



*„Gemeinsam
eine gesunde
Zukunft bauen.“*

JAHRESBERICHT 2011



**GESUNDHEITSPLATTFORM
STEIERMARK**



GESUNDHEITSPLATTFORM
STEIERMARK

JAHRESBERICHT
2011

Impressum

Herausgeber und Medieninhaber:
Gesundheitsfonds Steiermark
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark
Friedrichgasse 9, 8010 Graz
E-Mail: gfst@stmk.gv.at
Website: www.gesundheitsfonds.steiermark.at

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

Gestaltung:
Waltl & Waltl Werbeagentur GmbH

Fotos:
Cover © istockphoto.com, Len44ik
Landesrätin Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder © Land Steiermark, Jungwirth
Obmann der StGKK Josef Pesslerl © GKK, Cassini
DI Harald Gaugg © Gesundheitsfonds Steiermark, Teresa Rothwangl
Dr. Gert Klima © Gesundheitsfonds Steiermark

Druck:
Medienfabrik, 8020 Graz

VORWORT DER VORSITZENDEN	6
VORWORT DER GESCHÄFTSFÜHRUNG	7
CHRONIK 2011	8
1 DER GESUNDHEITSFONDS	9
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 Gesundheitsfondsgesetz	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 6. Steirische Gesundheitskonferenz „Gesund Essen – Gesund Leben“	17
1.10 Fachbeirat für Frauengesundheit	19
2 DIE GESCHÄFTSSTELLE	21
3 FINANZEN UND LEISTUNGEN	23
3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds Steiermark 2011	23
3.1.1 Einnahmen 2011	25
3.1.2 Mittelverwendung 2011	26
3.2 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	30
3.2.1 Der LKF-Kernbereich	30
3.2.2 Der LKF-Steuerungsbereich	31
3.3 Leistungsdaten 2011	32
4 AKTIVITÄTEN 2011	38
4.1 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark	38
4.1.1 Reformpoolprojekte	38
4.1.1.1 Nephrologische Versorgung in der Steiermark	38
4.1.1.2 DMP Therapie Aktiv und Herz.Leben	38
4.1.1.3 Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose	39
4.1.1.4 Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen	39
4.1.1.5 Teleulcus – Best-Practice-Modell – vernetztes teleunterstütztes Management chronischer Wunden	40
4.1.2 Projekte mit sektorenübergreifender Finanzierung	40
4.1.2.1 Pilotprojekt „Sektorenübergreifende Finanzierung ambulanter Leistungen am MR-Institut Stolzalpe“	40
4.1.2.2 Projekt „Gemeinsame Finanzierung der Neuzugänge bei der ambulanten Hämodialyse“	40
4.1.2.3 Gemeinsame Kostentragung bei Druckbeatmungsgeräten	41
4.1.3 Sonstige Projekte	41
4.1.3.1 Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert-Schweitzer-Klinik	41
4.1.3.2 PSO Bad Aussee	41
4.1.3.3 Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark	42
4.1.3.5 Caritas Marienambulanz	43
4.1.3.6 Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche	43
4.1.3.7 Präoperative Befundung	43
4.2 Gesundheitszentren Steiermark	44
4.2.1 Gesundheitszentrum Mürzzuschlag	44
4.2.2 Gesundheitszentrum Bad Aussee	44
4.3 Gesundheitsziele Steiermark	46
4.3.1 Modellprojekt „Gemeinsam Essen“	46
4.3.2 Standards zur Sicherung einer Basisqualität in der Gemeinschaftsverpflegung	47
4.3.3 Weitere Maßnahmen	47
4.3.3.1 Weiterbildungsangebot für KindergartenpädagogInnen	47
4.3.3.2 Gesundheitsziele-Newsletter	47
4.3.3.3 „Integriertes Gesundheitsmanagement (IGM)“	47
4.3.4 Projekt „Gemeinsam g’sund genießen“ – die Steiermark im Gleich-Gewicht	47
4.4 Qualität	48
4.4.1 Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK)	48
4.4.1.1 PlattformQ SALUS 2011	48
4.4.1.2 Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)	49
4.4.1.3 „AKTION Saubere Hände“ im steirischen Gesundheitswesen	51
4.4.1.4 A-IQI – Umsetzung der Austrian Inpatient Quality Indicators	52
4.4.1.5 Mitgliedschaft Plattform Patientensicherheit (ANetPas)	53
4.4.1.6 Projektportfoliomanagement	53

4.5 Medizinische Datenqualität	53
4.5.1 ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle – medQK	53
4.5.1.1 Ziele und Aufgaben	53
4.5.1.2 Mitglieder	54
4.5.1.3 Arbeitsschwerpunkte 2011	54
4.5.2 Datenqualitätstreffen der Bundesländer	57
4.5.3 Errors und Warnings	57
4.6 Strukturplanung	58
4.6.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark	58
4.6.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) – Wartung und Weiterentwicklung	59
4.7 E-Health	59
4.7.1 Gesundheitsportal Steiermark	59
4.7.2 EU-Projekt PALANTE	60
4.8 Sonstige Aktivitäten	60
5 VERZEICHNISSE	61
5.1 Abbildungsverzeichnis	61
5.2 Tabellenverzeichnis	61
5.3 Abkürzungsverzeichnis	62
6 ANHANG	63
6.1 Bilanz	63
6.2 Gewinn-und-Verlust-Rechnung	64
6.3 Bestätigungsvermerk	66
6.4 Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten	67
6.5 Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31. 12. 2011)	68
6.6 LDF-Pauschalen – Darstellung der Einzelkomponenten	69
6.7 Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik	70



Landesrätin Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder
Vorsitzende der Gesundheitsplattform Steiermark

Im vergangenen Jahr stand im steirischen Gesundheitswesen die Revision der Versorgungsstruktur im Mittelpunkt. Sowohl demografische Veränderungen als auch der medizinische Fortschritt stellen eine große Herausforderung an das Gesundheitssystem dar. Der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011 legt verstärkt Wert auf eine Kooperation zwischen einzelnen Standorten. Damit werden die Versorgungsaufgaben der einzelnen Krankenanstalten deutlicher geregelt, als dies bisher der Fall war. Denn Ziel ist es, dass alle Steirerinnen und Steirer auch weiterhin die bestmögliche Qualität in der Gesundheitsversorgung erhalten.

Die Qualität der Gesundheitsversorgung zeigt sich auch in der Umsetzung der steirischen Reformpoolprojekte. 2011 konnten wiederum drei in die Regelversorgung übernommen werden – dabei geht es um die integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen, um das „Disease Management Programm Therapie Aktiv“ für Diabetes-PatientInnen sowie um das Projekt „Herz.Leben“ zur Schulung von PatientInnen mit Bluthochdruck.

Die Entwicklung der Gesundheitszentren wird weiter vorangetrieben. Für das laufende Jahr wurde der Beschluss gefasst, in den Regionen Hartberg und Murau Zentren zu errichten, um auch hier der Bevölkerung eine qualitätsvolle Unterstützung aus einer Hand zu ermöglichen.

Die Steiermark ist aber auch in Sachen E-Health vorn dabei: So wird neben der Entwicklung eines elektronischen Impfpasses im Rahmen der ELGA auch an einem EU-Projekt teilgenommen, das die Stärkung der Verantwortung der persönlichen Gesundheit zum Ziel hat.

Diese und weitere Herausforderungen gilt es mit größtem Engagement umzusetzen, um die bestmögliche Versorgung der steirischen Bevölkerung zu gewährleisten. Ich bedanke mich für den Einsatz und die Zusammenarbeit aller Beteiligten, die diese Gesundheitsinitiativen in der Steiermark möglich machen.

Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder
Landesrätin für Gesundheit und Pflegemanagement
Vorsitzende der Gesundheitsplattform Steiermark



Obmann der StGKK Josef Pessler
Stv. Vorsitzender der Gesundheitsplattform Steiermark

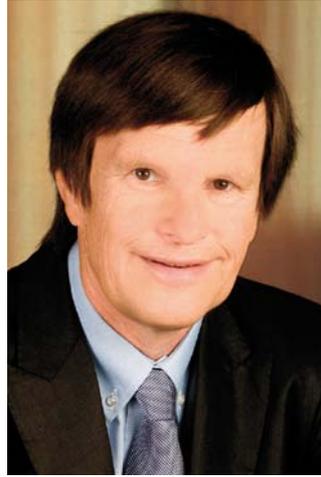
Wirtschaftlich schwierige Zeiten erfordern besondere Lösungen – gerade im sensiblen Gesundheitsbereich. Selbstverständlich ist es notwendig, alle Ressourcen optimal zu nutzen, Sparpotenziale zu erkennen und Ausgabensteigerungen zu dämpfen. Nur wenn die Finanzierbarkeit gewährleistet bleibt, kann unser hervorragendes Gesundheitssystem auch künftig beste medizinische Versorgung für alle garantieren – und damit einen wesentlichen Beitrag zur sozialen Sicherheit in unserem Land leisten.

Ein punktgenau auf die Herausforderungen der Zukunft abgestimmtes Konzept ist Voraussetzung für treffsichere Entscheidungen. Hier leistet der Steirische Gesundheitsfonds wertvolle Arbeit – schließlich sind die Strategien von heute die Lösungen von morgen.

Vergessen wir aber nie, dass hinter allen Zahlen, Daten und Fakten menschliche Schicksale stehen. Unsere Herausforderung lautet, die Qualität der medizinischen Versorgung stetig zu verbessern und gleichzeitig für die kommenden Generationen abzusichern. Um dieses Ziel zu erreichen, bedarf es gewaltiger Anstrengungen, die nur in einem konstruktiven Miteinander zu erreichen sind.

In diesem Sinne danke ich allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitsfonds für ihren Einsatz. Viel Erfolg und beste Gesundheit für die Zukunft!

Josef Pessler
Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse
Stellvertretender Vorsitzender
der Gesundheitsplattform Steiermark,



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

Geschäftsführung des
Gesundheitsfonds Steiermark

Ein Schwerpunkt des Gesundheitsfonds Steiermark im vergangenen sechsten Geschäftsjahr war die Revision des RSG – Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark. Zielsetzung der Revision war die Weiterentwicklung und Neustrukturierung wesentlicher Bereiche des akutstationären Versorgungsbereichs in enger Abstimmung mit den ambulanten Versorgungsstrukturen. Der Planungshorizont für diese Revision reicht bis zum Jahr 2020. In diesem Zeitraum sollen in speziellen Versorgungsbereichen Pilotprojekte durchgeführt und evaluiert werden, um diese Versorgungsmodelle in der Folge in optimierter Form in die Regelversorgung überführen zu können. Damit wird eine umfassende, gleichmäßige – möglichst wohnortnahe – und qualitätsvolle medizinische Versorgung für alle SteirerInnen gewährleistet.

Die Überführung in den Regelbetrieb der Reformpoolprojekte „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen“, „Herz.Leben“ sowie „DMP Therapie Aktiv“ wurde in Sitzungen der Gesundheitsplattform beschlossen und befindet sich in Umsetzung.

Zur Unterstützung einer regionalen qualitativollen Versorgung arbeiten die Gesundheitszentren Steiermark in den Pilotregionen Mürzzuschlag und Bad Aussee. In der Sitzung der Gesundheitsplattform am 19. Oktober 2011 wurde der Beschluss zur Weiterentwicklung und zum weiteren Ausbau in den Regionen Hartberg und Murau gefasst.

Die 6. Steirische Gesundheitskonferenz fand am 4. Juli 2011 im Messe Congress Graz statt und widmete sich unter dem Titel GESUND ESSEN – GESUND LEBEN dem Thema Ernährung. Der Bereich der gesunden Ernährung wurde unter vielseitigen Aspekten beleuchtet. So wurden unter anderem ernährungsphysiologische, ökologische und soziale Betrachtungsweisen präsentiert und diskutiert. Rund 400 Personen aus der Landespolitik, verschiedenen Gesundheitsförderungseinrichtungen, Versicherungen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Non-Profit-Organisationen und Institutionen des intra- und extramuralen Versorgungsbereiches nahmen an der Veranstaltung teil.

Zum zweiten Mal wurde im Jahr 2011 zur Veranstaltung PlattformQ SALUS eingeladen. Nationale und internationale ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen nutzten die Gelegenheit sich zum Thema „PatientInnensicherheit: Melden – Lernen – Umsetzen“ auszutauschen. Die Veranstaltung bot auch einen gelungenen Rahmen für die Verleihung des steirischen Qualitätspreises Gesundheit – SALUS. Dieser Preis wurde zum dritten Mal als Auszeichnung für die kontinuierliche und systematische Verbesserung der Qualitätsarbeit im steirischen Gesundheitswesen vergeben.

Der Gesundheitsfonds Steiermark bekennt sich zu einer umfassenden Berücksichtigung der Public-Health-Grundsätze. Im Rahmen der österreichischen Vorsorgestrategie Ernährung hat der Gesundheitsfonds Steiermark gemeinsam mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse das Projekt „GEMEINSAM G’SUND GENIESSEN“ eingereicht. Mit Beschluss der Bundesgesundheitskommission am 4. Juli 2011 wurde dem steirischen Projekt stattgegeben. Ziel dieses Projekts ist es, die SteirerInnen zu motivieren, größeren Wert auf gesunde Ernährung zu legen. Das Projekt – mit einer Laufzeit bis Ende 2013 – setzt vor allem auf Dialog und Interaktion.

Auf Einladung des europaweiten Netzwerks ENRICH hat der Gesundheitsfonds Steiermark gemeinsam mit der KAGES mbH und der FH JOANNEUM GmbH das E-Health-Projekt „elektronischer Strahlenpass“ im Rahmen des EU-Projekts „PALANTE“ eingereicht. Im November 2011 erhielten die Einreicher die Zusage der EU-Kommission zur Umsetzung des Projekts. Die Zielsetzung dieses EU-Projekts ist einerseits eine verbesserte Vernetzung zum Wissensaustausch von telemedizinischen Services, und andererseits die Stärkung der Eigenverantwortung von PatientInnen.

Die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark wird auch weiterhin an einer bestmöglichen und effizienten Gesundheitsversorgung für die SteirerInnen arbeiten und Themen zur Gesundheitsförderung verstärkt in den Mittelpunkt stellen.

Chronik 2011 im Überblick

2. Februar	Sitzung der medQK
17. März	Sitzung der medQK
18. März	Sitzung des Präsidiums
23. März	22. Sitzung der Gesundheitsplattform
3. April	Sitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
11. April	Sitzung der QSK
15. April	23. Sitzung der Gesundheitsplattform
6. Juni	Sitzung der QSK
10. Juni	Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
20. Juni	Sitzung des Präsidiums
29. Juni	24. Sitzung der Gesundheitsplattform
4. Juli	6. Steirische Gesundheitskonferenz
13. Juli	Sitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
10. Oktober	Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
12. Oktober	Sitzung des Präsidiums
19. Oktober	25. Sitzung der Gesundheitsplattform
7. November	Sitzung der QSK
29. November	Sitzung des Präsidiums
29. November	Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
7. Dezember	Sitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
7. Dezember	26. 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 von Landesgesundheitsfonds zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung vorgesehen und vom Land Steiermark durch das Steiermärkische Gesundheitsfondsgesetz 2006, LGBL. Nr. 6/2006 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2006 umgesetzt. Zur Mitfinanzierung der Fondskrankenanstalten lt. Gesundheitsfondsgesetz sowie zur Wahrnehmung weiterer Aufgaben aufgrund 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 Gesundheitsfondsgesetz wurden mit der Novelle LGBL. Nr. 1/2009 vorgenommen und traten mit 13. Jänner 2009 in Kraft.

Gemäß § 3 Gesundheitsfondsgesetz 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 Gesundheitsfondsgesetz 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.

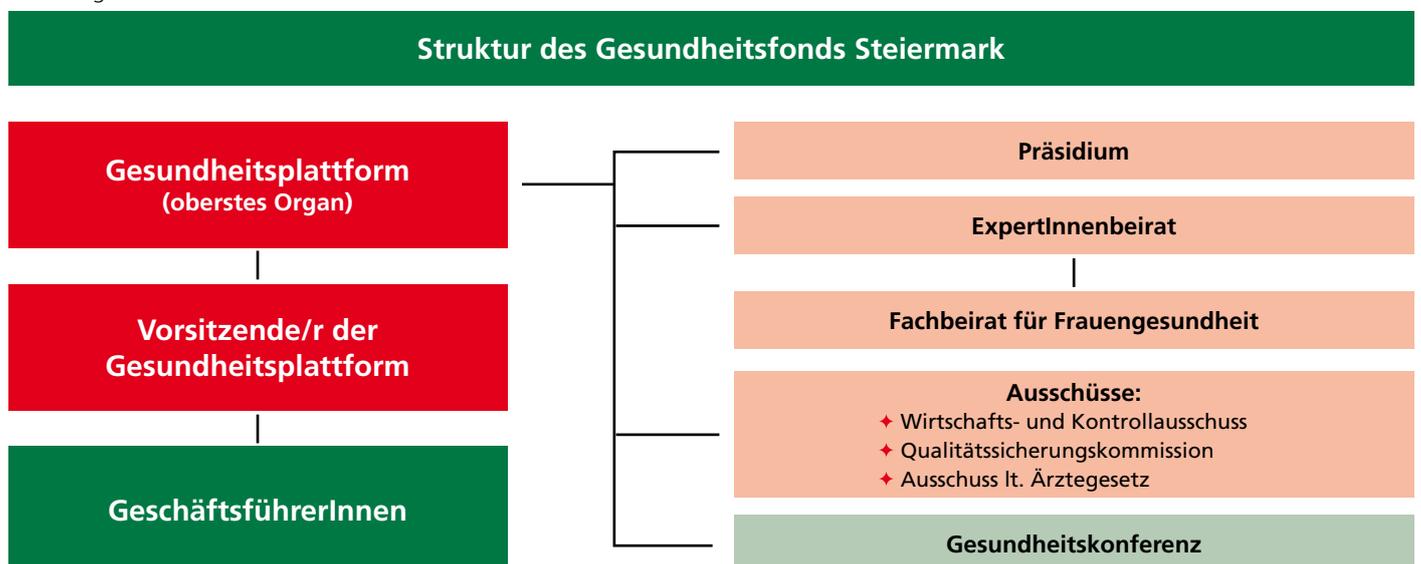
Die Vertretung des Gesundheitsfonds nach außen obliegt der/dem Vorsitzenden und den gemeinsam vertretenden GeschäftsführerInnen. Die/der Vorsitzende kann sich bestimmte Vertretungshandlungen vorbehalten und ist gegenüber den GeschäftsführerInnen hinsichtlich ihrer gesetzlich geregelten Aufgaben weisungsbefugt.

Die Gesundheitsplattform besteht aus 22 Mitgliedern und 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 Bereiches. 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 ausüben, ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz sinngemäß anzuwenden, soweit es nicht unmittelbar gilt.

Die Tätigkeit des Gesundheitsfonds ist an den Prinzipien des Gender Mainstreaming orientiert und hat Anwendung und Umsetzung der Gender-Kriterien zu berücksichtigen. Weiters orientiert sich der Gesundheitsfonds bei seiner Tätigkeit

Abbildung 1: Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark



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 Leistungsabteilung im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) sicherzustellen. Unter § 10 Absatz 1 des Gesundheitsfondsgesetzes 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 Gesundheitsfondsgesetz 2006 i. d. g. F. gehören der Gesundheitsplattform an:

1. das für das Krankenhauswesen 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 Bedacht 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 für Steiermark entsandt werden (davon zumindest ein Mitglied aus der Kurie der angestellten 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 Landeskrankenhäuser entsandt werden;
10. ein Mitglied, das einvernehmlich von den Rechtsträgern der sonstigen steirischen Fondskrankenhäuser entsandt wird;
11. ein vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandenes Mitglied.

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

Im Jahr 2011 hat sich die Gesundheitsplattform wie folgt zusammengesetzt:

Tabelle 1: Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark mit Stimmrecht

Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark mit Stimmrecht	
Mitglieder der Gesundheitsplattform	Entsendende Stelle
Mag. ^a Kristina EDLINGER-PLODER (Vorsitzende) Johann BACHER Dr. Franz FEIL Mag. ^a Ursula LACKNER Univ.-Doz. Ing. Dr. Gerhard STARK Klaus ZENZ	VertreterInnen des Landes
Josef PESSERL (stellvertretender Vorsitzender) Ing. Thomas GEBELL Mag. ^a 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
Mag. Dr. Martin OZIMIC	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes
Bernd ROSENBERGER	Vertreter des Städtebundes LG Stmk.
Mag. ^a Renate SKLEDAR	Vertreterin der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
DI Dr. Werner LEODOLTER a. o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ 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 Geschäftsordnung 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

Tabelle 3: Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark

Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	
Ersatzmitglieder	Entsendende Stelle
Renate BAUER Dipl.-Päd. Peter KOCH Nikolaus KOLLER, MAS MBA Barbara RIENER Markus ZELISKO	VertreterInnen des Landes
Dr. Reinhold PONGRATZ Hermann TALOWSKI (<i>bis zur 23. Sitzung am 15. April 2011</i>) Dr. ⁱⁿ Ingrid KUSTER (<i>ab der 24. Sitzung am 29. Juni 2011</i>) 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. Eiko MEISTER Dr. Wolfgang ROUTIL	Vertreter der Ärztekammer Steiermark
-	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes
Mag. Dr. Gerd HARTINGER	Vertreter des Städtebundes LG Stmk
Mag. ^a 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 Gesundheitsfondsgesetz 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
DI Gunter HADWIGER (kooptiert)	FPÖ

1.4 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform

Über die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wurden im Jahr 2011 fünf Sitzungen der Gesundheitsplattform organisiert und abgewickelt. Insgesamt wurden 46 Tagesordnungspunkte vorbereitet. Die Gesundheitsplattform fasste 16 Beschlüsse. Bestandteil jeder Gesundheitsplattformssitzung sind die Berichte der/des Vorsitzenden, der/des stell-

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

Folgende Tagesordnungspunkte wurden von der Gesundheitsplattform Steiermark im Jahr 2011 behandelt:

Tabelle 5: Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2011

Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2011	
22. Sitzung der Gesundheitsplattform am 23. März 2011	
Bericht über die RSG-Revision 2011	<i>zur Kenntnis genommen</i>
23. Sitzung der Gesundheitsplattform am 15. April 2011	
Beschluss über die RSG-Revision 2011 (akutstationärer Bereich)	<i>beschlossen</i>
24. Sitzung der Gesundheitsplattform am 29. Juni 2011	
Beschluss über den Rechnungsabschluss 2010	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über den Nachtragsvoranschlag 2011	<i>einstimmig beschlossen</i>
Einstufung der besonderen Leistungsbereiche 2011	<i>einstimmig beschlossen</i>
Bericht über die Datenqualitätsaktivitäten der Geschäftsstelle	<i>zur Kenntnis genommen</i>
Beschluss über die RSG-Revision 2011	<i>beschlossen</i>
Weitere Vorgangsweise Projekte	<i>einstimmig beschlossen</i>
25. Sitzung der Gesundheitsplattform am 19. Oktober 2011	
Beschluss über die Weiterentwicklung der Gesundheitszentren	<i>beschlossen</i>
Beschluss des Voranschlages 2012	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über die Einstufung spezieller Leistungsbereiche 2011 – Nachtragsantrag MKH Vorau	<i>einstimmig beschlossen</i>
Reformpoolprojekte „Herz.Leben“ und „DMP Therapie Aktiv“: Beschluss über die Überführung in den Regelbetrieb	<i>einstimmig beschlossen</i>
Qualitätssicherungskommission: Beschluss des Arbeitsprogramms für das Jahr 2012	<i>einstimmig beschlossen</i>
Bericht über das EU-Projekt „PALANTE“ (PATient Leading and mANaging their healThcare through Ehealth) in einer Kooperation mit FH Joanneum, KAGes und GFST	<i>zur Kenntnis genommen</i>
26. Sitzung der Gesundheitsplattform am 7. Dezember 2011	
Beschluss der „Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von Krankenanstalten“	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über die Anträge auf Verwendung von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“: Anträge der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH a) auf Etablierung einer Akutgeriatrie/Remobilisation am LKH Mürzzuschlag/Mariazell b) auf Verlegung der geburtshilflichen Einheit vom LKH Bruck/Mur an das LKH Leoben c) auf Adaptierung der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung am LKH Deutschlandsberg	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über die Finanzierung von 15 Tagesklinikbetten in der Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen eines Pilotprojekts in der Albert-Schweitzer-Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz	<i>einstimmig beschlossen</i>
Beschluss über die LKF-Abrechnung Steiermark 2012; Veränderung der Abrechnungsmodalitäten	<i>beschlossen</i>
Reformpoolprojekt „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“: Beschluss über die Überführung in den Regelbetrieb und Bericht über die „Untersuchung der Schlaganfallversorgung von Frauen und Männern in der Steiermark“ durch das Frauengesundheitszentrum	<i>zur Kenntnis genommen</i>

1.5 Gremien gemäß Gesundheitsfondsgesetz

Lt. § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz i. d. g. F. 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 2011 haben fünf Sitzungen des Präsidiums stattgefunden. Das Präsidium setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 6: Präsidium der Gesundheitsplattform

Präsidium der Gesundheitsplattform		
gemäß § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz		
Zusammensetzung des Präsidiums		
Z. 1	3 vom Land bestellte Mitglieder	Mag. ^a Kristina EDLINGER-PLODER
		Mag. ^a Ursula LACKNER
		Johann BACHER
Z. 2	3 von der SV entsendete Mitglieder	Josef PESSERL
		Mag. ^a Andrea HIRSCHENBERGER
		Rudolf MOSER

Zur Aufbereitung von Entscheidungsgrundlagen bzw. zur fachlichen Beratung der Gesundheitsplattform wurde lt. § 8 Abs. 10 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz ein ExpertInnenbeirat eingerichtet. Dieser ExpertInnenbeirat hat sich am 28. Oktober 2009 konstituiert. Im Jahr 2011 hat keine Sitzung des ExpertInnenbeirats stattgefunden.

Der ExpertInnenbeirat setzt sich wie folgt zusammen (Stand 2011):

Tabelle 7: ExpertInnenbeirat der Gesundheitsplattform

ExpertInnenbeirat der Gesundheitsplattform		
gemäß § 8 Abs. 10 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz		
Zusammensetzung des ExpertInnenbeirats		
Z. 1	GeschäftsführerInnen des Gesundheitsfonds	DI Harald GAUGG Dr. Siegfried MARCHEL (bis 31. Jänner 2011) Dr. Gert KLIMA (ab 1. Februar 2011)
Z. 2	zwei von der/dem Vorsitzenden nominierte Mitglieder	Univ.-Prof. Dr. Horst NOACK Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Renate WILDBURGER
Z. 3	zwei von der/dem StellvertreterIn der/des Vorsitzenden nominierte Mitglieder	Dr. Gert KLIMA (bis 31. Jänner 2011) Dr. Robert GRADWOHL
Z. 4	ein von der Stmk. KAGes nominiertes Mitglied ein von den sonst. Fondskrankenanstalten nominiertes Mitglied	Dipl. KHBW Ernst FARTEK MMag. Christian LAGGER
Z. 5	ein von der Ärztekammer nominiertes Mitglied	Dr. Dieter MÜLLER
Z. 6	die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit gem. § 8 Abs. 11	Mag. ^a Sylvia GROTH

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

Darüber hinaus sieht § 8 Abs. 12 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz 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 der Ausschuss zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52 b Ärztegesetz sowie lt. § 26 a Zahnärztegesetz 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. Gesundheitsfondsgesetz 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/dem Vorsitzenden der Gesundheitsplattform bestellt werden, und zwei nominierten Mitgliedern der Gesundheitsplattform, die von der/dem stellvertretenden Vorsitzenden der Gesundheitsplattform bestellt werden.

Tabelle 8: Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses

Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses	
Mag. ^a Andrea HIRSCHENBERGER Vorsitzende (seit 10. Juni 2011)	Sozialversicherung
Mag. ^a Ursula LACKNER StellvertreterIn	Land Steiermark
Johann BACHER	Land Steiermark
Dr. Wolfgang SEIDL Vorsitzender (bis 10. Juni 2011)	Sozialversicherung

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 2011 fanden insgesamt drei Sitzungen statt; u. a. wurden folgende Tagesordnungspunkte behandelt:

- ♦ Rechnungsabschluss 2010
- ♦ Nachtragsvoranschlag 2011 und Verlängerung der Einreichungsfrist für Anträge aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen 2011“
- ♦ Veranlagung
- ♦ Datenqualitätsaktivitäten der Geschäftsstelle
- ♦ RSG Revision 2011
- ♦ Pilotprojekt „Polypharmazie“
- ♦ Weiterentwicklung der Gesundheitszentren
- ♦ Voranschlag 2012
- ♦ Reformpoolprojekte „Herz.Leben“ und „DMP Therapie Aktiv“ – Überführung in den Regelbetrieb
- ♦ Qualitätssicherungskommission: Arbeitsprogramm für das Jahr 2012
- ♦ EU-Projekt „PALANTE“
- ♦ Krankenanstalten-Controlling Neu und Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von Krankenanstalten
- ♦ Anträge auf Verwendung von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“:
 - ♦ Auf Etablierung einer Akutgeriatrie/Remobilisation am LKH Mürzzuschlag/Mariazell

- ♦ Auf Verlegung der geburtshilflichen Einheit vom LKH Bruck/Mur an das LKH Leoben
- ♦ Auf Adaptierung der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung am LKH Deutschlandsberg
- ♦ Finanzierung von 15 Tagesklinikbetten in der Akutgeriatrie/Remobilisation im Rahmen eines Pilotprojektes in der Albert-Schweitzer-Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz
- ♦ LKF-Abrechnung Steiermark 2010; Veränderung der Abrechnungsmodalitäten
- ♦ Reformpoolprojekt „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“ – Überführung in den Regelbetrieb

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 PatientInnensicherheit
- ♦ 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 qualitätsrelevanter 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
Vorsitzende	
Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Andrea SIEBENHOFER-KROITZSCH	Goethe-Universität Frankfurt, EBM Review Center der Medizinischen Universität Graz
PatientInnenvertreterIn	
Mag. ^a Renate SKLEDAR	Patienten- und Pflegeombudsschaft
VertreterInnen der Institutionen	
Dr. ⁱⁿ Ulrike STARK (<i>bis Oktober 2011</i>) Mag. Franz HÜTTER (<i>ab November 2011</i>)	KAGes
Dr. Herbert KALOUD	Unfallkrankenhaus Graz
Mag. Robert SCHOBER Vertretung: OA Dr. ⁱⁿ Martina LEMMERER	Sonstige Fondsspitäler
Prim. Dr. Franz SCHWARZL Vertretung: Prim. Dr. Michael HESSINGER	Privatspitäler/Institute
Univ.-Prof. Dr. Karlheinz TSCHELIESSNIGG	Medizinische Universität Graz
Prim. Dr. Gert KLIMA (<i>bis Jänner 2011</i>) Prim. Dr. Reinhold PONGRATZ (<i>ab Februar 2011</i>)	Sozialversicherungsträger
BerufsgruppenvertreterInnen	
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. ^a Brigitte SCHAFARIK	Extramurale Pflege
Mag. Dr. Gerhard KOBINGER Vertretung: Mag. ^a Beatrix GLEIXNER	PharmazeutInnen
Vertreterin Fachbeirat für Frauengesundheit	
a. o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ med. Eva RASKY, MME MSc	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
 - ♦ von 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

Gruppenpraxis 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 i. V. m. § 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. Die Mitglieder dieses Ausschusses setzen sich wie folgt zusammen:

Tabelle 10: Mitglieder des Ausschusses zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis

Mitglieder des Ausschusses zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis	
gemäß § 52 b Ärztegesetz sowie § 26 a Zahnärztegesetz	Zusammensetzung des Ausschusses
Land Steiermark	Univ.-Doz. Ing. Dr. Gerhard STARK (Ersatzmitglied Mag. Michael KOREN)
Sozialversicherung	Dr. Robert GRADWOHL (Ersatzmitglied Mag. Gernot LEIPOLD)
Ärztchamber für Steiermark	Dr. Dieter MÜLLER (Ersatzmitglied Mag. Horst STUHLPFARRER, MPH)

Dieser Ausschuss hat im Jahr 2011 nicht getagt.

1.9 6. Steirische Gesundheitskonferenz „Gesund Essen – Gesund Leben“

Die 6. Steirische Gesundheitskonferenz fand am 4. Juli 2011 im Messe Congress Graz statt und widmete sich unter dem Titel GESUND ESSEN – GESUND LEBEN dem Thema Ernährung. Der Bereich der gesunden Ernährung wurde unter vielseitigen Aspekten beleuchtet. So wurden unter anderem ernährungsphysiologische, ökologische und soziale Betrachtungsweisen präsentiert und diskutiert. Rund 400 Personen aus der Landespolitik, verschiedenen Gesundheitsförderungseinrichtungen, Versicherungen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Non-Profit-Organisationen und Institutionen des intra- und extramuralen Versorgungsbereiches nahmen an der Veranstaltung teil.

Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder, Landesrätin für Gesundheit und Pflegemanagement, betonte in ihrer Eröffnungs-

rede die Veränderungen der Nahrungsaufnahme durch den gesellschaftlichen Wandel. Für Josef Pessler, Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, ist es von großer Bedeutung, bei möglichst vielen Menschen das Bewusstsein zu schaffen, dass gesundes Essen auch genussvolles Essen bedeuten kann.

DI Harald Gaugg, Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, ging in seinem Referat auf die österreichische Vorsorgestrategie ein, im Rahmen derer die steirischen Referenzprojekte „Gemeinsam Essen“ (Modellprojekt der Gesundheitsplattform Steiermark in Kooperation mit Styria vitalis) und „Richtig essen von Anfang an“ (Steiermärkische Gebietskrankenkasse) nun in der Steiermark gemeinsam ausgerollt werden.

Im ersten Hauptreferat präsentierte a. o. Univ.-Prof. Dr.ⁱⁿ Regina Roller-Wirnsberger (Medizinische Universität Graz) den vom Bundesministerium in Auftrag gegebenen Nationalen Ernährungsplan (NAP.e), die parallel dazu entstandene Nationale Ernährungskommission (NEK) und deren Auswirkungen auf Strukturen und Prozesse in der Steiermark. Die primären Ziele des NAP.e sind es, einen Rückgang von ernährungsassoziierten Erkrankungen zu verzeichnen und die Zunahme von übergewichtigen Personen zu bremsen, indem einerseits die gesündere Wahl die leichtere werden soll, und andererseits positive Veränderungen sowohl auf der Verhältnis- als auch auf der Verhaltensebene erzielt werden.

Einen anderen Zugang zum Thema der Konferenz lieferte Mag.^a Andrea Ficala („die umweltberatung“), indem sie die Lebensmittelauswahl in Zusammenhang mit klimabewusster Ernährung brachte. Sie rüttelte die Gemüter auf, indem sie schilderte, wie hoch der Ressourcenverbrauch durch die Menschen im Vergleich zur Regenerationsmöglichkeit der Erde sei. Bildlich betrachtet würden wir im Jahr 2050 bereits einen zweiten Erdball benötigen, um unseren Ressourcenverbrauch abdecken zu können. Zudem stammen 20 % der Treibhausgase aus dem Lebensmittelsektor, wobei Lagerung, Verarbeitung und Kühlung bei dieser Berechnung noch nicht berücksichtigt wurden.

Der Soziologe a. o. Univ.-Prof. Dr. Karl-Michael Brunner (Wirtschaftsuniversität Wien) ging in seinem Vortrag auf die Auswirkungen des sozialen Wandels auf den Ernährungsalltag ein. Essen stellt ein komplexes Thema dar und hat für jede Einzelne/jeden Einzelnen verschiedene Bedeutungen. Ein Ernährungswandel geht auch mit Veränderungen in der Gesellschaft einher. Veränderungsfaktoren, die diesen Wandel vorantreiben, stellen unter anderem gesellschaftliche Trends und Gegenrends dar, wie zum Beispiel die Erhöhung der Frauenerwerbstätigkeit, unterschiedliche Formen des Zusammenlebens, Veränderungen der Werthaltungen. Auch strukturelle Veränderungen im Arbeitsleben oder Veränderungen des Einkommens und des Angebots im Handel beeinflussen das Ernährungsverhalten.

Am Nachmittag gab es für die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, einen von drei Workshops zu besuchen und sich aktiv einzubringen. Auch die Workshops beschäftigten sich mit den ernährungsphysiologischen, ökologischen und sozialen Aspekten der Ernährung.

Workshop 1 – „gesund essen und trinken“ – (Moderation Dr.ⁱⁿ Eva Adamer-König, FH JOANNEUM) beschäftigte sich mit der gesunden Ernährung. Den ersten Beitrag lieferten Anna Eisenberger, MBA (LKH Univ.-Klinikum Graz) und Dr.ⁱⁿ Sabine Gabor (LKH-Leoben) zum Thema „Mangelernährung trotz Überfluss? Maßnahmen aus Sicht der LKHs“. Dabei wurde betont, dass Ernährung einen wesentlichen Teil der Therapie in Krankenhäusern darstellt und als eine interdisziplinäre Aufgabe gesehen werden müsse.

Im zweiten Impulsreferat, gehalten von Andrea Carstensen und Mag.^a Johanna Stelzhammer (STGKK), wurde das Projekt „Richtig essen von Anfang an“ präsentiert: Hier werden Workshops zur Förderung des gesunden Essens und Trinkens mittels qualitätsgesicherten Informationen für Schwangere angeboten. Ziel ist es, bereits zu Beginn der Schwangerschaft das Essverhalten der werdenden Mütter

positiv zu verändern, da bereits die mütterliche Ernährung in der Schwangerschaft Einfluss auf die Gesundheit des Kindes nimmt.

Zum Thema „Gesunde Schule, bewegtes Leben – Möglichkeiten zur Förderung eines gesunden Ess- und Trinkverhaltens im Setting Schule“ referierten Corinna Schaffer, BA (STGKK) und Dipl.-Päd.ⁱⁿ Theresia Schickhofer (Neue Mittelschule Graz-Andritz). Bisher konnten 56 Partnerschulen, unter anderem Haupt- und Neue Mittelschulen im städtischen Bereich und im Zuge dessen vor allem sozial benachteiligte SchülerInnen, erreicht werden.

Eva Terler (Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eggenberg) hat im Rahmen des Projektes „Gemeinsam Essen“ das Ziel forciert, Veränderungen in der Gemeinschaftsverpflegung zu schaffen und dabei eine gute Küche im Krankenhaus anzubieten. 500 bis 550 Menüs werden täglich frisch und hausgemacht zubereitet, um die PatientInnen der Barmherzigen Brüder gesund und genussvoll zu verköstigen.

Der zweite Workshop stand unter dem Motto „öko-logisch essen und trinken“ (Moderation Mag.^a Silvia Marchl, Styria vitalis). Robert Ritter (FA19D, Land Steiermark) wies im ersten Beitrag darauf hin, dass Feste eine große wirtschaftliche Bedeutung haben, jedoch auch eine enorme Umweltbelastung, wie beispielsweise durch das An- und Abreisen oder durch den Müll, bedeuten. Das Projekt „G'scheit feiern“ will seit 2001 bei Veranstaltungen unnötige Verpackungen und Einweggeschirr vermeiden und achtet auf Regionalität und Saisonalität sowie auf klimabewusste Mobilität.

DI (FH) Peter Enderle (Joanneum Research) knüpfte am Thema Klimaschutz mit dem Vortrag „Ressourceneffizienz in der Lebensmittelproduktion – Fallbeispiele und praktische Erfahrungen“ an. Auch im Bereich der Lebensmittelproduktion wird die Frage nach Nachhaltigkeit und Energieeffizienz immer bedeutender. Dabei stellen die Nutzung von erneuerbarer Energie und die energetische Verwertung biogener Rest- und Abfallströme wesentliche Faktoren dar, um klimarelevante Emissionen zu reduzieren, eine Erhöhung der Ökoeffizienz zu erreichen und zugleich kostengünstig zu produzieren.

Christine Stacher (Landesjugendhaus Schießstattgasse) rundete den Workshop mit einem Vortrag zum Projektverlauf „Gemeinsam Essen – Veränderungen in der Gemeinschaftsverpflegung“ mit der Zielgruppe jugendliche Bewohnerinnen im Landesjugendhaus Schießstattgasse in Graz ab.

Workshop 3 „gemeinsam essen und trinken“ (Moderation Bettina Zajac-Thelen, ORF Steiermark) wurde mit einem Referat von Michael Lintner (Caritas Diözese Graz-Seckau) mit dem Thema „Mittagstisch und Begegnungsstätte Marienstüberl. Bestandsaufnahme der Versorgung Bedürftiger in Graz“ eröffnet. Pro Jahr werden etwa 100.000 Mahlzeiten von 80 bis 90 ehrenamtlichen HelferInnen an Menschen ausgegeben, die keine Möglichkeit haben, sich selbst Lebensmittel zu kaufen. Wünschenswert wäre, die Menschen nicht an eine Einrichtung zu binden, sondern ihre Ressourcen zu stärken, indem sie Lebensmittel erhalten und lernen, diese selbstständig und kostengünstig zu verarbeiten.

Mit ernährungspädagogischen und suchtpreventiven Aspekten zum Essverhalten in unserer Gesellschaft setzte

sich Dipl.-Päd.ⁱⁿ Marlies Kleinberger (Vivid – Fachstelle für Suchtprävention) auseinander. Eine Störung des Essverhaltens ist letztlich eine Lebensbewältigungsstrategie und ein Warnsignal, das sich jedoch ohne Behandlung zu einer Essstörung mit Krankheitswert entwickeln kann. Um junge Mädchen und Burschen aus verschiedensten sozialen Schichten zu erreichen und präventiv gegen die Entwicklung von Essstörungen vorzugehen, wird mittels des Suchtvorbeugungsprogramms „SCHULE SUCHT VORBEUGUNG“ das Thema bearbeitet.

Überaus bedeutend ist auch die Essensversorgung im Pflegeheim, vor allem bei Menschen mit Kau- und Schluckbeschwerden, Parkinson, Demenz oder Schlaganfall. Dieser Herausforderung stellte sich Beatrice Pagnamenta (Alters- und Pflegeheim Rössligasse) aus der Schweiz mit dem dritten Referat „Essen im Pflegeheim – die etwas andere Art zu kochen“. Verschiedene Kostformen wie pürierte, gewürfelte oder geschäumte Kost sowie Fingerfood für verschiedene Bedürfnisse (z. B. Schluckstörungen, Kaubeschwerden) werden im Pflegeheim hergestellt und angeboten. Dadurch kann Sondennahrung zum Teil ersetzt, Pflegepersonal entlastet und die Selbstständigkeit, Lebensqualität und insbesondere die Freude am Essen der BewohnerInnen erhöht werden.

Ing.ⁱⁿ Anna Thaler (FA6C, Land Steiermark) stellte als letzten Vortrag den Projektverlauf „Gemeinsam Essen“ in den steirischen Fachschulen für Land- und Forstwirtschaft vor. Insgesamt waren 1.220 SchülerInnen am Projekt mit dem Ziel, die Qualität der Speisen zu erhöhen, beteiligt.

„Macht essen noch Spaß?“ – diese Frage wurde zum Abschluss der Konferenz diskutiert. Für Beatrice Pagnamenta (Alters- und Pflegeheim Rössligasse) hat schmackhaftes Essen im Alter eine hohe Wichtigkeit. Denn auch für ältere Menschen soll Essen Geschmack haben, dann ist die Lust zum Essen am ehesten gegeben. Willi Haider (Erste Steirische Kochschule) ist ein vehementer Vertreter von gutem Essen, das sich mit fast allen Lebensmitteln herstellen lässt. Am liebsten kocht Willi Haider mit Produkten aus der Region. Dabei unterstützt wird Haider von Mag.^a Eva Jeindl-Gombocz (TechforTaste), die ebenfalls die steirische Lebensmittelindustrie schätzt und die Vorzüge von regionaler und saisonaler Kost in den Vordergrund stellt. Für Monika Haas (Spar Steiermark-Südburgenland) gibt es zu wenig regionale LebensmittelproduzentInnen, für den Einzelhandel ist es schwierig, über längere Zeit regionale Produkte einer Sorte anzubieten. Beendet wurde die Diskussion mit dem Statement „Genuss muss wieder gelernt und gelehrt werden“.

Abschließend gab Dr. Gert Klima, Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, einen Ausblick auf die Zukunft, in der die bereits aufgegriffenen Themen fortgesetzt werden sollen. Vor allem die Themen Gemeinschaftsverpflegungsküchen und Ernährung in der Schwangerschaft werden im Mittelpunkt der Tätigkeiten stehen.

1.10 Fachbeirat für Frauengesundheit

Der Fachbeirat für Frauengesundheit ist ein interdisziplinär arbeitendes Fachgremium zum Thema Frauengesundheit, das den ExpertInnenbeirat der Gesundheitsplattform Stei-

ermark lt. § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz 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 Gesundheitsfondsgesetz 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 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 Projekten 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.

Der Fachbeirat sieht seine Aufgabe außerdem darin, beratend auf Unter-, Über- und Fehlversorgung im Bereich Frauengesundheit und auf regionale Unterschiede in der Versorgung hinzuweisen. Eingebunden ist dieses Bemühen in die PatientInnenorientierung und Qualitätssicherung, beides explizite Ziele der Gesundheitsplattform (Papier der Geschäftsstelle für Fachbeirat Frauengesundheit, Sitzung 15. November 2006).

Verstärkte Bedeutung erhält der Fachbeirat Frauengesundheit durch die gesetzliche Verankerung des Gender Budgetings ab 2013. Der Bundesverfassung zufolge ist ab 2013 die Wirkungsorientierung insbesondere auch unter Berücksichtigung des Ziels der tatsächlichen Gleichstellung von Frauen und Männern in die Haushaltsführung zu integrieren. Die konkrete Ausgestaltung ist im Bundeshaushaltsgesetz 2013 (BHG 2013) samt den dazugehörigen Durchführungsverordnungen festgelegt. Das BHG 2013 sieht vor, dass ab dem

Bundesvoranschlag 2013 jedes Ressort sowie die obersten Organe im Rahmen der Budgeterstellung verpflichtet sind, für ihre Untergliederungen ein bis maximal fünf Wirkungsziele zu formulieren. Zumindest eines der Wirkungsziele ist direkt aus dem Gleichstellungsziel abzuleiten www.imag-gendermainstreaming.at/cms/imag/content.htm?channel=CH0521&doc=CMS1060358779484

Der Fachbeirat Frauengesundheit leistet hierzu vorbereitende Arbeiten.

Arbeitsweise

Die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit nimmt an den Sitzungen des ExpertInnenbeirats teil. Stellungnahmen des Fachbeirates für Frauengesundheit wer-

den in der Sitzung des ExpertInnenbeirats vorgebracht. 2011 gab es keine Sitzungen des ExpertInnenbeirates. Bei Bedarf und Ressourcen stellt der Fachbeirat für Frauengesundheit seine Expertise in den Gremien für Projekte 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. Seit 2010 übernimmt eine Mitarbeiterin des Frauengesundheitszentrums, Mag.^a Ulla Sladek, die Koordinationstätigkeiten.

Die Sitzungen finden in den Räumlichkeiten der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds statt.

Tabelle 11: Mitglieder des Fachbeirats für Frauengesundheit der Gesundheitsplattform Steiermark

Mitglieder des Fachbeirats für Frauengesundheit der Gesundheitsplattform Steiermark	
Mitglieder	Institution
Mag. ^a 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. ^a Gerlinde Grasser, MScPH	FH JOANNEUM Gesellschaft mbH Gesundheitsmanagement im Tourismus, karenziert
a. o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ med. Éva RÁSKY, MME, MSc	Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Medizinische Universität Graz
Mag. ^a Bettina SCHRITTWIESER	Abteilungsleiterin Konsumentenschutz, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark
Mag. ^a Karin REIS-KLINGSPIEGL	Geschäftsführerin Styria vitalis
Dr. ⁱⁿ Gerhild PAUKOWITSCH-JANDL, MAS	Leiterin Strategie, Innovation und Beteiligung, Leiterin Vertragspartnermanagement, KAGes

Tätigkeiten 2011

Im Jahr 2011 hat sich der Fachbeirat für Frauengesundheit zu drei Sitzungen getroffen und Empfehlungen zu ausgewählten Tagesordnungspunkten der Sitzungen der Gesundheitsplattform ausgesprochen.

- ♦ Der Fachbeirat Frauengesundheit hat Evaluationskriterien zum Monitoring für Projekte erarbeitet und sie dem Gesundheitsfonds zur Nutzung zur Verfügung gestellt.
Eine Vertreterin des Fachbeirats für Frauengesundheit hat den Fachbeirat in der Qualitätssicherungskommission in den insgesamt vier Sitzungen des Jahres vertreten und war bei der Tagung PlattformQ – SALUS 2011 am 21. September 2011 mit dem Thema „PatientInnensicherheit: Melden – Lernen – Umsetzen“ anwesend, bei der auch die Preisverleihung des „SALUS – Steirischer Qualitätspreis Gesundheit“ stattfand.
- ♦ Der Fachbeirat Frauengesundheit tritt für die Umsetzung der EU-Guidelines for Mammography Screening im ab 2013 geplanten nationalen Mammographie-Screening ein und hat am öffentlichen Konsultationsverfahren im August 2011 mit einer Stellungnahme an Gesundheit Österreich GmbH zum Qualitätsstandard des Programms Brustkrebs-Früherkennung

durch Mammographie-Screening sowie zur Durchführung diagnostischer Mammographien teilgenommen.

- ♦ Der Fachbeirat für Frauengesundheit empfahl, ein Projekt zur ärztlichen Fortbildung Qualitätssicherung PAP-Abstrich, Qualitätsoffensive PAP-Abstrich, durchzuführen.
Der Fachbeirat Frauengesundheit hat sich intensiv dafür eingesetzt, dass in die Ausrollung der PatientInnenschulung Herz.Leben und des Diabetesprogramms Therapie.Aktiv eine Expertin des Fachbeirats Frauengesundheit einbezogen wird und seine Evaluationskriterien Berücksichtigung finden. Nur wenn diese Prinzipien des Gender Mainstreamings und der Frauengesundheit (siehe Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetz § 3 Abs. 3 und § 8 Abs. 11) berücksichtigt werden, kann der Fachbeirat Frauengesundheit den Projekten das Prädikat „frauengesundheitsgerecht“ verleihen.
- ♦ Der Fachbeirat Frauengesundheit hat am Begutachtungsverfahren zur Novelle des KAKuG zum Thema Opferschutzgruppen mit einer Stellungnahme beigetragen. Er empfahl, in das Gesetz aufzunehmen, dass Opferschutzgruppen mit Einrichtungen der Opferhilfe wie Frauenhäusern, Notrufen, Gewaltschutzzen-

tren und mit der Gerichtsmedizin zusammenarbeiten sollten. Zudem solle die Krankenhausleitung sicherstellen, dass alle Gesundheitsberufe im Krankenhaus in der Aus- und Fortbildung geschult werden, Gewalt zu erkennen und Betroffene gezielt und adäquat zu versorgen und weiterzuverweisen.

- ♦ Eine weitere Stellungnahme wurde zum Entwurf des Bundesgesetzes über den Obersten Sanitätsrat (OSR-Gesetz) beigetragen. Der Fachbeirat Frauengesundheit begrüßt die geplanten Änderungen. Eine Transparenz über potenzielle Conflicts of Interests bei Mitgliedern des Obersten Sanitätsrates halten die Mitglieder des Fachbeirats Frauengesundheit für sinnvoll. Zur Novelle des Steiermärkischen Gesundheitsfondsgesetzes hat der Fachbeirat Frauengesundheit eine Stellungnahme erarbeitet.
- ♦ Der Fachbeirat Frauengesundheit hat am 4. April 2011 ein Gespräch mit PatientInnenombudsfrau Mag.^a Renate Skledar zu patientInnenrelevanten Outcomes in Qualitätsberichten der Spitäler geführt. Daraus ergaben sich folgende Empfehlungen des Fachbeirats Frauengesundheit an die Gesundheitsplattform: Die Agenden Risk-Management und Qualitätsmanagement sind auf der Führungsebene der KAGes zusammenzuführen. Das fordert auch der Landesrechnungshof in seinem Bericht „Überprüfung der Qualitätssicherung in den Steiermärkischen Landeskrankenanstalten“. Veröffentlicht bei der Sitzung des Steiermärkischen Landtages am 6. Juli 2010 unter www.landesrechnungshof.steiermark.at/cms/dokumente/11293933_583182/08dd6c1e/QM_blau.pdf http://www.landesrechnungshof.steiermark.at/cms/dokumente/11293933_583182/08dd6c1e/QM_blau.pdf. Es sollte eine verpflichtende Analyse der Schadensfälle in bestimmten Zeiträumen durch ExpertInnen geben. Qualitätsberichte mit patientInnenorientierten Outcomes sollen verbindlich von allen Häusern erstellt werden. Besonderes Augenmerk muss auf die Geschlechterspezifität gelegt werden.
- ♦ Der Fachbeirat für Frauengesundheit setzt sich dafür ein, dass bei der integrierten Schlaganfallversorgung, frauengesundheits- und genderspezifische Erkenntnisse möglichst weitgehend in das Roll-out einbezogen werden. Der Gesundheitsfonds hatte 2011 das Frauengesundheitszentrum beauftragt, sex- und genderspezifisch die Evaluation des Projekts „Integrierte Schlaganfallversorgung“ zu überprüfen und mit den internationalen Leitlinien und randomisierten kontrollierten Studienergebnissen zu vergleichen. Der Fachbeirat Frauengesundheit begrüßt, dass das Reformpoolprojekt „Integrierte Schlaganfallversorgung“ in der Steiermark in die Regelversorgung übernommen wurde. Die Mitglieder des Fachbeirates Frauengesundheit empfehlen, dass die Umsetzung geschlechtergerecht erfolgt und die Empfehlungen aus der Untersuchung des Frauengesundheitszentrums berücksichtigt werden. Dies soll im Vertrag samt Sanktionsmöglichkeiten festgehalten werden.
- ♦ Der Fachbeirat Frauengesundheit bemüht sich um die Auswertung von epidemiologischen Daten zur Pränataldiagnostik und der Geburtenstatistik. Ein Mit-

glied des Fachbeirats Frauengesundheit war in eine Sitzung des Fachbeirates für das Geburtenregister Steiermark eingeladen, um zu klären,

- ♦ inwieweit das Geburtenregister Aussagen zu Unter-, Über- und Fehlversorgung zulässt,
- ♦ inwieweit regionale Unterschiede bezogen auf geburtshilfliche Fragestellungen bestehen,
- ♦ inwieweit die Analyse der Daten die Grundlage für die Erstellung von Informationsmaterialien bilden könnte.

Mit diesem Datenpool können die Fragestellungen des Fachbeirates Frauengesundheit nach Unter-, Über- und Fehlversorgung in diesem Bereich in der Steiermark nicht geprüft werden.

Zwischen der Vorsitzenden des Fachbeirats Frauengesundheit und den Geschäftsführern des Gesundheitsfonds fanden mehrere Gespräche statt, um die Empfehlungen des Fachbeirats Frauengesundheit weiterzugeben und 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 seit 1. Februar 2011 Dr. Gert Klima von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, wahrgenommen. Dr. Siegfried Marchel, der Vorgänger von Dr. Gert Klima, hat sich am 31. Jänner 2011 in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet.

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

MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark		
Geschäftsführung		
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
Geschäftsführung, Stellvertretung und Gesundheitsplanung		
Dr. Johannes KOINIG	+43 (0)316 877-5547	johannes.koinig@stmk.gv.at
Assistenz der Geschäftsführung		
Annemarie EHMANN	+43 (0)316 877-5571	annemarie.ehmann@stmk.gv.at
Sonja RINNER	+43 (0)316 877-5569	sonja.rinner@stmk.gv.at
Medizin und Qualität		
Dr. Johannes KOINIG	+43 (0)316 877-5547	johannes.koinig@stmk.gv.at
Mag. ^a (FH) Lydia SPRINGER	+43 (0)316 877-5942	lydia.springer@stmk.gv.at
Andrea KIENZL (bis 30. November 2011)	+43 (0)316 877-5573	andrea.kienzl@stmk.gv.at
LKF-Steuerung, Kooperation, Projektabrechnung, LKF-Scoring		
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
Public Health & Gesundheitsförderung & Gesundheitszentren		
Mag. ^a Sandra MARCZIK-ZETTINIG, MPH	+43 (0)316 877-4976	sandra.marczik-zettinig@stmk.gv.at
Mag. ^a Martina STEINER (ab 1. Oktober 2011)	+43 (0)316 877-4846	martina.steiner@stmk.gv.at
Birgit SUMMER, MA	+43 (0)316 877-5581	birgit.summer@stmk.gv.at
Kommunikation & E-Health & Europa		
Bernadette MATIZ-SCHUNKO, MAS	+43 (0)316 877-4963	bernadette.matiz-schunko@stmk.gv.at
Rechtsangelegenheiten		
Mag. ^a Ulrike ROTH	+43 (0)316 877-5549	ulrike-maria.roth@stmk.gv.at
Finanzen und Buchhaltung		
Sieglinde WINKELMAIER, B.A.	+43 (0)316 877-5572	sieglinde.winkelmaier@stmk.gv.at
Alexandra ZIERLER (bis 31. Dezember 2011)	+43 (0)316 877-5574	alexandra.zierler@stmk.gv.at
Wirtschaftsaufsicht		
Mag. Hans Peter ORTNER (bis 30. April 2011)		
Mag. ^a Barbara KALLER (ab 1. Oktober 2011)	+43 (0)316 877-5577	barbara.kaller@stmk.gv.at
Datenverarbeitung		
Ing. Alfred SCHWAB	+43 (0)316 877-5575	alfred.schwab@stmk.gv.at
Gesundheitszentrum Mürzzuschlag		
Irmgard KRAMPL	0800 312 234 2670	muerzzuschlag@gesundheitszentren.at
Maria HAINZL	0800 312 234 2670	muerzzuschlag@gesundheitszentren.at
Andrea TATZGERN	0800 312 234 2670	muerzzuschlag@gesundheitszentren.at
Gesundheitszentrum Bad Aussee		
Karin GASPERL	0800 312 235 3890	badaussee@gesundheitszentren.at
Sabine SAMS-STARCHL	0800 312 235 3890	badaussee@gesundheitszentren.at

3 FINANZEN UND LEISTUNGEN

3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds Steiermark 2011

Das Rechnungsjahr 2011 beginnt am 1. Jänner 2011 und endet am 31. Dezember 2011. Der Rechnungsabschluss wurde mit Stichtag 20. April 2012 erstellt, da bis zum Stichtag sowohl Mittel für das Jahr 2011 zugeflossen sind und auch Zahlungen an die Krankenanstalten für Leistungen des Jahres 2011 getätigt wurden. Die Aktiva und Passiva sowie die Gewinn- und Verlust-Rechnung weisen der Vollständigkeit halber zusätzlich die Werte des Jahres 2010 aus.

Laut Mittelflussrechnung (Abbildung 2) setzen sich die Erträge und die Aufwendungen des Jahres 2011 wie folgt zusammen:

Die tatsächlichen *Gesamteinnahmen vom Hauptverband* betragen € 628,6 Mio. und waren um 4,13 %, das sind rund € 24,9 Mio. höher als im Jahr 2010. In den Mitteln der Sozialversicherung sind auch die zusätzlichen Mittel für das Geriatriische Krankenhaus der Stadt Graz in Höhe von rund € 2,6 Mio. und die Kostenbeiträge 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 den *Ertragsanteilen des Bundes bzw. Umsatzsteueranteilen der Länder und Gemeinden* betragen rund € 81,5 Mio. An Ertragsanteilen sind seitens des Bundes rund € 37,4 Mio. zugeflossen, das sind rund 7,2 % mehr als im Jahr 2010. Die Umsatzsteueranteile der Länder betragen € 36,3 Mio. und die der Gemeinden rund € 17,8 Mio. und sind gegenüber dem Vorjahr um rund 4,6 % gestiegen.

Die *Beiträge des Bundes/Bundesgesundheitsagentur* betragen aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung rund € 46,5 Mio. Das ist ein Plus von 5,44 % gegenüber 2010.

Die *Zusatzmittel nach dem Finanzausgleichsgesetz 2008* betragen im Jahr 2011 rd. € 9,4 Mio.

Das Land Steiermark hat im Jahr 2011 insgesamt € 375.299.500,- zur *Betriebsabgangsdeckung* aller Fondskrankenanstalten aufgebracht.

Von den ausländischen Versicherungsträgern wurden im Jahr 2011 für die an *ausländischen GastpatientInnen* erbrachten Leistungen (stationäre und ambulante) der Vorjahre rund € 7,8 Mio. überwiesen.

In den *übrigen Erträgen* in Höhe von rund € 73,7 Mio. ist die Beihilfe gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz 1996 (GSBG) in Höhe von rund € 69,6 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 gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG in Höhe von € 1,3 Mio., den Regresseinnahmen, den Zinserträgen und den Anteilen der Sozialversicherung für gemeinsam finanzierte Projekte im Kooperationsbereich zusammen.

Für den *stationären Bereich* wurden die im Nachtragsvoranschlag am 29. Juni 2011 budgetierten € 673,4 Mio. an die Fondskrankenanstalten überwiesen. Das waren um 2,0 % oder € 13,2 Mio. mehr als im Jahr 2010. Für den *ambulanten Bereich* wurden ebenfalls um 2,0 % mehr vergütet, insgesamt € 49,6 Mio. Für jede durchgeführte spitalsambulante Hämodialyse wurden € 201,24 bezahlt. Insgesamt wurden im Jahr 2011 in den Fondskrankenanstalten 33.556 ambulante Hämodialysen durchgeführt und dafür € 6.752.809,20 überwiesen. In dieser Summe sind auch die ambulant durchgeführten Hämodialysen an ausländischen GastpatientInnen enthalten.

Die *Kostenanteile /-beiträge* nach § 447 f Abs. 7 ASVG hat der Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach dem ASVG und bei Anstaltspflege eines Versicherten oder eines Angehörigen nach BSVG an den Landesgesundheitsfonds für jeden Verpflegstag zu leisten. Die Kostenbeiträge werden von den Krankenanstalten für den Gesundheitsfonds eingehoben. Da sie in den Krankenanstalten verbleiben, steht dieser Aufwandsposition eine gleich hohe Ertragsposition gegenüber und ist im Pauschalfinanzierungsbeitrag der Sozialversicherung enthalten.

Die *Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes* sind seit 2009 im Rechnungsabschluss des Gesundheitsfonds 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 für die als Projekt finanzierte *PSO Bad Aussee* an den Rechtsträger, die ROMED Austria Klinik, € 7,65 Mio. für das Jahr 2011 für 35.854 Belagstage überwiesen. Bis zur Möglichkeit der Abrechnung nach dem LKF-System im Jahr 2012 wurde pro Belagstag ein Tagsatz in Höhe von € 218,28 festgelegt.

Für die *Finanzierung der Wachkomabetten* im Geriatriischen Gesundheitszentrum der Stadt Graz (GGZ) wurden rund € 1,5 Mio. überwiesen. Der Gesundheitsfonds übernimmt die Finanzierung jener Kosten, die den PatientInnen infolge des Aufenthalts in der Wachkomastation nach Anrechnung des jeweiligen Ersatzbetrages aus dem Pflegegeld und eines allfälligen bestehenden Pensionsanspruchs entstehen.

In der 12. Sitzung der Gesundheitsplattform am 5. Juni 2008 wurde die Überführung des Reformpoolprojektes „Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativereinrichtung in der Steiermark“ in die Regelfinanzierung beschlossen. Für die *Hospiz- und Palliativversorgung* wurden für das Jahr 2011 € 4.518.935,39 aufgewendet.

Für die *Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung* im extramuralen Bereich der Steiermark wurden gegenüber dem Jahr 2010 um 2,0 % mehr an Mit-

teln an die Fachabteilung 8 B des Landes Steiermark überwiesen, insgesamt waren es € 13,2 Mio.

Der Ärztekammer wurden für das Jahr 2011 für den *Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst* in der Steiermark außerhalb von Graz rund € 2,8 Mio. zur Verfügung gestellt.

An *Projekt- und Planungsmitteln* wurden für in den Sitzungen der Gesundheitsplattform beschlossene Projekte (u. a. Planung, krankenhausentlastende Maßnahmen, Public Health/Gesundheitsförderung, Qualität und Datenqualität, E-Health) rund € 1,3 Mio. ausbezahlt. Nicht verbrauchte Projekt- und Planungsmittel 2011 wurden wie schon in den Vorjahren der Projektmittelrückstellung zugeführt.

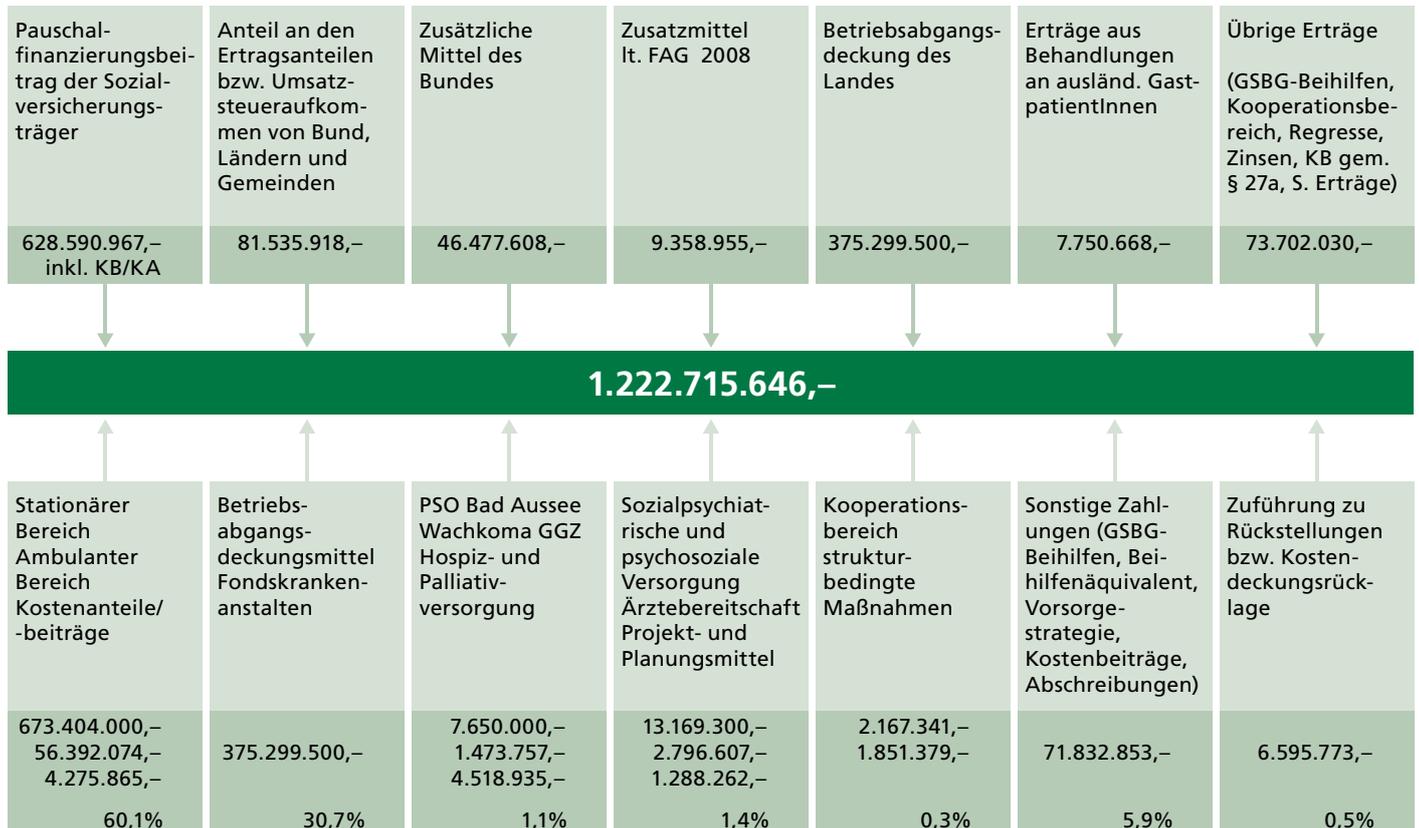
Im *Kooperationsbereich* wurden Reformpoolprojekte, abgeschlossene Hospizfälle, Druckbeatmungsgeräte und ambulante Hämodialysen gemeinsam mit der Sozialversicherung finanziert. Seitens des Gesundheitsfonds wurden insgesamt € 2,1 Mio. aufgewendet.

Im Rahmen des Beschlusses des Voranschlags 2011 wurden € 6,0 als Maximalbetrag aus der Kostendeckungsrücklage für Maßnahmen im Rahmen des RSG beschlossen. Der tatsächliche Aufwand für *strukturbedingte Maßnahmen* beträgt insgesamt rund € 1,8 Mio.

Die *sonstigen Zahlungen* betreffen größtenteils die GSBG-Beihilfe in Höhe von € 69,6 Mio., die Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs. 3 KAKuG in Höhe von rund € 1,4 Mio. und das Beihilfenäquivalent für ausländische GastpatientInnen in Höhe von rund € 0,8 Mio.

Für den Rechnungsabschluss 2011 wurde ein uneingeschränkter Bestätigungsvermerk von der Böhm & Böhm Wirtschaftsprüfungs KG eingeholt. Die Prüfung fand im Mai 2012 statt. Die Bilanz zum 31. Dezember 2011, die Gewinn-und-Verlust-Rechnung zum 31. Dezember 2011 sowie der Bestätigungsvermerk finden sich im Anhang. Die Mittelflussrechnung für das Jahr 2011 ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Mittelflussrechnung des Gesundheitsfonds 2011

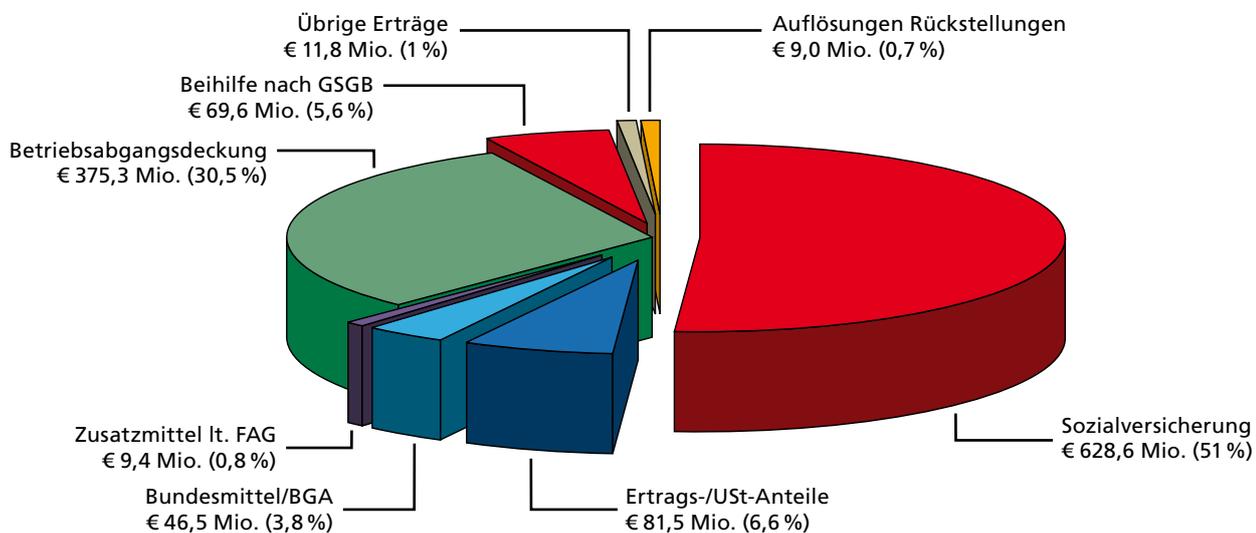


3.1.1. Einnahmen 2011

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

- ♦ Beiträge der Sozialversicherungsträger
- ♦ Ertrags- bzw. Umsatzsteueranteile
- ♦ Beiträge des Bundes/der Bundesgesundheitsagentur
- ♦ Zusatzmittel laut FAG 2008
- ♦ Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes
- ♦ Beihilfe nach GSBG
- ♦ Übrige Erträge (ausländische GastpatientInnen, Regresseinnahmen, Zinserträge, ambulante Hämodialysen, Vorsorgestrategie, Kostenbeitrag gem. § 27 a Abs. 3 KAKuG)

Abbildung 3: Einnahmen 2011 (€ 1,231 Mrd.)



Die *Gesamterträge* im Jahr 2011 belaufen sich auf € 1.231.722.050,49 und setzen sich aus den ordentlichen Erträgen in Höhe von € 1.222.715.645,83 (das sind 99,27 %) sowie aus den außerordentlichen Einnahmen in Höhe von € 9.006.404,76 zusammen. Die außerordentlichen Einnahmen betreffen Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen. In den Gesamterträgen sind auch die Betriebsabgangsdeckungsmittel in Höhe von € 375.299.500,-, das sind rund 30,5 % der Gesamtmittel, enthalten.

Der *Pauschalfinanzierungsbeitrag der Sozialversicherungsträger* setzt sich aus dem Pauschalbetrag für 2011 in Höhe von € 621.685.160,06, den Kostenbeiträgen/Kostenanteilen nach § 447 ASVG in Höhe von € 4.275.864,64 (werden von den Krankenanstalten eingehoben) und den zusätzlichen Mitteln für das Geriatrie Krankenhaus der Stadt Graz in Höhe von € 2.629.941,55 zusammen.

Die *Ertrags- bzw. Umsatzsteueranteile* setzen sich aus den Ertragsanteilen des Bundes und den Anteilen am Umsatzaufkommen der Länder und Gemeinden zusammen und betragen rund € 81,5 Mio. Ab dem Jahr 2009 erfolgt die Bemessung der Bundesanteile an der Krankenanstaltenfinanzierung nicht mehr am Umsatzaufkommen, sondern am Gesamtsteueraufkommen (Abgaben mit einheitlichem Schlüssel der Ertragsanteile).

Bei den *Beiträgen des Bundes/der Bundesgesundheitsagentur* sind die Einnahmen im Jahr 2011 gegenüber dem Jahr 2010 um rund 5,4 % auf € 46,5 Mio. gestiegen.

Die *Zusatzmittel laut Finanzausgleichsgesetz 2008* betragen im Rechnungsjahr rund € 9,4 Mio.

Die *Betriebsabgangsdeckungsmittel* des Landes in Höhe von € 375.299.500,- stellen jenen Betrag dar, der als Betriebsabgangsdeckung auszuweisen ist.

Das Land hat für 2011 insgesamt € 375.299.500,- zur *Betriebsabgangsdeckung* aller Fondskrankenanstalten aufgebracht. Der Rechnungsabschluss des Landes wird anstatt der veranschlagten € 434.010.500,- lediglich € 375.299.500,- ausweisen. Dies entspricht einer Differenz von € 58.711.000,- und ist auf Effizienzsteigerungen der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH zurückzuführen. Der Anteil der Betriebsabgangsdeckung des Landes für die Non-KAGes-Krankenanstalten beträgt € 34.010.000,-.

Bei der *Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) 1996* handelt es sich um die an die Fondskrankenanstalten weiterzuleitende Beihilfe. Sie betrug im Jahr 2011 € 69.648.280,63 und ist um rund 9 % niedriger als im Jahr 2010.

In den *übrigen Erträgen* in Höhe von € 11,8 Mio. sind enthalten:

Die Erträge aus den *Behandlungen an ausländischen GastpatientInnen stationär* betragen € 7.390.079,78. Unter den für den Zeitraum Jänner bis Dezember 2011 gemeldeten Datensätzen waren 2.451 Fälle, die ausländische GastpatientInnen betrafen und durch den Landesgesundheitsfonds abgerechnet wurden. Diese Fälle wurden mit € 7.390.079,78 bewertet und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in Rechnung gestellt.

Für *ambulante Behandlungen an ausländische GastpatientInnen* konnten € 360.587,79 (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. Alle bis 2006 offenen Forderungen wurden im Abrechnungsjahr abgegolten. An die Geschäftsstelle gab es 127 Anfragen von ausländischen Sozialversicherungsträgern hinsichtlich der Taxierung von Krankenhausleistungen.

Tabelle 13: Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2005 und 2011

Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2005 und 2011							
Jahre	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anfragen	270	230	198	210	166	106	127

Die *Regresserinnahmen* aus abgewickelten Regressverfahren inländischer Sozialversicherungsträger betragen € 1.470.278,52. Von der Geschäftsstelle wurden im Jahr 2011 insgesamt 488 Regressanfragen aus dem stationären und ambulanten Bereich bearbeitet. Durch die Einführung des Softwareproduktes „AGPR-Manager“ wurde eine direkte Datenschiene zu den Sozialversicherungsträgern geschaffen, wodurch die Direktanfragen an den Gesundheitsfonds sinken.

Tabelle 14: Regressanfragen zwischen 2005 und 2011

Regressanfragen zwischen 2005 und 2011							
Jahre	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Anfragen	700	574	663	528	587	601	488

Die *Erträge Reformpoolprojektanteile* ergeben sich aus der anteilmäßigen Weiterverrechnung der verwendeten Reformpoolmittel für das Jahr 2011 an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse auf Rechnung aller Krankenversicherungsträger und betragen € 114.606,14 für folgende Reformpoolprojekte: „Disease Management Programm Therapie Aktiv“, „Integrierte Versorgung koronare Herzkrankheit“ und „Teleulcus“.

Bei der Abrechnung *Neuzugänge bei der ambulanten Hämodialyse* ergab sich für das Jahr 2010 eine Rückforderung an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse in Höhe von € 339.758,45. Die Abrechnung erfolgte im Jahr 2011.

Die *Zinserträge* für das Jahr 2011 betragen € 796.080,47. Sie sind gegenüber dem Vorjahr um rund 18,5 % gestiegen, da der Habenzinssatz bis Ende 2011 wieder leicht gestiegen ist.

Für die Umsetzung der Vorsorgestrategie stellt die Bundesgesundheitsagentur den Ländern, den Gebietskrankenkassen sowie dem Bund anteilmäßig Budgetmittel zur Verfügung. Im Gesundheitsfonds wurde zur Unterstützung eine Mitarbeiterin für die Projektlaufzeit angestellt. Der Ertrag stellt den Rückforderungsbetrag an die Gebietskrankenkasse dar, da diese die gesamten Budgetmittel aus der *Vorsorgestrategie* für die Steiermark verwaltet.

Die *Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs. 2 KAKuG* betragen € 1.350.614,15 und sind der periodengerechte Ausweis der von den Fondskrankenanstalten für den Gesundheitsfonds aus diesem Titel pro Verpflegstag eingenommenen Kostenanteile (€ 1,45 pro Tag).

Die Erträge aus der *Auflösung von Rückstellungen* bilden die außerordentlichen Erträge in Höhe von rund € 9,0 Mio.

3.1.2. Mittelverwendung 2011

Die vereinnahmten Mittel des Gesundheitsfonds wurden wie folgt verwendet:

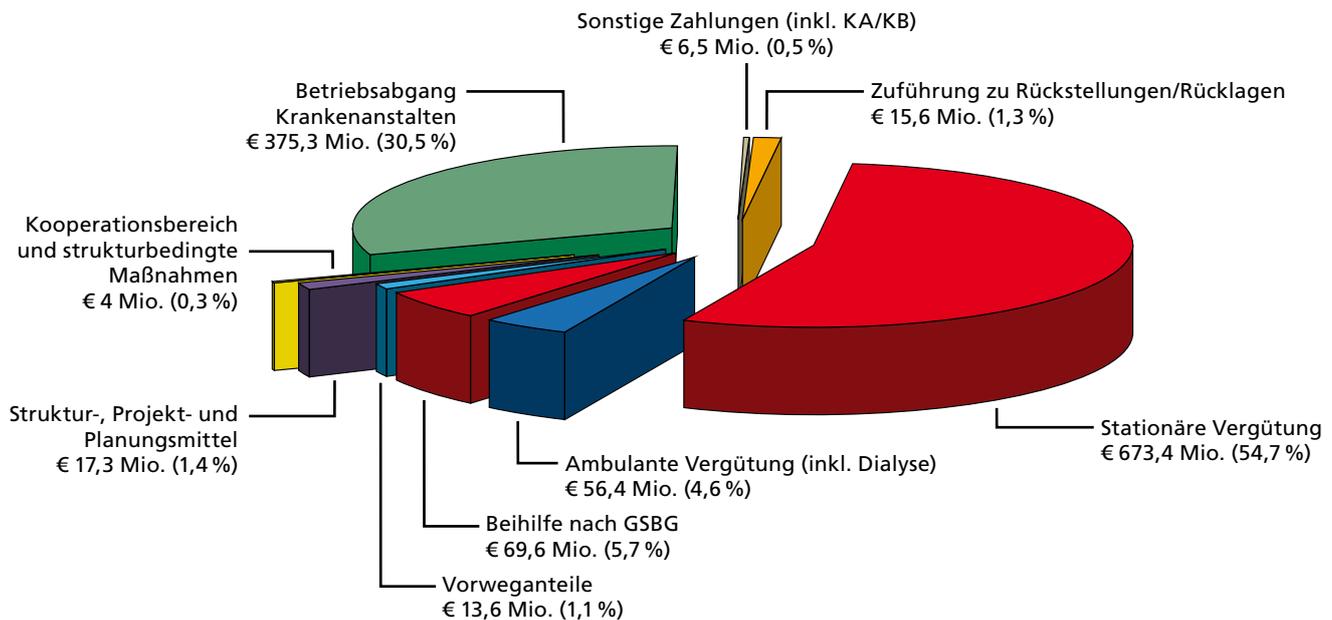
- ♦ Stationäre Vergütungen (LKF-Abgeltung)
- ♦ Ambulante Vergütungen (inklusive Dialyse)
- ♦ Beihilfe nach GSBG
- ♦ Vorweganteile: PSO Bad Aussee, Hospiz- und Palliativ, Wachkomafinanzierung GGZ
- ♦ Struktur-, Projekt und Planungsmittel (inkl. sozialpsychiatrische und psychosoziale Versorgung im extramuralen Bereich und Wochentagsnacht-Bereitstellungsdienst)
- ♦ Zahlungen für den Kooperationsbereich (Reformpoolmittel intramural, Hospizfälle, Druckbeatmungsgeräte)
- ♦ Strukturbedingte Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung des RSG Steiermark
- ♦ Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes
- ♦ Sonstige Zahlungen (Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs. 3 KAKuG, Vorsorgestrategie, Beihilfenäquivalent, Abschreibung von Forderungen)
- ♦ Zuführung zu Rückstellungen/Rücklagen

Mit € 673.404.000,- wurde der im Nachtragsvoranschlag 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.

Die *ambulanten Vergütungen* wurden mit € 49.639.265,- gemäß dem Nachtragsvoranschlag an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten überwiesen. Die Verteilung an die einzelnen Fondskrankenanstalten wurde entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform zum LKF-Abrechnungssystem Steiermark 2011 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 rund 2,6 % (das sind rd. € 6,8 Mio.) mehr aus diesem Budgetansatz für Dialyseleistungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten (BHB Marschallgasse, LKH-Universitätsklinikum Graz, LKH

Abbildung 4: Mittelverwendung 2011 (€ 1,231 Mrd.)



Bruck, LKH Rottenmann, LKH Wagna und Diakonissenkrankenhaus Schladming) für ambulant durchgeführte Dialysen überwiesen.

Die Beihilfe nach dem *Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz* (GSBG) 1996 ist für den Fonds eine Durchlaufposition. Im Jahr 2011 wurden Beihilfen in Höhe von € 69.648.280,63 an die Fondskrankenanstalten überwiesen.

Vorweganteile

Seitens des Gesundheitsfonds werden nach Beschluss in der Gesundheitsplattform die Leistungen der *PSO Bad Aussee* über eine Projektfinanzierung abgegolten. Bis zur Möglichkeit der Abrechnung nach dem LKF-System im Jahr 2012 wird die Valorisierung analog zu den anderen Fondskrankenanstalten durchgeführt. Laut Voranschlag standen maximal € 7,65 Mio. zur Verfügung. Pro Belagstag wurde für das Jahr 2011 ein Tagsatz in der Höhe von € 218,28 festgelegt. Insgesamt wurde für 35.854 Belagstage an den Rechtsträger der Klinik der Maximalbetrag überwiesen.

Für die *„Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark“* wurden für das Jahr 2011 € 4.518.935,39 aufgewendet.

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 2011 wurden € 1.473.757,38 überwiesen.

Struktur-, Projekt- und Planungsmittel

Für die Finanzierung von *Struktur-, Projekt- und Planungsmitteln* hat die Gesundheitsplattform € 18,4 Mio. vorgesehen. Davon sind für die *Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung im extramuralen Bereich* der Steiermark Mittel in Höhe von € 13.169.300,- bereitgestellt worden. Dieser Budgetansatz wurde in vier Teilbeträgen an die Fachabteilung 8 B überwiesen.

Laut Vertrag über die *Finanzierung eines Wochentagsnachtsbereitschaftsdienstes* 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 2011 wurden € 2.796.606,89 überwiesen.

Für *Projekt- und Planungsmittel* wurden laut Voranschlag 2011 € 2.088.922,- bereitgestellt. Insgesamt wurden € 1.288.262,40 ausbezahlt, die sich wie in Tabelle 15 dargestellt zusammensetzen (siehe Seite 28):

Tabelle 15: Verwendung der Projekt- und Planungsmittel

Planung	
RSG Revision	€ 111.443,88
RSG Umsetzung	€ 28.204,40
Krankenhausentlastende Maßnahmen und Projekte	
Marienambulanz	€ 166.064,73
Benchmarksystem AG/R	€ 23.595,00
Präoperative Diagnostik	€ 5.765,40
Public Health / Gesundheitsförderung	
Koordination Public Health	€ 26.630,66
Integriertes Gesundheitsmanagement	€ 21.470,90
Gemeinsam Essen	€ 177.964,24
Schulungscamp Diabetes Kinder	€ 9.076,42
Qualität und Datenqualität	
Medizinische Qualitätskontrolle/-sicherung	€ 24.636,65
Qualitätsarbeit	€ 56.686,93
Datenqualität	€ 17.654,00
LKF Modell Neu	€ 15.155,53
E-Health	
Gesundheitsportal	€ 30.629,36
E-Health Aktivitäten Steiermark	€ 3.967,00
Videophon	€ 49.342,37
Gesundheitskonferenz	
Gesundheitskonferenz	€ 31.831,38
Sonstige Projektmittel	
Aus- und Weiterbildung	€ 1.031,60
Fachbeirat Frauengesundheit	€ 15.765,00
Gesundheitszentrum Bad Aussee	€ 154.583,04
Gesundheitszentrum Mürzzuschlag	€ 172.428,70
Modellstudie über Strukturen im Gesundheitswesen	€ 35.999,65
Jahresbericht	€ 9.034,80
Modellprojekt Hartberg Psychiatrie	€ 27.119,85
Sitzungskosten	€ 751,23
Wirtschaftsaufsicht	€ 58.514,88
Wirtschaftsprüfung 2011	€ 12.914,80
Summe	€ 1.288.262,40

Nicht verbrauchte Projekt- und Planungsmittel wurden einer entsprechenden Rückstellung zugeführt.

Kooperationsbereich und strukturbedingte Maßnahmen
Für *Reformpoolprojekte* hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2011 Mittel in Höhe von € 2,0 Mio. budgetiert. Davon wurden € 976.613,67 für Reformpoolmittel wie folgt verwendet:

Tabelle 16: Verwendung der Reformpoolmittel

Verwendung der Reformpoolmittel	Ausgaben 2011
Herz.Leben	€ 100.196,55
Disease Management Programm „Therapie Aktiv“	€ 654.358,76
„Integrierte Versorgung koronare Herzkrankheit“	€ 20.856,00
Teleulcus – Best-Practice-Modell	€ 49.937,86
MR Stolzalpe	€ 151.264,50
Summe	€ 976.613,67

Bei der Abrechnung der Mehraufwendungen der Sozialversicherung im Rahmen der Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen leistet der Gesundheitsfonds je mobil betreuter/n PatientIn für jeden pro Jahr abgeschlossenen Fall (Ende der Betreuung) einen Betrag. Für das Jahr 2009 € 326,50, für das Jahr 2010 € 333,32 und für das Jahr 2011 € 343,65. Für abgeschlossene *Hospizfälle* ergaben sich daher für die Jahre 2009, 2010 und 2011 Aufwendungen in Höhe von € 1.070.551,54. Die Verrechnung erfolgte direkt mit den Sozialversicherungsträgern.

Die gemeinsame Kostentragung von Land und Sozialversicherung für bei Intensiv-PatientInnen in häuslicher Pflege eingesetzte *Druckbeatmungsgeräte* ergab laut Abrechnung für die Jahre 2010 und 2011 einen Kostenanteil von € 120.175,38 für den Gesundheitsfonds.

Der Gesundheitsfonds legt jährlich im Rahmen des Beschlusses des Voranschlags die Höhe der Mittel fest, die aus dem Budgetansatz „Kostendeckungsrücklage“ für *strukturbedingte Maßnahmen* verwendet werden können. Für das Jahr 2011 wurde dieser Ansatz mit maximal € 6,0 Mio. festgelegt.

Unter dem Titel „*Strukturbedingte Maßnahmen*“ wurden im Jahr 2011 folgende Mitfinanzierungen beschlossen:

In der 26. Sitzung der Gesundheitsplattform am 7. Dezember 2011 wurde den Anträgen auf Verwendung von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“ der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft auf

- ♦ Etablierung einer Akutgeriatrie/Remobilisation am LKH Mürzzuschlag/Mariazell
- ♦ Verlegung der geburtshilflichen Einheit vom LKH Bruck/Mur an das LKH Leoben und
- ♦ Adaptierung der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung am LKH Deutschlandsberg

zugestimmt.

Die Abrechnung für die Etablierung der Akutgeriatrie/Remobilisation am LKH Mürzzuschlag/Mariazell für das Jahr 2011 wurde vorgelegt und geprüft. Der beschlossene Maximalbetrag in Höhe von € 1.743.750,- wurde überwiesen.

Die Verlegung der geburtshilflichen Einheit vom LKH Bruck/Mur an das LKH Leoben ist abgeschlossen. Von den angefallenen Kosten wurde der 50%ige Anteil des Gesundheitsfonds in Höhe von € 107.629,18 ausbezahlt.

Die im Jahr 2010 beschlossene Mitfinanzierung für das Modellprojekt „Ambulante psychiatrische Versorgung in Hartberg“ ist mit Ende 2011 ausgelaufen. Der Restbetrag von € 37.675,89 wurde aus der im Jahr 2010 gebildeten Rückstellung bezahlt.

Insgesamt wurden für das Jahr 2011 Mittel in Höhe von € 1.851.379,18 aufgewendet.

Die *Betriebsabgangsdeckungsmittel Fondskrankenanstalten* entsprechen dem auf der Einnahmenseite ausgewiesenen Betrag in Höhe von € 375.299.500,-.

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.

Der Aufwand *Vorsorgestrategie* weist den Aufwand für die im Gesundheitsfonds angestellte Mitarbeiterin für die Projektlaufzeit des mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse gemeinsamen Projektes „GEMEINSAM G’SUND GENIESSEN“ aus. Da die Steiermärkische Gebietskrankenkasse die gesamten Budgetmittel der Vorsorgestrategie verwaltet, werden die Aufwendungen halbjährlich refundiert und sind daher auch auf der Erlöseseite ausgewiesen.

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 € 823.625,81 an das Finanzamt für Gebühren und Verkehrssteuer in Wien überwiesen werden. Diese Überweisungen erfolgen monatlich.

Die *Abschreibung Forderungen ausländischer GastpatientInnen* musste aufgrund uneinbringlicher Forderungen vorgenommen werden und betrug € 1.744,45. Die Kontoführungsspesen betragen € 102,19.

Die ordentlichen Aufwendungen betragen € 1.216.119.872,44. Berücksichtigt man die Betriebsabgangsmittel nicht, sind die Aufwendungen um rund € 8 Mio. oder 1 % höher als im Jahr 2010. Die Gegenüberstellung von ordentlichen Erträgen und ordentlichen Aufwendungen ergibt ein positives Betriebsergebnis von € 6.595.773,39.

Die Mehreinnahmen aus der Auflösung für Projektmittel in Höhe von € 1,3 Mio. stehen im Zusammenhang mit der Finanzierung der Projekte. € 7,6 Mio. aus der Auflösung für ausländische GastpatientInnen betreffen die im Rechnungsjahr vereinnahmten Mittel für ausländische Forderungen der Vorjahre. Die Auflösung der Rückstellung in Höhe von € 78.222,01 betrifft das Modellprojekt „Ambulante psychiatrische Versorgung am LKH Hartberg“, der beschlossene und rückgestellte Maximalbetrag von € 230.000,- wurde unterschritten.

Die Zuführung von € 2.088.922,- zur Rückstellung Projektmittel sind nicht verbrauchte Projektmittel aus dem Rechnungsjahr. Die Zuführung strukturbedingte Maßnahmen in Höhe von € 210.000,- betrifft die beschlossenen Maßnahmen aus der Kostendeckungsrücklage im Rahmen der Umsetzung des RSG für die Adaptierung der geburtshilflichen und gynäkologischen Abteilung am LKH Deutschlandsberg. Die Zuführung bei der Rückstellung ausländische GastpatientInnen Stationär von € 7.152.585,55 steht im Zusammenhang mit den Forderungen für 2011 gegenüber ausländischen GastpatientInnen.

3.2. Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

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

- ◆ 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 2011 wurden folgende Weiterentwicklungen durchgeführt:

- ◆ Kalkulation aller Leistungen und Gewichtung der Tageskomponenten in den Fallpauschalen
- ◆ Vollständige Evaluierung und Homogenitätsprüfung aller Fallpauschalen
- ◆ Aktualisierung aller Belagsdauerwerte im Modell
- ◆ Weiterentwicklung des Tagesklinikmodells
- ◆ Umstellung auf neue Systematik des Leistungskatalogs
- ◆ Adaptierung der Zuschlagsregeln für Mehrfachleistungen
- ◆ Integration weiterer Datenplausibilitätsprüfungen in das Abrechnungsprogramm

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 26. Sitzung der Gesundheitsplattform am 7. Dezember 2011 festgelegt, dass die im Kernbereich ermittelten LDF-Punkte der Schwerpunktkrankenanstalten und der Zentralkrankenanstalt mit einem Faktor erhöht werden. Dieser Gewichtungsfaktor beträgt für das Abrechnungsjahr 2011 unverändert, wie in den Vorjahren, für das LKH-Univ.-Klinikum Graz 1,3 und die LKHs Bruck/Mur und Leoben 1,05.

Tabelle 17: Darstellung LKF-Fälle und Punkte 2011

Darstellung LKF-Fälle und Punkte 2011							
KA-Name	LKF-Fälle	Punkte in LKF	GWF	Gewichtete Punkte in LKF	Gesamtbetrag		
LKH Bruck/Mur	21.218	58.321.676	6,40%	1,05	61.237.760	6,09%	41.006.858
LKH Feldbach	13.638	35.884.089	3,94%	1,00	35.884.089	3,57%	24.029.190
LKH Fürstenfeld	7.306	16.499.202	1,81%	1,00	16.499.202	1,64%	11.048.419
LKH Hörgas/Enzenbach	6.136	14.782.408	1,62%	1,00	14.782.408	1,47%	9.898.796
LKH-Univ.-Klinikum Graz	81.938	293.731.584	32,25%	1,3	381.851.059	37,97%	255.700.280
Albert-Schweitzer-Klinik	2.601	9.954.934	1,09%	1,00	9.954.934	0,99%	6.666.158
KH BHB Marschallgasse	11.123	28.705.185	3,15%	1,00	28.705.185	2,85%	19.221.955
KH Elisabethinen	12.428	28.348.790	3,11%	1,00	28.348.790	2,82%	18.983.301
LSF Graz	13.939	62.277.580	6,84%	1,00	62.277.580	6,19%	41.703.157
KH BHB Eggenberg	8.503	20.585.798	2,26%	1,00	20.585.798	2,05%	13.784.941
LKH Hartberg	10.719	21.517.546	2,36%	1,00	21.517.546	2,14%	14.408.871
KH Kapfenberg	619	7.867.251	0,86%	1,00	7.867.251	0,78%	5.268.175
LKH Leoben	27.893	74.911.103	8,22%	1,05	78.656.658	7,82%	52.671.137
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4.639	10.217.964	1,12%	1,00	10.217.964	1,02%	6.842.292
LKH Bad Radkersburg	5.751	18.387.028	2,02%	1,00	18.387.028	1,83%	12.312.571
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	11.304	26.109.547	2,87%	1,00	26.109.547	2,60%	17.483.829
DKH Schladming	6.576	14.133.078	1,55%	1,00	14.133.078	1,41%	9.463.983
LKH Stolzalpe	8.446	26.041.547	2,86%	1,00	26.041.547	2,59%	17.438.294
LKH Voitsberg	6.028	14.727.675	1,62%	1,00	14.727.675	1,46%	9.862.145
MKH Vorau	6.584	14.819.306	1,63%	1,00	14.819.306	1,47%	9.923.505
LKH Wagna	8.104	18.358.267	2,02%	1,00	18.358.267	1,83%	12.293.312
LKH Weiz	5.265	10.221.548	1,12%	1,00	10.221.548	1,02%	6.844.692
LKH Deutschlandsberg	9.431	19.349.777	2,12%	1,00	19.349.777	1,92%	12.957.260
LKH Judenburg/Knittelfeld	14.234	34.402.138	3,78%	1,00	34.402.138	3,42%	23.036.826
LKH Graz West	10.886	30.694.485	3,37%	1,00	30.694.485	3,05%	20.554.057
Steiermark	315.309	910.849.506	100,00%		1.005.630.620	100,00%	673.404.000

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

3.3 Leistungsdaten 2011

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 getrennt vorliegen.

Steiermark Überblick

Tabelle 18 gibt einen Gesamtüberblick über die wichtigsten Kennzahlen aller steirischen Fondskrankenanstalten vom Jahr 2000 bis 2011, 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 2006–2011						
Kennzahlen	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Systemisierte Betten	7.026	7.054	6.994	6.983	6.961	6.961
Tatsächlich aufgestellte Betten	6.871	6.908	6.887	6.858	6.717	6.639
Stationäre PatientInnen	307.373	311.006	317.642	319.465	318.574	320.383
Belagstage	1.990.073	1.984.428	1.987.483	1.962.407	1.926.308	1.875.441
Durchschnittl. Verweildauer	6,48	6,38	6,26	6,14	6,05	5,85
Ambul. Fälle	-	-	-	-	-	-
Ambul. Pat.	951.610	976.300	1.031.232	1.031.379	1.033.919	1.037.916
Frequenzen ambul. Pat.	1.977.684	1.979.119	2.056.403	2.062.035	2.061.141	2.048.031

Stationäre PatientInnen

Im Jahr 2011 wurden insgesamt 320.383 stationäre PatientInnen behandelt. Dies entspricht einer Erhöhung von 0,57 % gegenüber dem Vorjahr.

Tabelle 19: Stationäre PatientInnen (KA-Statistik)

Stationäre PatientInnen								
Krankenanstalt	2009	in %	2010	in %	% 09 auf 10	2011	in %	% 10 auf 11
LKH Bad Aussee *)	3.587	1,12%	3.645	1,14%	1,62%			
LKH Bruck/Mur	20.832	6,52%	21.367	6,71%	2,57%	21.288	6,64%	-0,37%
LKH Feldbach	13.238	4,14%	13.167	4,13%	-0,54%	13.805	4,31%	4,85%
LKH Fürstenfeld	6.944	2,17%	7.097	2,23%	2,20%	7.334	2,29%	3,35%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.374	2,00%	6.234	1,96%	-2,20%	6.227	1,94%	-0,10%
LKH-Univ.-Klinikum Graz	81.380	25,47%	82.130	25,78%	0,92%	83.813	26,16%	2,05%
Albert-Schweitzer-Klinik	2.155	0,67%	2.616	0,82%	21,39%	2.677	0,84%	2,31%
KH BHB Marschallgasse	11.660	3,65%	11.364	3,57%	-2,54%	11.397	3,56%	0,29%
KH Elisabethinen	12.191	3,82%	12.445	3,91%	2,08%	12.786	3,99%	2,74%
LSF Graz	15.052	4,71%	14.513	4,56%	-3,58%	14.383	4,49%	-0,90%
KH BHB Eggenberg	8.497	2,66%	8.556	2,69%	0,69%	8.702	2,72%	1,71%
LKH Hartberg	11.266	3,53%	11.235	3,53%	-0,28%	10.798	3,37%	-3,89%
NTZ Kapfenberg	611	0,19%	639	0,20%	4,58%	619	0,19%	-3,13%
LKH Leoben	28.933	9,06%	28.159	8,84%	-2,68%	28.047	8,75%	-0,40%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4.727	1,48%	4.863	1,53%	2,88%	4.671	1,46%	-3,96%
LKH Bad Radkersburg	5.520	1,73%	5.664	1,78%	2,61%	5.796	1,81%	2,33%
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	12.201	3,82%	11.842	3,72%	-2,94%	11.438	3,57%	-3,41%
DKH Schladming	6.367	1,99%	6.651	2,09%	4,46%	6.806	2,12%	2,32%
LKH Stolzalpe	8.606	2,69%	8.612	2,70%	0,06%	8.526	2,66%	-1,00%
LKH Voitsberg	6.326	1,98%	6.294	1,98%	-0,51%	6.076	1,90%	-3,46%
MKH Vorau	6.254	1,96%	6.383	2,00%	2,06%	6.624	2,07%	3,77%
LKH Wagner	8.241	2,58%	7.773	2,44%	-5,68%	8.181	2,55%	5,25%
LKH Weiz	5.564	1,74%	5.228	1,64%	-6,04%	5.294	1,65%	1,26%
LKH Deutschlandsberg	10.550	3,30%	10.515	3,30%	-0,34%	9.529	2,97%	-9,37%
LKH Judenburg/Knittelfeld	14.693	4,60%	13.914	4,37%	-5,31%	14.353	4,48%	3,16%
LKH Graz West	11.283	3,53%	11.320	3,55%	0,33%	11.219	3,50%	-0,89%
Steiermark	319.465	100,00%	318.574	100,00%	-0,28%	320.383	100,00%	0,57%

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

Belagstage

Die Anzahl der Belagstage ist von 1.962.308 im Jahr 2010 auf 1.875.441 im Jahr 2011 gesunken, was einer Reduktion von 2,64 % entspricht.

Tabelle 20: Belagstage (KA-Statistik)

Belagstage								
Krankenanstalt	2009	in %	2010	in %	% 09 auf 10	2011	in %	% 10 auf 11
LKH Bad Aussee *)	18.848	0,96%	17.721	0,92%	-5,98%			
LKH Bruck/Mur	107.428	5,47%	104.899	5,45%	-2,35%	100.308	5,35%	-4,38%
LKH Feldbach	66.270	3,38%	68.595	3,56%	3,51%	70.859	3,78%	3,30%
LKH Fürstenfeld	31.782	1,62%	30.872	1,60%	-2,86%	29.634	1,58%	-4,01%
LKH Hörgas/Enzenbach	43.708	2,23%	42.085	2,18%	-3,71%	39.811	2,12%	-5,40%
LKH-Univ.-Klinikum Graz	443.841	22,62%	437.623	22,72%	-1,40%	434.480	23,17%	-0,72%
Albert-Schweitzer-Klinik	33.316	1,70%	36.516	1,90%	9,60%	37.706	2,01%	3,26%
KH BHB Marschallgasse	59.357	3,02%	59.782	3,10%	0,72%	56.074	2,99%	-6,20%
KH Elisabethinen	55.183	2,81%	55.359	2,87%	0,32%	55.079	2,94%	-0,51%
LSF Graz	246.438	12,56%	231.465	12,02%	-6,08%	223.291	11,91%	-3,53%
KH BHB Eggenberg	87.554	4,46%	87.819	4,56%	0,30%	84.333	4,50%	-3,97%
LKH Hartberg	46.932	2,39%	45.993	2,39%	-2,00%	41.665	2,22%	-9,41%
NTZ Kapfenberg	24.991	1,27%	24.907	1,29%	-0,34%	25.007	1,33%	0,40%
LKH Leoben	141.315	7,20%	138.087	7,17%	-2,28%	134.062	7,15%	-2,91%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	36.001	1,83%	36.062	1,87%	0,17%	30.630	1,63%	-15,06%
LKH Bad Radkersburg	36.414	1,86%	36.597	1,90%	0,50%	35.683	1,90%	-2,50%
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	66.872	3,41%	63.737	3,31%	-4,69%	62.141	3,31%	-2,50%
DKH Schladming	30.684	1,56%	31.604	1,64%	3,00%	31.509	1,68%	-0,30%
LKH Stolzalpe	68.791	3,51%	69.329	3,60%	0,78%	68.468	3,65%	-1,24%
LKH Voitsberg	37.943	1,93%	37.463	1,94%	-1,27%	36.136	1,93%	-3,54%
MKH Vorau	37.032	1,89%	36.368	1,89%	-1,79%	36.793	1,96%	1,17%
LKH Wagna	38.744	1,97%	38.765	2,01%	0,05%	39.794	2,12%	2,65%
LKH Weiz	26.223	1,34%	26.443	1,37%	0,84%	23.656	1,26%	-10,54%
LKH Deutschlandsberg	48.693	2,48%	46.589	2,42%	-4,32%	42.839	2,28%	-8,05%
LKH Judenburg/Knittelfeld	77.104	3,93%	70.514	3,66%	-8,55%	68.873	3,67%	-2,33%
LKH Graz West	69.791	3,56%	68.835	3,57%	-1,37%	66.610	3,55%	-3,23%
Steiermark	1.962.407	100,00%	1.926.308	100,00%	-1,84%	1.875.441	100,00%	-2,64%

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

Durchschnittliche Belagsdauer

Die durchschnittliche Belagsdauer (Belagstage/stationäre PatientInnen) reduzierte sich um weitere 3,19 % und lag damit im Jahr 2011 bei 5,85 Tagen. Damit wird der Trend der letzten Jahre fortgesetzt.

Tabelle 21: Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)

Durchschnittliche Belagsdauer					
Krankenanstalt	2009	2010	% 09 auf 10	2011	% 10 auf 11
LKH Bad Aussee *)	5,25	4,86	-7,48%		
LKH Bruck/Mur	5,16	4,91	-4,80%	4,71	-4,02%
LKH Feldbach	5,01	5,21	4,07%	5,13	-1,48%
LKH Fürstenfeld	4,58	4,35	-4,95%	4,04	-7,12%
LKH Hörgas/Enzenbach	6,86	6,75	-1,54%	6,39	-5,30%
LKH-Univ.-Klinikum Graz	5,45	5,33	-2,30%	5,18	-2,71%
Albert-Schweitzer-Klinik	15,46	13,96	-9,71%	14,09	0,92%
KH BHB Marschallgasse	5,09	5,26	3,34%	4,92	-6,47%
KH Elisabethinen	4,53	4,45	-1,73%	4,31	-3,16%
LSF Graz	16,37	15,95	-2,58%	15,53	-2,66%
KH BHB Eggenberg	10,30	10,26	-0,38%	9,69	-5,58%
LKH Hartberg	4,17	4,09	-1,73%	3,86	-5,75%
NTZ Kapfenberg	40,90	38,98	-4,70%	40,40	3,65%
LKH Leoben	4,88	4,90	0,40%	4,78	-2,53%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	7,62	7,42	-2,63%	6,56	-11,56%
LKH Bad Radkersburg	6,60	6,46	-2,05%	6,16	-4,72%
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	5,48	5,36	-2,19%	5,43	1,34%
DKH Schladming	4,82	4,75	-1,40%	4,63	-2,56%
LKH Stolzalpe	7,99	8,05	0,72%	8,03	-0,25%
LKH Voitsberg	6,00	5,95	-0,76%	5,95	-0,08%
MKH Vorau	5,92	5,70	-3,78%	5,55	-2,50%
LKH Wagner	4,70	4,99	6,08%	4,86	-2,47%
LKH Weiz	4,71	5,06	7,32%	4,47	-11,65%
LKH Deutschlandsberg	4,62	4,43	-4,00%	4,50	1,46%
LKH Judenburg/Knittelfeld	5,25	5,07	-3,42%	4,80	-5,31%
LKH Graz West	6,19	6,08	-1,69%	5,94	-2,36%
Steiermark	6,14	6,05	-1,57%	5,85	-3,19%

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

Nulltagesfälle

Der Anteil der Nulltagesfälle an den Gesamtfällen aller steirischer Fondskrankenanstalten betrug im Jahr 2011 insgesamt 10,99 %.

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

Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt						
Krankenanstalt	Fälle gesamt 2010	Nulltagesfälle 2010	Anteil Nulltagesfälle	Fälle gesamt 2011	Nulltagesfälle 2011	Anteil Nulltagesfälle
LKH Bad Aussee *)	3.688	271	7,35%			
LKH Bruck/Mur	21.375	772	3,61%	21.288	863	4,05%
LKH Feldbach	13.154	1.606	12,21%	13.805	1.761	12,76%
LKH Fürstenfeld	7.101	1.617	22,77%	7.334	1.898	25,88%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.233	103	1,65%	6.227	129	2,07%
LKH-Univ.-Klinikum Graz	82.114	14.807	18,03%	83.813	16.401	19,57%
Albert-Schweitzer-Klinik	2.699	517	19,16%	2.677	384	14,35%
KH BHB Marschallgasse	11.368	686	6,03%	11.397	720	6,32%
KH Elisabethinen	12.438	1.123	9,03%	12.786	1.192	9,32%
LSF Graz	14.556	680	4,67%	14.383	574	3,99%
KH BHB Eggenberg	8.552	507	5,93%	8.702	469	5,39%
LKH Hartberg	11.225	1.053	9,38%	10.798	1.101	10,20%
NTZ Kapfenberg	642	-	0,00%	619	-	0,00%
LKH Leoben	28.144	1.895	6,73%	28.047	1.960	6,99%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4.857	304	6,26%	4.671	347	7,43%
LKH Bad Radkersburg	5.671	311	5,48%	5.796	292	5,04%
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	11.889	1.134	9,54%	11.438	1.046	9,14%
DKH Schladming	6.649	595	8,95%	6.806	662	9,73%
LKH Stolzalpe	8.621	198	2,30%	8.526	257	3,01%
LKH Voitsberg	6.295	440	6,99%	6.076	408	6,72%
MKH Voralpe	6.386	148	2,32%	6.624	487	7,35%
LKH Wagna	7.767	697	8,97%	8.181	863	10,55%
LKH Weiz	5.231	344	6,58%	5.294	496	9,37%
LKH Deutschlandsberg	10.522	469	4,46%	9.529	767	8,05%
LKH Judenburg/Knittelfeld	13.921	1.671	12,00%	14.353	1.806	12,58%
LKH Graz West	11.323	278	2,46%	11.219	314	2,80%
Steiermark	318.733	31.955	10,03%	320.383	35.197	10,99%

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

Tatsächlich aufgestellte Betten

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten betrug 6.717 im Jahr 2010 und 6.639 im Jahr 2011. Das entspricht einer Gesamtreduktion von 1,16 %.

Tabelle 23: Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)

Tatsächlich aufgestellte Betten								
Krankenanstalt	2009	in %	2010	in %	% 09 auf 10	2011	in %	% 10 auf 11
LKH Bad Aussee *)	72	1,05%	68	1,01%	-5,56%			
LKH Bruck/Mur	346	5,05%	344	5,12%	-0,58%	343	5,17%	-0,29%
LKH Feldbach	245	3,57%	245	3,65%	0,00%	251	3,78%	2,45%
LKH Fürstenfeld	126	1,84%	120	1,79%	-4,76%	110	1,66%	-8,33%
LKH Hörgas/Enzenbach	163	2,38%	156	2,32%	-4,29%	156	2,35%	0,00%
LKH-Univ.-Klinikum Graz	1.541	22,47%	1.504	22,39%	-2,40%	1.508	22,71%	0,27%
Albert-Schweitzer-Klinik	100	1,46%	100	1,49%	0,00%	100	1,51%	0,00%
KH BHB Marschallgasse	211	3,08%	212	3,16%	0,47%	217	3,27%	2,36%
KH Elisabethinen	190	2,77%	194	2,89%	2,11%	194	2,92%	0,00%
LSF Graz	774	11,29%	756	11,26%	-2,33%	734	11,06%	-2,91%
KH BHB Eggenberg	288	4,20%	288	4,29%	0,00%	281	4,23%	-2,43%
LKH Hartberg	197	2,87%	180	2,68%	-8,63%	169	2,55%	-6,11%
NTZ Kapfenberg	70	1,02%	70	1,04%	0,00%	70	1,05%	0,00%
LKH Leoben	535	7,80%	521	7,76%	-2,62%	504	7,59%	-3,26%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	127	1,85%	129	1,92%	1,57%	116	1,75%	-10,08%
LKH Bad Radkersburg	116	1,69%	116	1,73%	0,00%	115	1,73%	-0,86%
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	254	3,70%	241	3,59%	-5,12%	242	3,65%	0,41%
DKH Schladming	126	1,84%	126	1,88%	0,00%	126	1,90%	0,00%
LKH Stolzalpe	219	3,19%	220	3,28%	0,46%	221	3,33%	0,45%
LKH Voitsberg	145	2,11%	145	2,16%	0,00%	142	2,14%	-2,07%
MKH Vorau	126	1,84%	126	1,88%	0,00%	126	1,90%	0,00%
LKH Wagna	149	2,17%	141	2,10%	-5,37%	142	2,14%	0,71%
LKH Weiz	76	1,11%	76	1,13%	0,00%	72	1,08%	-5,26%
LKH Deutschlandsberg	196	2,86%	193	2,87%	-1,53%	186	2,80%	-3,63%
LKH Judenburg/Knittelfeld	293	4,27%	278	4,14%	-5,12%	275	4,14%	-1,08%
LKH Graz West	245	3,57%	236	3,51%	-3,67%	239	3,60%	1,27%
Steiermark	6.858	100,00%	6.717	100,00%	-2,06%	6.639	100,00%	-1,16%

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

4 AKTIVITÄTEN 2011

4.1 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark

Im Jahr 2011 wurden die laufenden Projekte (Reformpool und sonstige Projekte), die in den vorangegangenen Jahren gestartet wurden, fortgeführt. Von einigen Projekten endeten die Projektlaufzeiten. Für einen Teil von ihnen wurde die Überführung in den Regelbetrieb beschlossen, andere wurden aufgrund der Ergebnisse eingestellt. Einzelheiten über die einzelnen Projekte sind den nachfolgenden Projekt-Kurzbeschreibungen zu entnehmen.

4.1.1 Reformpoolprojekte

Definition „Reformpoolprojekte“ nach Beschluss des Artikels 15 a B-VG, Artikel 31:

*„... Projekte der integrierten Versorgung und Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, sowie die sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs ...
... Voraussetzung für die Förderung dieser Projekte ist, dass sich das jeweilige Land und die Sozialversicherung im Voraus auf diese Maßnahmen inhaltlich einigen.“*

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 Vereinbarung Art. 15 a B-VG in Kraft. Im Gegensatz zu der vorangegangenen Vereinbarung 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 gemäß Abs. 2, 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 Gender-Aspekt 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 PatientInnen 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 Reformpoolprojektes 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 ist es, 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 kann. 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. Für die weitere Umsetzung sind Maßnahmen aus folgenden Bereichen in Vorbereitung:

- ♦ Präterminales Management
- ♦ PatientInneninformation
- ♦ Nierentransplantation (NTx-Warteliste und NTx-Nachsorge)
- ♦ Hämodialyse und Peritonealdialyse

4.1.1.2 DMP Therapie Aktiv und Herz.Leben

Mit 30. Juni 2011 endeten die Projektlaufzeiten für das Reformpoolprojekte Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ und für das Reformpoolprojekt „Herz.Leben“. In der 24. Sitzung der Gesundheitsplattform am 29. Juni 2011 erfolgte in der Gesundheitsplattform die Zustimmung zur Beschlussfassung des Präsidiums über die weitere Vorgangsweise in den Projekten, welche besagte, dass für die Projekte „Herz.Leben“ und „DMP Therapie Aktiv“ bis 15. August des Jahres eine Einigung über Regelfinanzierung und Regelbetrieb zu erzielen ist.

In der 25. Sitzung der Gesundheitsplattform einigten sich die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und das Land Steiermark darauf, die beiden Projekte „Herz.Leben“ und „Therapie Aktiv“ rückwirkend mit 1. Juli 2011 in den Regelbetrieb überzuführen. Die anfallenden Kosten werden im Verhältnis 50 zu 50 von beiden PartnerInnen ab 1. Juli 2011 (bis 30. Juni betrug der Aufteilungsschlüssel bei Herz.Leben 58 % Land Steiermark zu 42 % SV-Anteil sowie für DMP Therapie Aktiv Landesanteil 53,86 % zu 46,14 % SV) getragen. Synergieeffekte, die sich aufgrund möglicher Zu-

sammenlegungen der Schulungsinhalte der Module „Ernährung“ und „Bewegung“ ergeben, sind zu nutzen. Für die beiden Projekte wurde eine Finanzierungsvereinbarung zwischen der Steiermärkische Gebietskrankenkasse und dem Gesundheitsfonds erarbeitet und befindet sich in der Abstimmungsphase. Für die Vereinbarung über die DiabetikerInnen- und Bluthochdruckschulungen wurde ein Entwurf erarbeitet.

Der sachliche Umfang der durch die Zahlungen der VertragspartnerInnen abgegoltenen Leistungen definiert sich als konstante Fortführung des in der Projektvereinbarung zum Reformpoolprojekt Disease Management Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ für Diabetes mellitus Typ 2 in der Steiermark vom 21. April 2009 vereinbarten DMP samt Schulungsprogramm für in das DMP eingeschriebene PatientInnen und des in der Projektvereinbarung zum Reformpoolprojekt „Herz.Leben“ vom 8. Oktober 2010 vereinbarten Schulungsprogramms für Hypertonie-PatientInnen. Bis 31. Dezember 2011 waren 5.839 PatientInnen in das DMP-Programm eingeschrieben.

4.1.1.3 Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose

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 ProjektpartnerInnen in den Bereichen Diagnostik und Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und Daten. Für den Pilotbetrieb wurden zahlreiche Arbeitsmittel erstellt. Die in den Broschüren zusammengefassten Informationen stellen Empfehlungen und Entscheidungshilfen zur Abklärung, Therapie und Versorgungskoordination für eine dem Krankheitsbild und den internationalen Leitlinien entsprechende angemessene ärztliche Vorgehensweise dar.

Die Evaluation wird von der FH OÖ Campus Steyr durchgeführt. Das Konzept greift ausschließlich auf Routinedaten zurück und stellt damit keinen Mehraufwand für die DienstleisterInnen dar. Für die Evaluation waren umfangreiche und aufwändige Datenanforderung sowie eine Registrierung im Datenverarbeitungsregister notwendig. Durch Schwierigkeiten beim Datenmanagement kam es zu einer erheblichen Verzögerung der Evaluierung. Der Evaluierungsbericht befindet sich in Endabstimmung.

4.1.1.4 Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen

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 (IVSA)“ 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 und Behandlung, Rehabilitation und Nachsorge.

Die Evaluierungsergebnisse zeigten meist positive Auswirkungen des Projektes. Besonderes Augenmerk wird auf die weitere Bearbeitung der geschlechtsspezifischen Erkenntnisse aus dem Projekt gerichtet, da die Evaluierung des Reformpoolprojekts zum Teil signifikante Unterschiede in der Schlaganfallversorgung von Frauen und Männern aufzeigte (z. B. Frauen werden seltener einer spezialisierten Schlaganfallereinheit [Stroke-Unit] zugewiesen und seltener lysiert). Um mögliche Ursachen dieser ungleichen Versorgung aufzuzeigen und Handlungsoptionen darzustellen, wurde das Frauengesundheitszentrum mit einer entsprechenden Untersuchung beauftragt. Die 2011 fertiggestellte Untersuchung gibt unter anderem folgende Empfehlungen:

- ♦ Informationskampagnen, die sich an Frauen und Männer richten, zu Risiken für und Symptomen von Schlaganfall allgemein und der Betroffenheit von Frauen und deren spezifischen Risikofaktoren.
- ♦ Sensibilisierung des medizinischen Personals für die Betroffenheit von Frauen, deren Risikofaktoren und möglicher Hürden für eine bedarfsgerechte Versorgung.
- ♦ Dokumentation und Erfassung aller relevanten Indikatoren für Schlaganfall.
- ♦ Mitarbeit einer Expertin des Fachbeirats für Frauengesundheit in der Umsetzung der Empfehlungen.

In der 26. Sitzung der Gesundheitsplattform am 7. Dezember 2011 wurde die Überführung des Reformpoolprojekts „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“ in den Regelbetrieb beschlossen. Grundlage ist ein Umsetzungskonzept, welches auf die Projektergebnisse und die Empfehlungen des Evaluierungsberichts des Reformpoolprojekts „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“ sowie der Untersuchung „Schlaganfallversorgung von Frauen und Männern in der Steiermark“ durch das Frauengesundheitszentrum aufsetzt. Ziel ist eine steiermarkweite Optimierung der integrierten Versorgung von PatientInnen mit Schlaganfall unter Nutzung der Ergebnisse, Erfahrungen und entwickelten Instrumente (z. B. Lyse-Checkliste) aus dem Pilot-Projekt Schlaganfall, sowie Beachtung der Empfehlungen der Evaluierungen und laufender Aktivitäten im Bundesland. Damit soll eine kontinuierliche Verbesserung der Prozesse auf Basis der erhobenen Indikatoren und eine Verbesserung des PatientInnen-Outcomes erreicht werden. In der begleitenden Evaluation soll auch immer eine geschlechtsspezifische Sichtweise erfolgen.

Der modulare Aufbau des Pilotprojektes hat sich für die Segmente Notfallmanagement, stationäre Akutversorgung und Rehabilitation bewährt und soll beibehalten werden. Im Notfallmanagement sollen alle VersorgungspartnerInnen einschließlich der NotärztInnen und der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen einbezogen werden, um einen raschen Transport in die nächstgelegene geeignete Krankenanstalt sicherzustellen. Die leitlinienkonforme Diagnose und Therapie des akuten Schlaganfalls soll schrittweise in allen Krankenanstalten implementiert, die Zusammenarbeit zwischen internen und neurologischen Abteilungen

verbessert werden. Im Anschluss soll der bedarfsgerechte und möglichst lückenlose Übergang in die Rehabilitation sichergestellt werden. Zur Beurteilung des patientInnen-relevanten Nutzens der IVSA soll eine Follow-up-Erhebung (z. B. Drei-Monats-Status) durchgeführt werden. Neben der Optimierung des Versorgungsprozesses per se ist zu prüfen, in welcher Form und mit welchen Mitteln Maßnahmen der Bevölkerungsinformation durchgeführt werden können, die (mit)entscheidend für eine kurze Rettungskette sind.

Dokumentation und Datenmanagement

Die projektspezifische Dokumentation, die auf geringe Akzeptanz gestoßen ist, wird mit dem Ziel, so weit wie möglich auf Routinedaten zurückzugreifen, entsprechend angepasst werden. Die begleitende Prozessevaluation mit Rückspiegelung der Ergebnisse an die VersorgungspartnerInnen wird federführend von der Schlaganfall-Koordination übernommen werden (Aufbau einer standardisierten Kommunikation: Erfahrungsaustausch von VersorgungspartnerInnen, bilaterale Gespräche, Runde Tische usw.). Als erster Schritt ist die Bildung des Koordinationsteams sowie die Kontaktaufnahme und Information der VersorgungspartnerInnen vorgesehen.

4.1.1.5 Teleulcus – Best-Practice-Modell – vernetztes teleunterstütztes Management chronischer Wunden

Ziel des Projektes war eine verbesserte Betreuung von PatientInnen mit chronischen Wunden in einer abgestuften Versorgungsstruktur. Dabei sollten die medizinisch/pflegerischen und organisatorischen Abläufe dokumentiert und ein abgestuftes einheitliches Behandlungskonzeptes entsprechend internationalen 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 zählten 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.

Ergebnisse des Projektes

1. Der Ansatz, AllgemeinmedizinerInnen im niedergelassenen Bereich eine Koordinierungsrolle einnehmen zu lassen, funktionierte nur teilweise:
 - ♦ Es konnten nicht in allen Bezirken ÄrztInnen für diese Aufgabe gefunden werden.
 - ♦ Die Zuweisungen der KollegInnenschaft der anderen AllgemeinmedizinerInnen für die speziellen Aufgaben im diagnostischen und therapeutischen Bereich des Wundmanagements erfolgte (meist) nicht.
2. Die Zusammenarbeit unter den Gesundheitsanbietern konnte verbessert werden. Ein Austausch von Erfahrungen wurde erzielt.
3. Im Umgang mit dem Einsatz an Heilmitteln als auch im generellen therapeutischen Ansatz konnte neben dem Erfahrungsaustausch auch ein zeitgemäßes evidenzbasiertes Vorgehen geschult und angewendet werden.
4. Im Bereich der Teleunterstützung durch ein entsprechendes EDV-Tool konnten qualitativ gute Erfahrungen gemacht werden. Der Nutzungsgrad seitens der Gesundheitsanbieter war jedoch sehr gering.

Abschließend wurde vom Projektteam festgestellt, dass eine Ausrollung dieser Organisationsform auf alle Regionen in der Steiermark bei den derzeitigen Gegebenheiten nicht empfehlenswert ist. In der Plattformsitzung am 29. Juni 2011 wurde der Beschluss über Beendigung des Projektes gefasst.

4.1.2 Reformpoolprojekte 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“

Am LKH Stolzalpe ist seit April 2007 ein Magnetresonanztomograph (MRT) mit offenem System in Betrieb. Da es gerade im Großgerätebereich immer wieder aus Kostengründen Verschiebungen zulasten der PatientInnen gab, sollte erstmalig durch ein Pilotprojekt zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs eine einheitliche Abgeltung in diesem Bereich vorgenommen werden. Start dieses Projektes 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 Projektes 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 durch das Land Steiermark abgegolten. Leistungen an zugewiesene 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 Körperregionen maximal € 302.400,- zur Verfügung gestellt werden. Kontrastmittel werden bis zu einer Höhe von € 10.000,- gesondert honoriert. Im Projektjahr 2011 wurden seitens der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, welche die Abrechnungen durchführt, 2.146,1 Untersuchungsregionen anerkannt. Die anfallenden Kosten werden von den Projektpartnern zu jeweils 50 % getragen.

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

In der Steiermark bestehen zehn Einrichtungen, die ambulante Hämodialyse anbieten. Davon sind vier private Dialyseinstitute im extramuralen Bereich (Dialyseinstitut Dr. Katschnig, Dialyseinstitut Dr. Gießauf, Dialysezentrum

Graz West/Dr. Winkler sowie Dialysezentrum Dr. Wallner) und sechs intramurale Einrichtungen (Dialysestation in den LKHs Graz, Bruck, Rottenmann und Wagna, Dialysestation im Diakonissenkrankenhaus Schladming und Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Marschallgasse). Vier dieser sechs intramuralen Einrichtungen werden von der KAGes betrieben, zwei von Ordensspitälern mit Fondsfinanzierung.

Um in Zukunft die Hämodialyse für die steirische Bevölkerung sicherzustellen, haben Land und Sozialversicherung am 2. Dezember 2010 gemäß dem einstimmigen Beschluss der Gesundheitsplattform 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 durchgeführten ambulanten Hämodialysen werden in einem Verhältnis 50 : 50 gemeinsam von Land und Sozialversicherung finanziert. Pro Dialyse wurde ein Honorar von € 201,10 festgesetzt.

4.1.2.3 Gemeinsame Kostentragung bei 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. Jänner 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.

4.1.3 Sonstige Projekte

4.1.3.1 Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert-Schweitzer-Klinik

Der Vertrag über die Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert-Schweitzer-Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz sieht vor, dass der Gesundheitsfonds die Finanzierung dieser Betten ab 1. Mai 2008 bis zum

Außerkrafttreten der Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG übernimmt.

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 2011 wurden in der „Station Prof. Gerstenbrand“ der Albert-Schweitzer-Klinik insgesamt 31 PatientInnen betreut. Diese wurden von Akutkrankenanstalten aus der ganzen Steiermark zugewiesen. Das Durchschnittsalter der aufgenommenen PatientInnen betrug 53,8 Jahre und durchschnittliche Belagsdauer 9,2 Monate bzw. 6 Monate für die im Jahr 2011 neu aufgenommenen PatientInnen. 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 bepunktet (von Fähigkeit fehlt – ein Punkt bis keine Einschränkung vorhanden – fünf Punkte). Die durchschnittliche Verbesserung der im Jahr 2011 betreuten 33 PatientInnen betrug 7,7 Punkte. Für die im Jahr 2011 neu aufgenommenen ergab sich hingegen eine durchschnittliche Verbesserung von 19,8 Punkten.

4.1.3.2 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 Artikels 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 € 7.650.000,- für Projektfinanzierung der PSO Bad Aussee 2011 vorgesehen. Pro Belagstag wur-

de für das Jahr 2011 ein Tagsatz in der Höhe von € 218,28 festgelegt, wobei max. € 7.650.000,- für 2011 zur Verfügung standen. Laut Endabrechnung 2011 ergaben sich 35.854 Belegstage. Im Zuge des neuen LKF-Modells 2012 werden nun alle Leistungen im stationären, halbstationären, tagesklinischen und nachtklinischen Bereich (inkl. spezieller Leistungsbereiche) des AMEOS Klinikums Bad Aussee (ehem. PSO Bad Aussee) über das LKF-Modell 2012 abgegolten.

4.1.3.3 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 Palliativ-einrichtungen ergänzen die vorhandenen Einrichtungen des Gesundheitswesens (Krankenhaus, Hauskrankenpflege, Alten- und Pflegeheime, HausärztInnen), 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 Palliativ-einrichtungen. 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 weiterzufinanzieren. 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 zur effizienteren Nutzung personeller Ressourcen sinnvoll erscheint. Um die seit 1998 andauernde Projektfiananzierung zu beenden und um eine dauernde und nachhaltige Finanzierung sicherzustellen, wurde auf Beschluss der Gesundheitsplattform vom 5. Juni 2008 die Finanzierung der Hospiz- und Palliativ-einrichtungen 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 – aufgrund einer Analyse der Joanneum Research Forschungsgesellschaft zur Berechnung der finanziellen Verschiebungspotenziale der mobilen Palliativteams – Zahlungen je mobil betreuter/en PatientIn 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 2011 waren folgende Hospiz- und Palliativ-einrichtungen in der Steiermark im Betrieb:

Palliativstationen:

- ♦ LKH-Univ.-Klinikum Graz
- ♦ KH der Elisabethinen Graz GmbH
- ♦ LKH Leoben
- ♦ LKH Rottenmann
- ♦ LKH Fürstenfeld

8 Mobile Palliativteams:

- ♦ Graz
- ♦ Leoben
- ♦ Judenburg-Knittelfeld
- ♦ Liezen
- ♦ Hartberg
- ♦ Fürstenfeld
- ♦ Deutschlandsberg
- ♦ Mürzzuschlag/Bruck

9 Palliativkonsiliardienste:

- ♦ LKH-Univ.-Klinikum Graz
- ♦ KH der Elisabethinen Graz GmbH
- ♦ LKH Leoben/Bruck
- ♦ LKH Judenburg-Knittelfeld
- ♦ LKH Rottenmann/Bad Aussee
- ♦ LKH Hartberg
- ♦ LKH Fürstenfeld
- ♦ LKH Deutschlandsberg
- ♦ LKH Mürzzuschlag

1 Stationäres Hospiz:

- ♦ GGZ – Albert-Schweitzer-Hospiz

1 Tageshospiz:

- ♦ GGZ der Stadt Graz

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen des Hospizverein 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 sind:

- ♦ 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.

4.1.3.5 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, z. B. aufgrund ihrer Alkohol- oder Drogenabhängigkeit, aus Scham oder Wunsch nach Anonymität, aufgrund von sprachlichen Barrieren, schlechten Erfahrungen oder mangelndem Wissen. Die Caritas Marienambulanz ist in den letzten elf Jahren ein wichtiger Teil in der medizinischen Versorgungslandschaft geworden. Dies ist vor allem einem hervorragenden Team von ehrenamtlichen und hauptamtlichen MitarbeiterInnen, die innerhalb der Ambulanz, aber auch außerhalb in den Facharztordinationen, Krankenhäusern und medizinischen Institutionen, ihre Dienste unbürokratisch und engagiert zur Verfügung stellen. 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 Chancenungleichheit und trägt durch ihre Tätigkeit gleichzeitig zu einer Entlastung von stationären Krankenhauseinrichtungen bei. Besonders wichtig ist es, Erkrankungen im Frühstadium zu erkennen und somit spätere kostspielige Behandlungen zu vermeiden.

Die Caritas Marienambulanz bietet folgende Leistungen an:

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

4.1.3.6 Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche

Der Verein für Diabetiker der Univ.-Kinderklinik Graz veranstaltet jährlich in den Sommerferien für zwei Wochen 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 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 10. bis 23. Juli 2011 in der Obstbaufachschule in Wetzawinkel bei Gleisdorf abgehalten. Insgesamt wurden € 9.076,42 an Gehaltszahlungen für zwei ÄrztInnen und drei DGKP an die Steiermärkische Krankenkostengesellschaft m. b. H. als Dienstgeber refundiert.

4.1.3.7 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 extramuralen 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 verwiesen. Die Befundung wird teilweise 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, LeistungserbringerInnen sowie KostenträgerInnen. Präoperative Diagnostik wird zurzeit sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im stationären Bereich erbracht.

Ein Salzburger Reformpool-Projekt zum Thema „Präoperative Befundung“ versuchte vor geplanten Operationen durch ein leitlinienorientiertes Handeln basierend auf einem ausführlichen, strukturierten Anamnesegespräch und einer körperlichen Untersuchung die oben angesprochenen Mängel zu beheben. Das Projekt bestätigte das enorme Reduktionspotenzial von für die Vorbereitung auf die Anästhesie erhobenen Befunden und Untersuchungen wie EKG, Spirometrie, Laborbefunde und Thoraxröntgen. Neben dem leitlinienorientierten Ansatz stellt ein webbasiertes Computerprogramm ein wesentliches Hilfsmittel bei der Umsetzung dar.

Die Geschäftsführung wurde von der Gesundheitsplattform beauftragt, die Voraussetzungen für die Implementierung des Salzburger Reformpoolprojektes „Präoperative Befundung“ in der Steiermark zu prüfen und einen Umsetzungsplan vorzubereiten. Gleichzeitig wurde das Thema „Präoperative Diagnostik“ seitens der Bundesgesundheitskommission 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-Projektes aufgebaut werden soll. Das Salzburger Reformpool-Modell zur präoperativen Diagnostik soll hinsichtlich seiner Methodik österreichweit ausgerollt werden. Die Bundesgesundheitskommission konkretisierte, dass eine Bundes-Qualitätsleitlinie (BQLL) zur präoperativen Diagnostik zu erstellen ist und die ÖGARI-Leitlinie (Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) als medizinische Grundlage heranzuziehen ist. Zu diesem Zweck wurde mit der ÖGARI vereinbart, dass seitens der ÖGARI die derzeit vorliegende ÖGARI-Leitlinie in Bezug auf noch fehlende oder mangelhafte Elemente aktualisiert wird und dem BMG eine nach einem anerkannten Verfahren entwickelte Fassung der ÖGARI-Leitlinie als medizinische Quell-Leitlinie für die geplante BQLL bis Mitte 2011 zur Verfügung gestellt wird. In einer Leitliniengruppe auf Bundesebene unter Federführung der Gesundheit Österreich GmbH wurde die Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) präoperative Diagnostik bei elektivem

Eingriff erarbeitet. In der 19. Sitzung der Bundesgesundheitskommission am 25. November 2011 wurden die Inhalte der „BQLL zur integrierten Versorgung von erwachsenen PatientInnen für die präoperative Diagnostik bei elektivem Eingriff“ zustimmend zur Kenntnis genommen. Die BQLL soll österreichweit angewandt werden. Organisations- und Finanzierungsregelungen sind nicht Gegenstand der BQLL und sind abhängig von den gegebenen Strukturen länderspezifisch festzulegen.

Die steirischen Aktivitäten orientierten sich an der bundesweiten Entwicklung und warteten sinnvollerweise die endgültigen Vorgaben der Bundesqualitätsleitlinie ab. Parallel erfolgte eine Erhebung der aktuellen Versorgungssituation im Bereich der präoperativen Diagnostik für die Steiermark. Diese Ergebnisse liegen vor und bilden gemeinsam mit den österreichweiten Festlegungen die Grundlage für die Planung der weiteren Umsetzungsschritte auf Ebene der Gesundheitsplattform.

4.2 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.

Mit den Beschlüssen der Gesundheitsplattform in der 18. Sitzung vom 10. Februar 2010 und der 19. Sitzung vom 25. März 2010 wurden die Konzeption und das Budget für das Projekt in den beiden Pilotregionen Mürzzuschlag und Bad Aussee für die Jahre 2010 und 2011 genehmigt (siehe auch Jahresbericht 2010 des Gesundheitsfonds Steiermark).

4.2.1 Gesundheitszentrum Mürzzuschlag

Eröffnung: 9. Juli 2010

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

Im Gesundheitszentrum Mürzzuschlag sind drei Mitarbeiterinnen – zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und eine Sozialarbeiterin – mit einem Dienstausschlag zu je 50 % tätig (insgesamt 1,5 Vollzeitäquivalente).

Leistungen im Jahr 2011 (Stand 28. Dezember 2011)

1.024 Servicefälle insgesamt:

- ♦ Jänner: 92
- ♦ Februar: 91
- ♦ März: 97
- ♦ April: 65
- ♦ Mai: 90
- ♦ Juni: 59
- ♦ Juli: 89
- ♦ August: 108
- ♦ September: 102
- ♦ Oktober: 73
- ♦ November: 82
- ♦ Dezember (Stand 27. Dezember 2011): 76

Anfrageursprung:

- ♦ 614 persönliche Anfragen – das sind 61 %
- ♦ 410 telefonische Anfragen – das sind 39 %

KlientInnen:

- ♦ 565 weiblich
- ♦ 300 männlich

- ♦ Für die restlichen Anfragen wurde kein Geschlecht des/der KlientIn angegeben

Alter der KlientInnen:

- ♦ 445 KlientInnen: über 80 Jahre
- ♦ 248 KlientInnen: 60–80 Jahre
- ♦ 49 KlientInnen: 30–59 Jahre
- ♦ 17 KlientInnen: unter 30 Jahre
- ♦ Rest ohne Altersangabe

Die Mitarbeiterinnen des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag haben im Berichtsjahr 38 Termine mit NetzwerkpartnerInnen, wie beispielsweise dem Roten Kreuz, der GKK Mürzzuschlag, der Frauenberatungsstelle oder dem Sozialhilfverband, absolviert. Bei diesen Terminen geht es einerseits darum, die Aufgaben des Gesundheitszentrums bei den relevanten Stakeholdern bekannt zu machen, und andererseits sollen Abläufe abgestimmt oder etwaige Probleme bei der Kooperation besprochen werden.

4.2.2 Gesundheitszentrum Bad Aussee

Das Gesundheitszentrum Bad Aussee wurde am 13. Jänner 2011 im Rahmen der Sitzung eines Regionalbeirates in Anwesenheit von Bürgermeister Otto Marl offiziell eröffnet. Die Räumlichkeiten befinden sich im 2. Stock des LKH Bad Aussee. Die beiden Mitarbeiterinnen – zwei Diplomkrankenschwestern mit einem Dienstausschlag zu je 50 % – stehen zu folgenden Öffnungszeiten der Bevölkerung der Kleinregion Bad Aussee (das sind die Gemeinden Altaussee, Bad Aussee, Bad Mitterndorf, Grundlsee, Pichl-Kainisch, Tauplitz) zur Verfügung: Montag, Mittwoch und Freitag von 8 bis 14 Uhr und Donnerstag von 13 bis 18 Uhr.

Leistungen im Jahr 2011 (Stand 28. Dezember 2011)

635 Servicefälle insgesamt:

- ♦ Jänner: 28
- ♦ Februar: 51
- ♦ März: 77
- ♦ April: 40
- ♦ Mai: 59
- ♦ Juni: 66
- ♦ Juli: 57
- ♦ August: 62
- ♦ September: 40
- ♦ Oktober: 68
- ♦ November: 50
- ♦ Dezember: 37 (Stand 28. Dezember 2011)

Anfrageursprung:

- ♦ 461 persönliche Anfragen – das sind 73 %
- ♦ 165 telefonische Anfragen – das sind 26 %
- ♦ 9 Anfragen per E-Mail – das ist 1 %

KlientInnen:

- ♦ 382 weiblich
- ♦ 232 männlich
- ♦ Für die restlichen Anfragen wurde kein Geschlecht des/der KlientIn angegeben

Alter der KlientInnen:

- ♦ 190 KlientInnen: über 80 Jahre
- ♦ 271 KlientInnen: 60–80 Jahre
- ♦ 96 KlientInnen: 30–59 Jahre
- ♦ 33 KlientInnen: unter 30 Jahre
- ♦ Rest ohne Altersangabe

Die beiden Mitarbeiterinnen haben 39 Termine mit regionalen Gesundheitsdiensteanbietern gemacht, wobei aufgrund der regionalen Lage auch Kontakte zu Vereinen in der Be-

zirkshauptstadt Liezen oder zum Krankenhaus Bad Ischl in Oberösterreich bestehen. Um die Gesundheitszentren auch in der Bevölkerung der Region bekannt zu machen, wurden drei Inserate in den regionalen Medien (Alpenpost, Die Gemeinde) geschaltet, außerdem wurde in diversen Print- und elektronischen Medien über das Gesundheitszentrum Bad Aussee auch redaktionell berichtet.

Evaluation:

Wie im Beschluss der Gesundheitsplattform vorgesehen, wurden die Gesundheitszentren im Zeitraum Oktober 2010 bis März 2011 evaluiert. Die externe Evaluation hat sich aufgrund des längeren Bestehens und des größeren Einzugsgebietes in erster Linie auf den Standort Mürzzuschlag konzentriert.

Insgesamt wurden drei Workshops mit den Mitarbeiterinnen des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag abgehalten (28. Oktober 2010; 23. November 2010; 22. März 2011) sowie jeweils eine Befragung der Gesundheitsdiensteanbieter der Region Mürzzuschlag (Fragebogen) und der Bevölkerung des Bezirks (Telefoninterviews) durchgeführt. Zusätzlich erfolgte eine Auswertung der KlientInnen Daten aus der KlientInnen-Datenbank mit Stichtag 13. März 2011.

Ergebnisse der Workshops:

- ♦ Anforderungen an die MitarbeiterInnen:
Das vorab erstellte Anforderungsprofil für MitarbeiterInnen von Gesundheitszentren entspricht im Wesentlichen den tatsächlichen Anforderungen und Aufgaben, die zu erfüllen sind. Zusätzlicher Bedarf an Schulungen besteht noch in den Bereichen Gesundheitsförderung, Struktur/Aufbau/Finanzierung des Gesundheits- und Sozialsystems und EDV; abhängig vom Standort wären evtl. Englisch-Kenntnisse von Vorteil.
- ♦ Themenschwerpunkte der Anfragen und Lösungsansätze:
Inhaltlicher Schwerpunkt ist das Thema Pflege (Beratung für pflegende Angehörige und Unterstützung bei der Pflege zu Hause) – 17 %; weitere große Themenblöcke sind Heimunterbringung (17 %) und Antragstellungen – Heim- und Pflegegeldanträge (16,4 %)
- ♦ Prozessorganisationen und IT-Funktionen (PGS-System):
Die Leistungsbeschreibungen der Gesundheitsdiensteanbieter im EDV-System sind teilweise unvollständig und deren Aktualität fraglich; die installierte Wissensdatenbank ist nicht benutzerfreundlich. Die Benutzerfreundlichkeit wurde eher schlecht bewertet.

Die Ergebnisse aus den beiden Befragungen (GDA, Bevölkerung) sind sehr erfreulich, der Bekanntheitsgrad liegt bei 95 %. Besonders die älteren Menschen bestätigen den Informationen über Öffnungszeiten, Erreichbarkeit und Zuständigkeit eine hohe Wichtigkeit, während die Gesundheitsdiensteanbieter eher die Informationen über Zuständigkeiten, Pflegedienste und -einrichtungen schätzen. 80 % der BürgerInnen erachten das Angebot der Koordination für sehr wichtig bzw. wichtig (insbesondere zu ÄrztInnen, Behörden u. Pflegeeinrichtungen und anderen Gesundheitsdiensteanbietern). Die Gesundheitsdiensteanbieter selbst sehen hier vor allem Vorteile, um Kontakte zu Pflegeeinrichtungen und zu anderen Gesundheitsdiensteanbietern herzustellen sowie Unterstützung bei der Bearbeitung von Anträgen zu erhalten. Abgefragt wurde außerdem eine zukünftige

Aufgabenmöglichkeit von Gesundheitszentren in Richtung gemeinsames Ressourcenmanagement und gemeinsame Organisationsformen: Vor allem die Bereitstellung von interdisziplinären Leistungsangeboten oder die Erledigung von behördlichen Verfahren vor Ort wurde als wünschenswert bzw. vordringlich wichtig erachtet; die Organisation einer gemeinsamen Nutzung von vorhandenen Einrichtungen oder die Bereitstellung von ambulanten medizinischen und pflegerischen Leistungen vor Ort würde vor allem von nicht-ärztlichen Gesundheitsdiensteanbietern sehr positiv gesehen werden.

Entsprechend fallen die Empfehlungen der externen Evaluatoren aus:

- ♦ Ausbau des Leistungsangebotes hin zu einer aktiven Servicefunktion (zentrale administrative Anlaufstelle für Anträge; Beschaffung/Bereitstellung von Medikamenten/Heilbehelfen; Koordinationsfunktion zu verschiedenen Gesundheitsdiensteanbietern, ...)
- ♦ Ausbau der Koordinationsfunktion durch steigenden Bedarf einer PatientInnensteuerung (Terminvereinbarungen; rascher Zugang zu Leistungen)
- ♦ Verstärkung des Nahtstellenmanagements (Vermeidung von Fehlbelegungen)
- ♦ Weiterentwicklung zur Organisation einer gemeinsamen Nutzung von vorhandenen Einrichtungen und Personal
- ♦ Hinsichtlich eines unterstützenden EDV-Systems wurde außerdem eine praxistaugliche Vorgehensweise zur Contentwartung und eine einfachere Bedienbarkeit des System empfohlen.

Weiterentwicklung:

Auf Basis der Evaluationsergebnisse wurde im ersten Halbjahr ein Konzept für eine mögliche Weiterentwicklung von Gesundheitszentren erarbeitet und vom Präsidium der Gesundheitsplattform eine detailliertere Darstellung bis zur Plattform Sitzung im Oktober 2011 verlangt. In der Sitzung der Gesundheitsplattform vom 19. Oktober 2011 wurde schließlich das Weiterentwicklungskonzept für Gesundheitszentren sowie eine Verlängerung der Pilotphase bis Ende 2013 genehmigt. Für die Umsetzung dieser Pilotphase wurde ein Gesamtbudgetvolumen in Höhe von € 1.200.000,- bewilligt.

Als Ziel für zukünftige Gesundheitszentren wurde vereinbart, dass Prozesse effizienter gestaltet werden sollen (Nahtstellenmanagement) und ein integriertes patientInnenorientiertes Leistungsangebot zur Verfügung gestellt werden soll. Das Leistungsangebot kann ambulante, pflegerische, soziale und gesundheitsfördernde Leistungen umfassen und somit kann ein Ausbau in Richtung „Ressourcenmanagement“ und „Neue Organisationsformen“ erfolgen, in dessen Rahmen zukünftig auch ambulante Erstversorgungseinheiten (AEE) angebunden werden könnten. Dadurch könnte im Verbund mit einer Krankenanstalt eine erste, zentrale Anlaufstelle für PatientInnen eingerichtet werden, in der eine Verknüpfung mit intra- und extramuralen Prozessen erfolgen kann. Konkret bedeutet dies, dass Gesundheitszentren zukünftig zusätzlich zu den bereits bestehenden Aufgaben der Information und Koordination über Gesundheits- und Pflegeangebote zusätzlich auch Schulungen und Veranstaltungen zur Qualitätssicherung sowie für den Ausbau integrierter Versorgung und von Disease Management Programmen in der Steiermark anbieten sollen.

Eine weitere Aufgabe soll – in Abstimmung mit den jeweiligen Krankenhäusern – die Übernahme des Entlassungsmanagements sein. Auch eine enge Kooperation mit den ebenfalls in Planung befindlichen Ambulanten Erstversorgungseinheiten wurde angedacht; dazu wird eine übergreifende Dokumentation notwendig sein. Aber auch für andere Aufgaben des Gesundheitswesens kann eine übergreifende Dokumentation sinnvoll sein, um beispielsweise die Versorgung von SchlaganfallpatientInnen noch effizienter und effektiver gestalten zu können.

Übergreifend zu allen Aufgaben soll das Gesundheitszentrum selbst eine gesundheitsfördernde Einrichtung werden und damit das Gesundheitsziel „Das Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten“ unterstützen. In diesem Zusammenhang wird auch die Einführung eines Qualitätsmanagements eine wesentliche Rolle spielen.

Für die Umsetzung der Pilotphase II wurde empfohlen, eine Betreiber- und Betriebsform zu wählen und auch die Einbindung relevanter PartnerInnen anzudenken. Vorgeschlagen wurde, die Gesundheitszentren vorerst im Rahmen einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts gemeinsam mit der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft und der Ärztekammer Steiermark zu betreiben und einen entsprechenden Roll-out vorzubereiten. Die Ausgestaltung eines diesbezüglichen Vertrages war mit 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen.

Zur weiteren Umsetzung der Gesundheitszentren Steiermark ist geplant, das Gesundheitsportal weiter auszubauen und für die Aufgaben der Gesundheitszentren nutzbar zu machen. Dazu ist einerseits die Entwicklung einer Datenbank zur Erfassung der KlientInnen notwendig und andererseits die Vorbereitung diverser Schnittstellen zu anderen Datenbanken, die Informationen zu Gesundheitsdiensteanbietern, AnbieterInnen im Pflege- und Sozialbereich etc. beinhalten, die für die Beauskunftung bzw. Koordinationstätigkeiten des Gesundheitszentrums notwendig sind.

Auch die Verlängerung der Pilotphase soll evaluiert werden, um dann auf Basis der Ergebnisse einen eventuellen Roll-out zu konzipieren und der Gesundheitsplattform zur Beschlussfassung vorzulegen.

Als Pilotregionen für 2012 und 2013 wurden neben dem bestehenden Gesundheitszentrum in Mürzzuschlag die Bezirke Hartberg und Murau festgelegt; das Gesundheitszentrum Bad Aussee soll in der bestehenden Form weitergeführt werden.

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 Modellprojekt „Gemeinsam Essen“

Laut Österreichischem Lebensmittelbericht 2008 nehmen an Werktagen täglich 1,5 Millionen ÖsterreicherInnen die verschiedenen Angebote von Gemeinschaftsverpflegung in Anspruch. Zielgruppe des Modellprojektes „Gemeinsam Essen“, 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. Eine detaillierte Projektbeschreibung ist in den Jahresberichten 2008 und 2009 des Gesundheitsfonds zu finden.

Im Berichtsjahr 2011 wurden der sechste und siebente Projektzyklus gestartet. Insgesamt wurde das Projekt in 33 neuen Einrichtungen gestartet. In diesen Einrichtungen werden in Teil- und in Vollverpflegung insgesamt etwa 2.179 Personen erreicht (1.041 weiblich, 1.138 männlich). Folgende Einrichtungen beteiligen sich neu im Berichtszeitraum:

Zyklus 6:

- ♦ Jugendhaus Graz – Plüddemanngasse
- ♦ 21 Jugend- und Familiengästehäuser in der Steiermark

Zyklus 7:

- ♦ Elf Einrichtungen von Jugend am Werk: Produktionsschule Leoben, Integrative Berufsausbildung Graz – Kärntnerstraße 131, Behindertengesetz-Werkstätte Knittelfeld, Behindertengesetz-Werkstätte Graz/Nussbaumerstraße, Behindertengesetz-Werkstätte Graz/Plüddemanngasse, Integrative Berufsausbildung Graz/Kärntnerstraße 25, Integrative Berufsausbildung Mürzzuschlag, Integrative Berufsausbildung Mureck, Produktionsschule Deutschlandsberg, Integrative Berufsausbildung Liezen, Behindertengesetz-Werkstätte Liezen
- ♦ Mit der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft wurde vereinbart, in den Landeskrankenhäusern eine Ist-Stand-Erhebung durchzuführen. Dazu wurde ein Fragebogen fachlich erarbeitet und mit dem Projektteam der KAGes abgestimmt. Im Herbst 2011 wurden die Interviews in den einzelnen Häusern durchgeführt. Der Endbericht dieser Erhebung wird im Frühjahr 2012 vorgelegt werden.

Im Frühjahr 2011 konnten die Einrichtungen des zweiten Projektzyklus diesen erfolgreich abschließen. Im Rahmen der Gesundheitskonferenz 2011 wurden die Ergebnisse präsentiert und den Einrichtungen eine Teilnahme-Urkunde zum offiziellen Abschluss überreicht:

- ◆ Haupt- und Realschule Heiligenkreuz am Waasen
- ◆ Technische Universität Graz (Mensa Inffeldgasse und Café Galileo)
- ◆ Fa. Wagner Betriebskantinen KG (Betriebsküchen der Fa. Magna an den Standorten Weiz, Ilz, Albersdorf)
- ◆ Jugend- und Familiengästehaus Bad Aussee
- ◆ Jugendsporthaus Schladming
- ◆ Jugendhaus Graz Schießstattgasse

Zusätzlich zu diesen Aktivitäten wurde auch im Jahr 2011 alle zwei Monate der „Gemeinsam Essen“-Newsletter mit Informationen sowie Tipps und Anregungen für die Gemeinschaftsverpflegung herausgegeben. Neu ab dem Newsletter März/April 2011 sind die Informationen speziell für Tageseltern, nachdem eine neue Verordnung für das Curriculum der Ausbildung für Tageseltern und KinderbetreuerInnen von der zuständigen Fachabteilung 6 E des Landes Steiermark herausgegeben worden war. Am Ende des Jahres konnten wir mit dem Newsletter bereits 405 EmpfängerInnen (Stand Newsletter November) erreichen. Für 2012 ist eine Evaluation des Newsletters geplant.

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 bereits 2009 mit der Erarbeitung von Standards für gesundes Essen in Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen begonnen.

Im Juni 2011 konnten die „Mindeststandards in der Gemeinschaftsverpflegung“ fertiggestellt und der Öffentlichkeit präsentiert werden. Dieser Leitfaden bietet aktuelle Empfehlungen für eine gesunde Ernährung und ihre Rahmenbedingungen in der Gemeinschaftsverpflegung an und soll Basis für weitere Empfehlungen und Projekte sein. Bei der Erstellung dieser Standards wurde auf das breite Spektrum an Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen und deren unterschiedliche Rahmenbedingungen eingegangen. Betriebskantinen mit über 1.000 Essen pro Tag wurden ebenso berücksichtigt wie beispielsweise kleine Schulbuffets. Schwerpunkt von Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen ist die Weiterentwicklung hin zu ausgewogeneren Speiseplänen, die sich nach den Bedürfnissen ihrer Gäste und KlientInnen orientieren.

Das Ziel dieser Broschüre – die sich vor allem an Verantwortliche in Betriebsküchen, Kantinen, Schulküchen und Cateringdiensten richtet – ist, die Wandlung in der Gemeinschaftsverpflegung voranzutreiben, um künftig Mindeststandards hinsichtlich Qualität sichern zu können.

4.3.3 Weitere Maßnahmen

4.3.3.1 Weiterbildungsangebot für KindergartenpädagogInnen

2010 wurden für das Weiterbildungsangebot für KindergartenpädagogInnen, das von der Fachabteilung 6 E des Landes Steiermark zweimal jährlich herausgegeben wird, eintägige Workshops für die Zielgruppe konzipiert. Im Fortbildungskatalog für das Sommersemester 2011 wurde die Veranstaltung in sechs Regionen der Steiermark (Ennstal, Murtal, Mürztal, Steiermark Ost, Steiermark West, Graz) angeboten.

Insgesamt wurden im ersten Halbjahr 2011 sieben ganztägige Weiterbildungen mit dem Titel „Bewegte Wurstsemmel“ in diesen sechs Regionen mit insgesamt 160 TeilnehmerInnen durchgeführt; je ein halber Tag stand für die Themen Ernährung und Bewegung zur Verfügung. Die Umsetzung erfolgte in Theorie (u. a. Vermittlung der Inhalte des Leitfadens) und Praxis. Die Weiterbildung wurde von den TeilnehmerInnen überaus positiv beurteilt und für die tägliche Praxis als sehr hilfreich empfunden.

4.3.3.2 Gesundheitsziele-Newsletter

Um interessierte SteirerInnen 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 1.695 E-Mail-Adressen (Newsletter Dezember) versendet. Styria vitalis liefert dazu Beiträge zu den Themen Ernährung und Bewegung sowie zu Veranstaltungshinweisen in „Gesunden Gemeinden“.

4.3.3.3 „Integriertes Gesundheitsmanagement (IGM)“ (Arbeitstitel)

Das Modellprojekt wurde auf Empfehlung des Präsidiums der Gesundheitsplattform 2011 beendet. Im Rahmen des Projektes wurde eine Erhebung der Angebote und Infrastruktur zur Gesundheitsförderung in den Regionen Mürzzuschlag und Bad Aussee umgesetzt, Mindestkriterien für gesundheitsfördernde Angebote/Infrastruktur definiert und ein Idealmodell einer gesundheitsfördernden Region beschrieben. Im ersten Quartal 2011 wurde ein Endbericht verfasst.

4.3.4 GEMEINSAM G'SUND GENIESSEN – die Steiermark im Gleich-Gewicht

Grundlage für dieses Projekt ist die österreichische Vorsorgestrategie, die von der Bundesgesundheitskommission im Herbst 2010 beschlossen wurde und auf deren Basis die Länder und Gebietskrankenkassen entsprechende Umsetzungsmaßnahmen einreichen können. Im Rahmen der Vorsorgestrategie sollen bereits etablierte Maßnahmen ausgerollt und in eine Regelfinanzierung übergeführt werden. Österreichweit stehen für die Umsetzungsperiode 2011 bis 2013, für die das Thema „Ernährung“ als Schwerpunkt gewählt wurde, zehn Millionen Euro zur Verfügung.

In der Steiermark haben sich der Gesundheitsfonds und die StGKK mit einem gemeinsamen Projekt um die Vorsorgemittel bemüht; der entsprechende Finanzierungsantrag wurde im Frühjahr 2011 beim Bund eingereicht und am 1. Juli 2011 die Finanzierung von der Bundesgesundheitsagentur beschlossen.

Zielgruppe unseres gemeinsamen Projektes sind alle SteirerInnen, insbesondere Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen und deren KundInnen sowie Schwangere und stillende Mütter. Ziel ist, dass Ressorts der steiermärkischen Landesregierung und die Sozialversicherung in ihren Aufgabenbereichen weitere Rahmenbedingungen für gesundes Essen schaffen. Dafür sollen folgende Maßnahmen ergriffen werden:

- ♦ Informationen bereitstellen
- ♦ GesundheitsexpertInnen schulen
- ♦ Rechtliche Grundlagen und Förderkriterien anpassen
- ♦ Stakeholder vernetzen
- ♦ Ernährungsworkshops durchführen
- ♦ Angebote für spezielle Zielgruppen schaffen (sozial Schwache, MigrantInnen)

Im Berichtsjahr 2011 wurden konkret folgende Maßnahmen umgesetzt:

- ♦ Spezifizierung der Zielgruppen: Mittels Recherche wurde ein Überblick über die Anzahl der steirischen Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen und deren KlientInnen zusammengestellt und es erfolgte eine Abwägung der Vor- und Nachteile der einzelnen Zielgruppen (Erreichbarkeit, Größe, Readiness, ...). Auf dieser Basis wurden folgende drei Zielgruppen vorgeschlagen und beschlossen: Schwangere/Stillende, Kinder von null bis sechs Jahren, Erwerbstätige.
- ♦ Abgestimmt auf die Zielgruppen wurden relevante Stakeholder recherchiert. Institutionen, AnsprechpartnerInnen, Aufgaben/Interessen dieser Institutionen, deren erwartete Einstellungen zum Projekt sowie Anknüpfungspunkte zum Projekt wurden erfasst bzw. dargestellt. Ergebnis ist eine umfangreiche Darstellung der AnsprechpartnerInnen und deren Erreichbarkeiten, die im weiteren Projektverlauf auf verschiedene Art und Weise in die Umsetzung mit eingebunden werden.
- ♦ Beginn der Recherche zu für die Steiermark relevanten rechtlichen Grundlagen und Förderkriterien im Zusammenhang mit Gemeinschaftsverpflegung sowie den dafür zuständigen Einrichtungen und Institutionen (Fachabteilungen etc.). Erste Vorschläge zur Änderung der rechtlichen Grundlagen/Förderkriterien für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen und die identifizierten Zielgruppen wurden beschrieben.
- ♦ Im Rahmen des Schwerpunktes „Ernährungsberatung in der Schwangerschaft“ wurde auf Basis einer ausführlichen Regionenanalyse der etappenweise Roll-out der Workshops für Schwangere vorbereitet und TrainerInnen entsprechende geschult. Im Jahr 2011 wurden letztlich 28 Workshops in der Region Graz (Stadt Graz) sowie in der Region I (Steiermark Ost: Bezirke Hartberg, Weiz, Fürstenfeld und Feldbach) umgesetzt. Weiters wurden in den Regionen mehrere Kontaktgespräche zur Vorbereitung der Workshops geführt und eine Koordinationsstelle eingerichtet, die für die Anmeldung und Abrechnung und für weitere Auskünfte zur Verfügung steht. Diese Arbeitspakete werden von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse schwerpunktmäßig umgesetzt.
- ♦ Zur Bewerbung des Projektes und der Workshops sowie zur Informations- und Bewusstseinsbildung zum Thema gesunde Ernährung wurden verschiedene öffentlichkeitswirksame Schritte gesetzt. Unter anderem wurde ein Kindergartenwettbewerb gestartet, bei dem Kindergärten und -krippen ihre Maßnahmen zum Thema gesunde Ernährung einreichen können (Einreichfrist: 31. März 2012) – dafür wurde auch ein Kriterienkatalog erarbeitet; die Workshops für Schwangere werden in den unterschiedlichen Medien beworben.
- ♦ Im Herbst 2011 fand eine Sitzung mit dem für das Projekt eingerichteten Fachbeirat statt. Dem Fachbeirat gehören sechs ExpertInnen, die einen Bezug zum

Thema Ernährung haben, an. In der Sitzung wurden die geplanten Maßnahmen und deren Umsetzbarkeit diskutiert. Besonders die Vorgabe, möglichst auch sozial Schwache zu erreichen, stellt eine Herausforderung dar.

4.4 Qualität

4.4.1 Qualitätssicherungskommission der Gesundheitsplattform 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. In diesem Strategiepapier wurden folgende Themenschwerpunkte priorisiert:

- ♦ 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 qualitätsrelevanter 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 2011

Am 21. September 2011 fand auf Einladung der Gesundheitsplattform Steiermark zum zweiten Mal die Veranstaltung „PlattformQ SALUS“ statt. Nationale und internationale ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen nutzten die Gelegenheit, sich zum Thema „PatientInnensicherheit: Melden – Lernen – Umsetzen“ auszutauschen. Die Veranstaltung bot auch einen gelungenen Rahmen für die Verleihung des Steirischen Qualitätspreises Gesundheit – SALUS.

Eröffnet wurde die PlattformQ SALUS 2011 durch Landesrätin Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder, Vorsitzende der Gesundheitsplattform Steiermark. DI Harald Gugg, Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, positionierte in seinem Kurzvortrag das Thema Qualität als zentrale Aufgabe der Gesundheitsplattform Steiermark. Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Andrea Siebenhofer-Kroitzsch berichtete in ihrer Funktion als Vorsitzende der Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK) über die laufenden Aktivitäten der QSK.

Im Zentrum der Veranstaltung stand das Thema „Learning & Reporting“ mit dem Ziel, die PatientInnensicherheit im steirischen Gesundheitswesen zu verbessern. Als Hauptreferent konnte der Schweizer Prof. Daniel Scheidegger, Anästhesist am Universitätsspital Basel, gewonnen werden. Prof. Scheidegger hat federführend an dem in der Schweiz entwickelten CIRIS (Critical Incidents Reporting System) mitgearbeitet. Er erläuterte anhand praktischer Beispiele, welchen Beitrag Learning & Reporting-Systeme bei der Verbesserung der PatientInnensicherheit leisten können. Im Anschluss an Prof. Scheidegger wurden drei Best-Practice-Beispiele zum Thema Learning & Reporting aus der Steiermark vorgestellt. OA Dr. Herbert Kaloud und Eva Frohmann wiesen in ihrem Kurzvortrag auf die wichtigsten Erfolgsfaktoren für die Einführung von Learning & Reporting innerhalb einer Organisation hin. Dazu zählen unter anderem die Unterstützung durch die Führungskräfte, Information und Einbindung der MitarbeiterInnen und die Gestaltung des Meldewegs. Dabei konnten sie auf ihren großen Erfahrungsschatz aus dem AUVA-System CIRPS zurückgreifen. Martina Gruber, Qualitätsmanagerin aus dem LKH Deutschlandsberg, zeigte anhand der im LKH Deutschlandsberg entwickelten OP-Checkliste auf, wie eine systematische Bearbeitung von Meldungen aussehen sollte, um nachhaltige Qualitätsverbesserungen erzielen zu können. Als Erfolgsfaktoren für nachhaltige Umsetzungserfolge wurden ihrerseits insbesondere ein interdisziplinär zusammengesetztes Projektteam, die Umsetzung im Rahmen einer Pilotphase, eine regelmäßige Evaluierung sowie daran geknüpfte Verbesserungsmaßnahmen genannt. Andrea Löcker, Pflegedirektorin im Neurologischen Therapiezentrum Kapfenberg, berichtete über das Best-Practice-Beispiel „Medikamentensicherheit in der Pflege“ und konnte damit zeigen, welche Verbesserungen durch konsequente Fehlerbearbeitung in der Praxis erzielt werden können.

Dass die Steiermark im Bereich PatientInnensicherheit bereits einige Erfolge erzielen konnte, wurde anhand dieser Beispiele eindeutig gezeigt. Das Know-how und die Expertise aus den steirischen Aktivitäten wurde von der Qualitätssicherungskommission Steiermark aufgegriffen und in der „Initiative PatientInnensicherheit Steiermark“ (IPS) vereinigt. Die IPS wurde von Projektleiterin Mag.^a (FH) Lydia Springer im Rahmen der Veranstaltung erstmals vorgestellt. Die Initiative PatientInnensicherheit unterstützt und vernetzt Krankenhäuser und andere Gesundheitsdiensteanbieter beim Lernen aus Meldungen über unerwünschte und kritische Ereignisse in der PatientInnenbehandlung.

Die IPS-Vernetzung ermöglicht es den GDA in der Steiermark, beim Aufbau, bei der Pflege, Evaluierung und Weiterentwicklung ihrer L&R-Systeme (Fehlermeldesysteme, Fehlermanagementsysteme) voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen.

Die Vorträge wurden von Dr. Gerald Bachinger, Sprecher der österreichischen Patienten- und Pflegeanwälte, abgeschlossen. In seinem Vortrag referierte er über den Nutzen von Learning & Reporting-Systemen aus Sicht der Patientinnen und Patienten. Er lobte in seinem Eingangsstatement die laufenden Aktivitäten der Steiermark und betonte, dass durch die Anwesenheit der Gesundheitslandesrätin während der gesamten Veranstaltung, die Bedeutung des Themas für die Steiermark noch einmal unterstrichen wurde.

Der Höhepunkt der Veranstaltung war die Verleihung des „SALUS – Steirischer Qualitätspreis Gesundheit“. Dieser Preis wurde – heuer zum dritten Mal – als Auszeichnung für die kontinuierliche und systematische Verbesserung der Qualitätsarbeit im steirischen Gesundheitswesen vergeben. Insgesamt wurden 12 hochwertige Projekte für den SALUS 2011 eingereicht, welche von der Qualitätssicherungskommission (QSK) anhand der SALUS-Kriterien:

- Steirisch
- Anwendbarkeit für andere Einrichtungen gegeben
- Leistet messbaren Beitrag zur Qualitätsverbesserung
- Umsetzung in die tägliche Praxis bereits erfolgt
- Sektoren- und/oder berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit

sowie des Bewerbungsformulars bewertet wurden. Drei Projekte gingen dabei als Finalisten hervor:

- ♦ Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz mit dem Projekt „Aufbau eines nachhaltigen Qualitätsmanagementsystems in Form der ersten europäischen, vernetzten Verbundzertifizierung‘ nach KTQ®“
- ♦ Joanneum Research und Verein für Qualität in der Geriatrie und Gerontologie mit dem Projekt „Benchmarking in der Geriatrie“
- ♦ LKH-Univ.-Klinikum Graz mit dem Projekt „Interdisziplinäres Netzwerk ‚Brustzentrum Graz‘ – Teil des onkologischen Referenzzentrums“

Im Vorfeld der PlattformQ SALUS 2011 stellten sich die drei VertreterInnen der Projekte der QSK, die in einem Hearing die/den GewinnerIn ermittelte. Dabei wurden vor allem folgende Punkte berücksichtigt:

- ♦ Wie wird das Projekt in der Praxis gelebt?
- ♦ PatientInnenrelevanz
- ♦ Wie viele PatientInnen sind vom Projekt umfasst?
- ♦ Welche Probleme gab es bei der Umsetzung und wie wurde darauf reagiert?
- ♦ Übertragbarkeit des Projektes
- ♦ Wie groß war/ist das Veränderungspotenzial?
- ♦ Wie wurde/wird im Projekt mit der Genderthematik umgegangen? (z. B. geschlechtsspezifische Datenerhebung, betroffene PatientInnen etc.)

Die „SALUS-Trophäe“, gestaltet von KünstlerInnen der „Kreativgruppe RandKunst Söding“, in der seit 2003 Menschen mit geistiger Behinderung im Mal- und Kunstatelier arbeiten, erging an die Gewinner Joanneum Research und Verein für Qualität in der Geriatrie und Gerontologie mit dem Projekt „Benchmarking in der Geriatrie“.

4.4.1.2 Initiative PatientInnensicherheit Steiermark

Internationale Studien zeigen, dass bei drei bis 17 % der hospitalisierten PatientInnen unerwünschte Ereignisse passieren, wovon 30 bis 50 % als vermeidbare Fehler eingestuft werden. Unerwünschte Ereignisse verursachen Leid für PatientInnen und können im schlimmsten Fall sogar zum Tod führen. Zusätzlich stellen sie einen hohen Kostenfaktor dar. Oberstes Ziel für die Sicherheit der PatientInnen ist daher die Vermeidung von unerwünschten Ereignissen. Meldungen über unerwünschte Ereignisse oder Beinahe-Fehler liefern wertvolle Informationen über mögliche Risikoquellen. Ausschlaggebend für eine nachhaltige Risikoreduktion ist die systematische Erfassung und Bearbeitung solcher Meldungen innerhalb einer Organisation. Viele Gesundheitseinrichtungen haben diesen Vorteil bereits für sich erkannt und haben unterschiedliche Learning & Reporting-Systeme

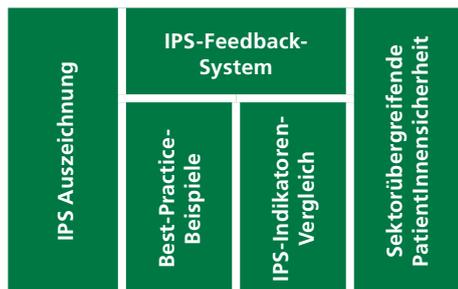
im Einsatz, um diese wertvollen Meldungen durch die eigenen MitarbeiterInnen zu nutzen.

Aufbauend auf bereits laufende Aktivitäten in den Bereichen PatientInnensicherheit und Risikomanagement wurde von der Qualitätssicherungskommission Steiermark im Auftrag der Gesundheitsplattform die „Initiative PatientInnensicherheit Steiermark“ (IPS) entwickelt. Durch die breite Einbindung von Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Gesundheitssektoren war es möglich, vorhandenes Know-how und Expertisen zu nutzen und in der IPS zu bündeln.

Ziel der Initiative ist es, Krankenhäuser und andere Gesundheitsdiensteanbieter beim Lernen aus Meldungen über unerwünschte und kritische Ereignisse in der PatientInnenbehandlung zu unterstützen und zu vernetzen. IPS ermöglicht so den Austausch über konkrete Lösungsstrategien zur Risikoreduktion in Gesundheitseinrichtungen. Von anderen zu lernen und andere an den eigenen Lernprozessen teilhaben zu lassen, ist ein wesentlicher Ansatz der Initiative.

Die IPS-Mitgliedschaft richtet sich exklusiv an steirische Gesundheitsdiensteanbieter und ist für diese kostenfrei. Die Mitgliedschaft verpflichtet zur Teilnahme an den drei IPS-Modulen, welche zur nachhaltigen Verbesserung der PatientInnensicherheit führen sollen. Dabei geht es um die kontinuierliche Verbesserung des eigenen Systems (siehe IPS-Auszeichnung), die Möglichkeit zum Vergleich mit anderen Learning & Reporting-Systemen und das Lernen voneinander (siehe IPS-Feedback-System) sowie um eine systematische Bearbeitung von unerwünschten Ereignissen, die an den Schnittstellen passieren (siehe sektorenübergreifende PatientInnensicherheit). Teilnehmende Gesundheitsdiensteanbieter haben zudem die Möglichkeit, kostenlos an Schulungen und Veranstaltungen der Initiative teilzunehmen.

Abbildung 5: IPS-Module (Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark)



IPS Auszeichnung

Learning & Reporting-Systeme sind nur ein Instrument des Risikomanagements und können eine umfassende Qualitätssicherung niemals ersetzen. Wesentlich für den Erfolg solcher Systeme ist es, dass sie vor Ort gelebt werden und keine isolierte Maßnahme darstellen. Aus internationalen und nationalen Empfehlungen und Expertisen können bestimmte Eigenschaften für wirksame Learning & Reporting-Systeme abgeleitet werden. Aus diesen Eigenschaften wurde ein Kriterienkatalog für die Bewertung der Wirksamkeit von Learning & Reporting-Systeme (L&R-Systemen) erarbeitet. Die Kriterien beziehen sich auf die folgenden Bereiche:

Tabelle 24: Kriterien für Learning & Reporting-Systeme

Kriterien für Learning & Reporting-Systeme	
Organisation & Führung	z. B. L&R-Systeme sind Führungsaufgabe. Die oberste Führungsebene der Organisation sorgt verantwortlich für die Einführung und Pflege ihres L&R-Systems
Einbindung der MitarbeiterInnen	z. B. die MitarbeiterInnen der Organisation werden nachweislich über die Ergebnisse des L&R-Systems informiert
Meldeweg	z. B. der Meldeweg ist klar beschrieben
Nutzung anderer Informationsquellen	z. B. nachweisliche, systematische und strukturierte Nutzung der Rückmeldungen aus der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
Evaluierung	z. B. die gesetzten Maßnahmen werden regelmäßig evaluiert

Die Überprüfung der Kriterien erfolgt im Rahmen des IPS-Review-Verfahrens. Dieses Verfahren gliedert sich in einen Selbst- und einen Fremdbewertungsprozess und entspricht damit der Grundstruktur der meisten Zertifizierungsverfahren. In der Phase der Selbstbewertung überprüft die zu bewertende Einrichtung selbst, inwieweit die geforderten Standards erfüllt werden. Innerhalb der betreffenden Einrichtung müssen verschiedene Hierarchieebenen und alle Berufsgruppen beteiligt werden. IPS unterstützt diese Phase mit Handbüchern und Checklisten zur Selbstbewertung. Nach Abschluss der Selbstbewertung übermittelt die Einrichtung ein nach den Anforderungen des IPS-Review-Verfahrens strukturiertes Ergebnis an die Initiative PatientInnensicherheit Steiermark. Basierend auf der Selbstbewertung sowie weiterer vorzulegender Dokumente und Aufzeichnungen werden die Einrichtungen von externen IPS-Review-Teams überprüft. Alle IPS-Mitglieder entsenden zwei qualifizierte Personen in das IPS-Review-Team. Diese Teammitglieder erhalten entsprechende Schulungen und werden in Zweiertteams für die Fremdbewertungen eingesetzt. Diese Vorgehensweise ermöglicht es, dass die Einrichtungen sich nicht nur gegenseitig bewerten, sondern im Sinne eines kontinuierlichen Lernprozesses auf Systemebene voneinander lernen können.

Über die Verleihung der IPS Auszeichnung entscheidet die Qualitätssicherungskommission der Gesundheitsplattform Steiermark.

IPS-Feedback-System

Die Mitglieder der IPS nehmen am IPS-Feedback-System teil. Ziel dieses Feedback-Systems ist es, durch einen gegenseitigen Austausch über Best-Practice-Meldungen und durch den Vergleich der festgelegten Indikatoren für L&R-Systeme von den anderen IPS-Mitgliedern zu lernen.

Best-Practice-Beispiele

Zum Zwecke des Lernens an Best-Practice-Meldungen publiziert die Initiative PatientInnensicherheit für ihre Mitglieder regelmäßig einen „Best-Practice-Report“, in dem besonders bemerkenswerte Beispiele für Meldungen und deren Bearbeitungsweg vorgestellt werden.

IPS-Indikatoren-Vergleich

Zur kontinuierlichen Verbesserung werden von der IPS einmal jährlich die IPS-Indikatoren erhoben, in einem gemeinsamen Evaluierungsworkshop diskutiert und anonymisiert

im Jahresbericht der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark veröffentlicht. Mit diesen Indikatoren werden die Organisationen in die Lage versetzt, ihre eigenen L&R-Systeme durch den Vergleich mit anderen kontinuierlich zu verbessern.

Sektorenübergreifende PatientInnensicherheit

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, treten häufig Probleme auf, die auch zu unerwünschten Ereignissen führen können. Häufig sind solche Probleme systemimmanent und die GDA sind nicht in der Lage, diese Probleme alleine zu lösen.

In Ergänzung zu den organisationsspezifischen L&R-Systemen werden in der IPS konkrete Schnittstellenprobleme in der PatientInnenversorgung zwischen den Gesundheitsdiensteanbietern aus der Praxis strukturiert gesammelt und systematisch bearbeitet. IPS erfasst über ihre Mitglieder relevante Probleme an den Schnittstellen in der PatientInnenbetreuung. Die Bearbeitung dieser erfolgt durch die Qualitätssicherungskommission Steiermark.

Umsetzung der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark
IPS wird durch die Gesundheitsplattform Steiermark organisiert und bindet über die nächsten drei Jahre die GDA in der Steiermark ein. Die Zielgruppen sind in einem ersten Schritt die Krankenhäuser, danach zusätzlich die Pflegeheime und die ambulanten GDA.

Wesentlich ist, dass es für die Mitglieder der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark keine Vorgaben für bestimmte Systeme, Softwareprodukte oder Consulting- und TrainingsanbieterInnen in diesem Bereich gibt und auch die IPS selbst nicht als Beraterin für Learning & Reporting-Systeme tätig wird. Zudem steht IPS nicht in Konkurrenz zu anderen lokalen, fachspezifischen regionalen oder überregionalen L&R-Projekten, sondern bietet eine Kooperation und Unterstützung an.

Einrichtungen, die an einer Mitgliedschaft interessiert sind, können sich auf der Homepage der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark unter www.patientinnensicherheit-steiermark.at über genauere Details informieren.

4.4.1.3 „AKTION Saubere Hände“ 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.

Aufbauend auf die WHO-Kampagne „Clean Care is Safer Care“ wurde in Deutschland die Kampagne „AKTION Saubere Hände“ (ASH) ins Leben gerufen. Diese Aktion startete 2008 mit dem Ziel, die Compliance der Händedesinfektion in Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen.

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 – Krankenhäuser, stationäre Pflegeeinrichtungen, Reha-Einrichtungen, Rettungsdienste, Hauskrankenpflege und auch Arztpraxen – ausgerollt werden. In einem ersten Schritt soll die Kampagne in bettenführenden Krankenhäusern und stationären Pflegeeinrichtungen umgesetzt werden.

Abbildung 6: „AKTION Saubere Hände“ – stufenweise Umsetzung

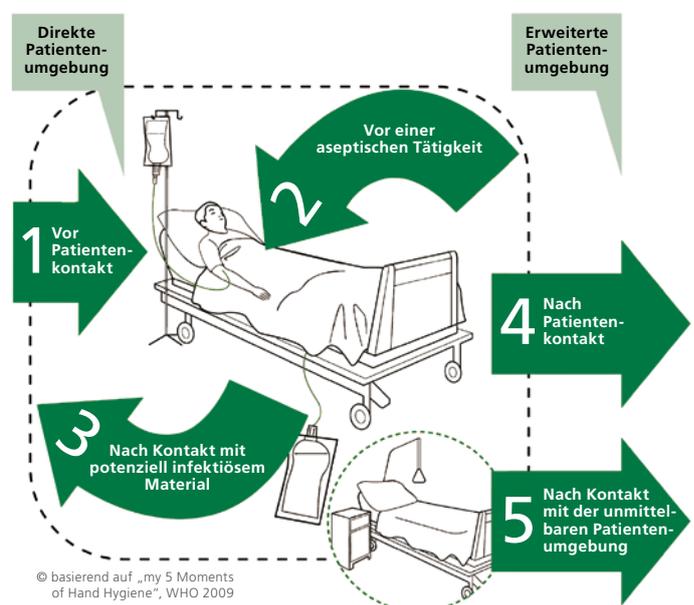
		Niedergelassene Arztpraxen
		Rettungswesen
		Hauskrankenpflege
	Reha-Einrichtungen	Reha-Einrichtungen
Bettenführende Krankenhäuser	Bettenführende Krankenhäuser	Bettenführende Krankenhäuser
Stationäre Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflegeeinrichtungen	Stationäre Pflegeeinrichtungen
Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3

Die Umsetzung der Kampagne erfolgt in Kooperation zwischen dem Gesundheitsfonds Steiermark und der Charité Berlin. Zum Start der Kampagne gab es im Juni 2011 einen Einführungstag für MitarbeiterInnen aller teilnehmenden steirischen Krankenhäuser und stationären Pflegeeinrichtungen. Zum Einführungstag sind zwei Mitarbeiterinnen der Charité Berlin, Dr. Christine Reichardt und Patricia van der Linden, nach Graz gekommen. Insgesamt haben über 90 VertreterInnen aus interessierten Gesundheitseinrichtungen am Einführungstag teilgenommen. Im Anschluss an den Kurs haben sich die ersten steirischen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen zur ASH angemeldet.

Instrumente der „AKTION Saubere Hände“

1. Einführung des WHO-Modells „My 5 Moments of Hand Hygiene“ (Die 5 Indikationen der Händedesinfektion)

Abbildung 7: WHO-Modell „My 5 Moments of Hand Hygiene“



2. Aktive Unterstützung durch die Anstaltsleitung

Die teilnehmenden bettenführenden Krankenanstalten sind verpflichtet, an einem eintägigen Einführungskurs sowie einmal im Jahr an einem Erfahrungsaustausch teilzunehmen. Für die teilnehmenden stationären Pflegeeinrichtungen stellt die Teilnahme ein freiwilliges Angebot dar. Sie werden jedoch vom Gesundheitsfonds Steiermark explizit dazu eingeladen und berücksichtigt.

3. Fortbildungen

Auf der Homepage der „AKTION Saubere Hände“ werden mehrere Standardfortbildungen inklusive Hintergrundinformation zu verschiedenen Themen angeboten. Pro Jahr sollte eine Fortbildung rund um das Thema Händedesinfektion erfolgen. Die Durchführung der Fortbildung wird jährlich abgefragt.

4. Unmittelbare Verfügbarkeit von Händedesinfektionsmitteln

Für die bettenführenden Krankenanstalten gibt die Kampagne folgende Spenderausstattung vor:

- ♦ Intensivstationen: ein Spender pro PatientInnenbett
- ♦ Nicht-Intensivstationen: ein Spender auf zwei PatientInnenbetten

Die teilnehmenden Einrichtungen bestimmen ihre Spenderausstattung am Beginn der Teilnahme und nochmals nach einem Jahr.

Aufgrund der großen Diversität der Pflegeeinrichtungen sowie der teilweisen Einschränkungen (z. B. demente BewohnerInnen), wird für stationäre Pflegeeinrichtungen keine Spenderausstattung vorgegeben. Empfehlenswert sind die Ausstattung von Pflege- und Verbandswagen mit Spendern sowie die Bereitstellung von Kitteltaschenflaschen für das Personal.

5. Messung der Compliance der Händedesinfektion

- ♦ Indirekt: Messung des Verbrauchs von Händedesinfektionsmittel
Die stationsbezogene Messung des Händedesinfektionsmittelverbrauchs ist für Krankenhäuser und stationäre Pflegeeinrichtungen verpflichtend und erfolgt über das Datenerfassungssystem HAND-KISS. Die Meldung erfolgt einmal pro Jahr.

- ♦ Direkt: Messung der Compliance durch Beobachtung
Die Compliancebeobachtung ist für alle teilnehmenden Einrichtungen ein freiwilliges Angebot. Die Beobachtung wird in den Einführungskursen geschult. Darüber hinaus wird ein Schulungsfilm der WHO angeboten. Die erhobenen Daten werden an die „AKTION Saubere Hände“ geschickt und dort ausgewertet. Die Einrichtungen erhalten ihre individuellen stationsbezogenen Daten sowie Referenzdaten rückgemeldet. Für stationäre Pflegeeinrichtungen sind direkte Beobachtungen nicht möglich.

Die Anmeldung zur „AKTION Saubere Hände“ erfolgt für die steirischen Gesundheitseinrichtungen direkt bei der Charité Berlin. Die Koordination der steirischen Umsetzung erfolgt mit Unterstützung des Gesundheitsfonds Steiermark. Zusätzlich werden vom Gesundheitsfonds Steiermark Einführungskurse und Erfahrungsaustausche in der Steiermark abgehalten sowie Informationsmaterialien in Form

von Startpaketen zur Verfügung gestellt. Voraussetzung dafür ist, dass die teilnehmenden Einrichtungen für die Evaluierung zur Verfügung stehen und an der MitarbeiterInnen-Befragung teilnehmen.

4.4.1.4 A-IQI – Umsetzung der Austrian Inpatient Quality Indicators

A-IQI ist die Abkürzung für Austrian Inpatient Quality Indicators und ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität aus Routinedaten im Krankenhaus. Es wurde von der Bundesgesundheitskommission inkl. der Einführung bundesweiter Peer Reviews im April 2011 einstimmig beschlossen.

Das Thema Ergebnisqualität gewinnt zunehmend an Bedeutung. International ist die Diskussion bereits weit fortgeschritten und zahlreiche Methoden zur Qualitätsmessung im Gesundheitswesen wurden bereits entwickelt. Insbesondere die Entwicklung von Qualitätsindikatoren aus Routinedaten, d. h. ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand, spielt dabei eine zentrale Rolle. Die Niederösterreichische Landeskliniken-Holding hat 2010 die A-IQI veröffentlicht, welche in enger Zusammenarbeit mit dem deutschen Klinikträger HELIOS und dem Schweizer Bundesamt für Gesundheit (BAG) entwickelt wurden. Die A-IQI werden aus den routinemäßig erfassten LKF-Daten (MBDS) ermittelt. Dabei werden in der Regel für einzelne Krankheitsbilder die tatsächlichen Todesfälle den statistisch zu erwartenden Todesfällen gegenübergestellt. Neben der Mortalität werden jedoch auch Indikatoren für die Intensivhäufigkeit, Komplikationen, Mengeninformaton, Operationstechnik und Versorgungsprozesse betrachtet.

Das System baut auf einer Analyse statistisch gefundener Auffälligkeiten und der Gründe hierfür auf. Anfangs erfolgt die Auswahl von Schwerpunktindikatoren, die österreichweit einheitlich erhoben und analysiert werden. In einem ersten Schritt sollen die Krankenanstalten dabei nach den Gründen der Abweichungen von den Zielbereichen suchen. Können die statistischen Auffälligkeiten nicht erklärt werden, wird mittels einer Fremdanalyse und im kollegialen Dialog (Peer-Review-Verfahren) nach deren Ursachen gesucht. Aufbauend auf dieser Analyse werden gemeinsam zwischen den externen Peer-Reviewern (speziell für diese Aufgabe geschulte PrimärärztInnen) und den Verantwortlichen der jeweiligen Krankenanstalt qualitätsverbessernde Maßnahmen erarbeitet.

Das Projekt stellt somit einen Beitrag zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen dar.

A-IQI befindet sich derzeit noch in der Einführungsphase. Im laufenden Jahr wurden die drei Jahresschwerpunktindikatoren Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch bearbeitet. Bisher wurden die Strukturen und Abläufe des Projektes geklärt und erste Datenanalysen durchgeführt. Im Laufe der Einführungsphase sollen weitere Analysen durch den Gesundheitsfonds und die Krankenanstaltenträger sowie erste Peer-Review-Verfahren durchgeführt werden. Im Projekt soll der Gesundheitsfonds als Kommunikationsdrehscheibe zwischen der A-IQI-Steuerungsgruppe auf Bundesebene und den Krankenanstaltenträgern auf Landesebene fungieren.

Nach entsprechender Erfahrung aus der Einführungsphase soll das System voraussichtlich Ende 2013 in den Routinebetrieb übergehen.

4.4.1.5 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. Genauere Informationen zur Plattform PatientInnensicherheit findet man unter: www.plattformpatientensicherheit.at

4.4.1.6 Projektportfoliomanagement

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

Die damit gesetzten Maßnahmen entsprechen auch den derzeitigen Aktivitäten auf Bundesebene. 2010 wurde im Rahmen der Qualitätskonferenz des BIQG die „Qualitätsplattform im österreichischen Gesundheitswesen“ vorgestellt. Die Eingabemaske gliedert sich in „Datensatz zu Strukturen und Instrumente der Qualitätsarbeit“ sowie in „Datensatz zu Projekten und Initiativen im Rahmen der Qualitätsarbeit“. Die Umsetzung erfolgt in mehreren Stufen. Zunächst erfolgte die Berichterstattung nur für den stationären Bereich. 2011 wurde die Umsetzung auch auf den Rehabilitationsbereich ausgeweitet. Langfristig soll die Qualitätsberichterstattung sektorenübergreifend erfolgen. Die Teilnahme ist derzeit freiwillig.

Die vom BIQG erhobenen Daten sollten für eine steirische Qualitätsberichterstattung herangezogen werden. Für jene Bereiche, die von der Bundesqualitätsberichterstattung nicht erfasst werden, wird die Sammlung der Daten über den Gesundheitsfonds erfolgen.

Ziel der Aktivitäten ist es:

- ♦ Alle steirischen Gesundheitseinrichtungen sollen einen möglichst aktuellen Stand der laufenden Q-Projekte, Q-Aktivitäten etc. haben.
- ♦ Nutzung der Qualitätsdatenbank als internes Steuerungsinstrument der Qualitätssicherungskommission Steiermark, z. B. Entwicklung einer Ausgangsbasis für zukünftige Projektarbeiten und eine steirische Qualitätsberichterstattung.

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 medizinische Qualitätskontrolle – medQK

4.5.1.1 Ziele und Aufgaben

Die 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 Steiermärkische Gebietskrankenkasse und der Fachabteilung 8 B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung nominiert werden.

Tabelle 25: medQK-nominierte Mitglieder für das Jahr 2011

medQK-nominierte Mitglieder für das Jahr 2011	
Mitglied	Institution
Mag. Dr. August GOMSI (Vorsitzender)	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. OE Medizinische Versorgungsplanung OE Medizinische Steuerung
Univ.-Doz. Prim. Dr. Günter FORCHE <i>(ab Jänner 2012: Univ.-Prof. Ing. Dr. Gerhard STARK)</i>	Krankenhaus der Elisabethinen Graz
Univ.-Prof. Dr. Peter KÖLTRINGER <i>(ab Jänner 2012: OA Dr. Harald MAYER – KH der Barmherzigen Brüder Marschallgasse)</i>	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz Eggenberg
DDr. ⁱⁿ Susanna KRAINZ	Fachabteilung 8 B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Dr. Adolf PINEGGER	Stmk. Gebietskrankenkasse
Prim. Dr. Wolfgang SCHELLNEGGER <i>(ab Jänner 2012: Prim. Dr. Heinrich LESKOWSCHEK)</i>	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 2011

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. Karl-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 26: Prüfung Datenqualität

Prüfung Datenqualität		
Bewertung	Definition	Kriterien
OK	Datensatz in Ordnung	–
GM	Datensatz mit geringgradigen Mängeln	ZD falsch/nicht nachvollziehbar ZD vergessen (sofern relevant für den stationären Aufenthalt) HD näher differenzierbar
SM	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 „Kleine Fächer“*)

Ziel dieser Untersuchung war die stichprobenartige Überprüfung der Datenqualität der medizinischen Dokumentation in Bezug auf Diagnosen- und Leistungscodierung für Fälle der steirischen Fondskrankenanstalten folgender Fächer: HNO, Urologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Orthopädie, Kinder- und Jugendheilkunde, Pulmologie, Kinder- und Jugendchirurgie, Neurochirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Nach dem Zufallsprinzip wurden pro Abteilung jeweils 30 Datensätze (MBDS) aus dem zweiten Halbjahr 2010 ausgewählt. Es wurden die den Datensätzen entsprechenden Arztbriefe und OP-Berichte angefordert und die Diagnosen- und Leistungscodierung auf Richtigkeit, Vollständigkeit und Übereinstimmung mit der Krankengeschichte überprüft. Dabei wurden die zuvor genannten Kriterien herangezogen. Im Rahmen dieser Prüfung wurden insgesamt 600 Zufallsstichproben aus der Dokumentation von den folgenden Abteilungen gezogen.

Tabelle 27: Übersicht der im Rahmen der DQ-Prüfung „Kleine Fächer“ überprüften Abteilungen und Fächer

Übersicht der im Rahmen der DQ-Prüfung „Kleine Fächer“ überprüften Abteilungen und Fächer							
	LKH-Univ.- Klinikum Graz	KH der Elisabethinen	LKH Bruck	LKH Leoben	LKH Bad Radkersburg	LKH Stolzalpe	LKH Hörgas Enzenbach
HNO	x	x		x			
URO	x			x			
Augen	x		x				
Derma	x						
Ortho	x				x	x	
Kinder	x			x			
Pulmo	x			x			x
Kinderchirurgie	x			x			
Neurochirurgie	x						
MKG	x						

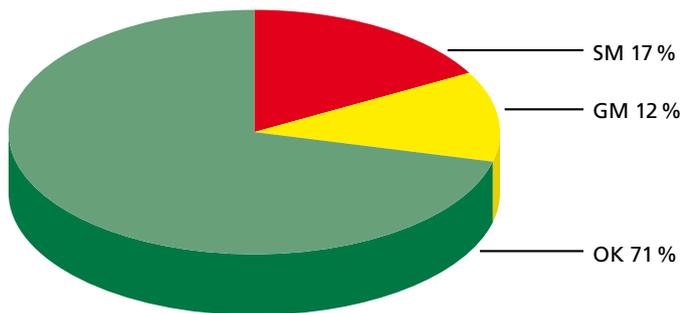
*) Die Bezeichnung „Kleine Fächer“ bezieht sich ausschließlich auf die Anzahl der vorhandenen Abteilungen.

Ergebnisse DQ-Prüfung „Kleine Fächer“

HNO

Im Rahmen der Prüfung der HNO wurden die jeweiligen Abteilungen des LKH-Univ.-Klinikums Graz, des KH der Elisabethinen und des LKH Leoben überprüft. Von den 90 überprüften Datensätzen waren 64 (71 %) vollkommen in Ordnung (OK), 11 (12 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 15 (17 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei 4 (4 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden (6.664 LKF-Punkte)

Abbildung 8: Datenqualität Ergebnisse „Kleine Fächer“ HNO



Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht auf Abteilungsebene dargestellt.

Urologie

Im Rahmen der Prüfung der Urologie wurden die jeweiligen Abteilungen des LKH-Univ.-Klinikums Graz und des LKH Leoben überprüft. Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt.

Augenheilkunde

Im Rahmen der Prüfung der Augenheilkunde wurden die jeweiligen Abteilungen des LKH-Univ.-Klinikums Graz und des LKH Bruck überprüft. Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt.

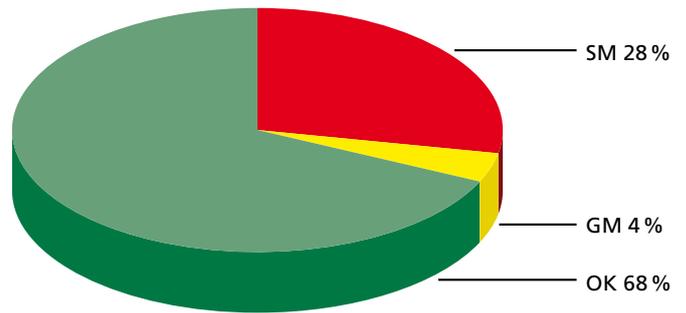
Dermatologie

Im Rahmen der Prüfung der Dermatologie wurde die Abteilung des LKH-Univ.-Klinikums Graz überprüft. Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt.

Orthopädie

Im Rahmen der Prüfung der Orthopädie wurden die jeweiligen Abteilungen des LKH-Univ.-Klinikums Graz, des LKH Bad Radkersburg und des LKH Stolzalpe überprüft. Von den 90 überprüften Datensätzen waren 61 (68 %) vollkommen in Ordnung (OK), vier (4 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 25 (28 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei elf (12,2 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden (+14.760 LKF-Punkte)

Abbildung 9: Datenqualität Ergebnisse Orthopädie



Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht auf Abteilungsebene dargestellt.

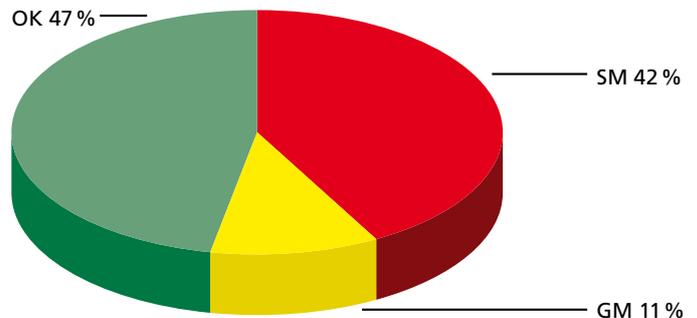
Kinder- und Jugendheilkunde

Im Rahmen der Prüfung der Kinder- und Jugendheilkunde wurden die jeweiligen Abteilungen des LKH-Univ.-Klinikums Graz und des LKH Leoben überprüft. Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt.

Pulmologie

Im Rahmen der Prüfung der Pulmologie wurden die jeweiligen Abteilungen des LKH-Univ.-Klinikums Graz, des LKH Leoben und des LKH Hörgas Enzenbach überprüft. Von den 90 überprüften Datensätzen waren 42 (47 %) vollkommen in Ordnung (OK), zehn (11 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 38 (42 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei 13 (14 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden (3.713 LKF-Punkte)

Abbildung 10: Datenqualität Ergebnisse „Kleine Fächer“ Pulmologie



Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht auf Abteilungsebene dargestellt.

Kinder- und Jugendchirurgie

Im Rahmen der Prüfung der Kinder- und Jugendchirurgie wurden die jeweiligen Abteilungen des LKH-Univ.-Klinikums Graz und des LKH Leoben überprüft. Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt.

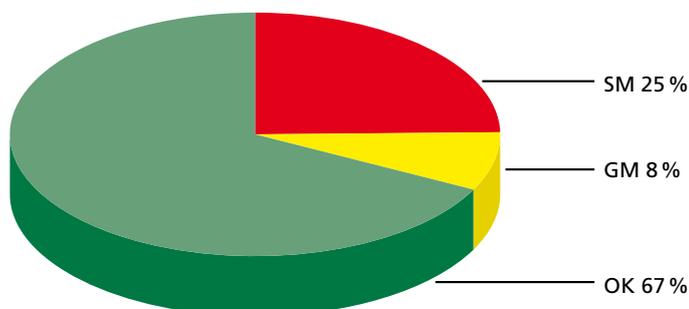
Neurochirurgie

Im Rahmen der Prüfung der Neurochirurgie wurde die Abteilung des LKH-Univ.-Klinikums Graz überprüft. Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt.

Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Im Rahmen der Prüfung der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie wurde die Abteilung des LKH-Univ.-Klinikums Graz überprüft. Die Ergebnisse werden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt.

Abbildung 11: Kumuliertes Gesamtergebnis – Ergebnisse Datenqualität „Kleine Fächer“



4.5.2 Datenqualitätstreffen der Bundesländer

Seit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung finden regelmäßig Treffen der Datenqualitätsbeauftragten der Bundesländer statt. An den Treffen nehmen VertreterInnen aller Landesgesundheitsfonds sowie VertreterInnen 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 2011 fanden zwei Treffen in den Bundesländern Vorarlberg und Tirol 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 2011 hat der Gesundheitsfonds Steiermark gemeinsam mit den Trägern 91 Errorfälle und zahlreiche Warnings geprüft.

Entwicklung der Warningraten

In der nachstehenden Abbildung wird die Entwicklung der Warningrate zwischen 2004 und 2011 dargestellt. Im Jahr 2006 konnte erstmals ein deutlicher Rückgang der Warningrate verzeichnet werden, der sich in den letzten Jahren fortgesetzt hat. Im Jahr 2011 lag die Warningrate bei 0,6 % und war damit deutlich unter dem von der medQK festgelegten Wert von 1,5 %.

Tabelle 28: Entwicklung der Warningrate 2005–2011

Entwicklung der Warningrate 2005–2011							
Krankenanstalt	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
LKH Bad Aussee *)	2,2%	2,5%	0,8%	1,9%	1,1%	1,5%	
LKH Bruck/Mur	0,9%	0,2%	0,3%	0,5%	0,9%	1,0%	1,3%
LKH Feldbach	4,0%	2,4%	0,2%	0,4%	0,7%	1,1%	0,8%
LKH Fürstenfeld	3,4%	2,6%	0,7%	0,8%	1,2%	0,9%	0,3%
LKH Hörgas/Enzenbach	0,2%	0,5%	1,0%	1,3%	1,1%	1,3%	0,5%
LKH-Univ.-Klinikum Graz	11,6%	3,6%	1,4%	1,8%	1,4%	1,2%	0,8%
Albert-Schweitzer-Klinik		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
KH BHB Marschallgasse	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%
KH Elisabethinen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
LSF Graz	0,4%	0,4%	1,9%	1,5%	0,9%	0,8%	0,6%
KH BHB Eggenberg	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%	1,0%	0,4%	0,5%
LKH Hartberg	0,1%	0,3%	0,3%	0,4%	0,9%	1,4%	1,2%
NTZ Kapfenberg	0,8%	0,2%	0,6%	1,0%	0,3%	0,3%	1,2%
LKH Leoben	2,3%	1,3%	1,0%	1,4%	1,4%	1,2%	0,6%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4,2%	5,5%	0,5%	0,1%	0,1%	1,1%	0,2%
LKH Bad Radkersburg	0,0%	0,1%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,1%
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	0,1%	0,0%	0,0%	0,8%	0,5%	0,6%	0,2%
DKH Schladming	0,4%	0,1%	0,2%	0,4%	0,8%	0,7%	0,4%
LKH Stolzalpe	0,4%	0,2%	0,3%	0,7%	0,6%	2,8%	1,9%
LKH Voitsberg	0,3%	0,5%	0,5%	0,2%	0,7%	0,9%	0,5%
MKH Vorau	1,4%	0,7%	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	0,1%
LKH Wagna	0,1%	0,2%	0,3%	0,8%	0,8%	0,7%	0,2%
LKH Weiz	0,1%	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,0%
LKH Deutschlandsberg	0,7%	0,6%	0,3%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%
LKH Judenburg/Knittelfeld	4,1%	3,3%	1,0%	0,9%	0,8%	0,9%	0,4%
LKH Graz West	1,3%	1,1%	0,9%	1,4%	1,9%	1,3%	1,9%
Steiermark gesamt	4,0%	1,6%	0,8%	1,0%	1,0%	1,0%	0,6%

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

4.6 Strukturplanung

4.6.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark

„Gemeinsam eine gesunde Zukunft bauen“ ist das Motto des RSG Steiermark 2011. Ziel ist es, eine bestmögliche medizinische Versorgung sicherzustellen. Der RSG zielt dabei auf eine umfassende, gleichmäßige und qualitätsvolle medizinische Versorgung für alle SteirerInnen – unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen – ab. Diese Sicherstellung umfasst sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich.

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark wurde im ersten Halbjahr 2011 einer Revision unterzogen und in der 24. Sitzung der Gesundheitsplattform am 29. Juni 2011 beschlossen. Die Revision 2011 löst den RSG Steiermark 2009 ab. Sie stellt im Wesentlichen eine Anpassung in

struktureller und quantitativer Hinsicht des RSG des Jahres 2009 dar. Dabei werden aufbauend auf dem RSG 2009 die Bereiche der akutstationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung neu dargestellt.

Die Grundlage bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2010 der eine gemeinsame, integrierte und sektorübergreifende Planung und Steuerung im Gesundheitswesen anstrebt. Die Grundsätze der Planung nach dem ÖSG 2010 sowie die darin festgelegten Rahmenvorgaben in Form der Strukturqualitätskriterien werden in der Revision des RSG 2011 umfassend gewahrt. Entsprechend wurden auch die im ÖSG 2010 erstmals festgelegten Flexibilisierungsmöglichkeiten in Spitälern und an den Nahtstellen zwischen Spital und ambulantem Bereich in Form innovativer, prozessorientierter funktionierender und effizienzfördernder Organisations- und Betriebsformen in der Planung des RSG berücksichtigt.

Die Strukturplanung im RSG erfolgte leistungsbezogen und basiert sowohl auf medizinischen und demographischen Entwicklungsprognosen als auch auf Optimierungsannahmen im Hinblick auf Angemessenheit und Effizienz.

In der 23. Sitzung der Gesundheitsplattform am 15. April 2011 wurde der Teilbericht zum RSG 2011 (Akutstationärer Bereich) mehrheitlich beschlossen. Der Teilbericht zum RSG 2011 stellte die fachspezifische Standortfestlegung für die stationäre und teilstationäre Versorgung dar. Für jede Akutkrankenanstalt wurden alle anzubietenden medizinischen Fächer definiert und es wurde festgelegt, in welcher Organisationsform diese am jeweiligen Standort vorzuzulassen sind. Darüber hinaus erfolgte in diesem Teilbericht eine Festlegung der Bettenobergrenze je Fach auf Ebene der Versorgungsregion.

Darauf aufbauend resultierte die Ausformung des Endberichts des RSG Steiermark 2011. Der Endbericht enthält neben der strukturellen Darstellung eine Festlegung der Bettenobergrenze je Fach auf Ebene der Standorte. Die wenigen Abweichungen vom Teilbericht betrafen hauptsächlich Änderungen der Bettenanzahl pro Fach und Region und resultierten größtenteils aus den Ergebnissen der Detailberechnungen. Weiter erfolgte eine mit den Trägern besprochene und abgestimmte genauere Abbildung von interdisziplinär geführten Bereichen auf einzelne Fachbereiche sowie eine Anpassung auf sinnvolle Stationsgrößen und baulich machbare Strukturen.

Der RSG 2011 enthält auch Planungsaussagen zur ambulanten Versorgung im extra- und intramuralen Bereich. Der ambulante Bereich wurde völlig neu dargestellt. In den Tabellen werden erstmals Planstellen nach Fachrichtung und Versorgungsregion ausgewiesen. Soll-Planstellen für die niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen werden für die gesamte Steiermark ausgewiesen.

Der Planungshorizont des RSG 2011 reicht bis zum Jahr 2020. In diesem Zeitraum werden in speziellen Versorgungsbereichen Pilotprojekte durchgeführt und evaluiert werden, um bewährte Versorgungsmodelle in der Folge in die Regelversorgung überführen zu können. Der Planungshorizont ermöglicht eine schrittweise Umsetzung im Einklang mit den jeweils bestehenden bundes- und landesweiten Rahmenvorgaben.

Erste Planungsvorgaben des RSG wurden erfolgreich umgesetzt, weitere Umsetzungsprojekte sind am Laufen. Der RSG Steiermark 2011 ist auf der Website des Gesundheitsfonds Steiermark veröffentlicht und steht zum Download bereit.

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 – 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 weiterzuentwickeln. Der aktuell gültige Österreichische Strukturplan Gesundheit ist der im November 2010 von der Bundesgesundheitskommission beschlossene ÖSG 2010. Dabei wurde eine umfassende Revision der bisherigen ÖSG-Inhalte mit Planungshorizont 2020 vorgenommen. Die wesentlichen Änderungen wurden im Jahresbericht 2010 dargestellt.

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, patientInnenorientierte, 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.

Im Jahr 2011 erfolgte die jährliche Aktualisierung und Wartung der Leistungsmatrix des ÖSG. Die aktuelle Version der Leistungsmatrix wurde in der BGK beschlossen und ist auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit abrufbar.

4.7 E-Health

4.7.1 Gesundheitsportal Steiermark

Der Informationsaustausch unter den Partnern im Gesundheitswesen findet noch immer 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 wurde das Gesundheitsportal Steiermark dahingehend entwickelt, dass es für die 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 unter www.gesundheitsportal-steiermark.at erreichbar.

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 ÄrztInnen und anderen Gesundheitsdiensteanbietern (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 orientieren. Um das sicherzustellen, wurde entschieden, den Serverbetrieb in der KAGes anzusiedeln.

4.7.2 EU-Projekt PALANTE

Vom europäischen Netzwerk ENRICH (European Network of Regions Improving Citizen's Health) wurde im März 2011 das Projekt „PALANTE“ (Patient Leading and mANaging their healthcare through Ehealth) ausgeschrieben, das die Entwicklung von telemedizinischen Services und die Stärkung der Eigenverantwortung von PatientInnen zum Ziel hat. Seit Juni 2007 ist das Land Steiermark Mitglied dieses Netzwerks und wurde im März 2011 zur Teilnahme eingeladen. Die zuständige Landesrätin für Gesundheit, Pflegemanagement sowie für Wissenschaft und Forschung hat sich für eine Bewerbung für dieses Projekt entschieden. Um eine optimale Qualität und eine vernetzte Zusammenarbeit zu fördern, wurden folgende landeseigene Organisationen mit der Bewerbung bzw. späteren Projektarbeit beauftragt: der Gesundheitsfonds Steiermark, die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft sowie die Fachhochschule Joanneum.

Ziel dieser steirischen Partnerschaft im europäischen Projekt ist die Entwicklung eines elektronischen Strahlenpasses als Pilotprojekt für die Steiermark. Unter Berücksichtigung europaweiter E-Health-Standards – wie IHE-Konformität – soll dieser Strahlenpass entwickelt werden. Aufgrund der Teilnahme an diesem EU-weiten Projekt besteht auch die Chance für die Steiermark, neue Informationen und Vorhaben anderer europäischer Länder und Regionen zur Entwicklung der Gesundheitstelematik zu erfahren.

Weitere PartnerInnen des Projekts PALANTE sind Organisationen aus Regionen von Spanien, Italien, Türkei, Norwegen, Deutschland, Tschechien, Irland, Frankreich und Dänemark. Die einzelnen Projekte der PartnerInnen-Regionen beziehen sich ebenfalls auf telemedizinische Services.

Mit Unterstützung des technischen und medizinischen Know-hows der KAGes sowie der wissenschaftlichen Expertise der FH JOANNEUM soll dieser Pilot in das Gesundheitsportal Steiermark (www.gesundheitsportal-steiermark.at) implementiert werden. In weiterer Folge soll dazu ein ent-

sprechendes Kommunikationskonzept erstellt und umgesetzt werden, um diese E-Health-Neuerung den SteirerInnen anzubieten. Nach einer gelungenen Pilotphase und einer erfolgreichen Evaluation soll der „elektronische Strahlenpass“ im Rahmen der elektronischen Gesundheitsakte (ELGA) österreichweit allen BürgerInnen zur Verfügung stehen.

Die Projektdauer ist mit 36 Monaten fixiert. Von der Europäischen Union werden 50 % der Kosten des steirischen Projekts refundiert.

4.8 Sonstige Aktivitäten

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

- ♦ Bundesgesundheitskommission
 - ♦ AG Strukturveränderung
 - ♦ UAG ÖSG
 - ♦ UUAG Leistungsmatrix (ÖSG)
 - ♦ AG Alternative Versorgungsformen
 - ♦ Expertengruppe „Übergangsstrukturen“
 - ♦ Clearinggremium ÖSG
 - ♦ UAG Public Health
 - ♦ Kindergesundheitsdialog
 - ♦ UAG Qualität
 - ♦ Steuerungsgruppe A-IQI
 - ♦ LKF Arbeitskreis
 - ♦ Medizinischer Länderbeirat
 - ♦ Datenqualitätstreffen der Bundesländer
 - ♦ UAG Intensiv (LKF)
 - ♦ UAG Systematik Funktionscodes und Kostenstellen
 - ♦ AG Datenaustausch mit Krankenanstalten
 - ♦ AG Dokumentation im ambulanten Bereich
 - ♦ ELGA – Generalversammlung
 - ♦ ELGA – Koordinierungsausschuss
 - ♦ Technisches Beratungsgremium der Ländermitglieder im ELGA-Koordinierungsausschuss
 - ♦ ELGA – Nutzerbeirat
 - ♦ DIAG Anwendertreffen
 - ♦ AG sektorenübergreifende Finanzierung (SÜFIN)
 - ♦ Transplant Beirat
 - ♦ AG Finanzierung und Gesundheit
 - ♦ Operative Steuerungsgruppe
 - ♦ UAG Ausgabendämpfungspfad (urspr. AG Kassa-sturz)
 - ♦ UAG Versorgungsprozesse und -strukturen
- ♦ GeschäftsführerInnentreffen der Landesgesundheitsfonds
- ♦ AG Echkosten-Betriebsabgänge
- ♦ Plattform Patientensicherheit
- ♦ Wissenschaftlicher Beirat „System of health accounts“ (Gesundheitsausgaben)
- ♦ Diverse temporäre AGs und ExpertInnengremien

5 VERZEICHNISSE

5.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark	9
Abbildung 2:	Mittelflussrechnung des Gesundheitsfonds 2011	24
Abbildung 3:	Einnahmen 2011	25
Abbildung 4:	Mittelverwendung 2011	27
Abbildung 5:	IPS-Module	50
Abbildung 6:	„AKTION Saubere Hände“ – stufenweise Umsetzung	51
Abbildung 7:	WHO Modell „My 5 Moments of Hand Hygiene“	51
Abbildung 8:	Datenqualität Ergebnisse „Kleine Fächer“ HNO	56
Abbildung 9:	Datenqualität Ergebnisse Orthopädie	56
Abbildung 10:	Datenqualität Ergebnisse „Kleine Fächer“ Pulmologie	56
Abbildung 11:	Kumuliertes Gesamtergebnis – Ergebnisse Datenqualität „Kleine Fächer“	57

5.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark mit Stimmrecht	11
Tabelle 2:	Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht	11
Tabelle 3:	Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	12
Tabelle 4:	Teilnahme an der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht	12
Tabelle 5:	Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2011	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 der Gesundheitsplattform Steiermark	20
Tabelle 12:	MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark	22
Tabelle 13:	Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2005 und 2011	26
Tabelle 14:	Regressanfragen zwischen 2005 und 2011	26
Tabelle 15:	Verwendung der Projekt- und Planungsmittel	28
Tabelle 16:	Verwendung der Reformpoolmittel	29
Tabelle 17:	Darstellung LKF-Fälle und Punkte 2011	31
Tabelle 18:	Übersicht über die steirischen Fondskrankenanstalten (KA-Statistik)	32
Tabelle 19:	Stationäre PatientInnen (KA-Statistik)	33
Tabelle 20:	Belagstage (KA-Statistik)	34
Tabelle 21:	Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)	35
Tabelle 22:	Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt (MBDS, Jahresmeldung)	36
Tabelle 23:	Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)	37
Tabelle 24:	Kriterien für Learning & Reporting-Systeme	50
Tabelle 25:	medQK-nominierte Mitglieder für das Jahr 2011	54
Tabelle 26:	Prüfung Datenqualität	55
Tabelle 27:	Übersicht der im Rahmen der DQ-Prüfung „Kleine Fächer“ überprüften Abteilungen und Fächer	55
Tabelle 28:	Entwicklung der Warningrate 2005–2011	58

5.3 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
AEE	Ambulante Erstversorgungseinheit
AG	Aktiengesellschaft
AG/R	Akutgeriatrie und Remobilisation
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Art.	Artikel
AST	Aortenstenose
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BGK	Bundesgesundheitskommission
BHB	Barmherzige Brüder
BHG	Bundshaushaltsgesetz
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
CABG	Coronary Artery Bypass Graft
CIRS	Critical Incidents Reporting System
DE	Diabetes in Europe
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DKH	Diakonissen-Krankenhaus
DMP	Disease Management Programm
DQ	Datenqualität
EbM	Evidence Based Medicine
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFA	Early functional abilities
EUSOMA	European Society of Breast Cancer Specialists
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FH	Fachhochschule
FOKO	Folgekostenprogramm der StGKK
Fonds-KA	Fonds-Krankenanstalten
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GeISt	Gesundheitsinformationssystem Steiermark
GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GWF	Gewichtungsfaktor
HD	Hauptdiagnose
HTA	Health Technology Assessment
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
IHS	Institut für Höhere Studien
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie

Abkürzung	Bezeichnung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
IVSA	Integrierte Versorgung Schlaganfall
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
MR	Magnet-Resonanz
MUG	Medizinische Universitätsklinik Graz
ÖGARI	Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
PKD	Palliativ-Konsiliardienst
PRIKRAF	Privater Krankenanstaltenfinanzierungsfonds
PSO	Psychosomatik
QSK	Qualitätssicherungskommission
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SKA-RZ	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum
SOP	Standard Operating Procedure
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
UAG	Unterarbeitsgruppe
UUAG	Unterunterarbeitsgruppe
WHO	World Health Organization
ZD	Zusatzdiagnose

6.2 Gewinn-und-Verlust-Rechnung

GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK Gewinn-und-Verlust-Rechnung 2011

	2011 EUR		2010 TEUR
I. Erträge gemäß Art.-15-a-B-VG-Vereinbarung			
1. Ertrags- bzw. USt-Anteile			
Ertragsanteile des Bundes	37.432.101,54		34.917
Umsatzsteueranteile Länder	26.307.053,00		25.157
Umsatzsteueranteile Gemeinden	17.796.763,00		17.018
Summe Ertrags- bzw. USt-Anteile	81.535.917,54		77.093
2. Beiträge des Bundes/Bundesgesundheitsagentur:			
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z. 2	3.159.087,19		2.947
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z. 3	11.729.921,36		11.664
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z. 4	15.567.250,81		14.423
Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z. 5	11.661.348,72		10.687
Vorweganteile gemäß Art. 17 Abs. 4 Z. 1 lit. b)	4.360.000,00		4.360
Summe Zusätzliche Bundesmittel	46.477.608,08		44.081
3. Mittel der Sozialversicherung			
Pauschalbetrag der Sozialversicherung	621.685.160,60		596.847
Kostenanteile/Kostenbeiträge nach § 447 ASVG	4.275.864,64		4.270
Zusätzliche Mittel GGZ Graz	2.629.941,55		2.525
Summe Mittel der Sozialversicherung	628.590.966,79		603.642
4. Zusätzliche Landesmittel	0,00	0,00	21.043
5. Zusatzmittel aus FAG 2005–2008	9.358.955,43	9.358.955,43	9.375
6. Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs. 3 KAKuG	1.350.614,15	1.350.614,15	1.351
7. Betriebsabgangsdeckung Land	375.299.500,00	375.299.500,00	412.899
Summe Haupterträge	1.142.613.561,99		1.169.483
II. Übrige Erträge			
1. Ausländische GastpatientInnen Stationär	7.390.079,78		6.339
2. Ausländische GastpatientInnen Ambulant	324.529,03		123
3. Regresseinnahmen	1.470.278,52		1.454
4. Beihilfe nach GSBG 1996	69.648.280,63		76.450
5. Zinserträge	796.080,47		672
6. Reformpoolprojektanteile	114.606,14		117
7. Erlösberichtigung Vorjahre	-26.072,48		0
8. Ambulante Hämodialysen	339.758,45		0
9. Vorsorgestrategie	8.484,54		3
10. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	36.058,76		14
Summe übrige Erträge	80.102.083,84		85.172
III. Summe ordentliche Erträge	1.222.715.645,83		1.254.655

	2011 EUR	2010 TEUR
IV. Vergütungen an Fondskrankenanstalten		
1. Stationäre Vergütungen	-673.404.000,00	-660.200
2. PSO Bad Aussee	-7.650.000,00	-7.500
3. Ambulante Vergütungen	-49.639.265,00	-48.666
4. Ambulante Dialyseleistungen	-6.752.809,20	-6.579
5. Hospiz- und Palliativversorgung	-4.518.935,39	-4.274
6. Wachkomafinanzierung GGZ Graz	-1.473.757,38	-1.450
7. Ausländ. GastpatientInnen Ambulant	0,00	-249
Summe 1.-7.	-743.438.766,97	-728.918
8. Kostenanteile/Kostenbeiträge nach § 447 ASVG	-4.275.864,64	-4.270
9. Beihilfe nach GSBG 1996	-69.648.280,63	-76.451
Summe 8.-9.	-73.924.145,27	-80.721
Summe Vergütungen an Fondskrankenanstalten	-817.362.912,24	-809.639
V. Zahlungen für den Kooperationsbereich		
1. Reformpoolmittel intramural	-976.613,67	-937
2. Hospizfälle	-1.070.551,54	0
3. Druckbeatmungsgeräte	-120.175,38	0
4. Ambulante Hämodialysen	0,00	-58
Summe Kooperationsbereich	-2.167.340,59	-995
VI. Struktur-, Projekt- und Planungsmittel		
1. Sozialpsychiatr. u. psychosoziale Versorgung	-13.169.300,00	-12.911
2. Wochentagsnacht-Bereitschaftsdienst	-2.796.606,89	-2.861
3. Projekt- und Planungsmittel	-1.288.262,40	-1.812
Summe Struktur-, Projekt- und Planungsmittel	-17.254.169,29	-17.584
VII. Strukturbedingte Maßnahmen		
1. Maßnahmen gemäß Art. 1. Abs. 1 Z. 3	-1.851.379,18	-270
Summe Strukturbedingte Maßnahmen	-1.851.379,18	-270
VIII. Sonstige Leistungen		
1. Kostenbeiträge gemäß § 27 a Abs. 3 KAKuG	-1.350.614,15	-1.351
2. Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstalten	-375.299.500,00	-412.899
3. Rückforderung Hauptverband	0,00	-2.254
4. Vorsorgestrategie	-8.484,54	0
5. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	-823.625,81	-584
6. Abschreibung Ford. ausl. GastpatientInnen	-1.744,45	-2
7. Kontoführungsspesen	-102,19	-8
Summe sonstige Leistungen	-377.484.071,14	-417.098
IX. Summe ordentliche Aufwendungen	-1.216.119.872,44	-1.245.586
X. Betriebsergebnis	6.595.773,39	9.069
XI. Auflösung und Zuführung von Rückstellungen		
1. Auflösung von Rückstellungen		
Projektmittel	1.288.262,40	1.812
Ausl. GastpatientInnen Stationär	7.639.920,35	5.569
Strukturbedingte Maßnahmen	78.222,01	0
Rückforderung Hauptverband	0,00	3.079
Summe Rückstellungsaufösungen	9.006.404,76	10.460
2. Zuführung zu Rückstellungen		
Projektmittel	-2.088.922,00	-2.089
Strukturbedingte Maßnahmen	-210.000,00	-4.190
Ausländische GastpatientInnen Stationär	-7.152.585,55	-6.201
Ausgleichszahlungen Fondskrankenanstalten	0,00	-7.014
Summe Rückstellungsbildungen	-9.451.507,55	-19.494
XII. Auflösung und Zuführung Kostendeckungsrücklage		
1. Auflösung	0,00	4.459
2. Zuführung	-6.150.670,60	-4.495
Summe Rücklagenzuführung	-6.150.670,60	-36
XIII. Jahresergebnis	0,00	0

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 eine 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 2011 sowie der Ertragslage für das Wirtschaftsjahr vom 1. Jänner 2011 bis zum 31. Dezember 2011 in Übereinstimmung mit den österreichischen Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung.

Aussagen zu den Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2011

Die Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2011 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 2011 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 31. Mai 2012

Böhm & Böhm Wirtschaftsprüfungs KG
FN 203871 K, LG I, ZRS Graz GKB0700893

Seite - 1 -

Bestätigungsvermerk

Bericht zum Jahresabschluss

Wir haben den beigefügten Jahresabschluss des **Gesundheitsfonds Steiermark**, Graz, für das Geschäftsjahr vom **1. Jänner 2011 bis zum 31. Dezember 2011** unter Einbeziehung der Buchführung geprüft. Dieser Jahresabschluss umfasst die Bilanz zum 31. Dezember 2011, die Gewinn- und Verlustrechnung für das am 31. Dezember 2011 endende Geschäftsjahr sowie die Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2011.

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 GKB0700893

6.4 Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten

Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten 2011						
Rechtsträger	Stationär	Ambulant	Ambulante Hämodialyse	Vorweganteile	Strukturbedingte Maßnahmen	Summe
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H	590.091.982,70	46.971.460,00	5.657.057,60		1.851.379,18	644.571.879,48
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz	6.666.157,80					6.666.157,80
Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse	19.221.954,90	565.123,00	660.670,80			20.447.748,70
Krankenhaus der Elisabethinen GmbH Graz	18.983.300,80	409.410,00				19.392.710,80
Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg	13.784.941,00	553.826,00				14.338.767,00
Neurologische Therapiezentrum Kapfenberg GmbH	5.268.175,20	126.321,00				5.394.496,20
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	9.463.983,10	600.714,00	435.080,80			10.499.777,90
Marienkrankenhaus Vorau Gemeinnützige GmbH	9.923.504,50	412.411,00				10.335.915,50
ROMED Austria Klinik GmbH, PSO Bad Aussee				7.650.000,00		7.650.000,00
GGZ der Stadt Graz, Wachkomafinanzierung				1.473.757,38		1.473.757,38
KAGes, Hospiz- und Palliativfinanzierung				4.518.935,39		4.518.935,39
	673.404.000,00	49.639.265,00	6.752.809,20	13.642.692,77	1.851.379,18	745.290.146,15

6.5 Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2011)

Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2010)		
Rechtsträger/Krankenanstalt	Adresse	
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH		
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/Bad Aussee Standort Bad Aussee Standort Rottenmann	Grundlseer-Straße 230 St. Georgen 2–4	8990 Bad Aussee 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
Konvent der Barmherzigen Brüder Graz		
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse	Marschallgasse 12	8020 Graz
Krankenhaus der Elisabethinen GmbH		
Krankenhaus der Elisabethinen	Elisabethinergasse 14	8020 Graz
Konvent der Barmherzigen Brüder Eggenberg		
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Therapiestation für Drogenkranke – „WALKABOUT“	Bergstraße 27 Johannes-von-Gott-Straße 12	8020 Graz 8047 Kainbach bei Graz
NTK – Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg GmbH		
Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg	Anton-Buchalka-Straße 1	8605 Kapfenberg
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen		
Diakonissenkrankenhaus Schladming	Salzburger Straße 777	8970 Schladming
Marienkrankenhaus Voralpe Gemeinnützige GmbH		
Marienkrankenhaus Voralpe	Spitalstraße 101	8250 Voralpe
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz		
Albert-Schweitzer-Klinik	Albert-Schweitzer-Gasse 36	8020 Graz
ROMED Austria Klinik Consulting Grundbesitzgesellschaft mbH		
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 2011 – Darstellung der Einzelkomponenten													
Krankenanstalt	Leistungs-komponente	Tageskomponente	Punkte BDOG überschriften	Intensivpunkte	Mehrleistungszuschlag	Punkte spezielle Leistungsbereiche	Punkte Total						
LKH Bruck/Mur	14.066.047	24,00%	30.758.343	52,48%	2.799.867	4,78%	6.327.848	10,80%	3.262.564	5,57%	1.393.743	2,38%	58.608.412
LKH Feldbach	7.670.951	21,20%	22.490.238	62,17%	1.975.303	5,46%	3.257.852	9,01%	783.641	2,17%	-	0,00%	36.177.985
LKH Fürstenfeld	3.754.950	22,68%	8.433.006	50,92%	1.430.775	8,64%	1.103.570	6,66%	1.837.503	11,10%	-	0,00%	16.559.804
PSO Bad Aussee	375	0,00%	8.423.334	99,96%	3.293	0,04%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	8.427.002
LKH Hörgas/Enzenbach	1.366.808	9,07%	8.194.620	54,37%	1.336.815	8,87%	2.179.672	14,46%	28.570	0,19%	1.964.694	13,04%	15.071.179
LKH-Univ.-Klinikum Graz	66.599.716	22,15%	138.250.195	45,98%	18.631.531	6,20%	50.814.572	16,90%	22.596.416	7,52%	3.769.568	1,25%	300.661.998
Albert-Schweitzer-Klinik	234.348	2,28%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	237.416	2,31%	9.793.860	95,40%	10.265.624
KH BHB Marschallgasse	6.418.580	21,86%	17.223.878	58,66%	1.836.158	6,25%	2.565.810	8,74%	1.319.876	4,49%	-	0,00%	29.364.302
KH Elisabethinen	7.743.855	26,55%	16.491.033	56,55%	1.041.431	3,57%	1.286.505	4,41%	1.453.997	4,99%	1.144.924	3,93%	29.161.745
LSF Graz	2.432.702	3,70%	43.914.366	66,83%	11.503.662	17,51%	400.668	0,61%	1.697.451	2,58%	5.759.502	8,77%	65.708.351
KH BHB Eggenberg	1.255.133	5,98%	15.211.436	72,45%	4.439.387	21,14%	-	0,00%	90.988	0,43%	-	0,00%	20.996.944
LKH Hartberg	3.726.180	17,22%	15.184.865	70,17%	852.486	3,94%	1.643.177	7,59%	232.704	1,08%	-	0,00%	21.639.412
NTZ Kapfenberg	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	7.867.251	100,00%	7.867.251
LKH Leoben	12.823.915	17,05%	40.807.453	54,24%	4.857.336	6,46%	13.011.236	17,30%	2.550.827	3,39%	1.177.281	1,56%	75.228.048
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	823.131	8,01%	6.090.628	59,29%	1.490.012	14,50%	950.984	9,26%	25.490	0,25%	892.812	8,69%	10.273.057
LKH Radkersburg	6.302.973	33,98%	10.698.626	57,68%	654.060	3,53%	519.170	2,80%	374.917	2,02%	-	0,00%	18.549.746
LKH Rottenmann/Bad Aussee *)	3.440.183	13,07%	15.343.328	58,28%	1.696.076	6,44%	3.095.806	11,76%	295.474	1,12%	2.456.801	9,33%	26.327.668
DKH Schladming	3.568.992	24,43%	9.088.320	62,22%	877.623	6,01%	569.756	3,90%	503.076	3,44%	-	0,00%	14.607.767
LKH Stoizalpe	7.333.503	27,88%	15.290.492	58,14%	1.688.993	6,42%	263.083	1,00%	1.723.133	6,55%	-	0,00%	26.299.204
LKH Voitsberg	1.723.076	11,63%	9.230.808	62,30%	740.181	5,00%	1.237.112	8,35%	111.674	0,75%	1.773.498	11,97%	14.816.349
MKH Vorau	2.424.462	16,29%	8.960.923	60,22%	515.918	3,47%	412.248	2,77%	134.507	0,90%	2.433.096	16,35%	14.881.154
LKH Wagner	3.209.147	17,37%	11.952.844	64,71%	995.714	5,39%	2.135.950	11,56%	177.201	0,96%	-	0,00%	18.470.856
LKH Weiz	2.136.190	20,83%	7.492.811	73,06%	514.901	5,02%	-	0,00%	111.455	1,09%	-	0,00%	10.255.357
LKH Deutschlandsberg	3.113.816	15,94%	13.841.421	70,87%	1.048.768	5,37%	1.325.724	6,79%	201.131	1,03%	-	0,00%	19.530.860
LKH Judenburg/Knittelfeld	6.620.223	19,13%	21.122.929	61,04%	1.978.966	5,72%	3.413.723	9,86%	913.285	2,64%	558.714	1,61%	34.607.840
LKH Graz West	5.000.593	15,82%	18.067.885	57,14%	2.223.743	7,03%	4.375.440	13,84%	1.950.336	6,17%	-	0,00%	31.617.997
Steiermark	173.789.849	18,57%	512.563.782	54,76%	65.132.999	6,96%	100.889.906	10,78%	42.613.632	4,55%	40.985.744	4,38%	935.975.912

Datenbasis: MBDS Korrekturmeldung; 31.03.2012

*) Ab 2011 Krankenanstaltenverbund LKH Rottenmann/Bad Aussee

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: $(\text{Aufnahmen} + \text{Entlassungen} + \text{Verstorbene}) : 2$ [bei Belagsdaueräquivalent bis einschl. 28 Tage] bzw. $(\text{Aufnahmen} + \text{Entlassungen} + \text{Verstorbene} + \text{vom Vorjahr Verbliebene}) : 2$ [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 (anstelle 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 Beratungsgesprächs erfolgt.

Tagesklinische Leistungen

Es handelt sich dabei um ausgewählte operative und ausgewählte nicht-operative stationäre medizinische Einzelleistungen, die dem gültigen tagesklinischen LKF-Leistungskatalog entstammen und innerhalb 12 Stunden erbracht werden können, wenn

- ♦ grundsätzlich die PatientInnen vorab abgeklärt sind und geplant stationär aufgenommen wurden (keine Notfälle),
- ♦ für die PatientInnen ein systemisiertes Bett verwendet wird, wobei Betten der Tagesklinik systemisierte Betten sind,

- ♦ die pflegerische ambulante oder stationäre medizinische Nachsorge gewährleistet ist.

Voraussetzungen zur Abrechnung tagesklinischer Leistungen:

- ♦ Die Abrechnung von tagesklinischen Leistungen ist durch die Landesgesundheitsplattform bzw. durch den PRIKRAF pro Krankenanstalt zu genehmigen.
- ♦ Abrechenbar sind die operativen und nicht-operativen Leistungspositionen aus dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog.
- ♦ Die Aufnahme in die Tagesklinik kann nur bei Anstaltsbedürftigkeit erfolgen.
- ♦ Betten der Tagesklinik sind systemisierte Betten und sind im Rahmen der Detailplanungen auf der regionalen Ebene einzurichten. Das Führen einer interdisziplinären Tagesklinik ist möglich. In diesem Fall ist eine eigene Kostenstelle einzurichten. Bei Integration der Tagesklinik je Fachabteilung in die Stationen dieser Abteilung muss keine gesonderte Kostenstelle eingerichtet werden.
- ♦ Auf einem tagesklinischen Bett können auch mehr als ein/e PatientIn pro Tag behandelt und abgerechnet werden.



*„Gemeinsam
eine gesunde
Zukunft bauen.“*



**GESUNDHEITSPLATTFORM
STEIERMARK**

GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK

Friedrichgasse 9, 8010 Graz

www.gesundheitsfonds.steiermark.at