurde der aktuell gültige Österreichische Strukturplan Gesundheit, in seiner nunmehr dritten Version dem ÖSG 2010, von der Bundesgesundheitskommission beschlossen (BGK). Dieser löst damit den ÖSG 2008 ab. Dabei wurde eine umfassende Revision der bisherigen ÖSG-Inhalte auf der aktuellen Datenbasis mit Planungshorizont 2020 vorgenommen. In insgesamt 12 Arbeitssitzungen der UAG ÖSG sowie in mehreren themenspezifischen Unterarbeitsgruppen wie ÖSG Clearinggremium insbesondere zum Thema Onkologie, Versorgungsformen, Leistungsmatrix und Personalplanung wurde der vorliegende Entwurf zum ÖSG 2010 erarbeitet.

Der ÖSG 2010 wurde gegenüber den ÖSG-Versionen 2006 und 2008 neu strukturiert.

##### ÖSG 2010 – neue Inhalte im Überblick

Die wesentlichen Neuerungen umfassen

- ♦ Ergänzung der Rahmenplanung für den ambulanten Bereich
- ♦ Integration von Grundsätzen und Planungsaussagen zum Rehabilitationsbereich
- ♦ Ergänzung des Kapitels Hospiz- und Palliativversorgung
- ♦ Konzeption einer überregionalen Versorgungsplanung
- ♦ Erweiterung des Planungshorizonts auf das Jahr 2015 mit Orientierungswerten für das Jahr 2020
- ♦ Zeitgemäße Modifikation des Kapitels Onkologie und Ergänzung um den Bereich Senologie (Brusterkrankungen)

- ♦ Ergänzung eines Kapitels zu Personalbedarf und Personalplanung
- ♦ Umgestaltung und Ergänzung des Kapitels zum Nahtstellen- und Prozessmanagement
- ♦ Ergänzung eines Kapitels zur Ergebnisqualität
- ♦ Schließlich wurden durch die erweiterte Definition von Versorgungsstufen, Organisationsformen und Betriebsformen Möglichkeiten für die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung in Richtung integrierter Versorgungsstrukturen beschrieben. Zum Beispiel Standard Krankenanstalten der Basisversorgung, dislozierte Wochenkliniken, Ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE).

Entwurf zum ÖSG 2010 – Aufbau und neue Inhalte im Detail  
Die folgende Detaildarstellung der Neuerungen zeigt den neuen Aufbau des ÖSG 2010. In Klammer finden Sie die Referenz auf die entsprechenden Kapitel des ÖSG 2010.

##### 1. Konzeption des ÖSG

- ♦ Integrative regionale Versorgungsplanung wurde klarer dargestellt (Kap. 1.1)
- ♦ Ergänzung von Festlegung zum ÖSG-Monitoring und RSG-Monitoring (Kap. 1.3)
- ♦ Ergänzung eines Kapitels über Funktionen und Geltungsbereiche von ÖSG und RSG (Kap. 1.4)

##### 2. Akut-/Kurzzeitversorgung

- ♦ Ergänzung eines Kapitels über Rahmenbedingungen zur Kapazitätsplanung (Kap. 2.2.1)
- ♦ Anpassung einzelner Erreichbarkeitsrichtwerte für Akut-KA infolge der Festlegungen in Kap. 2.3 (Kap. 2.2.2)
- ♦ Ergänzung einer bundesweiten Rahmenplanung für die ambulante Versorgung nach Versorgungsregionen (Kap. 2.2.3)
- ♦ Ergänzung eines Kapitels zur Leistungsangebotsplanung (Kap. 2.2.4)
- ♦ Ergänzung eines Kapitels zu Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien inkl. Personalbedarf und Personalplanung (Kap. 2.3)
- ♦ Ergänzung von Qualitätskriterien für die anästhesiologische Versorgung und für Respiratory Care Units (RCU) (Kap. 2.4.1)
- ♦ Ergänzung von Festlegungen zur unfallchirurgischen Versorgung von Kindern (Kap. 2.4.2.2)
- ♦ Aktualisierung der Versorgungsstrukturen für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (Kap. 2.4.16)
- ♦ Herausnahme der Versorgungsstufe 3 für interventionelle Kardiologie (Kap. 2.5.5)
- ♦ Umgestaltung des Kapitels zur Onkologie und Integration der Senologie (Kap. 2.5.7)
- ♦ Ergänzung des Kapitels Palliativmedizin in Richtung einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung entsprechend Artikel 3 Abs. 2 der 15a-Vereinbarung (Kap. 2.6.4)
- ♦ Neukonzeption der Leistungsmatrix (Kap. 2.7 und Anhang)
- ♦ Konzeption einer überregionalen Versorgungsplanung (Kap. 2.8 und Anhang)

##### 3. Rehabilitation

Neues Kapitel mit Zielvorstellungen und Planungsgrundsätzen, Planungsmethoden und Richtwerten, und einen Ausblick auf Versorgungsstrukturen und Qualitätskriterien

#### 4. Medizinisch-technische Großgeräte

Umstellung der Großgeräteplanung auf die Anzahl der Großgeräte (bis zum ÖSG 2008 bildete im extramuralen Bereich die Anzahl der Kassenverträge die Grundlage); Änderung des Einwohnerrichtwerts für Strahlentherapie

#### 5. Nahtstellen- und Prozessmanagement

Neukonzeption und Ergänzung des Kapitels zum Nahtstellenmanagement im ÖSG 2008

#### 6. Ergebnisqualität

Neues Kapitel mit Grundlagen und einen Ausblick auf Soll-Vorgaben

Zusätzlich wurden zahlreiche notwendige Aktualisierungs- und redaktionelle Arbeiten durchgeführt. Die wichtigsten sind die Aktualisierung der Planungsmatrix auf den Ist-Stand 2008/2009, die Neukonzeption der Versorgungsmatrix in Form einer höheren Aggregation der Leistungsbündel und Neuberechnung mit Planungshorizont 2015 für die Ebene der Versorgungsregionen und zusätzlich 2020 für Österreich insgesamt und die Bundesländer, sowie die Neukonzeption der Leistungsmatrix.

Wegweisend sind die im ÖSG 2010 erstmals festgelegten Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich in Form innovativer, prozessorientiert funktionierender und effizienzfördernder Organisations- und Betriebsformen. Damit sollen Standardspitäler mit kleinen Einzugsgebieten in Zukunft unter bestimmten Voraussetzungen eine wohnortnahe, patientenorientierte mit Qualitätskriterien abgesicherte Grundversorgung gewährleisten können. Die Vision ist, dass sich in solchen Grundversorgungseinrichtungen mittelfristig ergänzende Angebote etablieren, die über die herkömmliche Standard-Akutversorgung hinausgehen und sich damit integrierte Strukturen einer umfassenden Grundversorgung entwickeln.

## 4.7 E-Health

### 4.7.1 Gesundheitsinformationssystem Steiermark (GeISt) – Weiterentwicklung

Die starke Zunahme von chronischen PatientInnen und die insgesamt alternde Bevölkerung stellt das Gesundheitswesen und die im Gesundheitswesen Verantwortlichen vor immer neue Herausforderungen. GeISt soll die Entscheidungsträger dabei unterstützen, auf Basis von fundierten Daten sich diesen Herausforderungen stellen zu können. Dies kann jedoch nur durch ein koordiniertes Zusammenwirken aller Versorgungsebenen des Gesundheitswesens und des Sozialbereichs erfolgen. Das Gesundheitsinformationssystem Steiermark (GeISt) soll dabei insbesondere die Gesundheitsplattform Steiermark bei der Erfüllung der gesetzlich übertragenen Aufgaben gem. Artikel 15 a-Vereinbarung sowie des Gesundheitsfonds-Gesetz unterstützen.

Mit GeISt wird ein Data-Warehouse aufgebaut, in welchem die Gesundheitsdaten verschiedener Gesundheitsdienstleister (z.B. Krankenanstalten, Sozialversicherungsträger) und sozio-ökonomische Daten eingebunden werden sollen. Durch das Zusammenspielen von Daten verschiedener Gesundheitssektoren können Versorgungsprozesse im Gesundheitswesen auf aggregierter Ebene sichtbar gemacht

und überschaubar dargestellt werden. Mit Hilfe von GeISt wird es somit möglich, Routinedaten des Gesundheitswesens in einer nutzerInnenfreundlichen Form aufzubereiten, um den ExpertInnen im Gesundheitswesen ein geeignetes Analyse- und Planungsinstrument zur Verfügung zu stellen. Dabei sollen insbesondere für folgende Bereiche Informationen bereit gestellt werden:

- ♦ die laufende Gesundheitsberichterstattung,
- ♦ ein zeitnahes Monitoring des Gesundheitswesens (z.B. Belagsdauerentwicklung, Fallzahlentwicklung, Anzahl der Leistungserbringung, Wiederaufnahmeraten,...),
- ♦ die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens im Hinblick auf eine integrierte Versorgung (z.B. Follow-Up des RSG inkl. Bedarfsanpassungen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, Überprüfung des Bedarfs neuer Leistungsangebote,...),
- ♦ die Qualitätssicherung (Qualitätsindikatoren, Datenqualitätsprüfungen)
- ♦ Hilfsmittel für die Lösung von gesundheitsrelevanten Fragestellungen,
- ♦ die Bevölkerung bzw. am Gesundheitsmanagement Interessierter,
- ♦ Evaluierung der Maßnahmen des Gesundheitsfonds Steiermark (z.B. Evaluierung der Reformpoolprojekt)

Die Weiterentwicklung des Gesundheitsinformationssystems Steiermark wurde Anfang 2009 von der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossen. Mit den Weiterentwicklungsarbeiten wurde Joanneum Research beauftragt.

Nachdem 2009 die technischen Voraussetzungen für GeISt abgeschlossen wurden und auch die datenschutzrechtliche Beurteilung durch den Datenschutzbeauftragten des Landes erfolgte, konnte im Jahr 2010 die inhaltliche Entwicklung von GeISt vorangetrieben werden. Der Fokus der Arbeit lag hier auf dem Bereich „Gesundheitsberichterstattung“. Dazu fand ein Workshop mit den ExpertInnen zum Thema Gesundheitsberichterstattung statt. Frau Mag.<sup>a</sup> Wieseneder vom Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung stellte ihr fachliches Wissen im Workshop zur Verfügung und nahm die Priorisierung wesentlicher Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung für die Implementierung in das GeISt vor.

Zur Beschreibung der in GeISt enthaltenen Würfelinhalte wurde ein „Wiki“ aufgesetzt. Im „GeISt-Wiki“ besteht für alle NutzerInnen die Möglichkeit, sämtliche Würfelinhalte zu kommentieren, Verbesserungsvorschläge einzubringen oder mit anderen NutzerInnen zu kommunizieren. Damit soll eine bessere Einbindung der NutzerInnen in die Weiterentwicklung des Systems erreicht werden. Derzeit befinden sich in GeISt die Daten aus dem stationären und Rehabilitationsbereich, womit eine sektorenübergreifende Darstellung der Daten noch nicht möglich ist. Zur Klärung der Frage der Datenüberlassung aus dem FOKO und die damit in Zusammenhang stehende Pseudonymisierung der Daten wurden in der zweiten Jahreshälfte die Voraussetzungen für ein Pilotprojekt zwischen dem Gesundheitsfonds, Joanneum Research, der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger abgestimmt. Eine endgültige Entscheidung über die konkrete Durchführung war mit Jahresende noch ausständig.

#### 4.7.2 Gesundheitsportal Steiermark

Der Informationsaustausch unter den Partnern im Gesundheitswesen findet derzeit auf unterschiedlichsten Ebenen statt. Behandlungs-, Vorsorge- und vor allem Informationsprozesse erstrecken sich im Allgemeinen über mehrere Gesundheitsdiensteanbieter mit einer dementsprechenden Anzahl von Informationsübergaben. Diese Schnittstellen führen zu Informationsverlusten und -verzögerungen, jedenfalls aber zu enormen Aufwänden bei der Verarbeitung dieser Informationen. Das Informationsangebot im Sinne eines „Wegweisers“ bei gesundheitsspezifischen Fragen insbesondere für Angebote in der Steiermark ist sehr heterogen und unübersichtlich – jeder hat seinen eigenen Internetauftritt in jeweils spezifischen Strukturen.

Die Gesundheitsplattform hat daher die Geschäftsstelle mit der Entwicklung eines Gesundheitsportals als Infrastruktur für alle Beteiligten und zugleich als Gesundheits-Informationsportal für BürgerInnen beauftragt. In der ersten Ausbaustufe soll das Gesundheitsportal Steiermark dahingehend entwickelt werden, dass es für die entstehenden Gesundheitszentren in der Steiermark als zusätzliches Informations- und Kommunikationsmedium zur Verfügung steht. Damit werden die Gesundheits-, Pflege- und Gesundheitsförderungsangebote der jeweiligen Region vernetzt und die Kommunikation zwischen BürgerInnen, ÄrztInnen und Gesundheitsdiensteanbietern verbessert.

Das Gesundheitsportal Steiermark ist seit Eröffnung des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag am 9. Juli 2010 online: [www.gesundheitsportal-steiermark.at](http://www.gesundheitsportal-steiermark.at).

Die Ziele des weiteren Ausbaus des Gesundheitsportals sind:

- ♦ einfacher und unbürokratischer Zugang zu qualitätsgesicherter Information über Angebote der steirischen GDA mit einmaliger Anmeldung für BürgerInnen in Form eines „Wegweisers durch das steirische Gesundheitswesen“
- ♦ eine möglichst reibungslose patientInnenbezogene Kommunikation zwischen Ärzten und anderen GesundheitsdiensteanbieterInnen (u.a. durch Verlinkung auf deren Internetauftritte und von den Beteiligten qualitätsgesicherte Informationen wie beispielsweise Impfpläne, Gesundheitsaktivitäten und -kampagnen)
- ♦ laufende Abstimmung des Gesundheitsportals mit den im Rahmen des Portalprojektes der ELGA GmbH entstehenden Elementen und Inhalten eines österreichischen Gesundheitsportals

Mit der Umsetzung des Gesundheitsportals wurde die Firma icomedias GmbH beauftragt.

Datenschutz und Datensicherheit dieses Portals sollen sich an der sehr hochstehenden Praxis und den Standards in der KAGes mbH orientieren. Um das sicherzustellen, wurde entschieden, den Serverbetrieb in der KAGes mbH anzusiedeln.

#### 4.8 Sonstige Aktivitäten

Neben den zuvor dargestellten Aufgabenbereichen waren und sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle in diversen Arbeitsgruppen auf Bundesebene eingebunden:

- ♦ Bundesgesundheitskommission
  - ♦ AG Strukturveränderung
  - ♦ UAG Ambulante Planung
  - ♦ UAG Intensiv (LKF)
  - ♦ UAG ÖSG
  - ♦ UUAG Leistungsmatrix (ÖSG)
  - ♦ UUAG Personalbedarf (ÖSG)
  - ♦ UUAG Strukturqualitätskriterien und Berechtigungsmatrix (ÖSG)
  - ♦ Clearinggremium ÖSG
  - ♦ UAG Public Health
  - ♦ UAG Qualität
  - ♦ UAG Zukunftsperspektiven (LKF)
- ♦ AG sektorenübergreifende Finanzierung (SÜFIN)
- ♦ AG beim Hauptverband betreffend elektronische Datenmeldungen
- ♦ AG Datensätze
- ♦ AG Dokumentation im ambulanten Bereich
- ♦ AG für Strukturveränderungen
- ♦ AG PR-Manager-Benutzerverwaltung
- ♦ Arbeitskreis LKF-Wartung und Weiterentwicklung
- ♦ Echtkosten-Betriebsabgänge
- ♦ ELGA – Generalversammlung
- ♦ ELGA – Koordinierungsausschuss
- ♦ ELGA – Nutzerbeirat
- ♦ Datenqualitätstreffen der Bundesländer
- ♦ DIAG Anwendertreffen
- ♦ GeschäftsführerInnentreffen der Landesgesundheitsfonds
- ♦ Gesundheit Österreich GmbH – Institutsversammlung
- ♦ Länderexpertenkonferenzen zu Fragen der Krankenanstaltenfinanzierung
- ♦ Medizinischer Länderbeirat
- ♦ Plattform Patientensicherheit
- ♦ Projektbeirat „Interdisziplinäre Bettenutzung im vollstationären Bereich und in Tageskliniken“
- ♦ Transplant Beirat
- ♦ Wissenschaftlicher Beirat „System of health accounts“ (Gesundheitsausgaben)

# 5 VERZEICHNISSE

## 5.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark	9
Abbildung 2:	Mittelflussrechnung des Gesundheitsfonds 2010	23
Abbildung 3:	Einnahmen 2010	24
Abbildung 4:	Mittelverwendung 2010	26
Abbildungen 5 und 6:	Datenqualität Ergebnisse der Zufallsstichprobe Chirurgie	52
Abbildungen 7 und 8:	Datenqualität Ergebnisse der Zufallsstichprobe Gynäkologie	54
Abbildungen 9 und 10:	Datenqualität Ergebnisse der Zufallsstichprobe Geburtenhilfe	55

## 5.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	11
Tabelle 2:	Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht	12
Tabelle 3:	Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	12
Tabelle 4:	Teilnahme an der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht	12
Tabelle 5:	Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2010	13
Tabelle 6:	Präsidium der Gesundheitsplattform	14
Tabelle 7:	ExpertInnenbeirat der Gesundheitsplattform	14
Tabelle 8:	Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses	15
Tabelle 9:	Mitglieder der Qualitätssicherungskommission	16
Tabelle 10:	Mitglieder des Ausschusses zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis	17
Tabelle 11:	Mitglieder des Fachbeirats für Frauengesundheit	20
Tabelle 12:	MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark	21
Tabelle 13:	Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2004 und 2010	25
Tabelle 14:	Regressanfragen zwischen 2004 und 2010	25
Tabelle 15:	Verwendung der Projekt- und Planungsmittel	27
Tabelle 16:	Verwendung der Reformpoolmittel	28
Tabelle 17:	Darstellung LKF-Fälle und Punkte 2010	32
Tabelle 18:	Überblick über die steirischen Fondskrankenanstalten (KA-Statistik)	33
Tabelle 19:	Stationäre PatientInnen (KA-Statistik)	34
Tabelle 20:	Belagstage (KA-Statistik)	35
Tabelle 21:	Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)	36
Tabelle 22:	Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt (MBDS, Jahresmeldung)	37
Tabelle 23:	Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)	38
Tabelle 24:	medQK – Nominiert für Mitglieder für das Jahr 2010	51
Tabelle 25:	Prüfung Datenqualität	51
Tabelle 26:	Krankenanstalten, die in die Zufallsstichprobe Datenqualität einbezogen wurden	52
Tabelle 27:	Abteilungen, die in die Zufallsstichprobe Datenqualität einbezogen wurden	53
Tabelle 28:	Entwicklung der Warningrate 2004–2010	57

## 5.3 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
AG/R	Akutgeriatrie und Remobilisation
Art.	Artikel
AST	Aortenstenose
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BGK	Bundesgesundheitskommission
BHB	Barmherzige Brüder
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CABG	Coronary Artery Bypass Graft
DE	Diabetes in Europe
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
dgl.	dergleichen
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DKH	Diakonissen Krankenhaus
DMP	Disease Management Programm
DQ	Datenqualität
EbM	Evidence Based Medicine
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
EUSOMA	European Society of Breast Cancer Specialists
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FH	Fachhochschule
FOKO	Folgekostenprogramm der StGKK
FondsKA	Fondskrankenanstalten
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GelSt	Gesundheitsinformationssystem Steiermark
GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheit- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GWF	Gewichtungsfaktor
HD	Hauptdiagnose
HTA	Health Technology Assessment
IHS	Institut für Höhere Studien
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie

Abkürzung	Bezeichnung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KA	Krankenanstalt
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KB	Kostenbeitrag
KDok	Krankenanstalten Dokumentation (Bepunktungsprogramm)
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzkrankheit
LAP	Leistungsangebotsplanung
LDF	Leistungs- und Diagnosefallpauschale
LG	Landesgruppe
LGBL	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LM	Leistungsmatrix
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud
MBDS	Minimal Basic Data Set
medQK	ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle
MEL	Medizinische Einzelleistung
MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
MIA	Mütter in Aktion
MPT	Mobile Palliativ Teams
MR	Magnet-Resonanz
MUG	Medizinische Universitätsklinik Graz
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
PRIKRAF	Privater Krankenanstaltenfinanzierungsfonds
PSO	Psychosomatik
QSK	Qualitätssicherungskommission
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SKA-RZ	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum
SOP	Standard Operating Procedure
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Stmk.	Steiermark
SV	Sozialversicherung
UAG	Unterarbeitsgruppe
UUAG	Unterunterarbeitsgruppe
WHO	World Health Organization
ZD	Zusatzdiagnose

# 6 ANHANG

## 6.1 Bilanz

### GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK Bilanz zum 31. Dezember 2010

AKTIVA	2010		2009		PASSIVA	
	EUR	TEUR	EUR	TEUR	EUR	TEUR
<b>I. Guthaben bei Kreditinstituten</b>						
1. Guthaben	91.014.748,68	67.501			43.377.704,51	43.342
2. Veranlagungen	0,00	20.000				
	<u>91.014.748,68</u>	<u>87.501</u>				
<b>II. Forderungen und Sonstiges</b>						
1. Forderung Ertragsanteile Bund	867.410,88	216			5.690.992,21	5.414
2. Forderungen Ust-Anteile Land und Gemeinden	197.569,00	0			4.189.997,90	0
3. Beiträge des Bundes/Bundesgesundheitsagentur:						
Beiträge gemäß Artikel 21 Abs. 2 Z 2	831.836,60	10			0,00	3.079
Beiträge gemäß Artikel 21 Abs. 2 Z 3	2.945.460,47	3			7.014.200,00	11.064
Beiträge gemäß Artikel 21 Abs. 2 Z 4	4.174.078,57	3.054			11.695.777,57	0
Beiträge gemäß Artikel 21 Abs. 2 Z 5	3.108.420,47	2.251				
Vorweganteile gemäß § 59 Abs. 6 Z 1 KAKuG	1.090.000,00	1.090				
4. Beiträge der Sozialversicherungsträger	152.186.764,00	150.677			28.590.967,68	19.558
5. Ausländische GastpatientInnen	11.695.777,57	11.065				
6. Forderungen an KA aus § 27 a Abs. 3 KAKuG	1.350.596,99	1.350				
7. Forderungen Sozialversicherung	117.534,11	215				
8. Wochentagsnacht-Bereitchaftsdienst	114.363,73	113				
9. Forderungen Regresse	2.154,01	0				
10. Forderungen aus Beihilfen nach GSBG	14.171.955,14	19.164				
11. Forderungen aus Projekten	222,08	3				
12. Geleistete Anzahlungen	13.750,00	0				
13. Betriebsabgangsdeckungsmittel Land	412.899.216,00	402.143			412.899.216,00	402.143
	<u>605.767.109,62</u>	<u>591.354</u>			<u>624.813.186,11</u>	<u>615.955</u>
<b>Summe AKTIVA</b>	<b>696.781.858,30</b>	<b>678.855</b>			<b>696.781.858,30</b>	<b>678.855</b>
<b>I. Rücklagen</b>						
1. Kostendeckungsrücklage						
<b>II. Rückstellungen</b>						
1. Projektmittel						
2. Strukturbedingte Maßnahmen						
3. Übergenuß SV-Mittel						
4. Ausgleichszahlungen 2010						
5. Ausländische GastpatientInnen Stationär						
<b>III. Verbindlichkeiten</b>						
1. Stationäre Vergütungen						
2. Ambulante Leistungen (inkl. Dialyseleistungen)						
3. Übergenuß Ust-Anteile Land/Gemeinden						
4. PSO Bad Aussee						
5. Hospiz und Palliativversorgung						
6. Wachkomafinanzierung GGZ Graz						
7. Zahlungen für den Kooperationsbereich						
8. Struktur-, Projekt- und Planungsmittel						
9. Strukturbedingte Maßnahmen						
10. Kostenbeitrag gem. § 27 a Abs. 3 KAKuG						
11. Beihilfenäquivalent ausld. GastpatientInnen						
12. Beihilfe nach GSBG 1996						
13. Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstalten						
<b>Summe PASSIVA</b>						

## 6.2 Gewinn- und Verlustrechnung

### GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK Gewinn- und Verlustrechnung 2010

	2010 EUR		2009 TEUR
<b>I. Erträge gemäß Art. 15 a B-VG – Vereinbarung</b>			
1. Ertrags- bzw. Ust-Anteile			
Ertragsanteile Bund	34.917.283,62		33.886
Umsatzsteueranteile Länder	25.156.720,00		24.219
Umsatzsteueranteile Gemeinden	17.018.561,00		16.384
<b>Summe Ertrags- bzw. Ust-Anteile</b>		<b>77.092.564,62</b>	<b>74.490</b>
2. Beiträge des Bundes/Bundesgesundheitsagentur:			
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 2	2.946.848,78		2.859
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 3 u. 4	11.664.429,96		11.638
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 5	14.423.262,73		14.180
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 6	10.687.145,04		10.288
Vorweganteile gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 1 lit b)	4.360.000,00		4.360
<b>Summe Zusätzliche Bundesmittel</b>		<b>44.081.686,51</b>	<b>43.325</b>
3. Mittel der Sozialversicherung			
Pauschalbetrag der Sozialversicherung	596.847.220,00		599.017
Kostenanteile/Kostenbeiträge	4.269.643,47		4.351
Zusätzliche SV-Mittel für Geriatr. KH Graz	2.524.869,00		2.534
<b>Summe Mittel der Sozialversicherung</b>		<b>603.641.732,47</b>	<b>605.902</b>
4. Zusätzliche Landesmittel	21.042.800,00	21.042.800,00	21.043
5. Zusatzmittel aus FAG 2005–2008	9.374.952,00	9.374.952,00	9.367
6. Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs. 3 KAKuG	1.350.596,99	1.350.596,99	1.350
7. Betriebsabgangsdeckung Land	412.899.216,00	412.899.216,00	402.143
<b>Summe Haupterträge</b>		<b>1.169.483.548,59</b>	<b>1.157.620</b>
<b>II. Übrige Erträge</b>			
1. Ausländische GastpatientInnen Stationär	6.338.777,96		6.117
2. Erlöse Ausländ. GastpatientInnen Ambulant	123.013,96		159
3. Regresseinnahmen	1.453.710,27		624
4. Beihilfe nach GSBG 1996	76.450.528,72		61.709
5. Zinserträge	672.066,85		864
6. Reformpoolprojektanteile SV	117.534,11		214
7. Sonstige Erträge	2.538,32		1
8. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	13.668,24		18
<b>Summe Übrige Erträge</b>		<b>85.171.838,43</b>	<b>69.706</b>
<b>III. Summe Ordentliche Erträge</b>		<b>1.254.655.387,02</b>	<b>1.227.326</b>

	2010 EUR	2009 TEUR
<b>IV. Vergütungen an Fondskrankenanstalten</b>		
1. Stationäre Vergütungen	-660.200.000,00	-660.200
2. PSO Bad Aussee	-7.500.000,00	-7.474
3. Ambulante Vergütungen	-48.665.946,00	-48.666
4. Ambulante Dialyseleistungen	-6.579.340,60	-6.358
5. Hospiz- und Palliativ	-4.274.382,54	-3.837
6. Wachkomabetten – GGZ	-1.450.242,86	-1.214
7. Ausländ. GastpatientInnen Amb. (inkl.Dialysen)	-248.803,83	-159
Vergütungen an Fondskrankenanstalten	-728.918.715,83	-727.908
8. Kostenanteile/Kostenbeiträge	-4.269.643,47	-4.351
9. Beihilfe nach GSBG 1996	-76.450.528,72	-61.709
Summe 8.–9.	-80.720.172,19	-66.060
<b>Summe Vergütungen an Fondskrankenanstalten</b>	<b>-809.638.888,02</b>	<b>-793.968</b>
<b>V. Zahlungen für den Kooperationsbereich</b>		
1. Reformpoolmittel Intramural	-936.972,95	-989
2. Neuzugänge Hämodialysen	-58.520,10	0
<b>Summe Kooperationsbereich</b>	<b>-995.493,05</b>	<b>-989</b>
<b>VI. Struktur-, Projekt- und Planungsmittel</b>		
1. Sozialpsychiatr. u. psychosoziale Versorgung	-12.911.078,00	-12.911
2. Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst	-2.860.908,82	-2.042
3. Projekt- und Planungsmittel	-1.812.172,80	-1.352
<b>Summe Struktur-, Projekt- und Planungsmittel</b>	<b>-17.584.159,62</b>	<b>-16.305</b>
<b>VII. Strukturbedingte Maßnahmen</b>		
1. Maßnahmen gemäß Art. 1. Abs. 1 Z 3	-269.602,10	-1.662
<b>Summe Strukturbedingte Maßnahmen</b>	<b>-269.602,10</b>	<b>-1.662</b>
<b>VIII. Sonstige Leistungen</b>		
1. Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs. 3 KAKuG	-1.350.596,99	-1.350
2. Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstalten	-412.899.216,00	-402.143
3. Rückforderung Hauptverband Vorjahre	-2.253.887,41	
4. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	-584.147,63	-437
5. Abschreibung Ford. Ausl. GastpatientInnen	-2.524,73	-302
6. Kontoführungsspesen	-7.732,04	0
<b>Summe Sonstige Leistungen</b>	<b>-417.098.104,80</b>	<b>-404.232</b>
<b>IX. Summe Ordentliche Aufwendungen</b>	<b>-1.245.586.247,59</b>	<b>-1.217.156</b>
<b>X. Betriebsergebnis</b>	<b>9.069.139,43</b>	<b>10.169</b>
<b>XI. Auflösung und Zuführung von Rückstellungen</b>		
1. Auflösung von Rückstellungen		
Projektmittel	1.812.172,80	1.855
Ausl. GastpatientInnen Stationär	5.569.349,53	4.237
Rückforderung Hauptverband Vorjahre	3.078.871,00	0
<b>Summe Rückstellungsaufösungen</b>	<b>10.460.393,33</b>	<b>6.092</b>
2. Zuführung zu Rückstellungen		
Projektmittel	-2.088.922,00	-2.089
Strukturbedingte Maßnahmen	-4.189.997,90	0
Übergenuß SV-Mittel	0,00	-3.079
Ausländische GastpatientInnen Stationär	-6.200.808,63	-5.858
Ausgleichszahlungen 2010	-7.014.200,00	0
<b>Summe Rückstellungsbildungen</b>	<b>-19.493.928,53</b>	<b>-11.026</b>
<b>XII. Auflösung und Zuführung Kostendeckungsrücklage</b>		
1. Auflösung	4.459.600,00	1.662
2. Zuführung	-4.495.204,23	-6.897
<b>Summe Rücklagenzuführung</b>	<b>-35.604,23</b>	<b>-5.235</b>
<b>XIII. Jahresergebnis</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>

## 6.3 Bestätigungsvermerk

Seite - 2 -

Prüfungshandlungen festzulegen, nicht jedoch um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit der internen Kontrollen des Gesundheitsfonds Steiermark abzugeben. Die Prüfung umfasst ferner die Beurteilung der Angemessenheit der angewandten Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden und der von den gesetzlichen Vertretern vorgenommenen wesentlichen Schätzungen, sowie eine Würdigung der Gesamtaussage des Jahresabschlusses.

Wir sind der Auffassung, dass wir ausreichende und geeignete Prüfungsnachweise erlangt haben, sodass unsere Prüfung ein hinreichend sichere Grundlage für unser Prüfungsurteil darstellt.

### Prüfungsurteil

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt. Auf Grund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss nach unserer Beurteilung den gesetzlichen Vorschriften und vermittelt ein möglichst getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Gesundheitsfonds Steiermark zum 31. Dezember 2010 sowie der Ertragslage für das Wirtschaftsjahr vom 1. Jänner 2010 bis zum 31. Dezember 2010 in Übereinstimmung mit den österreichischen Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung.

### Aussagen zu den Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2010

Die Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2010 sind auf Grund der gesetzlichen Vorschriften darauf zu prüfen, ob sie mit dem Jahresabschluss in Einklang stehen und ob die sonstigen Angaben in den Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2010 nicht eine falsche Vorstellung von der Lage des Gesundheitsfonds Steiermark erwecken. Der Bestätigungsvermerk hat auch eine Aussage darüber zu enthalten, ob die Erläuterungen zum Rechnungsabschluss mit dem Jahresabschluss in Einklang stehen.

Die Erläuterungen stehen nach unserer Beurteilung im Einklang mit dem Jahresabschluss.



Karin-Brigitte Böhm  
Wirtschaftsprüferin und Steuerberaterin  
Böhm & Böhm Wirtschaftsprüfungs KG

Graz, am 16. Juni 2011

Böhm & Böhm Wirtschaftsprüfungs KG  
FN 203871 k. LG I. ZRS Graz

Seite - 1 -

## Bestätigungsvermerk

### Bericht zum Jahresabschluss

Wir haben den beigefügten Jahresabschluss des **Gesundheitsfonds Steiermark**, Graz, für das Geschäftsjahr vom **1. Jänner 2010 bis zum 31. Dezember 2010** unter Einbeziehung der Buchführung geprüft. Dieser Jahresabschluss umfasst die Bilanz zum 31. Dezember 2010, die Gewinn- und Verlustrechnung für das am 31. Dezember 2010 endende Geschäftsjahr sowie die Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2010.

### Verantwortung der gesetzlichen Vertreter für den Jahresabschluss und für die Buchführung

Die gesetzlichen Vertreter des Gesundheitsfonds Steiermark sind für die Buchführung, sowie für die Aufstellung des Jahresabschlusses verantwortlich, der ein möglichst getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Gesundheitsfonds in Übereinstimmung mit den österreichischen unternehmensrechtlichen Vorschriften vermittelt. Diese Verantwortung beinhaltet: Gestaltung, Umsetzung und Aufrechterhaltung eines internen Kontrollsystems, soweit dieses für die Aufstellung des Jahresabschlusses und die Vermittlung eines möglichst getreuen Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Gesundheitsfonds Steiermark von Bedeutung ist, damit dieser frei von wesentlichen Fehlerdarstellungen ist, sei es auf Grund von unbeabsichtigten oder unbeabsichtigten Fehlern; die Auswahl und Anwendung geeigneter Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden; die Vornahme von Schätzungen, die unter Berücksichtigung der gegebenen Rahmenbedingungen angemessen erscheinen.

### Verantwortung des Abschlussprüfers und Beschreibung von Art und Umfang der freiwilligen, im Rahmen des Gesetzes durchgeführten Abschlussprüfung

Unsere Verantwortung besteht in der Abgabe eines Prüfungsurteils zu diesem Jahresabschluss auf der Grundlage unserer Prüfung. Wir haben unsere Prüfung unter Beachtung der in Österreich geltenden gesetzlichen Vorschriften und Grundsätze ordnungsgemäßer Abschlussprüfung durchgeführt. Diese Grundsätze erfordern, dass wir die Standsregeln einhalten und die Prüfung so planen und durchführen, dass wir uns mit hinreichender Sicherheit ein Urteil darüber bilden können, ob der Jahresabschluss frei von wesentlichen Fehlerdarstellungen ist.

Eine Prüfung beinhaltet die Durchführung von Prüfungshandlungen zur Erlangung von Prüfungsnachweisen hinsichtlich der Beiträge und sonstigen Angaben im Jahresabschluss. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemäßen Ermessen des Abschlussprüfers unter Berücksichtigung seiner Einschätzung des Risikos eines Auftretens wesentlicher Fehlerdarstellungen, sei es auf Grund von unbeabsichtigten oder unbeabsichtigten Fehlern. Bei der Vornahme dieser Risikoeinschätzung berücksichtigt der Abschlussprüfer das interne Kontrollsystem, soweit es für die Aufstellung des Jahresabschlusses und die Vermittlung eines möglichst getreuen Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Gesundheitsfonds Steiermark von Bedeutung ist, um unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen geeignete

Böhm & Böhm Wirtschaftsprüfungs KG  
FN 203871 k. LG I. ZRS Graz

## 6.4 Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten

Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten 2010							
Rechtsträger	Stationär	Ambulant	Dialyse	Ausländer Ambulant/ Dialyse	Vorweganteile/ Strukturbed. Maßnahmen	Summe	
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H	578.608.673,90	45.815.126,20	5.466.282,10	124.666,51	269.602,10	630.284.350,81	
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz	6.429.790,40					6.429.790,40	
Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse	20.080.198,40	596.680,20	677.575,10			21.354.453,70	
Krankenhaus der Elisabethinen GmbH Graz	17.977.134,00	497.281,50				18.474.415,50	
Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg	13.750.851,40	553.200,10				14.304.051,50	
Neurologische Therapiezentrum Kapfenberg GmbH	5.195.907,90	127.200,80				5.323.108,70	
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	9.092.698,40	683.756,80	435.483,40	124.137,32		10.336.075,92	
Marienkrankenhaus Vorau Gemeinnützige GmbH	9.064.745,60	392.700,40				9.457.446,00	
ROMED Austria Klinik GmbH, PSO Bad Aussee					7.500.000,00	7.500.000,00	
GGZ der Stadt Graz, Wachkomfinanzierung					1.450.242,86	1.450.242,86	
KAGes, Hospiz- und Palliativfinanzierung					4.274.382,54	4.274.382,54	
	660.200.000,00	48.665.946,00	6.579.340,60	248.803,83	13.224.625,40	728.918.715,83	

## 6.5 Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2010)

Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2010)		
Rechtsträger/Krankenanstalt	Adresse	
<b>Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH</b>		
LKH Bad Aussee	Grundlseer-Straße 230	8990 Bad Aussee
LKH Bruck a.d. Mur	Tragösserstraße 1	8600 Bruck a.d. Mur
LKH Feldbach	Ottokar-Kernstock-Straße 18	8330 Feldbach
LKH Fürstenfeld	Krankenhausgasse 1	8280 Fürstenfeld
LKH Hörgas-Enzenbach	Hörgas 68	8112 Gratwein
LKH-Universitätsklinikum Graz	Auenbruggerplatz 1	8036 Graz
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz	Wagner-Jauregg-Platz 1	8053 Graz
LKH Hartberg	Krankenhausplatz 1	8230 Hartberg
LKH Leoben Standort Eisenerz	Vordernbergerstraße 42 Radmeisterstraße 7-9	8700 Leoben 8790 Eisenerz
LKH Mürzzuschlag-Mariazell Standort Mürzzuschlag Standort Mariazell	Grazer Straße 63-65 Spitalsgasse 4-8	8680 Mürzzuschlag 8630 St. Sebastian
LKH Bad Radkersburg	Dr. Schwaiger-Straße 1	8490 Bad Radkersburg
LKH Rottenmann	St. Georgen 2-4	8786 Rottenmann
LKH Stolzalpe	Stolzalpe 38	8852 Stolzalpe
LKH Voitsberg	Conrad-von-Hötzendorf-Straße 31	8570 Voitsberg
LKH Wagna	Pelzmannstraße 18	8435 Wagna
LKH Weiz	Franz-Pichler-Straße 85	8160 Weiz
LKH Deutschlandsberg	Radlpaßbundesstraße 29	8530 Deutschlandsberg
LKH Judenburg-Knittelfeld Standort Judenburg Standort Knittelfeld	Oberweggasse 18 Gaalers Straße 10	8750 Judenburg 8720 Knittelfeld
LKH Graz West	Göstinger Straße 22	8020 Graz
<b>Konvent der Barmherzigen Brüder Graz</b>		
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse	Marschallgasse 12	8020 Graz
<b>Krankenhaus der Elisabethinen GmbH</b>		
Krankenhaus der Elisabethinen	Elisabethinergasse 14	8020 Graz
<b>Konvent der Barmherzigen Brüder Eggenberg</b>		
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Therapiestation für Drogenkranke – „WALKABOUT“	Bergstraße 27 Johannes-von-Gott-Straße 12	8020 Graz 8047 Kainbach bei Graz
<b>NTK – Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg GmbH</b>		
Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg	Anton-Buchalka-Straße 1	8605 Kapfenberg
<b>Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen</b>		
Diakonissenkrankenhaus Schladming	Salzburger Straße 777	8970 Schladming
<b>Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH</b>		
Marienkrankenhaus Voralpe	Spitalstraße 101	8250 Voralpe
<b>Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz</b>		
Albert Schweitzer Klinik	Albert-Schweitzer-Gasse 36	8020 Graz
<b>ROMED Austria Klinik Consulting Grundbesitzgesellschaft mbH</b>		
Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie assoziiert an die Medizinische Universität Graz	Sommersbergseestraße 395	8990 Bad Aussee

## 6.6 LDF-Pauschalen – Darstellung der Einzelkomponenten

LDF-Pauschalen 2010 – Darstellung der Einzelkomponenten											
Krankenanstalt	Leistungs-komponente		Tageskomponente		Punkte BDOG überschriften		Intensivpunkte	Mehrleistungs-zuschlag	Punkte spezielle Leistungsbereiche	Punkte Total	
LKH Bad Aussee	979.145	14,60%	4.988.495	74,38%	488.118	7,28%	201.106	3,00%	50.271	0,75%	6.707.135
LKH Bruck/Mur	13.857.095	23,24%	31.577.939	52,95%	2.998.306	5,03%	6.022.784	10,10%	3.815.882	6,40%	59.633.301
LKH Feldbach	6.732.536	19,93%	20.962.360	62,04%	2.048.726	6,06%	3.440.086	10,18%	605.619	1,79%	33.789.327
Fürstenfeld LKH	3.265.391	20,64%	8.270.277	52,29%	1.527.873	9,66%	944.115	5,97%	1.809.467	11,44%	15.817.123
PSO Bad Aussee	64.590	1,01%	4.093.710	63,74%	2.263.789	35,25%	-	0,00%	-	0,00%	6.422.089
LKH Hörgas /Enzenbach	1.397.039	8,96%	8.377.573	53,70%	1.465.586	9,40%	2.270.454	14,55%	38.237	0,25%	15.599.593
LKH-Univ.Klinikum Graz	66.556.005	22,55%	138.845.525	47,04%	18.894.650	6,40%	48.743.332	16,51%	19.548.053	6,62%	295.168.830
Albert Schweitzer Klinik	216.176	2,14%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	229.864	2,28%	10.080.852
KH BHB Marschallgasse	6.996.106	22,34%	17.918.320	57,21%	2.131.779	6,81%	2.808.416	8,97%	1.468.197	4,69%	31.322.818
KH Elisabethinen	7.566.065	26,77%	15.796.141	55,90%	1.195.516	4,23%	814.080	2,88%	1.704.197	6,03%	28.259.015
LSF Graz	2.528.671	3,80%	43.973.957	66,04%	11.676.726	17,54%	443.128	0,67%	1.764.380	2,65%	66.583.343
KH BHB Eggenberg	1.274.402	5,96%	15.497.402	72,53%	4.556.597	21,33%	-	0,00%	38.673	0,18%	21.367.074
LKH Hartberg	4.028.374	17,95%	15.523.500	69,16%	1.027.780	4,58%	1.657.954	7,39%	206.941	0,92%	22.444.549
NTZ Kapfenberg	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	7.937.980
LKH Leoben	13.292.955	17,17%	41.502.589	53,59%	5.293.881	6,84%	13.822.032	17,85%	2.323.530	3,00%	77.440.070
LKH Mürrzuschlag-Mariazell	767.512	6,97%	6.532.144	59,31%	1.750.912	15,90%	647.322	5,88%	18.214	0,17%	11.014.432
LKH Bad Radkersburg	6.070.880	32,81%	10.836.504	58,57%	651.915	3,52%	569.736	3,08%	373.954	2,02%	18.502.989
LKH Rottenmann	2.513.786	12,69%	10.937.892	55,20%	1.198.352	6,05%	2.676.642	13,51%	254.525	1,28%	19.816.329
DKH Schladming	3.220.518	22,64%	8.992.698	63,22%	913.927	6,42%	677.025	4,76%	421.363	2,96%	14.225.531
LKH Stolzalpe	7.291.346	28,05%	15.678.198	60,31%	1.716.972	6,60%	275.880	1,06%	1.034.331	3,98%	25.996.727
LKH Voitsberg	1.764.720	11,55%	9.161.636	59,96%	920.751	6,03%	1.448.292	9,48%	146.262	0,96%	15.278.327
MKH Vorau	2.113.452	15,30%	8.354.263	60,47%	522.438	3,78%	404.142	2,93%	26.328	0,19%	13.814.803
LKH Wagner	3.089.331	17,08%	11.618.769	64,23%	995.248	5,50%	2.255.502	12,47%	129.645	0,72%	18.088.495
LKH Weiz	2.214.750	20,95%	7.491.249	70,85%	724.773	6,86%	-	0,00%	141.955	1,34%	10.572.727
LKH Deutschlandsberg	3.494.853	16,36%	15.356.260	71,87%	1.032.825	4,83%	1.307.373	6,12%	175.325	0,82%	21.366.636
LKH Judenburg/Knittelfeld	6.153.556	18,37%	20.411.442	60,94%	2.224.647	6,64%	3.439.205	10,27%	734.626	2,19%	33.496.840
LKH Graz West	5.125.968	15,71%	18.374.412	56,30%	2.504.204	7,67%	4.428.060	13,57%	2.202.839	6,75%	32.635.483
<b>Steiermark</b>	<b>172.575.222</b>	<b>18,49%</b>	<b>511.073.255</b>	<b>54,75%</b>	<b>70.726.291</b>	<b>7,58%</b>	<b>99.296.666</b>	<b>10,64%</b>	<b>39.262.678</b>	<b>4,21%</b>	<b>933.382.418</b>

Datenbasis: MBDS; Korrekturmeldung Stand 31.12.2010

## 6.7 Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik

### Systemisierte Betten

Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind.

### Tatsächlich aufgestellte Betten

Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie belegt waren oder nicht. Funktionsbetten, wie z.B. Dialysebetten, postoperative Betten im Aufwachraum, Säuglingsboxen der Geburtshilfe u.ä. zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten.

### Stationäre PatientInnen

Die stationären PatientInnen eines Zeitraums werden in der KA-Statistik mit folgender Formel berechnet: (Aufnahmen + Entlassungen + Verstorbene) : 2 [bei Belagsdaueräquivalent bis einschl. 28 Tage] bzw. (Aufnahmen + Entlassungen + Verstorbene + vom Vorjahr Verbliebene) : 2 [bei Belagsdaueräquivalent über 28 Tage]

### Belagstage

Summe der Mitternachtsstände der PatientInnen im Berichtsjahr. Die Anzahl der Belagstage insgesamt wird aus den Diagnosen- und Leistungsberichten errechnet.

### Durchschnittliche Verweildauer

Durchschnittliche Verweildauer pro PatientIn (Belagstage/stationäre PatientInnen).

### Ambulante PatientInnen (an Stelle des bisherigen Begriffs „Ambulanter Fall“)

Anzahl der während des Kalenderjahres (Berichtsjahres) auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen behandelten, nicht-stationären PatientInnen.

Zu zählen sind – unabhängig vom Krankheitsbild – die Erstbesuche von nicht-stationären PatientInnen auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen. Die Erfassung stellt allein auf die Zahl der Erstbesuche der auf den einzelnen nicht-bettenführenden Hauptkostenstellen behandelten PatientInnen ab.

### Frequenzen an ambulanten PatientInnen

Anzahl der Besuche von ambulanten PatientInnen (physischer Personen) auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle pro Kalenderjahr (Berichtsjahr).

Als Frequenz ist zu zählen, wenn der Besuch der ambulanten PatientInnen zum Zweck einer Untersuchung/Behandlung oder eines medizinischen Beratungsgespräches erfolgt.





*„Gemeinsam in eine gesunde Zukunft.“*



**GESUNDHEITSPLATTFORM  
STEIERMARK**

**GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK**

Friedrichgasse 9, 8010 Graz

[www.gesundheitsfonds.steiermark.at](http://www.gesundheitsfonds.steiermark.at)