



Jahresbericht 2012



GESUNDHEITSPLATTFORM
STEIERMARK

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

TORDREI – Bürogemeinschaft St. Georgengasse

Lektorat

Mag. Werner Schandor, Textbox

Fotos

istockphoto, Christian Jungwirth, Rothwangl Photography,
Cassini, Gesundheitsfonds Steiermark

Druck

Medienfabrik Graz



Jahresbericht 2012



GESUNDHEITSPLATTFORM
STEIERMARK

Vorwort der Vorsitzenden	6
Vorwort der Geschäftsführung	7
Chronik 2012	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 Gesundheitsfonds-Gesetz	14
1.6 Wirtschafts- und Kontrollausschuss	16
1.7 Qualitätssicherungskommission	17
1.8 Ausschuss zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52b Ärztegesetz sowie lt. § 26a Zahnärztegesetz	18
1.9 Gesundheitskonferenz	19
1.10 Fachbeirat für Frauengesundheit	21
2. DIE GESCHÄFTSSTELLE	23
3. FINANZEN UND LEISTUNGEN	25
3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds Steiermark	25
3.1.1 Einnahmen 2011	27
3.1.2 Mittelverwendung 2011	29
3.2 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	32
3.2.1 Der LKF-Kernbereich	32
3.2.2 Der LKF-Steuerungsbereich	32
3.3 Leistungsdaten 2012	33
3.4 Wirtschaftsaufsicht 2012	39
4. AKTIVITÄTEN 2012	41
4.1 Planung und Versorgung	41
4.1.1 Strukturplanung	41
4.1.1.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark	41
4.1.1.2 ÖSG Weiterentwicklung	41
4.1.2 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark	41
4.1.2.1 Reformpool-Projekte zur Strukturveränderung	42
4.1.2.1.1 <i>Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose</i>	42
4.1.2.1.2 <i>Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen</i>	42
4.1.2.2 Projekte mit sektorenübergreifender Finanzierung und Sonstige Projekte	43
4.1.2.2.1 <i>Präoperative Befundung</i>	43
4.1.2.2.2 <i>Hospiz- und Palliativversorgung</i>	44
4.1.2.2.3 <i>Finanzierung eines Wochentags-Nachtbereitschaftsdienstes in der Steiermark außerhalb von Graz</i>	45
4.1.2.2.4 <i>Pilotprojekt AGIR Tagesklinik</i>	46
4.1.3 Psychosoziale Versorgung in der Steiermark	46
4.1.3.1 Qualitätskriterien	48
4.1.3.2 Prävention Suizid	48
4.1.4 Gesundheitszentren in der Steiermark	50

4.2 Gesundheitsförderung Steiermark	52
4.2.1 Gesundheitsziele Steiermark	52
4.2.1.1 Modellprojekt „Gemeinsam Essen“	52
4.2.1.2 Gesundheitsziele Newsletter	54
4.2.1.3 Projekt „Gemeinsam g’sund genießen – die Steiermark im Gleich-Gewicht“	54
4.3 Qualität	56
4.3.1 Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK)	56
4.3.1.1 PlattformQ SALUS 2011	56
4.3.1.2 Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)	57
4.3.1.3 „AKTION Saubere Hände“ im steirischen Gesundheitswesen	58
4.3.1.4 A-IQI – Umsetzung der Austrian Inpatient Quality Indicators	60
4.3.1.5 Mitgliedschaft Plattform Patientensicherheit (ANetPas)	61
4.4 Medizinische Datenqualität	61
4.4.1 Arbeitsgruppe LKF Daten und Leistungsmonitoring (medQK)	61
4.4.1.1 Ziele und Aufgaben	61
4.4.1.2 Mitglieder	61
4.4.1.3 Arbeitsschwerpunkte 2011	62
4.4.2 Datenqualitätstreffen der Bundesländer	65
4.4.3 Errors und Warnings	65
4.5 e-Health	67
4.5.1 Gesundheitsportal Steiermark	67
4.5.2 EU-Projekt PALANTE	67
4.6 Sonstige Aktivitäten	68
5. VERZEICHNISSE	69
5.1 Abbildungsverzeichnis	69
5.2 Tabellenverzeichnis	69
5.3 Abkürzungsverzeichnis	70
6. ANHANG	72
6.1 Bilanz	72
6.2 Gewinn- und Verlustrechnung	73
6.3 Bestätigungsvermerk	75
6.4 Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31. 12. 2012)	76
6.5 LDF-Pauschalen – Darstellung der Einzelkomponenten	77
6.6 Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik	78



Das vergangene Jahr war geprägt von der Verwaltungsreform des Landes Steiermark. Seit 1. August 2012 ist der Gesundheitsfonds Steiermark aus dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung ausgegliedert. Aufgrund dieser strukturellen Änderungen wurde eine Novellierung des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes notwendig. Das neue Gesundheitsfonds-Gesetz sieht auch vor, dass dem um zwei Mitgliedern erweiterten Präsidium Entscheidungsbefugnisse in ausgewählten Bereichen übertragen werden können. Mit der

Strukturreform wurden seitens des Landes Steiermark die Bereiche Gesundheitsförderung und Psychiatriekoordination an den Gesundheitsfonds ausgelagert.

Wir leben in einem Land mit einem der besten Gesundheitssysteme der Welt. Die Steirerinnen und Steirer sollen auch weiterhin diese hervorragende medizinische Versorgung erhalten, die von unseren Expertinnen und Experten laufend gezielt weiterentwickelt wird. Die Umsetzung des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark (RSG), der auf eine umfassende, gleichmäßige und qualitätsvolle medizinische Versorgung für alle Steirerinnen und Steirer – unabhängig von Alter, Geschlecht und Einkommen – abzielt, wurde im vergangenen Jahr intensiv weiterbetrieben. Damit waren auch Veränderungen in einzelnen Bereichen der steirischen Krankenhäuser verbunden.

Die steirischen Gesundheitsziele – die bereits 2007 im Landtag Steiermark beschlossen wurden – haben durch

den Beschluss der Rahmengesundheitsziele Österreich die Bestätigung auf dem richtigen Weg zu sein, erfahren. Die steirischen Gesundheitsziele unterstützen dabei, dass jede und jeder Einzelne selbstverantwortlich mehr für die eigene Gesundheit tun kann. 2012 haben wir den Schwerpunkt auf Ernährung gelegt. Im Rahmen des Projektes GEMEINSAM G'SUND GENIESSEN wurden viele Maßnahmen für die Zielgruppen der Schwangeren und Jungfamilien sowie der Erwerbstätigen umgesetzt.

Im Bereich e-Health ist die Steiermark sehr aktiv: Neben der Konzepterstellung für einen elektronischen Impfpass im Rahmen der ELGA ist der Gesundheitsfonds auch an einem EU-Projekt beteiligt, mit dem Ziel der Entwicklung eines sogenannten e-Röntgenpasses.

Die Herausforderungen an eine qualitätsvolle Gesundheitsversorgung und die Entwicklung von präventiven Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit bleiben weiterhin Auftrag für unsere Tätigkeit. Ich bedanke mich bei allen Beteiligten, die mit großem Engagement schon bisher viele Gesundheitsinitiativen in der Steiermark unterstützt und ermöglicht haben und auch in Zukunft ihre Kraft für eine bestmögliche Versorgung der steirischen Bevölkerung verwenden.

Mit den besten Grüßen

Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder

Landesrätin für Gesundheit und Pflegemanagement
Vorsitzende der Gesundheitsplattform Steiermark



Wie heißt es so schön? Was lange währt, wird endlich gut. Auf die gegen Ende des Berichtsjahres beschlossene Gesundheitsreform trifft dieses alte Sprichwort in ganz besonderer Weise zu: Zähe Verhandlungen und jahrelange, teilweise ausgesprochen hitzig geführte Diskussionen waren notwendig, um schlussendlich ein mehr als herzeigbares Ergebnis präsentieren zu können. Ein Ergebnis, an das nicht mehr alle geglaubt haben.

Die Einigung zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung garantiert eine Weiterentwicklung unseres hervorragenden Gesundheitssystems. Im Mittelpunkt stehen nicht Institutionen, sondern die Patientinnen und Patienten. Verbesserung der Behandlungsqualität, mehr Patientensicherheit, verstärktes Augenmerk auf Prävention und Vorsorge – und das alles bei geringeren Kostensteigerungen für das Gesundheitssystem: Diese Reform trägt ihren Namen zu Recht!

In der Steiermark können Sozialversicherung und Land ihr Leistungsangebot künftig besser aufeinander abstimmen. Davon werden in erster Linie die Menschen in unserem Bundesland profitieren. Mit dem „Regionalen Strukturplan Gesundheit“ besteht ja seit Jahren eine solide Basis, auf der jetzt aufgebaut werden kann. Fazit: Die Gesundheitsreform sichert die medizinische Versorgung langfristig ab – es liegt jetzt an uns allen, sie möglichst gut umzusetzen.

Ich wünsche allen Steirerinnen und Steirern viel Glück und beste Gesundheit!

Josef Pessler

Stellvertretender Vorsitzender der Gesundheitsplattform Steiermark
Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse



Im siebten Jahr des Gesundheitsfonds Steiermark gab es große organisatorische Veränderungen. Im Rahmen der Strukturreform des Landes Steiermark wurde die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds aus dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung ausgegliedert und ist nun seit 1. August 2012 eigenständig. Neben diesen Veränderungen hat der Gesundheitsfonds noch zusätzliche Aufgaben übernommen, nämlich die psychosoziale Versorgung sowie die Gesundheitsförderung in der Steiermark. Zusätzlich zum obersten Gremium, der Gesundheitsplattform Steiermark, wurde noch ein Präsidium eingerichtet.

Einer der Schwerpunkte der Tätigkeit des Gesundheitsfonds war der Beginn der Umsetzung des RSG – Regionaler Strukturplan Gesundheit 2011. Grundsätzliches Ziel ist es, die steirischen Versorgungsregionen so zu gestalten, dass für die Bevölkerung eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung und diese möglichst wohnortnahe geschaffen wird. Ein weiteres Ziel dabei ist eine engere Abstimmung der akutstationären Versorgungsbereiche mit den ambulanten Versorgungsstrukturen.

Die finanzielle Steuerung der Leistungen für Krankenanstalten (LKF) ist länderweise gestaltbar und ermöglicht so, besondere Versorgungsfunktionen einzelner Krankenanstalten bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung aus dem Gesundheitsfonds Steiermark zu berücksichtigen. Im Modell 2012 wurden erstmals Teile des Betriebsabganges über die Strukturöpfe des Gesundheitsfonds zur Auszahlung gebracht. Ziel ist die vollständige Integration des Betriebsabganges in das LKF-Modell.

Projekte aus dem Bereich des Reformpools wurden abgeschlossen und weitere befinden sich in der Überführung in den Regelbetrieb, wie beispielsweise das Projekt „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen“.

Zur Unterstützung einer regionalen qualitativ vollen Versorgung wurden die Gesundheitszentren Steiermark in den Pilotregionen Mürzzuschlag und Bad Aussee eingerichtet. Die Vorbereitungen zur Eröffnung weiterer Zentren für die Regionen Hartberg und Murau wurden getroffen und Anfang 2013 umgesetzt.

Bereits zum vierten Mal wurde der Qualitätspreis Gesundheit SALUS vergeben. Dieser Preis wurde im Rahmen der steirischen Fachtagung PlattformQ verliehen. Die Initiative PatientInnen sicherheit Steiermark hat das Ziel, die Sicherheit der PatientInnen im steirischen Gesundheitswesen gemeinsam systematisch zu verbessern. Durch diese Vernetzung kommen Lernprozesse in Gang, die eventuelle Schäden bei PatientInnen vermeiden. Ebenso unterstützt die „AKTION Saubere Hände“ die Sicherheit von PatientInnen. Studien belegen, dass gezielte Maßnahmen im Rahmen der Händehygiene den größten Effekt zur Vermeidung von Infektionen haben.

Die 7. Steirische Gesundheitskonferenz fand am 20. Juni 2012 im Messe Congress Graz statt und widmete sich unter dem Titel „Heiß und fettig? Was junge Leute wirklich essen.“ dem Thema Ernährung der 0- bis 18-Jährigen. Rund 350 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.

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 im Projekt GEMEINSAM G'SUND GENIESSEN weitere Maßnahmen umgesetzt. Das Modellprojekt „Gemeinsam Essen“ wurde im letzten Jahr erfolgreich abgeschlossen. Viele steirische Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen haben sich daran beteiligt.

Der Weiterentwicklung des steirischen Gesundheitssystems, der Qualitätsarbeit, der Förderung der ganzheitlichen Sichtweise im Gesundheitsbereich sowie den Ausbau bzw. der Verbesserung in der Gesundheitsversorgung für die steirische Bevölkerung gilt auch unsere zukünftige Arbeit.

DI Harald Gaugg

Dr. Gert Klima (re.)

Geschäftsführung des Gesundheitsfonds Steiermark

Chronik 2012 im Überblick

30. Jänner	Sitzung der QSK
29. Februar	Sitzung der AG LKF Daten- und Leistungsmonitoring (vormals med. QK)
30. Mai	Sitzung der AG LKF Daten- und Leistungsmonitoring
11. Juni	Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
11. Juni	Sitzung der QSK
13. Juni	Sitzung des Präsidiums
20. Juni	27. Sitzung der Gesundheitsplattform
20. Juni	7. Steirische Gesundheitskonferenz
17. September	Verleihung des SALUS – Steirischer Qualitätspreis Gesundheit
12. November	Sitzung der QSK
21. November	29. Sitzung der Gesundheitsplattform
21. November	Sitzung des Präsidiums

1. Der Gesundheitsfonds

1.1 Grundlagen

In der Vereinbarung gem. Art. 15a 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 Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2006, umgesetzt. Zur Mitfinanzierung der Fondskrankenanstalten lt. Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz sowie zur Wahrnehmung weiterer Aufgaben aufgrund der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde der Gesundheitsfonds Steiermark als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit errichtet. Die aufgrund der nachfolgend geschlossenen Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 55/2008, notwendig gewordenen Änderungen zum Gesundheitsfonds-Gesetz wurden mit der Novelle LGBl. Nr. 1/2009 vorgenommen und traten mit 13. Jänner 2009 in Kraft.

Da praktische Erfahrungen in der Arbeit des Gesundheitsfonds Steiermark und die Entwicklung im Gesundheitswesen zeigten, dass weitere Adaptierungen erforderlich waren, wurde das Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz überarbeitet, die entsprechenden Änderungen wurden mit der Novelle LGBl. Nr. 65/2012 vorgenommen und traten mit 1. Juli 2012 in Kraft.

Gemäß § 3 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz hat der Gesundheitsfonds einerseits die in der Vereinbarung festgelegten Aufgaben im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung und andererseits Aufgaben im Bereich der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich wahrzunehmen wie

etwa bestimmte in der Vereinbarung festgelegte Aufgaben und die Gewährung von Mitteln für krankenhausentlastende Maßnahmen, Projekte und Planungen.

Das Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz in der Fassung der Novelle, LGBl. Nr. 65/2012, normiert als Organe

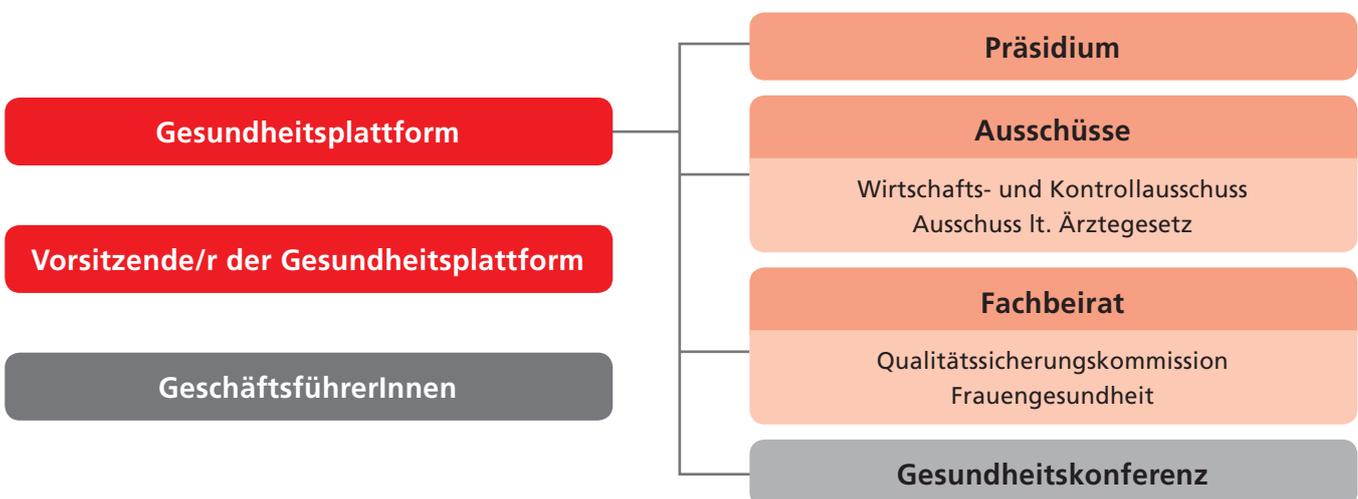
- ♦ die Gesundheitsplattform als oberstes Organ,
- ♦ die/den Vorsitzende/n der Gesundheitsplattform und
- ♦ die GeschäftsführerInnen.

Auf einen Regressanspruch des Gesundheitsfonds gegenüber Personen, die eine Organfunktion ausüben, ist das Dienstnehmerhaftpflichtgesetz sinngemäß anzuwenden, soweit es nicht unmittelbar gilt.

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 Bereichs. In Angelegenheiten,

Abbildung 1 **Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark**



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 Veto-recht bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

Seit der Novelle des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes 2012 entsenden die Landtagsparteien, die Wirtschaftskammer Steiermark, die Arbeiterkammer Steiermark, die Apothekerkammer sowie der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband Vertreterinnen/Vertreter ohne Stimmrecht zu den Sitzungen der Gesundheitsplattform. Zudem ist die/der Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit der Gesundheitsplattform berechtigt, an den Sitzungen der Gesundheitsplattform teilzunehmen.

Die Tätigkeit des Gesundheitsfonds ist an den Prinzipien des Gender Mainstreamings orientiert und hat Anwendung und Umsetzung der Gender-Kriterien zu berücksichtigen. Wei-

ters orientiert sich der Gesundheitsfonds bei seiner Tätigkeit an den „Gesundheitszielen Steiermark“ sowie an den Grundsätzen von Public Health.

Durch die Novelle des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes 2012 wurde vorgesehen, dass dem um zwei Mitglieder erweiterten Präsidium Entscheidungsbefugnisse namens der Gesundheitsplattform in von dieser ausgewählten Bereichen übertragen werden können. Hierbei hat die Gesundheitsplattform die Möglichkeit, Entscheidungen des Präsidiums zu revidieren.

Eine weitere Neuerung durch die Novelle des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes 2012 ist die Ausgliederung der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds aus dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung, nunmehr wird diese direkt auf Rechnung des Fonds geführt. 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 Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) sicherzustellen. Unter § 10 Absatz 1 des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes sind die wahrzunehmenden Aufgaben angeführt:

1. Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
3. Abstimmung der Inhalte sowie allfälliger Anpassungen, Wartungen und Weiterentwicklungen der regionalen Strukturpläne Gesundheit (Detailplanungen gemäß Art. 3 und 4 der Vereinbarung gem. Art. 15a 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 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 idGF gehören der Gesundheitsplattform an:

1. das für das Krankenanstaltenwesen zuständige Mitglied der Landesregierung als Vorsitzende/Vorsitzender;

2. das für Finanzen zuständige Mitglied der Landesregierung sowie vier weitere Mitglieder des Landes, die von der Landesregierung entsandt werden;
3. vier Mitglieder der Sozialversicherung, die von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse unter Bedachtnahme auf die Interessen der Betriebskrankenkassen entsandt werden, darunter die Stellvertreterin/der Stell-

- vertreter 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 Pflegeombudschaft entsandt wird;
9. zwei Mitglieder, die vom Rechtsträger der steirischen Landeskrankenanstalten entsandt werden;
10. ein Mitglied, das einvernehmlich von den Rechtsträgern der sonstigen steirischen Fondskrankenanstalten entsandt wird;
11. ein vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger entsendetes Mitglied.

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

Im Jahr 2012 hat sich die Gesundheitsplattform wie folgt zusammengesetzt:

Tabelle 1 **Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark (mit Stimmrecht)**

Mitglieder der Gesundheitsplattform	Entsendende Stelle
Mag. ^a Kristina Edlinger-Ploder (Vorsitzende) Johann Bacher (bis 27. Sitzung der Gesundheitsplattform) Barbara Riener (ab 28. Sitzung der Gesundheitsplattform) Dr. Franz Feil (bis 27. Sitzung der Gesundheitsplattform) Dr. ⁱⁿ Bettina Vollath (ab 28. Sitzung der Gesundheitsplattform) Mag. ^a Ursula Lackner (bis 27. Sitzung der Gesundheitsplattform) Markus Zelisko (ab 28. Sitzung der Gesundheitsplattform) Univ.-Doz. Ing. Dr. Gerhard Stark Klaus Zenz	VertreterInnen des Landes
Josef Pessler (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 Pflegeombudschaft
DI Dr. Werner Leodolter a.o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Petra Kohlberger, MSc	VertreterInnen der KAGes
Dr. Martin Piaty	Vertreter der sonstigen Fonds-KA

Dem vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger entsendetem Mitglied kommt kein Stimmrecht zu. Gem. § 6 Abs. 3 der Geschäftsordnung der Ge-

sundheitsplattform können weitere Vertreter/innen von Institutionen ohne Stimmrecht berechtigt werden, an den Sitzungen der Gesundheitsplattform teilzunehmen.

Table 2 **Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht**

Mitglieder ohne Stimmrecht	Entsendende Stelle
Dr. Ferdinand Felix Ersatzmitglied Mag. Peter Oppeker	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Table 3 **VertreterInnen ohne Stimmrecht gem. § 8 Abs. 7 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 idgF**

Institution	VertreterIn
Landtagsparteien	DI Gunter Hadwiger (FPÖ) Claudia Klimt-Weithaler (KPÖ) Ingrid Lechner-Sonneck (Die Grünen)
Wirtschaftskammer Steiermark	Dr. Martin Hoff
Arbeiterkammer Steiermark	Mag. Alexander Gratzner
Apothekerkammer	Dr. Gerhard Kobinger
Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband	Mag. ^a Marianne Raiger
Fachbeirat für Frauengesundheit	Mag. ^a Sylvia Groth

Table 4 **Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark**

Ersatzmitglieder	Entsendende Stelle
Renate Bauer Franz Feil (ab 28. Sitzung der Gesundheitsplattform) Dipl.-Päd. Peter Koch (bis 27. Sitzung der Gesundheitsplattform) Nikolaus Koller Mag. ^a Ursula Lackner (ab 28. Sitzung der Gesundheitsplattform) Barbara Riener (bis 27. Sitzung der Gesundheitsplattform) Dr. Michael Tripolt (ab 28. Sitzung der Gesundheitsplattform) Markus Zelisko (bis 27. Sitzung der Gesundheitsplattform)	VertreterInnen des Landes
Dr. Reinhold Pongratz Dr. ⁱⁿ Ingrid Kuster 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. Herwig Lindner Dr. Martin Millauer	Vertreter der Ärztekammer für Steiermark
Mag. Dr. Gerd Hartinger	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes Vertreter des Städtebundes LG Stmk.
Mag. ^a Waltraud Engler	Vertreterin der PatientInnen- und Pflegeombudschaft
Dipl. KHBW Ernst Fartek	Vertreter der KAGes
Mag. Robert Schober	Vertreter der sonstigen Fonds-KA

1.4 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform

Über die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wurden im Jahr 2012 je zwei Sitzungen der Gesundheitsplattform und des Präsidiums organisiert und abgewickelt. Insgesamt wurden 34 Tagesordnungspunkte vorbereitet. Die Gesundheitsplattform fasste 14 Beschlüsse und nahm zehn Berichte zur Kenntnis. Bestandteil jeder Gesundheitsplattform Sitzung

sind die Berichte der/s Vorsitzenden, der/s stellvertretenden Vorsitzenden sowie der Bericht über die Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses.

Folgende Tagesordnungspunkte wurden von der Gesundheitsplattform Steiermark im Jahr 2012 behandelt:

Tabelle 5 **Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2012**

27. Sitzung der Gesundheitsplattform am 20. Juni 2012	
Bericht über die 13. Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses am 11. Juni 2012	zur Kenntnis genommen
Beschluss über den Rechnungsabschluss 2011	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Einstufung der besonderen Leistungsbereiche 2012	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Anträge auf Verwendung von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen 2012“: <ul style="list-style-type: none"> • Anträge des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse <ul style="list-style-type: none"> · Erweiterung der Dialysestation auf 12 Betten · Errichtung einer Photovoltaikanlage • Bericht über den Umlaufbeschluss der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH betreffend Umsetzungsmaßnahmen der allgemeinpsychiatrischen Ambulanz inklusive Suchtambulanz am LKH Leoben/Bruck an der Mur 	nicht beschlossen Bericht über Beschluss zur Kenntnis genommen
Beschluss über folgende Teilbereiche des LKF-Modells Steiermark 2013 <ul style="list-style-type: none"> • Stationäres Modell • Struktur und Qualitätsmittel • Variabler Punktezuschlag 	beschlossen
Bericht über das Projekt „Benchmarking in der Geriatrie“	zur Kenntnis genommen
Bericht über Aktivitäten im Bereich Qualität der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds <ul style="list-style-type: none"> • Initiative PatientInnen-sicherheit • AKTION Saubere Hände • Datenqualitätsaktivitäten 	zur Kenntnis genommen
Bericht gem. § 6 Abs 3 Geschäftsordnung des Ausschusses lt. § 52b Ärztegesetz, BGBl. Nr. 61/2010, sowie lt. § 26a Zahnärztegesetz, BGBl. Nr. 61/2010 über die Stellungnahme des Ausschusses vom 8. Mai 2012 betreffend die Befassung mit einer Anzeige an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis	zur Kenntnis genommen
29. Sitzung¹ der Gesundheitsplattform am 21. November 2012	
Beschluss über die Übertragung von Agenden der Gesundheitsplattform an das Präsidium gem. § 8 Abs. 11 Steiermärkisches Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 idF LGBl. 65/2012	beschlossen
Beschluss über die adaptierten Geschäftsordnungen der Gesundheitsplattform Steiermark, des Präsidiums, des Wirtschafts- und Kontrollausschusses, der Geschäftsführung, der Qualitätssicherungskommission, des Ausschusses lt. § 52b Ärztegesetzes sowie lt. § 26a Zahnärztegesetz sowie über die Geschäftsordnung des Fachbeirates für Frauengesundheit	beschlossen

¹ Die 28. Sitzung der Gesundheitsplattform wurde abgesagt.

1.5 Präsidium der Gesundheitsplattform

In Entsprechung des § 8 Abs. 10 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz idGF wurde zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform ein Präsidium eingerichtet. Seit der Novellierung des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes wurde das Präsidium um je ein Mitglied des Landes und der Sozialversicherung erweitert und zudem vorgesehen, dass von der Gesundheitsplattform die Entscheidungsbefugnis in zuvor festgelegten Angelegenheiten an das Präsidium übertragen werden kann. Jedenfalls obliegt der Stellenplan der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds gem. § 8 Abs. 11 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz als Aufgabe dem Präsidium. Hinsichtlich der Beschlussfassung ist innerhalb des Präsidiums Einstimmigkeit vorgesehen, die Beschlüsse des Präsidiums in den übertragenen Angelegenheiten werden rechtswirksam, wenn sie allen stimmberechtigten Mitgliedern der Gesund-

heitsplattform zugegangen sind und nicht innerhalb einer Frist von einer Woche ab Erhalt entweder die/der Vertreter/in des Bundes von seinem Vetorecht Gebrauch macht oder mindestens sieben der stimmberechtigten Mitglieder der Gesundheitsplattform schriftlich Einspruch erheben. Werden Beschlüsse beeinsprucht, entscheidet darüber die Gesundheitsplattform.

Das Präsidium setzt sich aus vier vom Land bestellten und vier von der Sozialversicherung entsendeten Mitgliedern zusammen. Das neue Präsidium hat sich am 21. November 2012 konstituiert. Im Jahr 2012 haben zwei Sitzungen des Präsidiums stattgefunden.

Das Präsidium setzt sich wie folgt zusammen:

Tabelle 6 **Präsidium der Gesundheitsplattform**

gemäß § 8 Abs. 10 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz		Zusammensetzung des Präsidiums
Z. 1	4 vom Land bestellte Mitglieder	Mag. ^a Kristina Edlinger-Ploder
		Mag. ^a Ursula Lackner (bis 13. Juni 2012)
		Dr. ⁱⁿ Bettina Vollath (ab 21. November 2012)
		Barbara Riener (ab 21. November 2012)
		Johann Bacher (bis 13. Juni 2012)
Z. 2	4 von der SV entsendete Mitglieder	Josef Pesserl
		Mag. ^a Andrea Hirschenberger
		Rudolf Moser
		Ing. Thomas Gebell (ab 21. November 2012)

Entsprechend § 8 Abs. 11 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz wurden vom Präsidium unter Beachtung der Einspruchs-

möglichkeiten von Gesundheitsplattform und Bund folgende Beschlüsse gefasst:

Tabelle 7 **Sitzung und Ergebnisse des Präsidiums 2012**

Sitzung des Präsidiums der Gesundheitsplattform am 21. November 2012	
Beschluss des Nachtragsvoranschlages 2012	einstimmig beschlossen
Beschluss des Voranschlages 2013	einstimmig beschlossen
Beschluss über den Stellenplan 2013 der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds	einstimmig beschlossen
Beschluss über Verträge betreffend die Ausgliederung des Gesundheitsfonds <ul style="list-style-type: none"> • Personalausweisung • Nutzung von IT-Services des Landes • Nutzung der Räumlichkeiten 	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Anträge auf Verwendung von Mitteln aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen 2012“ <ul style="list-style-type: none"> • Antrag des Marienkrankenhauses Vorau auf Etablierung einer 24-Stunden-Ambulanten-Erstversorgungseinheit (AEE) 	einstimmig beschlossen
Beschluss des Arbeitsprogramms der Qualitätssicherungskommission für das Jahr 2013	einstimmig beschlossen
Bericht bezüglich der „Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von Krankenanstalten“: Halbjahresbericht 2012	zur Kenntnis genommen
Beschluss einer Veranlagung	einstimmig beschlossen

Aufgrund der in § 8 Abs. 6 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 idgF vorgesehen schriftlichen Beschlussfassung

wurde am 3. Dezember 2012 folgender Umlaufbeschluss gefasst:

Tabelle 8 **Gegenstand und Ergebnisse Umlaufbeschlüsse des Präsidiums 2012**

Umlaufbeschluss vom 3. Dezember 2012	
Beschluss über die LKF-Abrechnung Steiermark 2013 <ul style="list-style-type: none"> • Stationärer Bereich inklusive vorläufigem Punktwert für die Verrechnung bei Regressanfragen und bei ausländischen GastpatientInnen • Ambulanter Bereich inklusive Ambulanzpauschale für die Regressverrechnung und bei ausländischen GastpatientInnen • Dialyseverrechnung inklusive Tarif für die Verrechnung ambulanter Hämodialysen an ausländischen GastpatientInnen • Strukturtöpfe • Variabler Punktezuschlag 	einstimmig beschlossen

Aufgrund der durch die Novelle vorgenommenen Verstärkung der Gesundheitsplattform mit weiteren ExpertInnen des Gesundheitswesens gem. § 8 Abs. 7 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 idgF ist kein ExpertInnenrat mehr vorgesehen.

Eine weitere Änderung durch die Novelle 2012 des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes betrifft den Fachbeirat für Frauengesundheit. Dieser erhielt nunmehr gleich den anderen Gremien der Gesundheitsplattform eine eigene Geschäftsordnung, zudem ist vorgesehen, dass die Vorsitzende des Frauenfachbeirates berechtigt ist, an den Sitzungen der Gesundheitsplattform teilzunehmen.

1.6 Wirtschafts- und Kontrollausschuss

Die Geschäftsordnung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses der Gesundheitsplattform Steiermark gem. § 8 Abs. 6 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz wurde in der 15. Sitzung der Gesundheitsplattform am 18. Juni 2009 beschlossen. Aufgrund der Novelle zum Gesundheitsfondsgesetz 2012 wurde die Geschäftsordnung entsprechend adaptiert. Der Wirtschafts- und Kontrollausschuss setzt sich zusammen aus zwei nominierten Mitgliedern der Gesundheitsplattform, die von der/vom Vorsitzenden der Gesundheits-

Darüber hinaus sieht § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz die Einrichtung von Ausschüssen durch die Gesundheitsplattform zur Beratung einzelner Angelegenheiten vor. Dazu wurde der Wirtschafts- und Kontrollausschuss der Gesundheitsplattform, die Qualitätssicherungskommission der Gesundheitsplattform sowie daneben der Ausschuss zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52b Ärztegesetz sowie lt. § 26a Zahnärztegesetz eingerichtet (siehe dazu Kap. 1.8).

plattform bestellt werden, und zwei nominierten Mitgliedern der Gesundheitsplattform, die von der/vom stellvertretenden Vorsitzenden der Gesundheitsplattform bestellt werden. Seit der Novellierung am 21. November 2012 ist der Wirtschafts- und Kontrollausschuss um je eine/einem VertreterIn der für Finanzen zuständigen Organisationseinheit des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung sowie eine/einem von der Sozialversicherung namhaft zu machenden VertreterIn aus dem Finanzbereich erweitert.

Tabelle 9 Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses

Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses	
Mag. ^a Andrea Hirschenberger	Sozialversicherung, Vorsitzende
Mag. ^a Ursula Lackner	Land Steiermark, Stellvertreterin
Johann Bacher	Land Steiermark
Dr. Wolfgang Seidl	Sozialversicherung

Der Wirtschafts- und Kontrollausschuss hat seine Sitzungen nach Bedarf, zumindest zwei Mal jährlich, jedenfalls aber möglichst zehn Tage vor jeder Sitzung der Gesundheitsplattform/des Präsidiums abzuhalten. Der Ausschuss hat prüfende und beratende Funktion. Außerdem hat er der Gesundheitsplattform regelmäßig, mindestens jedoch vor Beschlussfassung über den Rechnungsabschluss und dem Voranschlag von den Beratungen und deren Ergebnissen zu berichten und allfällige Handlungsempfehlungen abzugeben.

Aufgrund der Novellierung und der damit verbundenen Ausgliederung fand im Jahr 2012 eine Sitzung statt. In dieser Sitzung am 11. Juni 2012 wurden folgende Tagesordnungspunkte als Vorbereitung zur Gesundheitsplattformssitzung am 20. Juni 2012 behandelt:

- ◆ Rechnungsabschluss 2011
- ◆ Strukturbedingte Maßnahmen:
 - Anträge des Krankenhauses der BHB Marschallgasse „Erweiterung der Dialysestation“ und „Errichtung einer Photovoltaikanlage“
 - Antrag des Marienkrankenhauses Vorau auf Etablierung einer 24-Stunden-Ambulanten-Erstversorgungseinheit (AEE) (Zubau Verwaltungsbereich, Adaptierung Funktionsstrakt)
- ◆ LKF-Modell Steiermark 2013
- ◆ Beratung nach Angebotseinholung im Februar 2012 über eventuellen Bankenwechsel
- ◆ Veranlagung vom 29. März 2012 bis 28. Oktober 2012

1.7 Qualitätssicherungskommission

Die Qualitätssicherungskommission (QSK) 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.

Schwerpunkte des Strategiekonzepts:

- ◆ 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.

Für die Mitarbeit in der QSK wurden von den vertretenen Institutionen und Berufsgruppen die folgenden Mitglieder nominiert:

Tabelle 10 **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 Pflegeombudschaft
VertreterInnen der Institutionen	
Mag. Franz Hütter	KAGes
Dr. Herbert Kaloud	Unfallkrankenhaus
Mag. Robert Schober Vertretung: OA Dr. ⁱⁿ Martina Lemmerer	Sonstige Fondspitäler
Dr. Franz Schwarzl Vertretung: Dr. Michael Hessinger	Privatspitäler/Institute
Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg (bis Aug. 2012) Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Freya-Maria Smolle-Jüttner (seit Sept. 2012)	Medizinische Universität Graz
Dr. Reinhold Pongratz	Sozialversicherungsträger
BerufsgruppenvertreterInnen	
Dr. Eiko Meister Vertretung: Dr. Aida Kuljuh	Intramural tätige ÄrztInnen/Ärzttekammer
Dr. Wilfried Kaiba Vertretung: Dr. Reinhold Glehr	Extramural tätige ÄrztInnen/Ärzttekammer
Cäcilia Petek, DGKS (bis Dez. 2012) Mag. Marianne Raiger (seit Jan. 2013)	Intramurale Pflege
Mag. ^a Brigitte Schafarik	Extramurale Pflege
Mag. Dr. Gerhard Kobinger Vertretung: Mag. Beatrix Gleixner	PharmazeutInnen
Vertreterin Fachbeirat für Frauengesundheit	
a.o. Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ med. Rasky Eva, MME	Fachbeirat für Frauengesundheit

In Umsetzung der Vorgaben des Präsidiums hat die QSK insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Die Vorbereitung und Initialisierung der Umsetzung von über die Mindestanforderungen des Bundes hinausgehenden landesweiten Qualitätsvorgaben und Qualitätsindikatoren;
- b) Die Vorbereitung, Initialisierung und Koordination der Umsetzungen von Qualitätsaktivitäten und Qualitätsprojekten auf Landesebene. In diesem Zusammenhang hat
- c) Die Beratung der Gesundheitsplattform durch
 - die Erstellung von Expertisen und Stellungnahmen zu Qualitätsthemen
 - Einbringung von Vorschlägen und Innovationen zu Qualitätsthemen
 - Ausarbeitung von qualitätspolitischen Steuerungsmodellen

1.8 Ausschuss zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis lt. § 52b Ärztegesetz sowie lt. § 26a 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 §§ 52a und 52b Ärztegesetz 1998 sowie §§ 26 und 26a Zahnärztegesetz hat durch die Novellierung eine grundlegende Neupositionierung im Rahmen der ambulanten Gesundheitsversorgung erfahren. § 52b Ärztegesetz (bzw. § 26a 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 § 52c bzw. § 26b – gebunden. Laut § 52b Abs. 1 Z 2 lit. a in Verbindung mit § 52b Abs. 2 und lt. § 26a Abs. 1 Z 2 lit. a iVm § 26a 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 Vertreter 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. § 52b Ärztegesetz und lt. § 26a Zahnärztegesetz sowie eine Geschäftsordnung für diesen Ausschuss beschlossen, welche am 21. November 2012 adaptiert wurde, um auch die Entsendung einer/s Vertreterin/s der Zahnärztekammer im Anwendungsbereich des Zahnärztegesetzes vorzusehen. Die Mitglieder dieses Ausschusses setzen sich wie folgt zusammen:

Tabelle 11 Mitglieder dieses Ausschusses

gemäß § 52b Ärztegesetz sowie § 26 a Zahnärztegesetz	Zusammensetzung des Ausschusses
Land	Univ.-Doz. Ing. Dr. Gerhard Stark (Ersatzmitglied Mag. Michael Koren)
Sozialversicherung	Dr. Robert Gradwohl (Ersatzmitglied Mag. Gernot Leopold)
Ärztekammer für Steiermark	Dr. Dieter Müller (Ersatzmitglied Mag. Horst Stuhlpfarrer, MPH)
Zahnärztekammer für Steiermark	Dr. Reinhard Fürtinger (Ersatzmitglied Dr. Christof Rudas)

Der Ausschuss lt. Ärztegesetz tagte aufgrund der Befassung der Gesundheitsplattform mit einer Anzeige hinsichtlich des Zusammenschlusses zu einer Gruppenpraxis gem. § 52b Abs. 2 Ärztegesetz durch den Landeshauptmann erstmals am 8. Mai 2012. Da das Ansuchen den Planungsvorgaben des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark 2011, Version 2.0, gemäß dem Beschluss der Gesund-

heitsplattform Steiermark vom 29. Juni 2011, entsprach und von Seiten des Geschäftsausschusses der Steiermärkischen Krankenversicherungsträger in deren Sitzung am 28. Februar 2012 ein positiver Beschluss gefasst worden war, wurde vom Ausschuss lt. Ärztegesetz am 8. Mai 2012 eine positive Stellungnahme zur Gründung der Gruppenpraxis abgegeben.

1.9 7. Gesundheitskonferenz Steiermark „Heiß & fettig – Was junge Leute wirklich essen“

Die Gesundheitskonferenz 2012 fand am 20. Juni im Messe Congress Graz statt und beschäftigte sich mit der Ernährung von 0- bis 18-Jährigen. Etwa 250 Personen aus der Landesverwaltung, von Krankenversicherungen, Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Non-Profit-Organisationen und Organisationen der Krankenversorgung sowie der Gesundheitsförderung nahmen an der Veranstaltung, die von Bettina Zajac-Thelen vom ORF Steiermark moderiert wurde, teil. Aber auch die Zielgruppe selbst, nämlich SchülerInnen aus unterschiedlichen Schultypen, war bei der Konferenz vertreten. In diesem Jahr wurde das Konferenz-Design gegenüber den Vorjahren geändert und es entfielen die Workshops am Nachmittag.

Eröffnet wurde die Konferenz von Landesrätin Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder und Mag.^a Andrea Hirschenberger, Generaldirektorin der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK). LRⁱⁿ Kristina Edlinger-Ploder betonte, dass die steirische Bevölkerung zwar über ein sehr hohes Ernährungswissen verfügt, jedoch unser aller Ernährungsverhalten noch verbesserungswürdig sei. Aufgabe für die Zukunft sei es, gesunde Ernährung positiv zu prägen. Diesen Aspekt – gesundes Essen mit Lebensfreude und Genuss in Verbindung bringen – betonte auch Mag.^a Andrea Hirschenberger. Die STGKK möchte nicht nur eine hohe Qualität in der Krankenversorgung gewährleisten, sondern auch einen Beitrag dazu leisten, dass Menschen lange gesund bleiben. Daher betreibt die STGKK unter anderem Gesundheitsförderung in der Schule.

Dr. Gert Klima, Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, verwies in seinem Statement auf die Initiative „Gemeinsam G'sund Genießen“, die gemeinsam vom Gesundheitsfonds und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse umgesetzt wird. Diese hat sich zum Ziel gesetzt, die Bevölkerung in der Steiermark durch Ernährung und Bewegung ins Gleichgewicht zu bringen. Der Bogen wird dabei von den Schwangeren über die Kinder bis hin zu den Berufstätigen gespannt, einen Schwerpunkt bildet auch die Gemeinschaftsverpflegung in Kindergärten, Schulen oder Pflegeheimen.

Internationaler Vergleich der Schulverpflegungsformen

Prof.ⁱⁿ Ulrike Arens-Azevedo aus Hamburg beschäftigte sich in ihrem Vortrag mit dem Thema Gemeinschaftsverpflegung in der Schule. Noch vor wenigen Jahren war das Thema Schulverpflegung ein Randthema für viele Schulleitungen

– mittlerweile hat es einen hohen Stellenwert. In den skandinavischen Ländern wurden schon frühzeitig Verpflegungsstandards, die sowohl ernährungsrelevante Aspekte als auch das Ambiente oder die Ernährungserziehung berücksichtigen, entwickelt. Mahlzeiten sind für Schüler kostenfrei und werden durchwegs von professionellen Anbietern hergestellt. Auf Basis solcher Erfahrungen hat sich in den europäischen Ländern die Schulverpflegung unterschiedlich entwickelt und bekommt zunehmend mehr Bedeutung. Der Zugang zur Schulverpflegung ist in allen Ländern gleich: Der Gesundheitszustand der Kinder steht im Mittelpunkt. Qualitätsmanagement bei den Caterern wird genauso gefordert wie die Verwendung von regionalen, saisonalen und ökologischen Angeboten. Außerdem sollen die Preise moderat bleiben. Neben der Zubereitung der Menüs ist auch das Ambiente der Speisesäle, welche mit einer Schalldämmung und ansprechenden Möblierung sowie Rückzugsgebieten für die SchülerInnen ausgestattet sein sollten, wichtig. Ausreichend lange Pausen für eine Nahrungszufuhr müssen ebenso gewährleistet werden. Und alle Länder greifen auf professionelle Unterstützung bei der Umsetzung zurück.

Was macht Übergewicht aus? Gene und Ernährungsverhalten

Dr. Jürgen König, Universität Wien – Fakultät für Lebenswissenschaften, hat in seinem Vortrag versucht, eine Antwort auf diese Frage zu finden. Im Zentrum der Übergewichtsentwicklung steht die Energiebilanz, also die Differenz zwischen Energiezufuhr und -verbrauch. Faktoren, die diese und somit die Entstehung von Übergewicht beeinflussen, sind beispielsweise Lebenserfahrungen in der frühen Kindheit, die Erziehung, die Medien, die Lebensmittelproduktion und -versorgung, die Gesundheitsversorgung bzw. Behandlungsmöglichkeiten, makroökonomische Faktoren (z.B. Kaufkraft) und schließlich auch – aber nur zu einem geringen Teil – die genetische Veranlagung. Insgesamt zeigen die diesbezüglichen Studien zwar eine eindeutige Assoziation der Genetik mit dem Risiko zur Entwicklung von Übergewicht, allerdings ist dies zunächst eben „nur“ ein statistisch ermittelter Zusammenhang, der noch keine Aussage über das tatsächliche Ausmaß der genetischen Komponente erlaubt. Nur etwa eine Person unter 100.000 ist tatsächlich aufgrund ihrer Gene und nicht aufgrund ihres Lebensstils übergewichtig. Evidenz für eine Beteiligung der Gene an der Entwicklung von Adipositas ist also gegeben. Diese sind jedoch von so geringer praktischer Relevanz, dass an einer angemessenen Ernährung und Bewegung kein Weg vorbei führt.



Gesundheitskonferenz 2012; v.l.n.r.: Edlinger-Ploder, Pongratz, Arens-Azevedo, König, Gaar, Meisner-Lang und Moderatorin Zajac-Thelen

Podiumsdiskussion

Im Anschluss an die Plenarreferate diskutierten LRⁱⁿ Mag.^a Kristina Edlinger-Ploder, Prof.ⁱⁿ Ulrike Arens-Azevedo (Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg), Univ.-Prof. Dr. Jürgen König (Universität Wien), Thomas Gaar (Landesschülervertretung Steiermark), Dr. Reinhold Pongratz (Ärztlicher Leiter der StGKK) und Sandra Meisner-Lang (Interkultureller Bildungsgarten Graz) die Ernährung der 0- bis 18-Jährigen. Dabei stellte sich heraus, dass die Zuständigkeiten für die Schulverpflegung auch in Österreich eine Herausforderung darstellen. So werden beispielsweise Mindeststandards vom Bundesministerium für Gesundheit entwickelt, für die Umsetzung ist jedoch das Ministerium für Unterricht, Kunst und Kultur zuständig.

Auch der Zeitfaktor kann problematisch werden: Wenn man keine Jause von zu Hause mitgenommen hat, so kann es sein, dass es sich in der Pause nicht mehr ausgeht, seine Jause am Schulbuffet zu kaufen und zu essen. Wünschenswert wäre auch eine Liberalisierung des Trinkens während des Unterrichts, denn derzeit erlauben es die meisten LehrerInnen nicht, während des Unterrichts Flüssigkeit aufzunehmen. Wichtig wäre, dass in Zukunft auch in der Nachmittagsbetreuung die Möglichkeit für gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung gegeben ist.

In manchen Kindergärten gibt es mittlerweile eine gesunde Jause. Besonders um das Thema „Gesunde Ernährung“ bemüht man sich im Interkulturellen Bildungsgarten in Graz, wo sogar täglich von zwei Zivildienern frisch gekocht wird. Dr. Pongratz (STGKK) erklärte, dass sowohl Ernährung als auch Bewegung wichtig sind, um eine Gewichtsreduktion

zu erzielen. Die Folgen von Adipositas sind weitreichend: Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, erhöhter Blutdruck, metabolisches Syndrom usw. Dr. König ergänzte, dass den meisten Menschen bekannt ist, wie gesunde Ernährung funktioniert. Dennoch muss jeder Mensch seinen Körper gut kennenlernen, um dieses Wissen auf seinen eigenen Körper umzulegen.

Aus dem Publikum wurde ergänzt, dass mehr Verhältnisprävention notwendig wäre. Es gibt nach wie vor zu viele verhaltenspräventive Maßnahmen, so Dr. Josef Smolle (Medizinische Universität Graz). Auch wurde die These, dass die verschiedenen Zuständigkeiten eine Schwierigkeit darstellen, von Dr.ⁱⁿ Walpurga Weiß (Bundesministerium für Gesundheit) unterstrichen.

Die Gesundheitskonferenz wurde wie immer mittels Fragebogen evaluiert: 98 % der BesucherInnen zeigten sich mit der Veranstaltung sehr zufrieden oder zufrieden.

1.10 Fachbeirat für Frauengesundheit

Der Fachbeirat für Frauengesundheit ist ein interdisziplinär arbeitendes Fachgremium zum Thema Frauengesundheit, das die Gesundheitsplattform Steiermark dabei unterstützt, ihre Aufgaben frauengerecht wahrzunehmen. Österreichweit ist der Fachbeirat für Frauengesundheit das einzige Gremium mit dieser Funktion. Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat sich im November 2006 konstituiert.

Er ist im Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetz 2012 verankert: „Die Gesundheitsplattform hat einen Fachbeirat für Frauengesundheit einzurichten, der als interdisziplinär arbeitendes Fachgremium die Gesundheitsplattform dabei unterstützt, ihre Aufgaben frauengerecht wahrzunehmen.“
www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lgbl/.../LGBl_ST_20120723_65.rtf

Ziele des Fachbeirates für Frauengesundheit

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

Aufgabenbereiche des Fachbeirates für Frauengesundheit

Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat die Aufgabe der frauengesundheitsspezifischen Beratung, Begutachtung und Mitarbeit in allen Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsplattform hinsichtlich der

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

Die Beratung gewährleistet, dass der Gesundheitsplattform themenorientiert Wissen zur Verfügung steht, um die Auswirkungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen auf ihre Gesundheit in ihre Entscheidungen mit einzubeziehen und 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 auch über 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 für Frauengesundheit sieht seine Aufgabe darin, beratend auf Unter-, Über- und Fehlversorgung im Bereich Frauengesundheit und auf regionale Unterschiede in der Versorgung hinzuweisen. Eingebunden ist dieses Be-

mühen in die PatientInnenorientierung und Qualitätssicherung, beides explizite Ziele der Gesundheitsplattform.

Verstärkte Bedeutung erhält der Fachbeirat für Frauengesundheit durch die gesetzliche Verankerung des Gender Budgeting ab 2013. Um Gender Budgeting umzusetzen, müssen Gender-differente Daten erhoben werden.

http://www.imag-gendermainstreaming.at/cms/imag/content.htm?channel=CH0521&doc=CMS1060358779484

Der Bundesverfassung zufolge ist ab 2013 die Wirkungsorientierung daher auch insbesondere 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.

http://www.imag-gendermainstreaming.at/cms/imag/content.htm?channel=CH0521&doc=CMS1060358779484

Ab 2016 gilt dies auch für die Bundesländer. Vorbereitend dazu bedarf es der geschlechterspezifischen Datenerhebung und -auswertung über den gesamten PatientInnenpfad, um die Daten zu erfassen, die Wirkungen nachweisen können. Der Fachbeirat für Frauengesundheit leistet hierzu vorbereitende Arbeiten.

Arbeitsweise

Die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit nimmt an den Sitzungen der Gesundheitsplattform teil. Stellungnahmen richtet der Fachbeirat an die Gesetzgeber des Landes und des Bundes.

Bei Bedarf und Ressourcen stellt der Fachbeirat für Frauengesundheit seine Expertise in den Gremien den Projekten zur Verfügung. Der Fachbeirat für Frauengesundheit ist auch proaktiv tätig und richtet seine Vorschläge und Anregungen an die Geschäftsstelle und die Landesrätin für Gesundheit. 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 statt.

Tabelle 12 **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 8 Wissenschaft und Gesundheit
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 Paukovitsch-Jandl, MAS	Leiterin Strategie, Innovation und Beteiligung, Leiterin Vertragspartnermanagement, KAGes

Tätigkeiten 2012

2012 erstellte der Fachbeirat für Frauengesundheit Stellungnahmen im Begutachtungsverfahren zum Gesundheitsfondsgesetz Steiermark, zur Geschäftsordnung des Fachbeirats für Frauengesundheit und zum Patientenentschädigungsfondsgesetz.

Er konzentrierte seine Arbeit auf vier Themen: Geschlechterspezifische Schlaganfallversorgung, Gesundheitszentren, Qualitätssicherung und Mammografie-Screening. Der Fachbeirat für Frauengesundheit empfiehlt dringlich, dass eine Vertreterin des Fachbeirats für Frauengesundheit von Anfang an in der Ausrollung der integrierten Schlaganfallversorgung mitarbeitet. Eine Vertreterin des Fachbeirats für Frauengesundheit bietet an, in der Steuerungsgruppe Gesundheitszentren mitarbeiten.

Der Fachbeirat für Frauengesundheit empfiehlt die Mitarbeit einer Vertreterin im Beirat der Gesundheitsplattform zur Umsetzung des Nationalen Mammografie-Screenings. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/9/1/CH1078/CMS1330436114525/qst_brustkrebs_f.pdf

Der Fachbeirat Frauengesundheit tritt für die vollständige Umsetzung der EU-Guidelines for Mammography-Screening im Nationalen Mammographie-Screening ein. Der Qualitätsstandard zum Nationalen Programm Brustkrebs-Früherkennung durch Mammografie-Screening ab 2013/2014 sieht Regionalstellen bei den Gebietskrankenkassen vor, wobei jeweils ein Beirat durch die Landesgesundheitsplattformen zu bestellen ist. http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/9/1/CH1078/CMS1330436114525/qst_brustkrebs_f.pdf

Eine Vertreterin des Fachbeirats für Frauengesundheit hat den Fachbeirat in der Qualitätssicherungskommission in den insgesamt drei Sitzungen des Jahres vertreten. Themen des Jahres 2012 waren:

- ◆ SALUS-Preis: Kriterien und Organisation, Weiterentwicklung (PlattformQ SALUS)
- ◆ Aktion Saubere Hände
- ◆ Initiative PatientInnenunsicherheit Steiermark (Learning and Reporting)
- ◆ Qualitätskriterien „Steuerung durch Qualität“
- ◆ Aktivität medQK (Zufallsstichproben in Psychiatrie und Innere Medizin sowie Analyse), Leistungsspektrum Intensiv (Prüfung der Inanspruchnahme)
- ◆ Kontinuitätsproblem (Schnittstelle Krankenhausentlassung)

Der Fachbeirat für Frauengesundheit setzt sich dafür ein, dass bei der integrierten Schlaganfallversorgung frauengesundheits- und genderspezifische Erkenntnisse durchgehend 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. Eine Veröffentlichung – Rásky, Éva; Sladek, Ulla; Groth, Sylvia: Ungleich versorgt. Signifikante Unterschiede in der Versorgung von Frauen und Männern nach Schlaganfall – erfolgte in der Zeitschrift „Das Österreichische Gesundheitswesen“/ÖKZ 2012; 53,31-34. http://www.fgz.co.at/fileadmin/hochgeladene_dateien/bilder/themen/Schlaganfall/OEKZ_12_2012_Schlaganfall.pdf.

Der Bundesrechnungshofbericht hob anerkennend die Sex- und Genderspezifität des Projekts „Integrierte Schlaganfallversorgung“ hervor. Die Mitglieder des Fachbeirates für Frauengesundheit empfehlen, dass die Umsetzung geschlechtergerecht erfolgt und die Empfehlungen aus der Untersuchung des Frauengesundheitszentrums berücksichtigt werden. Zwischen der Vorsitzenden des Fachbeirats Frauengesundheit und der Landesrätin sowie mit dem Geschäftsführer des Gesundheitsfonds fanden Gespräche statt, um die Empfehlungen des Fachbeirats Frauengesundheit weiterzugeben und die gemeinsame Arbeit zu akkordieren.

2. Die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark

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, bestellt vom Land Steiermark und von Dr. Gert Klima, bestellt von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, wahrgenommen.

Diese Geschäftsführung entspricht der Struktur der Gesundheitsplattform und spiegelt das Ziel der Errichtung des Gesundheitsfonds wider, eine Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen für die Finanzierung, Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen. Mit der Novelle 2012 zum Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz wurde die Geschäftsstelle gem. § 9b Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 idgF aus dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung ausgegliedert. Somit wird die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds seit 1. Juli 2012 auf Rechnung des Fonds geführt, damit

wird angestrebt, den Personal- und Sachaufwand der Geschäftsstelle kostenwahr der Krankenanstaltenfinanzierung zuzuordnen.

Die vielfältigen Aufgaben des Gesundheitsfonds Steiermark, welche auch vom Land übertragene Aufgaben wie beispielsweise die Wirtschaftsaufsicht über Fonds-Krankenanstalten gem. § 40 Abs. 2 Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012 beinhalten, umfassen im Wesentlichen 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 13 **MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark**

Geschäftsführung		
Dipl.-Ing. Harald Gaugg	+43 (0)316 877-4854	harald.gaugg@stmk.gv.at
Dr. Gert Klima	+43 (0)316 877-5567	gert.klima@stmk.gv.at
Geschäftsführung – Stellvertreter		
Dr. Johannes Koinig	+43 (0)316 877-5547	johannes.koinig@stmk.gv.at
Assistenz der Geschäftsführung		
Annemarie Ehmman	+43 (0)316 877-5571	annemarie.ehmann@stmk.gv.at
Sonja Rinner	+43 (0)316 877-5569	sonja.rinner@stmk.gv.at
Bereich Versorgung und Psychosoziale Versorgung		
Dr. Johannes Koinig	+43 (0)316 877-5547	johannes.koinig@stmk.gv.at
Dr. ⁱⁿ Astrid Knopp (ab 1. November 2012)	+43 (0)316 877-5554	astrid.knopp@stmk.gv.at
Mag. ^a (FH) Lydia Springer	+43 (0)316 877-5942	lydia.springer@stmk.gv.at
Ing. Johannes Strohriegel	+43 (0)316 877-5576	johannes.strohriegel@stmk.gv.at
Psychiatriekoordinatorin		
DDr. ⁱⁿ Susanna Krainz (ab 1. Juli 2012)	+43 (0)316 877-3525	susanna.krainz@stmk.gv.at

Die Geschäftsstelle

Bereich Gesundheitsförderung und Gesundheitszentren		
Mag. ^a Sandra Marczik-Zettinig, MPH	+43 (0)316 877-4976	sandra.zettinig@stmk.gv.at
Johann Bacher (ab 1. Oktober 2012)	+43 (0)316 877-5594	johann.bacher@stmk.gv.at
Birgit Gossar-Summer, MA	+43 (0)316 877-5581	birgit.gossar-summer@stmk.gv.at
Dr. ⁱⁿ Heidemarie Körbler (ab 1. Dezember 2012)	+43 (0)316 877-3323	heidemarie.koerbler@stmk.gv.at
Mag. ^a Martina Steiner	+43 (0)316 877-4846	martina.steiner@stmk.gv.at
Gesundheitszentrum Mürzzuschlag		
Irmgard Krampfl	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
Finanzen		
Heidelinde Christl (ab 1. Juli 2012)	+43 (0)316 877-5573	heidelinde.christl@stmk.gv.at
Mag. ^a Barbara Kaller	+43 (0)316 877-5577	barbara.kaller@stmk.gv.at
Michaela Schröttner	+43 (0)316 877-5578	michaela.schroettner@stmk.gv.at
Sieglinde Winkelmaier, B.A.	+43 (0)316 877-5572	sieglinde.winkelmaier@stmk.gv.at
Öffentlichkeitsarbeit & e-Health & Europa		
Bernadette Matiz-Schunko, MAS	+43 (0)316 877-4963	bernadette.matiz-schunko@stmk.gv.at
Recht & Vergabe		
Mag. ^a Maren Spitzer-Diemath (ab 1. Mai 2012)	+43 (0)316 877-5549	maren.spitzer-diemath@stmk.gv.at
Administratives Service		
Ing. Alfred Schwab	+43 (0)316 877-5575	alfred.schwab@stmk.gv.at

3. Finanzen und Leistungen

3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds 2012

In Anpassung an die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 wurde das Gesetz vom 13. Dezember 2005 über die Errichtung des Gesundheitsfonds Steiermark, das Steiermärkische Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006, geändert. Diese Änderungen wurden im LGBl. Nr. 1/2009 verlautbart und somit die landesgesetzlichen Regelungen zur vollständigen Umsetzung der oben genannten Vereinbarung erlassen. Durch die Ausgliederung der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds aus dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung waren Adaptierungen notwendig. Die entsprechenden Änderungen traten mit 1. Juli 2012 in Kraft (LGBl. Nr. 65/2012 vom 23. Juli 2012).

§ 9b Abs. 1 des Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetzes sieht vor, dass auf Rechnung des Gesundheitsfonds eine Geschäftsstelle mit Sitz in Graz einzurichten ist, deren Personal vom Land zugewiesen oder vom Fonds selbst eingestellt werden. Der Personalaufwand für die Geschäftsführer ist ebenso vom Fonds zu tragen.

Das Rechnungsjahr 2012 beginnt am 1. Jänner 2012 und endet am 31. Dezember 2012. Der Rechnungsabschluss wurde mit Stichtag 20. April 2012 erstellt, da bis zum Stichtag sowohl Mittel für das Jahr 2012 zugeflossen sind als auch Zahlungen an die Fondskrankenanstellen für Leistungen des Jahres 2012 getätigt wurden.

Laut Mittelherkunfts-Mittelverwendungsrechnung (Abbildung 3) setzen sich die Erträge und die Aufwendungen des Jahres 2012 wie folgt zusammen:

Mittelherkunft

Die tatsächlichen Gesamteinnahmen des Hauptverbandes betragen rund € 656,9 Mio.

Die Einnahmeposition Pauschalbetrag der Sozialversicherung beinhaltet den Pauschalbetrag 2012 in der Höhe von rund € 643,0 Mio. sowie die Nachzahlung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger für das Jahr 2011 in Höhe von rund € 7,0 Mio., welche am 19. Oktober 2012 an den Gesundheitsfonds überwiesen wurde. In den Mitteln der Sozialversicherung sind auch die zusätzlichen Mittel für das Geriatrie Krankenhaus der Stadt Graz in Höhe von rund € 2,7 Mio. und die Kostenbeiträge in Höhe von rund € 4,2 Mio. enthalten. Dabei handelt es sich um die von den Fondskrankenanstellen vereinnahmten Beiträge nach § 447f Abs. 7 ASVG, wonach bei Anstaltspflege ein Kostenbeitrag für jeden Verpflegstag zu leisten ist. Da sie in den Krankenanstellen verbleiben, steht dieser Ertragsposition ein gleich hoher Aufwand gegenüber.

Die Einnahmen an den Ertragsanteilen des Bundes bzw. Umsatzsteueraufkommen der Länder und Gemeinden betragen rund € 85,1 Mio.

Die Beiträge des Bundes/der Bundesgesundheitsagentur betragen aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung rund € 48,3 Mio., das sind Mehreinnahmen gegenüber 2011 von rund € 1,8 Mio.

Die Zusatzmittel nach dem Finanzausgleichsgesetz 2008 betragen im Jahr 2012 € 9.360.210,--.

Das Land Steiermark hat im Jahr 2012 insgesamt € 396.435.339,-- zur Betriebsabgangsdeckung aller Fondskrankenanstellen aufgebracht.

Von den ausländischen Versicherungsträgern wurden im Jahr 2012 für die an ausländischen GastpatientInnen erbrachten stationären und ambulanten Leistungen der Vorjahre rund € 8,9 Mio. überwiesen.

In den Übrigen Erträgen in Höhe von rund € 147,8 Mio. ist die Beihilfe gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz 1996 (GSBG) in Höhe von rund € 142,0 Mio. enthalten. Die Beihilfe ist für den Gesundheitsfonds eine Durchlaufposition und ist die an die Fondskrankenanstellen weiterzuleitende Beihilfe, die den Krankenanstellen nach dem Umsatzsteuergesetz in Zusammenhang mit den befreiten Umsätzen nicht abziehbarer Vorsteuer zusteht. Der Rest der übrigen Erträge stammt aus Regresseinnahmen, Zinserträgen und Einnahmen für ambulante Hämodialysen.

Die Ordentlichen Erträge im Jahr 2012 betragen € 1.352.934.353,--. Zieht man die Betriebsabgangsdeckungsmittel und die GSBG-Beihilfen ab, sind die Einnahmen gegenüber 2011 um rund 3,52 %, das sind rund € 27,7 Mio., gestiegen.

Mittelverwendung

Für den Stationären Bereich wurden die budgetierten Mittel in der Höhe von € 695,8 Mio. an die Fondskrankenanstellen überwiesen. Darin enthalten sind auch die Abgeltungen der Leistungen der Geriatrieischen Gesundheitszentren der Stadt Graz im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation und seit 2012 die Abrechnung an die AMEOS-Klinik Bad Aussee im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstellenfinanzierung.

Für den Ambulanten Bereich wurden insgesamt € 57,4 Mio. vergütet. € 50,9 Mio. davon wurden für ambulante Leistungen überwiesen, € 6,5 Mio. für ambulant durchgeführte Hämodialysen.

Die Kostenanteile/-beiträge nach § 447f 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; sie ist im Pauschalfinanzierungsbeitrag der Sozialversicherung enthalten. Im Jahr 2012 waren es € 4.249.238,09.

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.

Für die Finanzierung der Wachkomabetten in den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz in Höhe von rund € 1,3 Mio. überwiesen. Der Gesundheitsfonds übernimmt die Finanzierung jener Kosten, die den PatientInnen infolge des Aufenthalts in der Wachkomastation der Albert-Schweitzer-Klinik nach Anrechnung des jeweiligen Ersatzbeitrages aus dem Pflegegeld und eines allfällig bestehenden Pensionsanspruchs entstehen.

Mit Beschluss in der 12. Sitzung der Gesundheitsplattform am 5. Juni 2008 wurde das Reformpoolprojekt Hospiz- und Palliativversorgung in die Regelfinanzierung übergeführt. Im Jahr 2012 wurden dafür rund € 4,9 Mio. überwiesen.

Kooperationsbereich: Insgesamt betragen die Aufwendungen rund € 0,7 Mio.

Für das Reformpoolprojekt MR Stolzalpe betrug der 50%-ige Anteil des Gesundheitsfonds € 151.231,26. Für 1.272 abgeschlossene Hospizfälle wurden im Jahr 2012 € 451.985,-- an die Sozialversicherungsträger überwiesen. Im Rahmen der Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen leistet der Gesundheitsfonds je mobil betreuter Patientin/betreutem Patienten für jeden pro Jahr abgeschlossenen Fall (Ende der Betreuung) einen Beitrag. Dieser Betrag wird jährlich aufgrund des vorläufigen Hundertsatzes angepasst und betrug für das Jahr 2012 € 355,33.

Die gemeinsame Kostentragung von Land und Sozialversicherung für bei Intensiv-PatientInnen in häuslicher Pflege eingesetzte Druckbeatmungsgeräte ergab laut Abrechnung für das Jahr 2012 einen Kostenanteil von € 96.773,57 für den Gesundheitsfonds.

Für die Finanzierung der Sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung im extramuralen Bereich der Steiermark wurden für das Jahr 2012 Mittel in der Höhe von € 11.143.186,-- aufgewendet. Die Psychiatriekoordinationsstelle ist seit 1. Juli 2012 in den Gesundheitsfonds eingegliedert. Ab diesem Zeitpunkt werden die Überweisungen periodengerecht durchgeführt. Dies ermöglicht eine transparentere Gebarung für die Trägerorganisationen.

Der Ärztekammer wurden für das Jahr 2012 für den Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst in der Steiermark außerhalb von Graz rund € 2,7 Mio. zur Verfügung gestellt.

An Projekt- und Planungsmitteln wurden für in den Sitzungen der Gesundheitsplattform/des Präsidiums beschlossene Projekte (Planung, krankenhausentlastende Maßnahmen, Public Health/Gesundheitsförderung, Qualität und Datenqualität, e-Health, Gesundheitszentren und sonstige Projekte) rund € 1,7 Mio. ausbezahlt.

Für die seit 1. Juli 2012 ausgegliederte Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark betragen die Aufwendungen für das zweite Halbjahr € 770.435,--. Der Ansatz Aufwendungen Geschäftsstelle gliedert sich in „Personalrefundierungen“ und „Verwaltungsaufwand“.

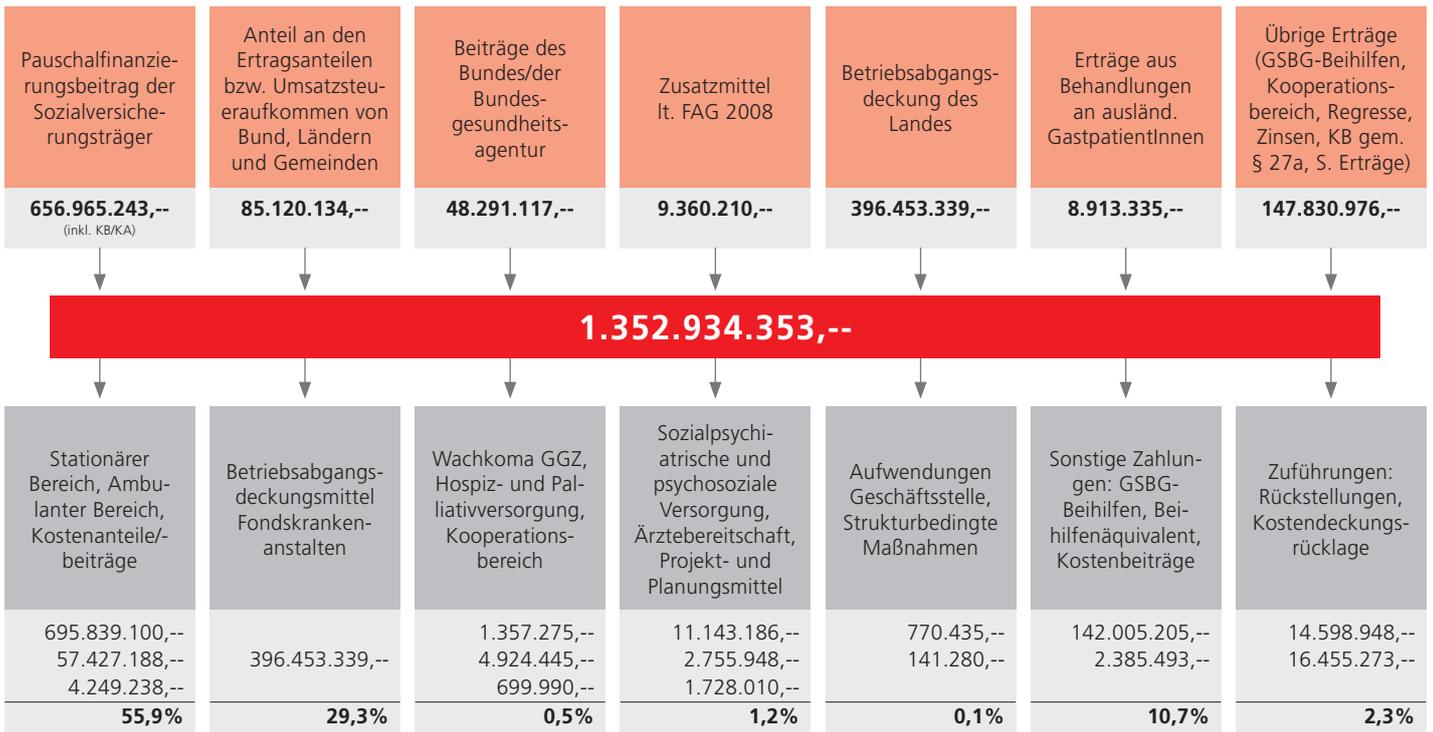
Im Rahmen des Beschlusses des Voranschlags 2012 wurden € 6,0 Mio. als Maximalbetrag aus der Kostendeckungsrücklage für Maßnahmen im Rahmen des RSG beschlossen. Der tatsächliche Aufwand für Strukturbedingte Maßnahmen beträgt € 141.280,--.

Die Sonstigen Zahlungen betreffen die GSBG-Beihilfe in Höhe von € 142,0 Mio., das Beihilfenäquivalent für ausländische GastpatientInnen in Höhe von rund € 1,0 Mio. und die Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG in Höhe von rund € 1,3 Mio.

Im Rahmen des Rechnungsabschlusses 2012 wurden insgesamt € 14.598.948,-- einer Rückstellung und € 16.455.273,-- der Kostendeckungsrücklage zugeführt.

Die Prüfung des Rechnungsabschlusses 2012 erfolgte durch die K & E Wirtschaftstreuhand GmbH. Die Prüfung fand im Mai 2013 statt. Der Bestätigungsvermerk (Anhang 6.3) sowie die Bilanz zum 31. Dezember 2012 (Anhang 6.1) und die Gewinn- und Verlustrechnung (Anhang 6.2) werden im Anhang dargestellt.

Abbildung 3 Mittelherkunft-Mittelverwendungsrechnung 2012



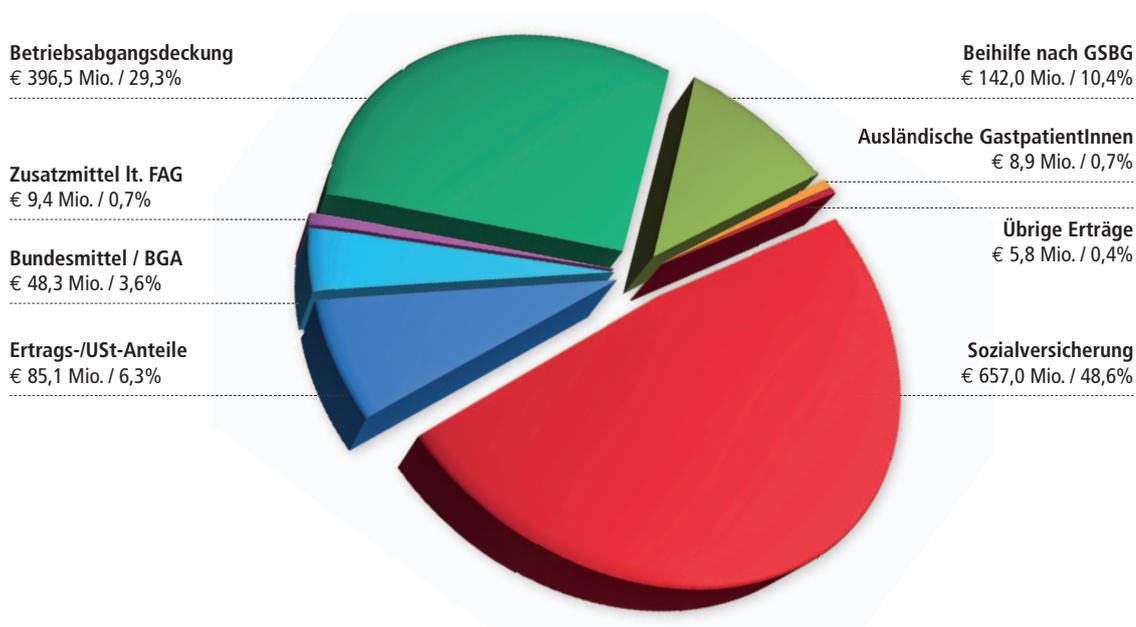
3.1.1. Einnahmen 2012

Die Dotierung des Landesgesundheitsfonds ist im Artikel 15a B-VG der Vereinbarung 2008 bis 2013 geregelt. Die ordentlichen Erträge im Jahr 2012 betragen € 1.352.934.353,10 und setzen sich wie folgt zusammen:

- ◆ Beiträge der Sozialversicherungsträger
- ◆ Ertrags- bzw. Umsatzsteueranteile
- ◆ Beiträge des Bundes/der Bundesgesundheitsagentur

- ◆ Zusatzmittel laut FAG
- ◆ Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes
- ◆ Beihilfe nach GSBG
- ◆ Übrige Erträge (Ausländische GastpatientInnen, Regresseinnahmen, Zinserträge, Ambulante Hämodialysen, Kostenbeitrag gem. § 27a Abs. 3 KAKUG)

Abbildung 4 Einnahmen 2012 (€ 1,353 Mrd.)



Der Pauschalfinanzierungsbeitrag der Sozialversicherung setzt sich zusammen aus dem Pauschalbetrag für 2012 in Höhe von € 649.966.423,63, den Kostenbeiträgen/Kostenanteilen nach § 447 ASVG in Höhe von € 4.249.238,09 (werden von den Krankenanstalten eingehoben) und den zusätzlichen Mitteln für das Geriatriische Krankenhaus der Stadt Graz in Höhe von € 2.749.581,0.

Die Mehreinnahmen gegenüber dem Jahr 2011 betragen rund € 28,4 Mio., davon betreffen rund € 7,0 Mio. die Nachzahlung aufgrund der Endabrechnung 2011. Insgesamt sind das Mehreinnahmen von rund 4,5 %.

Die Ertrags- bzw. Umsatzsteueranteile setzen sich aus den Ertragsanteilen des Bundes und den Anteilen am Umsatzsteueraufkommen der Länder und Gemeinden zusammen und betragen rund € 85,1 Mio. An Ertragsanteilen sind seitens des Bundes rund € 39,0 Mio. zugeflossen, das sind rund 4,0 % mehr als im Jahr 2011. Die Umsatzsteueranteile der Länder betragen € 27,5 Mio. und die der Gemeinden rund € 18,6 Mio. Sie sind gegenüber dem Vorjahr um rund 4,7 % gestiegen.

Bei den Beiträgen des Bundes/der Bundesgesundheitsagentur sind die Einnahmen im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2011 um rund 3,9 % gestiegen und betragen € 48,3 Mio.

Die Zusatzmittel laut Finanzausgleichsgesetz entsprechen dem Vorjahreswert.

Die Betriebsabgangsdeckungsmittel des Landes in der Höhe von € 396.453.339,- stellt jenen Betrag dar, der als Betriebsabgangsdeckung auszuweisen ist. Das Land Steiermark hat für 2012 insgesamt € 424.702.339,- zur Betriebsabgangsdeckung aller Fondskrankenanstalten aufgebracht. € 28.249.000,- werden im Rechnungsabschluss 2012 des Landes als buchmäßige Verrechnung an die KAGes dargestellt.

Bei der Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz (GSBG) 1996 handelt es sich um die an die Fondskrankenanstalten weiterzuleitende Beihilfe. Sie betrug im Jahr 2012 € 142.005.204,57. Insgesamt war die Beihilfe im Jahr 2012 doppelt so hoch gegenüber dem Jahr 2011, da für die Monate April bis Oktober 2012 vom Land Steiermark im Zuge der Verrechnung der Personalgestaltung an die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH (KAGes) 20 % Umsatzsteuer zugeschlagen wurden. Dadurch erhöhte sich die Beihilfe in diesem Zeitraum um rund € 10,0 Mio. pro Monat.

Die Erträge aus den Behandlungen an ausländischen GastpatientInnen betragen im Rechnungsjahr insgesamt rund € 8,9 Mio. Dabei handelt es sich um 2.546 Fälle aus stationären Behandlungen. Diese wurden mit € 8.203.336,58 bewertet und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in Rechnung gestellt. 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 2010 offenen Forderungen wurden im Abrechnungsjahr abgegolten. Die Einnahmen für ambulante Behandlungen ausländischer GastpatientInnen betragen im Jahr 2012 € 709.998,14. An die Geschäftsstelle gab es 110 Anfragen von ausländischen Sozialversicherungsträgern hinsichtlich der Taxierung von Krankenhausleistungen.

Tabella 14 **Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2006 und 2012**

Jahr	2009	2010	2011	2012
Anfragen	166	106	127	110

Die Übrigen Erträge in Höhe von € 5,8 Mio. setzen sich zusammen aus Regresseinnahmen in der Höhe von rund € 2,1 Mio., Einnahmen für ambulante Hämodialysen der Jahre 2011 und 2012 in der Höhe von € 1,7 Mio., Zinserträge in der Höhe von € 0,7 Mio. und Kostenbeiträgen gem. § 27a Abs. 3 KAKuG in Höhe von € 1,3 Mio.

Die Regresseinnahmen in Höhe von € 2.066.439,22 sind dem Gesundheitsfonds zugeflossene Mittel aus abgewickelten Regressverfahren inländischer Sozialversicherungsträger. Von der Geschäftsstelle wurden im Jahr 2012 insgesamt 344 Regressanfragen aus dem stationären und ambulanten Bereich bearbeitet. Durch die Einführung des Softwareproduktes „AGPR-Manager“ wurde eine direkte Datenschiene zu den Sozialversicherungsträgern geschaffen. Dadurch sinken die Direktanfragen an den Gesundheitsfonds. Gegenüber dem Jahr 2011 gab es aus Regressabwicklungen Mehreinnahmen in der Höhe von rund € 0,6 Mio.

Tabella 15 **Regressanfragen zwischen 2009 und 2012**

Jahr	2009	2010	2011	2012
Anfragen	587	601	488	344

Bei der Abrechnung Neuzugänge bei der ambulanten Hämodialyse ergab sich für das Jahr 2011 und 2012 eine Rückforderung an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse. Die Abrechnung 2011 ergab ein Guthaben für den Gesundheitsfonds von € 913.999,50 und die Abrechnung 2012 € 807.215,40, ergibt in Summe € 1.721.214,90. Die Abrechnung beider Jahre erfolgte im Rechnungsjahr.

Die Zinserträge für das Jahr 2012 betragen € 687.232,89. Im Jänner 2012 betrug der Habenzinssatz auf dem Landeshypothekenkonto noch 1,048 %. Dieser ist im Laufe des Jahres kontinuierlich gesunken und betrug im Dezember nur mehr 0,112 %. Um dieser Zinsentwicklung etwas entgegenzuwirken, wurden zwei längerfristige festverzinsliche Veranlagungen durchgeführt.

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

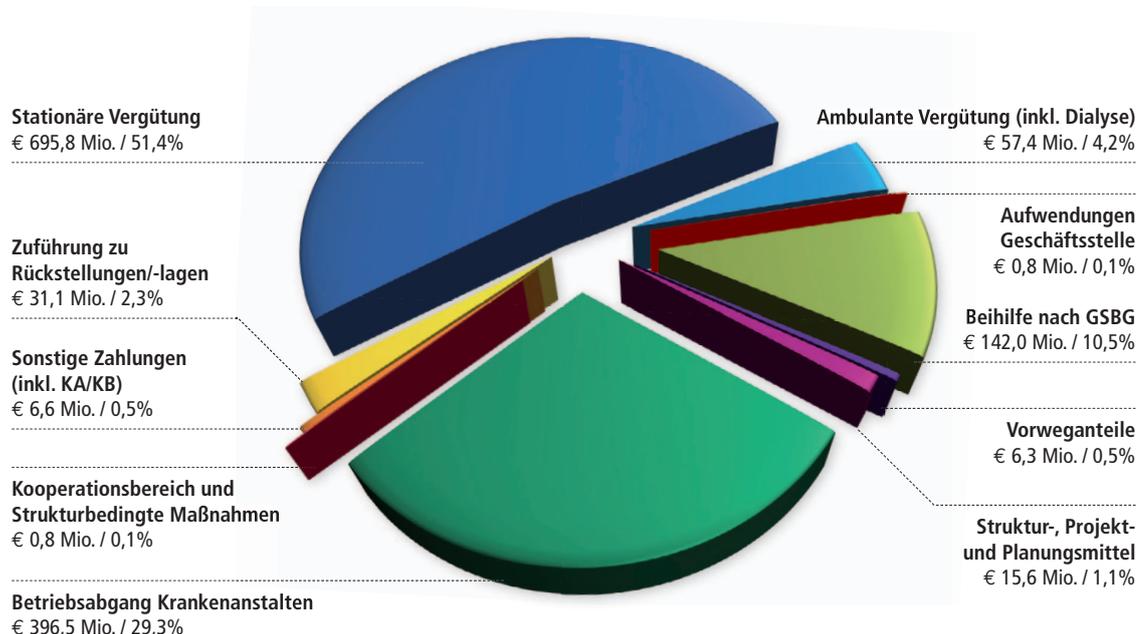
3.1.2. Mittelverwendung 2012

Die vereinnahmten Mittel des Gesundheitsfonds wurden wie folgt verwendet:

- ◆ Stationäre Vergütungen (LKF-Abgeltung)
- ◆ Ambulante Vergütungen (inklusive Dialyse)
- ◆ Aufwendungen Geschäftsstelle
- ◆ Beihilfe nach GSBG
- ◆ Vorweganteile: Hospiz- und Palliativversorgung, Wachkomafinanzierung GGZ
- ◆ Struktur-, Projekt- und Planungsmittel (inkl. Sozialpsychiatrische und psychosoziale Versorgung im extramuralen Bereich und Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst)

- ◆ Betriebsabgang Krankenanstalten
- ◆ Zahlungen für den Kooperationsbereich (Reformpoolmittel Intramural, Hospizfälle, Druckbeatmungsgeräte) und Sstrukturbedingte Maßnahmen im Rahmen der Umsetzung des Regionalen Strukturplans Gesundheit (RSG)
- ◆ Sonstige Zahlungen (Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG, Beihilfenäquivalent)
- ◆ Zuführung zu Rückstellungen/-lagen

Abbildung 5 Mittelverwendung 2012 (€ 1,353 Mrd.)



Mit € 695.839.100,-- wurde für Stationäre Vergütungen an die Fondskrankenanstalten exakt der Voranschlagswert verwendet. Gegenüber dem Jahr 2011 wurden um rund € 22,4 Mio. mehr an die Fondskrankenanstalten überwiesen.

Die Ambulanten Vergütungen betragen für 2012 € 57.427.187,90, davon wurden € 50.880.247,-- an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform zum LKF-Abrechnungssystem Steiermark 2012 vergütet. 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. Für jede ambulant durchgeführte Dialyse wurden im Rechnungsjahr € 201,24 vergütet. Insgesamt wurden € 6.546.940,90 an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten (BHB Marschallgasse, LKH Universitätsklinikum Graz, LKH Bruck/Mur, LKH Rottenmann/Bad Aussee, LKH Wagner, und Diakonissenkrankenhaus Schladming) für 32.533 ambulant durchgeführte Dialysen überwiesen.

Die Aufwendungen Geschäftsstelle gliedern sich in „Personalrefundierungen“ und „Verwaltungsaufwand“. Der Ansatz Personalrefundierungen enthält sämtliche Gehaltsrefundierungen an das Land Steiermark bzw. an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse für zwei Geschäftsführer sowie die BeamtInnen und Vertragsbediensteten der Geschäftsstelle für das zweite Halbjahr 2012. Inkludiert ist ebenfalls der anfallende 30%ige Pensionssicherungsbeitrag für die vom Land Steiermark bzw. der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse zugewiesenen Bediensteten. Insgesamt wurden € 727.972,85 refundiert.

Der Verwaltungsaufwand in der Höhe von € 42.462,15 beinhaltet die für das zweite Halbjahr angefallenen Aufwendungen für die Nutzung des IT-Services des Landes laut Vertrag vom 30. November 2012 rückwirkend ab 1. Juli 2012 sowie sämtliche Ausgaben für Büromaterial, Telekommunikation inklusive Mobilgeräte, Internet, Miete für Multifunktionsgeräte usw. Die im zweiten Halbjahr angefallenen Dienstreisen der MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds sind ebenfalls in dieser Summe enthalten.

Die Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) 1996 ist für den Fonds eine Durchlaufposition. Für das Jahr 2012 wurden Beihilfen in Höhe von € 142.005.204,57 an die Fondskrankenanstalten überwiesen.

Als Vorweganteile wurden insgesamt € 6.281.720,37 für die Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark und für 20 Wachkomabetten in der Albert Schweitzer Klinik aufgewendet:

Für die Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark wurden für das Jahr 2012 insgesamt € 4.924.445,22 an die Steiermärkische KrankenanstaltengesmbH (KAGes) überwiesen. Die Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert Schweitzer Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz wurde mit Wirksamkeit 1. Mai 2008 bis zum Außerkrafttreten der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG als Vorweganteil beschlossen. Für das Jahr 2012 wurden € 1.357.275,15 überwiesen.

Struktur-, Projekt- und Planungsmittel

Für die Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung in der Steiermark wurden für das Jahr 2012 Mittel in Höhe von € 13.432.686,-- bereitgestellt.

Die erste Auszahlung für das Jahr 2012 in der Höhe von € 2.289.500,-- erfolgte noch vom Land Steiermark an die Trägerorganisationen. Da die Psychiatriekoordinationsstelle mit 1. Juli 2012 in den Gesundheitsfonds eingegliedert wurde, erfolgen die Überweisungen ab diesem Zeitpunkt direkt über den Gesundheitsfonds. Aufgrund dieser periodischen Verschiebungen der Auszahlungen ergibt sich ein Auszahlungsbetrag von lediglich € 11.143.186,-- für das Jahr 2012.

Laut Vertrag über die Finanzierung eines Wochentags-Nachtbereitschaftsdienstes 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 2012 wurden € 2.755.947,59 aufgewendet.

Für Projekt- und Planungsmittel wurden laut Voranschlag 2012 € 2.588.922,-- bereitgestellt. Insgesamt wurden € 1.728.010,26 ausbezahlt, die sich wie in Tabelle 16 darstellt, zusammensetzen:

Tabelle 16 **Verwendung der Projekt- und Planungsmittel**

Planung	
Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG)	€ 433.258,15
Pilotprojekt Tagesklinik Akutgeriatrie, GGZ Graz	€ 535.960,31
Krankenhausentlastende Maßnahmen und Projekte	
Marienambulanz	€ 169.645,60
Public Health/Gesundheitsförderung	
Koordination Public Health	€ 9.319,56
Modellprojekt Gemeinsam Essen	€ 136.668,41
Schulungscamp Diabetes-Kinder	€ 8.151,94
Qualität und Datenqualität	
Qualitätsarbeit	€ 87.496,62
Datenqualität	€ 16.139,36
LKF-Modell Neu	€ 8.800,--
e-Health	
Gesundheitsportal	€ 32.606,30
e-Health-Aktivitäten Steiermark	€ 2.110,--
Gesundheitskonferenz	€ 23.334,69
Gesundheitszentren	€ 227.320,10
Sonstige Projektmittel	€ 37.199,22
Summe	€ 1.728.010,26

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

Die Betriebsabgangsdeckungsmittel Fondskrankenanstalten entsprechen dem auf der Einnahmenseite ausgewiesenen Betrag in der Höhe von € 396.453.339,--.

Kooperationsbereich und Strukturbedingte Maßnahmen

Für das Reformpoolprojekt MR Stolzalpe beträgt der Anteil für den Gesundheitsfonds für das Jahr 2012 € 151.231,26. Bei der Abrechnung der Mehraufwendungen der Sozialversicherungsträger im Rahmen der Finanzierung der Hospiz- und Palliativeinrichtungen leistet der Gesundheitsfonds je mobil betreuter Patientin/betrettem Patienten für jeden pro Jahr abgeschlossenen Fall (Ende der Betreuung) einen Beitrag. Pro abgeschlossenem Fall wurden im Jahr 2012 € 355,33 an die Sozialversicherungsträger überwiesen. Für 1.272 abgeschlossene Hospizfälle ergaben sich Aufwendungen in der Höhe von € 451.985,--. Der Anteil des Gesundheitsfonds für bei Intensiv-PatientInnen in häuslicher Pflege eingesetzte Druckbeatmungsgeräte für das Jahr 2012 beträgt € 96.773,57.

Der Gesundheitsfonds legt jährlich im Rahmen des Beschlusses des Voranschlages die Höhe der Mittel fest, die aus dem Budgetansatz „Kostendeckungsrücklage“ für strukturbedingte Maßnahmen verwendet werden können. Für das Jahr 2012 wurde dieser Ansatz mit maximal € 6,0 Mio. festgelegt.

Folgende Mitfinanzierungen aus dem Budgetansatz „Strukturbedingte Maßnahmen“ wurden im Jahr 2012 beschlossen:

- ♦ Antrag der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH (KAGes) für die Allgemeinpsychiatrische Ambulanz am LKH Bruck/Mur, Investitionskosten in der Höhe von maximal € 160.000,--
- ♦ Antrag des Marienkrankenhauses Vorau auf Mitfinanzierung einer 24-Stunden-Erstversorgungseinheit in der Höhe von € 471.396,--

Die Abrechnung für die Allgemeinpsychiatrische Ambulanz am LKH Bruck/Mur für das Jahr 2012 wurde bereits vorgelegt. Der 50%ige Aufwand des Gesundheitsfonds beträgt € 141.280,32.

Der für die Mitfinanzierung einer 24-Stunden-Erstversorgungseinheit im Marienkrankenhaus Vorau beschlossene Maximalbetrag in Höhe € 471.396,-- wurde einer entsprechenden Rückstellung zugeführt.

In den sonstigen Zahlungen sind enthalten

Die Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs. 3 KAKuG in Höhe von € 1.350.173,84 stellen die € 1,45 für jeden Verpflegungstag dar und werden von den Krankenanstalten für den Gesundheitsfonds eingehoben.

Bei der Verrechnung von Leistungen der Fondskrankenanstalten an ausländische 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 € 1.034.107,55 an das Finanzamt für Gebühren und Verkehrssteuer in Wien überwiesen werden. Diese Überweisungen erfolgen monatlich.

Die ordentlichen Aufwendungen betragen € 1.321.880.131,86. Berücksichtigt man die GSBG-Beihilfen nicht, sind die Aufwendungen um rund 2,9 % höher als im Jahr 2011.

Die Zuführung zu Rückstellungen von insgesamt € 14.598.948,47 setzt sich wie folgt zusammen:

Die Zuführung von € 1.060.911,74 zur Rückstellung Projektmittel sind nicht verbrauchte Projektmittel aus dem Rechnungsjahr.

Die Zuführung Strukturbedingte Maßnahmen in Höhe von € 5.858.719,68 setzt sich aus der beschlossenen Mitfinanzierung einer 24-Stunden-Erstversorgungseinheit im Marienkrankenhaus Vorau in der Höhe von € 471.396,-- und den nicht verwendeten Mitteln für strukturbedingte Maßnahmen in der Höhe von € 5.387.323,68 aus dem Rechnungsjahr zusammen.

Die Zuführung Kooperationsbereich betrifft eine Rechnung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse für Leistungen 2012 für das Disease-Management-Programm „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ in der Steiermark.

Die Rückstellung Ausländische GastpatientInnen Stationär entspricht dem Betrag, der als entsprechendes Gegenstück zu den Forderungen in die Bilanz einzustellen ist und dient der periodengerechten Abgrenzung.

Die Rückstellung Aufwendungen Geschäftsstelle betrifft die noch zu zahlenden Mietaufwendungen für Juli bis Dezember 2012 an das Land Steiermark für die Büroräumlichkeiten des Gesundheitsfonds in der Friedrichgasse 9. Der Vertragsentwurf liegt vor, die Rechnungslegung erfolgt nach endgültiger Unterfertigung des Vertrages.

Die Urlaubsrückstellung betrifft nicht konsumierte Urlaube der im Gesundheitsfonds direkt angestellten MitarbeiterInnen.

Der im Jahr 2012 verbleibende Betrag in der Höhe von € 16.455.272,77 wurde der Kostendeckungsrücklage zugeführt.

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. Bereits 2011 wurden die Ergebnisse einer Neukalkulation aller Leistungen und Gewichtung der Tageskomponenten in den Fallpauschalen eingebaut, zusätzlich erfolgte eine vollständige Evaluierung und Homo-

genitätsprüfung aller Fallpauschalen. Wie in Art. 27 Abs. 5 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2008 bis 2013) festgehalten, sollen 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 2012 wurden folgende Weiterentwicklungen durchgeführt:

- ◆ Aktualisierung der Intensivdokumentation
- ◆ Wartung des Tagesklinikmodells

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 2012 unverändert gegenüber den Vorjahren für das LKH Univ.-Klinikum Graz 1,3 und die LKHs Bruck/Mur und Leoben 1,05.

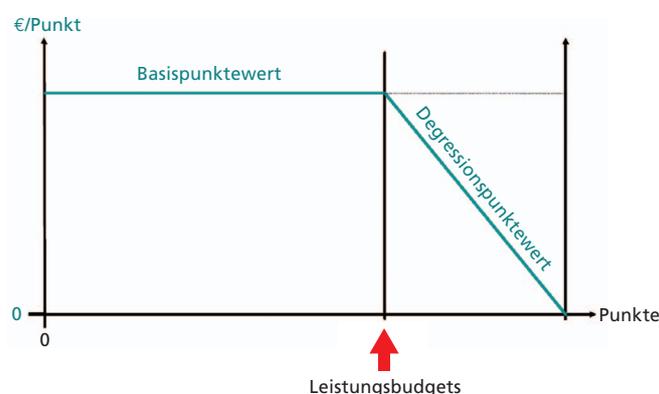
LKF-Abrechnung Steiermark 2012 Fonds-Mittel (Mittel der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung – LKF)

Im stationären Modell Steiermark 2012 wurde erstmals eine Basiszahl von Leistungs- und Diagnosefallpauschal-Punkten (LDF-Punkte) vom Gesundheitsfonds vorgegeben – diese entsprachen den LDF-Punkten der Korrekturmeldungen des Abrechnungsjahres 2010. Strukturbedingte Änderungen aufgrund der Vorgaben des Regionalen Strukturplans

Gesundheit Steiermark 2011 (RSG) wurden durch eine Punkteanpassung in der Punktevorgabe berücksichtigt.

Wurde die Basiszahl überschritten, so kam bis zu einer Überschreitung von 10 % der vorgegebenen Punktezahl ein degressives Abgeltungsmodell zur Anwendung. Für weitere Punkte über der 10 %-Grenze erfolgte keinerlei Abgeltung (siehe Graphik).

Abbildung 6 **Schematische Darstellung des Degressionsmodells**



Betriebsabgangsmittel des Landes Steiermark

Seit 1997 liegen die Kostensteigerungen der Krankenanstalten über dem BIP. Um eine bessere Steuerungsmöglichkeit der Ausgaben zu erreichen, ist es seit geraumer Zeit das Ziel, die Mittel für die Finanzierung der Krankenanstalten (LKF und Betriebsabgang) zusammenzuführen. 2012 stellte ein Übergangsjahr dar, da durch das Doppelbudget des Landes eine tatsächliche Zusammenführung der Mittel nicht möglich war. Teile der Betriebsabgangsmittel wurden nach einem neuen mit dem Prinzip der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) konformen System ausbezahlt. Dazu wurde – nach Beschluss der Gesundheitsplattform Steiermark vom 7. Dezember 2011 – eine Modelerweiterung in das Finanzierungsmodell eingebaut:

Ambulanztopf (Struktur und Leistungen)

Spaltung in die Töpfe Struktur und Leistung, über die in Summe 85 % der bereinigten valorisierten Kosten 2010 für Frequenzen an ambulanten PatientInnen abgegolten wurden.

Strukturtopf Strahlentherapie

Abgeltung der für Frequenzen an ambulanten PatientInnen

2010 angefallenen Kosten für Strahlentherapie, valorisiert auf 2012.

Strukturtopf Zentrale Aufnahmeeinheit (ZAE)

Abgeltung der für Frequenzen an ambulant behandelten PatientInnen angefallenen Kosten auf den derzeit eingerichteten EBAs (Erstuntersuchung – Beobachtung – Aufnahme) an den Standorten Klinikum Graz und LKH Graz-West, valorisiert auf 2012.

Strukturtopf Qualität

Um Anreize zur Einführung von qualitätsverbessernden Maßnahmen/Systemen zu setzen, wurde erstmals ein Qualitätstopf eingerichtet. Von der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wurden Kriterien festgelegt, die vor Auszahlung der je Fonds-Krankenanstalt bereitgestellten Mittel nachweislich erfüllt sein mussten. Für das Jahr 2012 wurden Mittel für das Projekt „Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)“ und das Projekt „AKTION Saubere Hände“ bereitgestellt.

3.3 Leistungsdaten 2012

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.

Steiermark-Überblick

Tabelle 17 gibt einen Gesamtüberblick über die wichtigsten Kennzahlen aller steirischen Fondskrankenanstalten vom Jahr 2002 bis 2012, welche auf den folgenden Seiten detaillierter dargestellt werden.

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.

Tabelle 17 **Überblick über die steirischen Fondskrankenanstalten (KA-Statistik)**

Kennzahlen	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*
Systemisierte Betten	7.480	7.339	7.203	7.154	7.026	7.054	6.994	6.983	6.961	6.961	6.996
Tatsächlich aufgestellte Betten	7.111	7.005	7.030	6.967	6.871	6.908	6.887	6.858	6.717	6.639	6.697
Stationäre PatientInnen	290.202	293.715	302.522	301.000	307.373	311.006	317.642	319.465	318.574	320.383	325.631
Belagstage	2.075.588	2.039.918	2.041.830	2.001.855	1.990.073	1.984.428	1.987.483	1.962.407	1.926.308	1.875.441	1.888.917
Durchschnittliche Verweildauer	7,15	6,95	6,75	6,65	6,48	6,38	6,26	6,14	6,05	5,85	5,80
Ambulante Fälle	761.281	726.542	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ambulante PatientInnen	-	-	883.864	904.677	951.610	976.300	1.031.232	1.031.379	1.033.919	1.037.916	1.032.851
Frequenzen ambulante PatientInnen	2.042.010	2.130.438	2.188.053	2.119.640	1.977.684	1.979.119	2.056.403	2.062.035	2.061.141	2.048.031	2.027.047

*) Die AMEOS-Klinik Bad Aussee wurde ab 2012 in das System der leistungsbezogenen Krankenanstaltenfinanzierung übernommen

Stationäre PatientInnen

Im Jahr 2012 wurden insgesamt 325.631 stationäre PatientInnen behandelt. Dies entspricht einer Erhöhung von 1,64 % gegenüber dem Vorjahr. Diese Erhöhung ergibt sich auf-

grund der Eingliederung der AMEOS-Klinik Bad Aussee in das LKF-Finanzierungssystem.

Tabelle 18 **Stationäre PatientInnen (KA-Statistik)**

Krankenanstalt	Stationäre PatientInnen							
	2010	in %	2011	in %	% 10 auf 11	2012	in %	% 11 auf 12
LKH Bruck/Mur	21.367	6,68%	21.288	6,64%	-0,37%	21.614	6,64%	1,53%
LKH Feldbach/Fürstenfeld *	20.263	6,34%	21.139	6,60%	4,32%	20.638	6,34%	-2,37%
AMEOS-Klinik Bad Aussee **	1.122	0,35%	1.071	0,33%	-4,55%	1.044	0,32%	-2,52%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.234	1,95%	6.227	1,94%	-0,10%	6.188	1,90%	-0,63%
LKH-Univ.Klinikum Graz	82.130	25,69%	83.813	26,16%	2,05%	85.496	26,26%	2,01%
Albert-Schweitzer-Klinik	2.616	0,82%	2.677	0,84%	2,31%	3.733	1,15%	39,47%
KH BHB Marschallgasse	11.364	3,55%	11.397	3,56%	0,29%	12.048	3,70%	5,72%
KH Elisabethinen	12.445	3,89%	12.786	3,99%	2,74%	12.702	3,90%	-0,66%
LSF Graz	14.513	4,54%	14.383	4,49%	-0,90%	14.604	4,48%	1,54%
KH BHB Eggenberg	8.556	2,68%	8.702	2,72%	1,71%	8.915	2,74%	2,45%
LKH Hartberg	11.235	3,51%	10.798	3,37%	-3,89%	10.932	3,36%	1,24%
NTZ Kapfenberg	639	0,20%	619	0,19%	-3,13%	693	0,21%	11,95%
LKH Leoben	28.159	8,81%	28.047	8,75%	-0,40%	27.882	8,56%	-0,59%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4.863	1,52%	4.671	1,46%	-3,96%	4.613	1,42%	-1,23%
LKH Bad Radkersburg	5.664	1,77%	5.796	1,81%	2,33%	5.633	1,73%	-2,81%
LKH Rottenmann/Bad Aussee	11.842	3,70%	11.438	3,57%	-3,41%	11.448	3,52%	0,09%
DKH Schladming	6.651	2,08%	6.806	2,12%	2,32%	7.314	2,25%	7,47%
LKH Stolzalpe	8.612	2,69%	8.526	2,66%	-1,00%	8.316	2,55%	-2,46%
LKH Voitsberg	6.294	1,97%	6.076	1,90%	-3,46%	6.062	1,86%	-0,22%
MKH Vorau	6.383	2,00%	6.624	2,07%	3,77%	6.326	1,94%	-4,49%
LKH Wagna	7.773	2,43%	8.181	2,55%	5,25%	8.258	2,54%	0,94%
LKH Weiz	5.228	1,64%	5.294	1,65%	1,26%	5.429	1,67%	2,55%
LKH Deutschlandsberg	10.515	3,29%	9.529	2,97%	-9,37%	9.551	2,93%	0,23%
LKH Judenburg/Knittelfeld	13.914	4,35%	14.353	4,48%	3,16%	14.698	4,51%	2,41%
LKH Graz-West	11.320	3,54%	11.219	3,50%	-0,89%	11.494	3,53%	2,45%
Steiermark	319.697	100,00%	320.383	100,00%	0,21%	325.631	100,00%	1,64%

* Ab 2012 Krankenanstaltenverbund Feldbach/Fürstenfeld

** Die AMEOS-Klinik Bad Aussee wurde ab 2012 in die Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung übernommen.

Belagstage

Die Anzahl der Belagstage erhöhte sich im Jahr 2012 auf 1.888.917. Diese Erhöhung ergibt sich aufgrund der Eingliederung der AMEOS Klinik Bad Aussee in das LKF-Finanzierungssystem.

Tabelle 19 **Belagstage (KA-Statistik)**

Krankenanstalt	Belagstage							
	2010	in %	2011	in %	% 10 auf 11	2012	in %	% 11 auf 12
LKH Bruck/Mur	104.899	5,34%	100.308	5,35%	-4,38%	95.594	5,06%	-4,70%
LKH Feldbach/Fürstenfeld *	99.467	5,06%	100.493	5,36%	1,03%	100.500	5,32%	0,01%
AMEOS-Klinik Bad Aussee**	37.515	1,91%	36.072	1,92%	-3,85%	36.805	1,95%	2,03%
LKH Hörgas/Enzenbach	42.085	2,14%	39.811	2,12%	-5,40%	39.319	2,08%	-1,24%
LKH-Univ.Klinikum Graz	437.623	22,28%	434.480	23,17%	-0,72%	432.698	22,91%	-0,41%
Albert-Schweitzer-Klinik	36.516	1,86%	37.706	2,01%	3,26%	41.484	2,20%	10,02%
KH BHB Marschallgasse	59.782	3,04%	56.074	2,99%	-6,20%	56.997	3,02%	1,65%
KH Elisabethinen	55.359	2,82%	55.079	2,94%	-0,51%	48.927	2,59%	-11,17%
LSF Graz	231.465	11,79%	223.291	11,91%	-3,53%	224.190	11,87%	0,40%
KH BHB Eggenberg	87.819	4,47%	84.333	4,50%	-3,97%	83.749	4,43%	-0,69%
LKH Hartberg	45.993	2,34%	41.665	2,22%	-9,41%	43.661	2,31%	4,79%
NTZ Kapfenberg	24.907	1,27%	25.007	1,33%	0,40%	25.028	1,32%	0,08%
LKH Leoben	138.087	7,03%	134.062	7,15%	-2,91%	129.613	6,86%	-3,32%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	36.062	1,84%	30.630	1,63%	-15,06%	32.850	1,74%	7,25%
LKH Bad Radkersburg	36.597	1,86%	35.683	1,90%	-2,50%	35.877	1,90%	0,54%
LKH Rottenmann/Bad Aussee	63.737	3,25%	62.141	3,31%	-2,50%	60.587	3,21%	-2,50%
DKH Schladming	31.604	1,61%	31.509	1,68%	-0,30%	32.794	1,74%	4,08%
LKH Stolzalpe	69.329	3,53%	68.468	3,65%	-1,24%	65.897	3,49%	-3,76%
LKH Voitsberg	37.463	1,91%	36.136	1,93%	-3,54%	34.511	1,83%	-4,50%
MKH Vorau	36.368	1,85%	36.793	1,96%	1,17%	30.935	1,64%	-15,92%
LKH Wagna	38.765	1,97%	39.794	2,12%	2,65%	38.554	2,04%	-3,12%
LKH Weiz	26.443	1,35%	23.656	1,26%	-10,54%	24.991	1,32%	5,64%
LKH Deutschlandsberg	46.589	2,37%	42.839	2,28%	-8,05%	39.969	2,12%	-6,70%
LKH Judenburg/Knittelfeld	70.514	3,59%	68.873	3,67%	-2,33%	66.778	3,54%	-3,04%
LKH Graz-West	68.835	3,51%	66.610	3,55%	-3,23%	66.609	3,53%	0,00%
Steiermark		100,00%	1.875.441	100,00%	-4,50%	1.888.917	100,00%	0,72%

* Ab 2012 Krankenanstaltenverbund Feldbach/Fürstenfeld

** Die AMEOS-Klinik Bad Aussee wurde ab 2012 in die Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung übernommen.

Durchschnittliche Belagsdauer

Die durchschnittliche Belagsdauer (Belagstage/stationäre PatientInnen) reduzierte sich um weitere 0,90 % und lag damit im Jahr 2012 bei 5,8 Tagen. Damit wird der Trend der letzten Jahre fortgesetzt.

Tabelle 20 **Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)**

Krankenanstalt	Durchschnittliche Belagsdauer				
	2010	2011	% 10 auf 11	2012	% 11 auf 12
LKH Bruck/Mur	4,91	4,71	-4,02%	4,46	-5,27%
LKH Feldbach/Fürstenfeld *	4,91	4,75	-3,16%	4,87	2,43%
AMEOS-Klinik Bad Aussee **	33,44	33,68	0,73%	35,25	4,67%
LKH Hörgas/Enzenbach	6,75	6,39	-5,30%	6,35	-0,61%
LKH-Univ.Klinikum Graz	5,33	5,18	-2,71%	5,11	-1,48%
Albert-Schweitzer-Klinik	13,96	14,09	0,92%	11,42	-18,95%
KH BHB Marschallgasse	5,26	4,92	-6,47%	4,75	-3,43%
KH Elisabethinen	4,45	4,31	-3,16%	3,87	-10,23%
LSF Graz	15,95	15,53	-2,66%	15,93	2,63%
KH BHB Eggenberg	10,26	9,69	-5,58%	9,52	-1,77%
LKH Hartberg	4,09	3,86	-5,75%	4,03	4,48%
NTZ Kapfenberg	38,98	40,40	3,65%	38,15	-5,56%
LKH Leoben	4,90	4,78	-2,53%	4,69	-1,89%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	7,42	6,56	-11,56%	7,21	9,99%
LKH Bad Radkersburg	6,46	6,16	-4,72%	6,44	4,57%
LKH Rottenmann/Bad Aussee	5,36	5,43	1,34%	5,36	-1,34%
DKH Schladming	4,75	4,63	-2,56%	4,54	-2,03%
LKH Stolzalpe	8,05	8,03	-0,25%	7,93	-1,25%
LKH Voitsberg	5,95	5,95	-0,08%	5,75	-3,28%
MKH Vorau	5,70	5,55	-2,50%	4,93	-11,24%
LKH Wagna	4,99	4,86	-2,47%	4,71	-3,20%
LKH Weiz	5,06	4,47	-11,65%	4,66	4,21%
LKH Deutschlandsberg	4,43	4,50	1,46%	4,21	-6,30%
LKH Judenburg/Knittelfeld	5,07	4,80	-5,31%	4,59	-4,38%
LKH Graz-West	6,08	5,94	-2,36%	5,87	-1,18%
Steiermark	6,14	5,85	-4,71%	5,80	-0,90%

* Ab 2012 Krankenanstaltenverbund Feldbach/Fürstenfeld

** Die AMEOS-Klinik Bad Aussee wurde ab 2012 in die leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung übernommen.

Nulltagesfälle

Der Anteil der Nulltagesfälle an den Gesamtfällen aller steirischer Fondskrankenanstalten betrug im Jahr 2012 insgesamt 12,16 %.

Tabelle 21 **Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt (KA-Statistik)**

Krankenanstalt	Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt					
	Fälle gesamt 2011	Nulltagesfälle 2011	Anteil 0-Tagesfälle	Fälle gesamt 2012	Nulltagesfälle 2012	Anteil 0-Tagesfälle
LKH Bruck/Mur	21.288	863	4,05%	21.614	1.780	8,24%
LKH Feldbach/Fürstenfeld *	21.139	3.659	17,31%	20.638	3.442	16,68%
AMEOS-Klinik Bad Aussee **	1.071	7	0,65%	1.044	2	0,19%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.227	129	2,07%	6.188	117	1,89%
LKH-Univ.Klinikum Graz	83.813	16.401	19,57%	85.496	17.535	20,51%
Albert-Schweitzer-Klinik	2.677	384	14,35%	3.733	619	16,58%
KH BHB Marschallgasse	11.397	720	6,32%	12.048	825	6,85%
KH Elisabethinen	12.786	1.192	9,32%	12.702	1.278	10,06%
LSF Graz	14.383	574	3,99%	14.604	482	3,30%
KH BHB Eggenberg	8.702	469	5,39%	8.915	500	5,61%
LKH Hartberg	10.798	1.101	10,20%	10.932	1.204	11,01%
NTZ Kapfenberg	619	-	0,00%	693	1	0,14%
LKH Leoben	28.047	1.960	6,99%	27.882	2.072	7,43%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4.671	347	7,43%	4.613	398	8,63%
LKH Bad Radkersburg	5.796	292	5,04%	5.633	331	5,88%
LKH Rottenmann/Bad Aussee	11.438	1.046	9,14%	11.448	1.220	10,66%
DKH Schladming	6.806	662	9,73%	7.314	856	11,70%
LKH Stolzalpe	8.526	257	3,01%	8.316	261	3,14%
LKH Voitsberg	6.076	408	6,72%	6.062	655	10,81%
MKH Vorau	6.624	487	7,35%	6.326	955	15,10%
LKH Wagna	8.181	863	10,55%	8.258	1.085	13,14%
LKH Weiz	5.294	496	9,37%	5.429	567	10,44%
LKH Deutschlandsberg	9.529	767	8,05%	9.551	1.177	12,32%
LKH Judenburg/Knittelfeld	14.353	1.806	12,58%	14.698	1.859	12,65%
LKH Graz-West	11.219	314	2,80%	11.494	388	3,38%
Steiermark	320.383	35.204	10,99%	325.631	39.609	12,16%

* Ab 2012 Krankenanstaltenverbund Feldbach/Fürstenfeld

** Die AMEOS-Klinik Bad Aussee wurde ab 2012 in die Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung übernommen.

Tatsächlich aufgestellte Betten

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten betrug 6.739 im Jahr 2011 und 6.697 im Jahr 2012. Das entspricht einer Gesamtreduktion von 0,62 %.

Tabelle 22 Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)

Krankenanstalt	Tatsächlich aufgestellte Betten							
	2010	in %	2011	in %	% 10 auf 11	2012	in %	% 11 auf 12
LKH Bruck/Mur	344	5,05%	343	5,09%	-0,29%	325	4,85%	-5,25%
LKH Feldbach/Fürstenfeld *	365	5,35%	361	5,36%	-1,10%	349	5,21%	-3,32%
AMEOS-Klinik Bad Aussee **	100	1,47%	100	1,48%	0,00%	100	1,49%	0,00%
LKH Hörgas/Enzenbach	156	2,29%	156	2,31%	0,00%	155	2,31%	-0,64%
LKH-Univ.Klinikum Graz	1.504	22,06%	1508	22,38%	0,27%	1540	23,00%	2,12%
Albert-Schweitzer-Klinik	100	1,47%	100	1,48%	0,00%	115	1,72%	15,00%
KH BHB Marschallgasse	212	3,11%	217	3,22%	2,36%	217	3,24%	0,00%
KH Elisabethinen	194	2,85%	194	2,88%	0,00%	194	2,90%	0,00%
LSF Graz	756	11,09%	734	10,89%	-2,91%	732	10,93%	-0,27%
KH BHB Eggenberg	288	4,22%	281	4,17%	-2,43%	269	4,02%	-4,27%
LKH Hartberg	180	2,64%	169	2,51%	-6,11%	164	2,45%	-2,96%
NTZ Kapfenberg	70	1,03%	70	1,04%	0,00%	70	1,05%	0,00%
LKH Leoben	521	7,64%	504	7,48%	-3,26%	497	7,42%	-1,39%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	129	1,89%	116	1,72%	-10,08%	133	1,99%	14,66%
LKH Bad Radkersburg	116	1,70%	115	1,71%	-0,86%	116	1,73%	0,87%
LKH Rottenmann/Bad Aussee	241	3,54%	242	3,59%	0,41%	245	3,66%	1,24%
DKH Schladming	126	1,85%	126	1,87%	0,00%	126	1,88%	0,00%
LKH Stolzalpe	220	3,23%	221	3,28%	0,45%	220	3,29%	-0,45%
LKH Voitsberg	145	2,13%	142	2,11%	-2,07%	141	2,11%	-0,70%
MKH Vorau	126	1,85%	126	1,87%	0,00%	110	1,64%	-12,70%
LKH Wagna	141	2,07%	142	2,11%	0,71%	136	2,03%	-4,23%
LKH Weiz	76	1,11%	72	1,07%	-5,26%	76	1,13%	5,56%
LKH Deutschlandsberg	193	2,83%	186	2,76%	-3,63%	173	2,58%	-6,99%
LKH Judenburg/Knittelfeld	278	4,08%	275	4,08%	-1,08%	256	3,82%	-6,91%
LKH Graz-West	236	3,46%	239	3,55%	1,27%	238	3,55%	-0,42%
Steiermark	6.817	100,00%	6.739	100,00%	-1,14%	6.697	100,00%	-0,62%

* Ab 2012 Krankenanstaltenverbund Feldbach/Fürstenfeld

** Die AMEOS-Klinik Bad Aussee wurde ab 2012 in die Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung übernommen.

3.4 Wirtschaftsaufsicht 2012

Allgemeines

Gemäß § 3 Gesundheitsfonds-Gesetz hat der Gesundheitsfonds Steiermark einerseits die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG festgelegten Aufgaben im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und andererseits laut Gesetz übertragene Aufgaben im Bereich der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens wahrzunehmen. § 39 und § 40 des Steiermärkischen Krankenanstaltengesetzes 2012 (StKAG) regeln die Wirtschaftsführung und die Wirtschaftsaufsicht der bzw. von Fondskrankenanstalten.

Entsprechend § 39 (2) StKAG wird die wirtschaftliche Aufsicht für diese durch den Gesundheitsfonds Steiermark wahrgenommen.

Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von Krankenanstalten

Um der Aufgabe der Wirtschaftsaufsicht effizient und effektiv nachkommen zu können, verwendet der Gesundheitsfonds Steiermark ein Berichts- und Kennzahlensystem zur Wirtschaftsaufsicht. Dieses wurde unter Einbeziehung und in Abstimmung mit den VertreterInnen der steirischen Fondskrankenanstalten mit externer Unterstützung entwickelt und in der „Richtlinie zur Durchführung der Wirtschaftsaufsicht von Krankenanstalten“ festgelegt sowie in der 26. Sitzung der Gesundheitsplattform am 7. Dezember 2011 beschlossen. Die Richtlinie gilt somit ab 1. Jänner 2012 für alle steirischen Fondskrankenanstalten.

Zielsetzung

Mit der Einführung eines Berichts- und Kennzahlensystems zur Wirtschaftsaufsicht werden folgende Zielsetzungen verfolgt:

- ◆ Sicherstellen einer einheitlichen Datenbasis (inhaltlich, zeitlich, organisatorisch),
- ◆ Fokussierung auf eine prospektive Datenanalyse,
- ◆ Berichtswesen mit Plan-Ist-Vergleichen und Kennzahlen,
- ◆ sinnvoller und vertretbarer Ressourceneinsatz für alle Betroffenen.

Ein explizites Nicht-Ziel stellt der Vergleich der Krankenanstalten untereinander dar. Anhand der Berichte und Kennzahlen werden auch keine Bundesländervergleiche durchgeführt.

Im Sinne einer prospektiven Datenanalyse gibt diese Richtlinie den Krankenanstalten bzw. den Krankenanstalten-Rechtsträgern künftig vor, neben der quartalsweisen Übermittlung von Ist-Daten auch Plandaten (Budget, Voranschlag, Statistikdaten etc.) zu liefern. Damit können Quartalsberichte mit Plan-Ist-Vergleichen und Vorschaurechnungen auf den Jahreswert erstellt werden. Neben den Berichten mit absoluten Zahlenwerten werden zusätzlich, sowohl im Plan als auch im Ist, Kennzahlen zur weiteren betriebswirtschaftlichen

Analyse ermittelt. Dies ermöglicht dem Gesundheitsfonds erstmals bereits im laufenden Budgetjahr, bei Abweichungen entsprechende Maßnahmen zu setzen.

Datenbasis und -erfassung

Um eine einheitliche Datenbasis gewährleisten zu können und um den Mehraufwand für die Datenlieferanten in Grenzen zu halten, hat man sich darauf geeinigt, seitens des Bundes bereits etablierte Daten, die im Rahmen der Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung (KRBV) zu erstellen sind, zurückzugreifen. Zusätzlich werden vereinzelt Statistikdaten und Aufwands- und Kostendaten ausgewertet. Auch hier werden bereits etablierte Daten verwendet (Statistikverordnung und Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten). Als Instrument zur Datenerfassung wird auf das bereits eingeführte KDok-Programm des Bundes zurückgegriffen, das für dieses Anliegen entsprechend spezifisch erweitert wurde.

Übermittlungsfristen

Für die Übermittlung der Daten von den Krankenanstalten bzw. den Krankenanstalten-Rechtsträgern an den Gesundheitsfonds wurden folgende Übermittlungsfristen definiert:

- ◆ Die Plandaten auf Jahresbasis sind bis 8 Wochen vor Jahresende einzureichen,
- ◆ eine Aufteilung der Jahresdaten auf Quartalsebene muss bis spätestens Ende April des folgenden Jahres erfolgen.
- ◆ Sämtliche Ist-Daten sind zwei Monate nach dem jeweiligen Quartalsende jeweils in kumulierter Form und
- ◆ der Jahresabschluss (inkl. Um- und Nachbuchungen) ist bis Ende Juni des Folgejahres zu übermitteln.

Berichts- und Kennzahlen

Mit Berichten und Kennzahlen werden folgende Themenbereiche systematisch analysiert:

- ◆ Erlöse und Margen,
- ◆ Personal,
- ◆ Aufwand,
- ◆ Investitionen und Instandhaltung,
- ◆ Bilanz.

Dabei werden derzeit 36 Kennzahlen zum größeren Teil quartalsweise und zum geringeren Teil, insbesondere die bilanzorientierten, jährlich ausgewertet.

Halbjahresbericht 2012

Nachdem die Richtlinie mit 1. Jänner 2012 in Kraft trat, ist noch kein Plan-Ist-Vergleich möglich. Auf einen Quartalsbericht wurde aufgrund der mangelnden Aussagefähigkeit der Daten verzichtet. Nach Übermittlung der Plandaten auf Jahres- und Quartalsebene folgten mit 31. Mai 2012 die ersten Quartals-Ist-Daten und mit 31. August 2012 die ersten Halbjahres-Ist-Daten. Diese wurden entsprechend ausgewertet und liegen in Berichtsform vor. Dabei wurden

die Rechtsträger der Krankenanstalten um entsprechende Stellungnahme gebeten. Dieser Halbjahresbericht wurde im Präsidium der Gesundheitsplattform am 21. November 2012 präsentiert und diskutiert.

Auswertung 3. Quartal 2012

Aufgrund zeitlicher Probleme auf Seiten der Krankenanstalten-Träger und technischer Probleme bei der Datenmeldung konnten die übermittelten kumulierten Ist-Daten des 3. Quartals 2012 nicht mehr 2012 ausgewertet werden.

Weiterentwicklung bzw. Adaptierung der Richtlinie

Da es sich bei der Umsetzung der Richtlinie auch um einen Lernprozess für alle Beteiligten handelt, wurde die Richtlinie auch entsprechend ergänzt bzw. adaptiert und insbesondere um ein „Handbuch“ bezüglich der Datenmeldung erweitert. Weitere Adaptierungen sind auch für 2013 zu erwarten.

Auswertungsvorlagen

Es wurde bei Erstellung der Richtlinie auch eine Auswertungsvorlage entwickelt, die entsprechend standardisiert und im Laufe des Jahres aufgrund der oben erwähnten Erfahrung angepasst wurde (z.B. Einführung einer dritten Kommastrichstelle zwecks höherer Aussagekraft). Außerdem wurde diese für die Folgejahre weiterentwickelt, um den dann möglichen kommenden Plan-Ist-Vergleich darzustellen.

Diverse Auswertungen

Im Rahmen der Wirtschaftsaufsicht wurden außerdem bei Bedarf diverse Auswertungen und Analysen durchgeführt. Hier sei insbesondere das Diakonissenkrankenhaus Schladming erwähnt.

4. AKTIVITÄTEN 2012

4.1 Planung und Versorgung

4.1.1 Strukturplanung

4.1.1.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG)

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

Der Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark wurde in der 24. Sitzung der Gesundheitsplattform am 29. Juni 2011 beschlossen. Im RSG 2011 werden die Bereiche der akutstationären, der teilstationären und der ambulanten Versorgung neu geregelt.

Die Grundlage bildet der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG), der eine gemeinsame, integrierte und sektorenübergreifende Planung und Steuerung im Gesundheitswesen anstrebt. 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 sind in der Planung des RSG berücksichtigt. Der RSG Steiermark 2011 enthält neben der strukturellen Darstellung des akutstationären Bereichs in Form der anzubietenden medizinischen Fächer und der Organisationsform eine Festlegung der Bettenobergrenze je Fach auf Ebene der Standorte.

Der RSG 2011 enthält auch die 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 Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen werden für die gesamte Steiermark ausgewiesen.

Der Planungshorizont des RSG 2011 reicht bis zum Jahr 2020. Dieser Planungshorizont ermöglicht eine schrittweise Umsetzung im Einklang mit den jeweils bestehenden bundes- und landesweiten Rahmenvorgaben. Etliche Planungsvorgaben des RSG wurden bereits erfolgreich umgesetzt, weitere Umsetzungsprojekte sind im Laufen. Der RSG Steiermark 2011 ist auf der Homepage des Gesundheitsfonds Steiermark veröffentlicht und steht zum Download bereit.

4.1.1.2 Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) Wartung und Weiterentwicklung

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit ist die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der öster-

reichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Er stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene – insbesondere für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (RSG) – dar.

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

Im November 2012 wurde der aktuell gültige Österreichische Strukturplan Gesundheit in seiner nunmehr vierten Version dem ÖSG 2012 von der Bundesgesundheitskommission (BGK) beschlossen.

Der ÖSG 2012 stellt eine konsequente Weiterentwicklung des ÖSG 2010 dar und ist weiterhin als Leistungsangebotsplan mit Planungshorizont 2020 konzipiert. Vor zwei Jahren wurde der ÖSG 2010 als „große Revision“ beschlossen. Der nunmehr vorliegende ÖSG 2012 stellt inhaltlich eine vergleichsweise „kleinere Revision“ dar.

ÖSG 2012 – neue Inhalte im Überblick

Die wesentlichen Neuerungen und Anpassungen gegenüber dem ÖSG 2010 umfassen folgende Punkte:

- ◆ Integration der überregionalen Versorgungsplanung zur Bündelung komplexer spezialisierter Leistungsangebote (Referenzzentren für Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, ausgewählte neurochirurgische Akutleistungen, Kinder-Herzchirurgie, Kinder-Kardiologie, pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung)
- ◆ Integration von „transformierten“ Qualitätskriterien für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien)
- ◆ Aktualisierungen und Ergänzungen kleineren Umfangs (u.a. betreffend Planungsrichtwerte sowie die Bereiche Kinder-Dialyse, Gefäßchirurgie und Kinder-Anästhesie)
- ◆ Aktualisierung sämtlicher Basisdaten und Kartendarstellungen auf den Beobachtungszeitraum 2010/2011
- ◆ Aktualisierung des Großgeräteplans (inkl. Ist-Stand 2011)

Das Kapitel 3 – Rehabilitation – entspricht in der derzeitigen Fassung des ÖSG 2012 noch unverändert dem Stand aus dem ÖSG 2010. Die Revision dieses Kapitels soll bis Mitte 2013 in den ÖSG 2012 integriert werden. Im Jahr 2012 erfolgte auch die jährliche Aktualisierung und Wartung der Leistungsmatrix des ÖSG. Die aktuelle Version der Leistungsmatrix wurde in der BGK beschlossen und ist auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit ebenso wie der ÖSG 2012 abrufbar.

4.1.2 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark

Im Vergleich des Jahres 2012 zum Jahr 2011 ist festzustellen, dass Verschiebungen von den Reformpoolprojekten in die Regelfinanzierung stattgefunden haben. Dies betrifft in erster Linie die Projekte „DMP-Therapie aktiv“, „Herz.Leben“ sowie „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“. Andere Projekte wie „Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung koronarer Herzkrankheiten und/oder Aortenstenosen in der Steiermark“ wurden im Jahr 2012 abgeschlossen. In diesem Zusammenhang wurde auch in der 25. Sitzung der Gesundheitsplattform vom 19. Oktober 2011 festgestellt, dass für Reformpoolprojekte ab dem Jahr 2012 keine gesetzliche Mindest-Finanzierungsanforderung vorgesehen ist. Es sollen in der nächsten Phase grundsätzlich keine neuen Reformpoolprojekte durchgeführt werden. Der Schwerpunkt soll vielmehr auf die Umsetzung im Regelbetrieb gelegt werden.

4.1.2.1 Reformpool-Projekte zur Strukturveränderung

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

Schmerzen in der Brust, Druck- und Engegefühl, Brennen hinter dem Brustbein sind Leitsymptome der koronaren Herzkrankheit (KHK), einer Durchblutungsstörung des Herzmuskels. Das im März 2007 begonnene Reformpoolprojekt hatte das Ziel, die bestmögliche Versorgung für PatientInnen mit symptomatischer chronisch stabiler KHK und/oder Aortenstenose 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 diverse Arbeitsmittel erstellt. Die in 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 wurde von der FH OÖ Campus Steyr durchgeführt. Dafür wurde ausschließlich auf Routinedaten zurückgegriffen, dadurch entstand kein Mehraufwand für die DienstleisterInnen. Es waren jedoch umfangreiche und aufwändige Datenanforderungen sowie eine Registrierung im Datenverarbeitungsregister notwendig. Unvorhersehbare Schwierigkeiten beim Datenmanagement erforderten wiederholte Datenkorrekturen und führten zu erheblichen Verzögerungen, sodass erst jetzt ein umfassender Evaluationsbericht vorliegt. Die Aussagekraft der Evaluationsergebnisse ist aufgrund der Datenlage kritisch zu hinterfragen. Die Zusammenführung von Routinedaten aus verschiedenen Quellen stieß in diesem Projekt an ihre Grenzen. Niedergelassene ÄrztInnen, insbesondere AllgemeinmedizinerInnen, konnten mit dem Projekt nur bedingt erreicht werden. Generell kann man feststellen, dass die Projektziele nur zum Teil erreicht wurden.

4.1.2.1.2 Integrierte Versorgung von Schlaganfall-PatientInnen in der Steiermark

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

In der 26. Sitzung der Gesundheitsplattform Steiermark am 7. Dezember 2011 wurde die Überführung des Projektes „Integrierte Versorgung Schlaganfall in der Steiermark“ in den Regelbetrieb beschlossen. Aufgabe der Überführung in den Regelbetrieb war und ist es, das gemeinsam von Steiermärkischer Gebietskrankenkasse und der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds erarbeitete und in der 26. Sitzung der Gesundheitsplattform vorgelegte Umsetzungskonzept, welches auf die Projektergebnisse und die Empfehlungen des Evaluierungsberichts des Reformpoolprojekts „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“ aufsetzt, stufenweise umzusetzen.

Im Jahr 2012 wurden die ersten Umsetzungsschritte zur Überführung in den Regelbetrieb durch die „Schlaganfall-Koordination“ in der Hand der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse geleistet. Für die Dokumentation wurde von der KAGes in openMEDOCS ein Stroke-Register eingerichtet. Dieses ist Grundlage für die PatientInnen-Dokumentation auf den Stroke-Units, Neurologien sowie Internen Abteilungen. Für die PatientInnen auf den fünf steirischen Stroke-Units wird der ÖBIG-Datensatz verwendet. Für Nicht-Stroke-Unit-PatientInnen wurde ein gekürzter Datensatz entwickelt. Mit der Integration in das interne Dokumentationssystem der KAGes wird auch der Empfehlung des Rechnungshofberichtes bzgl. der vollständigen Dokumentation von Schlaganfall-PatientInnen entsprochen. Zur Datenerfassung und Datenaufbereitung aller Leistungserbringer wird ein Datawarehouse in der StGKK eingerichtet. Der Start erfolgt mit Daten der KAGes, des Roten Kreuzes sowie MBDS-Daten und wird sukzessive ausgebaut. Ziel ist es umfassende Daten über die Versorgung von Schlaganfall-PatientInnen in der Steiermark zu erheben, zu monitoren und zu berichten.

Durch den Neurologie-Fachbeirat wurden die Instrumente (Lyse-Checkliste für den Rettungsdienst sowie der Folder und das Plakat für die Bevölkerungsinformation) überarbeitet und von der Schlaganfall-Koordination neu aufgelegt. Entsprechend der festgelegten Vorgehensweise werden alle potentiellen Lyse-PatientInnen avisiert, damit Vorbereitungen getroffen werden und eine rasche Weiterversorgung sichergestellt ist. Laut den Rückmeldungen des Roten Kreuzes sowie der Ansprechpartner in den Stroke-Units hat sich der Einsatz der Lyse-Checkliste bewährt. Um auch in der Oststeiermark eine reibungslose Versorgung von Schlaganfall-PatientInnen zu gewährleisten, wurde zusätzlich ein Vertreter der Stroke-Unit im Krankenhaus Oberwart eingebunden.

Die Umsetzung des flächendeckenden Regelbetriebes wird durch die Kooperation mit der KAGes sowie der Medocs-Datenbank-Lösung entgegen der Planung des Umsetzungsbeschlusses vom 7. Dezember 2011 nicht in drei, sondern lediglich in zwei Stufen durchgeführt wodurch eine raschere Flächendeckung möglich ist. Für 2013 und 2014 sind bereits weitere Umsetzungsschritte, wie die breitere Einbindung der Notärzte und Rettungsdienste, eine Initiative zur Bevölkerungsinformation oder die Bearbeitung der Schnittstelle Krankenhaus – Rehabilitation, festgelegt.

4.1.2.2 Projekte mit sektorenübergreifender Finanzierung und Sonstige Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark

Bereits in den vorhergehenden Jahresberichten des Gesundheitsfonds Steiermark wurde auf die Inhalte der Projekte in den Bereichen „Sektorenübergreifende Finanzierung“ und „Sonstige Projekte“ eingegangen. Da es sich um eine Fortführung der bereits ausführlich dargestellten Projekte handelt, wird an dieser Stelle auf eine neuerliche Darstellung verzichtet und auf die Jahresberichte der vorangegangenen Jahre verwiesen.

http://www.gesundheitsportal-steiermark.at/Gesundheitsfonds/Gesundheitsfonds/Jahresbericht/Documents/Jahresbericht_2011.pdf

Bereich „Sektorenübergreifende Finanzierung“

- ◆ Sektorenübergreifende Finanzierung der ambulanten Leistungen am MR-Stolzalpe
- ◆ Gemeinsame Finanzierung der Neuzugänge bei der ambulanten Hämodialyse
- ◆ Gemeinsame Kostentragung bei Druckbeatmungsgeräten

Bereich „Sonstige Projekte“

- ◆ Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert-Schweitzer-Klinik
- ◆ Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark
- ◆ Caritas Marienambulanz
- ◆ Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche
- ◆ PROP – Präoperative Befundung
- ◆ Tagesklinik AG/R

Es soll jedoch eine Darstellung der Ist-Stände zu den Projekten „PROP – Präoperative Befundung“, „Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark“ und „Finanzierung eines Wochentags-Nachtbereitschaftsdienstes in der Steiermark außerhalb von Graz“ gegeben und das im Jahr 2012 neu beschlossene Projekt „Tagesklinik AG/R“ vorgestellt werden.

4.1.2.2.1 Präoperative Befundung

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

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

Präoperative Diagnostik wird zurzeit sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im stationären Bereich erbracht. Befundungen erfolgen großteils „routinemäßig“ und meistens ab einer bestimmten Altersgrenze. Meist werden PatientInnen vor einer geplanten Operation vom Krankenhaus zur Befunderhebung in den niedergelassenen Bereich verwiesen. Teilweise werden dieselben Befunde im stationären Bereich noch einmal durchgeführt, obwohl bereits aktuelle Befunde aus dem extramuralen Bereich mitgebracht werden. Auch innerhalb eines Krankenhauses wird die präoperative Diagnostik zwischen einzelnen Abteilungen unterschiedlich gehandhabt. Dieses uneinheitliche Vorgehen führt zu Mehrbelastungen für PatientInnen, LeistungserbringerInnen sowie KostenträgerInnen.

Das 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, Laborbefunde und Thoraxröntgen. Neben dem leitlinienorientierten Ansatz stellte 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 kann.

Die Bundesgesundheitskommission konkretisierte, dass eine Bundes-Qualitätsleitlinie (BQLL) zur präoperativen Diagnostik zu erstellen und die ÖGARI-Leitlinie (Österreichische Gesellschaft für Anaesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin) als medizinische Grundlage heranzuziehen ist. Dazu wurde die ÖGARI-Leitlinie zur Präoperativen PatientInnenevaluierung im Auftrag der ÖGARI nach anerkannten wissenschaftlichen Kriterien aktualisiert und ergänzt und steht nunmehr als medizinische Quell-Leitlinie zur Verfügung. Parallel dazu wurde in einer Leitliniengruppe auf Bundesebene unter Federführung der Gesundheit Österreich GmbH die Bundesqualitätsleitlinie (BQLL) präoperative Diagnostik bei elektivem Eingriff erarbeitet. Im November 2011 beschloss die Bundesgesundheitskommission, die BQLL für die österreichweite Anwendung zu empfehlen. Anschließend wurde sie vom Bundesminister für Gesundheit veröffentlicht und stellt seit 2012 eine Empfehlung für die Durchführung von Operationsfreigaben dar.

Organisations- und Finanzierungsregelungen sind nicht Gegenstand der BQLL und sind abhängig von den gegebenen Strukturen länderspezifisch festzulegen. Das für das Salzburger Reformpool-Projekt entwickelte EDV-Tool wurde für einen möglichen bundesweiten Einsatz von der SVC übernommen und überarbeitet. Seit Ende 2012 steht es über die e-Card-Schnittstelle prinzipiell zur Verfügung, die Entscheidung über den Einsatz ist u. a. wegen Problemen bei der Integration in die Krankenhausinformationssysteme noch nicht gefallen.

Die Ergebnisse einer Erhebung zur steirischen Versorgungssituation im Bereich der präoperativen Diagnostik bilden gemeinsam mit den österreichweiten Festlegungen die Grundlage für die Planung der weiteren Umsetzungsschritte auf Ebene der Gesundheitsplattform. Zunächst ist eine Implementierung im stationären und spitalsambulanten Bereich geplant. Für die Umsetzung im Bundesland wurde als erster Schritt vom Gesundheitsfonds mit Krankenhausträgern Kontakt aufgenommen.

4.1.2.2 Hospiz- und Palliativversorgung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Palliativmedizin wie folgt definiert:

„Palliativmedizin dient der Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und ihren Angehörigen, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen psychischer, psychosozialer und spiritueller Natur.“

In der Steiermark hat sich der Hospiz- und Palliativbereich seit 1998 kontinuierlich entwickelt und wird in Kürze den Vollausbau erreichen (ausgenommen stationäre Hospize). Der Erfolg des Pilotprojektes „Stationäre Palliativbetreuung“ (1998 bis 2000) war eine wesentliche Grundlage für den weiteren Auf- und Ausbau von Hospiz- und Palliativ-einrichtungen. 2008 wurde der Hospiz- und Palliativbereich der Steiermark – erstmalig in Österreich – in den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) aufgenommen und ab 2009 der Regelfinanzierung zugeführt. Die Schnittstelle zwischen den Hospiz- und Palliativ-einrichtungen und dem Gesundheitsfonds Steiermark ist die KAGes, die für diese Aufgabe die Organisationseinheit „Koordination Palliativbetreuung Steiermark“ eingerichtet hat. Die Steiermark kann auf einen erfolgreichen Aufbau des Hospiz- und Palliativbereiches nach dem Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung zurückblicken.

Dabei erfolgt die Grundversorgung weiterhin in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. In komplexeren Situationen und schwierigeren Fragestellungen stehen zusätzlich ExpertInnen zur Beratung zur Verfügung: mobile Palliativteams für die Unterstützung der Betreuung zu Hause und in Heimen sowie Palliativkonsiliardienste in Akutkrankenhäusern. Für manche PatientInnen ist eine spezielle stationäre Betreuung erforderlich: Im Bereich der Akutversorgung erfolgt diese auf einer Palliativstation und im Langzeitbereich in stationären Hospizen. Mit der abgestuften Versorgung soll ein gerechter Zugang zu den Möglichkeiten der Hospizarbeit und Palliativmedizin gewährleistet werden.

Abbildung 7 **Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (© Hospiz Österreich, ÖBIG)**

	„Einfache“ Situationen	Komplexe Situationen schwierige Fragestellungen		
	Grundversorgung	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereiche	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativkonsiliar- dienste	Palliativstationen
Langzeitbereiche	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospize
Familienbereiche, Zuhause	Niedergel. (Fach)- Ärztenschaft, Mobile Dienste, Therapeuten	Tageshospize		

Ziele und Aufgaben der steirischen Einrichtung „Koordination Palliativbetreuung Steiermark

- ◆ Koordinierter Auf- und Ausbau von Hospiz- und Palliativ-einrichtungen in der Steiermark
- ◆ Qualitätsentwicklung im Bereich der Hospiz- und Palliativ-versorgung (Grundversorgung und spezialisierte Einrich-tungen)
- ◆ Förderung der Zusammenarbeit zwischen den spezialisier-ten Hospiz- und Palliativeinrichtungen und den bestehen-ten Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen
- ◆ Förderung des Informations- und Erfahrungsaustausches zwischen den Einrichtungen
- ◆ Mitarbeit bei der Entwicklung einer Regelfinanzierung für die Hospiz- und Palliativeinrichtungen
- ◆ Mitarbeit bei der Entwicklung und Organisation von Aus-, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Berufs-gruppen im Gesundheits- und Sozialbereich für die Themenbereiche Hospizarbeit und Palliativmedizin
- ◆ Förderung der koordinierten Einbindung von Ehrenamt-lichen in die Hospiz- und Palliativbetreuung
- ◆ Öffentlichkeitsarbeit und Lobbying für den Hospiz- und Palliativbereich

Durch die Zahlungen des Gesundheitsfonds sind folgende Leistungen abgegolten:

- ◆ Infrastruktur und Tätigkeiten der PKD und MPT
- ◆ Leistungen für das stationäre Hospiz sowie das Tageshospiz
- ◆ Infrastruktur und Tätigkeiten der Koordination und Admi-nistration der Hospiz- und Palliativbetreuung durch die KAGes
- ◆ Tätigkeiten der hauptamtlichen Koordinatoren der ehren-amtlichen MitarbeiterInnen

Tabelle 23 **Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark**

Hospiz- und Palliativeinrichtungen Steiermark		
		Stand Jänner 2013
Einrichtungen	Anzahl	Betten/Plätze
Palliativstationen	6	48 ¹
Stationäre Hospize	1	12 ¹
Mobile Palliativteams	8	-
Palliativkonsiliardienste	11	-
Tageshospize	1	6 ²
Hospizteams	28	-
Landeskoordination	1	-
GESAMT	56	60 / 6

1 Anzahl Betten 2 Anzahl Plätze

4.1.2.2.3 Finanzierung eines Wochentags-Nachtbereitschaftsdienstes in der Steiermark außerhalb von Graz

Der Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst ist ein Bereit-schaftsdienst von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin aus-schließlich für medizinische Notsituationen, welche keinen Aufschub der ärztlichen Betreuung bis zum Ordinationsbe-ginn am nächsten Tag dulden und die keiner Intervention durch den Notarzt bedürfen. Dieser Dienst ist für alle Nächte

vorgesehen, für die kein kassenärztlicher Wochenend- und Feiertags-Bereitschaftsdienst besteht. Der Dienst beginnt jeweils um 19.00 Uhr und endet um 7.00 Uhr des nächst-folgenden Tages. Die Alarmierung des Arztes erfolgt seitens der PatientInnen unter der Notrufnummer 141 (Ärztent-dienst), welche von den Leitstellen des Roten Kreuzes kos-tenlos betreut wird. Der Gesundheitsfonds finanziert diese Dienste direkt an die Ärztekammer.

4.1.2.2.4 Pilotprojekt AG/R-Tagesklinik mit 15 Behandlungsplätzen in der Albert-Schweitzer-Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz

Mit 1. Jänner 2012 wurde durch Plattformbeschluss das Pilotprojekt AG/R Tagesklinik in der Albert-Schweitzer-Klinik eingerichtet. Dazu wurden die bereits bestehenden vier AG/R Tagesklinikbetten am Standort Albert-Schweitzer-Klinik auf 15 Behandlungsplätze ausgeweitet. An der AG/R-Tagesklinik können geriatrische PatientInnen, welche keiner vollstationären Betreuung bedürfen, bei oder nach akuten Krankheitsereignissen, welche die Selbständigkeit und Mobilität betagter Menschen gefährden, behandelt werden. In der AG/R-Tagesklinik wird den PatientInnen unter ärztlicher Observanz ein, an die Bedürfnisse jede einzelnen Patientin/Jedes einzelnen Patienten angepasstes, individuelles biopsychosoziales Behandlungsprogramm angeboten. MitarbeiterInnen der Physiotherapie, Ergotherapie, klinischen Psychologie, Diätologie, Logopädie, Sozialarbeit und der Pflegeberufe betreuen gemeinsam mit FachärztInnen und ÄrztInnen für Allge-

meinmedizin betagte, multimorbide Menschen. Das Ziel der multimodalen tagesklinischen Behandlung ist immer die Besserung somatischer, psychischer und sozialer geriatrischer Beschwerdebilder und die bestmögliche Funktionsverbesserung für die notwendigen Alltagsaktivitäten, um einen Verbleib im häuslichen Umfeld nachhaltig zu gewährleisten. Durch die tagesklinische AG/R-Behandlung können vollstationäre Spitalsaufenthalte verkürzt und die Spitalswiederaufnahmehäufigkeit für betagte Menschen gesenkt werden.

Die PatientInnen-Charakteristika und Behandlungsergebnisse der AG/R-Tagesklinik der Albert-Schweitzer-Klinik werden kontinuierlich im österreichischen AG/R-Benchmarking elektronisch erfasst und durch Joanneum Research mit anderen österreichischen AG/R-Tageskliniken verglichen. Dabei zeigten sich in den Tests des geriatrischen Assessments deutliche Verbesserungen der biopsychosozialen Funktionalität der an der Albert-Schweitzer-Klinik tagesklinisch behandelten PatientInnen.

4.1.3. Psychosoziale Versorgung in der Steiermark

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden sozialpsychiatrisch/psychosozialen Versorgung ist ein breites Spektrum an Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen erforderlich. Die verschiedenen Beratungs- und Betreuungsangebote sollen sich dabei so auf die Steiermark verteilen, dass es – wie bei somatischen Problemstellungen – allen SteirerInnen möglich sein sollte, im persönlichen Wohnumfeld bzw. in einer akzeptablen Erreichbarkeit all jene Hilfen in Anspruch zu nehmen, die zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit benötigt werden. Im Mai 2000 wurde eine Psychiatriekoordinationsstelle geschaffen, welche mit der Planung, Umsetzung, Qualitätssicherung und Fachaufsicht gegenüber den psychosozialen Versorgungseinrichtungen in der Steiermark betraut wurde.

Zunächst positioniert in der Abteilung Gesundheit, wurde die Psychiatriekoordinationsstelle im Zuge der Strukturre-

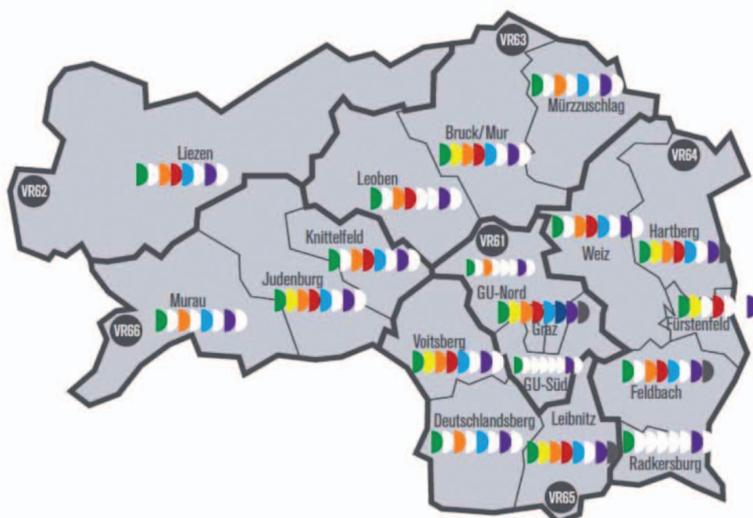
form des Landes in den Gesundheitsfonds Steiermark eingegliedert.

Die bestehende ambulante psychiatrische Versorgung in der Steiermark wird derzeit von den Krankenhausambulanzen, den niedergelassenen FachärztInnen für Neurologie und Psychiatrie sowie von den psychosozialen Diensten in den einzelnen Bezirken getragen. Dabei besteht in Bezug auf die KH-Ambulanzen eine starke Zentralisierung, in Bezug auf die niedergelassenen FachärztInnen eine ungleiche Versorgungswirksamkeit.

Das Angebot der psychosozialen Dienste ist in regionaler Hinsicht und der langfristigen therapeutischen Versorgung hinsichtlich der Versorgungsdichte noch heterogen, wobei das Angebotsmodul der psychosozialen Beratungsstellen bereits flächendeckend zur Verfügung steht.

Abbildung 8 **Psychosoziales Versorgungsangebot in der Steiermark**

-  Beratungszentrum (BZ)
-  Betreutes Wohnen (BW)
-  Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung (MSB)
-  Arbeitsthemen (AR)
-  Sozialpsychiatrische Tagesstätten (TS)
-  Tagesklinik (TK)
-  Ehrenamtliche Sozialbegleitung (EA)
-  Spezialangebote (SA)



Die psychosozialen Dienste verfolgen einen, auf dem Normalisierungsprinzip aufsetzenden, ressourcenorientierten Versorgungsansatz. Die möglichst wohnortnah zur Verfügung zu stellenden Kernangebote sozialpsychiatrischer Versorgung sind:

- ◆ psychosoziale Beratungsstellen mit multiprofessionellen Teams,
- ◆ mobile sozialpsychiatrische Betreuung,
- ◆ tagesstrukturierende Angebote,
- ◆ arbeitsrehabilitative Angebote,
- ◆ betreutes Wohnen sowie ein,
- ◆ psychiatrischer Krisendienst.

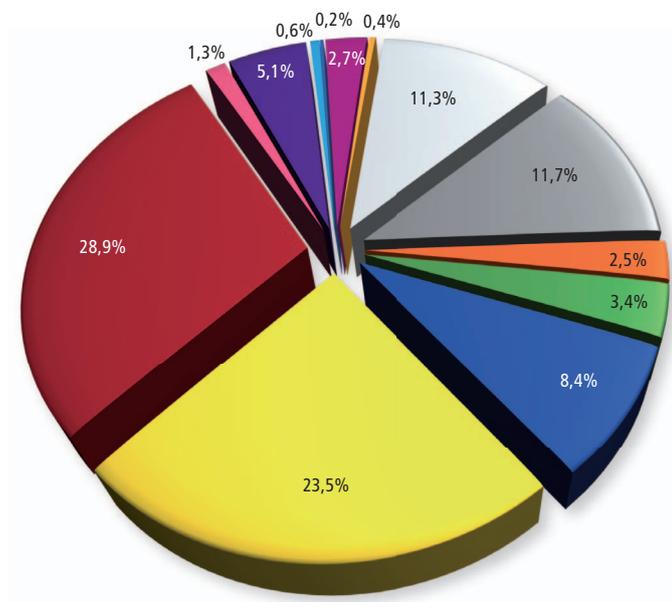
Wobei diese Dienste integriert in das Gesamtversorgungssystem von stationärer psychiatrischer Versorgung sowie

niedergelassenen FachärztInnen, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen, praktischen ÄrztInnen und mobilen Diensten zu positionieren sind. Strukturell werden bereits rund 70 % des Bedarfs durch die vom Gesundheitsfonds finanzierten psychosozialen Beratungsstellen abgedeckt. Es wurden an derzeit 21 Standorten im Jahr 2012 rund 14.000 KlientInnen psychiatrisch betreut. Differenziert nach ICD10-Diagnosen zeigt sich hinsichtlich der betreuten Klientel eine Polarisierung im Bereich F40-F49 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen) sowie F30-F39 (Affektive Störungen) mit gesamt über 50 %; F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) sind mit rund 12 % nicht die größte, wiewohl die statistisch gesehen betreuungsintensivste PatientInnengruppe.

Abbildung 9 ICD-10-Diagnosen

**Klienten ICD-10-Diagnosen
Beratungszentren 2009**

- 11,3% OD ohne Diagnose
- 11,7% ND nicht diagnostiziert
- 2,5% F00-F09 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
- 3,4% F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
- 8,4% F20-F29 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
- 23,5% F30-F39 Affektive Störungen
- 28,9% F40-F48 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
- 1,3% F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- 5,1% F60-F69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
- 0,6% F70-F79 Intelligenzminderung
- 0,2% F80-F89 Entwicklungsstörungen
- 2,7% F90-F98 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- 0,4% F99 Nicht näher bezeichnete psychische Störungen



Das Versorgungsziel für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es, in allen Gebieten der Steiermark jenes Angebot an psychiatrischer Diagnostik, Behandlung sowie psychosozialer Hilfeleistung und Rehabilitation zur Verfügung zu stellen, das eine individuell bestmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht.

Daraus wird als Auftrag abgeleitet, eine flächendeckende und wohnortnahe Versorgung sicherzustellen, die altersadäquat aufgebaut ist und in ihrem Wirken großes Augenmerk auf die Kontinuität der Versorgung über Nahtstellen hinweg legt. Dabei sollen die jeweils am besten geeigneten und am wenigsten in den gewohnten Lebensstil der KlientInnen eingreifenden Mittel zum Einsatz kommen. Dort, wo Heilung nicht das Betreuungsziel ist, wird weitestgehende Stabilisierung der/s Betroffenen angestrebt.

Zentrale Grundsätze der ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung sind die Bedarfs- und Bedürfnisgerechtigkeit im Sinne eines personenzentrierten und flexiblen, also auch individualisierbaren Angebots in der ambulanten Versorgung. Des Weiteren ist eine möglichst friktionsfreie Integration aller AkteurInnen in ein vernetztes und regionalisiertes System von zentraler Bedeutung. Der aktuell gültige Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011 (RSG) hat das Planungsfeld der ambulanten Psychiatrie vorerst offen gelassen, da ein umfassendes Konzept neben den stationären und den „klassisch“ ambulanten Strukturen, bestehend aus Krankenhausfachambulanzen und niedergelassenen FachärztInnen, gerade in der psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgung auch die psychosozialen Dienste und mobile Betreuung umfassen muss. Dieses wurde im Jahr 2012 erarbeitet, um erforderliche neue Funktionen ergänzt und soll in Folge in den aktuellen RSG Steiermark einfließen.

4.1.3.1. Qualitätskriterien für psychosoziale Beratungsstellen

Psychosoziale Beratungsstellen bieten ein breites Spektrum an Leistungen im Rahmen der psychosozialen/sozialpsychiatrischen Versorgung; sie sollen jedem Menschen in psychischen Problemsituationen als niederschwellige Anlaufstelle zur Verfügung stehen. Ausgerichtet an einem bio-psycho-sozialen Ansatz und – im Sinne einer Drehscheibe der psychosozialen Versorgung – vernetzt mit allen anderen Gesundheits- und Sozialdienstleistern, sollen Menschen mit psychischen Problemstellungen die für sie individuell erforderliche Hilfestellung erhalten.

Ein gemeinsames Qualitätsverständnis ist die Basis einer strukturierten und konsistenten Planung, sowie in weiterer Folge einer konsequenten Steuerung des Versorgungsangebotes.

Deshalb dienen Qualitätskriterien zunächst dazu, ein Qualitätsmaß zu definieren, welches für VersorgerInnen, MitarbeiterInnen, KundInnen, Verwaltung, Politik etc. dieses

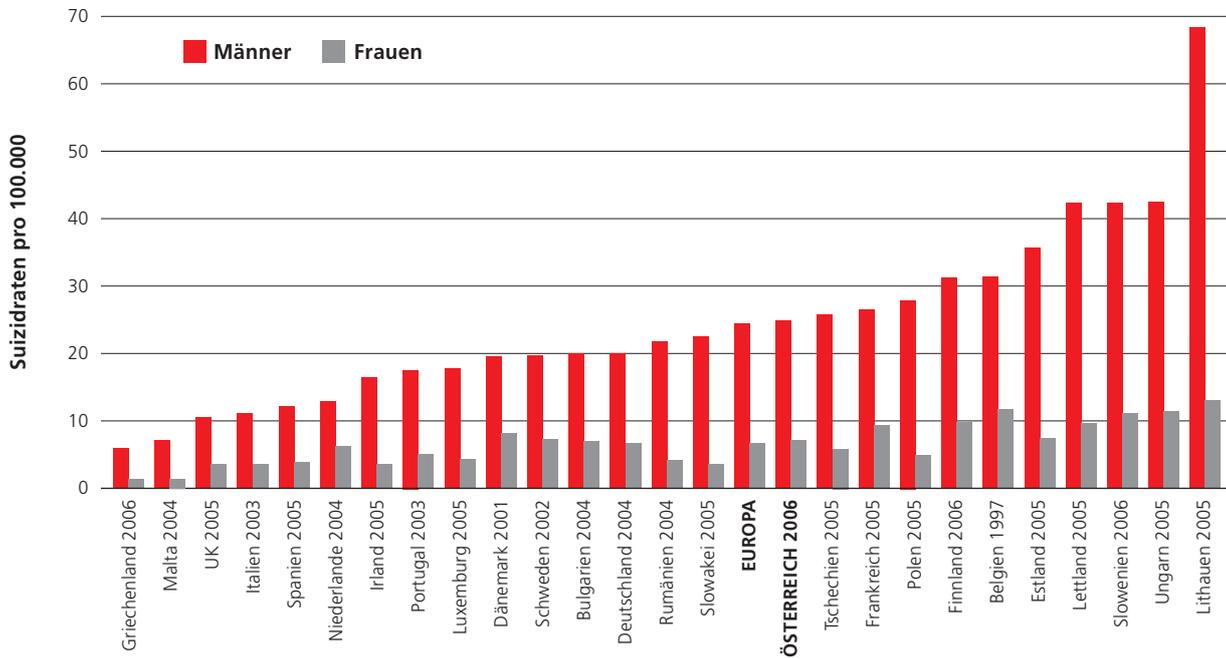
gemeinsame Verständnis herstellt. Dort, wo sich Leistungsangebote unter verschiedenen Rahmenbedingungen entwickelt haben, dienen sie dazu, Qualitätsunterschiede zu nivellieren. So gesehen beschreiben Q-Kriterien die Anforderungen an die Leistungserbringung und sind damit klare Handlungsanleitungen für die MitarbeiterInnen in den psychosozialen Beratungsstellen (Q aus Sicht der MitarbeiterInnen); sie beschreiben, was jeder von außen in die Beratungsstelle Kommende für sich erwarten kann (Q aus Sicht der KundInnen); sie dienen als Information für die Umsetzung des Leistungsangebotes innerhalb des Leistungsanbieters (Q aus Sicht der Versorger) als auch zum Nachweis bestimmter Standards gegenüber Dritten (Q aus Sicht der Finanziers, Verwaltung, Versorgungsplanung); sie bieten für die Leistungserbringer den Rahmen, der die für die Leistungserbringung erforderlichen finanziellen Mittel präliminiert, und für die Verwaltung im Rahmen ihrer Fachaufsicht einen Beleg für das Niveau der Leistungserbringung und damit die Basis der Qualitätskontrolle.

Die von der Steiermärkischen Landesregierung und im steirischen Landtag 2011 beschlossenen Qualitätskriterien für psychosoziale Beratungsstellen sollen dazu beitragen, dass die erbrachte Leistung an allen Standorten und in jeder Versorgungsregion den von verschiedener Seite an sie gestellten Erwartungen entspricht; aus unternehmerischer Sicht sollen sie – im Sinne des Qualitätsmanagements – ausgehend von einer grundsätzlichen Qualitätsdefinition einen dynamischen Prozess ständiger Entwicklung und Verbesserung bewirken. System- und prozessorientiert zielen sie auf eine Optimierung des Leistungsangebotes im Sinne des Outcome und nicht auf eine Maximierung (Output). Unbenommen dessen kommt der Leistungsdokumentation als Beleg der Leistungserbringung und Grundlage der Kontrolle ein hoher Stellenwert zu. Grundsätzlich gilt es, den Menschen mit ihren Bedürfnissen von einer ethisch/moralischen Grundhaltung getragen sowie wertschätzend zu begegnen. Auf dieser Basis wurden im Jahr 2012 die psychosozialen Beratungsstellen in der Steiermark einem ersten Audit unterzogen.

4.1.3.2. Prävention Suizid

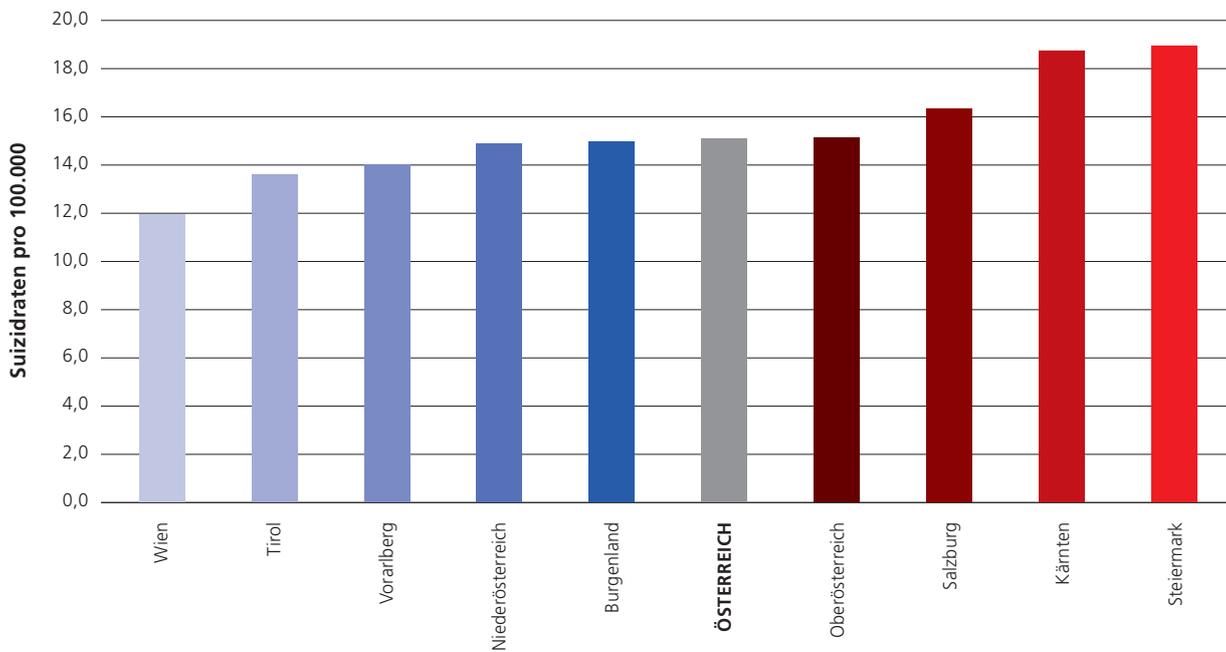
Die Anzahl jener Personen, die in Österreich jährlich durch Suizid versterben, übersteigt jene der Verkehrstoten um mehr als das Doppelte. Dies allein macht die Notwendigkeit entsprechender Präventionsmaßnahmen deutlich. Zwar gab es bereits bisher zahlreiche suizidpräventive Aktivitäten in Österreich, diese waren aber meist lokal begrenzt und wenig koordiniert.

Abbildung 10 Suizidraten in europäischen Ländern



Innerhalb Österreichs nimmt die Steiermark leider einen Spitzenplatz in der nationalen Suizidstatistik ein.

Abbildung 11 Suizidraten in Österreich – Bundesländervergleich, Durchschnitt 2008-2010



Allein im Jahr 2011 haben sich in Österreich 1.286 Personen (Steiermark 236 Personen) das Leben genommen. Im Vergleichszeitraum gab es österreichweit 537 Verkehrstote.

Aus diesem Grund wurde bereits 2011 – aufbauend auf den Ergebnissen der 1. Steirischen Suizidstudie – ein landesweit zu lancierendes steirisches Suizidpräventionsprojekt beschlossen; aufgrund der bewusst gewählten Projektstruktur soll längerfristig eine nachhaltige Präventionsarbeit ermöglichen werden:

Konkret wurde der Dachverband der sozialpsychiatrischen Vereine und Gesellschaften Steiermarks, dessen Trägerorganisationen in allen steirischen Bezirken psychosoziale Beratungsstellen betreiben, mit der Projektumsetzung beauftragt. Im Mittelpunkt stehen die Sensibilisierung der Bevölkerung für suizidrelevante Krankheiten und Faktoren, die Information und Aufklärung zu Risikofaktoren und Interventionsmöglichkeiten, die Schaffung eines verstärkten Problembewusstseins zum Thema Krisenbewältigung mit Aufzeigen von Hilfsmöglichkeiten sowie die Schulung verschiedener helfender Berufsgruppen im Umgang mit Risikogruppen und Betroffenen. In Vorträgen und Diskussionen soll aufgezeigt werden, wie Suizid verhindert werden kann.

Entsprechend dem Österreichischen Suizidpräventionsplan werden auf den folgenden **zehn Arbeitsgebieten der Suizidprävention** Maßnahmen gesetzt:

- ◆ Schaffung von erhöhtem Bewusstsein & Wissen
- ◆ Unterstützung und Behandlung für suizidgefährdete

4.1.4 Gesundheitszentren Steiermark

Auf Basis mehrerer Beschlüsse des Steiermärkischen Landtages wurde der Gesundheitsfonds bereits 2009 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 Jahresberichte 2010 und 2011 des Gesundheitsfonds Steiermark). In der Sitzung der Gesundheitsplattform vom 19. Oktober 2011 wurde ein Weiterentwicklungskonzept sowie eine Verlängerung der Pilotphase bis Ende 2013 genehmigt.

Im Jahr 2012 wurde – entsprechend des o. a. Beschlusses – mit der Ärztekammer Steiermark und der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft über eine gemeinsame Trägerschaft und Weiterentwicklung der Gesundheitszentren für die Pilotphase 2012/2013 verhandelt. Verschiedene Modelle wurden dabei angedacht, letztendlich hat sich eine Kooperation analog zu den bereits bestehenden Verträgen für die Gesundheitszentren Bad Aussee und Mürzzuschlag als die bestmögliche Variante gezeigt. Es wurden daher für die beiden neu einzurichtenden Standorte Hartberg und Stolzalpe Verträge bezüglich der Räumlichkeiten, Personal-

Personen

- ◆ Zielgruppe Kinder und Jugendliche
- ◆ Zielgruppe Erwachsene
- ◆ Suizidprävention im Alter
- ◆ Gruppen mit erhöhtem Risiko
- ◆ Schulung im Umgang mit Risikogruppen und Entwicklung von Lehrmethoden
- ◆ Reduzierte Erreichbarkeit von Suizidmitteln
- ◆ Nationale Expertise entwickeln
- ◆ Unterstützende gesetzliche Voraussetzungen schaffen

Aufgrund der beschränkten finanziellen Mittel wurden die Bezirke Murau, wegen der höchsten Suizidrate, sowie Hartberg, wegen der höchsten Erfahrung mit Suizidprävention, als erste Bezirke für die Umsetzung des steirischen Suizidpräventionsprojektes ausgewählt; 2012 konnte das Projekt auf Mürzzuschlag ausgedehnt werden; nach und nach soll sich das Projekt über die ganze Steiermark erstrecken. Parallel wurden relevante Vernetzungen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene neu aufgebaut bzw. verstärkt, die der Nachhaltigkeit und der Nutzung von Synergieeffekten dienen. Als äußerst unterstützend erweist sich der Beschluss eines nationalen Suizidpräventionsplans „Suizidprävention Austria (SUPRA)“ durch das Bundesministerium für Gesundheit und Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in Zusammenarbeit mit den in der Suizidprävention tätigen Gesellschaften im Jahr 2012. Damit erhält Österreich ganz nach internationalem Vorbild einen politisch wirksamen bundesweiten Suizidpräventionsplan.

zuteilung und IT entsprechende Verträge mit der KAGes ausverhandelt.

Gesundheitszentrum Bad Aussee

Der Standort Bad Aussee wurde im Jänner 2011 offiziell eröffnet, zwei Mitarbeiterinnen (= ein Vollzeitäquivalent) sind im Gesundheitszentrum tätig. Öffnungszeiten: Montag, Mittwoch und Freitag von 8.00 bis 14.00 Uhr und Donnerstag von 13.00 bis 18.00 Uhr.

Leistungen³: Im Zeitraum 1. Jänner 2011 bis 25. Jänner 2013 wurden 1.598 Fälle von den Mitarbeiterinnen im Gesundheitszentrum bearbeitet. Durchschnittlich sind für den Abschluss eines einzigen Falls fünf bis sechs Aktivitäten (Telefonate, Recherche etc.) notwendig. 65 % der Anfragen werden persönlich an das Gesundheitszentrum gerichtet, der Rest erfolgt großteils telefonisch. Die KlientInnen, für die das Gesundheitszentrum Informationen einholt oder Leistungen koordiniert, sind zu zwei Dritteln weiblich und der Großteil ist zwischen 70 und 90 Jahre alt. Die Anfragen betreffen vor allem die Themen Entlassungsmanagement, Pflegeheime und Betreuung zu Hause.

Zusätzlich haben die beiden Mitarbeiterinnen im Berichtszeitraum das Team des LKH Rottenmann bei der Entwicklung des Entlassungsmanagements mit ihren Erfahrungen unterstützt und dafür Sorge getragen, dass eine gute

Kooperation zwischen diesen beiden Standorten gewährleistet werden kann.

Gesundheitszentrum Hartberg

Im Berichtszeitraum wurden die Vorbereitungen für die Einrichtung eines Gesundheitszentrums am LKH Hartberg getätigt. Dazu gab es mehrere Informationsgespräche mit der Anstaltsleitung des Krankenhauses. Das LKH Hartberg hatte bereits einige Leistungen, die im ursprünglichen Konzept für Gesundheitszentren vorgesehen waren, angeboten – die Herausforderung bestand darin, einen sinnvollen, ergänzenden Leistungskatalog für das Gesundheitszentrum zu erarbeiten. Als Schwerpunkt für die Tätigkeit des Gesundheitszentrums hat sich der Bereich der Gesundheitsförderung herauskristallisiert. Neben den Basisaufgaben eines Gesundheitszentrums – Information und Koordination zu den Themenbereichen Gesundheitsversorgung, Pflege, Gesundheitsförderung – wurde daher gemeinsam mit der Anstaltsleitung des LKH vereinbart, für die Region Hartberg-Fürstenfeld einen „Gesundheitsförderungskatalog“ zu erstellen, mit dem alle entsprechenden Angebote des Bezirkes erfasst und für die Bevölkerung zugänglich gemacht werden sollen. Zusätzlich sollen verschiedene Informationsveranstaltungen zu den Themen Ernährung und Demenz angeboten werden und ein entsprechendes Schulungskonzept als Basis für ein Roll-out-Konzept für Gesundheitszentren ausgearbeitet werden. Nachdem das LKH Hartberg bereits über ein gut etabliertes Entlassungsmanagement verfügt, wurde dahingehend lediglich eine wechselseitige Vertretung im Urlaubs- und Krankheitsfalle vereinbart.

Gesundheitszentrum Mürzzuschlag

Das erste Gesundheitszentrum wurde im Juli 2010 eröffnet, drei Mitarbeiterinnen (= eineinhalb Vollzeitäquivalente) sind seit dem Start tätig. Öffnungszeiten: Montag, Mittwoch, Donnerstag und Freitag von 8.00 bis 14.00 Uhr und Dienstag von 8.00 bis 18.00 Uhr.

Leistungen³: Im Zeitraum 1. Juli 2010 bis 25. Jänner 2013 wurden 2.598 Fälle von den Mitarbeiterinnen im Gesundheitszentrum bearbeitet. 61 % der Anfragen werden persönlich an das Gesundheitszentrum gerichtet, der Rest erfolgt größtenteils telefonisch. Die KlientInnen, für die das Gesundheitszentrum Informationen einholt oder Leistungen koordiniert, sind auch in Mürzzuschlag zu zwei Dritteln weiblich; im Gegensatz zu Bad Aussee werden aber Informationen schon für ab 60-Jährige eingeholt (42 % der KlientInnen sind zwischen 60 und 80 Jahre alt). Die Anfragen betreffen ähnliche Themen wie in Bad Aussee, vor allem geht es um Fragen zu Pflegeheimen, Pflegegeld und mobilen Pflegediensten.

Zusätzlich haben die beiden Mitarbeiterinnen im Berichtszeitraum das Team des LKH Mürzzuschlag bei der Entwicklung des Entlassungsmanagements mit ihren Erfahrungen unterstützt und dafür Sorge getragen, dass eine gute Kooperation mit dem Krankenhaus gegeben ist.

Gesundheitszentrum Stolzalpe

Als vierter Standort für die Pilotphase ist das Gesund-

heitszentrum Stolzalpe vorgesehen, im Berichtszeitraum wurden die Vorbereitungen für dessen Einrichtung getroffen. Dazu gab es mehrere Informationsgespräche mit der Anstaltsleitung des LKH Stolzalpe. Seitens des Krankenhauses konnten ein geeigneter Raum zur Verfügung gestellt und zwei geeignete MitarbeiterInnen gefunden werden. Für das Gesundheitszentrum Stolzalpe stehen ein Mitarbeiter mit einem Dienstausschlag von 75 % und eine weitere Mitarbeiterin mit einem Dienstausschlag von 25 % zur Verfügung (= ein Vollzeitäquivalent). Gemeinsam wurde der Leistungskatalog für diesen Standort definiert: Zusätzlich zum Basisangebot – Information und Koordination – wird auch das Entlassungsmanagement des Krankenhauses zum Teil über das Gesundheitszentrum organisiert. Eine Stärke des Standorts Stolzalpe ist die bereits langjährige geübte Vernetzung mit den anderen Gesundheits- und Sozialdiensteanbietern der Region Murau sowie die Erfahrung mit Gesundheitsförderung durch die sogenannte „Gesundheitswerkstätte“, die am LKH seit einigen Jahren eingerichtet ist. Die „ARGE Gesundheits- und Betreuungsdienste“ soll als Vorbild für die Vernetzung der verschiedenen Anbieter in einer Region dienen. Auch an diesem Standort gilt es, einen Gesundheitsförderungskatalog zu erstellen, um diese Angebote besser zu erfassen und die Bevölkerung davon informieren zu können. Auch für den Standort des Gesundheitszentrums Stolzalpe wurden alle notwendigen Vorbereitungen für die im Jänner 2013 geplante Eröffnung abgeschlossen.

Weiterentwicklung

Für die Weiterentwicklung und die neuen Standorte musste der Leistungskatalog für Gesundheitszentren in der Pilotphase allgemein überarbeitet und adaptiert werden. Außerdem wurde das Organisationshandbuch, das die dienstrechtlichen und organisatorischen Belange aller Standorte regelt, aufgrund der bisherigen Erfahrungen in Mürzzuschlag und Bad Aussee überarbeitet und den Erfordernissen angepasst. Des Weiteren wurden das Schulungskonzept zur Einführung neuer MitarbeiterInnen aufgrund der Ergebnisse aus der 2011 durchgeführten Evaluation angepasst und Anregungen der Mitarbeiterinnen in Bad Aussee und Mürzzuschlag aufgenommen.

Eine auch nach außen wirksame Änderung im Berichtsjahr war die Übernahme der Kommunikations- und IT-Leistungen durch die KAGes. Dadurch bekamen die Gesundheitszentren neue Telefonnummern und sind nun über eine 0800-Nummer für die AnruferInnen kostenlos erreichbar. Zusätzlich zur Planung der neuen Standorte wurden die ersten Vorbereitungen für die Evaluation und in weiterer Folge für den Endbericht inkl. Empfehlungen zum Projekt Gesundheitszentren getroffen.

Ausblick

2013 sind die beiden neuen Standorte offiziell zu eröffnen und entsprechende Arbeitspläne auszuarbeiten bzw. umzusetzen. Einen Großteil der Arbeiten wird die Evaluation inklusive der Empfehlungen für die weitere Umsetzung von Gesundheitszentren in Anspruch nehmen; dieser Endbericht soll Grundlage für die weitere Entscheidung der Gesundheitsplattform sein und im Herbst 2013 vorliegen.

4.2 Gesundheitsförderung Steiermark

Mit der Umsetzung der Verwaltungsreform des Landes und durch die Novelle des Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetzes wurden der Gesundheitsplattform neue Aufgaben im Bereich der Gesundheitsförderung übertragen: Entwicklung von Gesundheitszielen sowie Gesundheitsförderung und Gesundheitsberichterstattung. Das bedeutet, dass die Gesundheitsförderung noch stärker als bisher im Gesundheitsfonds verankert ist und gemeinsam mit der Krankenversorgung das gesamte Spektrum von Public Health abbildet. Mit diesen Neuerungen wurde der Geschäftsstelle unter anderem auch ein Aufgabenbereich im Zusammenhang mit den Subventionen des Gesundheitsressorts des Landes Steiermark übertragen, nämlich die fachliche Begutachtung der eingereichten Subventionsansuchen sowie die fachliche Beurteilung der Projektaktivitätsberichte. In Zusammenarbeit mit der Abteilung 8 – Wissenschaft und Gesundheit (Referat Wissenschaft und Forschung) wurde in Folge ein Prozedere für die Abwicklung der Subventionsanträge festgelegt und

ab Oktober 2012 mit der fachlichen Begutachtung begonnen. Die Finanzierung der Subventionsansuchen sowie die Vorbereitung und Unterzeichnung entsprechender Förderverträge liegt weiterhin bei der Abteilung 8.

Im Zusammenhang mit dem Arbeitsbereich Gesundheitsförderung werden auch Termine im Rahmen von verschiedenen Gremien auf Landes- und Bundesebene wahrgenommen.

Ausblick

Zukünftig wird es eine Aufgabe des Gesundheitsfonds sein, das Subventionswesen weiterzuentwickeln und auch die Gesundheitsförderung stärker in die Planungen einzubeziehen. Ein Arbeitsschwerpunkt für 2013 ist daher die Planung und Umsetzung konkreter Maßnahmen der Gesundheitsförderungsstrategie, die 2012 von der Steiermärkischen Landesregierung und dem Landtag Steiermark beschlossen wurde.

4.2.1 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:

4.2.1.1 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. Das Berichtsjahr 2012 stellt das letzte Projektjahr von „Gemeinsam Essen“ dar.

Offizieller Abschluss dritter und vierter Projektzyklus

Am 31. Jänner 2012 fand die offizielle Abschlussveranstaltung für den dritten und vierten Zyklus statt. Dabei konnten VertreterInnen von insgesamt 16 Einrichtungen die „Gemeinsam Essen“-Urkunde von Gesundheitslandesrätin Edlinger-Ploder entgegennehmen.

Folgende Einrichtungen haben das Projekt „Gemeinsam Essen“ erfolgreich abgeschlossen:

- ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Alt-Grottenhof
- ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Gleisdorf
- ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Grabnerhof

- ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Gröbming
- ◆ Gartenbauschule Großwilfersdorf
- ◆ Landwirtschaftliche Fachschule Grottenhof-Hardt mit folgenden Fachrichtungen:
 - ◆ Landwirtschaftliche und Gärtnerische Handelsschule sowie Pferdewirtschaftslehrgang
 - ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Hafendorf
 - ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Hatzendorf
 - ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Kirchberg am Walde
 - ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Kobenz
 - ◆ Weinbauschule Silberberg
 - ◆ Land- und Forstwirtschaftliche Fachschule Stainz / Erzherzog-Johann-Schule
- ◆ Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Marschallgasse
- ◆ Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eggenberg
- ◆ Johannes-von-Gott-Pflegezentrum der Barmherzigen Brüder Kainbach
- ◆ Caritas-Zentralküche des Senioren- und Pflegewohnhauses Graz-St. Peter

Von diesen 16 Einrichtungen werden in den Land- und Forstwirtschaftlichen Fachschulen knapp 700 weibliche und fast 1.600 männliche SchülerInnen mit Essen versorgt. In den Krankenhäusern und dem Senioren- und Pflegewohnhaus wurden insgesamt rund 2.600 PatientInnen und KlientInnen (1.600 Frauen/1.000 Männer) während des Projektzeitraums von eineinhalb Jahren versorgt.

Projektzyklus fünf, sechs und sieben

In Zyklus fünf wurden einerseits Betriebskantinen und andererseits Verpflegungseinrichtungen für Jugendliche sowie eine Einrichtung für SeniorInnen betreut; im Zyklus sechs wurden 23 Jugend- und Familiengästehäuser der Steiermark und in Zyklus sieben insgesamt elf Einrichtungen von Ju-

gend am Werk betreut. Insgesamt werden in diesen Einrichtungen rund 4.200 Personen verpflegt – etwas mehr Männer (52,3 %) als Frauen (48,7 %).

Der offizielle Abschluss dieser Projektzyklen wird im 1. Halbjahr 2013 stattfinden.

Gemeinsam Essen in der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft mbH

Mit der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) wurde 2011 vereinbart, in den Landeskrankenhäusern eine Ist-Stand-Erhebung durchzuführen. Dazu wurde ein Fragebogen fachlich erarbeitet und mit dem Projektteam der KAGes abgestimmt und im Herbst 2011 die Interviews in den einzelnen Häusern durchgeführt. Der Endbericht dieser Diagnose wurde im März 2012 vorgelegt: Im Fokus standen dabei die Essensversorgung von PatientInnen und MitarbeiterInnen und die begleitenden Rahmenbedingungen, wie unterschiedliche Bestellsysteme (VESTA, EIS) in den Häusern oder Einkaufsrichtlinien für diverse Lebensmittel.

Der erste Arbeitsschritt im Projekt umfasste die Erstellung eines Gesamtbildes über die derzeitige Essensversorgung. Wie sich bereits in ersten Gesprächen zeigte, wurden in den KAGes-Häusern bereits verschiedene Maßnahmen im Bereich Ernährung durchgeführt. So wurde beispielsweise ein KAGes-weiter, interdisziplinärer Ernährungsbeirat und interdisziplinäre Ernährungsteams in den einzelnen LKHs implementiert. Es werden Ernährungsscreenings im Zuge der PatientInnenaufnahme durchgeführt und diätologische Leitlinien und PatientInnen-Beratungsunterlagen zu spezifischen Krankheitsbildern erstellt und an die Betroffenen verteilt.

Der zweite Arbeitsschritt war die Durchführung der Diagnoseworkshops, um eine möglichst gute Darstellung der derzeitigen Situation in den KAGes-Häusern zu bekommen. Dazu wurden persönliche, fragebogengestützte Gruppeninterviews in den einzelnen KAGes-Häusern durchgeführt. Empfohlen als TeilnehmerInnen waren die jeweilige Anstaltsleitung des KAGes-Spitals (Betriebsdirektion, ärztliche Direktion, Pflegedirektion), die Küchenleitung, eine Vertretung der DiätologInnen und eine Vertretung des Betriebsrates.

Insgesamt gesehen haben alle MitarbeiterInnen der KAGes-Häuser in der Steiermark die Möglichkeit, ein Mittag- sowie ein Abendessen in Anspruch zu nehmen, meist über VESTA und mit einer unkomplizierten Abrechnung. Dieses Angebot ist deckungsgleich mit dem Verpflegungsangebot der PatientInnen.

Weiters gibt es überall ein kostenloses Getränkeangebot, eine Jausenverpflegung wird den MitarbeiterInnen in fast allen Häusern angeboten. Ein Drittel aller Häuser bietet sogar kostenloses Essen an, meist Obstkörbe. Zu Mittag gibt es eine Auswahl aus drei verschiedenen reichhaltigen und variablen Menüs und auch die Frühstücksgestaltung ist sehr individuell, wobei in einigen Häusern bereits 50 % regionale und 10 % Biolebensmittel verwendet werden.

Regelmäßige EsserInnen nehmen am häufigsten das Mittagessen, seltener die Jause und kaum das Abendessen in Anspruch. Gegessen wird zum Frühstück und zur Jause eher traditionell, zu Mittag aber neben beliebter Hausmannskost zunehmend gesünder und bewusster. Von den MitarbeiterInnen werden das Angebot und die Rahmenbedingungen insgesamt durchaus positiv bewertet.

Für die PatientInnen gibt es außer kostenlosen Getränken – je nach Belegklasse auch erweitert – in 61 % der Häuser auch kostenpflichtige Angebote. Des Weiteren bekommen in fast allen Häusern die PatientInnen Unterstützung, Beratung und Information über gesundes Essen.

Fast überall gab es bereits Veränderungsversuche rund ums Essensangebot und auch Fortbildungsmöglichkeiten, die dringend weiter gewünscht werden. Die Qualität der Lebensmittel und Getränke haben im Bewusstsein der Verantwortlichen (Küchenleiter) einen hohen Stellenwert. Der Spagat zwischen eingeräumter Freiheit und einschränkenden wirtschaftlichen Vorgaben (zentrale Ausschreibung) wird unterschiedlich zu bewältigen versucht.

Newsletter Gemeinsam Essen

Alle zwei Monate wurde ein Newsletter für die Zielgruppe der GemeinschaftsverpflegerInnen versendet; rund 480 EmpfängerInnen wurden damit jeweils erreicht.

Im Berichtsjahr wurde der Newsletter evaluiert. Dazu wurden insgesamt 16 Ausgaben des Newsletters (1. Ausgabe März/April 2010 bis Ausgabe September/Oktober 2012) analysiert, zwei leitfadengestützte Interviews mit Styria vitalis (verantwortlich für die Inhalte des Newsletters) geführt und eine Online-Befragung der EmpfängerInnen durchgeführt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Newsletter gut ankommt, die Inhalte gut bewertet werden und weitgehend dem Informationsbedarf entsprechen. Die Zielgruppe wurde nur zum Teil (weniger als 50 %) erreicht, und Veränderungen/Auswirkungen (z.B. gesünderer Speiseplan) können durch den Newsletter kaum erwartet werden.

Mit dem Projektende von Gemeinsam Essen wird der Newsletter ebenfalls eingestellt, allerdings ist geplant, verschiedene Inhalte auch über den Gesundheitsziele-Newsletter und das Projekt „Gemeinsam G'sund Genießen“ weiter zu verbreiten bzw. weitere Informationsmaßnahmen zu entwickeln.

Ergebnisse von Gemeinsam Essen

In 45 Projektmonaten wurden insgesamt 74 Settings von Styria vitalis begleitet und betreut. Insgesamt konnten 459 KüchenmitarbeiterInnen und 12.606 Essensgäste erreicht werden. In Summe wurden 578 Interventionen gesetzt. Die Prozessbegleitung mit 469 Terminen umfasste Erstinformationen, Diagnose-Workshops, Zielvereinbarungen und Rückmeldungen an die Projektgruppen. Zusätzlich wurden 109 Kochworkshops und Exkursionen mit KüchenmitarbeiterInnen und KundInnen umgesetzt. Die Auswertung der

Ergebnisse zeigt, dass generell der Fokus stark auf die Ernährungsphysiologie gelegt wurde. Insgesamt wurden 909 Ziele formuliert, davon entfielen 71 % auf ernährungsphysiologische, 18 % auf soziale und 11 % auf ökologische Zielbereiche. Von den 648 ernährungsphysiologischen Zielen wurden 562 (87 %) umgesetzt, am häufigsten in den Kategorien „ernährungsphysiologische Ausgewogenheit“ und „Teilnahme an Kochkursen/Vernetzung“.

Um Einzelergebnisse von Settings vergleichen zu können, wurden für die Auswertung sechs Cluster gebildet. Im jeweiligen Cluster konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

Cluster 1: Verpflegungseinrichtungen für Kinder

In diesen Cluster wurden sechs Einrichtungen einbezogen, die Kinder im Alter von drei bis zehn Jahren verpflegen. Die Ergebnisse der Menükomponentenanalyse zeigen, dass der Gemüseanteil (unter Gemüse werden die Parameter Suppen mit Gemüseanteil, Gemüse(creme)suppe, Gemüsegericht, Gemüse-Beilage, Gemüse-Anteil, sowie Gemüse-Salate zusammengefasst) um 5 % und der Vollkornanteil um 4% gesteigert werden konnte.

Cluster 2: Verpflegungseinrichtungen für Jugendliche

In diesem Cluster wurden 19 Einrichtungen zusammengefasst, die SchülerInnen zwischen zehn und 19 Jahren verpflegen. Die Ergebnisse der Menükomponentenanalyse zeigen, dass es mit einer Steigerung von 10 % gut gelungen ist, Vollkorn in den Speiseplan einzubauen. Darüber hinaus konnte der Gemüseanteil um 3 % und der Anteil an saisonalen Produkten und Gerichten um 15 % gesteigert werden.

Cluster 3: Jugend am Werk

In diesen Cluster wurden zwölf Einrichtungen von Jugend am Werk einbezogen, die überwiegend Jugendliche mit geistigen und/oder körperlichen Beeinträchtigungen zwischen 15 und 25 Jahren verpflegen. Die Ergebnisse der Menükomponentenanalyse zeigen, dass der Gemüseanteil um 3 % und der Vollkornanteil um 4 % erhöht werden konnte. Darüber hinaus ist es mit einer Steigerung von 17 % gut gelungen, saisonale Produkte und Gerichte einzuführen.

Cluster 4: Jugend- und Familiengästehäuser (JUFA)

Mit 24 Settings ist dieser Cluster der größte. In den Jugend- und Familiengästehäusern werden alle Altersgruppen verpflegt, was für die Küchen eine besondere Herausforderung darstellt. Die Ergebnisse der Menükomponentenanalyse zeigen, dass es mit 16 % besonders gut gelungen ist, den Anteil an Vollkorn zu steigern. Gemüse konnte hier nur um 1 % gesteigert werden, hingegen konnte der Anteil an Hülsenfrüchten um 5 % erhöht werden.

Cluster 5: Betriebskantinen

In diesem Cluster wurden sieben Einrichtungen zusammengefasst, die überwiegend berufstätige Erwachsene verpflegen. Die Ergebnisse der Menükomponentenanalyse zeigen, dass der Gemüseanteil um 5 % und der Anteil an Hülsenfrüchten um 7 % gesteigert werden konnte. Darüber hinaus ist es mit 7 % gut gelungen, den Anteil an saisonalen Produkten und Gerichten zu erhöhen.

Cluster 6: Verpflegungseinrichtungen für Kranke, Pflegebedürftige und SeniorInnen

In diesen Cluster wurden sechs Settings einbezogen, fünf Krankenhäuser und ein Pflegeheim, wobei ein Krankenhaus vorzeitig ausgestiegen ist. Die Ergebnisse der Menükomponentenanalyse zeigen, dass der Anteil an süßen Mehlspeisen um 4 % gesenkt werden und der Anteil an saisonalen Produkten und Gerichten um 4 % gesteigert werden konnte. Es ist in allen Settings gelungen, Verbesserungen in den Kategorien Gemüse und Vollkorn zu erreichen. Spezifische Ergebnisse in einzelnen Clustern zeigen auch Verbesserungen in den Kategorien Hülsenfrüchte, süße Mehlspeisen und Saisonales. Leider nicht gelungen ist es, den Anteil an Gerichten mit geringerem Fleischanteil zu erhöhen. Dies hat vor allem in jenen Einrichtungen Relevanz, wo es nur eine Menülinie gibt. In der Bewertung anhand der Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung wird diese Problematik mit einem deutlichen Überangebot an Fleisch nochmals sichtbar.

KundInnenzufriedenheit

Ein signifikantes Ergebnis der KundInnenbefragung in vier Clustern war die gestiegene Zufriedenheit mit der Freundlichkeit des Personals. Dies erlebten die Küchenteams als positive Wertschätzung für ihre Arbeit.

4.2.1.2 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) versendet. Styria vitalis liefert Beiträge zu den Themen Ernährung und Bewegung sowie zu Veranstaltungshinweisen in Gesunden Gemeinden.

4.2.1.3 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. In der Vorsorgestrategie, die jeweils für den Zeitraum einer geltenden 15a-Verordnung ein bis drei Schwerpunktthemen behandeln soll, ist festgelegt, dass es sich bei den Maßnahmen um keine Pilotprojekte, sondern um den Roll-out von bereits etablierten Maßnahmen mit dem Ziel einer Überführung in die Regelfinanzierung handeln soll. Für die Umsetzungsperiode 2011 bis 2013 wurde das Thema Ernährung gewählt, insgesamt stehen für diesen Zeitraum zehn Millionen Euro für ganz Österreich zur Verfügung.

Um Synergien zu nutzen und das Gesundheitsziel „Mit Ernährung und Bewegung die Gesundheit der SteirerInnen

verbessern“ umzusetzen, haben sich der Gesundheitsfonds und die StGKK mit dem Projekt „Gemeinsam G’sund Genießen“ um die Vorsorgemittel bemüht; der entsprechende Finanzierungsantrag wurde im Frühjahr 2011 beim Bund eingereicht und am 1. Juli 2011 wurde die Finanzierung von der Bundesgesundheitsagentur beschlossen.

Zielgruppe des 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 2012 wurden konkret folgende Maßnahmen umgesetzt:

Arbeitspaket Öffentlichkeitsarbeit

Internetauftritt www.gemeinsam-geniessen.at – laufende Aktualisierung; Kooperation mit der „Woche“ zur Bewerbung der Initiative sowie der Ernährungsworkshops für Schwangere; Kooperation mit dem Kindermuseum Frida & Fred in Graz im Rahmen der beiden Ausstellungen „Villa Munterg’sund“ und „Kopfüber herzwärts“; Produktion von Babylätzchen, Mappen, Sticker und Lesezeichen; Schwangeren-Blog zur Begleitung der Ernährungsworkshops; Produktion und Verteilung eines Kalenders 2013 mit Informationen, Rezepten und Tipps rund um gesunde Ernährung für die Zielgruppe „Erwerbstätige“ in Kooperation mit der Firma SPAR (Auflage: 82.000 Stück); Durchführung eines Kindergartenwettbewerbs, bei dem gesunde Ideen aus der Praxis gesammelt wurden – zu gewinnen gab es drei gesunde Kindergartenfeste mit einem Haubenkoch.

Arbeitspaket Stakeholder

Mit verschiedenen Stakeholdern für die Zielgruppe 0- bis 6-jährigen Kinder wurde persönlich und/oder per E-Mail Kontakt aufgenommen, das Projekt vorgestellt und ihre Einstellungen, Erfahrungen etc. mit gesunder Ernährung in der Kinderbetreuung abgefragt; ebenso wurde über die Implementierung von Mindeststandards und deren Akzeptanz gesprochen. Außerdem wurde zwei Mal ein Projektnewsletter versendet, um die Stakeholder über den Projektverlauf zu informieren und ihnen aktuelle Inhalte zukommen zu lassen.

Arbeitspakete Rechtliche Grundlagen und Förderkriterien

Entsprechende Vorschläge und Argumente für eine Implementierung von Mindeststandards in der Gemeinschaftsverpflegung wurden ausgearbeitet.

Arbeitspaket Nachhaltigkeit

Broschüre für Eltern von 0- bis 6-jährigen Kindern („Gesundes Essen und Trinken – für die Obst- und Gemüsetiger von morgen“); Informationen über Angebote für Schulen, SchülerInnen und LehrerInnen zum Thema „Gesunde Ernährung“ („Gesundes Essen und Trinken in der Schule“); Zusammenfassung aller eingereichten Maßnahmen aus dem Kindergartenwettbewerb (Fertigstellung der Broschüre für 2013 geplant). Außerdem wurden die Maßnahme „Betreuungs-/Beratungsstelle“ aus einem gewissen Bedarf nach einem Überblick über die Angebote in der Steiermark und deren Koordination heraus begonnen und in einem ersten Brainstorming all jene Einrichtungen in der Steiermark (und teilweise auch bundesweite Einrichtungen) gesammelt, die Maßnahmen im Zusammenhang mit gesunder Ernährung umsetzen. Weiters wurden mögliche Aufgaben für eine steirische Koordinationsstelle zum Thema „gesunde Ernährung“ überlegt.

Arbeitspaket Werkzeuge

Im Rahmen dieses Arbeitspaketes wurde ein Teil der Evaluation der ersten vier Zyklen des Projektes „Gemeinsam Essen“ durchgeführt. Ziel dieser Evaluation war es, Stärken und Schwächen des Projektes herauszufiltern und für den Roll-out im Rahmen von „Gemeinsam G’sund Genießen“ zu nutzen. Außerdem sollten die einzelnen Maßnahmen, die im Rahmen von „Gemeinsam Essen“ mit den Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen umgesetzt worden sind, bewertet und für die Zukunft adaptiert werden. Für die Evaluation wurden die Zyklusberichte der ersten vier Projektzyklen herangezogen und zusätzlich mit einigen Einrichtungen persönliche Interviews geführt. Daraus konnte man auch Ableitungen hinsichtlich der Akzeptanz einzelner Umsetzungsmaßnahmen sowie des Bedarfs nach weiterer Unterstützung treffen. Weiters wurden im Rahmen dieses Arbeitspaketes verschiedene Unterstützungsinstrumente für Küchen aus anderen, auch ausländischen Projekten recherchiert, bewertet und teilweise bereits adaptiert (z.B. diverse Checklisten, Handbücher).

Arbeitspaket Fortbildungen/Schulungen

Für Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen wurde im Berichtszeitraum ein Fortbildungsangebot zusammengestellt. Diese Zusammenstellung wird im Projektjahr 2013 an verschiedene Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen u. a. versendet und ab Jänner 2013 auf der Projektwebsite zur Verfügung gestellt. Außerdem wurde ein erster Versuch gestartet, Mindestanforderungen für solche Fortbildungen/Schulungen zusammenzufassen. Diese sollen zukünftig noch mit dem Projektbeirat abgestimmt werden.

Arbeitspaket Curricula

Hier wurden im Berichtszeitraum die verschiedenen Berufsbilder und Ausbildungsmöglichkeiten, die im Rahmen von Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen relevant sein können, recherchiert und erste Überlegungen für Anpassungen projektintern besprochen. Ein erstes Konzept wurde erarbeitet.

Arbeitspakete im Rahmen der Ernährungsberatung für Schwangere (Umsetzung durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse)

Im Rahmen des Schwerpunktes „Ernährungsberatung in der Schwangerschaft“ wurde auf Basis der ausführlichen Regionenanalyse von 2011 der etappenweise Roll-out der Workshops für Schwangere umgesetzt (insgesamt wurden 87 Workshops abgehalten) und wiederholt TrainerInnen sowie MentorInnen entsprechend geschult. Weiters wurden in den Regionen mehrere Kontaktgespräche zur Vorbereitung der Workshops fortgeführt sowie ein Vernetzungstreffen für alle TrainerInnen umgesetzt. Zusätzlich wurde ein Folgeworkshop zum Thema „Ernährung in der Stillzeit und im Beikostalter“ erprobt, adaptiert und ab Juni 2012 regulär

angeboten. Im Berichtsjahr fanden 42 Workshops „Babys erstes Löffelchen“ statt. Zudem wurden alle Workshopinhalte im Hinblick auf die Zielgruppe MigrantInnen adaptiert und in Kooperation mit verschiedenen Vereinen (z.B. Omega) umgesetzt.

Ausblick

Seitens der Bundesgesundheitskommission wurde eine Verlängerung des Projektzeitraums bis Ende 2014 sowie zusätzliche finanzielle Mittel in Aussicht gestellt; es wurde daher mit der Planung eines Verlängerungsantrages, der schwerpunktmäßig die Nachhaltigkeit der in die Wege geleiteten Maßnahmen beinhaltet, begonnen.

4.3 Qualität

4.3.1 Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK)

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.

4.3.1.1 PlattformQ SALUS 2012 Steuerung durch Qualität – Möglichkeiten für das steirische Gesundheitswesen

Am 17. September 2012 fand auf Einladung der Gesundheitsplattform Steiermark zum dritten Mal die Veranstaltung PlattformQ SALUS 2012 statt. Nationale und internationale ExpertInnen aus dem Gesundheitswesen nutzten die Gelegenheit sich zum Thema „Steuerung durch Qualität“ auszutauschen. Die Veranstaltung bot auch einen gelungenen Rahmen für die Verleihung der ersten Auszeichnungen im Rahmen der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark sowie des steirischen Qualitätspreises Gesundheit – SALUS.

Eröffnet wurde die PlattformQ SALUS 2012 durch Gert Klima, Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark. Er erläuterte in seinem Vortrag, welche Aktivitäten die Gesundheitsplattform Steiermark in Bezug auf Steuerung durch Qualität setzt. Mit der Entwicklung der steirischen Qualitätsstrategie im Jahr 2009 hat sich die Steiermark zum Thema Qualität bekannt. Ein wesentlicher Schwerpunkt der Aktivitäten wurde auf die Verbesserung der PatientInnensicherheit gelegt. Dazu werden derzeit zwei Projekte umgesetzt: Die AKTION Saubere Hände, ein Projekt zur Verbesserung der Händehygiene, sowie die Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS), ein Projekt, das auf die systematische Verbesserung der PatientInnensicherheit abzielt. Erstmals wurde für die steirischen Fondsspitaler die Teilnahme an den beiden Projekten an finanzielle Mittel geknüpft. Dazu wird ein Teil der bestehenden Mittel der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) nur dann an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt, wenn sich diese aktiv an den beiden Projekten beteiligen. Im Zuge

der Teilnahme an der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark wird die Einführung von sogenannten Learning & Reporting-Systemen forciert. IPS-Mitglieder, deren Systeme die von der IPS festgelegten Kriterien erfüllen, haben die Möglichkeit, sich um die IPS-Auszeichnung zu bewerben. Vier steirische Krankenanstalten haben diese Auszeichnung nun im Rahmen der PlattformQ SALUS 2012 erhalten. Diese sind: LKH Deutschlandsberg, LKH Stolzalpe, Krankenanstaltenverbund Feldbach-Fürstenfeld sowie das UKH Graz. Alle vier Krankenanstalten haben bereits seit mehreren Jahren ein Learning & Reporting-System im Einsatz und nutzen dieses zur gezielten Verbesserung der PatientInnensicherheit.

Matthias Schrappe, Fachexperte aus Deutschland, hat im Rahmen seines Vortrages die unterschiedlichen Aspekte der qualitätsbezogenen Vergütung beleuchtet.

In der anschließenden Podiumsdiskussion mit VertreterInnen des österreichischen Gesundheitswesens wurden die Einsatzmöglichkeiten solcher Modelle im Gesundheitssystem diskutiert. Die TeilnehmerInnen am Podium waren: Gesundheitslandesrätin Kristina Edlinger-Ploder, Reinhold Pongratz, Ärztlicher Leiter der StGKK; der Rektor der FH Joanneum, Karl Peter Pfeiffer, als Experte des österreichischen LKF-Systems; Karin Eglau, Fachexpertin der Gesundheit Österreich GmbH, und Matthias Schrappe. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine qualitätsrelevante Vergütung im Zusammenhang mit der Veröffentlichung von qualitätsrelevanten Daten den größten Nutzen aufweist. Als Grundvoraussetzung muss zunächst die Problemdefinition erfolgen: „In welchen Bereichen gibt es Handlungsbedarf?“ In weiterer Folge gilt es die entsprechenden Qualitätsindikatoren festzulegen. Dabei kann man sowohl auf Routinedaten als auch auf andere Daten – beispielsweise aus Registern – zurückgreifen. Wichtig ist jedoch, die Validität und Reliabilität der Daten zu gewährleisten. Der größte und nachhaltigste Nutzen für die PatientInnen kann nur durch eine sektorenübergreifende Qualitätssteuerung erzielt werden, um zu vermeiden, dass Probleme von einem Sektor in den

anderen verschoben werden. Die Veranstaltung wurde von Roland Schaffler moderiert, der als Experte des österreichischen Gesundheitswesens seine Erfahrungen in die Veranstaltung eingebracht hat.

Fixer Bestandteil jeder PlattformQ SALUS ist die Vorstellung der laufenden Aktivitäten der Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK). Andrea Siebenhofer-Kroitzsch berichtete in ihrer Funktion als Vorsitzende der QSK über die Schwerpunkte aus dem Jahr 2012.

Steirischer Qualitätspreis Gesundheit – SALUS 2012

Der Höhepunkt der Veranstaltung war die Verleihung des „SALUS – Steirischer Qualitätspreis Gesundheit“. Dieser Preis wurde – heuer zum vierten Mal – als Auszeichnung für die kontinuierliche und systematische Verbesserung der Qualitätsarbeit im steirischen Gesundheitswesen vergeben. Insgesamt wurden zehn hochwertige Projekte für den SALUS 2012 eingereicht, welche von der Qualitätssicherungskommission (QSK) anhand der SALUS-Kriterien

- S teirisch
- A nwendbarkeit für andere Einrichtungen gegeben
- L eistet messbaren Beitrag zur Qualitätsverbesserung
- U msetzung in die tägliche Praxis bereits erfolgt
- S ektoren- und/oder berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit

sowie der eingereichten Unterlagen bewertet wurden. Drei Projekte gingen dabei als Finalisten hervor:

- ♦ LKH Deutschlandsberg mit dem Projekt OP-Management, praktisch und effizient – „Vom unkoordinierten Nebeneinander zum OP-timierten Miteinander“
- ♦ Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz mit dem Projekt GEKO: Geriatriischer Konsiliardienst zur medizinischen Versorgung von BewohnerInnen in Pflegeheimen
- ♦ LKH Hartberg mit dem Projekt „Riskieren Sie Qualität! Medical Team Training – Die menschliche Fehlbarkeit im Risikomanagement“

Im Vorfeld stellten sich diese drei Projekte der QSK, die in einem Hearing den Sieger 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 Projekts
- ♦ Wie groß war/ist das Veränderungspotenzial?
- ♦ Wie wurde/wird im Projekt mit der Genderthematik umgegangen? (z.B. geschlechtsspezifische Datenerhebung, betroffene PatientInnen etc.)

Über den Preis, gestaltet von KünstlerInnen der Lebenshilfe „Atelier Randkunst Lieboch“, freuten sich als diesjährige Gewinner die Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz.

4.3.1.2 Initiative PatientInnensicherheit Steiermark (IPS)

Auf Initiative der Gesundheitsplattform Steiermark haben sich im vergangenen Jahr 28 Spitäler im Rahmen der IPS mit dem Ziel zusammengeschlossen, die Sicherheit der PatientInnen im steirischen Gesundheitswesen gemeinsam systematisch zu verbessern. Ziel von IPS ist die Vernetzung der unterschiedlichen Learning & Reporting-Systeme für PatientInnensicherheit sowie die Entwicklung einer Methodik, um die Wirksamkeit solcher Systeme sichtbar zu machen und gemeinsames Lernen in den Vordergrund zu stellen. Zusätzlich wird beispielsweise die Schnittstellenthematik aktiv bearbeitet. Weiters werden neben Meldungen über Beinahefehler und Fehler auch Beschwerden und PatientInnenfeedback strukturiert in den Lernprozess eingebunden. Somit werden Erkenntnisse aus Beschwerdemanagement, Risikomanagement, Rückmeldungen aus Schadensfällen usw. im Sinne der PatientInnensicherheit genützt.

Abbildung 12 **SALUS 2012-Gewinner: Geriatrische Gesundheitszentren Graz**



Das Team der Geriatrischen Gesundheitszentren Graz mit Gesundheitslandesrätin Mag.ª Edlinger-Ploder (3. v.r.) und Ärztlichen Leiter der GKK, Dr. Pongratz (2. v.r.)

Beinahefehler und Fehler passieren. Insbesondere dort, wo viele Menschen unter oft hektischen Bedingungen zusammenarbeiten und komplexe, arbeitsteilige Leistungen erbringen, können auch Fehler auftreten. Krankenhäuser sind davon leider nicht ausgenommen. Um damit verbundene Schäden für PatientInnen zukünftig zu vermeiden, gibt es verschiedene Möglichkeiten. Die Anwendung von Checklisten vor der Durchführung von Operationen ist beispielsweise gut geeignet, um Risiken für Fehler zu reduzieren. Auch mithilfe sogenannter Fehlermeldesysteme können die wichtigsten Fehlerquellen in der eigenen Organisation erkannt werden. Die Meldungen über Beinahefehler erfolgt durch die MitarbeiterInnen der Organisation. Dadurch wird das Bewusstsein, dass Fehler auch in der eigenen Organisation auftreten können, enorm gesteigert. Gleichzeitig erhöht es die Bereitschaft, die dadurch eingeleiteten Veränderungsmaßnahmen durchzuführen, da sich die MitarbeiterInnen mit den Meldungen besser identifizieren können. Diese wesentliche Erkenntnis hat zur Einführung von Fehlermeldesystemen in Gesundheitseinrichtungen geführt. Dabei geht es nicht um die Fehler Einzelner oder ihre Vergesslichkeit und Unaufmerksamkeit. Im Fokus steht die Organisation. Es geht letztendlich darum, Mechanismen zu entwickeln, die Fehler oder Schäden für PatientInnen systematisch vermeiden helfen. Zu den häufigsten Fehlerarten zählen beispielsweise die Operation der falschen Seite, Verwechslungen von Blutkonserven, PatientInnenverwechslungen oder die falsche Dosierung von Medikamenten.

Im Rahmen der Initiative PatientInnensicherheit sind die teilnehmenden Einrichtungen verpflichtet, ein funktionierendes Learning & Reporting-System einzuführen und tagtäglich zu nutzen. Die Fehler und Beinahefehler werden in den jeweiligen Einrichtungen gemeldet, bearbeitet, und entsprechende Maßnahmen werden abgeleitet. Über die IPS haben die Einrichtungen auch die Möglichkeit, ihre Meldungen auch anderen zur Verfügung zu stellen. Ziel ist es, durch den Austausch der Meldungen über Risiken, Beinahefehler und Fehler von anderen Einrichtungen zu lernen, damit diese Gefahrenquellen überall bereits im Vorfeld minimiert werden können. Kein Beinahefehler oder Fehler soll dadurch zukünftig zweimal passieren müssen! Im Zuge der Teilnahme an der Initiative PatientInnensicherheit Steiermark wird die Einführung von sogenannten Learning & Reporting-Systemen forciert. IPS-Mitglieder, deren Systeme die Kriterien erfüllen, haben die Möglichkeit, sich um die IPS-Auszeichnung zu bewerben. Voraussetzung sind die Erfüllung der IPS-Kriterien und deren Nachweis anlässlich eines Peer Reviews durch Fachleute (IPS-Reviewer) vor Ort und die Mitarbeit im IPS-Feedbacksystem. Fünf steirische Krankenhäuser haben diese Auszeichnung für PatientInnensicherheit 2012 erhalten: LKH Deutschlandsberg, LKH Stolzalpe, Krankenhausverbund Feldbach-Fürstenfeld, UKH Graz sowie das UKH Kalwang.

Das Besondere an diesen Peer-Reviews ist, dass sie als Lernprozess zu verstehen sind. Die ExpertInnen kommen aus den steirischen Mitgliedereinrichtungen und haben die

Möglichkeit das L&R-System anderer Einrichtungen kennenzulernen. Die IPS-Reviewer kommen aus unterschiedlichen hierarchischen Ebenen und verschiedenen Berufsgruppen. Insgesamt wurden im vergangenen Jahr 54 Reviewer an vier Schulungsterminen ausgebildet. Ein weiterer wichtiger Lernprozess der IPS ist der Austausch über konkrete Meldungen aus den L&R-Systemen (IPS-Feedback-System). Dazu übermittelt jedes Mitglied zumindest einmal jährlich ein konkretes Beispiel aus seinem System. Diese Beispiele werden im sogenannten Best-Practice-Report anonymisiert unter den Mitgliedern ausgetauscht. Zum IPS-Feedback-System zählt auch die Erhebung der IPS-Indikatoren durch die teilnehmenden Einrichtungen. Ein wichtiges Lernfeld ist die gemeinsame Diskussion der Indikatoren im Rahmen eines Evaluierungsworkshops. Ziel ist es, dass jede Einrichtung durch den Vergleich mit anderen die Möglichkeit erhält, Verbesserungen für das eigene System zu identifizieren.

Die Teilnahme am Projekt IPS wurde für die steirischen Fondsspitäler erstmals an finanzielle Mittel geknüpft. Dazu wird ein Teil der bestehenden Mittel der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) nur dann an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt, wenn sich diese aktiv am Projekt beteiligen. Im Jahr 2012 waren folgende Kriterien für die Ausschüttung von insgesamt 14 Mio. Euro von Relevanz:

- ◆ Anmeldung zur IPS
- ◆ Teilnahme an der IPS-Reviewer Schulung (zwei MitarbeiterInnen je Krankenhaus)
- ◆ Übermittlung eines Best-Practice Beispiels (gem. IPS-Anforderungen) an die IPS
- ◆ Übermittlung eines Schnittstellenproblems (gem. IPS-Anforderungen) an die IPS

Abbildung 13 **IPS-Module** (Quelle: Gesundheitsfonds Steiermark)



4.3.1.3 „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 Maßnahmen zur Händehygiene den größten Ef-

fekt 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“ ins Leben gerufen. Die „AKTION Saubere Hände“ startete 2008 mit dem Ziel, die Compliance der Händedesinfektion in Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen. In Österreich gibt es keine derartige Kampagne. Weshalb sich die Gesundheitsplattform Steiermark entschlossen hat, die „AKTION Saubere Hände“ im steirischen Gesundheitswesen umzusetzen.

Die Verschleppung von Keimen ist ein relevantes Problem für alle Gesundheitssektoren. Die „AKTION Saubere Hände“ soll auf alle Sektoren des Gesundheitswesens – Krankenanstalten, stationäre Pflegeeinrichtungen, Reha-Einrichtungen, Rettungsdienste, Hauskrankenpflege und Arztpraxen – ausgerollt werden. Vorbild für die Steiermark sind andere österreichische Krankenanstalten, die sich bereits an der Aktion der deutschen KollegInnen beteiligen. Auf Initiative der Gesundheitsplattform Steiermark wird das deutsche Projekt „AKTION Saubere Hände“ (ASH) seit 2011 in der Steiermark umgesetzt. Als wertvoller Kooperationspartner konnte das Projektteam der „AKTION Saubere Hände“ der Charité Berlin gewonnen werden.

Derzeit sind österreichweit 40 Krankenanstalten Mitglieder der ASH, steiermarkweit haben sich 29 steirische Krankenanstalten entschlossen das Projekt umzusetzen. Zudem nehmen auch sechs steirische Pflegeeinrichtungen an der Kampagne teil.

Am 13. Juni 2012 fand bereits zum zweiten Mal ein Einführungstag zur „AKTION Saubere Hände“ im steirischen Gesundheitswesen im Schulungszentrum der LSF Graz statt. Als wichtiger Umsetzungspartner konnte die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft gewonnen werden. Klaus Vander vom Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie der KAGes und Josef Schwarz, Hygienefachkraft im LKH Hartberg und LKH Weiz, sind dabei als Fachexperten für Schulungsmaßnahmen im Rahmen der ASH tätig. Insgesamt nahmen über 50 TeilnehmerInnen aus den steirischen Krankenanstalten, stationären Pflegeeinrichtungen und Reha-Einrichtungen am Einführungstag teil. Zielgruppe der Veranstaltung waren im Speziellen alle Personen, die in die Umsetzung der Aktion involviert sind.

Am 16. Oktober 2012 organisierte der Gesundheitsfonds Steiermark erstmals einen österreichweiten Erfahrungsaustausch in Graz. Mehr als 130 interessierte MitarbeiterInnen aus Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und Reha-Einrichtungen nutzten die Gelegenheit zum gegenseitigen Austausch. Ein erfreuliches Detail in der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit war, dass auch MitarbeiterInnen aus deutschen Gesundheitseinrichtungen am Erfahrungsaus-

tausch teilgenommen haben. Auch Patricia van der Linden von der Charité Berlin kam zum Erfahrungsaustausch und berichtete über den Stand der ASH in Deutschland.

Der Nachmittag wurde von den Mitgliedern der „AKTION Saubere Hände“ gestaltet. Hierzu wurden die teilnehmenden Organisationen eingeladen die Umsetzung der Kampagne in ihrer eigenen Einrichtung vorzustellen.

Abbildung 14 Logo AKTION Saubere Hände



Das Klinikum Wels-Grieskirchen (Oberösterreich) hat sich als erstes österreichisches Krankenhaus dazu entschieden an der „AKTION Saubere Hände“ teilzunehmen. Andrea Binder berichtete in ihrem Vortrag über die ersten Erfahrungen mit dem Messinstrument der direkten Beobachtung und wie wichtig in diesem Zusammenhang die entsprechende Schulung der BeobachterInnen ist, um valide Ergebnisse zu erhalten. Das LKH Hartberg war das erste steirische Mitglied der ASH. Veronika Karner und Josef Schwarz stellten die aus ihrer Sicht wesentlichen „Geheimnisse“ einer erfolgreichen Umsetzung der Kampagne vor. Das LKH Hartberg und das Klinikum Wels-Grieskirchen konnten bereits das Zertifikat „Silber“ der „AKTION Saubere Hände“ erlangen. Das Kardinal Schwarzenberg'sche Krankenhaus (Salzburg) zählt ebenfalls zu den Pionieren und war eines der ersten Häuser in Österreich, welches sich an der deutschen Kampagne beteiligt hat. Rainer Hübl stellte dabei die Umsetzung der Kampagne vor. In diesem Zusammenhang war insbesondere interessant, dass zuerst die Angehörigen und BesucherInnen auf die Kampagne aufmerksam gemacht wurden und erst in der zweiten Phase die MitarbeiterInnen einbezogen wurden. Das Krankenhaus der Elisabethinen Graz hat erst im heurigen Jahr mit der Umsetzung der Kampagne begonnen. Karoline Prasser zeigte in ihrem Vortrag, dass man mit entsprechendem Engagement und Unterstützung der Führungskräfte auch in kurzer Zeit viel erreichen kann. Eveline Kerecz und Christian Pux von den Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) konnten aufgrund der Struktur der GGZ über ihre Umsetzungserfahrungen der Kampagne aus Sicht eines Krankenhauses und

Pflegeheimes berichten. Insbesondere die Umsetzung in den beiden Pflegeheimen stellte sich zunächst als schwierig heraus, da der Begriff „Krankenhausinfektion“ suggeriert, dass Pflegeheime davon nicht betroffen sind. Da Keime keine Grenzen kennen, hat sich auch das Bundesland Tirol dafür entschieden, die „AKTION Saubere Hände“ umzusetzen. Theresa Geley wies in ihrem Vortrag darauf hin, dass die Steiermark und Tirol in diesem Projekt zusammenarbeiten, um weitere Synergien der grenzüberschreitenden Kooperation zu nutzen.

Zusätzlich wird das Projekt von Joanneum Research evaluiert. Dazu wurde 2012 eine sogenannte Baseline-Befragung in allen steirischen Krankenanstalten durchgeführt. Ziel der Befragung ist es zu ergründen, ob durch die gesetzten Maßnahmen Verbesserungen erkennbar sind. Dabei geht es im Speziellen um die strukturelle Ausstattung in den Einrichtungen, aber vor allem auch die Einstellung und das Wissen der MitarbeiterInnen in Bezug auf das Thema Händehygiene. Die Follow-up-Befragung findet 2013 statt.

Die Teilnahme am Projekt „AKTION Saubere Hände“ wurde für die steirischen Fondsspitäler erstmals an finanzielle Mittel geknüpft. Dazu wird ein Teil der bestehenden Mittel der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) nur dann an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt, wenn sich diese aktiv am Projekt beteiligen. Im Jahr 2012 waren folgende Kriterien für die Ausschüttung von insgesamt sieben Mio. Euro von Relevanz:

- ◆ Anmeldung zur ASH
- ◆ Daten für die Evaluierung werden vollständig zur Verfügung gestellt (Spenderausstattung, Nachweis über durchgeführte Maßnahmen, gemeldete Daten aus dem Datenerfassungssystem HAND-KISS sowie die Unterzeichnung der Datennutzungsvereinbarung)
- ◆ Teilnahme an der MitarbeiterInnen-Befragung (Wissen in Bezug auf Händehygiene)

Abbildung 15 **Erfahrungsaustausch Oktober 2012**



v.l.n.r.: Josef Schwarz (LKH Hartberg), Klaus Vander (Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie), Lydia Springer (Gesundheitsfonds Steiermark), Athanasios Bogiatzis (Institut für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie), Patricia van der Linden (AKTION Saubere Hände Deutschland), Andrea Binder (Klinikum Wels-Gieskirchen), Gert Klima (Gesundheitsfonds Steiermark)

4.3.1.4 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 schon 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, Mengeninformation, 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 nach standardisierter Eigen- und Fremdanalyse 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. Deren Umsetzung und Auswirkungen sollen auch durch den Gesundheitsfonds monitorisiert werden. 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 Jahr 2012 wurden die drei Jahresschwerpunktindikatoren für das Jahr 2011 Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch bearbeitet. Krankenanstalten bzw. Abteilungen mit statistisch auffälligen Schwerpunktindikatoren wurden gebeten, diese Fälle zu analysieren. Parallel dazu wurden erste Abteilungsvorstände durch das BMG zu Peer-Reviewern ausgebildet, die österreichweit zum Einsatz kommen werden. Für Jänner 2013 wurde das erste Peer-Review in der Steiermark durch den Gesundheitsfonds vorbereitet und koordiniert. Dabei wird es für alle Beteiligten auch darum gehen, Erfahrungen mit diesem Instrument selbst als Basis für Verbesserungsmaßnahmen zu sammeln. Die bundesweite Entwicklung und Steuerung des Projekts erfolgt durch die A-

IQI-Steuerungsgruppe. Für die Daten des Jahres 2012 wurden die Schwerpunktindikatoren „Entfernung der Gallenblase“ und „Schlaganfall“ festgelegt, deren Bearbeitung im Lauf des Jahres 2013 geplant ist.

Der Gesundheitsfonds fungiert in diesem Projekt als Kommunikationsdrehscheibe zwischen der A-IQI-Steuerungsgruppe auf Bundesebene und den Krankenanstaltenträgern auf Landesebene. Unter Nutzung der Erfahrungen aus der Einführungsphase soll das System voraussichtlich Ende 2013 in den Routinebetrieb übergehen.

4.4 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

4.3.1.5 Mitgliedschaft Plattform Patientensicherheit (ANetPas)

Der Gesundheitsfonds Steiermark ist seit 1. Jänner 2010 Mitglied der Plattform Patientensicherheit „Austrian Network for Patient Safety“ (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

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.

4.4.1 Arbeitsgruppe LKF-Daten- und Leistungsmonitoring (medQK)

4.4.1.1 Ziele und Aufgaben

Die AG LKF-Daten und -Leistungsmonitoring 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 Aktivitä-

ten ist die Vereinheitlichung des Dokumentationsverhaltens in den Krankenanstalten zur Vermeidung von Fehl-, Über- oder Untercodierungen.

4.4.1.2 Mitglieder

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

Tabelle 24 **Liste der nominierten Mitglieder der AG Daten- und Leistungsmonitoring 2012**

Mitglieder	Institution
Mag. Dr. August Goms (Vorsitzender)	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H OE Medizinische Versorgungsplanung OE Medizinische Steuerung
Univ.-Prof. Ing. Dr. Gerhard Stark	Krankenhaus der Elisabethinen Graz
OA Dr. Harald Mayer	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz
DDr. ⁱⁿ Susanna Krainz (bis Juli 2012)	bisherige Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Dr. Adolf Pinegger	Stmk. Gebietskrankenkasse
Dr. Heinrich Leskowschek	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., Landeskrankenhaus Wagna
Univ.-Prof. Dr. Karlheinz Tscheliessnigg (bis Aug. 2012) Univ.-Prof. ⁱⁿ Dr. ⁱⁿ Freya-Maria Smolle-Jüttner (seit Sept. 2012)	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Medizinische Universität Graz

4.4.1.3 Arbeitsschwerpunkte 2012:

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 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 AG LKF-Daten- und Leistungsmonitoring (medQ) in vorangegangenen Prüfungen festgelegten und verwendeten Kriterien. Dabei wird das Minimal Basic Data Set, kurz MBDS, das zur Abrechnung der Leistungen an den Gesundheitsfonds übermittelt wird, mit der Dokumentation im Arztbrief verglichen.

Tabelle 25 **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

Datenqualitätsprüfung Zufallsstichprobe „Psychiatrie“

Ziel dieser Untersuchung war die stichprobenartige Überprüfung der Datenqualität der medizinischen Dokumentation in Bezug auf Diagnosen- und Leistungscodierung psychiatrischer Abteilungen ausgewählter Fondskrankenanstalten der Steiermark.

Nach dem Zufallsprinzip wurden pro Abteilung jeweils 30 Datensätze (MBDS) aus dem 1. Quartal 2012 ausgewählt. Es wurden die den Datensätzen entsprechenden Arztbriefe angefordert und die Diagnosen- und Leistungscodierung auf Richtigkeit, Vollständigkeit und Übereinstimmung mit der Krankengeschichte überprüft. Dabei wurden für die Prüfung die zuvor dargestellten Kriterien herangezogen.

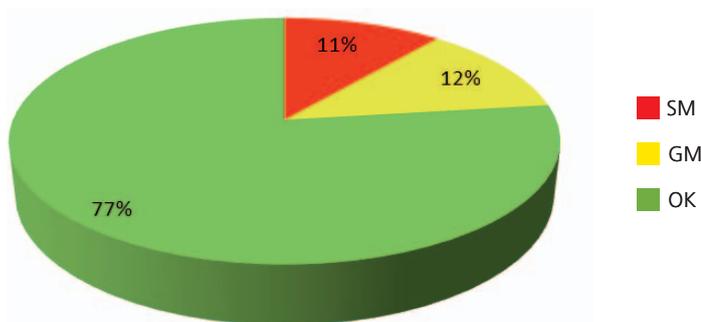
Im Rahmen dieser Prüfung wurden insgesamt 240 Zufallsstichproben aus der Dokumentation von den folgenden

Abteilungen angefordert, von denen allerdings nur 227 überprüfbar waren:

- ◆ LKH Univ.-Klinikum Graz
- ◆ LSF – Alkohol- und Drogen
- ◆ LSF – Allgemeinpsychiatrie 1
- ◆ LSF – Allgemeinpsychiatrie 2
- ◆ LSF – Allgemeinpsychiatrie 3
- ◆ LSF – Gerontopsychiatrie
- ◆ LSF – Kinder- und Jugendpsychiatrie
- ◆ BHB Eggenberg

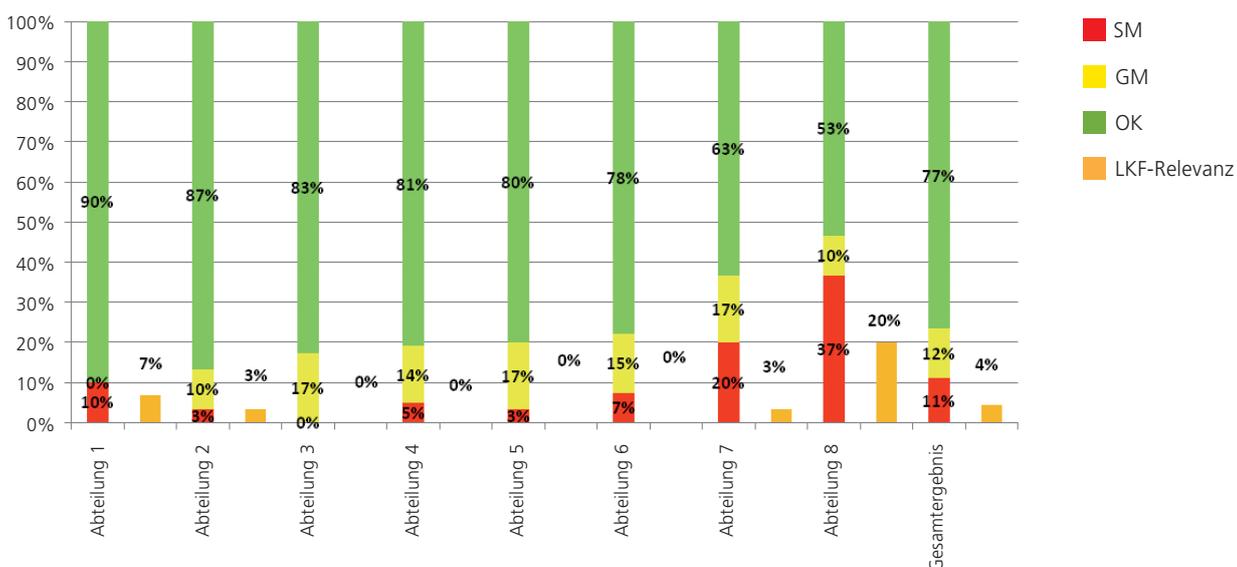
Von den 227 überprüfbaren Datensätzen waren 174 (77 %) vollkommen in Ordnung (OK), 28 (12 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 25 (11 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei 10 (4 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden.

Abbildung 16 **Gesamtergebnis Datenqualitätsprüfung Psychiatrie**



Die Detailergebnisse aus den einzelnen Abteilungen inklusive der LKF-relevanten Fehlcodierungen sind im folgenden Diagramm dargestellt:

Abbildung 17 **Gesamtergebnis Datenqualitätsprüfung Psychiatrie**



Datenqualitätsprüfung Zufallsstichprobe „Innere Medizin“

Ziel dieser Untersuchung war die stichprobenartige Überprüfung der Datenqualität der medizinischen Dokumentation in Bezug auf Diagnosen- und Leistungscodierung an Abteilungen für Innere Medizin ausgewählter Fondskrankenanstalten der Steiermark.

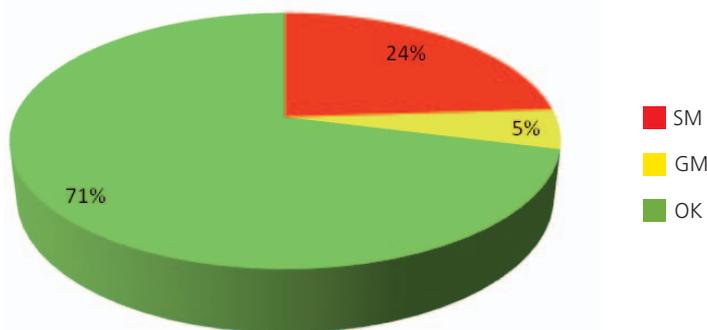
Nach dem Zufallsprinzip wurden pro Abteilung jeweils 30 Datensätze (MBDS) aus dem 1. Quartal 2012 ausgewählt. Es wurden die den Datensätzen entsprechenden Arztbriefe angefordert und die Diagnosen- und Leistungscodierung auf Richtigkeit, Vollständigkeit und Übereinstimmung mit der Krankengeschichte überprüft. Dabei wurden für die Prüfung die zuvor dargestellten Kriterien herangezogen.

Im Rahmen dieser Prüfung wurden insgesamt 390 Zufallsstichproben aus der Dokumentation von den folgenden Abteilungen gezogen.

- ◆ LKH Bruck/Mur
- ◆ LKH Feldbach
- ◆ LKH Fürstenfeld
- ◆ BHB Marschallgasse
- ◆ KH der Elisabethinen
- ◆ LKH Mürrzusschlag-Mariazell
- ◆ LKH Bad Radkersburg
- ◆ LKH Rottenmann
- ◆ DKH Schladming
- ◆ LKH Voitsberg
- ◆ LKH Weiz
- ◆ LKH Deutschlandsberg
- ◆ LKH Graz-West

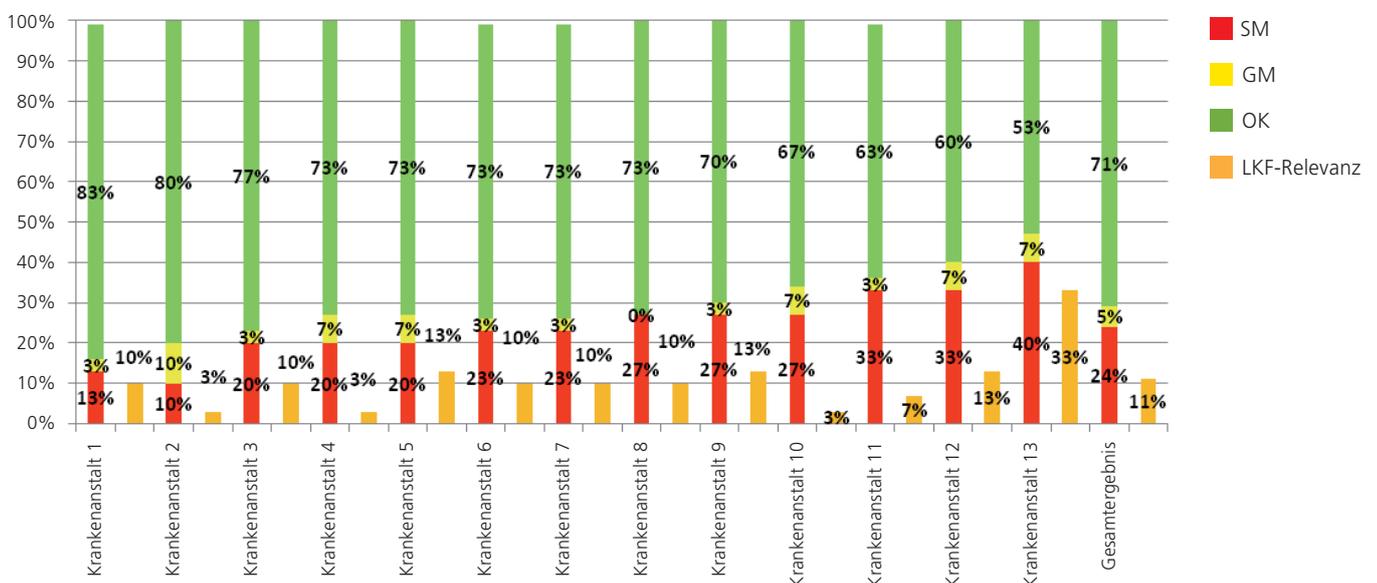
Von den 390 überprüften Datensätzen waren 276 (70,8 %) vollkommen in Ordnung (OK), 19 (4,9 %) wiesen geringe Mängel (GM) und 95 (24,4 %) wiesen schwere Mängel (SM) auf. Weiters waren bei 42 (10,8 %) Datensätzen LKF-relevante Mängel zu beanstanden.

Abbildung 18 **Gesamtergebnis Datenqualitätsprüfung Innere Medizin**



Die Detailergebnisse aus den einzelnen Abteilungen inklusive der LKF-relevanten Fehlcodierungen sind in der unten stehenden Liste und der darauf folgenden Grafik zusammengefasst:

Abbildung 19 **Detailergebnis Datenqualitätsprüfung Innere Medizin**



4.4.2 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 Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds (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 2012 fand ein Treffen in Wien statt.

4.4.3 Errors and 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 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 2012 hat der Gesundheitsfonds Steiermark gemeinsam mit den Trägern 128 Errorfälle und zahlreiche Warnings geprüft.

Entwicklung der Warningraten

In der nachstehenden Abbildung wird die Entwicklung der Warningrate zwischen 2006 und 2012 dargestellt. Im Jahr 2006 konnte erstmals ein deutlicher Rückgang der Warningrate verzeichnet werden, der sich in den letzten Jahren fortgesetzt hat. Im Jahr 2012 lag die Warningrate bei 0,7 % und war damit deutlich unter dem von der AG LKF-Daten- und Leistungsmonitoring festgelegten Wert von 1,5 %.

Tabelle 26 Entwicklung der Warningrate 2006 bis 2012

Entwicklung der Warningrate 2006 bis 2012							
Krankenanstalt	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
LKH Bad Aussee	2,5%	0,8%	1,9%	1,1%	1,5%		
LKH Bruck/Mur	0,2%	0,3%	0,5%	0,9%	1,0%	1,3%	1,1%
LKH Feldbach/Fürstenfeld *)	2,4%	0,2%	0,4%	0,7%	1,1%	0,8%	0,3%
LKH Fürstenfeld	2,6%	0,7%	0,8%	1,2%	0,9%	0,3%	
LKH Hörgas/Enzenbach	0,5%	1,0%	1,3%	1,1%	1,3%	0,5%	0,8%
LKH Univ.-Klinikum Graz	3,6%	1,4%	1,8%	1,4%	1,2%	0,8%	1,0%
Albert-Schweitzer-Klinik	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
KH BHB Marschallgasse	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
KH Elisabethinen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
LSF Graz	0,4%	1,9%	1,5%	0,9%	0,8%	0,6%	0,5%
KH BHB Eggenberg	0,3%	0,3%	0,1%	1,0%	0,4%	0,5%	0,5%
LKH Hartberg	0,3%	0,3%	0,4%	0,9%	1,4%	1,2%	1,6%
NTZ Kapfenberg	0,2%	0,6%	1,0%	0,3%	0,3%	1,2%	0,6%
LKH Leoben	1,3%	1,0%	1,4%	1,4%	1,2%	0,6%	0,5%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	5,5%	0,5%	0,1%	0,1%	1,1%	0,2%	0,0%
LKH Bad Radkersburg	0,1%	0,4%	0,6%	0,6%	0,6%	0,1%	0,0%
LKH Rottenmann/Bad Aussee	0,0%	0,0%	0,8%	0,5%	0,6%	0,2%	0,2%
DKH Schladming	0,1%	0,2%	0,4%	0,8%	0,7%	0,4%	0,3%
LKH Stolzalpe	0,2%	0,3%	0,7%	0,6%	2,8%	1,9%	1,1%
LKH Voitsberg	0,5%	0,5%	0,2%	0,7%	0,9%	0,5%	2,9%
MKH Vorau	0,7%	0,8%	1,0%	0,9%	1,0%	0,1%	0,0%
LKH Wagna	0,2%	0,3%	0,8%	0,8%	0,7%	0,2%	0,2%
LKH Weiz	0,0%	0,3%	0,5%	0,5%	0,5%	0,0%	0,0%
LKH Deutschlandsberg	0,6%	0,3%	0,4%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
LKH Judenburg/Knittelfeld	3,3%	1,0%	0,9%	0,8%	0,9%	0,4%	0,1%
LKH Graz-West	1,1%	0,9%	1,4%	1,9%	1,3%	1,9%	1,3%
Steiermark gesamt	1,6%	0,8%	1,0%	1,0%	1,0%	0,6%	0,7%

* Ab 2012 Krankenanstaltenverbund Feldbach/Fürstenfeld

4.5 e-Health

4.5.1 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 enormem Aufwand 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-Informationportal 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. Wesentliche Projekte des steirischen Gesundheitswesens werden ebenfalls im Rahmen des Gesundheitsportals in der Rubrik „Gesund leben“ dargestellt, wie beispielsweise die Gesundheitsziele Steiermark, die PlattformQ, die Initiative PatientInnensicherheit Steiermark, die AKTION Saubere Hände oder das Vorsorgeprojekt GEMEINSAM G'SUND GENIESSEN.

Das Gesundheitsportal Steiermark ist unter www.gesundheitsportal-steiermark.at erreichbar.

Seit der Ausgliederung der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds aus dem Amt der Steiermärkischen Landesregierung befindet sich die Website des Gesundheitsfonds ebenfalls im Gesundheitsportal (www.gesundheitsfonds-steiermark.at).

4.5.2 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 Krankenkostengesellschaft sowie die Fachhochschule Joanneum. Das Projekt wurde bewilligt und der Fördervertrag im Februar 2012 unterzeichnet.

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

Außerdem sollen die SteirerInnen durch den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien die Möglichkeit erhalten, fundierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen, eine aktive Rolle in ihrem Behandlungsprozess einzunehmen sowie effektiv mit dem medizinischen Personal zusammenzuarbeiten. Der Zugang für die PatientInnen wird mittels Bürgerkarte möglich sein.

Im ersten Projektjahr wurden die Grundlagenarbeiten – inkl. Erhebung der NutzerInnen-Erwartungen, Literaturrecherchen udgl. – sowie das technische Konzept und die Entscheidungsfindung für den Online-Zugang für PatientInnen abgeschlossen. Prototypen für die Ergebnisdarstellung wurden erstellt. Die Ermittlung der fachlich-physikalischen Grundlagen zur Ermittlung der effektiven Dosis ist derzeit in Umsetzung.

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.

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

4.6 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)
- 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
- Transplant-Beirat

◆ **AG Finanzierung und Gesundheit**

- Operative Steuerungsgruppe
- UAG Ausgabendämpfungspfad (urspr. AG Kassasturz)
- UAG Versorgungsprozesse und -strukturen

◆ **GeschäftsführerInnentreffen der Landesgesundheitsfonds**

◆ **AG Echkosten-Betriebsabgänge**

◆ **Plattform Patientensicherheit**

◆ **Wissenschaftlicher Beirat „System of Health Accounts“ (Gesundheitsausgaben)**

◆ **Diverse temporäre AG und ExpertInnengremien**

5. VERZEICHNISSE

5.1 Abbildungsverzeichnis	Seite	5.2 Tabellenverzeichnis	Seite
Abb. 1: Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark	9	Tab. 1: Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	11
Abb. 2: Gesundheitskonferenz 2012	20	Tab. 2: Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark ohne Stimmrecht	12
Abb. 3: Mittelherkunft-Mittelverwendungsrechnung 2012	27	Tab. 3: VertreterInnen ohne Stimmrecht gem. § 8 Abs. 7 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz	12
Abb. 4: Einnahmen 2012	27	Tab. 4: Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	12
Abb. 5: Mittelverwendung 2012	29	Tab. 5: Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2012	13
Abb. 6: Schematische Darstellung des Degressionsmodells	32	Tab. 6: Präsidium der Gesundheitsplattform Steiermark	14
Abb. 7: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	44	Tab. 7: Sitzungen und Ergebnisse des Präsidiums 2012	15
Abb. 8: Psychosoziales Versorgungsangebot in der Steiermark	46	Tab. 8: Gegenstand und Ergebnisse Umlaufbeschlüsse des Präsidiums 2012	15
Abb. 9: ICD-10-Diagnosen	47	Tab. 9: Mitglieder des Wirtschafts- und Kontrollausschusses	16
Abb. 10: Suizidraten in europäischen Ländern	49	Tab. 10: Mitglieder der Qualitätssicherungskommission	17
Abb. 11: Suizidraten in Österreich – Bundesländervergleich	49	Tab. 11: Mitglieder des Ausschusses zur Befassung mit Anzeigen an den Landeshauptmann zur Gründung einer Gruppenpraxis	18
Abb. 12: SALUS 2012 – Gewinner Geriatriische Gesundheitszentren Graz	57	Tab. 12: Mitglieder des Fachbeirats für Frauengesundheit	22
Abb. 13: IPS-Module	58	Tab. 13: MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds	23
Abb. 14: Logo AKTION Saubere Hände	59	Tab. 14: Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2009 und 2012	28
Abb. 15: Erfahrungsaustausch 10. Oktober 2012	60	Tab. 15: Regressanfragen zwischen 2009 und 2012	28
Abb. 16: Gesamtergebnis Datenqualitätsprüfung Psychiatrie	63	Tab. 16: Verwendung der Projekt- und Planungsmittel	30
Abb. 17: Detailergebnisse Zufallsstichprobe Psychiatrie	63	Tab. 17: Übersicht über die steirischen Fonds-krankenanstalten (KA-Statistik)	33
Abb. 18: Gesamtergebnis Datenqualitätsprüfung Innere Medizin	64	Tab. 18: Stationäre PatientInnen (KA-Statistik)	34
Abb. 19: Detailergebnisse Zufallsstichprobe Innere Medizin	64	Tab. 19: Belagstage (KA-Statistik)	35
		Tab. 20: Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)	36
		Tab. 21: Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt (KA-Statistik)	37
		Tab. 22: Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)	38
		Tab. 23: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung	45
		Tab. 24: Nominierte Mitglieder der AG Daten- und Leistungsmonitoring 2012	62
		Tab. 25: Prüfung Datenqualität	62
		Tab. 26: Entwicklung der Warningrate 2006 bis 2012	66

5.3 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung	EBA	Erstuntersuchung – Beobachtung - Aufnahme
AEE	Ambulante Erstversorgungseinheit	EbM	Evidence Based Medicine
AG	Arbeitsgruppe	EDV	Elektronische Datenverarbeitung
AG/R	Akutgeriatrie und Remobilisation	EFA	Early functional abilities
A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators	EUSOMA	European Society of Breast Cancer Specialists
ANetPas	Austrian Network for Patient Safety	FAG	Finanzausgleichsgesetz
AST	Aortenstenose	FH	Fachhochschule
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin	FOKO	Folgekostenprogramm der StGKK
BAG	Bundesamt für Gesundheit	Fonds-KA	Fondskrankenanstalten
BGK	Bundesgesundheitskommission	GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
BHB	Barmherzige Brüder	GeIst	Gesundheitsinformationssystem Steiermark
BHG	Bundeshaushaltsgesetz	GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz
BIP	Bruttoinlandsprodukt	GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen	GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
BKK	Betriebskrankenkasse	GWF	Gewichtungsfaktor
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	HD	Hauptdiagnose
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz	HTA	Health Technology Assessment
CABG	Coronary Artery Bypass Graft	IDC-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
CIRS	Critical Incidents Reporting System	IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
DE	Diabetes in Europe	IHS	Institut für Höhere Studien
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson	IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen	IPS	Initiative PatientInnensicherheit Steiermark
DKH	Diakonissen-Krankenhaus	IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
DMP	Disease Management Programm		
DQ	Datenqualität		

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
KRBV	Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung
LAP	Leistungsangebotsplanung
LDF	Leistungs- und Diagnosefallpauschale
LG	Landesgruppe
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LM	Leistungsmatrix
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud
MBDS	Minimal Basic Data Set
medQK	ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle
MEL	Medizinische Einzelleistung
MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
MIA	Mütter in Aktion
MPT	Mobile Palliativ-Teams
MR	Magnet-Resonanz

MRT	Magnetresonanztomograph
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
SUPRA	Suizidprävention Austria
StKAG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz
SV	Sozialversicherung
UAG	Unterarbeitsgruppe
UUAG	Unterunterarbeitsgruppe
WHO	World Health Organization
ZAE	Zentrale Aufnahme-Einheit
ZD	Zusatzdiagnose

6.2 Gewinn- und Verlustrechnung

Gesundheitsfonds Steiermark: Gewinn- und Verlustrechnung 2012					
		2012 EUR		2011 TEUR	
I.	Erträge gemäß Art. 15a B-VG Vereinbarung				
1.	Ertrags- und USt-Anteile				
	Ertragsanteile des Bundes	38.923.104,74		37.432	
	USt-Anteile der Länder	27.555.613,00		26.307	
	USt-Anteile der Gemeinden	18.641.416,00		17.796	
	Summe Ertrags- bzw. USt-Anteile		85.120.133,74		81.536
2.	Beiträge des Bundes / BGA:				
	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 2	3.284.920,59		3.159	
	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 3	11.768.750,34		11.730	
	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 4	16.638.505,00		15.567	
	Beiträge gemäß Art. 21 Abs. 2 Z 5	12.238.941,56		11.661	
	Vorweganteile gemäß Art. 17 Abs. 4 Z 1 lit b)	4.360.000,00		4.360	
	Summe Beiträge des Bundes / BGA		48.291.117,49		46.477
3.	Mittel der Sozialversicherung				
	Pauschalbetrag der Sozialversicherung	649.966.423,63		621.685	
	Kostenanteile/Kostenbeiträge nach § 447 ASVG	4.249.238,09		4.276	
	Zusätzliche Mittel GGZ Graz	2.749.581,03		2.630	
	Summe Mittel der Sozialversicherung				628.591
4.	Zusatzmittel aus FAG 2005 - 2008	9.360.209,80	9.360.209,80	9.359	9.359
5.	Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs 3 KAKuG	1.350.173,84	1.350.173,84	1.351	1.351
6.	Betriebsabgangsdeckung Land	396.453.339,00	396.453.339,00	375.299	375.300
	Summe Haupterträge		1.197.540.216,62		1.142.614
II.	Übrige Erträge				
1.	Ausländische GastpatientInnen Stationär	8.203.336,58		7.390	
2.	Ausländische GastpatientInnen Ambulant	709.998,14		325	
3.	Regresserinnahmen	2.066.439,22		1.470	
4.	Beihilfe nach GSBG 1996	142.005.204,57		69.648	
5.	Zinserträge	687.232,89		796	
6.	Reformpoolprojektanteile	0,00		115	
7.	Sonstige Erträge	710,18		0	
8.	Erlösberichtigung Vorjahre	0,00		-26	
9.	Ambulante Hämodialysen	1.721.214,90		340	
10.	Vorsorgestrategie	0,00		8	
11.	Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	0,00		36	
	Summe Übrige Erträge		155.394.136,48		80.102
III.	Summe Ordentliche Erträge		1.352.934.353,10		1.222.716
IV.	Vergütungen an Fondskrankenanstalten				
1.	Stationäre Vergütungen (inkl. PSO Bad Aussee)	-695.839.100,00		-673.404	
2.	PSO Bad Aussee	0,00		-7.650	
3.	Ambulante Vergütungen	-50.880.247,00		-49.639	
4.	Ambulante Dialyseleistungen	-6.546.940,90		-6.753	
5.	Hospiz- und Palliativversorgung	-4.924.445,22		-4.519	
6.	Wachkomafinanzierung GGZ Graz	-1.357.275,15		-1.474	
	Summe 1.-6.		-759.548.008,27		-743.439
7.	Kostenanteile/Kostenbeiträge nach § 447 ASVG	-4.249.238,09		-4.276	
8.	Beihilfe nach GSBG 1996	-142.005.204,57		-69.648	
	Summe 7.-8.		-146.254.442,66		-73.924
	Summe Vergütungen an Fondskrankenanstalten		-905.802.450,93		-817.363

6.2 Gewinn- und Verlustrechnung

Gesundheitsfonds Steiermark: Gewinn- und Verlustrechnung 2012					
		2012 EUR		2011 TEUR	
V.	Zahlungen für den Kooperationsbereich				
	1.	Reformpoolprojekte	-151.231,26		-977
	2.	Hospizfälle	-451.985,00		-1.070
	3.	Druckbeatmungsgeräte	-96.773,57		-120
		Summe Kooperationsbereich		-699.989,83	-2.167
VI.	Struktur-, Projekt- und Planungsmittel				
	1.	Sozialpsychiatrische u. psychosoz. Versorgung	-11.143.186,00		-13.169
	2.	Wochentags-Nachtbereitschaftsdienst	-2.755.947,59		-2.797
	3.	Projekt- und Planungsmittel	-1.728.010,26		-1.288
		Summe Struktur-, Projekt- und Planungsmittel		-15.627.143,85	-17.254
VII.	Strukturbedingte Maßnahmen				
	1.	Maßnahmen gemäß Art. 1 Abs. 1 Z 3	-141.280,32		-1.851
		Summe Strukturbedingte Maßnahmen		-141.280,32	-1.851
VIII.	Aufwendungen Geschäftsstelle				
	1.	Personalrefundierungen	-727.972,85		0
	2.	Verwaltungsaufwand	-42.462,15		0
		Summe Aufwendungen Geschäftsstelle		-770.435,00	0
IX.	Sonstige Leistungen				
	1.	Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs 3 KAKuG	-1.350.173,84		-1.351
	2.	Betriebsabgangsmittel Fondskrankenanstalten	-396.453.339,00		-375.300
	3.	Vorsorgestrategie	0,00		-8
	4.	Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	-1.034.107,55		-824
	5.	Abschreibungen	-678,17		-2
	6.	Kontoführungsspesen	-533,37		0
		Summe Sonstige Leistungen		-398.838.831,93	-377.485
X.	Summe Ordentliche Aufwendungen			-1.321.880.131,86	-1.216.120
XI.	Betriebsergebnis			31.054.221,24	6.596
XII.	Auflösung und Zuführung von Rückstellungen				
	1.	Auflösung von Rückstellungen			
		Projektmittel	0,00		1.288
		Ausländische GastpatientInnen Stationär	0,00		7.640
		Strukturbedingte Maßnahmen	0,00		78
		Summe Rückstellungsaufösungen		0,00	9.006
	2.	Zuführung zu Rückstellungen			
		Projektmittel	-1.060.911,74		-2.089
		Strukturbedingte Maßnahmen	-5.858.719,68		-210
		Kooperationsbereich	-542.764,93		-7.152
		Ausländische GastpatientInnen Stationär	-7.090.693,33		0
		Aufwendungen Geschäftsstelle (Miete)	-41.947,38		0
		Urlaubsrückstellung	-3.911,41		0
		Summe Rückstellungsbildungen		-14.598.948,47	-9.451
XIII.	Auflösung und Zuführung Kostendeckungsrücklage				
	1.	Auflösung	0,00		0
	2.	Zuführung		-16.455.272,77	-6.151
		Summe Rücklagenzuführung			-6.151
XIV.	Jahresergebnis			0,00	0

6.3 Bestätigungsvermerk

Bestätigungsvermerk

Bericht zum Rechnungsabschluss

Wir haben den beigefügten Rechnungsabschluss des

Gesundheitsfonds Steiermark, Graz

für das Rechnungsjahr vom 01. Jänner 2012 bis zum 31. Dezember 2012 unter Einbeziehung der Buchführung geprüft. Dieser Rechnungsabschluss umfasst die Bilanz zum 31. Dezember 2012, die Gewinn- und Verlustrechnung für das am 31. Dezember 2012 endende Rechnungsjahr sowie die Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2012.

Unsere Verantwortung und Haftung ist analog zu § 275 Abs 2 UGB (Haftungsregelungen bei der Rechnungsabschlussprüfung einer kleinen oder mittelgroßen Gesellschaft) gegenüber der Gesellschaft und auch gegenüber Dritten mit insgesamt 2 Millionen Euro begrenzt.

Verantwortung der gesetzlichen Vertreter für den Rechnungsabschluss und für die Buchführung

Die gesetzlichen Vertreter des Gesundheitsfonds Steiermark sind für die Buchführung sowie für die Aufstellung eines Rechnungsabschlusses verantwortlich, der ein möglichst getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Gesundheitsfonds in Übereinstimmung mit den österreichischen gesetzlichen Regelungen vermittelt. Diese Verantwortung beinhaltet: Gestaltung, Umsetzung und Aufrechterhaltung eines internen Kontrollsystems, soweit dieses für die Aufstellung des Rechnungsabschlusses und die Vermittlung eines möglichst getreuen Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Gesundheitsfonds von Bedeutung ist, damit dieser frei von wesentlichen Fehldarstellungen ist, sei es auf Grund von beabsichtigten 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 Abschlussprüfung

Unsere Verantwortung besteht in der Abgabe eines Prüfungsurteils zu diesem Rechnungsabschluss 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 Standesregeln einhalten und die Prüfung so planen und durchführen, dass wir uns mit hinreichender Sicherheit ein Urteil darüber bilden können, ob der Rechnungsabschluss frei von wesentlichen Fehldarstellungen ist.

Eine Prüfung beinhaltet die Durchführung von Prüfungshandlungen zur Erlangung von Prüfungsnachweisen hinsichtlich der Beträge und sonstigen Angaben im Rechnungsabschluss. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemäßen Ermessen des Abschlussprüfers unter Berücksichtigung seiner Einschätzung des Risikos eines Auftretens wesentlicher Fehldarstellungen, sei es auf Grund von beabsichtigten oder unbeabsichtigten Fehlern. Bei der Vornahme dieser Risikoeinschätzung berücksichtigt der Abschlussprüfer das interne Kontrollsystem, soweit es für die Aufstellung des Rechnungsabschlusses und die Vermittlung eines möglichst getreuen Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des Fonds von Bedeutung ist, um unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen geeignete Prüfungshandlungen festzulegen, nicht jedoch um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit der internen Kontrollen des Fonds 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 Rechnungsabschlusses.

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 Rechnungsabschluss nach unserer Beurteilung den gesetzlichen Vorschriften und vermittelt ein möglichst getreues Bild der Vermögens- und Finanzlage des Fonds zum 31. Dezember 2012 sowie der Ertragslage des Fonds für das Rechnungsjahr vom 01. Jänner 2012 bis zum 31. Dezember 2012 in Übereinstimmung mit den österreichischen Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung.

Aussagen zu den Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2012 (insoweit sie in sinngemäßer Anwendung den unternehmensrechtlichen Bestimmungen des Lageberichtes entsprechen)

Die Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2012 sind, insoweit sie in sinngemäßer Anwendung den unternehmensrechtlichen Bestimmungen des Lageberichtes entsprechen, auf Grund der gesetzlichen Vorschriften darauf zu prüfen, ob sie mit dem Rechnungsabschluss in Einklang stehen und ob die sonstigen Angaben in den Erläuterungen zum Rechnungsabschluss 2012 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 Rechnungsabschluss in Einklang stehen.

Die Erläuterungen, insoweit sie in sinngemäßer Anwendung den unternehmensrechtlichen Bestimmungen des Lageberichtes entsprechen, stehen nach unserer Beurteilung im Einklang mit dem Rechnungsabschluss.

K&E Wirtschaftstreuhand GmbH



MMag. Renate Kubat Mag. Dr. Hannes Greimer
Wirtschaftsprüfer

Graz, am 10. Mai 2013

Die Veröffentlichung oder Weitergabe des Rechnungsabschlusses mit unserem Bestätigungsvermerk darf nur in der von uns bestätigten Fassung erfolgen. Dieser Bestätigungsvermerk bezieht sich ausschließlich auf den deutschsprachigen und vollständigen Rechnungsabschluss. Für abweichende Fassungen sind die Vorschriften des § 281 Abs 2 UGB zu beachten.

6.4 Fondkrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2012)

Rechtsträger/Krankenanstalt	Adresse	
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH		
LKH Bruck a.d. Mur	Tragösserstraße 1	8600 Bruck a.d. Mur
LKH Feldbach/Fürstenfeld		
Standort Feldbach	Ottokar-Kernstock-Straße 18	8330 Feldbach
Standort 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	Radmeisterstraße 7	8790 Eisenerz
LKH Mürzzuschlag/Mariazell		
Standort Mürzzuschlag	Grazer Straße 63-65	8680 Mürzzuschlag
Standort Mariazell	Spitalsgasse 4-8	8630 St. Sebastian
LKH Bad Radkersburg	Dr. Schwaiger-Straße 1	8490 Bad Radkersburg
LKH Rottenmann/Bad Aussee		
Standort Rottenmann	St. Georgen 2-4	8786 Rottenmann
Standort Bad Aussee	Sommersbergseestraße 396	8990 Bad Aussee
LKH Stolzalpe	Stolzalpe 38	8852 Stolzalpe
LKH Voitsberg	Conrad-von-Hötzendorf-Straße 31	8570 Voitsberg
LKH Wagner	Pelzmannstraße 18	8435 Wagner
LKH Weiz	Franz-Pichler-Straße 85	8160 Weiz
LKH Deutschlandsberg	Radlpassstraße 29	8530 Deutschlandsberg
LKH Judenburg/Knittelfeld		
Standort Judenburg	Oberweggasse 18	8750 Judenburg
Standort Knittelfeld	Gaaler Straße 10	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	Bergstraße 27	8020 Graz
Therapiestation für Drogenkranke – „WALKABOUT“	Johannes-von-Gott-Straße 12	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 Vorau Gemeinnützige GmbH		
Marienkrankenhaus Vorau	Spitalstraße 101	8250 Vorau
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz		
Albert-Schweitzer-Klinik	Albert-Schweitzer-Gasse 36	8020 Graz
ROMED Austria Klinik Consulting Grundbesitzgesellschaft mbH		
AMEOS-Klinikum Bad Aussee	Sommersbergseestraße 395	8990 Bad Aussee

6.5 LDF-Pauschalen – Darstellung der Einzelkomponenten

Krankenanstalt	Leistungskomponente		Tageskomponente		Punkte BDOG überschritten		Intensivpunkte		Mehrfleistungszuschlag		Punkte spez. Leistungsbereiche		Punkte total
LKH Bruck/Mur	13.695.954	24,42%	28.804.588	51,36%	2.805.922	5,00%	5.967.480	10,64%	3.484.538	6,21%	1.330.368	2,37%	56.088.850
LKH Feldbach/Fürstenfeld *	11.249.008	21,58%	30.580.965	58,68%	3.587.042	6,88%	4.404.282	8,45%	2.296.788	4,41%	-	0,00%	52.118.085
AMEOS Klinikum Bad Aussee **	-	0,00%	8.520.130	100,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	8.520.130
LKH Hörgas-Enzenbach	1.385.315	9,23%	7.892.722	52,60%	1.465.358	9,77%	2.187.697	14,58%	28.081	0,19%	2.046.756	13,64%	15.005.929
LKH Univ.-Klinikum Graz	68.746.225	22,35%	141.420.915	45,98%	18.086.934	5,88%	51.371.038	16,70%	24.299.354	7,90%	3.660.823	1,19%	307.585.289
Albert-Schweitzer-Klinik	404.032	3,66%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	435.420	3,94%	10.209.810	92,40%	11.049.262
KH BHB Marschallgasse	6.870.459	22,04%	18.016.115	57,80%	1.882.272	6,04%	2.729.038	8,76%	1.670.914	5,36%	-	0,00%	31.168.798
KH Elisabethinen	7.631.589	27,40%	15.589.883	55,97%	1.058.026	3,80%	934.720	3,36%	1.459.697	5,24%	1.179.957	4,24%	27.853.872
LSF Graz	2.266.134	3,40%	43.433.171	65,09%	12.750.224	19,11%	413.020	0,62%	1.744.998	2,62%	6.120.597	9,17%	66.728.144
KH BHB Eggenberg	1.296.740	6,10%	15.181.421	71,41%	4.703.799	22,12%	-	0,00%	78.502	0,37%	-	0,00%	21.260.462
LKH Hartberg	3.805.319	16,88%	15.344.883	68,06%	1.027.112	4,56%	2.090.510	9,27%	278.135	1,23%	-	0,00%	22.545.959
NTZ Kapfenberg	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	-	0,00%	7.993.661	100,00%	7.993.661
LKH Leoben	12.760.738	16,92%	41.059.351	54,44%	4.605.172	6,11%	13.307.071	17,65%	2.551.906	3,38%	1.131.128	1,50%	75.415.366
LKH Mürrzuschlag/Mariazell	692.321	6,53%	5.895.799	55,58%	1.363.469	12,85%	839.532	7,91%	13.101	0,12%	1.803.672	17,00%	10.607.894
LKH Radkersburg	6.331.733	34,17%	10.494.163	56,64%	754.980	4,07%	555.068	3,00%	391.962	2,12%	-	0,00%	18.527.906
LKH Rottenmann/Bad Aussee	3.237.670	12,57%	14.969.382	58,13%	1.559.775	6,06%	3.021.416	11,73%	219.711	0,85%	2.743.486	10,65%	25.751.440
DKH Schladming	3.720.267	25,18%	9.251.512	62,62%	912.957	6,18%	424.986	2,88%	464.594	3,14%	-	0,00%	14.774.316
LKH Stoizalpe	7.053.127	26,38%	14.991.356	56,07%	1.778.516	6,65%	250.900	0,94%	2.660.911	9,95%	-	0,00%	26.734.810
LKH Voitsberg	1.774.081	11,78%	8.960.567	59,51%	697.735	4,63%	1.654.420	10,99%	133.245	0,88%	1.836.666	12,20%	15.056.714
MKH Vorau	2.372.892	17,55%	7.816.105	57,81%	414.655	3,07%	390.632	2,89%	33.617	0,25%	2.491.470	18,43%	13.519.371
LKH Wagner	2.887.636	16,48%	11.341.615	64,73%	1.025.405	5,85%	2.064.900	11,78%	202.828	1,16%	-	0,00%	17.522.384
LKH Weiz	2.346.613	20,47%	7.619.820	66,48%	605.920	5,29%	767.304	6,69%	121.913	1,06%	-	0,00%	11.461.570
LKH Deutschlandsberg	3.274.582	16,39%	13.765.596	68,90%	991.384	4,96%	1.728.020	8,65%	220.033	1,10%	-	0,00%	19.979.615
LKH Judenburg/Knittelfeld	6.756.775	19,09%	21.173.753	59,81%	1.854.812	5,24%	3.830.756	10,82%	874.505	2,47%	911.758	2,58%	35.402.359
LKH Graz-West	5.170.565	16,26%	18.235.165	57,33%	2.225.569	7,00%	4.074.612	12,81%	2.099.280	6,60%	-	0,00%	31.805.191
	175.729.775	18,61%	510.358.977	54,04%	66.157.038	7,00%	103.007.402	10,91%	45.764.033	4,85%	43.460.152	4,60%	944.477.377

Datenbasis: MBDS-Korrekturmeldung; 31.03.2013
 * Ab 2012 Krankenanstaltenverbund Feldbach/Fürstenfeld
 ** Die AMEOS-Klinik Bad Aussee wurde ab 2012 in die leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung übernommen.

6.6 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 Beratungsgespräches 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.



**GESUNDHEITSPLATTFORM
STEIERMARK**

Gesundheitsfonds Steiermark
Friedrichgasse 9, 8010 Graz
www.gesundheitsfonds-steiermark.at