

Geschäftsbericht 2012

Tätigkeit und Gebarung



Oö. Gesundheitsfonds
Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben



Auskünfte

Oö. Gesundheitsfonds
Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben (Oö. GFi)
4021 Linz, Bahnhofplatz 1
Tel.: 0732/7720-14204
Fax: 0732/7720-14355
E-Mail: gesundheitsfonds.post@ooe.gv.at
<http://www.land-oberoesterreich.gv.at>

Impressum

Herausgeber: Oö. Gesundheitsfonds
Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben (Oö. GFi)
4021 Linz, Bahnhofplatz 1

Linz, im Mai 2013

© Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit Quellenangabe und Zustimmung des Oö. GFi gestattet.

INHALTSVERZEICHNIS

OÖ. GESUNDHEITSFONDS	8
Grundlagen.....	8
Gründung.....	8
Aufgaben.....	9
STRUKTUR	11
Organisation.....	12
AKTIVITÄTEN IM KOOPERATIONSBEREICH	14
Übergreifende Kooperationsvorhaben.....	14
Abgeschlossene Reformpoolprojekte – Übergang in den Regelbetrieb.....	17
Laufende Reformpoolprojekte und -vorhaben.....	18
OÖ. GESUNDHEITSFONDS – GESCHÄFTSSTELLE FÜR INTRAMURALE AUFGABEN (OÖ. GFI)	20
Organigramm – Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben.....	22
BESCHREIBUNG DES LKF-SYSTEMS	23
Dokumentation.....	23
Gesamtdarstellung des LKF-Systems.....	24
LKF-Weiterentwicklung 2001 - 2013.....	25
Bepunktungsprogramm zum LKF-Kernbereich.....	26

MEDIZINISCHE DATENQUALITÄT	27
Rechtliche Grundlage.....	27
Überprüfung MBDS – „Schwerpunktprüfung“	27
Überprüfung Intensiveinheiten 2012	27
Zusätzliche Leistungen.....	28
BERICHT ÜBER DIE GEBARUNG	30
Jahreserfolgsrechnung	30
Jahreserfolgsrechnung – grafische Darstellung.....	33
Jahresbestandsrechnung.....	34
Vergleich Voranschlag – Jahresabschluss 2012.....	36
LKF-Gebührenersätze je Krankenanstalt.....	40
Punktwert für sozialversicherte stationäre Patientinnen und Patienten.....	42
Zusammensetzung der LKF-Punkte.....	45
Ambulanzgebührenersätze 2012.....	46
Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten und medizinisch-technische Großgeräte.....	48
Strukturmittel	50
KENNZIFFERN	52

Abkürzungsverzeichnis:

ALGP	Ausländische Gastpatientinnen u. -patienten
BKT	Bezirkskoordinationsteam
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
e GP OÖ	Elektronische Gesundheitsplattform Oberösterreich
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
FAG	Finanzausgleichsgesetz
GDA	Gesundheitsdatenanbieter
GG	Großgeräte
GGP	Großgeräteplan
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
HV	Hauptverband
IVS	integrierte Versorgung am Beispiel Schlaganfall in Oö.
KA	Krankenanstalt
KAG	Krankenanstaltengesetz
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KAL	Katalog ambulanter Leistungen
KB	Kostenbeitrag
KE	Kostenerstattung
LA	Lenkungsausschuss
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppe
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LPT	Landesprojektteam
MBDS	Minimum Basic Data Set
MEL	Medizinische Einzelleistung
NSM	Nahtstellenmanagement
Oö. GFi	Oberösterreichischer Gesundheitsfonds - Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben
OÖKAP/GGP	Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan
PEF	Patientenentschädigungsfonds
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SHV	Sozialhilfverband
SV	Sozialversicherung
VR	Versorgungsregion

Sehr geehrte Damen und Herren!
Sehr geehrte Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher!

Um unser ausgezeichnetes Gesundheitssystem für die Zukunft erhalten und finanziell absichern zu können, haben die Partner Bund, Sozialversicherung und Länder bereits im Juni 2012 die Eckpfeiler der Gesundheitsreform in Grundsätzen ausverhandelt.

Kern der Reform ist ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem: Erstmals werden über alle Sektoren hinweg gemeinsame Versorgungsziele, Planungswerte, Versorgungsprozesse und -strukturen, Qualitätsparameter und Finanzziele festgelegt, die sowohl für die Krankenanstalten als auch für den niedergelassenen Bereich gelten. Auf Landesebene wird ein Zielsteuerungsvertrag zur Planung der medizinischen Ausgestaltung und Zukunftsentwicklung des Landes zwischen den Sozialversicherungsträgern und dem Land abgeschlossen.



Schwerpunkte zum Wohle der Patientinnen und Patienten sind:

- Best point of service: Versorgung der Patientinnen und Patienten zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität.
- Integrierte Versorgung: Verbessert werden soll die patientenorientierte, sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung
- Zielgerichteter Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention durch Schaffung eines Präventionsfonds
- Sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Patientensicherheit und Qualität

Darüber hinaus wurde ein Finanz- bzw. Ausgabendämpfungspfad festgelegt, der zur langfristigen Absicherung des ausgezeichneten österreichischen Gesundheitssystems notwendig ist. Durch die Oö. Spitalsreform II wird der vorgegebene Ausgabendämpfungspfad im Spitalsbereich bereits erfüllt, es sind keine zusätzlichen Maßnahmen notwendig!

Mit dem vorliegenden Bericht möchte ich Ihnen einen transparenten Überblick über die Tätigkeiten und Zahlen des Oö. Gesundheitsfonds bieten. Ich bedanke mich an dieser Stelle sehr herzlich bei all jenen, die im Gesundheitswesen in Oberösterreich aktiv mitarbeiten und mithelfen, damit wir weiterhin das beste und höchste Niveau in der medizinischen Versorgung in Oberösterreich gewährleisten können.

Vorsitzender der Gesundheitsplattform des Oö. Gesundheitsfonds
Landeshauptmann
Dr. Josef Pühringer



Oö. Gesundheitsfonds

Grundlagen

Mit der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens bekennen sich die Vertragsparteien zu einer umfassenden medizinischen Versorgung für alle Menschen unabhängig vom Alter und Einkommen. Dabei gelten die Grundsätze der solidarischen Finanzierung, eines gleichen und niederschweligen Zugangs zu Leistungen sowie hoher Qualität und Effizienz bei der Leistungserbringung. Weiters verbinden die Vertragsparteien mit der Vereinbarung die Zielsetzung, ausgehend vom Bedarf der Patientinnen und Patienten, Gesundheitsprozesse so zu gestalten, dass Vorsorge, Diagnose, Behandlung, Rehabilitation und Pflege in einer zweckmäßigen Abfolge und von der richtigen Stelle in angemessener Zeit mit gesicherter Qualität und mit bestmöglichem Ergebnis erbracht werden. Die Vertragsparteien kommen weiters überein, sich an den zentralen Public-Health-Grundsätzen zu orientieren.

Inhaltliche Schwerpunkte der Vereinbarung sind ua.:

- Intensivierung der erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich, Weiterentwicklung des Kooperationsbereiches (Reformpool), sektorenübergreifende Finanzierung von ambulanten Leistungen,
- Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens, zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung eine flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens, die Grundsätze für ein Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern,
- Unterstützung der Arbeiten zum Auf- und Ausbau der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologien (wie ELGA, eCard, eHealth) auf Basis einer Kosten-Nutzenbewertung, die Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze

Gründung

Zur Umsetzung der in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der im Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz umschriebenen Aufgaben im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung wurde beim Land Oberösterreich ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit mit Sitz in Linz eingerichtet. Der Fonds trägt die Bezeichnung "Oö. Gesundheitsfonds" und ersetzt seit 1.1.2006 den bisherigen Oö. Krankenanstaltenfonds.

Aufgaben

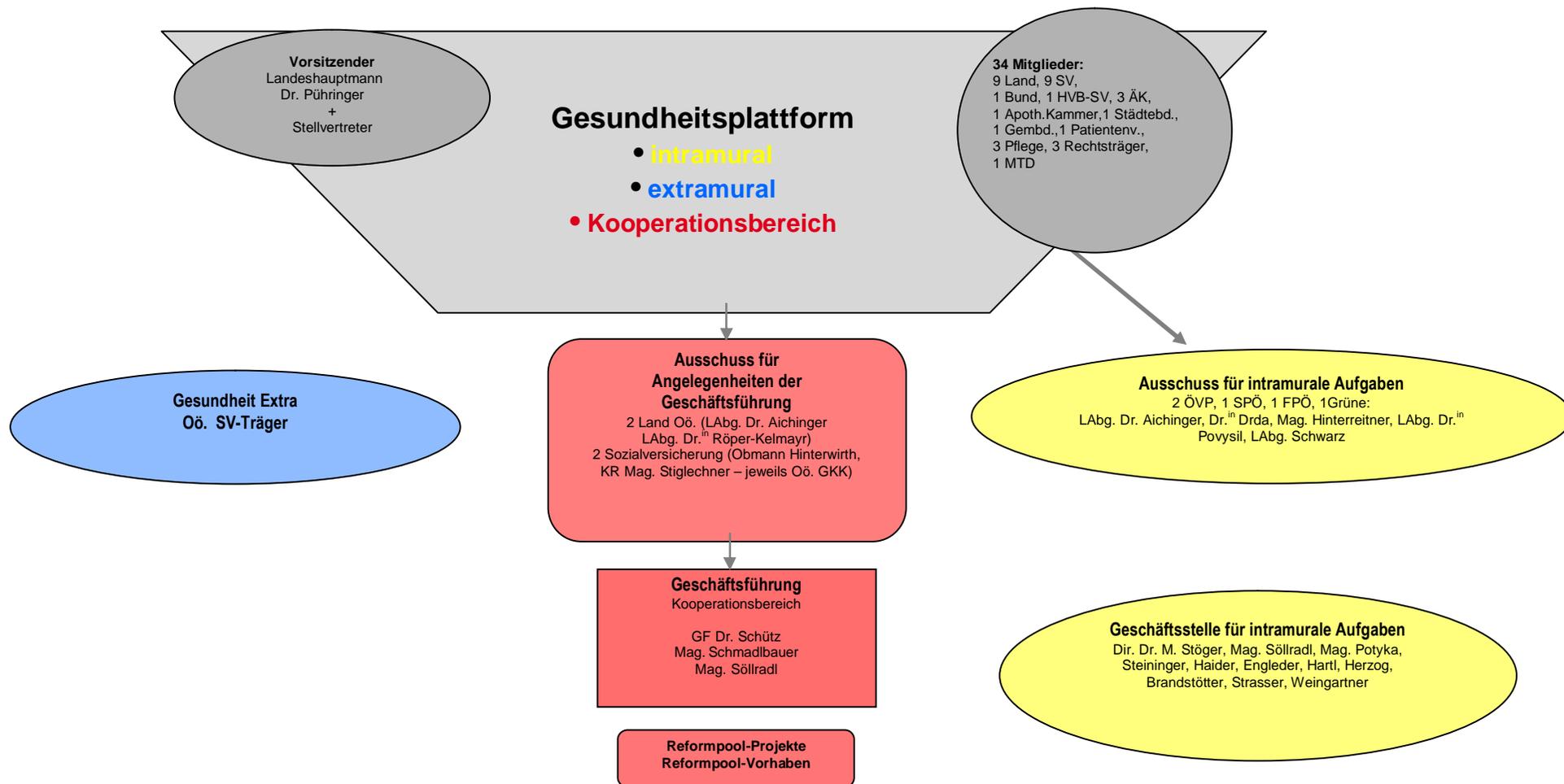
Gemäß § 2 Abs. 1 des Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz hat der Fonds zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens in Oberösterreich insbesondere folgende Aufgaben wahrzunehmen:

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. Mitwirkung bei der Erstellung konkreter Pläne (Detailplanungen gemäß Art. 3 und 4 der Vereinbarung) für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z 1 zu berücksichtigen sind;
4. 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. Marktbeobachtung und Preisinformation;
9. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung;
10. Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren (Reformpool);
11. Realisierung von gemeinsamen Modellversuchen zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/oder Ärztezentren etc.);
12. Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich;
13. Aufgaben, die dem Fonds durch das Land Oberösterreich übertragen werden;
14. Evaluierung der von den Gesundheitsplattformen auf Länderebene wahrgenommenen Aufgaben;
15. Genehmigung der von der Geschäftsführung zu erstellenden Voranschläge und Rechnungsabschlüsse für das jeweilige Geschäftsjahr (Kalenderjahr).

Darüber hinaus sind § 2 Abs. 2 im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung folgende Aufgaben, die in der **alleinigen Zuständigkeit des Landes** stehen, wahrzunehmen:

1. Abgeltung von Leistungen der Krankenanstalten für inländische Patientinnen und Patienten, für die eine Leistungspflicht der Träger der Sozialversicherung gemäß Art. 25 der Vereinbarung besteht;
2. Abrechnung der Kosten für die Erbringung von Leistungen der Krankenanstalten für ausländische Gastpatientinnen und -patienten auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit;
3. Genehmigung von Neu-, Zu- und Umbauten, der Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte und die Gewährung allfälliger Investitionszuschüsse an die Träger der Krankenanstalten;
4. Gewährung allfälliger Mittel zur Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen (Strukturreformen) und Planungen;
5. Überprüfung der Verwendung der finanziellen Zuwendungen an die Träger der Krankenanstalten;
6. Überprüfung der Grundlagen für die Erbringung der stationären und ambulanten Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere der Datenqualität der Diagnose- und Leistungsdokumentation;
7. Erlassung von Richtlinien für die in Z 1 bis 6 angeführten Maßnahmen, insbesondere hinsichtlich der Gewährung und Abwicklung finanzieller Zuwendungen;
8. Genehmigung der vom Amt der Landesregierung zu erstellenden Voranschläge und Rechnungsabschlüsse für das jeweilige Geschäftsjahr (Kalenderjahr);
9. Handhabung des Sanktionsmechanismus auf Landesebene gemäß Art. 40 der Vereinbarung;
10. sonstige Aufgaben, die aus Mitteln des intramuralen Bereichs finanziert werden.

Struktur



Organisation

Organ des Oö. Gesundheitsfonds ist die **Gesundheitsplattform**, in der die maßgeblichen Entscheidungen getroffen werden. Zur Vorbereitung der Plattformsitzungen wurden Ausschüsse eingerichtet. Nach Art. 15 der Art. 15a B-VG-Vereinbarung sind in der Gesundheitsplattform neben weiteren Mitgliedern das Land und die Sozialversicherung zu gleichen Teilen sowie der Bund vertreten:

stimmberechtigte Mitglieder

- **LReg – ÖVP**
 LAbg. Dr. Walter Aichinger
 Mag.^a Dr.ⁱⁿ Elgin Drda
 Landeshauptmann-Stv. Franz Hiesl
 Landeshauptmann Dr. Josef Pühringer
 KO LAbg. Mag. Thomas Stelzer
- **LReg – SPÖ**
 Landesrat Josef Ackerl
 LAbg. Dr.ⁱⁿ Julia Röper-Kelmayr
- **LReg – Der Freiheitliche Landtagsklub**
 LAbg. Dr.ⁱⁿ Brigitte Povysil
- **LReg – Klub der Grünen im Oö. Landtag**
 LAbg. Ulrike Schwarz
- **SV-Oö. GKK**
 Dr. Walter Grunt
 Obmann Felix Hinterwirth
 Obmann Stv. Albert Maringer
 Dr. Gerhard Mayr
 Dir.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Andrea Wesenauer
 KommR Mag. Julius Stiglechner
- **SV-Sonderversicherungsträger**
 Direktor Ferdinand Hanl
 Dr. Josef Striegl
- **SV-PVA**
 Mag. Franz Röhrenbacher
- **Bund**
 Mag. Gerhard Embacher

Mitglieder mit beratender Funktion

- **Ärztammer für Oberösterreich**
 Kurienobmann Dr. Harald Mayer
 Präsident Dr. Peter Niedermoser
 Kurienobmann MR Dr. Thomas Fiedler
- **AG der PflegedirektorInnen und Pflegedienstleiter von Oö.**
 DGKS Klara Dienstl
- **AKH Allgemeines Krankenhaus der Stadt Linz GmbH**
 Verwaltungsdirektor Dr. Karl Lenz
- **gespag**
 Mag. Karl Lehner
- **Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger**
 Mag.^a Christine Monika Engl
- **Oö. Gemeindebund**
 LAbg. Bgm. Johann Hingsamer
- **Oö. Ordensspitäler Koordinations GmbH**
 Mag. Peter Ausweger
- **Oö. Patienten- und Pflegevertretung**
 Dr.ⁱⁿ Renate Hammer
- **Oö. Städtebund**
 Vizebürgermeisterin Dr.ⁱⁿ Christiana Dolezal
- **Österreichische Apothekerkammer**
 Mag.^a Dr.ⁱⁿ Ulrike Mursch-Edlmayr
- **Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverband Oberösterreich**
 DGKP Horst Muhr
- **Pflegebeirat für Oö.**
 Dir. DGKP Martha Böhm
- **Dachverband MTD Austria**
 Elisabeth Starlinger, Orthoptistin

Für die Beschlussfassung in der Plattform gilt Folgendes:

1. bei Angelegenheiten, die sowohl in die Zuständigkeit des Landes als auch der Sozialversicherung fallen, ist ein Einvernehmen zwischen den Mitgliedern des Landes und der Sozialversicherung erforderlich. Jedem der anwesenden Mitglieder des Landes und der Sozialversicherung sowie dem Mitglied des Bundes kommt je eine Stimme zu, wobei für die Beschlussfassung die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich ist und zwischen den Mitgliedern des Landes und der Sozialversicherung Einstimmigkeit vorliegen muss;
2. in Angelegenheiten gemäß § 2 Abs. 2 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz sind nur die anwesenden Mitglieder des Landes und das Mitglied des Bundes stimmberechtigt, wobei für die Beschlussfassung die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich ist;
3. in Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit der Sozialversicherung besteht, sind nur die anwesenden Mitglieder der Sozialversicherung und das Mitglied des Bundes stimmberechtigt, wobei für die Beschlussfassung die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich ist und zwischen den Mitgliedern der Sozialversicherung Einstimmigkeit vorliegen muss;
4. bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, hat der Bund das Vetorecht;

Zur Erledigung der Aufgaben des **§ 2 Abs. 2** des Oö. Gesundheitsfonds-Gesetzes, die in die alleinige Zuständigkeit des Landes fallen, ist ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Die diese Aufgaben erledigende **Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben (Oö. GFi)** <http://www.land-oberoesterreich.gv.at> - siehe Themen - Gesundheit – Gesundheitseinrichtungen) verwaltete im Jahr 2012 Mittel in der Höhe von ca. 1,9 Mrd. Euro, mit denen vor allem 18 Fondskrankenanstalten (Landes-, Ordens- und Gemeindekrankenanstalten) durch LKF-Gebührenersätze, Ambulanzgebühren und Investitionszuschüsse finanziert wurden.

Die Mittel wurden ua. von Bund, Land, Gemeinden und Sozialversicherungen zur Verfügung gestellt und ua. mittels der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung von der Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds den 18 Krankenanstalten zugerechnet.

Der Fonds ist verpflichtet, dem Landtag jährlich im Wege der Landesregierung einen Bericht über die Tätigkeit und Gebarung vorzulegen.

Für die Besorgung der laufenden Geschäfte gemäß **§ 2 Abs. 1**, die Gesamtkoordination des intra- und extramuralen Bereichs, die Vorbereitung der Sitzungen und Koordinierung der Vollziehung der Beschlüsse der Gesundheitsplattform, die Erstellung eines Voranschlags und Rechnungsabschlusses für die von ihr zu verwaltenden Mittel wurde eine **Geschäftsführung** (<http://www.oogesundheitsfonds.at/>) eingerichtet, die sich aus einem Geschäftsführer, einem Vertreter des extramuralen Bereichs und einem Vertreter des intramuralen Bereichs zusammensetzt.

Aktivitäten im Kooperationsbereich

Im Jahr 2012 wurden 2 Sitzungen der Oö. Gesundheitsplattform abgehalten:

- 17. Sitzung am 13. Juni 2012 mit Beschlüssen aus dem intramuralen Bereich (ua. LKF Abrechnung, Spitalsreform) und dem Kooperationsbereich
- 18. Sitzung am 20. November 2012 mit Beschlüssen aus dem intramuralen Bereich (ua. Aufteilung der Ambulanzgebührenersätze 2012, Voranschlag 2013) und dem Kooperationsbereich

Der Kooperationsbereich umfasst alle Aktivitäten im Zusammenhang mit Reformpoolprojekten und übergreifenden Kooperationsvorhaben. Im Folgenden werden die laufenden Vorhaben näher ausgeführt.

Übergreifende Kooperationsvorhaben

a) Nahtstellenmanagement NSM:

Das Jahr 2011 und somit die Umsetzungsphase wurde durch die Abnahme des Abschlussberichtes im Lenkungsausschuss abgeschlossen und mit 1.1.2012 begann die sogenannten Stabilisierungsphase. Im ersten Quartal 2012 wurde der Prüfbericht des Landesrechnungshofes vorgelegt und die darin enthaltenen Empfehlungsmaßnahmen im Landesprojektteam (LPT) besprochen. Die Stabilisierungsphase des Projekts diente der Überführung in den Regelbetrieb, indem besonderes Augenmerk auf die Intensivierung der Kooperationsbeziehungen und auf die Festigung der aufgebauten Koordinationsstrukturen gelegt wurde.

Um dieses Ziel 2012 verfolgen zu können bzw. den Bezirkskoordinationsteams (BKTs) einen Erfahrungs- und Kommunikationsaustausch bieten zu können, wurden Anfang 2012 die sogenannten Wissenskonzferenzen konzipiert. Die Wissenskonzferenzen dienen dem Erfahrungs- und Wissensaustausch zwischen den BKTs und als Reflexionsbasis mit dem Landesprojektteam. Somit stand der Austausch zwischen den Bezirken untereinander sowie zwischen Bezirk und LPT im Vordergrund der Wissenskonzferenzen. Sechs Konzferenzen mit hoher Teilnehmerquote, vielen Fragen sowie spannende Diskussionspunkte waren das Ergebnis dieser Kommunikationsplattform. Um den Austausch mit Materialien zu unterstützen wurden 2012 folgende Unterlagen entwickelt und innerhalb der BKTs verteilt:

- NSM Handbuch Version 2.3
- NSM Ziele-Plakate
- NSM Instrumentenmappe
- NSM Newsletter

Im LA (Lenkungsausschuss) am 4. Mai 2012 wurden nochmals die geringfügig adaptierten Instrumente (einheitliches Pflegebegleitschreiben sowie Arztbrief) beschlossen und die Erarbeitung einer Best-Practice Datei in Auftrag gegeben. Diesen Auftrag übernahm das Landesprojektteam und entwickelte bis Jahresende 2012 eine erste Testversion der CIRSmedical NSM Best-Practice Datei (CIRS=Critical Incident Reporting-System). Bei der

Best-Practice Datei handelt es sich um ein Problemmelde- und Lernsystem. Verbesserungsansätze und sogenannte „Best-Practice Beispiele“ aus den Bezirkskoordinationsteams sollen oberösterreichweit allen BKT-Mitgliedern zugänglich sein. Einerseits können Problemfelder oder Problemfälle anonym beschrieben werden, gleichzeitig ist hierfür ein Lösungsvorschlag aus Praxissicht einzubringen, Experten (Vertreter aus dem LPT) werden bei Bedarf einen Fachkommentar abgeben. Andererseits können Bezirkskoordinationsteams ihre „Best-Practice-Beispiele“ bzw. Musterlösungen abspeichern und damit anderen Bezirken in OÖ zur Verfügung stellen. Über die Homepage des Oö. Gesundheitsfonds kann in das CIRS System eingestiegen sowie sämtliche wichtigen Informationen zur Best-Practice Datei abgerufen werden

(<http://www.oogesundheitsfonds.at/index.php/nsm/best-practice-datei>). Die Testversion der Best-Practice Datei wurde im Dezember 2012 fertiggestellt und mit Ende Jänner 2013 ging das CIRS System online.

Im Herbst 2012 wurde im LPT das NSM Jahresprogramm für 2013 entwickelt sowie der NSM Abschlussbericht der Phase IV erarbeitet.

b) eHealth:

Das Jahr 2012 gestaltete sich aus Sicht der Umsetzungsaktivitäten entlang der eHealth Strategie für OÖ und auch in der Rückschau auf die ELGA-Aktivitäten auf Bundesebene als eine äußerst ereignisreiche und turbulente Phase. Aufgrund interner Umstrukturierungen innerhalb der Betreiber- und Teilnehmer-Organisationen in Wels konnte die Chance zur Konsolidierung der bereits errichteten Domänen Grundversorgung OÖ und WE.G.E.42 zu einem gemeinsamen „ELGA-Bereich OÖ“ genutzt werden. Nach der Aktualisierung des technischen Lösungsdesigns wurde im Herbst die Migration aller bereits angebotenen Pilot-Gesundheitsdiensteanbieter (GDA's) auf die neue technische Infrastruktur der eGesundheitsplattform OÖ (eGP OÖ) abgeschlossen. Entsprechend der parallel zum technischen Projekt in den OÖ eHealth-Gremien vereinbarten Priorisierung der Ausweitungstätigkeiten wurden neben konkreten Anbindungsprojekten für weitere Krankenanstalten (AKH Linz, KH der Elisabethinen) auch bereits Vorbereitungen für die Anbindung von Alten- und Pflegeheimen getroffen.

Die im letzten Geschäftsbericht bereits angekündigte Genehmigung des „neuen“ Informationsverbundes „Gesundheitsnetz OÖ“ konnte planmäßig erreicht werden; gemeinsam mit den ebenfalls abgeschlossenen Verträgen der eHealth-Regulierungsstelle mit den beiden Betreiberorganisationen gespag und Klinikum Wels-Grieskirchen liegt nun auch die durchgängige rechtliche Grundlage für die Nutzung der neuen technologischen Möglichkeiten durch die vernetzten Gesundheitsdienstleister in OÖ vor.

Zum Nachweis und zur Steuerung des adressierten Nutzens der Verwendung der modernen technologischen Werkzeuge im Gesundheitsnetz OÖ wurde eine Praxisstudie zielgerichtet auf die Verhältnisse in OÖ erarbeitet und den eHealth-Entscheidergremien präsentiert. Der darin dokumentierte Nutzen wird vor allem in der Vermeidung administrativer Aufwände und medizinisch nicht indizierter Leistungserbringungen und damit auch zielgerichtet auf Kostendämpfungen ohne medizinisch/pflegerische Qualitätseinbußen erwartet. Für den Nachweis resultierender Effekte und eine aktive Steuerung des adressierten Nutzenpotenzials wurden zusätzlich auch Mechanismen für ein „Nutzencontrolling“ erarbeitet.

Für die dauerhafte Legitimation und Finanzierung des Betriebs der eGP-OÖ wurden auf Basis einer aktualisierten Einschätzung der (auch hinsichtlich der künftig im ELGA-Kontext erwarteten) Rahmenbedingungen mehrere Varianten auf Expertenebene vorbereitet. Durch die eingetretenen Verzögerungen in den ELGA-Entwicklungen auf Bundesebene wurde eine Fortführung des „Pilotbetriebs“ auch auf der neuen technischen Plattform notwendig. Die Organisation und Legitimation eines künftigen Echtbetriebs des „ELGA-Bereichs OÖ“ unter Berücksichtigung der auf Bundesebene noch nicht vorliegenden Vorgaben kann auf der Grundlage der vorbereiteten Varianten in den nächsten Jahren zielgerichtet detailliert und umgesetzt

werden. Wenn möglich (und konkreter Bedarf kommuniziert wird) kann bei dieser Regelung auch eine Mitnutzung der beschafften Infrastruktur durch weitere öffentliche Einrichtungen im Gesundheitswesen mitberücksichtigt werden.

Die mittlerweile aus der themenspezifischen Arbeit und den praktischen Piloterfahrungen gewonnenen Erkenntnissen der OÖ eHealth-Experten wird bereits seit langer Zeit in die ELGA-Vorbereitungen auf Bundesebene intensiv eingebracht. Neben den fachlichen Tätigkeiten in Expertengruppen und offiziellen ELGA-Gremien wurde diese Vorreiterrolle auch bereits in mehreren praktischen Pilotprojekten, wie zum Beispiel mit dem zentralen Patienten-Index oder auch dem GDA-Index der ELGA, unter Beweis gestellt.

Diese Aktivitäten haben naturgemäß durch die Beschlussfassung des „ELGA-Gesetzes“ im November 2012 eine intensive neue Dynamik erfahren. Die mittlerweile deutlich wahrnehmbare Aufbruchsstimmung wurde auch im Appell der Landes-Gesundheitsplattform zur Intensivierung der internen Vorbereitungsarbeiten seitens der Trägerorganisationen im OÖ Gesundheitswesen verstärkt. Es ist nicht mehr die Frage, ob eine Anbindung an eHealth/ELGA-Strukturen umzusetzen sein wird, sondern nur noch, wann und wie schnell die jeweilige Organisation die Voraussetzungen im eigenen Umfeld schaffen kann.

Im Rahmen der Überprüfung der Aktivitäten im Zusammenhang mit eHealth und ELGA durch den OÖ Landesrechnungshof hat der Beschluss des ELGA Gesetzes wesentlich dazu beigetragen, die umfangreichen, längerfristigen, aber auch sehr innovativen Aktivitäten der OÖ eHealth-Proponenten in einem überwiegend positiven Resümee darzustellen. Aufgrund der im Gesetz geforderten Umsetzungsfristen musste jedoch das Vorhaben einer regionalen Intensivierung der Nutzung der eGP-OÖ (im Sinne einer „eHealth-Pilotregion“) fallen gelassen werden. Stattdessen wird 2013 intensiv daran gearbeitet werden, die exzellenten Voraussetzungen in OÖ für eine offizielle ELGA-Pilotierung als „ELGA-Bereich OÖ“ zu nutzen.

c) Ambulante Versorgung in OÖ:

Die Zielsetzung der Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern des Oö. Gesundheitsfonds, der Oö. GKK, der Oö. Ärztekammer und der Krankenanstalten-Trägern wurde zu Beginn des Jahres 2012 nochmals definiert: Es soll weiterhin der lösungsorientierte Ansatz verfolgt werden, die Gesundheitsversorgung zum „best point of service“ zu bringen.

Daneben wurde die Thematik der Zuweisungssteuerung in die Krankenanstalt innerhalb der Arbeitsgruppe diskutiert.

Abgeschlossene Reformpoolprojekte – Übergang in den Regelbetrieb

a) Integrierte Versorgung am Beispiel Schlaganfall in OÖ (Projekt OOE/01/2006)

Das sich bereits im Regelbetrieb befindliche Projekt konzentrierte sich im Jahr 2012 auf die Informations- und Kommunikationsschiene. Dazu wurden spezielle Folder für die Stakeholder entwickelt und auch die Einbindung in den neuen Medien wurde thematisiert. Durch die in Oberösterreich eingeleiteten Maßnahmen konnten bereits bei der medikamentösen Auflösung von Blutgerinnsel (Thrombolyse) und bei der 7-Tage-Sterblichkeit im Krankenhaus internationale Spitzenwerte erreicht werden.

Ein sehr gutes Zeugnis stellte der Bundesrechnungshof dem OÖ-Programm aus: „Durch das oberösterreichische Reformpoolprojekt konnten deutliche Verbesserungen in der Schlaganfallversorgung erreicht werden“, hieß es in einem veröffentlichten Bericht.

b) Strukturierte Diabetikerbetreuung in Oberösterreich (Projekt OOE/02/2006)

Im 2. Halbjahr 2012 konnte man bereits einen kontinuierlichen Anstieg der Teilnehmerate sehen, wenn auch nicht im vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger gewünschten Ausmaß (Anzahl eingeschriebener Patienten: 8.196; Anzahl eingeschriebener Ärzte: 300). Es wurden zahlreiche Maßnahmen zur Steigerung der Teilnehmerate gesetzt wie zB Pilotprojekt der Apotheken in Oö., Ärztefolder, Argumentationspapier, Rundschreiben, Schulungen für Ärzte und Ordinationsteams etc..

Das Land Oö. hat eine Befragung der gespätag-Krankenanstalten bezüglich Schulung und Betreuung von TypII-Diabetikern durchgeführt. Folgende Ergebnisse brachte die Befragung:

- Schulungen und Betreuungen finden in den meisten Krankenhäusern statt
- Einige Krankenanstalten können sich eine Erweiterung/Umstellung auf „Therapie Aktiv“ vorstellen
- Einige Krankenanstalten schulen bereits nach dem Düsseldorfer Modell

Für die weitere Vorgehensweise einigte sich darauf, dass die Ambulanzen auf Therapie Aktiv Schulung bzw. Betreuung umsteigen. In zwei Krankenhäusern soll nun ein Pilotbetrieb mit Therapie Aktiv aufgenommen werden. Wenn sich die Piloten bewähren, soll in einer Plattform-sitzung nach Vorliegen der positiven Ergebnisse das Ersuchen an alle Krankenanstalten ergehen die Schulung/Betreuung von TypII-Diabetikern in ihren Häusern auf Therapie Aktiv-Standard umzustellen.

Laufende Reformpoolprojekte und -vorhaben

a) Gesundheitszentrum Wels (Projekt OOE/04/2007)

Das Reformpoolprojekt wurde wie vereinbart mit 30.06.2012 beendet und in eine Tagesklinik des Klinikums Wels-Grieskirchen überführt.

Folgende Vorteile ergeben sich dadurch:

- Keine Veränderung des Systems
- Betriebswirtschaftliche Potentiale durch Führung als Tagesklinik können realisiert werden
- Erfahrungen der Behandlungsabläufe aus dem Projekt können umgesetzt werden
- Kein Aufbau von Parallelstrukturen – die gesamte Tagesklinik der Augenabteilung kann als Einheit geführt werden
- Sicherung der Ausbildungsqualität durch Fallzahlen und OP Möglichkeiten für Assistenten gewährleistet.

b) Verbesserung der medizinischen Versorgung in Alten- und Pflegeheimen (Projekt OOE/05/2008)

Die FH Oberösterreich evaluierte die Pilotierung eines ärztlichen Koordinators in zwei Alten- und Pflegeheimen welche sehr unterschiedliche Ergebnisse aufwies. Die physiotherapeutische Versorgung seitens der OÖGKK wurde bedarfsorientiert aufgestockt und die fachärztliche Versorgung vor Ort in den Fächern Neurologie und Psychologie pilotiert. Im Bereich der Dermatologie und Augenheilkunde wurde von der OÖGKK ein Konzept mit dem Vorschlag einer Pilotierung nach einem Stufenplan (Vertragsärzte – Wahlärzte – Krankenhausärzte je nach Verfügbarkeit) ausgearbeitet. Das Ökotool für Verbandstoffe wurde fertig gestellt. Die Applikation ist über das Internet aufrufbar und Informationen darüber werden direkt an die Heime versandt. Die OÖGKK hat ebenso ein Konzept für die Forderung von Fortbildungen für medizinisch und pflegerisches Personal im Alten- und Pflegeheim erstellt. Die Abstimmung dieser Aktivitäten erfolgte zwischen der OÖGKK und dem Land OÖ bilateral.

c) Konzeption einer integrierten Versorgung demenziell erkrankter Menschen IVD (Projekt OOE/06/2008)

Innerhalb der Steuerungsgruppe wurde im Frühjahr 2012 ein Pilotierungskonzept entwickelt und von der Plattform im Juni 2012 freigegeben. Als wichtiger Schritt folgte die Konstituierung eines IVD (Integrierte Versorgung Demenz)-Managements sowie Erstellung eines Aktionsplans für 2012 und 2013. Das IVD Management übernahm im Herbst 2012 ihre Funktion und begann mit der Konkretisierung der Pilotierung in Stadt Wels und Kirchdorf. Des Weiteren wurden Leistungsinhalte gemeinsam mit den Professionalisten erarbeitet und eine Erstellung eines Evaluierungskonzeptes ins Auge gefasst.

d) Kinder- und Jugendkompetenzzentrum KIJK (ehemals Fit4life – Integrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Auffälligkeiten im emotionalen, kognitiven, sozialen und Verhaltensbereich) (OOE/08/2008)

Das Kinder- und Jugendkompetenzzentrum Innviertel, KiJuk, nahm seinen Betrieb an den Standorten Pramet und Andorf im Oktober 2011 auf. Ebenso zeitgerecht wurde in Mauerkirchen im Jänner 2012 gestartet. Dem einher gingen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit (Pressekonferenz, Präsentation des Projektes in der Region Innviertel, Schreiben an die Ärzte, etc...), Gespräche mit den Jugendwohlfahrtsbehörden. Prinzipiell werden Kinder- und Jugendliche zw. 0 und 19 Jahren (mit Toleranzbreite im Ermessen des Teams), bzw. deren Eltern betreut. Im Berichtszeitraum stellte sich aber heraus, dass der Schwerpunkt der Betreuung im Alter zwischen 3 und 14 Jahren liegt. Vor allem die Übergänge (Kindergarten, Volksschule, weiterführende Schule) bzw. die damit verbundenen oder zu Tage tretenden Probleme veranlassen Eltern das KiJuk aufzusuchen.

Die Art der Zuweisung verändert sich immer mehr mit der Dauer des Projektes. Kamen zu Beginn die Kinder und Jugendlichen bzw. deren Eltern vor allem über therapeutische Einrichtungen in das KiJuk, so erhöht sich die Zusammenarbeit mit diversen externen Einrichtungen, welche zuweisen, immer mehr. An erster Stelle der externen Zuweiser stehen die Kindergärten vermehrt aber die Schulen der Region, welche sich vor allem Diagnosen bezüglich der Auffälligkeiten der Kinder- und Jugendlichen und Unterstützung der Eltern im Umgang mit den Kindern, und daraus resultierenden auch eine Erleichterung im Schulalltag, erhoffen.

Mittlerweile gibt es mit den niedergelassenen Ärzten der Region aber auch mit den Krankenhäusern eine gute Vernetzung vor allem aber auch bezüglich Nachbetreuung und Kontrolle sowohl in therapeutischen als auch in medizinischer Hinsicht.

Der Träger übermittelt quartalsmäßig eine Leistungsstatistik und soziodemographische Daten über die Leistungsbezieher.

e) Sozialpsychiatrisches Ambulanzzentrum (SPAZ)

Das sozialpsychiatrische Ambulanzzentrum stellt eine Vernetzung zwischen intra- und extramuralen Akteuren dar. Im Konkreten existiert diese Vernetzung zwischen dem Landesnervenklinik Wagner Jauregg und pro mente OÖ. Die Evaluierung soll aufzeigen, ob die Ziele erreicht wurden, die in der Diskussion auf zwei wesentliche Punkte komprimiert wurden:

1. Der stationäre Belag soll im Beobachtungszeitraum bei unter 100% liegen
2. Jene Kontakte, die dezidiert eine stationäre Aufnahme intendierten, aber ambulant behandelt werden, sollen von dem 2011 ermittelten Wert von 12,5% auf 15% gesteigert werden.

In einer ersten Evaluierungsbesprechung zeigte sich, dass es im Landesnervenklinik Wagner Jauregg zu einer Unterschreitung der PE durch ungeplante Ausfälle kam. Pro mente hingegen verzeichnete in den Monaten Juli und August 2012 eine Überschreitung der Personaleinheiten aufgrund von Krankenstand- und Urlaubsvertretungen. Beide Organisationen weisen darauf hin, dass es Unterschiede in der Kontakte-Auflistung gibt. Man einigt sich darauf, dass ab 1.10. bei pro mente die Anzahl der Kontakte den Leistungen zugeordnet werden. Die nächste Evaluierungsbesprechung findet im Mai 2013 statt und soll weitere Ergebnisse liefern.

Oö. Gesundheitsfonds – Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben (Oö. GFi)

Mit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 wurde zur Umsetzung in Oberösterreich ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Der Fonds verwaltete im Jahr 2012 Mittel in der Höhe von ca. 1,9 Mrd. Euro, mit denen vor allem 18 Fondskrankenanstalten (Landes-, Ordens- und Gemeindekrankenanstalten) durch LKF-Gebührensätze, Ambulanzgebühren und Investitionszuschüsse finanziert wurden. Die Mittel wurden von Bund, Land, Gemeinden und Sozialversicherung zur Verfügung gestellt und mittels der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung von der Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds den 18 Krankenanstalten zugerechnet.

Nachfolgend werden die Oö. Fondskrankenanstalten angeführt. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) unterteilt Oberösterreich in sechs Versorgungsregionen. Die Zuordnung der Krankenanstalten zu diesen Regionen ist der nachfolgenden Landkarte zu entnehmen.

Am Ende dieses Kapitels ist das aktuelle Organigramm der Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben abgebildet.

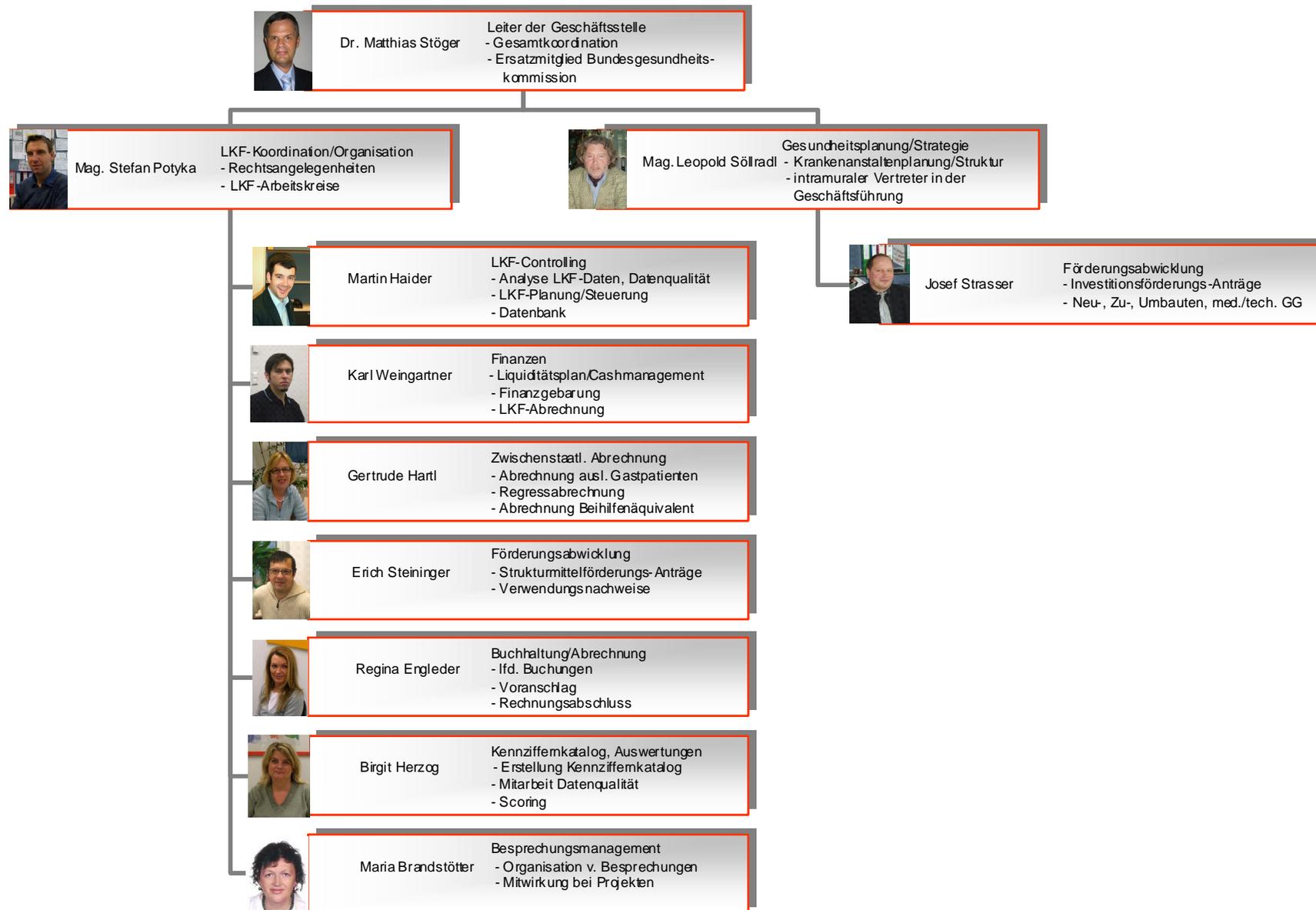
Fondskrankenanstalten im Jahr 2012:

Gesundheits- und Spitals AG (gespag)	Ordenskrankenanstalten	Gemeindekrankenanstalt
LKH Bad Ischl	KH St. Josef Braunau	AKH Linz
LKH Freistadt	KH der Barmh. Brüder Linz	
LKH Gmunden	KH der Barmh. Schwestern Linz	
LKH Kirchdorf / Krems	KH der Elisabethinen Linz	
Landes- Frauen- und Kinderklinik	KH der Barmh. Schwestern Ried	
Landes-Nervenklinik Linz	KH der Kreuzschwestern Sierning	
LKH Schärding	Klinikum Wels-Grieskirchen	
LKH Steyr		
LKH Vöcklabruck		
LKH Rohrbach		

Fondskrankenanstalten in Oberösterreich



Organigramm – Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben



Beschreibung des LKF-Systems

Dokumentation

Wesentliche Voraussetzung für die Durchführung und laufende Weiterentwicklung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (= LKF) ist die bundesweit einheitliche Diagnosen- und Leistungsdokumentation in den österreichischen Krankenanstalten.

So besteht für alle Krankenanstalten Österreichs seit 1. Jänner 1989 die Verpflichtung, die Diagnosen der in stationärer Behandlung befindlicher Patientinnen und Patienten zu erheben. Darüber hinaus besteht seit 1. Jänner 1997 für alle Krankenanstalten Österreichs die Verpflichtung zur Erfassung und Meldung von ausgewählten medizinischen Einzelleistungen auf Grundlage des vom zuständigen Bundesministeriums herausgegebenen Leistungskataloges.

Für die Anwendung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation stehen den Krankenanstalten ein für das jeweilige Jahr gültiger Diagnoseschlüssel (dzt. ICD-10 BMG 2013) bzw. Leistungskatalog (dzt. BMG 2013) zur Verfügung. Der Diagnoseschlüssel und der Leistungskatalog werden vom zuständigen Bundesministerium gewartet und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.

Die gesetzliche Grundlage für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation in Österreichs Krankenanstalten befindet sich im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen.

Zur Sicherstellung der bundeseinheitlichen Durchführung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation gibt das Bundesministerium weitere Richtlinien in Form von Handbüchern heraus.

Unterlagen zur LKF stehen auch in elektronischer Form zum Downloaden auf der Homepage des Bundesministeriums (<http://www.bmg.gv.at/>) oder der Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds (<http://www.land-oberoesterreich.gv.at>) zur Verfügung.

Die seit 1. Jänner 1997 über den Oö. Gesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten haben dem Fonds regelmäßig (monatlich) die Diagnosen- und Leistungsberichte als Grundlage für die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung vorzulegen.

Gesamtdarstellung des LKF-Systems

Das österreichische System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung ist für die Abrechnung der im stationären Krankenhausbereich erbrachten Leistungen vorgesehen. Ein Großteil der Fondsmittel wird anhand dieses Systems abgerechnet.

Es unterscheidet 2 Finanzierungsbereiche:

- **Bundesweit einheitlicher LKF-Kernbereich**
Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen.
- **Länderweise gestaltbarer LKF-Steuerungsbereich**
Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds an die Träger der Krankenanstalten kann im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

Der LKF-Kernbereich ist in ganz Österreich einheitlich gestaltet. Die Bepunktung basiert auf den leistungsorientierten Diagnosefallgruppen und auf verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen. Seit dem Jahr 1997 wird der LKF-Kernbereich aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung kontinuierlich weiterentwickelt und aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen.

Die jährliche definitive Festlegung des LKF-Kernbereiches erfolgt durch Beschlussfassung der Bundesgesundheitskommission einvernehmlich bis 15. Juli jeden Jahres. Die Revision tritt jeweils nur zum 1. Jänner des folgenden Jahres in Kraft.

Der LKF-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht bei der Anwendung des LKF-Systems auf länderspezifische Erfordernisse durch zusätzliche Berücksichtigung von strukturspezifischen Kriterien Bedacht zu nehmen.

In Oberösterreich kommt nur der Kernbereich zur Anwendung.

LKF-Weiterentwicklung 2001 - 2013

Im Jahr **2001** wurde als Grundlage für die Diagnosedokumentation der Diagnoseschlüssel ICD-10 BMG 2001 in allen Krankenhäusern verpflichtend eingeführt. Weiters wurde die Struktur des MBDS dahingehend geändert, dass nunmehr alle für den Krankenhausaufenthalt relevanten medizinischen Diagnosen und Leistungen sowie alle Verlegungen im Bericht gemeldet werden können.

Das komplett überarbeitete LKF-Modell **2002** basierte auf einer **umfassenden Modellwartung**, welche zu Struktur- und Punkteanpassungen bei zahlreichen bestehenden LDF und auch zur Aufnahme neuer medizinischer Einzelleistungen und neuer LDF geführt hat. Weiters wurden auch die auf einer Tagsatzfinanzierung basierenden Intensivseinheiten und speziellen Leistungsbereiche (medizinische Geriatrie, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten, Kinder-Jugendneuropsychiatrie) in die Modellwartung einbezogen sowie neue spezielle Leistungsbereiche (tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie) in das Modell aufgenommen. Für den tagesklinischen Bereich wurde eine einheitliche Bepunktungsregelung in das Modell integriert.

In den Jahren **2003 bis 2008** wurden vereinbarungsgemäß nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen vorgenommen.

In den Jahren 2005 bis 2007 wurden gemeinsam mit ausgewählten Referenzkrankenhäusern Kalkulationen der LDF-Pauschalen durchgeführt, deren Ergebnisse in das LKF-Modell **2009** eingeflossen sind. Die wesentlichen Schwerpunkte dieser umfassenden Weiterentwicklung waren:

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

Im LKF-Modell **2010 - 2013** wurden keine größeren Änderungen durchgeführt, sondern nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen vorgenommen.

Der Bund und die Bundesländer haben sich im Rahmen der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens geeinigt, in Analogie zum stationären Bereich für alle Bereiche des Gesundheitswesens leistungsorientierte Finanzierungssysteme zu entwickeln und aufeinander abzustimmen. Das LKF-System im stationären Bereich wird fortgesetzt und weiterentwickelt.

Bepunktungsprogramm zum LKF-Kernbereich

Zur bundesweit einheitlichen Ermittlung der Punkte aus dem LKF-Kernbereich stellt das zuständige Bundesministerium ein Softwareprodukt - das Bepunktungs- oder Scoring-Programm - zur Verfügung.

Das Programm wurde zur Wahrung einer universellen Einsatzmöglichkeit entwickelt und kann in den Krankenanstalten, bei den Krankenanstaltenträgern, den Landesfonds und in der zentralen Scoringstelle auf Bundesebene im zuständigen Bundesministerium gleichermaßen eingesetzt werden.

Die zentrale Funktion des Scorings enthält jene Vorschriften, die einen stationären Aufenthalt der entsprechenden leistungsorientierten Diagnosenfallgruppe (LDF) zuordnet. Dazu kommen sämtliche Sonderregelungen für Belagsdauerausreißer, Mehrfachleistungen, spezielle Aufnahmearten und Aufenthalte in speziellen Leistungsbereichen.

Vor einer Bepunktung hat die Prüfung der Patientendaten auf Plausibilität zu erfolgen. Die dazu notwendigen Plausibilitätsrichtlinien sind integraler Bestandteil des Scoring-Programmes.

Neben Bepunktung- und Plausibilitätsprüfung bietet das Programm auch die Möglichkeit zur Erfassung von Patientendaten an. Der Satzaufbau der Patientendaten muss dem für die Diagnosen- und Leistungsdokumentation definierten Basisdatensatz entsprechen. Der Fonds erhält allerdings keine personenbezogenen Daten. Mit diesem Schnittstellenkonzept deckt das Scoring-Programm die Anforderungen an die verschiedenen Stationen der Datenübermittlung im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung vollständig ab.

Als Voraussetzung für eine finanzierungsrelevante Bepunktung der einzelnen stationären Krankenhausaufenthalte aufgrund der Diagnosen- und Leistungsberichte ist vorweg festzulegen, welche Kostenträger tatsächlich auf Basis des LKF-Modells abzurechnen sind (= LKF-relevante Kostenträger bzw. LKF-relevante Punkte).

Weiters sind in jedem Bundesland die landesspezifischen Informationen zu den speziellen, bepunktungswirksamen Leistungsbereichen (z.B. Festlegung von Intensivbehandlungseinheiten samt Kategorisierung, Festlegung von Einheiten zur Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patientinnen und Patienten, Festlegung von Einheiten der medizinischen Geriatrie etc.) durch den Landesfonds zu erfassen.

Medizinische Datenqualität

Rechtliche Grundlage

Gemäß Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 § 2 Abs. 2 Z 6 ist die Aufgabe des Oö. GFi die Überprüfung der Grundlagen für die Erbringung der stationären und ambulanten Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere der Datenqualität der Diagnose- und Leistungsdokumentation. Weiters werden gem. § 2 Abs. 5 Z 2 finanzielle Zuwendungen nur geleistet, soweit die Träger der Krankenanstalten den gesetzlichen Bestimmungen den gemäß § 39 Oö. KAG 1997 erlassenen Verordnungen und den vom Fonds erlassenen Richtlinien entsprechen.

Gemäß § 2 Abs. 6 Z 5 ist dabei insbesondere auf die vollständige, richtige und vergleichbare datenmäßige Erfassung und Codierung der von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen Bedacht zu nehmen..

Zur Erfüllung der Aufgaben beauftragt der Oö. GFi auch medizinische Sachverständige der Abteilung Gesundheit. Insbesondere für das Ziehen von Stichproben und für statistische Auswertungen werden der Oö. GFi und die medizinischen Sachverständigen der Abteilung Gesundheit von der Abteilung Statistik unterstützt.

Überprüfung MBDS – „Schwerpunktprüfung“

Die Auswahl der Stichproben erfolgte in enger Zusammenarbeit mit der Abteilung Statistik des Amtes der Oö. Landesregierung. Die Überprüfung erfolgte durch einen Vergleich der gemeldeten Datensätze mit zugehörigen Arztbriefen und erforderlichenfalls weiteren Teilen der Krankengeschichte.

Bei sämtlichen Fehlcodierungen bestand die Möglichkeit, die Korrekturen mit Mitarbeitern der Abteilung Gesundheit zu besprechen. Die Überprüfung der Datensätze aus dem Jahr 2012 ist zum Zeitpunkt der Erstellung des Geschäftsberichtes noch nicht zur Gänze abgeschlossen.

Die wichtigsten Themenschwerpunkte 2012 waren:

MEL ME130 Implantation einer Teilendoprothese des Schultergelenks

MEL ME170 Implantation einer Totalendoprothese des Schultergelenks

MEL LA160/LA170 Osteosynthese einer lateralen Mittelgesichtsfraktur/Osteosynthese einer zentralen oder zentrolateralen Mittelgesichtsfraktur

MEL NJ020 Korrektur am Streckapparat des Kniegelenks

MEL HP020 +MELXY, gl.Tag Laparoskopie – diagnostisch

MEL HA069 Sonstige Operation – Mundhöhle

Warnings WM3L,WM3K,WM3U,WM3E

MEL JH120 Zirkumzision

MEL XC-Kombinationen

Zusätzliche Leistungen

Neben Standardtätigkeiten wie medizinischen Auskünften zur leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und Teilnahme an Arbeitstreffen wurden im Geschäftsjahr 2012 noch zusätzlich insbesondere folgende Leistungen erbracht:

- Pauschalstichprobe: Das Jahr 2012 wurde unter Begleitung eines Teams (Abteilung Gesundheit mit Oö. GFi, Abt. Statistik, Krankenanstalten, Prüferinnen und Prüfer) erfolgreich abgeschlossen.
- Analysen/Interpretation: Datenauswertungen unter verschiedensten Fragestellungen und Auftraggeber: z.B. Tagesklinikleistungen; Ambulanzkatalog; diverse Auswertungen für den RSG Oö.
- Medizinisch fachliche Beratung im Rahmen der laufenden Reformpoolprojekte.

Für die medizinische Datenqualitätskontrolle im Bereich Krankenanstalten beauftragt arbeitet der Oö. GFi mit Ärztinnen und Ärzten aus der Abteilung Gesundheit zusammen:

Dr. Gabriela Weberberger
Leiterin des Referates Datenqualität und Leistungsangebotsplanung in Krankenanstalten
☎ 0732-7720-14379
✉ gabriela.weberberger@ooe.gv.at

Dr. Margarete Buchgeher
☎ 0732-7720-14197
✉ margarete.buchgeher@ooe.gv.at

Dr. Schabnam Fuchsbauer
☎ 0732-7720-16168
✉ schabnam.fuchsbauer@ooe.gv.at

Dr. Anneliese Koytek
☎ 0732-7720-16166
✉ anneliese.koytek@ooe.gv.at

Dr. Tilmann Spiesberger
☎ 0732-7720-14181
✉ tilmann.spiesberger@ooe.gv.at

Dr. Karl Stieglbauer
☎ 0732-7720-14335
✉ karl.stieglbauer@ooe.gv.at

Dr. Sandra Reichart
☎ 0732-7720-16166
✉ sandra.reichart@ooe.gv.at

Bericht über die Gebarung

Jahreserfolgsrechnung

1. Erträge

I. Haupterträge gem. Art. 15a-Vereinbarung:

Unter diese Position fallen die Umsatzsteueranteile, die Beiträge des Bundes und die Mittel der Sozialversicherung, das entspricht einem Betrag in Höhe von 940.170.189,68 Euro. Die Mittel des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger sind um etwa 4 % höher als im Jahr 2011.

Die Einkünfte aus Umsatzsteueranteilen des Landes und Gemeinden sind um beinahe 5 % gestiegen. Bei den Beiträgen des Bundes konnte ebenfalls eine Steigerung von fast 4 % verzeichnet werden.

II. Wertberichtigung:

Durch eine Wertberichtigung der Forderungen für ausländische Gastpatientinnen und -patienten erfolgte eine Anpassung der Verbindlichkeiten aus Beihilfenäquivalent.

III. Zuschüsse Sozialversicherung, Land, Gemeinden:

Darunter fallen jene Mittel, die aufgrund der landesgesetzlichen Regelung den Krankenanstalten (Betriebsabgang) durch die Wirtschaftsaufsicht des Landes zugestanden werden. Da diese Mittel erst verzögert definitiv feststehen, stammt der Wert aus der Berechnung vom Jänner 2012.

Aufgrund der abgeschlossenen Vereinbarung zwischen Land Oö., Oö. GFi und den oberösterreichischen Krankenversicherungsträgern bzw. -fürsorgen sowie dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger betreffend der Regelung der med. Hauskrankenpflege, wird die Administration über die Geschäftsstelle abgewickelt. Der Oö. GFi erhält den medizinischen Anteil der Pauschalzahlung an das Land Oö., welcher für die Vergabe von Strukturmitteln zu verwenden ist.

IV. Übrige Erträge:

Die Geschäftsstelle des Oö. GFi führt monatlich Veranlagungen bei den Banken durch. Dadurch kommen Zinserträge zustande, die von den aktuellen Zinssätzen am Geldmarkt abhängen.

Aufgrund nicht verbrauchter Strukturmittel kam es zu einer Rückzahlung in Höhe von 19.143,32 Euro.

V. Auflösung sonstiger Rücklagen und Rückstellungen:

Auflösungen fallen bei den Strukturmitteln, ambulanten und stationären ALGP an.

2. Aufwendungen

I. Verwaltungsaufwand:

Unter diese Position fallen der Aufwand für die Bediensteten der Geschäftsstelle sowie Miet-, Telefon- und EDV-Ausstattung etc. als Sachaufwand.

II. Abschreibungen und Wertberichtigung:

Diese Position zeigt die Wertberichtigung für Forderungen aus ausländischen Gastpatientinnen und -patienten sowie die Abschreibung der Zwillings- und Mehrlingsgeburten lt. geltender Richtlinie des Oö. GFi.

III. Übrige Aufwendungen:

Diese Position beinhaltet den Beratungs- und Planungsaufwand, die Geldverkehrsspesen, sowie die sonstigen Aufwendungen ua. für die Kostentragung langzeitbeatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten. Der Kooperationsbereich beinhaltet Aufwendungen für Reformpoolprojekte (insb. Strukturierte Diabetikerbetreuung in Oö., Integrierte Versorgung am Beispiel Schlaganfall in Oö.), eHealth-Initiative und Geschäftsführung.

IV. Zuschüsse:

Darunter fallen sämtliche Zahlungen an die Krankenanstalten (stationäre LKF-Gebührenersätze, Ambulanzgebührenersätze, Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten, Großgeräte sowie Zahlungen für ambulante ALGP). Strukturmittel erhalten Antragsteller zur Durchführung von strukturverbessernden Maßnahmen wie z. B. die Sozialhilfeverbände für Hauskrankenpflege. Die Abfuhr des Beihilfenäquivalents erfolgt an das Finanzamt für Gebühren und Verkehrssteuern.

Der Hauptanteil, nämlich die Zahlungen an stationären LKF-Gebührenersätzen betragen ca. 42 % der gesamten Aufwendungen.

V. Zuführung sonstiger Rücklagen/Rückstellungen:

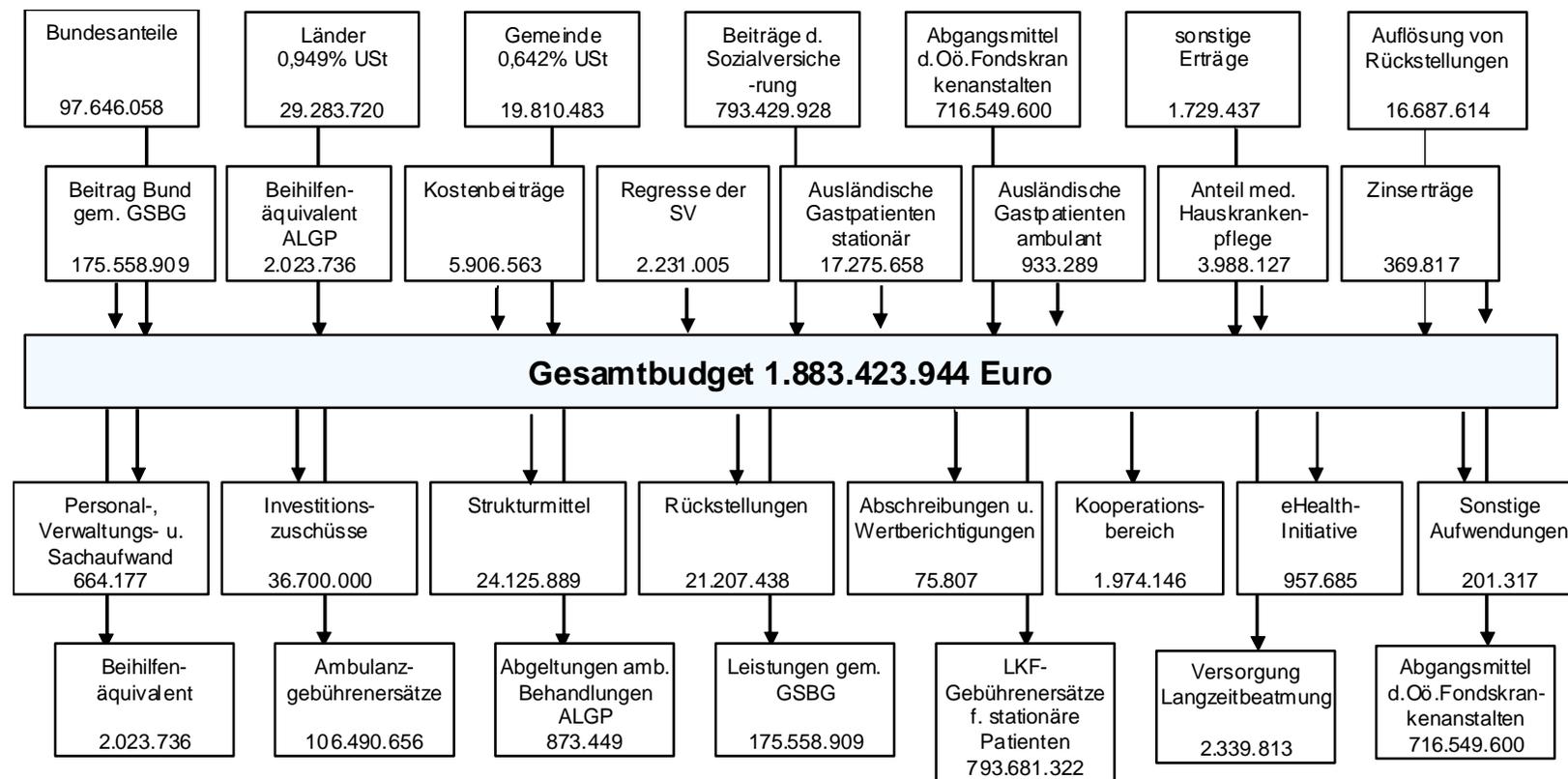
Rücklagen bzw. Rückstellungen ergeben sich für Strukturmittel und für die stationären und ambulanten ALGP.

AUFWENDUNGEN		ERTRÄGE	
I. Verwaltungsaufwand		I. Haupterträge gem. 15a-Vereinbarung	
1. Aufwand für Bedienstete	664.177,57	1. Umsatzsteuer - Anteile	
2. Sachaufwand	90.595,50	Anteil an 0,949 % d.Landes-UST	29.283.720,00
		Anteil an 0,642 % d. Gem.-UST	19.810.483,00
II. Abschreibungen und Wertberichtigungen	75.807,29	2. Beiträge des Bundes	
		Beiträge gem. § 57 KAKuG	97.646.058,27
III. Übrige Aufwendungen		3. Beiträge der Sozialversicherung	
1. Beratungs- und Planungsaufwand	103.209,00	Beitrag gem. § 447 ASVG	793.429.928,41
2. Geldverkehrsspesen	2.434,51	4. Beitrag des Bundes n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	175.558.909,48
3. Kooperationsbereich	1.974.146,08	5. Regresse	2.231.004,98
4. Versorgung Langzeitbeatmungspflichtige	2.339.813,15	6. Verrechnung stationäre ALGP	17.275.657,91
5. eHealth-Initiative	957.684,53	7. Kostenanteile/ - beiträge (KB)	5.906.562,52
6. Sonstige Aufwendungen	5.077,56	8. Beihilfenäquivalent ausl. SV-Träger	2.023.736,00
		9. Ambulante ausländische Gastpatienten	933.288,75
IV. Zuschüsse		II. Wertberichtigungen	2.145,68
1. LKF-Ersätze stationär	793.681.322,07	III. Betriebszuschüsse	
2. Ambulanzgebührenersätze	106.490.655,72	1. Anteil med. Hauskrankenpflege	3.988.127,00
3. Betriebsabgang der Fonds-KA	716.549.600,00	2. Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten	716.549.600,00
4. Strukturmittel	24.125.888,58	IV. Übrige Erträge	
5. Investitionsförderung	36.700.000,00	1. Zinserträge	369.816,51
6. Aufwendungen n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	175.558.909,48	2. Rückzahlung Strukturmittel	19.143,32
7. Beihilfenäquivalent	2.023.736,00	3. KB f. SV-Träger (à €1,45)	1.708.147,53
8. Aufwendungen f. ambulante ALGP	873.448,98	V. Auflösung sonst. Rücklagen/Rückstellungen	
V. Zuführung sonst. Rücklagen/Rückstellungen		1. Auflösungen von Rückstellungen Strukturmittel	487.957,73
1. Strukturmittel	3.069.339,47	2. Auflösungen von Rückstellungen stat. ALGP	15.354.606,31
2. Stat. Ausländische Gastpatienten	17.264.649,15	3. Auflösungen von Rückstellungen amb. ALGP	845.050,22
3. Amb. Ausländische Gastpatienten	873.448,98		
Summe AUFWENDUNGEN	1.883.423.943,62	Summe ERTRÄGE	1.883.423.943,62

Jahreserfolgsrechnung – grafische Darstellung

Die unten dargestellte Grafik beschreibt die Finanzströme des Oö. GF.

Aus dem Gesamtbudget wurden nach Abzug der angeführten Positionen (ua. Leistungen gem. GSBG, Beihilfenäquivalent, Personal-, Pensions- und Sachaufwand, medizinisch-technische Großgeräte, Neu-, Zu- und Umbauten, Strukturmittel, Rückstellungen, Ambulanzgebührenersätze, ambulante ausländische Behandlungen und die Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten) für stationäre Fälle LKF-Gebührenersätze in Höhe von rund 794 Mio. Euro (incl. Endabrechnung 2011) aufgewendet.



Jahresbestandsrechnung

Aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Anweisungstermine der Sozialversicherungsbeiträge sowie der Beiträge des Bundes vereinnahmte der Oö. GFi Mittel für das Jahr 2012 auch noch im Jahr 2013.

Per 31.12.2012 werden für das Jahr 2012 demnach unten angeführte Forderungen und Verbindlichkeiten ausgewiesen, die im Rahmen der endgültigen Endabrechnung der LKF-Gebührenersätze des Jahres 2012 am 9. Dezember 2013 bereinigt werden.

Neben den angeführten Forderungen bestehen weitere Forderungen gegenüber den Sozialversicherungsträgern ausländischer Gastpatientinnen und -patienten, die jedoch oftmals erst mit beträchtlicher zeitlicher Verzögerung angewiesen werden und daher in der ausstehenden Höhe als Rückstellungen dargestellt werden.

Der Großteil der bestehenden Forderungen steht den Verbindlichkeiten für Aufwendungen an LKF-Gebührenersätzen für stationäre Patientinnen und Patienten gegenüber (ca. 272 Mio. Euro).

Unter den Verbindlichkeiten bzw. Forderungen GSBG sind jene Werte zu finden, die das Jahr 2012 betreffen, jedoch erst 2013 der Geldfluss stattfindet.

Unter den zweckgebundenen Mittel sind jene Strukturmittel ausgewiesen, die erst nach dem Abschluss 2012 ausbezahlt werden. Ebenso angeführt sind die Mittel für die im Herbst 2013 fällige rückwirkende Kostenerstattung für ambulante ALGP an die Fondskrankenanstalten.

Vergleich Voranschlag – Jahresabschluss 2012

Erträge

Die Beiträge der Sozialversicherung werden mit dem vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger zum Zeitpunkt der Voranschlagserstellung bekanntgegebenen vorläufigen Valorisierungsfaktoren berechnet. Der endgültige Valorisierungsfaktor 2012 wird im September 2013 bekanntgegeben. Die Mittel der Sozialversicherung fielen um ca. 16 Mio. Euro höher aus als erwartet.

Die Umsatzsteueranteile beruhen für die Voranschlagserstellung auf einer Einschätzung des Bundesministeriums für Finanzen. Das tatsächliche Aufkommen lag in diesem Abrechnungszeitraum um ca. 2 Mio. Euro über dieser Einschätzung.

Bei den Beiträgen des Bundes erhöhte sich der Erlös um ca. 5 Mio. Euro, darin sind die ehemaligen Umsatzsteueranteile des Bundes und eine Nachzahlung aus nicht ausgeschöpften Mitteln aus dem Strukturfonds aus Vorjahren von ca. 504.000 Euro enthalten.

Die wegen der ungünstigen wirtschaftlichen Entwicklung niedrig angesetzten Zinserträge beziffern sich auf ca. 370.000 Euro.

Die Regresseinnahmen fielen um 1,7 Mio höher aus als erwartet.

Die Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten sind zum Zeitpunkt des Abschlusses des Geschäftsberichtes des Oö. GFi noch nicht geprüft, der Voranschlagswert stammt aus der Berechnung vom Jänner 2012.

BEZEICHNUNG	Voranschlag	Jahresabschluss	Differenz *
ERTRÄGE	2012	2012	
Beitrag des Bundes - gem. § 57 KAKuG Abs. 4 Z 1	38.981.124,00	41.364.106,65	2.382.982,65
Umsatzsteueranteile des Landes - 0,949 % der USt	28.053.415,57	29.283.720,00	1.230.304,43
Umsatzsteueranteile der Gemeinden - 0,642 % der USt	18.978.179,98	19.810.483,00	832.303,02
Beitrag des Bundes - gem. § 57 KAKuG Abs. 4 Z 2	3.289.357,86	3.490.929,28	201.571,42
Beitrag des Bundes - gem. § 57 KAKuG Abs. 4 Z 3 u. 4	12.445.465,38	12.507.669,48	62.204,10
Beitrag des Bundes - gem. § 57 KAKuG Abs. 4 Z 5	21.376.398,57	22.987.369,99	1.610.971,42
Beitrag des Bundes - gem. § 57 KAKuG Abs. 4 Z 6	16.207.874,64	17.295.982,87	1.088.108,24
Beiträge der Sozialversicherung	777.710.166,93	793.429.928,41	15.719.761,48
Beitrag des Bundes n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	120.000.000,00	175.558.909,48	55.558.909,48
Beihilfenäquivalent d. ausl. SV-Trägers	1.000.000,00	2.023.736,00	1.023.736,00
Regresse - Inländer	500.000,00	2.231.004,98	1.731.004,98
Verrechnung stationäre und ambulante ALGP	9.000.000,00	18.208.946,66	9.208.946,66
Kostenanteile/-beiträge gem. § 447f Abs. 7 ASVG	6.753.328,60	5.906.562,52	-846.766,08
Zinsenerträge	300.000,00	369.816,51	69.816,51
Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten	716.750.700,00	716.549.600,00	-201.100,00
Anteil med. Hauskrankenpflege	4.400.000,00	3.988.127,00	-411.873,00
Auflösung Rückstellung - Strukturmittel	0,00	487.957,73	487.957,73
Auflösung Rückstellung - Ausländische Gastpatienten stationär	0,00	15.354.606,31	15.354.606,31
Auflösung Rückstellung - Ausländische Gastpatienten ambulant	0,00	845.050,22	845.050,22
KB SV (1,45 Euro)	1.800.000,00	1.708.147,53	-91.852,47
Sonstige Erträge	0,00	21.289,00	21.289,00
Summe der Erträge	1.777.546.011,53	1.883.423.943,62	105.877.932,09

* Um Aufwand bzw. Ertrag im Jahr 2012 mit dem Voranschlag zu vergleichen, sind Bildung und Auflösungen von Rückstellungen zu berücksichtigen.

Aufwendungen

Die stationären LKF-Gebührenersätze ergeben sich aus der Summe der Erträge abzüglich sämtlicher Aufwendungen. Diese liegen um ca. 35 Mio. Euro über dem Voranschlagsbetrag. Diese Mehrerträge resultieren aus der prognostizierten Entwicklung des Valorisierungsfaktors der Sozialversicherungsträger.

Der Sach-, Rechts- und Beratungsaufwand war niedriger als veranschlagt .

An Aufwendungen für stationäre ausländische Gastpatientinnen und -patienten wurden seitens der ausländischen Sozialversicherungsträger Rechnungen in Höhe des ausgewiesenen Differenzbetrages bisher noch nicht refundiert und daher als Rückstellung dargestellt. Diese ausstehenden Forderungen werden evident gehalten und laufend beglichen.

Für 2012 wurden 27,1 Mio. Euro Strukturmittel veranschlagt (incl. med. Anteil Hauskrankenpflege), zur Auszahlung gelangten ca. 24 Mio. Euro, die Restmittel von ca. 3 Mio. Euro werden zweckgebunden.

Das Budgetvolumen für eHealth-Initiative wurde aufgrund einer zeitlichen Verzögerung der Durchführung nicht ausgeschöpft.

BEZEICHNUNG	Voranschlag	Jahresabschluss	Differenz *
AUFWENDUNGEN	2012	2012	
LKF-Ersätze, stationär	758.662.655,86	793.681.322,07	35.018.666,21
Ambulanzgebührenersätze	106.490.655,67	106.490.655,72	0,05
Zahlung an KA für ambulante ALGP	880.000,00	873.448,98	-6.551,02
Zuschüsse für strukturverbessernde Maßnahmen (Strukturmittel)	27.100.000,00	24.125.888,58	-2.974.111,42
Investitionsförderung - baulich u. med.-techn. GG	36.700.000,00	36.700.000,00	0,00
Aufwendungen nach dem Beihilfengesetz (GSBG)	120.000.000,00	175.558.909,48	55.558.909,48
Beihilfenäquivalent d. ausl. SV-Trägers	1.000.000,00	2.023.736,00	1.023.736,00
Personalaufwand	660.000,00	664.177,57	4.177,57
Sachaufwand	133.000,00	90.595,50	-42.404,50
Kooperationsbereich	1.821.000,00	1.974.146,08	153.146,08
eHealth-Initiative	2.575.000,00	957.684,53	-1.617.315,47
Versorgung Langzeitbeatmungspflichtige	2.700.000,00	2.339.813,15	-360.186,85
Rechts- u. Beratungsaufwand	200.000,00	103.209,00	-96.791,00
Geldverkehrsspesen	3.000,00	2.434,51	-565,49
Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten	716.750.700,00	716.549.600,00	-201.100,00
Rückstellung für stat. Ausländ. Gastpatienten	0,00	17.264.649,15	17.264.649,15
Rückstellung für Strukturmittel	0,00	3.069.339,47	3.069.339,47
Rückstellung für ambulante Kostenerstattung (rückwirkend)	0,00	873.448,98	873.448,98
Leistungen an den Hauptverband (KB SV 1,45 Euro)	1.800.000,00	0,00	-1.800.000,00
Abschreibungen und Wertberichtigungen	70.000,00	75.807,29	5.807,29
Übrige Aufwendungen	0,00	5.077,56	5.077,56
Summe der Aufwendungen	1.777.546.011,53	1.883.423.943,62	105.877.932,09

* Um Aufwand bzw. Ertrag im Jahr 2012 mit dem Voranschlag zu vergleichen, sind Bildung und Auflösungen von Rückstellungen zu berücksichtigen.

LKF-Gebührenersätze je Krankenanstalt

Die Abrechnung der stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten erfolgt durch LKF-Gebührenersätze über den Oö. GFfi.

Mit den Zahlungen der LKF-Gebührenersätze sind sämtliche Ansprüche der Fondskrankenanstalten gegenüber dem Oö. GFfi und den Sozialversicherungsträgern für Leistungen, die im stationären, halbstationären und tagesklinischen Bereich erbracht werden, abgegolten.

Die Höhe der LKF-Gebührenersätze richtet sich nach den gemeldeten stationären Leistungen, den daraus resultierenden LKF-relevanten Scoringpunkten und den für LKF-Gebührenersätze zur Verfügung stehenden Mitteln.

Die Ermittlung des für die einzelne Fondskrankenanstalt zu leistenden endgültigen LKF-Gebührenersatzes erfolgt durch Division der im Oö. GFfi hierfür vorhandenen verfügbaren Mittel durch die Punkte aller Fondskrankenanstalten und der Multiplikation des Quotienten mit den Punkten der jeweiligen Fondskrankenanstalt.

Die abgebildete Tabelle zeigt die Gegenüberstellung der LKF-relevanten Punkte und den daraus resultierenden Beträgen je Fondskrankenanstalt. Eine Aufteilung nach Rechtsträgern erfolgt in der Tabelle "LKF-Gebührenersätze je Fondskrankenanstalt in Prozent".

KANR	Krankenanstalt	LKF-relevante Punkte	LKF-Gebührenersätze
K 404	LKH Bad Ischl	29.832.848,00	18.985.696,83
K 405	KH St. Josef Braunau	55.743.826,00	35.475.506,14
K 408	LKH Freistadt	22.461.287,00	14.294.417,56
K 411	LKH Gmunden	37.469.216,00	23.845.499,96
K 415	LKH Kirchdorf	33.302.314,00	21.193.673,43
K 416	AKH Linz	168.300.764,00	107.107.014,55
K 417	KH Barmh. Brüder Linz	51.878.754,00	33.015.764,93
K 418	KH Barmh. Schwestern Linz	111.343.810,00	70.859.470,82
K 419	KH Elisabethinen Linz	91.034.771,00	57.934.749,14
K 425	Landes-Nervenklinik Linz	85.655.603,00	54.511.433,57
K 427	KH Barmh. Schwestern Ried	71.404.093,00	45.441.738,02
K 428	LKH Schärding	20.478.796,00	13.032.755,47
K 429	KH Kreuzschwestern Sierning	8.590.559,00	5.467.052,59
K 431	LKH Steyr	99.290.511,00	63.188.722,12
K 433	LKH Vöcklabruck	84.621.090,00	53.853.067,00
K 434	Klinikum Wels-Grieskirchen	188.023.260,00	119.658.458,85
K 441	LKH Rohrbach	26.630.637,00	16.947.802,01
K 449	Landes- Frauen- und Kinderklinik	48.205.300,00	30.677.969,87
G e s a m t		1.234.267.439	785.490.792,86

Punktwert für sozialversicherte stationäre Patientinnen und Patienten

Für das Jahr 2012 beträgt der Punktwert für sozialversicherte stationäre Patientinnen und Patienten 1,30 Euro. Dieser Punktwert wurde in der 16. Sitzung der Oö. Gesundheitsplattform am 9. November 2011 im Rahmen der Genehmigung des Voranschlages beschlossen.

LKF-Gebührenersätze je Fondsrankenanstalt in Prozent

In dieser Grafik ist die prozentuelle Aufteilung der LKF-Gebührenersätze in Gesamthöhe von rd. 785 Mio. Euro (Datenbasis: vorläufige Endabrechnung 2012 per April 2013) je Fondsrankenanstalt ersichtlich.

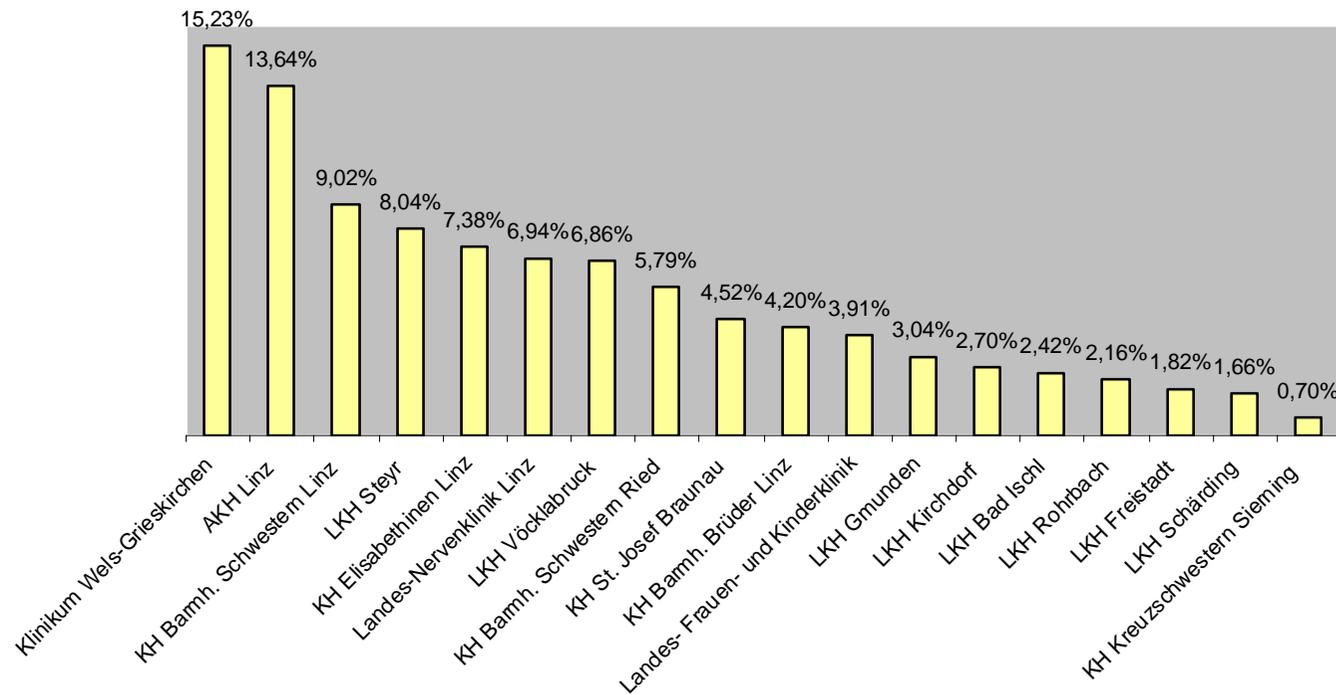
Alleine rund 50 % an den gesamten LKF-Gebührenersätzen erwirtschafteten im Jahr 2012 fünf Krankenanstalten, wobei das Klinikum Wels-Grieskirchen (vor dem AKH Linz) den größten Anteil der Mittel erzielte.

Aufteilung der Mittel nach Rechtsträgern:

gespag-Krankenanstalten (10 Krankenanstalten)	39,53 %
Ordenskrankenanstalten (7 Krankenanstalten)	46,83 %
Gemeindekrankenanstalten (1 Krankenanstalt)	13,64 %

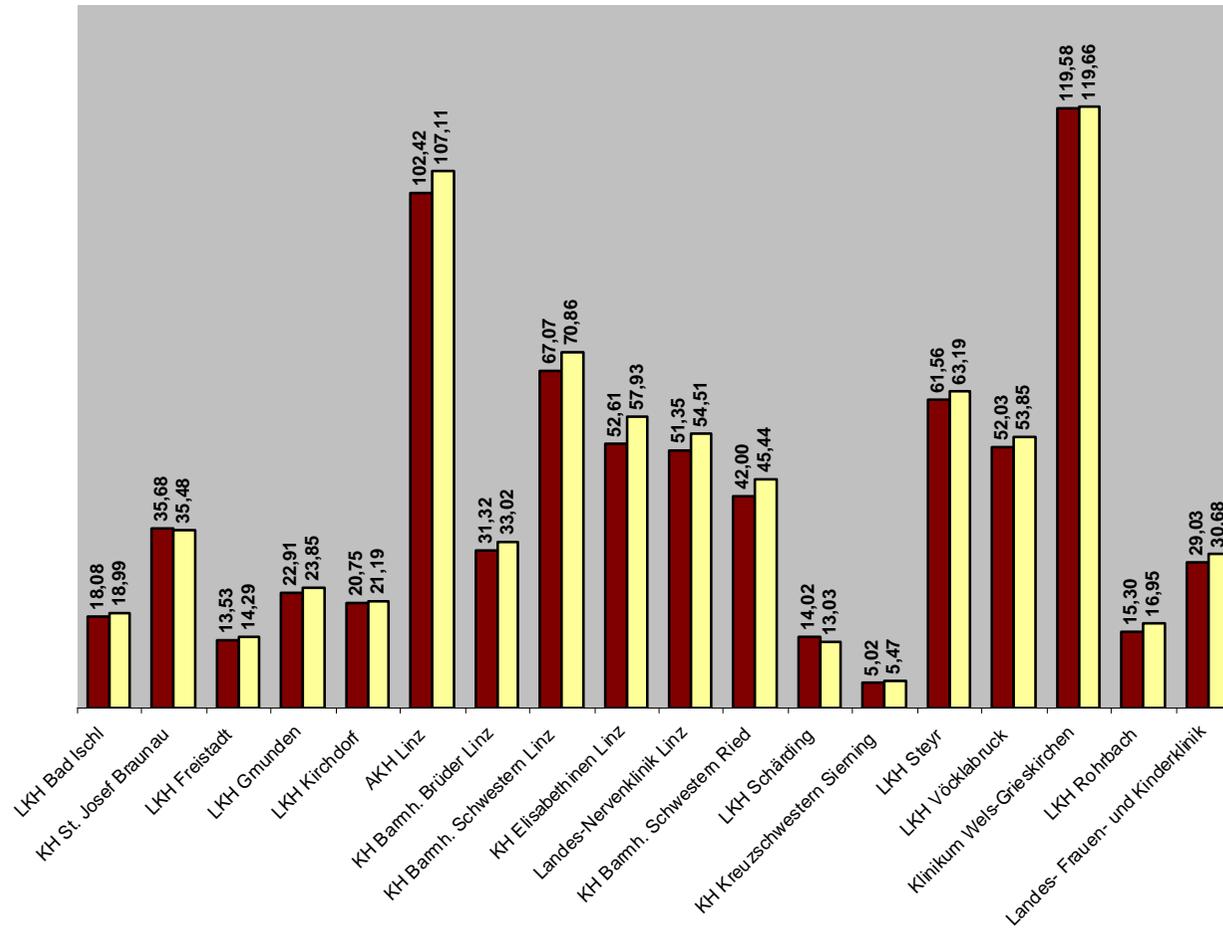
Verteilung der LKF-Gebührenersätze 2012

Gesamthöhe: 785.490.792,86 EUR



LKF-Gebührenersätze (in Mio. Euro)
Veränderung 2011 - 2012

2011 **2012**



Zusammensetzung der LKF-Punkte

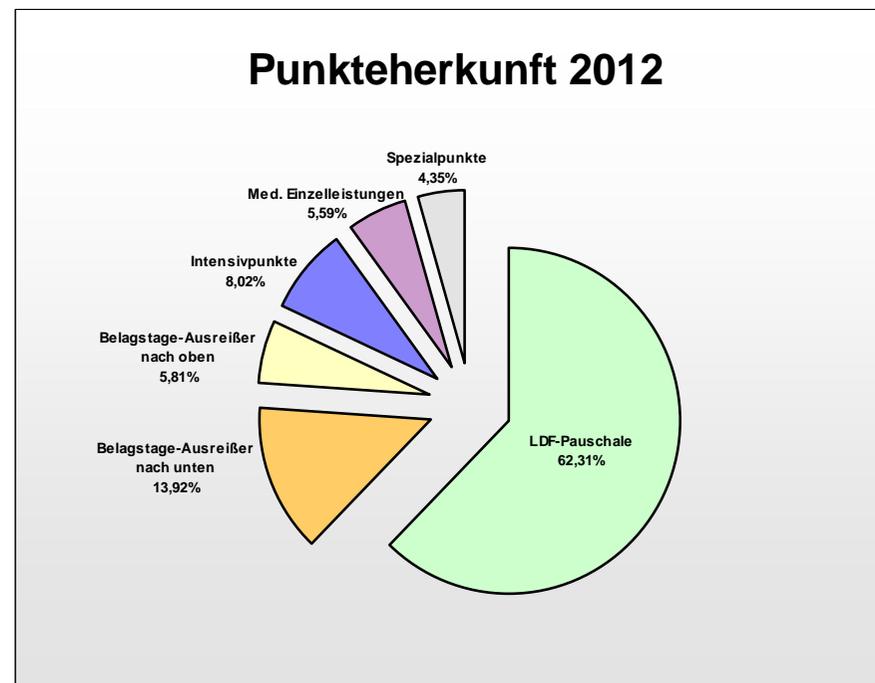
Aufgrund des bestehenden LKF-Systems werden die in den Krankenanstalten erbrachten Leistungen überwiegend auf Basis der codierten Diagnosen bzw. Leistungen über LDF-Pauschalen abgegolten.

Die Belagsdauer-Ausreißer stellen jene Punkte dar, die für Fälle vergeben werden, die über bzw. unter einer festgelegten Belagsdauer liegen. Diese in der Grafik ausgewiesenen Punkte berechnen sich jeweils aus den bestehenden LDF-Pauschalen.

Neben diesen LDF-Pauschalen werden zusätzliche Bereiche gesondert bepunktet (Intensivaufenthalte, spezielle Leistungsbereiche wie z.B. Akutgeriatrie/Remobilisation, palliativmedizinische Einrichtungen etc., Zuschläge für zusätzlich erbrachte medizinische Einzelleistungen).

Wie in der Grafik ersichtlich wurden über die LDF-Pauschalen ca. 62 % der LKF-Gebührenersätze abgegolten.

Bezogen auf einzelne Krankenanstalten liegt die Bandbreite der Abrechnung über die LDF-Pauschale von 55 % bis 73 % der Ersätze. Davon ausgenommen ist die Sonderkrankenanstalt Sierning. Wegen des geriatrischen Schwerpunktes wird hier ein Großteil der Punkte über Spezialpunkte abgerechnet.



Ambulanzgebührenersätze 2012

Durch die Ambulanzgebührenersätze erfolgt die Abgeltung der ambulanten Leistungen der Oö. Fondskrankenanstalten. Die Höhe richtet sich nach den laut Voranschlag im Oö. GFfi für die Abgeltung ambulanter Leistungen dotierten Mitteln.

Die Basis für die Ambulanzgebührenersätze bilden die im Jahr 1994 von den Sozialversicherungsträgern an die Fondskrankenanstalten geleisteten Ambulanzgebühren, diese Pauschale wurde jährlich mittels Valorisierungsfaktoren angepasst.

Die Ambulanzpauschale machte im Jahr 2012 ungefähr 6 % des gesamten Fondsbudgets aus.

Die Höhe der Ambulanzgebührenersätze der einzelnen Krankenanstalten im Jahr 2012 richtete sich nach dem Verhältnis der für das Jahr 1994 an jede einzelne Krankenanstalt geleisteten Ambulanzgebühren und wurden pauschaliert quartalsweise ausbezahlt.

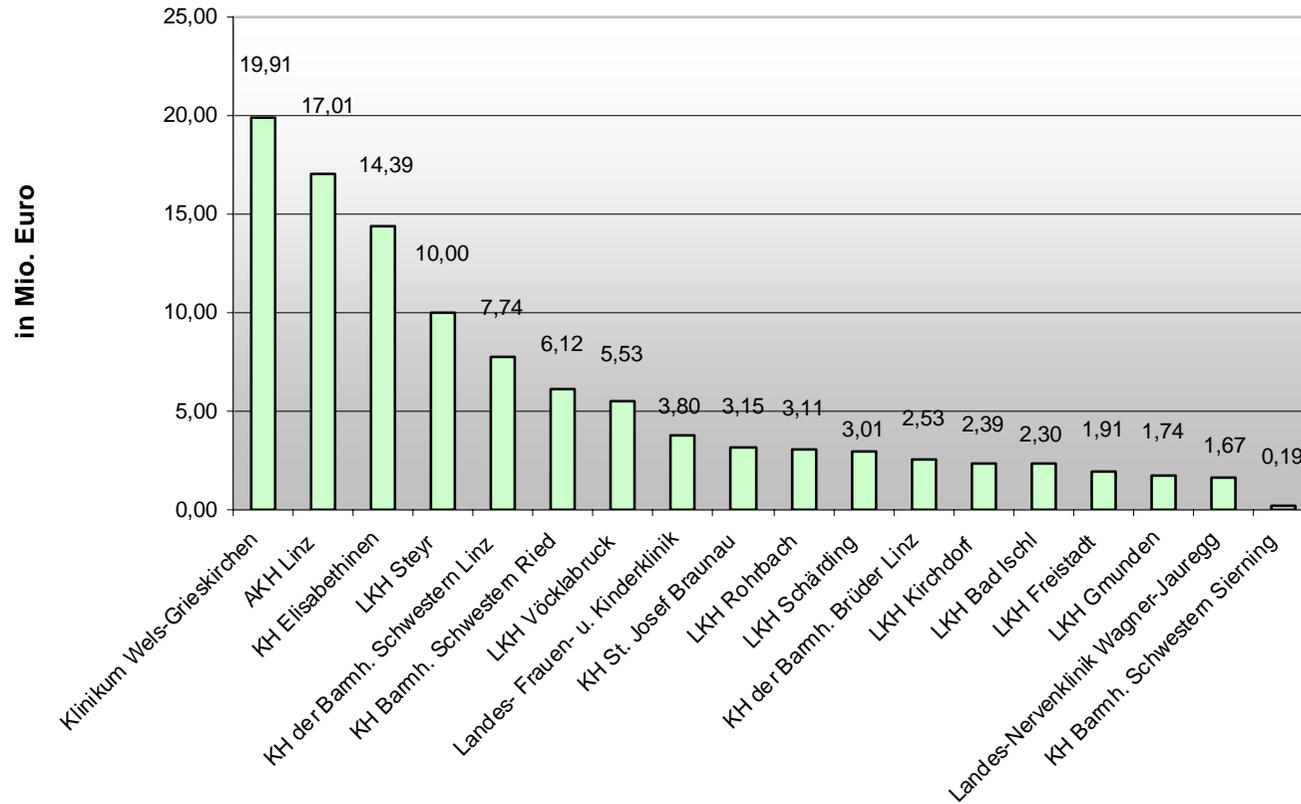
Wie auch im stationären Bereich weisen das Klinikum der Kreuzschwestern Wels-Grieskirchen sowie das AKH Linz den größten Anteil der Ambulanzgebührenersätze auf. Der hohe Anteil an den Ambulanzgebühren des Krankenhauses der Elisabethinen Linz im Gegensatz zu den stationären Leistungen erklärt sich vor allem durch die ambulanten Dialysen.

Die Sonderkrankenanstalten weisen aufgrund ihres Leistungsspektrums den geringsten Anteil an den Ambulanzgebührenersätzen auf.

Nach Rechtsträgern teilten sich die Ambulanzgebührenersätze im Jahr 2012 wie folgt auf:

gespag-Krankenanstalten	35.448.264,52 Euro
Ordenskrankenanstalten	54.029.112,84 Euro
Gemeindekrankenanstalten	17.013.278,36 Euro
Gesamt	106.490.655,72 Euro

Ambulanzgebührenersätze je Krankenanstalt 2012



Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten und medizinisch-technische Großgeräte

Durch Investitionszuschüsse des Oö. GFi können Bauvorhaben in Zusammenhang mit Neu-, Zu- und Umbauten und auch Erstaufstellungen oder Ersatzanschaffungen von medizinisch-technischen Großgeräten in Fondskrankenanstalten gefördert werden.

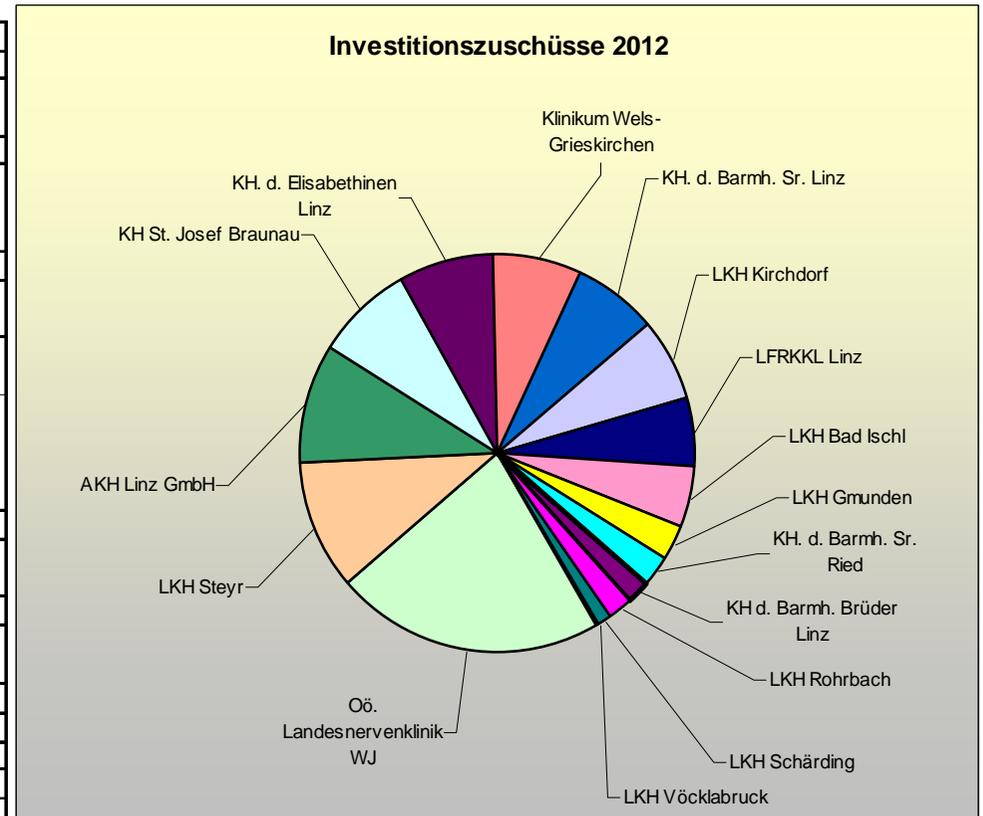
Die Bauvorhaben in Zusammenhang mit Neu-, Zu- und Umbauten und die Aufstellung von medizinisch-technischen Großgeräten im Sinne des Oö. Großgeräteplanes in Fondskrankenanstalten unterliegen der Genehmigung des Oö. GFi, welche Voraussetzung für die Gewährung von Investitionszuschüssen ist.

Im Jahr 2012 wurden hierfür insgesamt 36,7 Mio. Euro aufgewendet.
Nach Rechtsträgern teilten sich die Investitionszuschüsse wie folgt auf:

gespag-Krankenanstalten	20.490.500 Euro
Ordenskrankenanstalten	12.687.986 Euro
Gemeindekrankenanstalten	3.521.514 Euro
Gesamt	36.700.000 Euro

Geschäftsbericht 2012

Krankenanstalt	Verwendungszweck	Euro
LKH Bad Ischl	Masterplan	1.877.600
KH St. Josef Braunau	Div. Investitionen	800.000
	Rückführung aus Simbach, AGR/Remob	2.187.986
LKH Gmunden	Zubauten LKV	1.000.000
AKH Linz GmbH	Neubau Apotheke	1.000.000
	E-Bau	2.500.000
	Verwaltungsgebäude	21.514
KH d. Barmh. Brüder Linz	Div. Investitionen	750.000
KH. d. Barmh. Sr. Linz	Div. Investitionen	1.600.000
	Dampfzentrale	1.000.000
KH. d. Elisabethinen Linz	Div. Investitionen	2.300.000
	CT	500.000
Oö. Landesnervenklinik WJ	Hist. Altbau (inkl. Neukonzeption Traun-Standort WJ)	7.506.128
	Neukonzeption Traun - dislozierter Standort Bad Hall	147.000
	Multislice CT	66.436
	Intraoperativer MRT	284.622
KH. d. Barmh. Sr. Ried	Div. Investitionen	900.000
LKH Steyr	Zubauten LKV	3.213.162
	MR.	750.000
Klinikum Wels-Grieskirchen	Div. Investitionen	2.650.000
LKH Rohrbach	Zu- und Umbau 2. Etappe	583.729
	Familienstation	60.130
LKH Vöcklabruck	Multislice CT	121.564
LKH Kirchdorf	Generalsanierung (Masterplan)	2.389.000
LKH Schärding	Masterplan	420.000
LFRRKL Linz	Neu- und Umbau	2.071.129
Summe		36.700.000



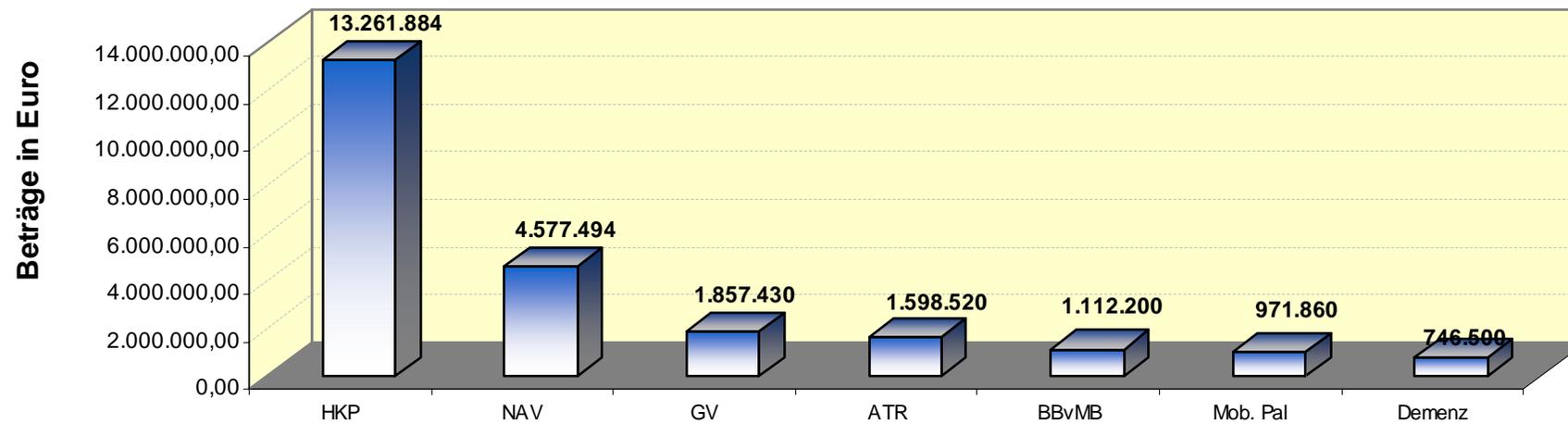
Strukturmittel

Durch die Gewährung von Mitteln für die Finanzierung strukturverbessernder Maßnahmen soll die extramurale Gesundheitsversorgung ausgebaut und damit der stationäre Akutbereich der Krankenanstalten entlastet sowie die Vernetzung, Koordination und Kooperation der verschiedenen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen gefördert werden.

Strukturmittel sind grundsätzlich nur zur Förderung von Gesundheitsprojekten und Gesundheitseinrichtungen außerhalb der Fondskrankenanstalten zu verwenden.

Hauskrankenpflege (HKP)	13.261.884,15 Euro
Notarztversorgung (NAV)	4.577.494,43 Euro
Gesundheitsvorsorge (GV)	1.857.430,00 Euro
Amb. Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen (ATR)	1.598.520,00 Euro
Beratung und Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigung (BBvMB)	1.112.200,00 Euro
Mobile Palliativversorgung (Mob. Pal)	971.860,00 Euro
Früherkennung und gesundheitliche Förderung demenziell erkrankter Menschen und Information und Unterstützung für deren Angehörige (Demenz)	<u>746.500,00 Euro</u>
	24.125.888,58 Euro

Strukturmittel 2012



Kennziffern

Auf den nachfolgenden Seiten finden sich folgende Kennziffern der Oö. Fondskrankenanstalten:

- LKF-relevante Punkte
- Aufenthalte
- Belagstage
- Planbetten lt. RSG Oö. - Oö. KAP/GGP
- Entwicklung der durchschnittlichen Belagsdauer 1994-2012
- Häufig abgerechnete MEL- und HDG-Gruppen

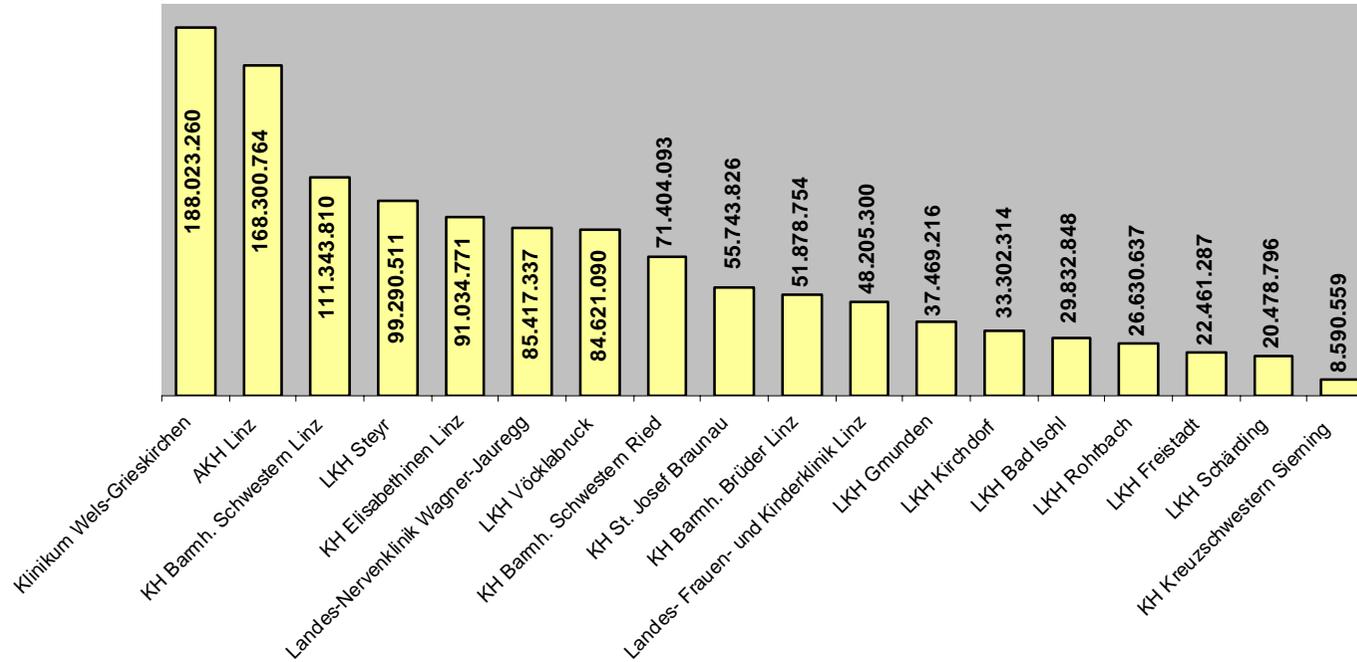
Eine Kurzübersicht über grundlegende Kennziffern der österreichischen Krankenanstalten ist unter <http://www.kaz.bmgf.gv.at/> zu finden.

Aufgrund des Rechnungsabschlusses des Oö. GFi per April 2013 beruhen die Basisdaten zur Berechnung der Kennziffern für das Jahr 2012 auf der vorläufigen Endabrechnung. Die endgültigen Daten des Jahres 2012 stehen im Dezember 2013 zur Verfügung. Es kann zu minimalen Änderungen in der Datenbasis kommen. Die Vorjahresdaten basieren auf den Endabrechnungen.

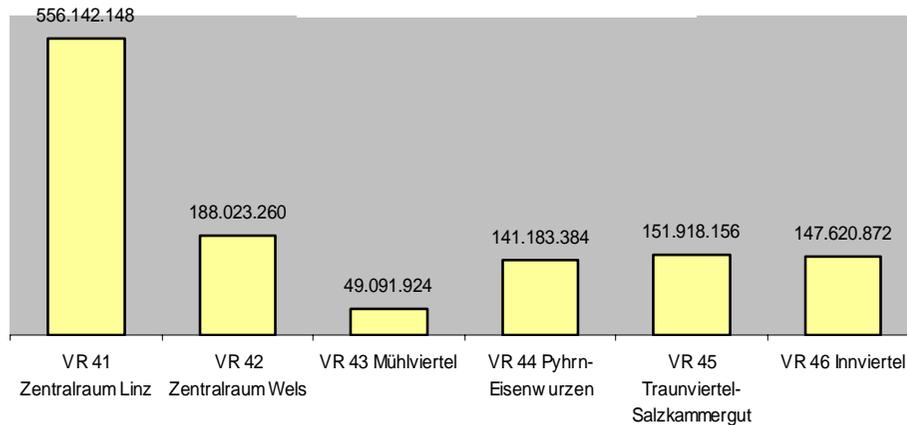
Kennziffern Oö. Fondskrankenanstalten 2012	
LKF-relevante Punkte	1.234.267.439
Aufenthalte	481.477
Belagstage	2.321.410
Planbetten lt. RSG Oö. - Oö. KAP/GGP	8.554

LKF-relevante Punkte

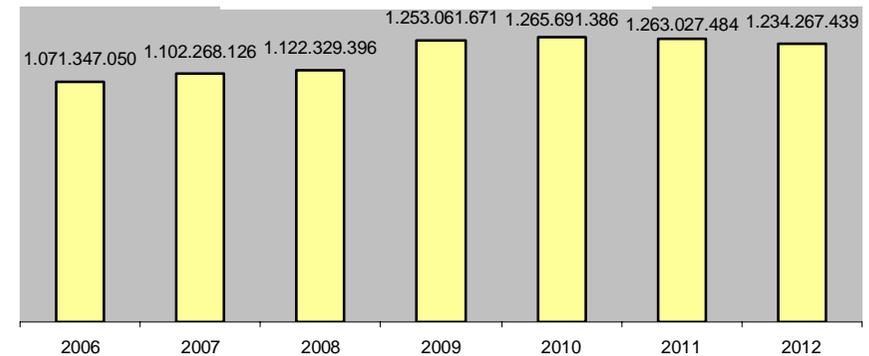
je Krankenhaus



je Versorgungsregion

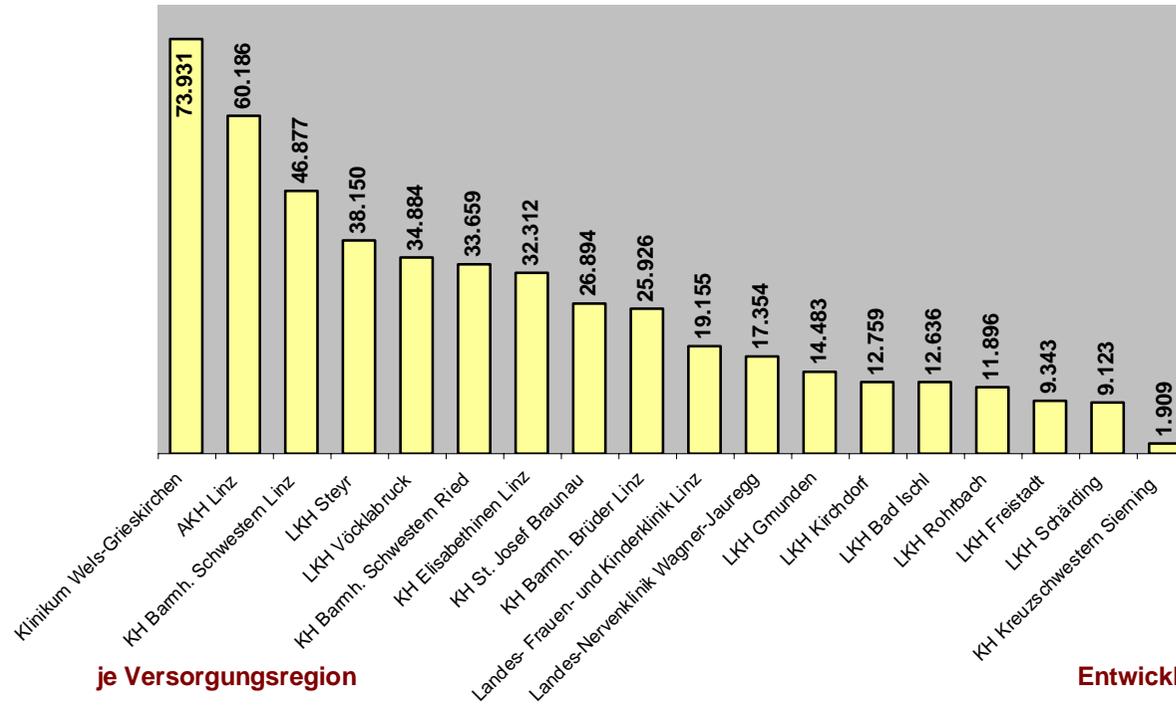


Entwicklung 2006 - 2012



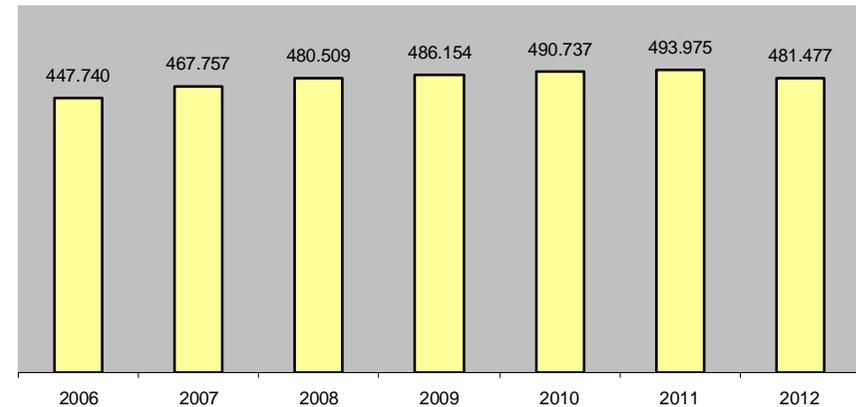
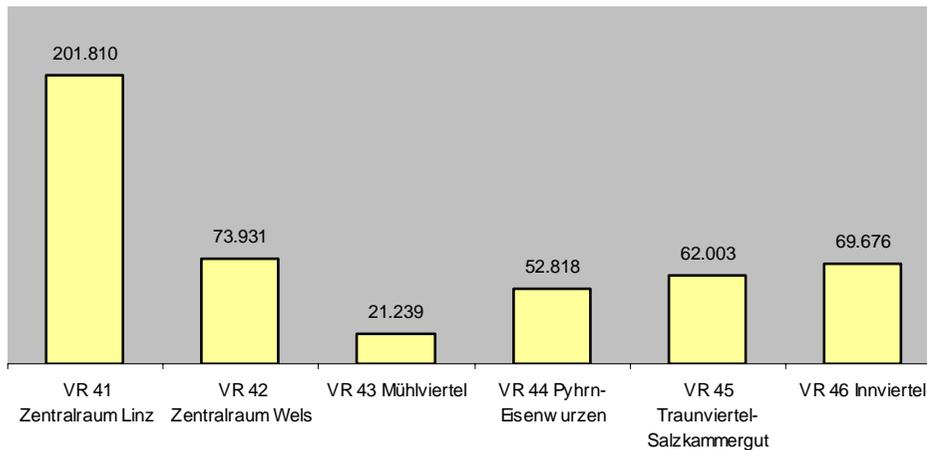
Aufenthalte

je Krankenhaus



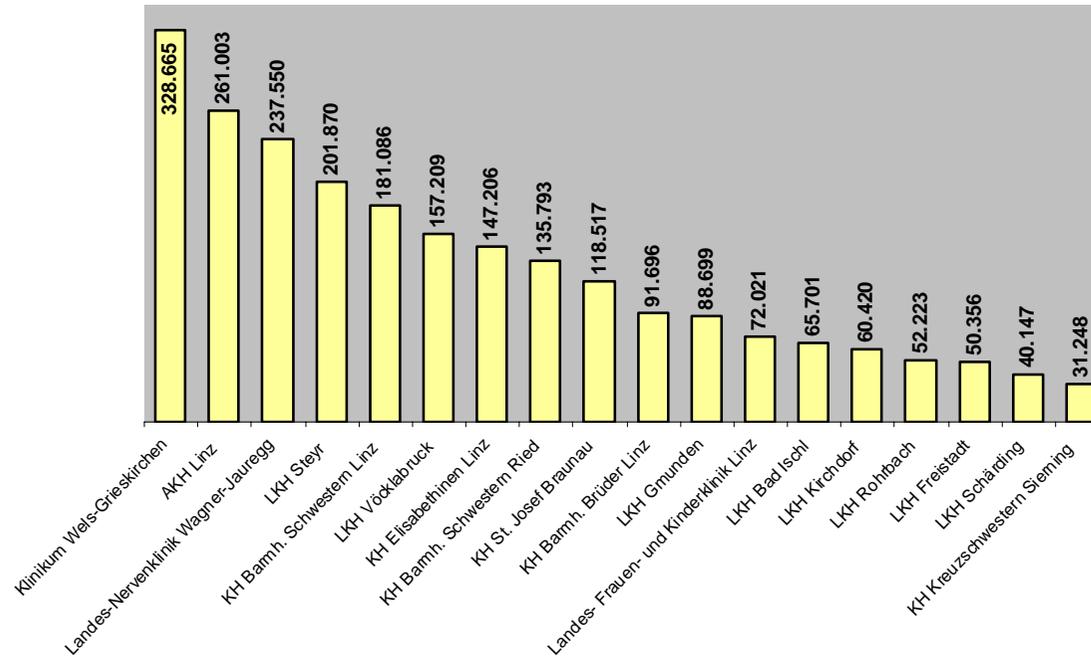
je Versorgungsregion

Entwicklung 2006 - 2012

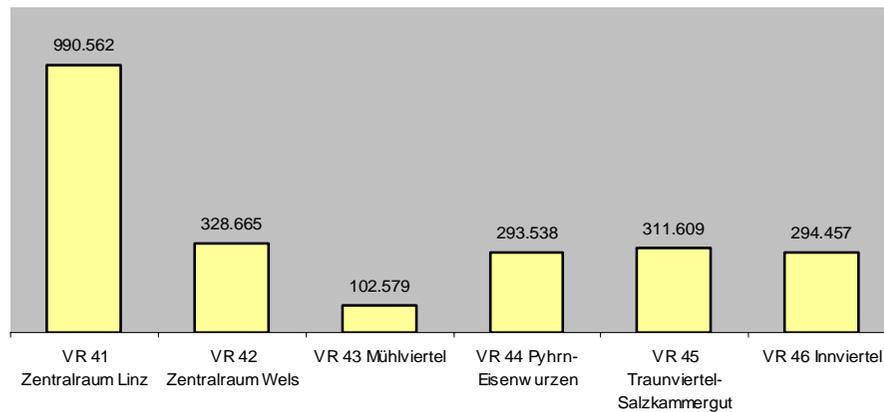


Belagstage

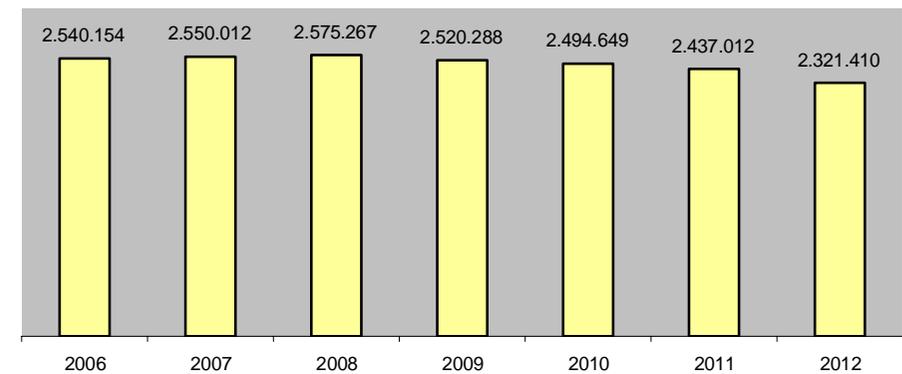
je Krankenanstalt



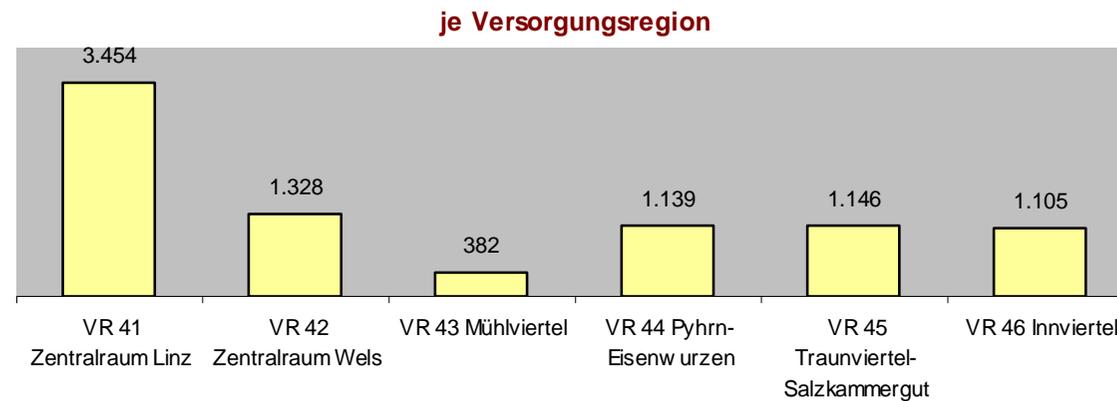
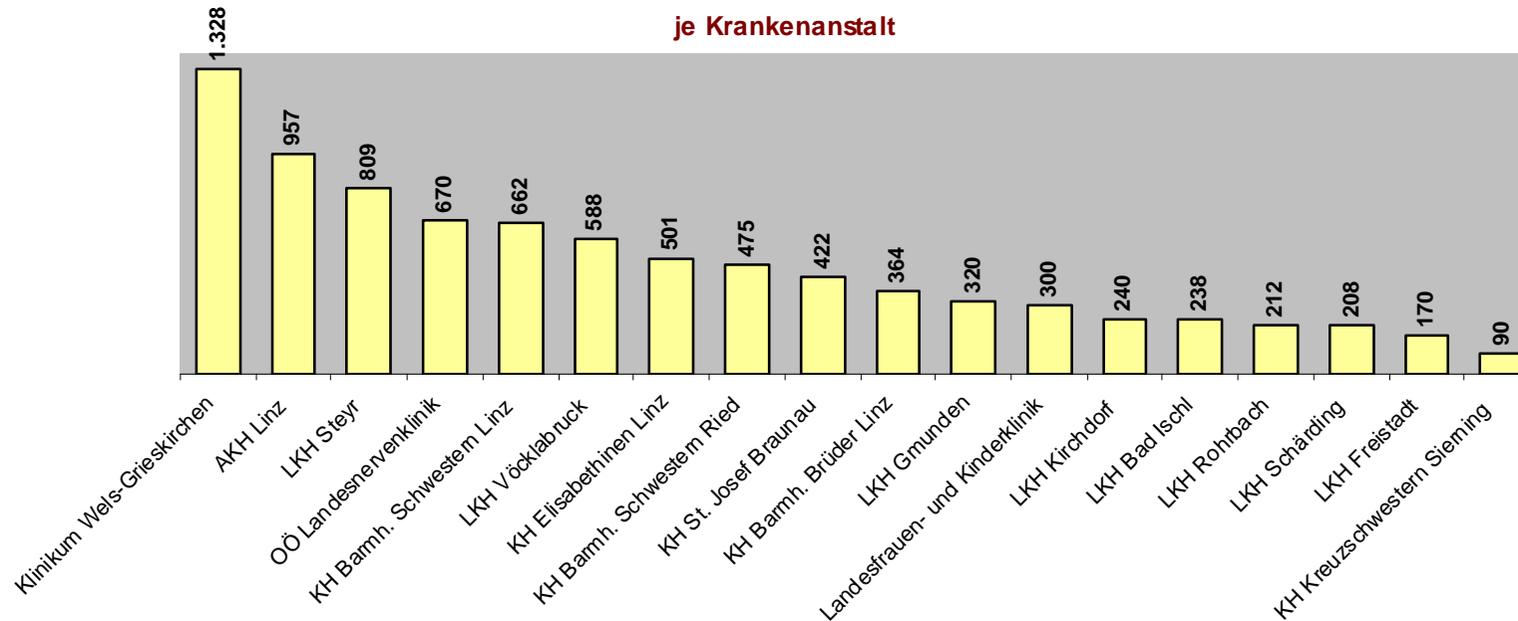
je Versorgungsregion



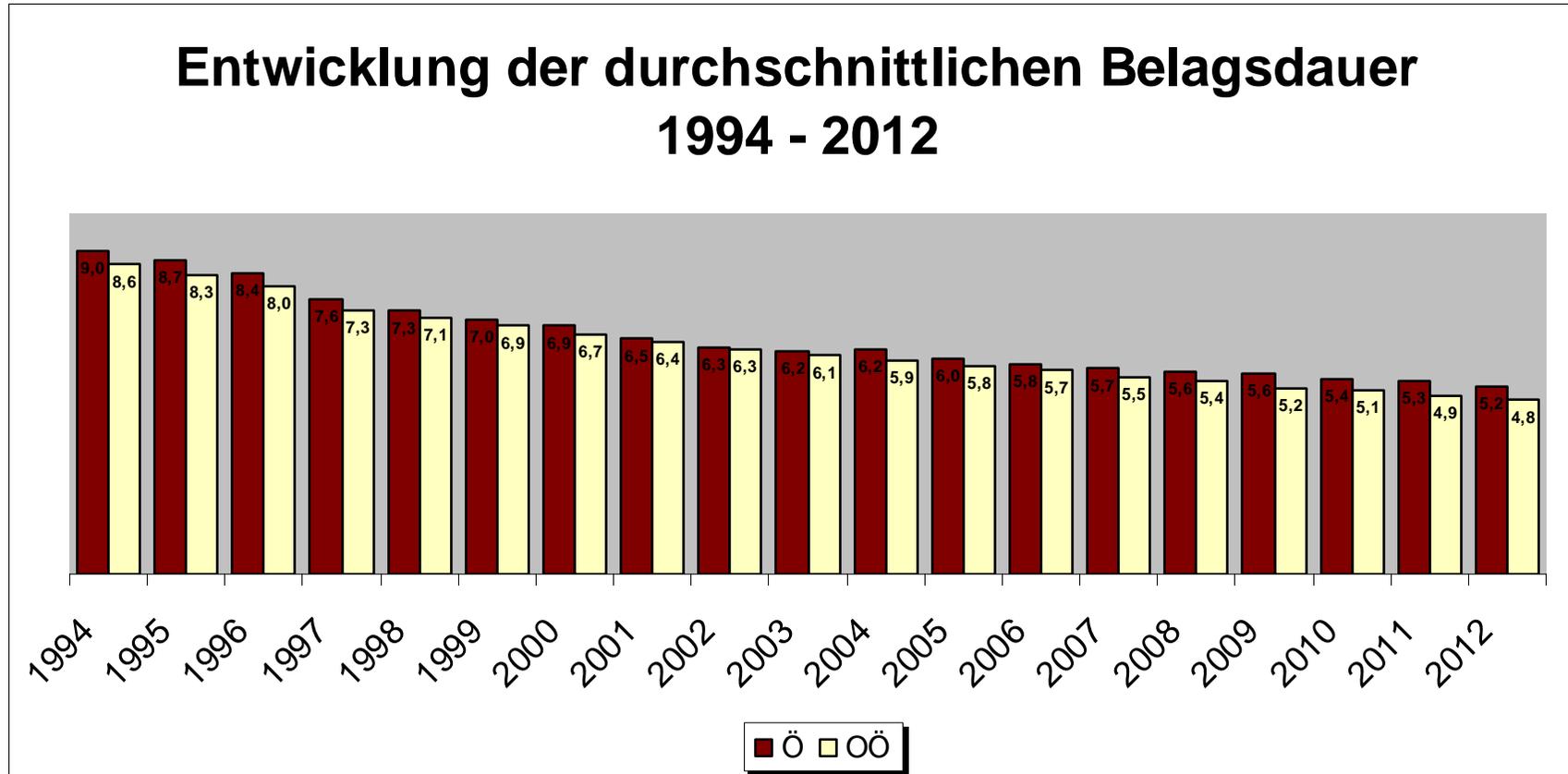
Entwicklung 2006 - 2012



Planbetten lt. RSG Oö. - Oö. KAP/GGP*



* LGBl. Nr. 123//2008 Strukturplan Gesundheit Oö. - Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2008 - RSG Oö. - Oö. KAP/GGP 2008



**LDF-Pauschalen 2012
 HDG-Gruppen**
"Die häufigsten 10"

Rang	Diagnose	Text	Anzahl
1	HDG03.04	Augen-Diagnosen II	12.425
2	HDG01.32	Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	8.865
3	HDG09.08	Affektionen der ableitenden Hamwege	7.916
4	HDG05.03	Pneumonie und Bronchiolitis	7.710
5	HDG01.31	Sonstige Erkrankungen - Nervensystem	6.284
6	HDG02.07	Otoneuropathien	5.736
7	HDG06.04	Chronische Herzerkrankungen	5.514
8	HDG20.10	Affektive Psychosen	5.269
9	HDG08.04	Einfache Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum	5.109
10	HDG06.08	Herzrhythmusstörungen	5.099

**LDF-Pauschalen 2012
 MEL-Gruppen**
"Die häufigsten 10"

Rang	Mel	Text	Anzahl
1	MEL15.05	Katarakt-Operationen	16.659
2	MEL13.09	Entbindung	13.565
3	MEL22.02	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d.Leistungsgruppe B	8.634
4	MEL21.01	Interventionelle Kardiologie - Koronarangiografie	7.149
5	MEL13.07	Einfache Eingriffe am Uterus	6.810
6	MEL14.21	Arthroskopische Eingriffe	6.235
7	MEL22.14	Anderer, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper	6.131
8	MEL02.03	Kleine Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen	5.965
9	MEL09.03	Eingriffe an den peripheren Gefäßen	5.407
10	MEL06.06	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Leistenhernien beim Kind	4.795

