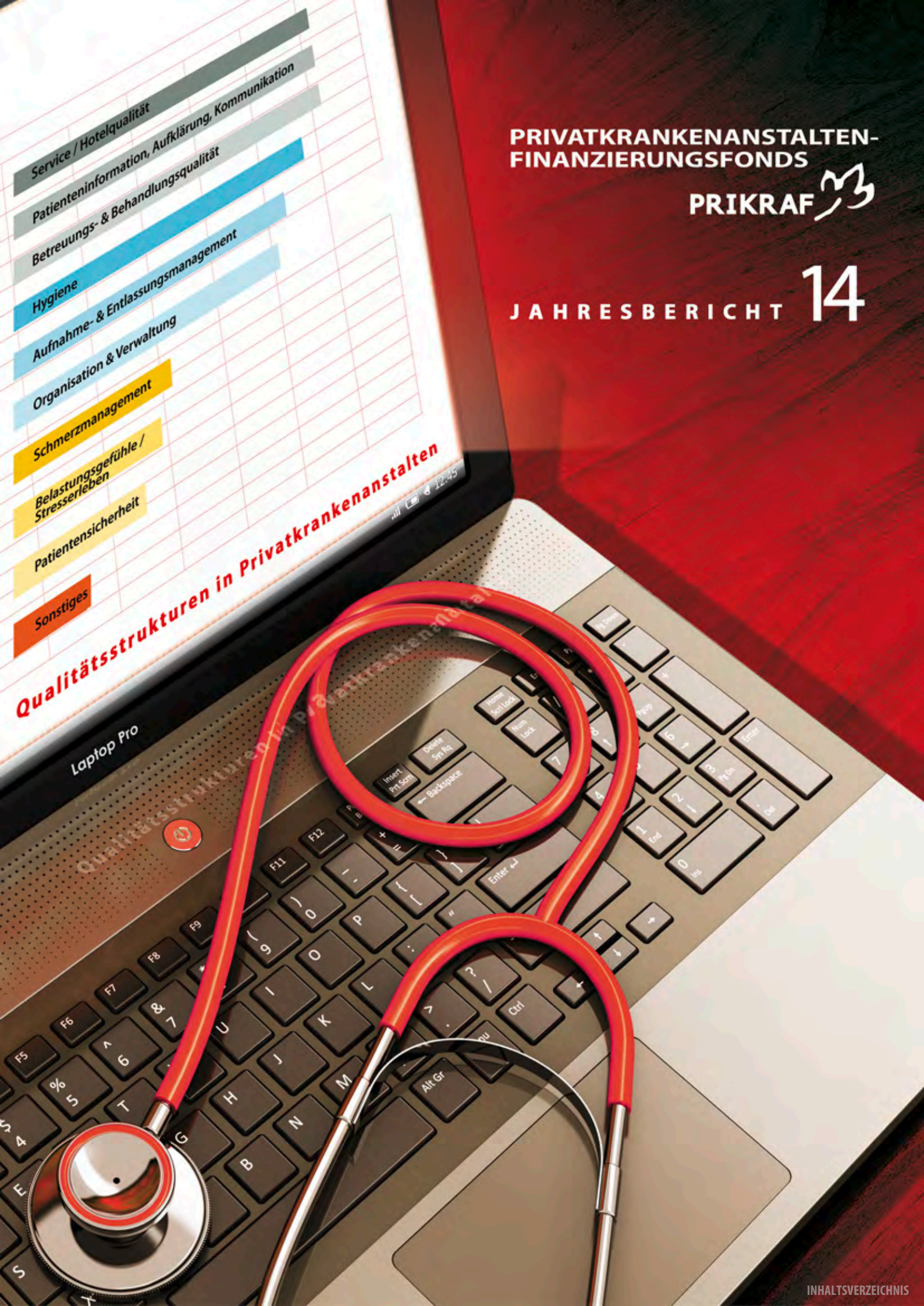
PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS

PRIKRAF

JAHRESBERICHT 14



INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORWORTE 7
3. GEGENSTAND DES TÄTIGKEITSBERICHT 2014 12
4. AUFGABEN DES PRIVATKRANKENANSTALTEN – FINANZIERUNGSFONDS 13
5. ORGANISATION 14
Fondskommission 14
Schiedskommission 14
Geschäftsführung 15
6. BOARD OF EXAMINER 17
Medizinische Prüfung 2014 18
Grundlagen für die Datenqualität 19
Mitarbeit bei der Festlegung von bundesweiten Qualitätskriterien 19
Hotline für Anfragen der PRIKRAF- Krankenanstalten 19
7. QUALITY REVIEW BOARD 19
8. ERGEBNISQUALITÄTSMESSUNG AUS ROUTINEDATEN 19
Gesetzliche Rahmenbedingungen 20
Typen von Indikatoren 20
Abgebildete Krankheitsbilder 21
Standardisierter Rückmeldebericht 2015 23
9. STRUKTURQUALITÄTSÜBERPRÜFUNG MIT CHECKLISTEN 25
Beispiel einer LKF-Leistungsmatrix mit ÖSG-Strukturqualitätskriterien 28
Checkliste Qualitätskriterien 2014 29
10. FONDSGEBARUNG 2014 31
10.1 MITTELHERKUNFT 31
Beiträge der Träger der Sozialversicherung 31
Kostenbeiträge der Versicherten 31
Erstattungsbeiträge ausländischer Versicherungsträger 32
Vermögenserträge 32
Sonstige Mittel 32
10.2 MITTELVERWENDUNG 32
Direktverrechnung 32
Rechnungslegung gemäß § 11 UStG 33
Pflegekostenzuschuss 33
Verwaltungskosten 34
10.3 JAHRESABSCHLUSS UND RECHNUNGSPRÜFUNG 35
11. LEISTUNGEN 2014 48
Aufenthalte 48
Art der Aufnahme 48

Zeitpunkt der Aufnahme, 2014 ... 49
Lebensalter ... 50
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen ... 51
0-Tagesaufenthalte ... 52
Aufenthalte nach Diagnosen ... 53
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Diagnosen ... 55
LKF-Punkte je Aufenthalt, Diagnosen ... 56
Struktur der Aufenthalte 2014 im Vergleich, in %, ... 57
Hauptdiagnose und Medizinische Einzelleistungen 2014 ... 58
Art der Entlassung, 2011 - 2014 ... 60
Entwicklung der LKF-Punkte, gesamt ... 61
LKF-Punkte je Aufenthalt und Geschlecht ... 62
LKF –Punkte nach Altersgruppen 2011– 2014, in % ... 62
LKF - Punkte nach Altersgruppen und Geschlecht 2014 ... 63
LKF-Punkte je Aufenthalt nach Altersgruppen, 2011– 2014 ... 64
LKF –Punkte je Aufenthalt im Vergleich: Landesfonds, PRIKRAF ... 64
12. LEISTUNGEN DER KRANKENANSTALTEN ... 65
Aufenthalte gesamt ... 65
Aufenthalte, männlich/weiblich absolut-relativ; 2014 ... 68
Durchschnittliches Lebensalter ... 70
Belagstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer ... 71
LKF-Punkte, gesamt ... 72
LKF-Punkte je Aufenthalt, 2011 – 2014 ... 74
12. LEISTUNGEN FÜR VERSICHERUNGSTRÄGER ... 76
Aufenthalte, gesamt ... 76
Aufenthalte nach Geschlecht, 2014 ... 77
Durchschnittliches Lebensalter ... 78
Pflegetage ... 79
Entwicklung der LKF-Punkte (gesamt, je Aufenthalt) ... 80
Aufenthalte, Belagstage, LKF-Punkte, relative Änderungen zum Vorjahr ... 81
ANHANG ... 82
PRIKRAF-Gesetz ... 82
ASVG - Bestimmungen ... 91
Verzeichnis der Krankenanstalten ... 95
BERICHT: QUALITÄTSSTRUKTUREN IN PRIVATKRANKENANSTALTEN ... 98

1. VORWORTE

Vorwort von Frau Bundesministerin Dr. Sabine Oberhauser

Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich habe vor einem Jahr das Gesundheitsressort mit dem Ziel übernommen, das solidarische Gesundheitssystem in Österreich zu erhalten und die medizinischen Leistungen weiter auszubauen. Besonders wichtig ist es mir auch, die Strukturen dahingehend zu verändern, dass für Patientinnen und Patienten wieder mehr Zeit zur Verfügung steht.

Der PRIKRAF hat sich in den vergangenen Jahren in der Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium zu einem konstruktiven und unverzichtbaren Partner im Gesundheitswesen entwickelt, der mich und mein Ressort bei der Umsetzung der Gesundheitsreform in verschiedenen Bereichen unterstützt.

Für das Geschäftsjahr 2014 ist von meiner Seite besonders die Kooperation mit dem PRIKRAF auf dem Feld der Qualität im Gesundheitswesen hervorzuheben: die Überprüfung der Einhaltung der Strukturqualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit, die Messung der Behandlungsqualität nach A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) in den Sanatorien sowie die Evaluierung der Qualitätsarbeit in den Privatkliniken.

Diese Qualitätsüberprüfungen fanden zusätzlich zu den laufenden Prüftätigkeiten des PRIKRAF im Zusammenhang mit der Abgeltung der Leistungen von PRIKRAF-Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich oder von Leistung von Pflegekostenzuschüssen statt. All diese Überprüfungs- und Evaluierungsarbeiten durch die PRIKRAF-Geschäftsstelle dienen der Sicherheit und der optimalen Behandlung von Patientinnen und Patienten.

Für dieses Engagement im Sinne der Patientinnen und Patienten möchte ich mich bei dieser Gelegenheit sehr herzlich bei der Geschäftsführung und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des PRIKRAF bedanken. Ich wünsche dem PRIKRAF für die Zukunft viel Erfolg und alles Gute und freue mich auf weitere gute Zusammenarbeit.

Ihre

Dr.in Sabine Oberhauser, MAS
Bundesministerin für Gesundheit

Vorwort von SC Dr. Clemens Martin Auer

Sehr geehrte Damen und Herren!

Nach einem breiten Dialog mit allen Verantwortungsträgern im Gesundheitswesen setzt Österreich mit einem Zukunftskonzept zur sogenannten Primärversorgung klare Schritte in Richtung Serviceleistungen und umfassendere Betreuung für Patientinnen und Patienten bei gleichzeitiger Verbesserung für Ärzte und Gesundheitsberufe.

Die Neugestaltung und Aufwertung der Primärversorgung in Österreich und damit die Neuausrichtung der künftigen gesundheitlichen Versorgung wird auch eine spürbare Entlastung der Krankenhausbetreuung bringen und die Aufgaben neu verteilen, auch für die Privatkrankenanstalten.

Im Bereich der Sanatorien liegt der Fokus des PRIKRAF im Bereich der Qualitätsevaluierung medizinischer Leistungen. Qualität sichtbar zu machen und verständlich zu kommunizieren, ist für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu einer zentralen Aufgabe geworden. Dazu sind nachvollziehbare, valide und standardisierte Daten erforderlich, die den Vergleich von Leistungsanbietern ermöglichen. Die Einhaltung vereinbarter Strukturqualitäten ist Voraussetzung für die Abrechenbarkeit von Gesundheitsleistungen in allen Krankenanstalten. Meine besondere Anerkennung gilt dem PRIKRAF für den konstruktiven Dialog bei der Überprüfung der Strukturvorgaben des ÖSG und bei der Evaluierung der Instrumente der Qualitätsarbeit direkt mit den Verantwortlichen Geschäftsführungen und Direktionen in den Kliniken.

Anerkennung auch für die professionelle Projektumsetzung bei der AIQI Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten. Die Evaluierung der Behandlungsqualität der Sanatorien im Wege der PRIKRAF-Geschäftsstelle erfolgt elektronisch mit zumutbarem bürokratischem Aufwand. Alle statistisch signifikant auffälligen Ergebnisse auf Patientenebene werden im Dialog mit den Sanatorien evaluiert.

Mir ist es ein Anliegen neben rechtlichen und organisatorischen Aspekten auch auf die hohe Wertschöpfung der Privatkliniken für Wirtschaft und Arbeitsmarkt hinzuweisen.

Ich bedanke mich für die hervorragende Zusammenarbeit in der Fondskommission des PRIKRAF und mit der Geschäftsführung und verbleibe

Ihr Dr. Clemens Martin Auer

Vorwort Mag. Herbert Schnötzinger – Geschäftsführer

Mit der Gesundheitsreform wurde die Abgeltung von einzelnen Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Sozialversicherungsträger, Landesgesundheitsfonds und PRIKRAF an die Einhaltung jener ÖSG-Qualitätsstandards geknüpft die unmittelbar für die Sicherheit der PatientInnen und den Behandlungserfolg maßgeblich sind. Die Einhaltung dieser Strukturqualitäts-kriterien wurde von der PRIKRAF Geschäftsstelle mit Checklisten abgefragt und direkt in den Privatkliniken auf Plausibilität geprüft. Dabei wurden die abrechnungs-relevanten Nachweise der technischen, personellen Ausstattung und die Betriebsorganisation evaluiert und die Qualitätsarbeit mit den Verantwortlichen und Direktionen diskutiert. Die Branchenergebnisse der Strukturen und Instrumente der Qualitätsarbeit wurde von der GÖG zur Verfügung gestellt und findet sich erstmals im Jahres-bericht.

Die Qualität der medizinischen Behandlung transparent und vergleichbar zu machen, ist für die Anbieter von Gesundheitsleistungen eine der Kernaufgaben. Die Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten mit AIQI ist ein hochprofessionelles Tool um Behandlungserfolge oder mögliche Behandlungsfehler sichtbar zu machen. Von der PRIKRAF Geschäftsstelle werden dabei alle statistisch signifikant auffälligen Ergebnisse auf Patientenebene im Dialog mit den Privatkliniken evaluiert und bei bundesweiten Indikatoren mittels Peer-Review begleitet. Eine Projektbeschreibung finden sie im aktuellen Jahresbericht.

Aufgrund einer gesetzlichen Änderung per 2014 sind die umsatzsteuerpflichtigen PRIKRAF-Krankenanstalten verpflichtet monatliche Rechnungen an die KV-Träger zu stellen. In Abstimmung mit der Sozialversicherung und Wirtschaftskammer erfolgt die USt-Rechnungserstellung im Auftrag der Beteiligten zentral vom PRIKRAF. Damit sind valide Leistungsdaten bei geringem bürokratischem Aufwand garantiert. Ein Beispiel für professionelle und konstruktive Projektumsetzung.

Trotz der umfangreichen Aufgaben bestätigt ein Verwaltungskostenanteil von 0,43 % der Fondsmittel eine effiziente und leistungsfähige Betriebsorganisation der PRIKRAF Geschäftsstelle.

Für die konstruktive Zusammenarbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Mag. Herbert Schnötzinger

2. GEGENSTAND DES TÄTIGKEITSBERICHTS 2014

Der Jahresbericht 2014 stellt die gesetzlichen und organisatorischen Grundlagen für die Tätigkeit des Fonds dar und berichtet auf der Grundlage der externen Rechnungsprüfung über die finanzielle Gebarung im Jahr 2014. Ein Kapitel beschäftigt sich eingehend mit Sicherung der Datenqualität und den Ergebnissen der medizinischen Prüftätigkeit. Die statistische Aufbereitung der Leistungsdaten im Jahresvergleich mit Kennzahlen und Benchmarks soll die Mittelverwendung transparent darstellen. Der Bericht geht auf die Entwicklung der Aufenthalte und der erbrachten Leistungen ein, und stellt die Ergebnisse auch aus der Perspektive der Krankenanstalten und der Versicherungsträger dar.
1. Insgesamt wurden 2014 96.826 Aufenthalte abgerechnet, gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um 2,2%. Bei der Inanspruchnahme sind mit 60,8 % die Aufenthalte von weiblichen Patienten bestimmend.

2. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 4,37 Belagstage ist gegenüber dem Vorjahr (4,50 Belagstage) gesunken. Frauen sind im Vergleich länger in den Krankenanstalten (Frauen: 4,74 Belagstage Männer: 3,79 Belagstage).

3. Für 2014 sind hohe Zuwächse bei 0 Tagesaufenthalten festzustellen, der Anstieg gegenüber dem Vorjahr beträgt 22,3 %.

4. Das durchschnittliche Lebensalter der behandelten Patienten ist leicht gestiegen 60,66 Lebensjahre (2013: 60,63 Lebensjahre). Weibliche Patienten (60,96 Lebensjahre) sind im Durchschnitt um 7 Monate älter als Männer (60,2 Lebensjahre).

5. Die behandelten Erkrankungen, definiert durch den ICD 10 Code, sind im zeitlichen Vergleich relativ stabil. Rund 72 % aller Diagnosen entfallen auf sechs Gruppen (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 26,3%, Augenerkrankungen 10,8%, Neubildungen 9,9%, Verletzungen 8,6 % Erkrankungen des Kreislaufsystems 8,5 %, und Krankheiten des Verdauungssystems 8,0%).

6. Differenziert nach Krankenanstalt ergibt sich kein einheitliches Muster: Zuwächse bei den Aufenthalte in einigen Krankenanstalten steht ein Rückgang in anderen Krankenanstalten gegenüber.

7. Differenziert nach dem regionalen Standort der Krankenanstalten sind Zuwächse bei den Aufenthalten für die PRIKRAF Krankenanstalten in Oberösterreich 4,8% in Salzburg mit 4,1% und in der Steiermark mit 3,4%.

8. Für 2014 fallen je Aufenthalt 2.466 LDF-Punkte an. Die Punkte je Aufenthalt sind gegenüber dem Vorjahr geringfügig gesunken (2013: 2474 LDF-Punkte pro Aufenthalt). Bei Frauen fallen je Aufenthalt mehr Punkte an: 2.525 weiblich, 2.376 männlich.

9. Die Umschichtung von Pflegekostenzuschüssen zu Direktverrechnung setzt sich auch 2014 fort.

10. Der endgültige Punktewert beträgt für das Jahr 2014 € 0,417 netto. Insgesamt waren 2014 rund € 108 Mio. verfügbar. Die Gebarung 2014 wird durch die Nachzahlung der SV-Träger positiv beeinflusst. Für den Verwaltungsaufwand sind € 469.024,87 angefallen. Die verfügbaren Mittel werden somit höchstmöglich leistungswirksam eingesetzt.

3. AUFGABEN DES PRIKRAF

Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2013 wurden im Nationalrat auch die Regeln über den PRIKRAF und die Valorisierung der PRIKRAF Mittel bestätigt. Das PRIKRAF-Gesetz in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes 2013 sieht vor, das die Bestimmungen des PRIKRAF-Gesetzes unbefristet gelten. Sie treten ein halbes Jahr nach Außerkrafttreten der 15a-Vereinbarungen außer Kraft, wobei der Termin vom Gesundheitsminister mittels Verordnung kund zu machen ist.
Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung wurde in § 2 Abs. 1 PRIKRAF-Gesetz als Aufgabe des PRIKRAF ergänzt.

Diese Aufgabe umfasst die bereits jetzt von der Fondskommission des PRIKRAF im Bereich Qualität wahrzunehmenden Agenden die Evaluierung der Leistungskapazitäten der Fondskrankenanstalten und die Festlegung von Qualitätskriterien, abgestimmt mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung und die Tätigkeit im Rahmen des auf Routinedokumentation basierenden Systems der Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators).

In der Anlage 1 des PRIKRAF-Gesetzes werden 44 Krankenanstalten erfasst, wobei im Jahr 2014 tatsächlich nur mit 32 Krankenanstalten abgerechnet wird.

Die Aufgaben des Fonds sind insbesondere die Abgeltung von Leistungen der PRIKRAF – Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht sowie die Zahlung von Pflegekostenzuschüssen an Versicherte, die in einer PRIKRAF –Krankenanstalt behandelt wurden. Ambulante Leistungen und Rehabilitations- und Kurleistungen sind nicht abzugelten.

Der PRIKRAF unterscheidet sich im Aufgabenbereich von den Landesgesundheitsfonds in mehrfacher Hinsicht:

- die Zuständigkeit erstreckt sich auf das gesamte Bundesgebiet;
- die Mittel stammen nahezu ausschließlich von den Sozialversicherungsträgern;
- es werden nur stationäre und tagesklinische Leistungen abgerechnet;
- für die Abrechnung ist ausschließlich der LKF Kernbereich maßgeblich, der Steuerungsbereich ist gesetzlich ausgeschlossen; es werden keine Investitionszuschüsse geleistet;
- das Fondsvermögen wird jährlich zur Gänze ausgeschüttet;
- für die Abrechnung gilt ein bundesweit gleicher Punktewert.

4. ORGANISATION

Fondskommission

Mitglieder	Ersatzmitglieder
Bundesministerium für Gesundheit	
Dr. Clemens-Martin AUER (Vorsitzender) Mag. Nina PFEFFER(ab 14.10. 2014) Mag. Christa PEINHAUPT (bis 13.10. 2014)	BL Mag. Gerhard EMBACHER Mag. Thomas WOREL
Wirtschaftskammer Österreich Fachverband der Gesundheitsbetriebe	
Mag. Bernhard GERSTBERGER Mag. Werner FISCHL Mag. Thomas KREUZ RA Dr. Christian KUHN Mag. Annette LEJA	Mag. Birgit BARTAK Mag. Reinhard HAGENHOFER Mag. Cornelia OBERMEIER Mag. Eva HEIGL Dr. Martin HOFF
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	
Dr. Ferdinand FELIX Mag. Hartmut SCHNEIDER AL Dr. Robert GRADWOHL	AL Stv. Dieter SCHNEIDER-STURM AL Mag. Engelbert SCHILLER AL Horst GLANZER
Vertreter der Länder	
HR Dipl.-Ing. Harald GAUGG	Mag. Agnes BERLAKOVICH
für die Aufsicht bei den Sitzungen	
Dr. Siegfried WÖTZLMAYR, BMG	Dr. Günter PORSCH, BMG

Schiedskommission

Mitglieder	Ersatzmitglieder
Vorsitzender	
Hofrat Dr. Einar SLADECEK	Präsident des Arbeits- und Sozialgerichts i.R.
Beisitzer	
Dipl. KH-BW Robert Nikolaus WINKLER Dir. Dr. Erich SCHMATZBERGER	DI Werner HÖRNER Dir. Dr. Josef SOUHRADA

INHALTSVERZEICHNIS

Geschäftsstelle

Mag. Herbert SCHNÖTZINGER

Geschäftsführer
Rechtsgültige Vertretung des PRIKRAF
Wahrnehmung der Rechte und Pflichten des Dienstgebers
Qualitätsmanagement

Mag. Gerulf POSCH

Administration der Pflegekostenzuschüsse
Rechtliche Angelegenheiten
Fonds-Rechtsdokumentation
Zwischenstaatliche Verrechnung

DI. Bernhard PESEC

Datenbankmanagement- und Datenanalysen
Datenverarbeitung
Entwicklung IT-Strategien
IT-Abstimmung mit dem BMG

Dr. Szilvia CSANYI – GRAFELMANN

Grundlagen und Richtlinien für die Prüfungstätigkeit
Medizinische Kontrolle von LKF-Daten
Überprüfung von Qualitätsindikatoren AIQI
Med. Plausibilitätsprüfung für Pflegekosten

Dr. Eva PILZ

Grundlagen und Richtlinien für die Prüfungstätigkeit
Medizinische Kontrolle von LKF-Daten

Dr. Reinhard SCHUH

Med. Plausibilitätsprüfung für Pflegekosten und Datenqualitätskontrolle
Medizinische Kontrolle von LKF-Daten

Martina MÜLLNER
Organisationsassistenz für die Geschäftsstelle
Administration der Pflegekostenzuschüsse
Beschwerde- und Auskunftsmanagement

5. SITZUNGEN DER FONDSKOMMISSION 2014

Im Jahr 2014 haben zwei Sitzungen der PRIKRAF-Fondskommission in der Geschäftsstelle des PRIKRAF stattgefunden.

42. Sitzung 01. Juli 2014

Beschluss endgültiger Punktewert 2013

Der endgültige Punktewert 2013 in der Höhe von € 0,412 netto (0,454) brutto wurde von der Fondskommission einstimmig beschlossen. Die Geschäftsstelle wird ermächtigt den auf Grundlage des endgültigen Punktewerts erstellten Jahresabschluss 2013 der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft HLB Intercontrol zur Erteilung des Bestätigungsvermerk zu übermitteln.

ÖSG Transformation für PRIKRAF-Krankenanstalten

Der Geschäftsführer Herr Mag. Schnötzinger berichtet über den Stand der ÖSG Transformation für PRIKRAF-Krankenanstalten. Ein Statusbericht der Erhebungen in den PRIKRAF-Krankenanstalten mit Stand 17. Juni 2014 wurde mit den Sitzungsunterlagen übermittelt. Der Geschäftsführer erläutert die vorläufigen Ergebnisse zum Umsetzungskonzept von Qualitätskriterien für PRIKRAF-Krankenanstalten. Der Nachweis der ÖSG Strukturqualität erfolgt mit Checklisten für die Qualitätskriterien gemäß LKF-Leistungsmatrix.

Die PRIKRAF-Krankenanstalten haben noch bis Ende des Jahres Zeit die erforderlichen Nachweise zu erbringen. Das Projekt wird von den PRIKRAF-Krankenanstalten gut angenommen. Ab August 2014 starten die Überprüfungen der gemeldeten Daten in den PRIRAF Krankenanstalten. Der Abschlussbericht 2014 erfolgt in der nächsten Fondskommission im Dezember 2014.

Der Antrag des Sanatorium Kettenbrücke zur Genehmigung der Abrechnung einer IMCU/ICU im Sanatorium Kettenbrücke wurde von der Fondskommission einstimmig genehmigt. Die für den Betrieb der ICU und IMCU geltenden Strukturqualitätskriterien wurden nachgewiesen und die sanitätsrechtliche Bewilligung in Form eines Bescheides von der Tiroler Landesregierung wurde der Geschäftsstelle des PRIKRAF übermittelt. Eine positive Stellungnahme des BMG betreffend LKF-Konformität liegt vor.

43. Sitzung 10. Dezember 2014

Beschluss: Vorläufiger Punktewert 2015

Für das Jahr 2015 beschließt die 41. PRIKRAF Fondskommission am 10. Dezember 2014 einen vorläufigen Punktewert in der Höhe von 0,41 Euro netto.

Beschluss: Jahresvoranschlag 2015, Stellenplan 2015

Der Jahresvoranschlag 2015 und der Stellenplan 2015 wurden von der Fondskommission einstimmig beschlossen.

ÖSG Transformation für PRIKRAF-Krankenanstalten

Der Geschäftsführer erläutert die Unterlage und die Ergebnisse zum Umsetzungskonzept von Qualitätskriterien für PRIKRAF-Krankenanstalten. Der Nachweis der Einhaltung der Qualitätskriterien des ÖSG erfolgt mit Checklisten für die Qualitätskriterien gemäß LKF-Leistungsmatrix. Es erfolgte eine Überprüfung in den Sanatorien durch den Geschäftsführer mit einem Medizintechniker und einer Medizinerin. Das Projekt wird von den PRIKRAF-Krankenanstalten gut angenommen.

Rechnungspflicht für PKA gem. § 11 USTG

Aufgrund einer gesetzlichen Änderung per 01.01. 2014 sind die (umsatzsteuerpflichtigen) PRIKRAF Krankenanstalten verpflichtet monatliche Rechnungen gemäß § 11 USTG an die KV-Träger zu stellen, da laut GSBG die pauschalen Beihilfen für die SV-Träger weggefallen sind. In einer Arbeitsgruppe wurde ein Konzept zur Rechnungslegung ausgearbeitet. Der Fonds erstellt die Rechnungen bzw. Rechnungsgrundlagen und übermittelt sie als Dienstleister für die Krankenanstalten direkt an die leistungszuständigen Versicherungsträger.

6. BOARD OF EXAMINERS

Das Board of examiners (Prüfkommission) für Qualitätssicherung überprüft insbesondere, ob die von den Krankenanstalten an den Prikraf gemeldeten Datensätze mit den Vorgaben des jeweils geltenden LKF-Modells übereinstimmen und unterstützt die termingerechte, korrekte und vollständige Kodierung der Datensätze.

Zur Datenqualitätsprüfung gelangen dabei einerseits Datensätze aus der Direktverrechnung. Fälle bei denen kein Direktverrechnungsvertrag besteht, werden als Pflegekostenzuschüsse abgerechnet und einzeln geprüft.

Weiters werden Serviceaufgaben für die Krankenanstalten, Beratungsaufgaben mit Berichten an die Fondskommission sowie die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im PRIKRAF in Abstimmung mit dem BMG und den Landesfonds wahrgenommen. Die Fondskommission des PRIKRAF wird von der Prüfkommission auch hinsichtlich der Einstufung von Sonderbereichen und zu von der Fondskommission zu genehmigenden Leistungen beraten (z.B. Tagesklinik, Intensiveinheiten, genehmigungspflichtige Leistungen).

Pflegekostenzuschüsse

Die Prüfung der **Pflegekostenzuschüsse** erfolgt auf Basis der eingereichten Rechnung und des gemeldeten Datensatzes. Bei Auffälligkeiten werden Teile der Krankengeschichte – in der Regel Arztbrief und OP-Bericht – angefordert. Bei fehlerhafter Kodierung wird die Krankenanstalt zur Korrektur der Rechnung und des Datensatzes (MBDS) aufgefordert und es werden die sich bei korrekter Kodierung ergebenden Punkte zur Auszahlung gebracht.

Direktverrechnung

Die Prüfung der Daten aus der **Direktverrechnung** erfolgt auf Basis der jeweils bis zum 20. des Folgemonats gemeldeten Datensätze der Krankenanstalten. Der Original-Datensatz der Krankenanstalt kann von der Prüfkommission nicht verändert werden, er kann nur durch Nachmeldungen der Krankenanstalt aktualisiert werden. Der Codierungsvorschlag des PRIKRAF dagegen entsteht durch Duplizierung des gemeldeten Datensatzes und wird durch den PRIKRAF teils automatisch abgeändert (automatische Plausibilitäts-Prüfung, 0-Tagesfälle ohne Leistung aus dem tagesklinischen Leistungskatalog), zum anderen Teil aufgrund bekannter Auffälligkeiten aus vorhergehenden Prüfjahren gezielt geprüft und gegebenenfalls korrigiert.

Die Prüfung von Auffälligkeiten beinhaltet Kriterien wie Episodensuche, systematische Suche nach Fällen mit hoher oder maximierter LKF-Punktezahl oder mit Hauptdiagnosen-Maximierung. Bei Auffälligkeiten werden Teile der Krankengeschichte angefordert, in der Regel Arztbrief und bei Operationen auch der OP-Bericht.

Abschlussbericht der medizinischen Prüfung 2014

Abrechnungsrelevante Datensätze: 96.826

- Direktverrechnung (DV): 95.501
- Pflegekostenzuschüsse (PKZ): 1.325

Punkteabzüge

- ambulante Aufenthalte (nicht abrechenbar) 2.038 Aufenthalte (automatisch)
- Krankengeschichten angefordert 1.059
- davon Punkteabzüge bei 436 Aufenthalten 480.005 Punkte

Prüfprocedere Direktverrechnung

- Automatisierte Plausibilitätsprüfung
- Automatisierte Identifizierung von ambulanten Aufenthalten (konservative 0-Tages-Aufenthalte ohne Leistungen aus dem tagesklinischen Leistungskatalog)
- Manuelle Überprüfung

Auswahlkriterien für anzufordernde Krankengeschichten aus der Direktverrechnung

- Plausibilitäts-Auffälligkeiten (Error/Warnings/Hinweise)
- Durch Krankenanstalten akzeptierte Plausibilitäts-Auffälligkeiten
- Hauptdiagnose-Maximierungen
- Auswahl nach identifizierten Fehlkodierungen aus vergangenen Prüfjahren

Auswahlkriterien für anzufordernde Krankengeschichten bei Pflegekostenzuschüssen

- Bei jedem Datensatz erfolgt eine Plausibilitätsprüfung, bei Auffälligkeiten wird die Krankengeschichte angefordert.

Grundlagen für die Datenqualität

Die Krankenanstalten wurden ersucht, akzeptierte Warnings bzw. Hinweise nur mit aussagekräftigem Kommentar zu übermitteln. Alle akzeptierten Warnings/Hinweise wurden überprüft.

Arbeiten zur Überprüfung der medizinischen Qualität und der Dokumentation von Komplikationen (Sterbefälle, Transferierungen, Wiederaufnahmen, T80-T88-Diagnosen) wurden durchgeführt und an die Krankenanstalten rückgemeldet.

Mitarbeit bei der Festlegung von bundesweiten Qualitätskriterien

Mit der Teilnahme am LKF-Arbeitskreis, dem medizinischen Länderbeirat sowie der Datenqualitätsgruppe war der Prikraf in die österreichweite Diskussion um die Weiterentwicklung des LKF-Systems sowie die Erarbeitung von bundesweiten Qualitätskriterien einbezogen.

7. QUALITY REVIEW BOARD

Zur laufenden Verbesserung der Qualitätsarbeit wurde ab November 2011 in der Geschäftsstelle des PRIKRAF ein **„Qualitäts-Review-Board (QRB)“** konstituiert. Hauptaufgabe der Qualitätsreviews ist ein strukturiertes Datenqualitätsmanagement. Durch Abweichungsanalysen der Datenqualität bei der LKF-Codierung und Leistungsmeldung mit Feedback an die betroffenen PRIKRAF-Krankenanstalten soll ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess stattfinden.

Die PRIKRAF-Krankenanstalten werden jeweils schriftlich über die häufigsten Codierungsfehler informiert, mit dem Ziel die Datenqualität zu verbessern und den bürokratischen Aufwand zu reduzieren. Ein individueller Feedbackbrief zur LKF-Datenqualität 2014 wurde an alle Rechtsträger und Codierungsverantwortlichen inhaltlich abgestimmt und übermittelt.

Der PRIKRAF Geschäftsführer ist Mitglied der Steuerungsgruppe für das Austrian Inpatient Quality Indikator Projekt. Im Jahr 2014 wurden die übermittelten AIQI-Daten des Gesundheitsministeriums auf Vollständigkeit, Plausibilität und statistische Auffälligkeiten geprüft und den Sanatorien übermittelt. Statistisch signifikant auffällige Indikatoren (rot) wurden von den Privatkrankenanstalten analysiert und an die PRIKRAF Geschäftsstelle mittels standardisierten Rückmeldeberichts elektronisch rückübermittelt. Eine detaillierte Darstellung siehe Kapitel 8. Von den MedizinerInnen des PRIKRAF erfolgt die Plausibilitätsprüfung und Abstimmung der weiteren Vorgangsweise im QRB.

8. ERGEBNISQUALITÄTSMESSUNG AUS ROUTINEDATEN

Die Qualität der medizinischen Behandlung sichtbar zu machen und verständlich zu kommunizieren, ist für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu einer zentralen Aufgabe geworden. Dazu sind nachvollziehbare, valide und standardisierte Daten erforderlich, die den Vergleich von Leistungsanbietern ermöglichen.

Mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz wird eine flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen durch systematische Qualitätsarbeit implementiert. Basierend auf den Prinzipien der Patientenorientierung, Transparenz,

Effektivität und Effizienz soll ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem nachhaltig entwickelt und umgesetzt werden. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Fokus.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Die Bundesgesundheitskommission hat, basierend auf dem Gesundheitsqualitätsgesetz 2005 (GQG) und dem Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes (BVG), im Jahr 2009 die Entwicklung einer österreichischen Qualitätsstrategie beschlossen, um bei bestehendem niederschwelligen Zugang der Patienten zum Gesundheitssystem und bei vorgegebenem Finanzrahmen die qualitativ bestmögliche Versorgung mit bundesweit gleich hohem Niveau sicherzustellen.

Die Bundesgesundheitskommission hat am 1. April 2011 einstimmig beschlossen, dieses System allen Gesundheitsfonds und den Krankenanstaltenträgern zur Verfügung zu stellen und gemeinsam umsetzen.

Mit der Gesundheitsreform 2013 wurde A-IQI inklusive Peer-Review-Verfahren rechtlich verankert und somit verbindlich gemacht. Maßgebende Bestimmungen finden sich sowohl in Art. 7 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (BGBl I Nr. 200/2013 i.d.F.) sowie in § 7 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (BGBl. I. Nr. 81/2013 i.d.F.).

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators)

Für die Arbeiten zum Thema A-IQI wurden eine Steuerungsgruppe, ein Wissenschaftlicher Beirat sowie eine Geschäftsstelle eingerichtet. Die Steuerungsgruppe ist jenes Gremium, das die grundsätzlichen Entscheidungen im System A-IQI trifft sowie die Weiterentwicklung vorantreibt und ist der Fachgruppe Qualität zugeordnet.

Für die Weiterentwicklung und Adaptierung der Kennzahlen (sowie Vorschläge für notwendige Weiterentwicklungen im LKF-System) wird die Steuerungsgruppe von einem Wissenschaftlichen Beirat unterstützt. Die A-IQI Geschäftsstelle leitet die Steuerungsgruppe und den Wissenschaftlichen Beirat und übernimmt viele operative Tätigkeiten im System. Sie befindet sich innerhalb des Bundesministeriums für Gesundheit in der Abteilung für Qualität im Gesundheitssystem, Gesundheitssystemforschung.

Die Landesgesundheitsfonds bzw. der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds fungieren als Kommunikationsdrehscheibe zwischen der A-IQI Steuerungsgruppe und den Krankenanstalten-trägern bzw. den Krankenanstalten. Die genaue Aufgabenverteilung und Zusammenarbeit ist im Organisationshandbuch festgelegt.

Typen von Indikatoren

Für die AIQI-Indikatoren werden Zielbereiche definiert, die sich aus dem österreichischen Bundesdurchschnitt, aus der wissenschaftlichen Literatur oder anderen Indikatorsystemen ergeben. Mittels Risikoadjustierung für unterschiedliche Komplikations- und Mortalitätsrisiken

für Begleiterkrankungen, Alter und Geschlecht der PatientInnen wird die Ergebnisdarstellung verbessert. In der AIQI-Steuerungsgruppe, bestehend aus Mitgliedern des BMG, der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF werden die Schwerpunktindikatoren jedes Jahr festgelegt und analysiert.

TYP	Bezeichnung	Beschreibung
T	Todesfälle	z.B. Herzinfarkt, Anteil Todesfälle
I	Intensivhäufigkeit	z.B. Herniotomie, Anteil Intensivaufenthalte
M	Mengen	z.B. Anzahl schwere Mehrfachverletzungen
O	Operationstechnik	z.B. Hysterektomie, Anteil abdominaler Operationen
V	Versorgung, Prozess	z.B. Hüftgelenknahe Fraktur, Anteil präoperative Verweild. > 1 Tag
Z	Zusatzinformationen	z.B. Anteil der Fälle in den A-IQI Indikatoren

Das System baut auf einer Analyse der statistischen Auffälligkeiten und der Gründe hierfür auf. In einem ersten Schritt sollen die Krankenanstalten nach den Gründen der Abweichungen von den Zielbereichen suchen. Können die statistischen Auffälligkeiten nicht erklärt werden, wird mittels einer Fremdanalyse und im kollegialen Dialog (Peer Review Verfahren) nach deren Ursachen gesucht. Aufbauend auf dieser Analyse werden gemeinsam zwischen den externen Peer-Reviewern (speziell für diese Aufgabe geschulte Primarärztinnen und Primarärzte) und den Verantwortlichen der jeweiligen Krankenanstalt qualitätsverbessernde Maßnahmen erarbeitet. Im laufenden Jahr werden die jeweiligen Jahresschwerpunktindikatoren bearbeitet. Strukturen und Abläufe des Projektes sind vereinbart, Datenanalysen durch die Landesgesundheitsfonds, PRIKRAF und Krankenanstalten sowie Peer-Review Verfahren wurden in landesfondsfinanzierten Krankenanstalten bereits durchgeführt.

Abgebildete Krankheitsbilder

Erkrankungen des Herzens
01 - Herzinfarkt
02 - Herzinsuffizienz
03 - Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter
04 - Herzrhythmusstörungen
05 - Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator
06 - Ablative Therapie
07 - Operationen am Herzen
Schlaganfall (Stroke)
08 - Schlaganfall
09 - Transitorisch ischämische Attacke (TIA)
Erkrankungen der Lunge
10 - Lungenentzündung (Pneumonie)
11 - Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
12 - Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)
Operationen an den Bauchorganen
13 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)
14 - Operation von Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüchen (Herniotomie)

15 - Erkrankungen von Dickdarm und Enddarm (kolorektale Operationen)
16 - Magenoperationen
17 - Große Operationen an der Speiseröhre (Ösophagus)
18 - Große Operationen der Bauchspeicheldrüse (komplexe Eingriffe am Pankreas)
Eingriffe im Bereich HNO
19 - Eingriffe an der Schilddrüse
20 - Eingriffe an den Tonsillen
Gefäßoperationen
21 - Eingriffe an den hirnversorgenden Arterien
22 - Erweiterung oder Dissektion der Hauptschlagader (Aneurysma der Aorta)
23 - Operationen der Becken-/Bein-Arterien
24 - Amputationen
25 - Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)
Frauenheilkunde und Geburtshilfe
26 - Geburten
27 - Stationär aufgenommene Neugeborene
28 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)
29 - Eingriffe an der Brust
Orthopädische und traumatologische Krankheitsbilder
30 - Hüftgelenkersatz elektiv (nicht bei Frakturen)
31 - Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese
32 - Kniegelenkersatz
33 - Wechsel einer Kniegelenkendoprothese
34 - Hüft- oder Kniegelenkersatz bei anderen Indikationen
35 - Operationen der Wirbelsäule
36 - Hüftgelenknahe Frakturen
37 - Schwere Mehrfachverletzungen
Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
38 - Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)
39 - Eingriffe an der Harnblase
40 - Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)
41 - Radikalentfernung der Prostata
42 - Nierensteine
Hautkrankheiten
43 - Hautkrankheiten
Komplexe, heterogene Krankheitsbilder
44 - Beatmung
45 - Sepsis
46 - Transplantationen
47 - Kurze Intensivverweildauer

Ergebnisdarstellung am Beispiel Cholezystektomie, Hysterektomie

A-IQI - Austrian Inpatient Quality Indicators (Version 4.0)				KXXX - PRIVATKLINIK					
Bundesministerium für Gesundheit									
Auswertungszeitraum: 01.01.2014 bis 31.12.2014	Ö2013	Typ		Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
13 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)									
13.10	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil offene Operationen	9,56%	O		< (BD)	9,56%	4,05%	3	74	
13.20	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	0,70%	T		< (BD)	0,70%	0,00%	0	74	
13.30	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	1,42%	K		< (BD)	1,42%	0,00%	0	74	
13.40	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	0,19%	T		= (SE)		0,00%	0	71	
13.50	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen oh. Tumor, Anteil Intensivaufenthalte (>= 2 Nächte)	1,56%	I		< (BD)	1,56%	0,00%	0	71	
13.60	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umsteiger	2,61%	K		< (BD)	2,61%	1,39%	1	72	
13.70	Lap. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil ERCP nach OP-Tag	1,38%	K		< (BD)	1,38%	0,00%	0	71	
28 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)									
28.10	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (Alter > 14), Anteil Todesfälle	0,04%	T		= (SE)		0,00%	0	44	
28.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne suprazerv. OP), Anteil abdominale OP	22,22%	O		< (BD)	22,22%	33,33%	14	42	[21,01;48,45]
28.22	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne Plastik), Anteil abdominale Operationen	27,24%	O		< (BD)	27,24%	52,00%	13	25	[33,50;69,97]
28.31	Hysterektomie bei gutart. Erkrankung oh. Endometriose (Alter < 50), Anteil mit Ovarektomie	24,53%	V				25,00%	3	12	
28.32	Hysterektomie bei gutart. Erkrankung oh. Endometriose (Alter ab 50), Anteil mit Ovarektomie	19,12%	V				15,63%	5	32	

Den Sanatorien werden von der PRIKRAF-Geschäftsstelle die Echtdaten der AIQI Ergebnisse im Wege der Krankenanstaltenträger mit Darstellung der Indikatoren (Ergebnis) und alle Patientenaufnahmezahlen zur Detailanalyse übermittelt.

------ Keine Bewertung > Fallzahlen statistisch nicht modellrelevant.

statistisch unauffällig > innerhalb des Zielbereichs > keine Rückmeldung erforderlich

statistisch auffällig > Zielbereich im Konfidenzintervall > keine Rückmeldung erforderlich

statistisch signifikant auffällig>Zielbereich nicht im Konfidenzintervall > **Rückmeldebericht an PRIKRAF**

Bei statistisch signifikant auffälligen Indikatoren erfolgt eine medizinische Begründung aller Patientenaufenthalte an den PRIKRAF. Um den bürokratischen Aufwand möglichst gering zu halten wurde für die Detailanalyse ein standardisierter Rückmeldebericht entwickelt der eine papierlose, edv-gestützte Abwicklung ermöglicht. Peer Review Verfahren werden nur bei signifikant auffälligen Ergebnissen zu Indikatoren durchgeführt, die bundesweit überprüft werden.

Info/Muster eines standardisierten elektronischen Rückmeldeberichtes

ANALYSE A-IQI DATEN 2014

STANDARDISIERTER RÜCKMELDEBERICHT 2015

STATISTISCH SIGNIFIKANT AUFFÄLLIGER INDIKATOR

A-IQI - Austrian Inpatient Quality Indicators (Version 4.0)				KXXX - PKL					
Bundesministerium für Gesundheit									
Auswertungszeitraum: 01.01.2014 bis 31.12.2014	Ö2013	Typ		Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
28 - Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)									
28.21	Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne suprazerv. OP), Anteil abdominale OP	22,22%	O		< (BD)	22,22%	50,00%	6	12	[27,85;57,81]

INHALTSVERZEICHNIS

BEISPIEL:

Indikator 28.21 - Hysterektomien bei gutartiger Erkrankung (ohne suprazerv. OP) Anteil abdominaler OP

Bei 50 % (6 von 12 Aufenthalten) abdominale Operation.

Anz		AUFNR	Ergebnis Detailanalyse - Anmerkungen
01		XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
02		XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
03		XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
04		XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
05		XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
06		XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PATIENTENDATEN

Statistisch signifikant auffällige Aufenthalte (Anzahl = Zähler, AUFNR=Aufnahmezahl)

Ergebnis Detailanalyse (Anmerkungen für Erklärung / Begründung). **Unbegrenzte Texteingabe möglich!**

EVALUIERUNG

Konnte durch die Detailanalyse der Daten eine Erklärung für die statistische signifikante Auffälligkeit gefunden werden:
Ja ☐ Nein ☐

Erklärung:
☐unsystematische Codierungsfehler ☐systematisches Codierverhalten / Optimierungsprogramme
☐systematisches Codierverhalten/Ausweichcodierungen ☐unzureichende Repräsentativität der Fallgesamtheit
☐Sonstige: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

☐Signifikante statistische Auffälligkeit durch med. Detailanalyse bestätigt - Maßnahmen erforderlich ☐ ja ☐nein

Detailbeschreibung der Erklärungsgründe bzw. Maßnahmen (in Stichworten):
Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Erforderliche Maßnahmen aus den Erklärungsgründen für PKA/Fonds:
☐Umcodierungen notwendig
☐Sonstige: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Vorgeschlagene Ableitung für das A-IQI System:
☐Codierrichtlinie verfassen/präzisieren ☐Risikoadjustierung des Indikators notwendig
☐Überarbeitung der Definition des Indikators notwendig ☐Sonstige: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Durchführung eines Peer Reviews notwendig ☐ja ☐nein
Begründung für (Nicht-)Durchführung eines Peer Reviews (in Stichworten): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ansprechpartner in der Klinik für diesen Rückmeldebericht:
Name: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. **Email:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

9. STRUKTURQUALITÄTSÜBERPRÜFUNG MIT CHECKLISTEN

UMSETZUNG VON QUALITÄTSKRITERIEN FÜR PRIKRAF KRANKENANSTALTEN

PRIKRAF - CHECKLISTEN 2014 zur Dokumentation und Kontrolle von Qualitätskriterien

Mit dem Beschluss des ÖSG 2012 wurden für Sanatorien die Strukturqualitätskriterien in transformierter Form beschlossen. Die Rechtsverbindlichkeit ergibt sich aus dem Gesundheitszielsteuerungsgesetz mit der Änderung von relevanten Rechtsvorschriften in Begleitgesetzen (GesundheitsqualitätsG, PRIKRAF-G). In der LKF-Leistungsmatrix wird für ausgewählte medizinische Einzelleistungen (MEL) auf Strukturqualitätskriterien im ÖSG 2012 verwiesen. Die Umsetzung dieser für Sanatorien anwendbaren transformierten Strukturqualitätskriterien erfolgte 2014.

Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit

Mit dem Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz – G-ZG) werden u.a. auch das **Gesundheitsqualitätsgesetz** und das Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz wie folgt geändert:

Artikel 13 - Änderung des Gesundheitsqualitätsgesetzes

Dem § 3 wird folgender Abs. 3 angefügt: „(3) Die Abgeltung von einzelnen Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Träger der Sozialversicherung, die Landesgesundheits- fonds und den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds setzt voraus, dass die essentiellen Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, eingehalten werden. Dazu zählen insbesondere jene aufgrund dieses Bundesgesetzes, gemäß § 7 Abs. 3 und 4 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes und gemäß § 117c Abs. 1 Z 5 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der jeweils geltenden Fassung, festgelegten essentiellen Qualitätsstandards sowie die Teilnahme an den Maßnahmen zur Ergebnis- qualitätsmessung und -sicherung gemäß § 7 Abs. 2 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes."

§ 7 Abs. (3) G-ZG: Im Bereich der Prozessqualität im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit sind im engen Konnex mit den Handlungsfeldern der Zielsteuerung-Gesundheit (§5 Abs. 3 Z4 und 5) österreichweit einheitliche Qualitätsstandards festzulegen.

§ 7 Abs. (4) G-ZG: Im Bereich der Strukturqualität werden die Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegt.

Artikel 16 – Änderung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetzes

Im § 2 Abs.1 wird folgende Z3 eingefügt: „(3) Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) basiert auf der zwischen dem Bund und allen Bundesländern getroffenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (BGBl. I Nr. 105/2008). Die nunmehr vierte Revision, der ÖSG 2012, wurde am 23.11.2012 von der Bundesgesundheitskommission beschlossen und ist mit diesem Datum in Kraft getreten. Die wesentlichen Neuerungen und Anpassungen gegenüber dem ÖSG 2010 umfasst die Integration von „transformierten" Qualitätskriterien für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien).

Anwendung der Qualitätskriterien des ÖSG

Die Qualitätskriterien des ÖSG sind grundsätzlich von allen Leistungsanbietern einzuhalten. In privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (PKA) ohne Kontrahierungszwang - und damit ohne Erfordernis von Vorhalteleistungen - sind v.a. die Strukturqualitätskriterien nicht immer unmittelbar anwendbar. In diesen Fällen sind die davon betroffenen Qualitätskriterien jeweils anlassfall- und behandlungsprozessbezogen gemäß den jeweiligen allgemeinen und speziellen Transformationsregeln zu erfüllen. Qualitätskriterien, für die keine Transformationsregeln bestehen, sind unmittelbar anzuwenden.

Mit der Änderung des Qualitätsgesetzes im Zuge des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes wird die Abgeltung von Leistungen durch den PRIKRAF an die Einhaltung von Qualitätskriterien gebunden. Für die Strukturqualitätskriterien wird auf den ÖSG 2012 verwiesen. Mit der Integration von „transformierten“ Qualitätskriterien für private nicht gemeinnützige Akutkrankenanstalten (Sanatorien) steht nunmehr eine gemeinsam adaptierte Grundlage zur Verfügung.

ÖSG 2012 Strukturqualitätskriterien

In der LKF – Leistungsmatrix wird bei hochwertigen medizinischen Einzelleistungen explizit auf Strukturqualitätskriterien verwiesen. Diese „essentiellen Qualitätsstandards“ gemäß § 3 (3) GesundheitsqualitätsG sind jedenfalls jene, die gemäß LKF-Leistungsmatrix den medizinischen Einzelleistungen zugeordnete Qualitätskriterien sind.

Allgemein

Für den Nachweis der Einhaltung der Qualitätskriterien werden von der PRIKRAF Geschäftsstelle Checklisten (Abfrage der technischen, personellen, organisatorischen Strukturqualität) erstellt und den PRIKRAF Krankenanstalten jährlich, beginnend mit 2014 übermittelt. Der Nachweis der Qualitätskriterien mittels PRIKRAF Checklisten hat innerhalb der vorgegebenen Fristen durch die Sanatorien zu erfolgen. Die Überprüfung der Plausibilität, Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wurde 2014 in den Sanatorien von der PRIKRAF – Geschäftsstelle gemeinsam mit einem Medizintechniker und Medizinern durchgeführt. Eine Abgeltung der Leistungen erfolgt nur bei Einhaltung aller relevanten Qualitätskriterien im jeweiligen Jahr.

Referenzzentren (RFZ)

Referenzzentren (RFZ) sind spezialisierte Strukturen von regionaler und überregionaler Bedeutung grundsätzlich innerhalb von Krankenanstalten auf Ebene der

Schwerpunktversorgung bzw. der Zentralversorgung, in denen die Erbringung komplexer medizinischer Leistungen gebündelt wird. Komplexe medizinische Leistungen sind aufwendige, kostenintensive Leistungen, die besondere Ausstattung und Qualifikationen erfordern und auf spezielle Indikationsbereiche abzielen. In den RFZ erfolgt die spezialisierte Diagnostik und Therapie im jeweiligen medizinischen Leistungsbereich, daher ist die Erbringung bestimmter MEL RFZ vorbehalten. Sofern in privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-Krankenanstalten (PKA) RFZ-Leistungen durchgeführt werden, sind sämtliche RFZ-Vorgaben (mit Ausnahme der Ausbildungstätigkeit sowie der Versorgung eines Mindesteinzugsbereichs mit jederzeitiger Aufnahmeverpflichtung) zu erfüllen.

Histopathologische Befundung (HP)

Gilt für MEL-Leistungen, die mit Differenzialdiagnostik von Tumoren im Zusammenhang stehen. Die Möglichkeit der intraoperativen histopathologischen Befundung mittels Gefrierschnitt, die vom leistungserbringenden KA-Standort sicherzustellen ist. Diese Anforderung kann auch durch den Einsatz von Telepathologie erfüllt werden.

Qualitätskriterien für die Intensivpflegebereiche

Die Intention der Qualitätskriterien besteht darin, dass Leistungen unter bestimmten qualitativen Voraussetzungen (v.a. personelle und infrastrukturelle Ausstattung) erbracht werden. Die qualitätsbezogenen Inhalte des ÖSG (Kapitel 2) gelten grundsätzlich für alle Leistungserbringer in Österreich – unabhängig von deren organisatorischen Strukturen, Trägerschaft und deren sektoraler Zugehörigkeit – gleichermaßen. Nur dort, wo die ÖSG-Inhalte nicht unmittelbar anwendbar sind, sind diese Inhalte entsprechend den Transformationsregeln anzuwenden. Die Qualitätskriterien des ÖSG sind somit auch für alle in privaten, nicht-gemeinnützigen Akut-KA (PKA) behandelten Fälle behandlungsprozessbezogen – unabhängig von der Zahlungszuständigkeit – verbindlich.

Allgemein: Sämtliche personellen und apparativen Ausstattungsvorgaben sind entsprechend der Anzahl der behandelten PatientInnen mit Intensivbedarf vorzuhalten. Sobald eine Leistung, die gemäß Leistungsmatrix eine Intensivbehandlungseinheit oder Überwachungseinheit erfordert, elektiv durchgeführt wird, ist die erforderliche Intensivversorgung entsprechend den Vorgaben für IMCU oder ICU der Stufe 1 entsprechenden Qualität rund um die Uhr in der leistungserbringenden PKA behandlungsprozessbezogen im Anlassfall binnen 30 Minuten zu gewährleisten. Im Fall von behördlich bewilligten und von der PRIKRAF-Fondskommission anerkannten Intensivversorgungseinheiten (IMCU oder ICU) ist für diese von Montag bis Freitag jeweils 0:00 bis 24:00 Uhr eine dauernde personelle Besetzung sicherzustellen.

Mindest Krankenanstaltentyp zur Versorgung von Kindern (KTyp)

Bettenführende Einheiten für KI bzw. KCH-Sicherstellung, die zur Versorgung von Kindern im Alter unter 15 Jahren in der leistungserbringenden KA mindestens vorhanden sein müssen.

Typ1 - „Kinderzentrum“ mit KI und sichergestellter KCH-Versorgung sowie PICU/NICU
Typ2 – Abteilung für KI >20 Betten, ohne KCH-Versorgung, PIMCU/NIMCU sicherzustellen
Typ3 – „reduzierte KI“ mit 14<Betten<=20, ohne KCH-Versorgung, ohne PIMCU(NIMCU)
Typ4 – ohne KI und ohne KCH-Versorgung z.B. UKH, SANATORIEN

BEISPIEL EINER LKF-LEISTUNGSMATRIX MIT ÖSG-STRUKTURQUALITÄTSKRITERIEN

Krankenanstalten		Leistung		MELDok	Gesamt-	QK erfüllt					QK gemäß LKF-Leistungsmatrix					
					berechtigung	MVS	KTyp	KOZ	INT	HP	MVS (RFZ)	KTyp	KOZ	INT	HP	GGH
		AJ010	Einfache Naht peripherer Nerven an der oberen Extremität (LE=je S	1	E	X		X	X	X		1				
		AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE=je Seite)	64	E	X		X	X	X		1				
		AJ090	Dekompression anderer peripherer Nerven an der oberen Extremit	9	E	X		X	X	X		1				
		AJ130	Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven (LE=je Sitzung)	15	E	X		X	X	X		1			X	
		DD010	Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je Sitzung)	230	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		DD040	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefä	21	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		DD050	Implantation eines Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)	3	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		DD060	Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents in die Kor	69	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		NE120	Implantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite	109	J	X	X	X	X	X				UE		
		NE130	Explantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Seite	1	J	X	X	X	X	X				UE		
		NE140	Reimplantation einer Totalendoprothese des Hüftgelenks (LE=je Se	1	J	X	X	X	X	X				UE		
		KC070	Partielle Thyreoidektomie (LE=je Sitzung)	10	E	X		X	X	X		3		UE	X	
		KC080	Partielle Thyreoidektomie mit Sternotomie (LE=je Sitzung)	1	J	X	X	X	X	X				UE	X	
		KC090	Totale Thyreoidektomie (LE=je Sitzung)	14	E	X		X	X	X		3		UE	X	
		KC110	Totale Thyreoidektomie mit Lymphadenektomie (LE=je Sitzung)	3	E	X		X	X	X		3		UE	X	
		KD020	Parathyreoidektomie – offen (LE=je Sitzung)	1	E	X		X	X	X		3		UE	X	
		KD040	Parathyreoidektomie mit Autotransplantation (LE=je Sitzung)	24	E	X		X	X	X		3		UE	X	
		LH060	Mikroskopisch transspinale, bilaterale Dekompression des Spina	53	E	X	X		X	X			X	UE		
		NF230	Implantation einer Totalendoprothese des Kniegelenks (LE=je Seite	129	J	X	X	X	X	X				UE		
		JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)	177	J	X	X	X	X	X				UE		X
		JN040	Entbindung durch Sectio Cäsarea (LE=je Sitzung)	360	J	X	X	X	X	X				UE		X
		JN050	Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion (LE=je Sitz	25	J	X	X	X	X	X				UE		X
		EB060	Rekonstruktion der Arteria carotis (Thrombendarterektomie, Gefä	47	E	X		X	X	X	GCH	1		IS		
		EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (L	35	E	X		X	X	X	GCH	1		UE		
		EF060	Endarterektomie, Thrombendarterektomie – untere Extremität (LE=	5	E	X		X	X	X	GCH	1		UE		
		DD010	Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je Sitzung)	362	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		DD020	Intrakoronare Druckmessung ("pressure wire") (LE=je Sitzung)	2	J	X	X	X	X	X	KAR			UE		
		DD040	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (PTCA) (LE=je Gefä	45	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		DD050	Implantation eines Stents in die Koronargefäße (LE=je Stent)	12	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		DD060	Implantation eines medikamentenbeschichteten Stents in die Kor	40	E	X		X	X	X	KAR	1		UE		
		JN020	Entbindung (LE=je Sitzung)	618	J	X	X	X	X	X				UE		X
		JN040	Entbindung durch Sectio Cäsarea (LE=je Sitzung)	515	J	X	X	X	X	X				UE		X
		JN050	Entbindung durch Vakuumextraktion, Zangenextraktion (LE=je Sitz	82	J	X	X	X	X	X				UE		X
		EF030	Perkutane transluminale Angioplastie (PTA) – untere Extremität (L	21	N			X	X	X	GCH	1		UE		
		EF040	Perkutane transluminale Rekanalisation mit Stentimplantation –	10	N			X	X	X	GCH	1		UE		
		EF060	Endarterektomie, Thrombendarterektomie – untere Extremität (LE=	8	N			X	X	X	GCH	1		UE		
		GF080	Keilresektion – thorakoskopisch (LE=je Sitzung)	5	E	X		X	X	X		1		IS	X	
		GF120	Lobektomie oder Bilobektomie – offen (LE=je Sitzung)	5	E	X		X	X	X	TCH	1		IS		
		HD100	Uvulo-Palato-Pharyngealplastik (LE=je Sitzung)	20	J	X	X	X	X	X		3		UE		
		HF230	Sleeve Gastrektomie – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	3	E	X		X	X	X		1		IS		
		HF250	Magenbypass – laparoskopisch (LE=je Sitzung)	1	E	X		X	X	X		1		IS		
		HP030	Laparotomie – therapeutisch (LE=je Sitzung)	14	J	X	X	X	X	X		3		UE		
		HP040	Laparoskopie – therapeutisch (LE=je Sitzung)	11	J	X	X	X	X	X		3		UE		
		JH120	Zirkumzision (LE=je Sitzung)	89	J	X	X	X	X	X		4				
		JH229	Sonstige Operation – Hoden, Nebenhoden, Samenwege, Penis, Skro	37	J	X	X	X	X	X		4				
		JK010	Hysteroskopische Entfernung von Uterusgewebe (LE=je Sitzung)	72	J	X	X	X	X	X		4				
		JK020	Konisation (LE=je Sitzung)	41	J	X	X	X	X	X		4				
		JK030	Curettage (LE=je Sitzung)	268	J	X	X	X	X	X		4				
		LH070	Ventrale Verblockung der Wirbelsäule mit Knochenmaterial (LE=je	1	E	X	X		X	X			X	UE		
		LH071	Cageimplantation an der Wirbelsäule (LE=je Etage)	26	E	X	X		X	X			X	UE		
		QE040	Mammateilresektion ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite	33	J	X	X	X	X	X					X	
		QE050	Mammateilresektion mit axillärer Lymphadenektomie (LE=je Seite	17	J	X	X	X	X	X					X	
		QE080	Totale Mastektomie ohne axilläre Lymphadenektomie (LE=je Seite)	8	J	X	X	X	X	X					X	
		QE100	Reduktionsplastik der Mamma (LE=je Seite)	21	J	X	X	X	X	X						
		QE110	Mammarekonstruktion mit Implantat (LE=je Seite)	8	J	X	X	X	X	X						
		QE140	Wechsel eines Implantates der Mamma (LE=je Seite)	8	J	X	X	X	X	X						
		QE150	Rekonstruktion der Mamille (LE=je Seite)	2	J	X	X	X	X	X						
		QE160	Mastopexie ohne Prothese (LE=je Seite)	2	J	X	X	X	X	X						

INHALTSVERZEICHNIS

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2014

Intensivbereiche Interdisziplinär (IMCU/ICU)

KRANKENANSTALT: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. ANSPRECHPARTNER:Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Email:Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

PERSONAL	ANFORDERUNG	NAMEN Format: Vorname, Nachname, Titel	GEB.DATUM Format:TTMMJJJJ
Ärztliche Leitung	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM Zusatzfach Intensivmedizin 1	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Ärztlicher Dienst	Fachärztin/-arzt für AN und Intensivmedizin oder für IM muss in KA verfügbar sein 2	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal	IMCU: DGKS ICU: DGKS mit Zusatzausbildung Intensiv	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
		Klicken Sie hier, um Text einzugeben.	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

APPARATIVE AUSSTATTUNG IMCU	ANFORDERUNG	GERÄT 3, HERSTELLER,TYPE, SERIENNUMMER, ANSCHAFFUNGSJAHR
EKG-Monitoring mit Zentraleinheit	Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
NIBP unblutig	Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Invasive Druckmessung	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
ZVD Messung	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
O2-Insufflation	Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Pulsoximetrie	Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Temperaturmessung	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Absaugung	Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Mehr-Kanal-EKG	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Defibrillator (mit externem Schrittmacher)	In UE verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notfallinstrumentarium	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Beatmung manuell mit O2 Anreicherung	Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Beatmungsgerät	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Atemtherapiegerät CPAP oder IPPB	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Transportbeatmung und Überwachung	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Infusions- und Infusionsspritzenpumpen	Mind. 4 Stk. Pro Bett	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notfalllabor	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Schrittmacher temporär	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Transkutaner Schrittmacher	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Fahrbares Bettröntgen	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Sonographie (inkl. Herzecho)	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Endoskopie (Gastroskopie, Coloskopie)	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Bronchoskopie	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Patientenwärme bzw. -kühlaggregat	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

ZUSÄTZLICHE APPARATIVE AUSSTATTUNG FÜR ICU	ANFORDERUNG	GERÄTE, HERSTELLER, TYPE, SERIENNUMMER, ANSCHAFFUNGSJAHR
Invasive Druckmessung	Pro Bett 2 Kanäle	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Temperaturmessung	Pro Bett 2 Kanäle	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Defibrillator (mit externem Schrittmacher)	In ICU verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notfallinstrumentarium	In ICU verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Transportbeatmung und Überwachung	In ICU verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Notfalllabor	In ICU verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Kapnometrie	Pro Beatmungsplatz	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Nichtinvasive oder semiinvasive HZV Messung	In ICU verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Hämofiltration Diafiltration	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
Intraortale Gegenpulsation	In KA verfügbar	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

3 Beispiele: Bronchoskop, Fa. Olympus, VideoBF-B60, Seriennummer 2244700, AJ 2013
Fahrbares Röntgen, Fa. Philips, Veradius, Seriennummer 08ASP14, AJ 2011
Beatmungsgerät, Fa. Dräger, EVITA XL, Seriennummer ASDJ-1901, AJ 2012

NOTFALLMANAGEMENT	ANFORDERUNG	4ORGANISATIONSBESCHREIBUNG
Alarmierungsplan, Personaleinsatzplan	Dokumentation	Klicken Sie hier, um Text einzugeben. Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

INHALTSVERZEICHNIS

10. FONDSGEBARUNG 2014

10.1 MITTELHERKUNFT

Die Mittel des Fonds sind:

- Beiträge der Träger der Sozialversicherung
- Kostenbeiträge der Versicherten nach den Vorgaben der Sozialversicherungsgesetze
- Erstattungsbeiträge ausländischer Sozialversicherungsträger
- Vermögenserträge
- Sonstige Mittel

BEITRÄGE DER TRÄGER DER SOZIALVERSICHERUNGEN

Die Mittel des PRIKRAF stammen vorwiegend aus den Beiträgen der Träger der Sozialversicherung. Mit Beschluss der Trägerkonferenz wurde auf der Grundlage der angenommenen Beitragsentwicklung der vorläufige Pauschalbetrag mit € 108.022.514,08 bestimmt und davon die geschätzten Kostenbeiträge € 500.510,08 für 2014 abgezogen. Der so errechnete Betrag € 107.522.004,0 wird in monatlichen Teilzahlungen von den Trägern der Sozialversicherung an den Fonds überwiesen. Die Aufteilung des Gesamtbetrages auf die einzelnen Träger orientiert sich an den Pflegetagen, die im Vorjahr auf die Versicherten der jeweiligen Träger angefallen sind.

Nach Feststellung des endgültigen Pauschalbetrages 2014 ist eine Nachzahlung in Höhe von € 675.289,80 zugunsten des Fonds angefallen.

Insgesamt leisten die Träger der Sozialversicherung für 2014 – abzüglich der Kostenbeiträge – somit einen finanziellen Beitrag von **€ 108.197.293,80** an den Fonds.

Vorläufiger Pauschalbetrag 2014	€ 107.522.004,00
Kostenbeiträge 2014	€ 485.849,20
Nachzahlung 2013	€ 845.807,08
Nachzahlung 2014	675.289,80

Tabelle: Finanzielle Beiträge der Träger der Sozialversicherung 2014

KOSTENBEITRÄGE DER VERSICHERTEN

Nach den Vorgaben der Sozialversicherungsgesetze ist bei Versicherten nach dem ASVG bei einem Aufenthalt eines Angehörigen bzw. bei Versicherten nach dem BSVG, bei einem Aufenthalt des Versicherten oder eines Angehörigen in einem Vertragskrankenhaus, von den Versicherten ein Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt **€ 19,70 für** das Jahr 2014.

Für 2014 wurden **€ 485.849,20** an Kostenbeiträgen eingehoben.

Direktverrechnung	Pflegekostenzuschuss	Gesamt
€ 480.890,70	€ 5039,50	€ 485.849,20

ERSTATTUNGSBEITRÄGE AUSLÄNDISCHER VERSICHERTER

Bei einem Aufenthalt von Patienten mit einem Sozialversicherungsträger im Ausland rechnen die Krankenanstalten die anfallenden LKF-Punkte mit dem PRIKRAF ab. Die Erstattung der Kosten wird von der Sozialversicherung auf der Grundlage zwischenstaatlicher Übereinkommen oder nach überstaatlichem Recht gegenüber dem zuständigen ausländischen Versicherungsträger geltend gemacht und in der Folge an den PRIKRAF überwiesen.

Für 2014 wurden **€ 317.254,93** als Erstattungsbeiträge eingenommen.

VERMÖGENSERTRÄGE

Aus Zinserträgen für Bankguthaben hat der Fonds 2014 insgesamt **7.475,09** realisiert.

SONSTIGE MITTEL

Im Jahr 2014 waren keine Einnahmen aus diesem Titel zu verzeichnen.

10.2 MITTELVERWENDUNG

Die verfügbaren finanziellen Mittel des Fonds werden für die Abgeltung der in LKF-Punkten geltend gemachten Leistungen und den erforderlichen Verwaltungsaufwand eingesetzt, die Kosten der medizinischen Überprüfung sind hier eingeschlossen.

Bei Vorliegen eines Einzelvertrages mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger rechnet der Fonds direkt mit der Krankenanstalt ab, in allen anderen Fällen werden Pflegekostenzuschüsse an die Anspruchsberechtigten bezahlt.

DIREKTVERRECHNUNG

Ausgehend vom vorläufigen Punktewert (0,41 Euro netto + 10% USt.) wurden 2014 insgesamt € 103.351.826,80 in monatlichen Teilzahlungen an die Krankenanstalten überwiesen. Mit der Jahresendabrechnung wurden auf der Grundlage des endgültigen Punktewerts (0,417 Euro netto + 10% USt.), der tatsächlichen LKF-Punkte und der tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge weitere € 3.154.373,72 mit den Vertragskrankenanstalten abgerechnet.

Direktverrechnung 2014		
	a – conto	**Endabrechnung**
LKF – Punkte	232.342.446	235.346.617
Punktewert Netto	€ 0,41	€ 0,417
abgerechneter Betrag	103.826.245,70	106.987.010,22
abzüglich Kostenbeiträge	€ 474.418,90	€ 480.809,70
ausbezahlter Betrag	**103.351.826,80**	**106.506.200,52**

RECHNUNGSLEGUNG gem. § 11 UStG für PRIKRAF-KRANKENANSTALTEN

Aufgrund einer gesetzlichen Änderung per 01.01.2014 sind die (umsatzsteuerpflichtigen) PRIKRAF-Krankenanstalten verpflichtet monatliche Rechnungen gemäß §11 UStG an die KV-Träger zu stellen. da laut GSBG die pauschalen Beihilfen für die SV Träger weggefallen sind.
Bei Abstimmungsgesprächen im Hauptverband der SV am 15.07.14 und 22.08.14 wurde folgende Lösungsvariante vereinbart und in der 43. PRIKRAF Fondskommission abgestimmt.

Der PRIKRAF rechnet jeweils per 20. des Folgemonats (1. des übernächsten Monats um ein paar Tage Frist zu geben) gemäß der eingelangten LKF-Leistungsmeldungen + Nachmeldungen ab und teilt die Abrechnungsbeträge (pro Krankenanstalt) auf die SV-Träger auf. Die Krankenanstalten erhalten die Scoringdaten auf Kostenträgerebene für die Rechnungslegung gemäß §11 UStG. Die Auszahlung der Abrechnungsbeträge erfolgt wie bisher nach jeweils 3 Monaten. Datenänderungen zwischen Abrechnungsstichtag und Auszahlungsstichtag werden in den Folgemonaten nach Abrechnungsstichtag berücksichtigt.

Der PRIRKAF erstellt die elektronischen USt Rechnungen als Dienstleister i.A. der Privatkrankenanstalten (PKA) für die Rechnungslegung gemäß §11 UStG. Die Rechnungen für die PKA werden direkt an die leistungszuständigen Versicherungsträger und in Kopie an die PKA übermittelt. Pro Jahr werden 12 Monatsrechnungen und eine Endabrechnung erstellt. Die Anzahl der LKF-Punkte ergibt sich aus der Summe der geprüften, mit der jeweiligen PKA abzurechnenden Patientendatensätze.

Mit geringem bürokratischem Aufwand ist die Übereinstimmung der USt Rechnungen der Privatkliniken an die Krankenversicherungsträger mit den monatlichen Direktverrechnungen des PRIKRAF gewährsleistet. Die Projektdurchführung wurde von allen Beteiligten sehr positiv bewertet.

PFLEGEKOSTENZUSCHUSS

Wenn die behandelnde Krankenanstalt keine Einzelvereinbarung mit dem zuständigen Versicherungsträger abgeschlossen hat, wird vom Fonds im Namen der Sozialversicherungsträger ein Zuschuss zu den Pflegekosten bezahlt. Voraussetzung ist ein Antrag der Anspruchsberechtigten, der innerhalb von 42 Monaten nach Entstehen des Anspruches beim jeweiligen Versicherungsträger einzubringen ist und in Folge zur weiteren Bearbeitung an den Fonds weitergeleitet wird. Die monatlichen Auszahlungen erfolgen nach medizinischer Überprüfung. Für 2014 wurden insgesamt **€ 1.546.798,43** (2013: € **2.018.118,09**) Pflegekostenzuschüsse ausbezahlt.

VERWALTUNGSKOSTEN

Die Verwaltung des Fonds, einschließlich der erforderlichen medizinischen Qualitätssicherung und der Pflege und Wartung der Datenbank wird von sechs Personen besorgt. Grundlage für den Stellenplan ist ein Beschluss der Fondskommission.

Anzahl Personen	Aufgabenbereich
1	Geschäftsführung
1	Sachbearbeitung, rechtliche Fragen
1	Sachbearbeitung
1	Datenqualitätssicherung, medizinische Kontrolle (freier Dienstvertrag)
1	Datenqualitätssicherung, medizinische Kontrolle (Werkvertrag)
1	Datenbankaufbau und –pflege (Werkvertrag)

Die Verwaltungskosten (Personal- und Sachaufwand) für das Jahr 2014 betragen **€ 469.024,87** (2013: **€ 418.532,88**).

HLB Intercontrol

10.3 JAHRESABSCHLUSS UND RECHNUNGSPRÜFUNG

Bericht

über die Prüfung des

Rechungsabschlusses

zum

31. Dezember 2014

des

Privatkrankenanstalten - Finanzierungsfonds

Wien

Elektronisches Exemplar (pdf-Version)

HLB Intercontrol Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH

A-1090 Wien, Berggasse 16
Tel. + 43 1 313 62-0, Fax +43 1 313 62-20
e-mail: office@hlb.at, homepage: www.hlbintercontrol.at
Firmensitz Wien, Handelsgericht Wien, FN 94562 m,
DVR 2108449, ATU16081308

Geschäftsführer:
Dr. Markus Grün, Dr. Werner Kurz, Mag. Peter Rumpel,
Dr. Karlheinz Schubert, Mag. Cornelia Spitzer, Mag. Andreas Urban
Bankverbindung:
UniCredit Bank Austria AG, BLZ 12000, KtoNr.: 648 188 308
BIC: BKAUATWW, IBAN-NR. AT 49 1200 0006 4818 8308

Zweigniederlassungen:
A-1030 Wien, Beatrixgasse 32, Tel. +43 1 716 05-0
Fax +43 1 716 05-32, e-mail: office1030@hlb.at
Geschäftsführer: Mag. Christian Klausner, Mag. Andrea Schellner
A-2073 Schrattenthal 1, Tel. +43 2946 8344-0,
Fax +43 2946 8344-4, e-mail: office@hlb.at
Geschäftsführer: Dr. Karlheinz Schubert
A-7000 Eisenstadt, Franz Schubert-Platz 4, Tel. +43 2682 620 63-0
Fax +43 2682 620 63-10, e-mail: officebgld@hlb.at
Geschäftsführer: Mag. Marina Mollatz LL.M.
MMag. Dr. Wolfgang Reitsamer
A-5020 Salzburg, Eberhard Fugger Straße 2a, Tel. +43 662 644 524
Fax +43 2682 620 63-10, e-mail: w.reitsamer@hlb.at
Geschäftsführer: MMag. Dr. Wolfgang Reitsamer

E. Zusammenfassung des Prüfungsergebnisses

1. Feststellungen zur Gesetzmäßigkeit von Buchführung und Rechnungsabschluss

Bei unseren Prüfungshandlungen stellten wir die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und der Grundsätze ordnungsmäßiger Buchführung fest.

Im Rahmen unseres risiko- und kontrollorientierten Prüfungsansatzes haben wir – soweit wir dies für unsere Prüfungsaussage für notwendig erachteten – die internen Kontrollen in Teilbereichen des Rechnungslegungsprozesses in die Prüfung einbezogen.

Hinsichtlich der Gesetzmäßigkeit des Rechnungsabschlusses verweisen wir auf unsere Ausführungen im Bestätigungsvermerk.

Der PRIKRAF braucht keinen Anhang und keinen Lagebericht zu erstellen.

2. Erteilte Auskünfte

Der gesetzliche Vertreter erteile die von uns verlangten Aufklärungen und Nachweise. Eine vom gesetzlichen Vertreter unterfertigte Vollständigkeitserklärung haben wir zu unseren Akten genommen.

3. Stellungnahme zu Tatsachen nach § 273 Abs. 2

Bei Wahrnehmung unserer Aufgaben als Abschlussprüfer haben wir keine Tatsachen festgestellt, die den Bestand des PRIKRAF gefährden oder seine Entwicklung wesentlich beeinträchtigen können oder die schwerwiegende Verstöße der gesetzlichen Vertreter oder von Arbeitnehmern gegen das Gesetz erkennen lassen. Wesentliche Schwächen bei der internen Kontrolle des Rechnungslegungsprozesses sind uns nicht zur Kenntnis gelangt.

F. Bestätigungsvermerk

Bericht zum Rechnungsabschluss

Wir haben den beigefügten Rechnungsabschluss des

Privatkrankenanstalten – Finanzierungsfonds
Wien

für das Geschäftsjahr vom 1. 1. 2014 bis 31. 12. 2014 unter Einbeziehung der Buchführung geprüft. Dieser Rechnungsabschluss umfasst die Gebarungsbilanz zum 31. 12. 2014 und die Gebarungsrechnung für das am 31. 12. 2014 endende Geschäftsjahr.

Verantwortung der gesetzlichen Vertreter für den Rechnungsabschluss und für die Buchführung

Der gesetzliche Vertreter des Fonds ist für die Buchführung sowie für die Aufstellung eines Rechnungsabschlusses verantwortlich, der ein möglichst getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des PRIKRAF in Übereinstimmung mit den österreichischen unternehmensrechtlichen Vorschriften und den sondergesetzlichen Bestimmungen des PRIKRAFG 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 PRIKRAF 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 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. Unsere Prüfung hat sich nicht auf die Gebarung des

PRIKRAF erstreckt. Gemäß § 18 des PRIKRAF-G unterliegt die Gebarung des Fonds der Kontrolle durch den Rechnungshof.

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

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 PRIKRAF von Bedeutung ist, um unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen geeignete Prüfungshandlungen festzulegen, nicht jedoch um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit der internen Kontrollen des PRIKRAF 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. Mit dem Auftraggeber wurde vereinbart, unsere Berichterstattung insbesondere bei der Darstellung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage sowie bei den Aufgliederungen und Erläuterungen der Posten des Rechnungsabschlusses einzuschränken.

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 zum 31. 12. 2014 sowie der Ertragslage für das Geschäftsjahr vom 1. 1. 2014 bis 31. 12. 2014 des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds in Übereinstimmung mit den österreichischen Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung. Der Fonds braucht keinen Anhang und keinen Lagebericht zu erstellen.

Wien, am 21. Juli 2015

HLB Intercontrol
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH

Dr. Markus Grün
Wirtschaftprüfer

Mag. Cornelia Spitzer
Wirtschaftsprüfer

INHALTSVERZEICHNIS

Gebarungsbilanz

zum 31.12.2014

Aktiva	31.12.2014 €	31.12.2013 €
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
1. gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Vorteile und Software	3.042,00	6.266,50
2. geleistete Anzahlungen	18.000,00	0,00
	21.042,00	6.266,50
II. Sachanlagen		
1. Betriebs- und Geschäftsausstattung	22.878,48	27.881,83
	43.920,48	**34.148,33**
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	27.555.790,80	26.516.778,91
2. sonstige Forderungen und Vermögensgegenstände	3.712,29	14.636,83
	27.559.503,09	26.531.415,74
II. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	3.910.107,94	5.183.172,18
	31.469.611,03	**31.714.587,92**
C. Rechnungsabgrenzungsposten	**2.036,16**	**238,32**
Summe Aktiva	**31.515.567,67**	**31.748.974,57**

Passiva	31.12.2014 €	31.12.2013 €
A. Gebarungskapital		
I. Gewinnrücklagen		
1. zweckgebundene Rücklagen	504,05	522,51
II. andere Rücklagen	40.000,00	0,00
	40.504,05	**522,51**
B. Rückstellungen		
1. Rückstellungen für Abfertigungen	17.609,85	15.631,48
2. sonstige Rückstellungen	24.492,66	18.502,69
	42.102,51	**34.134,17**
C. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	31.432.846,11	31.704.429,02
2. sonstige Verbindlichkeiten	115,00	9.888,87
davon aus Steuern	*0,00*	*3.659,76*
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit	*115,00*	*6.229,11*
	31.432.961,11	**31.714.317,89**
Summe Passiva	**31.515.567,67**	**31.748.974,57**

INHALTSVERZEICHNIS

Gebarungsrechnung

1.1.2014 bis 31.12.2014

		2014 €	2013 €
1.	**Umsatzerlöse**	**109.000.397,93**	**105.356.047,90**
2.	**Betriebsleistung**	**109.000.397,93**	**105.356.047,90**
3.	**sonstige betriebliche Erträge**		
	a) Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen	**0,00**	**418,80**
4.	**Aufwendungen für Direktverrechnungen, Pflegekostenzuschüsse und sonstige bezogene Leistungen**		
	a) Direktverrechnungen und Pflegekostenzuschüsse	**108.538.848,09**	**104.944.895,49**
5.	**Personalaufwand**		
	a) Gehälter	199.638,07	176.840,79
	b) Aufwendungen für Abfertigungen und Leistungen an betriebliche Mitarbeitervorsorgekassen	4.319,47	5.007,23
	c) Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Sozialabgaben sowie vom Entgelt abhängige Abgaben und Pflichtbeiträge	38.403,92	43.518,38
	d) sonstige Sozialaufwendungen	730,56	392,61
		243.092,02	**225.759,01**
6.	**Abschreibungen**		
	a) auf immaterielle Gegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	**10.336,26**	**13.368,91**
7.	**Sonstige betriebliche Aufwendungen**		
	a) übrige	**175.596,59**	**179.404,96**
8.	**Zwischensumme aus Z 1 bis 7 (Betriebserfolg)**	**32.524,97**	**-6.961,67**
9.	**sonstige Zinsen und ähnliche Erträge**	**7.475,09**	**7.380,47**
10.	**Zinsen und ähnliche Aufwendungen**	**16,04**	**0,58**
11.	**Zwischensumme aus Z 9 bis 10 (Finanzerfolg)**	**7.459,05**	**7.379,89**
12.	**Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit**	**39.984,02**	**418,22**
13.	**Steuern vom Einkommen und vom Ertrag**	**2,48**	**2,61**
14.	**Auflösung von Rücklagen**		
	a) zweckgebundene Rücklagen	**522,51**	**106,90**
15.	**Zuweisung zu Rücklagen**		
	a) Zuweisung zu Rücklagen	504,05	522,51
	b) Zuweisung andere Rücklagen	40.000,00	0,00
		40.504,05	**522,51**
16.	**Jahresgewinn**	**0,00**	**0,00**

Gebarungsbilanz

zum 31.12.2014

Aktiva	31.12.2014 €	%	31.12.2013 €	%
A. Anlagevermögen				
I. Immaterielle Vermögensgegenstände				
1. gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Vorteile und Software				
Homepage PRIKRAF	0,00	0,0	0,00	0,0
EDV - Software	3.042,00	0,0	6.266,50	0,0
	3.042,00	0,0	6.266,50	0,0
2. geleistete Anzahlungen				
Gel.Anzahlungen auf immaterielle WG	18.000,00	0,1	0,00	0,0
	21.042,00	0,1	6.266,50	0,0
II. Sachanlagen				
1. Betriebs- und Geschäftsausstattung				
Betriebs- und Geschäftsausstattung	8.459,15	0,0	8.430,02	0,0
EDV-Anlagen	14.419,33	0,1	19.451,81	0,1
Geringwertige Wirtschaftsgüter	0,00	0,0	0,00	0,0
	22.878,48	0,1	27.881,83	0,1
	43.920,48	**0,1**	**34.148,33**	**0,1**
B. Umlaufvermögen				
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände				
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen				
Noch nicht fakturierte Leistungen	27.555.790,80	87,4	26.516.778,91	83,5
2. sonstige Forderungen und Vermögensgegenstände				
Sonstige Forderungen	110,87	0,0	1.083,33	0,0
Kautionen	80,00	0,0	0,00	0,0
Verr.Kto H&H	3.521,42	0,0	13.553,50	0,0
	3.712,29	0,0	14.636,83	0,1
	27.559.503,09	87,5	26.531.415,74	83,6
II. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten				
Kassenbestand	50,42	0,0	50,47	0,0
BAWAG Kto.Nr. 00110-051-255	1.867.093,07	5,9	2.131.057,11	6,7
BAWAG Kto.Nr. 00110-053-193	42.964,45	0,1	52.102,11	0,2
BAWAG Kto.Nr. 00145-005-183	2.000.000,00	6,4	3.000.000,00	9,5
Zinsen u. Abschlussspesen	0,00	0,0	-37,51	0,0
	3.910.107,94	12,4	5.183.172,18	16,3
	31.469.611,03	**99,9**	**31.714.587,92**	**99,9**
C. Rechnungsabgrenzungsposten				
Aktive Rechnungsabgrenzungsposten	**2.036,16**	**0,0**	**238,32**	**0,0**
Summe Aktiva	**31.515.567,67**	**100,0**	**31.748.974,57**	**100,0**

Passiva	31.12.2014 €	%	31.12.2013 €	%
A. Gebarungskapital				
I. Gewinnrücklagen				
1. zweckgebundene Rücklagen	504,05	0,0	522,51	0,0
II. andere Rücklagen				
Einstellung in andere Rücklagen	40.000,00	0,1	0,00	0,0
	40.504,05	**0,1**	**522,51**	**0,0**
B. Rückstellungen				
1. Rückstellungen für Abfertigungen	17.609,85	0,1	15.631,48	0,1
2. sonstige Rückstellungen				
RSt f. Jahresabschlussarbeiten	4.950,00	0,0	4.920,00	0,0
Rückstellung für Abschlussprüfung	3.900,00	0,0	4.560,00	0,0
Rückstellung für n. konsumierte Urlaube	7.843,86	0,0	1.877,89	0,0
Sonstige Rückstellungen	7.798,80	0,0	7.144,80	0,0
	24.492,66	0,1	18.502,69	0,1
	42.102,51	**0,1**	**34.134,17**	**0,1**
C. Verbindlichkeiten				
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen				
Verbindlichkeiten aus L & L Abgr.	31.432.846,11	99,7	31.704.429,02	99,9
2. sonstige Verbindlichkeiten				
Finanzamt Lohnsteuer	0,00	0,0	3.659,76	0,0
Gemeinde Dienstgeberabgabe	0,00	0,0	30,00	0,0
Gebietskrankenkasse	115,00	0,0	6.199,11	0,0
	115,00	0,0	9.888,87	0,0
davon aus Steuern				
Finanzamt Lohnsteuer	*0,00*	*0,0*	*3.659,76*	*0,0*
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit				
Gemeinde Dienstgeberabgabe	*0,00*	*0,0*	*30,00*	*0,0*
Gebietskrankenkasse	*115,00*	*0,0*	*6.199,11*	*0,0*
	115,00	*0,0*	*6.229,11*	*0,0*
	31.432.961,11	**99,7**	**31.714.317,89**	**99,9**
Summe Passiva	**31.515.567,67**	**100,0**	**31.748.974,57**	**100,0**

Gebarungsrechnung

zum 31.12.2014

	2014 €	%	2013 €	%
1. Umsatzerlöse				
Erlöse Inland				
Erlöse Krankenkassen	107.522.004,00	98,6	103.870.920,00	98,6
Erlöse Selbstbehalte	485.849,20	0,5	463.901,00	0,4
Nachschüsse SV-Träger	675.289,80	0,6	784.926,91	0,8
	108.683.143,00	99,7	105.119.747,91	99,8
Erlöse sonstiges Ausland				
Erlöse ausl.Versicherungsträger	317.254,93	0,3	236.299,99	0,2
	109.000.397,93	**100,0**	**105.356.047,90**	**100,0**
2. Betriebsleistung	**109.000.397,93**	**100,0**	**105.356.047,90**	**100,0**
3. sonstige betriebliche Erträge				
a) Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen				
Auflösung von sonstigen Rückstellungen	**0,00**	**0,0**	**418,80**	**0,0**
4. Aufwendungen für Direktverrechnungen, Pflegekostenzuschüsse und sonstige bezogene Leistungen				
a) Direktverrechnungen und Pflegekostenzuschüsse				
Direktverrechnungen gem.§149Abs3	103.351.826,74	94,8	98.250.224,48	93,3
Pflegekostenzuschüsse gem.§150Abs2	1.546.798,43	1,4	2.018.118,09	1,9
Direktverr.gem.§149Abs3 ASVG Restz.	3.154.373,72	2,9	4.212.651,92	4,0
Aufwand Kostenbeiträge	485.849,20	0,5	463.901,00	0,4
	108.538.848,09	**99,6**	**104.944.895,49**	**99,6**
5. Personalaufwand				
a) Gehälter				
Gehälter	165.937,30	0,2	163.381,80	0,2
Sonderzahlungen Ang.	27.734,80	0,0	27.230,74	0,0
(Urlaubs) Ersatzleistungen Ang.	0,00	0,0	1.043,47	0,0
Nicht konsumierte Urlaube Ang.	5.965,97	0,0	-14.815,22	-0,0
	199.638,07	0,2	176.840,79	0,2
b) Aufwendungen für Abfertigungen und Leistungen an betriebliche Mitarbeitervorsorgekassen				
Beiträge Mitarbeitervorsorgekasse	2.341,10	0,0	2.834,55	0,0
Zuweisung Abfertigungsrückstellung	1.978,37	0,0	2.172,68	0,0
	4.319,47	0,0	5.007,23	0,0

	2014 €	%	2013 €	%
c) Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Sozialabgaben sowie vom Entgelt abhängige Abgaben und Pflichtbeiträge				
Gesetzlicher Sozialaufwand Ang.	38.091,92	0,0	43.232,38	0,0
Wiener Dienstgeberabgaben-Ang.	312,00	0,0	286,00	0,0
	38.403,92	0,0	43.518,38	0,0
d) sonstige Sozialaufwendungen				
Freiwillige Sozialaufwendungen	730,56	0,0	392,61	0,0
	243.092,02	**0,2**	**225.759,01**	**0,2**
6. Abschreibungen				
a) auf immaterielle Gegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen				
Abschreibung a.immat.Vermögensg.	3.224,50	0,0	4.787,00	0,0
Abschreibung auf Sachanlagen	7.026,77	0,0	7.956,28	0,0
Geringwertige Betriebs-u. Geschäftsausstattung	84,99	0,0	625,63	0,0
	10.336,26	**0,0**	**13.368,91**	**0,0**
7. Sonstige betriebliche Aufwendungen				
a) übrige				
Gebühren und Beiträge				
Gebühren und sonstige Auslagen	12,89	0,0	0,00	0,0
Instandhaltung				
Reparatur und Instandhaltung	1.481,08	0,0	237,43	0,0
Versicherungen	119,16	0,0	21,67	0,0
Reise- und Fahrtaufwand				
Reisespesen	3.874,59	0,0	913,16	0,0
Fahrtspesen	0,00	0,0	55,80	0,0
	3.874,59	0,0	968,96	0,0
Post und Telekommunikation				
Porti	2.783,89	0,0	3.196,60	0,0
Telefon & Internetgebühren	3.638,33	0,0	4.251,79	0,0
	6.422,22	0,0	7.448,39	0,0
Mietaufwand				
Miete	24.948,54	0,0	26.578,42	0,0
Lizenzgebühren	49,90	0,0	257,10	0,0
Sonstige Dienstleistungen				
Fremdleistungen/Medizinische Kontr.	94.403,74	0,1	101.542,84	0,1
Reinigung durch Dritte	5.439,58	0,0	4.191,84	0,0
Buchführung u. Personalverrechnung	6.697,76	0,0	6.180,48	0,0
EDV - Dienstleistungen	16.820,00	0,0	15.779,60	0,0
	123.361,08	0,1	127.694,76	0,1
Aus- und Weiterbildung				
Aus- und Fortbildung	904,00	0,0	1.433,80	0,0

	2014 €	%	2013 €	%
Büro- und Verwaltungsaufwand				
Büromaterial	2.128,94	0,0	1.751,54	0,0
Fachliteratur und Zeitungen	100,90	0,0	51,00	0,0
Reinigungsmaterial Büro	193,94	0,0	81,47	0,0
	2.423,78	0,0	1.884,01	0,0
Spesen des Geldverkehrs	1.436,86	0,0	1.447,75	0,0
Werbeaufwand				
Spenden	300,00	0,0	400,00	0,0
Rechts- und Beratungsaufwand				
Jahresabschluss und Steuerberatung	5.685,00	0,0	6.020,00	0,0
Jahresabschlussprüfung	3.900,00	0,0	4.560,00	0,0
	9.585,00	0,0	10.580,00	0,0
diverse betriebliche Aufwendungen				
Sitzungsaufwand	677,40	0,0	452,61	0,0
Centausgleiche	0,09	0,0	0,06	0,0
	677,49	0,0	452,67	0,0
	175.596,59	**0,2**	**179.404,96**	**0,2**
8. Zwischensumme aus Z 1 bis 7 (Betriebserfolg)	**32.524,97**	**0,0**	**-6.961,67**	**-0,0**
9. sonstige Zinsen und ähnliche Erträge				
Zinserträge von Kreditinstituten	**7.475,09**	**0,0**	**7.380,47**	**0,0**
10. Zinsen und ähnliche Aufwendungen				
Bank- und Darlehenszinsen	**16,04**	**0,0**	**0,58**	**0,0**
11. Zwischensumme aus Z 9 bis 10 (Finanzerfolg)	**7.459,05**	**0,0**	**7.379,89**	**0,0**
12. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	**39.984,02**	**0,0**	**418,22**	**0,0**
13. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag				
Kapitalertragsteuer	**2,48**	**0,0**	**2,61**	**0,0**
14. Auflösung von Rücklagen				
a) zweckgebundene Rücklagen				
Auflösung zweckgebundene Rücklagen	**522,51**	**0,0**	**106,90**	**0,0**
15. Zuweisung zu Rücklagen				
a) Zuweisung zu Rücklagen				
Zuweisung zweckgebundene Rücklage	504,05	0,0	522,51	0,0
b) Zuweisung andere Rücklagen				
Zuweisung andere Rücklagen	40.000,00	0,0	0,00	0,0
	40.504,05	**0,0**	**522,51**	**0,0**
16. Jahresgewinn	**0,00**	**0,0**	**0,00**	**0,0**

ANLAGENSPIEGEL

Privatkrankenanstalten Finanzierungsfonds

zum 31.12.2014

		Entwicklung zu Anschaffungs- und Herstellungskosten					Entwicklung der Abschreibungen					Buchwerte	
		Stand 1.1.2014	Zugang	Umbuchung	Abgang	Stand 31.12.2014	Stand 1.1.2014	Zugang	Abgang	Zuschreibung	Stand 31.12.2014	Stand 31.12.2013	Stand 31.12.2014
		€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
A.	Anlagevermögen												
I.	Immaterielle Vermögensgegenstände												
1.	gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Vorteile und Software	38.867,08	0,00	0,00	0,00	38.867,08	32.600,58	3.224,50	0,00	0,00	35.825,08	6.266,50	3.042,00
2.	geleistete Anzahlungen	0,00	18.000,00	0,00	0,00	18.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18.000,00
		38.867,08	18.000,00	0,00	0,00	56.867,08	32.600,58	3.224,50	0,00	0,00	35.825,08	6.266,50	21.042,00
II.	Sachanlagen												
1.	Betriebs- und Geschäftsausstattung	81.045,22	2.108,41	0,00	861,33	82.292,30	53.163,39	7.111,76	861,33	0,00	59.413,82	27.881,83	22.878,48
	SUMME ANLAGENSPIEGEL	**119.912,30**	**20.108,41**	**0,00**	**861,33**	**139.159,38**	**85.763,97**	**10.336,26**	**861,33**	**0,00**	**95.238,90**	**34.148,33**	**43.920,48**

INHALTSVERZEICHNIS

11. LEISTUNGEN 2014

AUFENTHALTE

Aufenthalte, absolut	Männlich	Weiblich	Total
2014	**37.971**	**58.855**	**96.826**
2013	37.074	57.639	94.713
2012	37.060	56.905	93.965
2011	35.648	55.703	91.351
Aufenthalte, relativ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2014	**39,2%**	**60,8%**	**100%**
2013	39,1%	60,9%	100%
2012	39,4%	60,6%	100%
2011	39,02%	60,98%	100%
Aufenthalte, VÄ zum VJ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
VÄ 13/14	**2,4%**	**2,1%**	**2,2%**
VÄ12/13	0,1%	1,9%	0,8%
VÄ 11/12	4,00%	2,2%	2,9%

2014 wurden insgesamt **96.826** Aufenthalte mit dem Fonds abgerechnet; + 2,2 % im Vergleich zum Vorjahr. Bei der Inanspruchnahme sind mit 60,8 % die Aufenthalte von weiblichen Patienten bestimmend. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Aufenthalte der männlichen Patienten stärker gestiegen als die Aufenthalte der weiblichen Patienten.

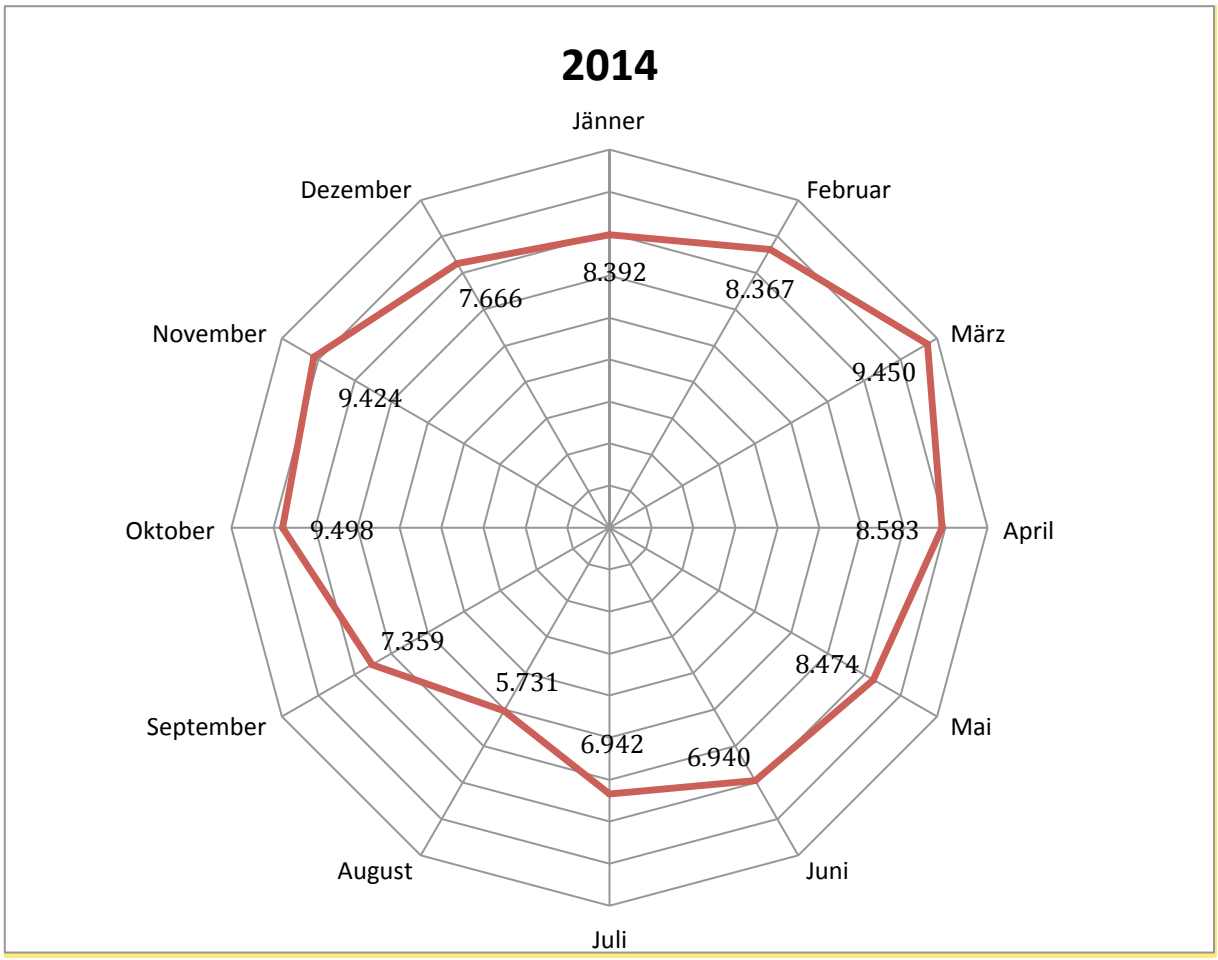
ART DER AUFNAHME

Aufenthalte	2014	2013	2012	2011
Aufnahme normal	**88.935**	87.267	87.611	87.575
Kurzzeit-Tagesklinik	**6.795**	6.246	4.973	2.261
Transfer	**1.034**	1.151	1.285	1414
Wiederaufnahme	**62**	49	96	101
geplant	**92,3%**	92,2%	92,00%	91,8 %

Für die gesamte Leistungserbringung ist bestimmend, dass 92 % aller Aufnahmen bereits vorweg geplant sind. In den Krankenanstalten der Landesgesundheitsfonds sind 57 % aller Aufnahmen geplant.

Krankenanstalten	GEPLANT	AKUT
Landesgesundheitsfonds	57%	43%
PRIKRAF	92%	8%

JAHRESVERTEILUNG DER AUFNAHMEN 2014



Für die zeitliche Verteilung bei der Inanspruchnahme der Krankenanstalten gilt ein klares und stabiles Muster. Die Auslastung der Krankenanstalten ist am höchsten in den Monaten März, Oktober und November und in den Monaten Juni, Juli und August am niedrigsten.

INHALTSVERZEICHNIS

LEBENSALTER

Lebensalter	Männlich	Weiblich	Total
2014	**60,2**	**60,96**	**60,66**
2013	60,2	61,0	60,6
2012	60,1	61,1	60,7
2011	59,6	60,9	60,4

Das durchschnittliche Lebensalter der behandelten Patienten ist mit 60,66 Lebensjahren höher als jenes in Landesfonds-Krankenanstalten (55,8 Lebensjahre). Weibliche Patienten (60,96 Lebensjahre) sind im Durchschnitt um 7 Monate älter als Männer (60,2 Lebensjahre).

Altersgruppen		0-14	15-29	30-44	45-59	60-74	75+	Total
Männlich	**2014**	**914**	**2.727**	**3.686**	**7.943**	**14.076**	**8.625**	**37.971**
	2013	898	2.581	3.685	7.795	13.902	8.213	37.074
	2012	853	2.558	3.850	7.767	13.810	8.222	37.060
	2011	893	2.461	3.950	7.374	13.168	7.802	35.648
Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Weiblich	**2014**	**607**	**3.295**	**8.977**	**11.202**	**19.565**	**15.209**	**58.855**
	2013	570	3.160	8.799	11.065	19.816	14.229	57.639
	2012	543	3.017	8.755	10.881	19.082	14.627	56.905
	2011	596	2.991	8.660	10.868	17.963	14.622	55.703
Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Männlich	**2014**	**2,4%**	**7,2%**	**9,7%**	**20,9%**	**37,1%**	**22,7%**	**100,0%**
	2013	2,4%	7,0%	9,9%	21,0%	37,5%	22,2%	100,0%
	2012	2,3%	6,9%	10,4%	20,9%	37,3%	22,2%	100,0%
	2011	2,5%	6,9%	11,1%	20,7%	37,0%	21,8%	100,0%
Weiblich	**2014**	**1,0%**	**5,6%**	**15,3%**	**19,0%**	**33,2%**	**25,9%**	**100,0%**
	2013	1,0%	5,5%	15,2%	19,2%	34,4%	24,7%	100,0%
	2012	1,0%	5,3%	15,4%	19,1%	33,5%	25,7%	100,0%
	2011	1,0%	5,4%	15,5%	19,5%	32,2%	26,3%	100,0%

Der Anteil der Spitalsaufenthalte von Kindern im Lebensalter von 0-14 Lebensjahren in den PRIKRAF Krankenanstalten ist vergleichsweise niedrig. Für die Behandlung in Privatkrankenanstalten ist ein höheres Lebensalter der Patienten charakteristisch. Rund 60%

der Patienten sind über 60 Jahre. Für beide Geschlechter kann eine Verlagerung hin zu Altersgruppe 75 + beobachtet werden.

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
2014	**143.761**	**278.945**	**422.706**
2013	145.609	281.056	426.665
2012	149.535	288.187	437.722
2011	147.294	293.343	440.637

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
2014	**34,0%**	**66,0%**	**100%**
2013	34,1%	65,9%	100%
2012	34,2%	65,8%	100%
2011	33,4 %	66,6%	100%

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
VÄ2013/2014	**-1,3%**	**-0,8%**	**-0,9%**
VÄ 2013/2012	-2,6%	-2,5%	-2,5%
VÄ 2012/2011	1,5%	-1,8%	-0,7%

Insgesamt sind 2014 422.706 Belagstage angefallen, gegenüber dem Vorjahr ein Minus von 0,9%. Geschlechtsspezifisch entfallen 66,0 % der Belagstage auf weibliche Patienten und 34% auf männliche Patienten.
Bei den männlichen Patienten ist ein Minus der Belagstage von 1,3 % zu verzeichnen und der weiblichen Patienten ein Minus von 0,8%.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER IN TAGEN

durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Männlich	Weiblich	Total
2014	**4,74**	**3,79**	**4,37**
2013	3,9	4,9	4,5
2012	4,0	5,1	4,66
2011	4,1	5,3	4,8

INHALTSVERZEICHNIS

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 4,37 Tage und ist gegenüber dem Vorjahr gesunken. Bei weiblichen Patienten dauern Aufenthalte um rund einen Tag länger als bei männlichen Patienten. Im Vergleich dazu beträgt die österreichweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Landesfonds Krankenanstalten 5,07 Tage.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER NACH ALTERSGRUPPEN IN TAGEN

Altersgruppen	2014	2013	2012	2011
0-14	**1,72**	1,74	1,73	1,61
15-29	**2,80**	2,82	2,88	2,96
30-44	**3,38**	3,43	3,47	3,55
45-59	**3,42**	3,51	3,57	3,74
60-74	**4,29**	4,45	4,59	4,79
75+	**6,32**	6,63	6,91	7,13
Total	**4,37**	4,5	4,66	4,8

Die Aufenthaltsdauer weist ein klares altersspezifisches Profil auf, sie ist am niedrigsten bei Kindern (0-14 Lebensjahre) und ist bei den über 75-jährigen am höchsten (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 6,32).

0-TAGESAUFENTHALTE

Aufenthalte	Männlich	Weiblich	Total
2014	**3.416**	**4.583**	**7.999**
2013	2.712	3.826	6.538
2012	2.361	3.225	5.586
2011	2.125	2.855	4.980

Aufenthalte	Männlich	Weiblich	Total
VÄ2013/2014	**26,0%**	**19,8%**	**22,3%**
VÄ 2012/2013	14,9%	18,6%	17,0%
VÄ 2012/2011	11,1%	13,0%	12,2%

Kennzahlen	2014	2013	2012	2011
Aufenthalte	**7.999**	6.538	5.586	4.980
In % aller Patienten	**8,3%**	6,9%	5,9%	5,5%
Alter Θ Lebensjahre	**62,9**	61,1	59,4	57,4
Punkte je Aufenthalt	**1.330**	1.326	1.366	1.386

Insgesamt wurden rund 8,3 % der Aufenthalte als 0-Tagesaufenthalte dokumentiert, der Anstieg gegenüber dem Vorjahr beträgt 22,3%.

AUFENTHALTE NACH DIAGNOSEN

Aufenthalte nach Diagnosen, absolut	2014	2013	2012	2011
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	**958**	989	847	887
02 Neubildungen	**9.570**	9.684	9.394	8.723
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	**351**	322	328	285
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	**1.621**	1.623	1.468	1.466
05 Psychische Verhaltensstörungen	**2.333**	2.204	2.063	2.134
06 Krankheiten des Nervensystems	**4.147**	3.820	3.678	3.460
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	**10.451**	9.425	9.420	8.956
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	**845**	862	883	881
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	**8.205**	8.831	9.112	9.013
10 Krankheiten des Atmungssystems	**3.975**	3.986	3.815	3.939
11 Krankheiten des Verdauungssystems	**7.711**	7.028	7.433	7.197
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	**764**	838	756	818
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems,	**25.451**	25.161	24.935	24.064
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	**4.198**	4.233	4.431	4.410
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	**5.423**	5.187	4.921	4.811
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	**120**	108	99	93
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	**374**	365	337	308
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	**1.908**	1.831	1.713	1.722
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	**8.344**	8.193	8.302	8.166
21 Andere Faktoren Inanspruchnahme Gesundheitswesens	**77**	23	30	18

Total	**96.826**	94.713	93.965	91.351
Aufenthalte nach Diagnosen, relativ	**2014**	2013	2012	2011
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	**1,0**	0,9	0,9	1,0
02 Neubildungen	**9,9**	10,2	10,0	9,6
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	**0,3**	0,3	0,4	0,3
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	**1,7**	1,7	1,6	1,6
05 Psychische Verhaltensstörungen	**2,4**	2,3	2,2	2,3
06 Krankheiten des Nervensystems	**4,3**	4,0	3,9	3,8
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	**10,8**	10,0	10,0	9,8
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	**0,9**	1,1	0,9	1,0
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	**8,5**	9,3	9,7	9,9
10 Krankheiten des Atmungssystems	**4,1**	4,2	4,1	4,3
11 Krankheiten des Verdauungssystems	**8,0**	7,4	7,9	7,9
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	**0,8**	0,9	0,8	0,9
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems,	**26,3**	26,6	26,5	26,3
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	**4,3**	4,5	4,7	4,8
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	**5,6**	5,5	5,2	5,3
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	**0,1**	0,1	0,1	0,1
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	**0,4**	0,4	0,4	0,3
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	**2,0**	1,9	1,8	1,9
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	**8,6**	8,7	8,9	8,9
21 Andere Faktoren der Inansp.nahme des Gesundheitswesens	**0,00**	0,00	0,00	0,0

Die behandelten Erkrankungen, definiert durch den ICD 10 Code, sind im zeitlichen Vergleich relativ stabil. Rund 72 % aller Diagnosen entfallen auf sechs Gruppen (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 26,3%, Augenerkrankungen 10,8%, Neubildungen 9,9%, Verletzungen 8,6 % Erkrankungen des Kreislaufsystems 8,5 %, und Krankheiten des Verdauungssystems 8,0%). Aufenthalte bei Augenerkrankungen sind gestiegen (+0,3%), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (-0,3%) und Neubildungen sind gesunken (-0,3%).

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER NACH DIAGNOSEN IN TAGEN

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	2014	2013	2012	2011
05 Psychische Verhaltensstörungen	11,0	11,1	11,1	11,1
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,5	7,9	7,8	8,6
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	6,1	6,2	6,4	6,4
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	5,8	5,6	6,5	6,4
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	5,6	5,8	6,0	6,1
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	5,5	5,3	5,6	5,9
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	5,2	5,3	5,4	4,8
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	5,1	5,3	4,9	5,1
10 Krankheiten des Atmungssystems	5,0	5,2	5,4	5,3
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	5,0	5,1	5,3	5,4
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	4,6	5,1	4,9	4,9
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,5	4,6	4,7	4,8
Total	**4,37**	**4,5**	**4,66**	**4,8**
21 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	4,3	4,6	5,7	4,9
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	4,0	4,0	4,5	4,9
06 Krankheiten des Nervensystems	4,1	3,9	4,1	4,3
02 Neubildungen	3,5	3,5	3,7	3,9
11 Krankheiten des Verdauungssystems	3,4	3,5	3,6	3,7
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	3,2	3,4	3,4	3,4
17 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	2,2	2,3	2,5	2,5
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	0,6	1,0	1,0	1,0

Überdurchschnittliche lange Aufenthalte gelten für Patienten mit psychischen Erkrankungen (11,0 Tage) und bei Infektionskrankheiten (7,5 Tage). Für die Behandlung von Muskel-und Skeletterkrankungen, als zahlenmäßig häufigste Diagnosestellung (26,3%), ist die Aufenthaltsdauer (5,6 Tage) über dem Durchschnittswert (4,37 Tage). Mit 0,6 Tagen ist die Aufenthaltsdauer bei der Behandlung von Augenerkrankungen (10,8% der Aufenthalte) am kürzesten.

LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT – DIAGNOSEN

LKF-Punkte je Aufenthalt	2014	2013	2012	2011
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	4.570	4.775	4.732	4.408
21 Andere Faktoren d. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	2.352	3.768	3.487	2.715
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	3.013	3.039	3.025	2.986
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2.895	2.867	2.926	2.961
05 Psychische Verhaltensstörungen	2.791	2.826	2.872	2.748
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	2.875	2.802	2.810	2.740
02 Neubildungen	2.776	2.732	2.696	2.762
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	2.675	2.653	2.683	2.707
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2.454	2.519	2.594	2.706
Total	**2.466**	**2.474**	**2.470**	**2.467**
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	2.254	2.269	2.352	2.546
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	2.499	2.422	2.413	2.385
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	2.494	2.313	2.281	2.269
10 Krankheiten des Atmungssystems	2.194	2.189	2.216	2.173
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	2.210	2.245	2.187	2.088
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	1.943	1.919	2.025	1.932
11 Krankheiten des Verdauungssystems	1.990	1.988	2.009	2.038
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	1.930	1.874	1.847	1.891
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	1.905	1.938	1.839	1.839
06 Krankheiten des Nervensystems	1.702	1.627	1.642	1.657
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	1.291	1.321	1.321	1.328

Für 2014 fallen je Aufenthalt 2.466 LDF-Punkte an. Die Punkte je Aufenthalt sind gegenüber dem Vorjahr geringfügig gesunken (2013: 2.474 LDF Punkte pro Aufenthalt). Für die Behandlung von Muskel-und Skeletterkrankungen, als zahlenmäßig häufigste Diagnosestellung sind die LDF Punkte von 3.039 auf 3.013 (-26) Punkte gesunken und bei Neubildungen um (+44) Punkte gestiegen.

LKF-Punkte nach Diagnose und Geschlecht, 2014	Männlich	Weiblich
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	4.609	4.514
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett		2.895
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	2.976	3.037
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	2.734	2.952
05 Psychische Verhaltensstörungen	2.649	2.859
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	2.631	2.395
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	2.503	2.865
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2.397	2.486
02 Neubildungen	2.572	2.899
Total	**2.376**	**2.525**
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	2.184	2.344
17 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	2.134	2.326
10 Krankheiten des Atmungssystems	2.133	2.251
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	2.117	2.280
21 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	2.069	2.522
11 Krankheiten des Verdauungssystems	2.011	1.971
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	1.869	1.935
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	1.841	2.021
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	1.806	1.997
06 Krankheiten des Nervensystems	1.555	1.819
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	1.296	1.287

Geschlechtsspezifisch sind für nahezu alle Diagnosegruppen die durchschnittlich je Aufenthalt anfallenden LKF-Punkte bei den weiblichen Patienten höher (männlich: 2.376, weiblich: 2.525; Differenz männlich/weiblich: 149 Punkte).

STRUKTUR DER AUFENTHALTE 2014 IM VERGLEICH , IN PROZENT

Hauptdiagnosen (Kapitel des ICD 10)	PRIKRAF	LANDESF-KA
Total	100	100
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	26,3	9,0

07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	10,8	7,4
02 Neubildungen	9,9	15,9
19 Verletzungen, Vergiftungen, andere Folgen äußere Ursachen	8,6	8,5
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	8,5	11,3
11 Krankheiten des Verdauungssystems	8,0	9,0
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	5,6	4,5
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	4,3	6,1
06 Krankheiten des Nervensystems	4,3	4,3
10 Krankheiten des Atmungssystems	4,1	5,5
05 Psychische und Verhaltensstörungen	2,4	4,8
18 Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	2,0	4,2
04 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,7	2,1
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,0	2,2
08 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	1,1
12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,8	1,4
17 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanom.	0,4	0,6
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	0,3	0,9
16 Bestimmte Zustände, mit Ursprung in der Perinatalperiode	0,1	0,5
21 Faktoren, d. z. Inanspruchnahme d. Gesundheitswesen führen	0	0,7

In der Struktur der Aufenthalte Vergleich ist die Struktur und Häufigkeitsverteilung der behandelten Diagnosen in Landesgesundheitsfonds- und in PRIKRAF-Krankenanstalten relativ ähnlich. Unterschiede bestehen in der deutlich höheren Konzentration der behandelten Erkrankungen in den PRIKRAF-KA: auf die sechs erstgereihten Hauptdiagnosegruppen entfallen 72,1 % aller Aufenthalte, in Landesfonds-KA 61,1%. Im Vergleich mit Landesfonds-KA werden weniger Neubildungen (Differenz: - 6,0 %) behandelt. Umgekehrt ist der Anteil von Patienten mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Differenz: + 17,3%) und bei Augenerkrankungen (Differenz: + 3,4%) in den PRIKRAF-KA deutlich höher.

HAUPTDIAGNOSEGRUPPEN UND MEL-LEISTUNGEN 2014

HDG MEL Gruppen 2014		**Aufenthalte**
MEL14	Bewegungsapparat (MEL)	**19.560**
HDG01	Schädel, Gehirn, Nervensystem	**11.776**

INHALTSVERZEICHNIS

MEL15	Augen, Orbita	**10.386**
MEL13	Weibliche Genitalorgane, Entbindung	**7.462**
HDG08	Verdauungsorgane	**5.677**
MEL22	onkologische Therapien	**3.508**
MEL04	Hals, obere Luftwege, Ohr (MEL)	**3.421**
HDG06	Herz, Aorta, Kreislaufsystem	**3.172**
MEL06	Abdominalwand, Darm, Becken	**2.581**
HDG14	Bewegungsapparat (HDG)	**2.542**
MEL02	Periphere Nerven, Bindegewebe	**2.495**
MEL09	Gefäße (MEL)	**2.415**
HDG20	Psychiatrie	**2.430**
MEL01	Schädel, Wirbelsäule, Nervensystem	**2.262**
HDG05	Lunge, Thoraxwand (HDG)	**1.863**
HDG19	Mamma, Haut, Kollagenosen	**1.626**
MEL21	Interventionelle Kardiologie	**1.356**
HDG02	Hals, obere Luftwege, Ohr (HDG)	**1.156**
HDG09	Harnblase, Niere, Harnwege	**1.033**
MEL12	Männliche Genitalorgane (MEL)	**941**
HDG18	Drüsen und Stoffwechsel	**915**
MEL16	Mammachirurgie	**904**
MEL05	Ösophagus, oberes Abdomen	**729**
HDG15	Verletzungen	**726**
HDG16	Infektionen	**689**
HDG07	Gefäße (HDG)	**670**
MEL03	Mund, Kiefer, Gesicht (MEL)	**613**
HDG12	Geburten, Schwangerschaft	**531**
MEL11	Niere und Harnwege	**502**
HDG17	Erkrankungen des Blutes	**476**
HDG10	Männliche Genitalorgane (HDG)	**363**
MEL20	Interventionelle Radiologie	**336**
HDG22	Komplikationen, äußere Einflüsse	**326**

HDG11	Weibliche Genitalorgane	**256**
HDG04	Mund, Kiefer, Gesicht (HDG)	**183**
MEL07	Lunge, Thoraxwand (MEL)	**153**
MEL10	Implantation Schrittmacher, Defibrillator	**129**
HDG13	Fetale Schädigungen	**120**
HDG03	Augen	**119**
MEL17	Lymphonodektomien	**99**
MEL25	Strahlentherapie, Radionuklidtherapie	**92**
MEL29	Extrakorp./endoskop. Steinbehandlung, ERCP	**73**
HDG24	Anomalien, unspezifische Befunde	**47**
MEL08	Herz, Thorax	**46**
HDG21	Vergiftungen und tox. Wirkungen	**22**
HDG23	Sonstige Anlässe zum Spitalsaufenthalt	**34**
MEL24	Dialyseverfahren	**11**

Die Tabelle reiht die HDG und MEL Gruppen nach der Häufigkeit der Aufenthalte im Jahre 2014.

Auf die ersten 4 gereihten HDG-MEL Gruppen (MEL 14 Bewegungsapparat, HDG 01 Schädel, Gehirn Nervensystem, MEL 15 Augen Orbita, MEL 13 Weibliche Genitalorgane, Entbindung) entfallen über die Hälfte der Aufenthalte.

ART DER ENTLASSUNG 2011 –2014

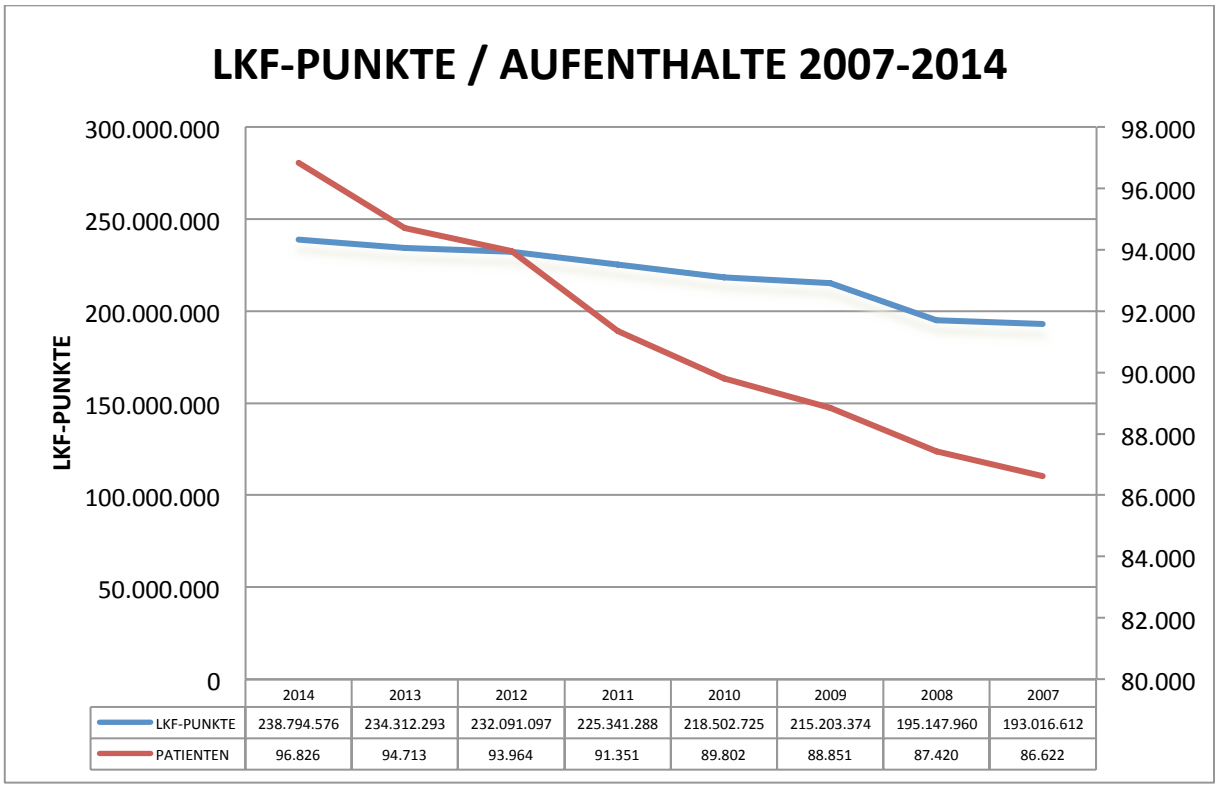
Entlassungsart	**Männlich**				**Weiblich**			
	2014	**2013**	**2012**	**2011**	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**
Entlassung normal	**37.435**	36.531	36.550	35.124	**57.995**	56.804	56.087	54.928
Allgemeiner Bereich					**2**			
Revers	**2**				**2**			
Sterbefall	**128**	130	126	111	**171**	168	163	191
Transfer	**406**	413	384	413	**685**	665	655	583
Total	**37.971**	37.074	37.060	35.648	**58.855**	57.639	56.905	55.703
Lebensalter								
	2014	**2013**	**2012**	**2011**	**2014**	**2013**	**2012**	**2011**

INHALTSVERZEICHNIS

Entlassung normal	60	60	60	59	61	61	61	61
Allgemeiner Bereich					67,5			
Revers	83				76,5			91
Sterbefall	79	80	79	79	79	81	80	79
Transfer	71	73	72	72	72	72	72	73
Total	60	60	60	59	61	61	61	61

Nur ein geringer Teil der Entlassungen erfolgt durch einen Transfer in eine andere Krankenanstalt (1,1%). 0,3% der Patienten sterben in der Krankenanstalt. Deutlich über dem Durchschnitt liegt das Lebensalter der transferierten Patienten.

ENTWICKLUNG DER LKF-PUNKTE GESAMT



LKF - Punkte, absolut	Männlich	Weiblich	Total
2014	90.206.689	148.587.887	238.794.576
2013	88.972.552	145.339.741	234.312.293
2012	88.615.278	143.478.367	232.093.645
2011	84.750.237	140.591.051	225.341.288

INHALTSVERZEICHNIS

LKF - Punkte, relativ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2014	37,8%	62,2%	100,0%
2013	38,0%	62,0%	100,0%
2012	38,2%	61,8%	100,0%
2011	37,6%	62,4 %	100,0%
LKF - Punkte, Index 2013	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2014	101,3	102,2	101,9
2013=100	100	100	100

Die LKF Punkte sind im Vergleich zum Vorjahr um 1,9 % gestiegen. Die Verteilung hat sich leicht zu den weiblichen Patienten verschoben. Die abgerechneten LKF Punkte sind bei den Männern um 1,3 % gestiegen, der Zuwachs bei den Frauen beträgt rund 2,2%.

LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT UND GESCHLECHT

LKF - Punkte je Aufenthalt	Männlich	Weiblich	Total
2014	**2.376**	**2.525**	**2.466**
2013	2.401	2.522	**2.474**
2012	2.391	2.521	**2.470**
2011	2.377	2.524	**2.467**

LKF –PUNKTE NACH ALTERSGRUPPEN 2011 – 2014, IN %

Altersgruppe	2014	2013	2012	2011
0-14	**1,1%**	1,1%	1,1%	1,1%
15-29	**5,8%**	5,6%	5,5%	5,5%
30-44	**13,0%**	13,0%	13,2%	13,6%
45-59	**18,4%**	18,3%	18,1%	18,3%

INHALTSVERZEICHNIS

60-74	**35,5%**	36,6%	36,0%	35,2%
75+	**26,2%**	25,4%	26,1%	26,7%
Total	**100,0%**	100,0%	100,0%	100,0%

Die Verteilung der LKF – Punkte nach Altersgruppen ist vergleichsweise konstant. Die höhere Inanspruchnahme durch Patienten über 60 Lebensjahren bewirkt konsequenterweise steigende Anteile der anfallenden LKF-Punkte in diesen Altersgruppen.

LKF – PUNKTE NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT 2014

Altersgruppe	Männlich	Weiblich	Total
0-14	1,7	0,8	**1,1%**
15-29	6,7	5,2	**5,8%**
30-44	8,8	15,6	**13,0%**
45-59	19,7	17,5	**18,4%**
60-74	38,6	33,6	**35,5%**
75+	24,4	27,3	**26,2%**
Total	100,0%	100,0%	**100,0%**

Altersgruppe	Männlich	Weiblich	Total
0-14	58,2%	41,8%	100,00%
15-29	44%	56%	100,00%
30-44	25,6%	74,4%	100,00%
45-59	40,6%	59,4%	100,00%
60-74	41%	59%	100,00%
75+	35,2%	64,8%	100,00%
Total	100,0%	100,0%	**100,0%**

In der Altersgruppe 0-14 fallen bei männlichen Patienten mehr LKF-Punkte an, in den übrigen Altersgruppen fallen bei weiblichen Patienten mehr Punkte an.

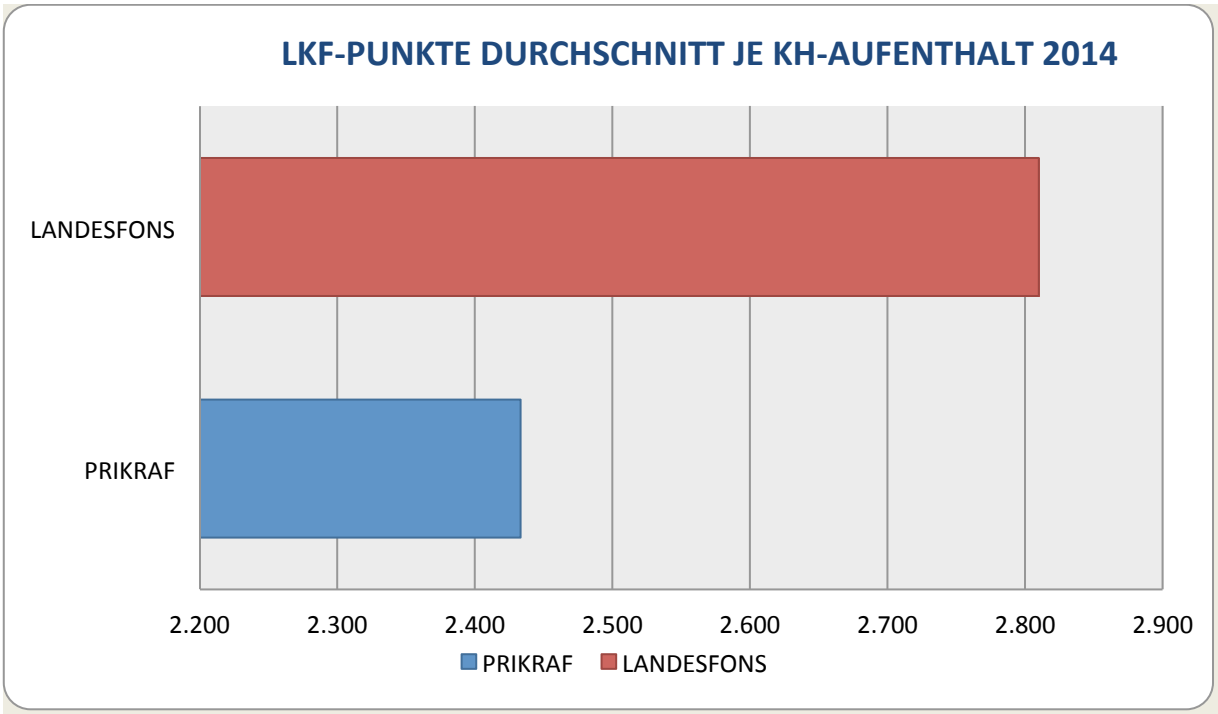
LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT NACH ALTERSGRUPPEN 2011 – 2014

Altersgruppe	2014	2013	2012	2011
0-14	**1.756**	1.741	1.754	1.706
15-29	**2.294**	2.281	2.283	2.258
30-44	**2.456**	2.438	2.441	2.437
45-59	**2.291**	2.270	2.255	2.259
60-74	**2.519**	2.545	2.542	2.544
75+	**2.627**	2.656	2.648	2.647
Total	**2.466**	2.474	2.470	2.467

Der Zusammenhang zwischen dem Lebensalter und der Höhe der anfallenden LKF-Punkte je Aufenthalt ist deutlich.

LKF –PUNKTE JE AUFENTHALT IM VERGLEICH: GESUNDHEITSFONDS / PRIKRAF

Fonds	LKF - Punkte je Aufenthalte			
	2014	2013	**2012**	**2011**
Burgenland	**1.972**	1.954	2.004	2.004
Kärnten	**2.982**	3.003	2.961	2.961
Niederösterreich	**2.941**	2.918	2.786	2.786
Oberösterreich	**2.697**	2.687	2.685	2.685
Salzburg	**2.719**	2.761	2.657	2.657
Steiermark	**2.918**	2.925	2.911	2.911
Tirol	**2.984**	2.962	2.920	2.920
Vorarlberg	**2.469**	2.481	2.455	2.455
Wien	**3.029**	3.034	3.025	3.025
PRIKRAF	**2.466**	2.474	2.470	2.467
Österreich	**2.851**	2.850	2.793	2.812



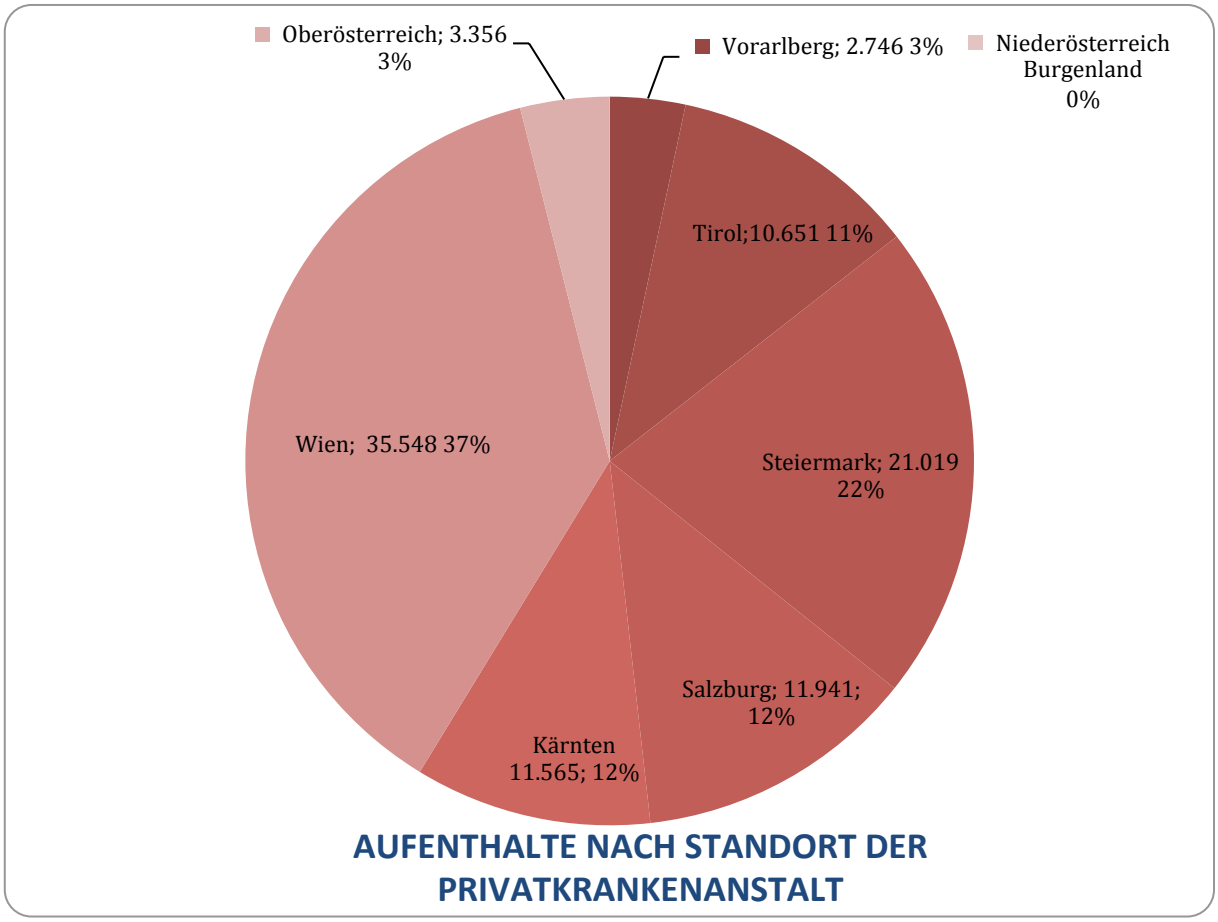
Die durchschnittlichen LKF-Punkte variieren innerhalb der Landesfonds von 1.972 (Burgenland) bis 3.029 (Wien). Im Vergleich zu den Landegesundheitsfonds sind die Punkte je Aufenthalt im PRIKRAF unter dem Durchschnitt gelegen.

12. LEISTUNGEN DER KRANKENANSTALTEN

AUFENTHALTE GESAMT

Aufenthalte nach Standort der KA	**2014**	**Relative Änderung 2013=100**	2013	2012	2011
Total	**96.826**	**102,2**	94.713	93.965	91.351
Vorarlberg	**2.746**	**99,9**	2.749	2.864	3.026
Tirol	**10.651**	**100,4**	10.599	10.470	9.998
Steiermark	**21.019**	**103,4**	20.322	19.811	18.991
Salzburg	**11.941**	**104,1**	11.468	11.294	11.184
Kärnten	**11.565**	**103,6**	11.155	11.128	10.967
Wien	**35.548**	**100,9**	35.220	34.883	33.750
Oberösterreich	**3.356**	**104,8**	3.200	3.515	3.435

INHALTSVERZEICHNIS



Differenziert nach dem regionalen Standort der Krankenanstalten sind Zuwächse bei den Aufenthalten für die PRIKRAF Krankenanstalten in Oberösterreich 4,8 % in Salzburg mit 4,1% und in der Steiermark mit 3,4%.

Standort	Aufenthalte nach Krankenanstalten	2014	2013	VÄ Vorjahr absolut	2012	2011
Kärnten	K212 Klagenfurt PKL	**5.652**	5.422	**230**	5.343	5.259
	K221 Althofen PKL	**-**	-	-	-	-
	K223 Villach PKL	**5.913**	5.733	**180**	5.785	5.708
OÖ	K421 Linz DIA-KH	**3.356**	3.200	**156**	3.308	3.190
	K445 Wels PKL	**-**	-	**-**	207	245
Salzburg	K521 Radstadt KH	**323**	190	**133**	172	127
	K526 Salzburg DIA-KH	**3.312**	3.233	**79**	3.233	3.112

INHALTSVERZEICHNIS

	K530 Wehrle PKL	**3.269**	3.296	**-27**	3.204	3.115
	K544 Ritzensee PKL	**373**	448	**-75**	396	443
	K546 EMCO PKL	**2.924**	2.775	**149**	2.712	2.796
	K547 Vigaun PKA	**682**	595	**87**	663	652
	K549 PKL Salzburg	**896**	736	**160**	757	791
	K550 Altenmarkt KH	**162**	195	**-33**	157	148
Steiermark	K623 Leech PKL	**2.216**	1.440	**776**	1.629	1.655
	K624 Kreuzschwestern PKL	**5.684**	5.788	**-104**	5.745	5.518
	K625 St. Leonhard SAN	**1.246**	1.119	**127**	1.287	1.321
	K659 Hansa SAN	**3.487**	3.590	**-103**	2.939	2.531
	K661 Feldbach SAN	**122**	127	**-5**	182	170
	K667 Kastanienhof PKL	**1.306**	1.395	**-89**	1.385	1.354
	K668 Lassnitzhöhe	**35**	26	**9**	40	22
	K670 Theresienhof KH	**173**	130	**43**	151	98
	K674 Ragnitz PKL	**6.750**	6.707	**43**	6.453	6.322
Tirol	K708 Kettenbrücke BSR	**5.711**	5.628	**83**	5.415	5.124
	K709 Hochrum SAN	**3.919**	3.914	**5**	3.973	3.838
	K732 Wörgl SAN	**1.021**	1.057	**-36**	1.082	1.036
Vorarlberg	K801 St. Josef KH	**-**	-	**-**	45	83
	K804 Mehrerau SAN	**1.880**	1.994	**-114**	2.053	2.203
	K838 Dr. Rhomberg	**56**	41	**15**	1	
	K853 Schenk SAN	**810**	714	**96**	765	740
Wien	K905 Confraternität PKL	**5.293**	5.331	**-38**	5.098	4.951
	K911 Goldenes Kreuz PKL	**5.639**	5.795	**-156**	5.950	5.864

	K913 Hera SAN	**854**	869	**-15**	1.333	1.611
	K949 Rudolfinerhaus PKH	**7.897**	7.599	**298**	7.310	6.820
	K954 Wiener Privatklinik	**5.330**	5.285	**45**	5.306	5.153
	K963 Döbling PKL	**10.535**	10.341	**194**	9.886	9.351
	Total	**96.826**	94.713	**2.113**	93.965	91.351

Differenziert nach Krankenanstalten ergibt sich keine eindeutiges Muster: Deutliche Zuwächse in einigen Krankenanstalten steht ein Rückgang in anderen Krankenanstalten gegenüber.

AUFENTHALTE MÄNNLICH/WEIBLICH ABSOLUT-RELATIV 2014

Aufenthalte	2014		VÄ Vorjahr absolut		VÄ Vorjahr relativ	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
K212 Klagenfurt PKL	2.186	3.466	75	155	3,6%	4,7%
K223 Villach PKL	2.242	3.671	92	88	4,3%	2,5%
K421 Linz DIA-KH	1.334	2.022	95	61	7,7%	3,1
K521 Radstadt KH	141	182	63	70	81%	62,5%
K526 Salzburg DIA-KH	1.027	2.285	15	64	1,5%	2,9%
K530 Wehrle PKL	1.384	1.885	-33	6	-2,3%	0,3%
K544 Ritzensee PKL	176	197	-37	-38	-17,4%	-17,2%
K546 EMCO PKL	1.540	1.384	119	30	8,4%	2,2%
K547 Vigaun PKA	296	386	54	33	22,3%	9,4%
K549 PKL Salzburg	327	569	63	97	23,9%	20,6%
K550 Altenmarkt KH	81	81	-20	-13	80,2%	-13,8%
K623 Leech PKL	856	1.360	263	513	44,4%	60,6%
K624 Kreuzschwestern PKL	2.361	3.323	-29	-75	-1,2%	-2%

K625 St. Leonhard SAN	21	1.225	9	118	75,0 %	10,7%
K659 Hansa SAN	1.361	2.126	-133	30	91,1%	1,4%
K661 Feldbach SAN	72	50	-5	0	93,5%	0,00
K667 Kastanienhof PKL	450	856	-22	-67	95,3%	-7,3%
K668 Lassnitzhöhe	15	20	7	2	7,50%	11,1%
K670 Theresienhof KH	53	120	22	21	-4,5%	21,2%
K674 Ragnitz PKL	2.852	3.898	134	-91	5,0%	-2,3%
K708 Kettenbrücke BSR	2.007	3.704	-48	131	-2,3%	3,7%
K709 Hochrum SAN	1.844	2.075	8	-3	0,4%	0%
K732 Wörgl SAN	505	516	-25	-11	-4,7%	-2,0%
K804 Mehrerau SAN	651	1.229	3	-117	0,5%	-8,7%
K838 Dr. Rhomberg SAN	24	32	4	11	20,0%	52,4%
K853 Schenk SAN	511	299	78	18	18,0%	6,4%
K905 Confraternität PKL	2.414	2.879	9	-47	3,4%	-1,6%
K911 Goldenes Kreuz PKL	930	4.709	-158	2	-14,5%	0,00%
K913 Hera SAN	322	532	30	-45	10,3%	-7,8%
K949 Rudolfinerhaus PKH	3.219	4.678	100	198	3,2%	4,4%
K954 Wiener Privatklinik	2.344	2.986	49	-4	2,1%	-0,1%
K963 Döbling PKL	4.425	6.110	115	79	2,7%	1,3%
Total	**37.971**	**58.855**	**897**	**1.216**	**2,4%**	**2,1%**

Die Anzahl der Aufenthalte ist bei männlichen und weiblichen Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 2,4% bzw. um 2,1% gestiegen.

DURCHSCHNITTLICHES LEBENSALTER

Durchschnittliches Lebensalter / KH	2014	2013	2012	2011
K212 Klagenfurt PKL	67,6	67,1	66,9	67,2
K223 Villach PKL	63,6	63,5	63,4	63,3
K421 Linz DIA-KH	62,2	63,4	63,6	62,8
K445 Wels PKL	-	-	71,3	72,5
K521 Radstadt KH	42,2	42,5	41,2	40,1
K526 Salzburg DIA-KH	58,9	59,3	59,5	60,0
K530 Wehrle PKL	66,8	66,0	65,4	65,0
K544 Ritzensee PKL	48,5	47,1	47,7	46,2
K546 EMCO PKL	59,0	59,1	59,4	58,6
K547 Vigaun PKA	65,0	64,4	64,6	64,0
K549 PKL Salzburg	52,0	52,8	51,6	52,4
K550 Altenmarkt KH	43,5	45,6	43,5	46,0
K623 Leech PKL	60,2	56,1	55,6	66,0
K624 Kreuzschwestern PKL	63,7	63,1	63,2	62,5
K625 St. Leonhard SAN	37,7	39,1	39,1	39,4
K659 Hansa SAN	68,6	67,2	68,7	66,0
K661 Feldbach SAN	52,8	54,9	53,5	53,0
K667 Kastanienhof PKL	69,4	70,0	70,0	70,9
K668 Lassnitzhöhe	78,5	73,2	79,3	72,3
K670 Theresienhof KH	68,0	67,2	68,3	66,3
K674 Ragnitz PKL	57,2	56,9	58,0	57,8
K708 Kettenbrücke BSR	63,0	63,4	64,0	64,4
K709 Hochrum SAN	61,2	60,4	60,1	60,1
K732 Wörgl SAN	49,2	47,6	47,3	47,2
K801 St. Josef KH	-	-	70,9	75,6

K804 Mehrerau SAN	64,9	66,1	65,6	63,6
K838 Dr Rhomberg SAN	49,8	47,3	43,0	
K853 Schenk SAN	39,7	39,3	39,3	38,7
K905 Confraternität PKL	67,3	67,6	67,6	67,4
K911 Goldenes Kreuz PKL	49,5	50,0	49,6	48,9
K913 Hera SAN	65,4	66,4	66,3	65,5
K949 Rudolfinerhaus PKH	60,4	60,5	60,5	60,5
K954 Wiener Privatklinik	63,6	63,1	62,4	62,4
K963 Döbling PKL	56,8	57,2	57,4	57,0
Total	**60,66**	60,6	60,7	60,4

BELAGSTAGE UND DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER

Krankenanstalt	Belagstage				durchschnittliche Aufenthaltsdauer			
	2014	2013	2012	2011	2014	2013	2012	2011
K212 Klagenfurt PKL	37.623	38.212	38.631	36.508	6,7	7,1	7,2	6,9
K223 Villach PKL	35.858	35.475	36.738	36.774	6,1	6,2	6,4	6,4
K421 Linz DIA-KH	16.086	16.769	18.309	17.634	4,8	5,2	5,5	5,5
K445 Wels PKL							0,00	0,00
K521 Radstadt KH	436	285	250	205	1,4	1,5	1,5	1,6
K526 Salzburg DIA KL	18.262	17.640	18.808	18.447	5,5	5,4	5,8	5,9
K530 Wehrle PKL	16.592	17.747	18.159	18.911	5,1	5,4	5,7	6,1
K544 Ritzensee PKL	1.070	1.367	1.382	1.475	2,9	3,1	3,5	3,3
K546 EMCO PKL	9.369	9.154	9.127	9.529	3,2	3,3	3,4	3,4
K547 Vigaun PKA	4.718	4.051	4.664	4.534	6,9	6,8	7,0	7,0
K549 PKL Salzburg	1.813	1.581	1.602	1.956	2,0	2,2	2,1	2,5
K550 Altenmarkt KH	237	285	225	217	1,5	1,5	1,4	1,5
K623 Leech PKL	5.389	4.774	5.631	6.227	2,4	3,3	3,5	3,8

INHALTSVERZEICHNIS

K624 Kreuzschwestern PKL	19.383	18.999	19.781	20.976	3,4	3,3	3,4	3,8
K625 St. Leonhard SAN	4.962	4.583	5.314	5.528	4,0	4,1	4,1	4,2
K659 Hansa SAN	6.645	7.154	5.241	5.466	1,9	2,0	1,8	2,2
K661 Feldbach SAN	474	481	681	655	3,9	3,8	3,7	3,9
K667 Kastanienhof PKL	9.475	9.820	10.115	9.446	7,3	7,0	7,3	7,0
K668 Lassnitzhöhe	565	453	651	400	16,1	17,4	16,3	18,2
K670 Theresienhof KH	1.336	1.003	1.179	788	7,7	7,7	7,8	8,0
K674 Ragnitz PKL	32.565	31.459	31.755	30.945	4,8	4,7	4,9	4,9
K708 Kettenbrücke BSR	32.003	31.723	30.626	30.937	5,6	5,6	5,7	6,0
K709 Hochrum SAN	15.039	16.486	17.714	19.130	3,8	4,2	4,5	5,0
K732 Wörgl SAN	978	1.046	1.193	1.233	1,0	1,0	1,1	1,2
K801 St. Josef KH			243	531			5,4	6,4
K804 Mehrerau SAN	11.615	12.235	11.967	12.606	6,2	6,1	5,8	5,7
K838 Dr. Rhomberg SAN	52	99	1		0,9	2,4	1,0	
K853 Schenk SAN	683	704	593	630	0,8	1,0	0,78	0,9
K905 Confraternität PKL	18.680	20.246	20.447	21.172	3,5	3,8	4,0	4,3
K911 Goldenes Kreuz PKL	19.663	20.552	21.183	20.538	3,5	3,6	3,6	3,5
K913 Hera SAN	2.923	2.991	7.299	11.385	3,4	3,4	5,5	7,1
K949 Rudolfinerhaus PKH	34.980	35.162	35.409	35.204	4,4	4,6	4,8	5,2
K954 Wiener Privatklinik	24.418	24.093	24.038	23.730	4,6	4,6	4,5	4,6
K963 Döbling PKL	38.814	40.036	38.766	36.923	3,7	3,9	3,9	4,0
Total	422.706	426.665	437.722	440.637	4,37	4,5	4,66	4,8

LKF-PUNKTE GESAMT

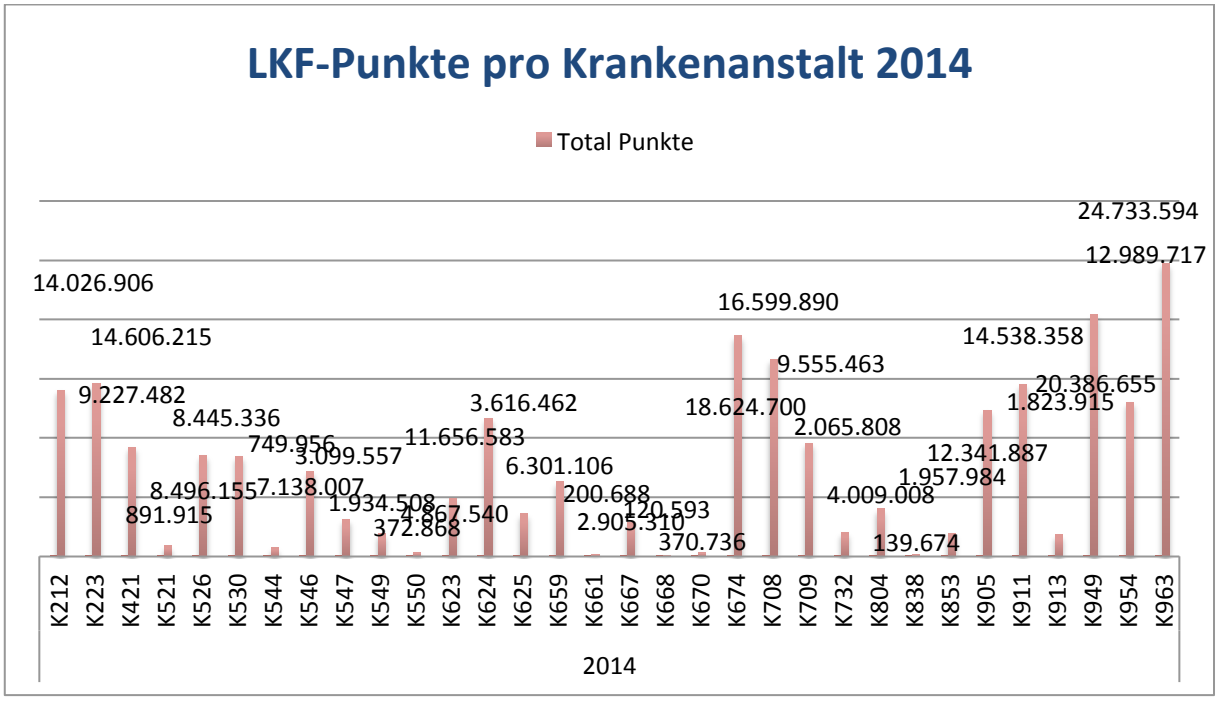
Krankenanstalt	LKF-Punkte					LKF-Punkte / Aufenthalt		
	2014	2013	2012	2011	2014	2013	2012	2011
K212 Klagenfurt PKL	14.026.906	13.870.777	13.612.102	12.891.365	**2.482**	2.558	2.548	2.451

INHALTSVERZEICHNIS

K223 Villach PKL	14.606.215	14.624.024	15.133.964	14.999.895	**2.470**	2.551	2.616	2.628
K421 Linz DIA-KH	9.227.482	8.784.293	9.136.484	8.566.100	**2.750**	2.745	2.762	2.685
K445 Wels PKL			260.449	310.438			1.258	1.267
K521 Radstadt KH	891.915	499.024	468.652	336.543	**2.761**	2.626	2.725	2.695
K526 Salzburg DIA-KH	8.496.155	8.078.669	8.190.903	7.982.266	**2.565**	2.499	2.534	2.565
K530 Wehrle PKL	8.445.336	9.050.226	8.854.624	8.433.603	**2.583**	2.746	2.764	2.707
K544 Ritzensee PKL	749.956	898.311	846.204	925.759	**2.011**	2.005	2.137	2.089
K546 EMCO PKL	7.138.007	6.838.464	6.545.138	6.636.493	**2.441**	2.464	2.413	2.373
K547 Vigaun PKA	3.099.557	2.564.278	2.717.522	2.473.141	**4.545**	4.310	4.099	2.793
K549 PKL Salzburg	1.934.508	1.576.868	1.543.975	1.757.334	**2.160**	2.142	2.040	2.222
K550 Altenmarkt KH	372.868	423.190	366.853	341.019	**2.302**	2.170	2.337	2.304
K623 Leech PKL	4.867.540	3.483.213	3.656.298	3.807.126	**2.197**	2.419	2.245	2.300
K624 Kreuzschwestern PKL	11.656.583	11.366.631	11.528.936	11.230.885	**2.051**	1.964	2.007	2.035
K625 St. Leonhard SAN	3.616.462	3.296.008	3.711.435	3.767.798	**2.902**	2.946	2.884	2.852
K659 Hansa SAN	6.301.106	6.474.349	5.037.934	4.582.042	**1.807**	1.803	1.714	1.810
K661 Feldbach SAN	200.688	207.962	310.816	290.971	**1.645**	1.638	1.708	1.712
K667 Kastanienhof PKL	2.905.310	3.036.893	3.037.365	2.982.270	**2.225**	2.177	2.193	2.203
K668 Lassnitzhöhe	120.593	89.246	135.225	75.579	**3.446**	3.433	3.381	3.435
K670 Theresienhof KH	370.736	271.168	309.762	212.871	**2.143**	2.086	2.051	2.172
K674 Ragnitz PKL	18.624.700	17.941.598	17.416.836	16.891.069	**2.759**	2.675	2.699	2.672
K708 Kettenbrücke BSR	16.599.890	16.358.436	15.361.822	14.382.880	**2.907**	2.907	2.837	2.807
K709 Hochrum SAN	9.555.463	9.887.253	9.952.879	10.021.996	**2.438**	2.526	2.505	2.611
K732 Wörgl SAN	2.065.808	2.204.167	2.215.024	2.236.843	**2.032**	2.085	2.047	2.159
K801 St. Josef KH			75.705	162.706			1.682	1.960
K804 Mehrerau SAN	4.009.008	4.325.610	4.367.072	4.611.718	**2.132**	2.169	2.127	2.093
K838 Rhomberg SAN	139.674	129.969	1.607		**2.494**	3.170	1.607	
K853 Schenk SAN	1.957.984	1.761.938	1.799.792	1.787.340	**2.417**	2.468	2.353	2.415

INHALTSVERZEICHNIS

K905 Confraternität PKL	12.341.887	12.148.540	11.615.045	10.991.553	**2.332**	2.279	2.278	2.220
K911 Goldenes Kreuz PKL	14.538.358	15.075.006	15.295.833	15.136.251	**2.578**	2.601	2.570	2.581
K913 Hera SAN	1.823.915	1.850.528	3.094.428	4.133.575	**2.136**	2.129	2.321	2.565
K949 Rudolfinerhaus PKH	20.386.655	19.726.470	18.820.243	17.941.001	**2.582**	2.596	2.575	2.631
K954 Wiener Privatklinik	12.989.717	12.839.663	13.103.243	12.564.324	**2.437**	2.429	2.470	2.438
K963 Döbling PKL	24.733.594	24.629.521	23.569.475	21.876.134	**2.348**	2.382	2.384	2.339
Total	**238.794.576**	**234.312.293**	**232.093.645**	**225.341.288**	**2.466**	**2.474**	**2.470**	**2.467**



LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT, 2011 – 2014

LKF-Punkte je Aufenthalt	2014	2013	relative Änderung 2013=100	2012	2011
K212 Klagenfurt PKL	**2.482**	2.558	**97,0**	2.548	2.451
K223 Villach PKL	**2.470**	2.551	**96,8**	2.616	2.628
K421 Linz DIA-KH	**2.750**	2.745	**100,1**	2.762	2.685
K445 Wels PKL				1.258	1.267
K521 Radstadt KH	**2.761**	2.626	**105,1**	2.725	2.695
K526 Salzburg DIA-KH	**2.565**	2.499	**102,6**	2.534	2.565

INHALTSVERZEICHNIS

K530 Wehrle PKL	**2.583**	2.746	**94,1**	2.764	2.707
K544 Ritzensee PKL	**2.011**	2.005	**100,3**	2.137	2.090
K546 EMCO PKL	**2.441**	2.464	**99,1**	2.413	2.374
K547 Vigaun PKA	**4.545**	4.310	**105,5**	4.099	3.793
K549 PKL Salzburg	**2.160**	2.142	**100,8**	2.040	2.222
K550 Altenmarkt KH	**2.302**	2.170	**106,1**	2.337	2.304
K623 Leech PKL	**2.197**	2.419	**64,2**	2.245	2.300
K624 Kreuzschwestern PKL	**2.051**	1.964	**104,4**	2.007	2.035
K625 St. Leonhard SAN	**2.902**	2.946	**97,9**	2.884	2.852
K659 Hansa SAN	**1.807**	1.803	**100,2**	1.714	1.810
K661 Feldbach SAN	**1.645**	1.638	**100,4**	1.708	1.712
K667 Kastanienhof PKL	**2.225**	2.177	**102,2**	2.193	2.203
K668 Lassnitzhöhe	**3.446**	3.433	**100,4**	3.381	3.435
K670 Theresienhof KH	**2.143**	2.086	**102,7**	2.051	2.172
K674 Ragnitz PKL	**2.759**	2.675	**103,1**	2.699	2.672
K708 Kettenbrücke BSR	**2.907**	2.907	**100**	2.837	2.807
K709 Hochrum SAN	**2.438**	2.526	**96,5**	2.505	2.611
K732 Wörgl SAN	**2.032**	2.085	**97,5**	2.047	2.159
K801 St. Josef KH				1.682	1.960
K804 Mehrerau SAN	**2.132**	2.169	**98,3**	2.127	2.093
K838 Dr. Rhomberg	**2.494**	3.170	**78,7**	1.607	
K853 Schenk SAN	**2.417**	2.468	**97,9**	2.353	2.415
K905 Confraternität PKL	**2.332**	2.279	**102,3**	2.278	2.220
K911 Goldenes Kreuz PKL	**2.578**	2.601	**99,1**	2.570	2.581
K913 Hera SAN	**2.136**	2.129	**100,3**	2.321	2.566
K949 Rudolfinerhaus PKH	**2.582**	2.595	**99,5**	2.575	2.631
K954 Wiener Privatklinik	**2.437**	2.429	**100,3**	2.470	2.438

K963 Döbling PKL	**2.348**	2.382	**98,6**	2.384	2.339
Total	**2.466**	2.474	**99,7**	2.470	2.467

13. LEISTUNGEN FÜR VERSICHERUNGSTRÄGER

AUFENTHALTE GESAMT

Aufenthalte	2014	VÄ VJ. absolut	VÄ VJ. relativ
Ausländische Versicherungsträger	243	-9	-3,6%
BKK Austria Tabak	80	-17	-17,5%
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	45	0	0,0%
BKK Kapfenberg	101	18	21,7%
Betriebskrankenkasse Mondi	8	-7	-46,7%
BKK voestalpine Bahnsysteme	52	-3	-5,5%
BKK Zeltweg	26	4	18,2%
GKK Burgenland	596	95	19,0%
GKK Kärnten	6.746	379	6,0%
GKK Niederösterreich	5.292	-170	-3,1%
GKK Oberösterreich	3.486	292	9,1%
GKK Salzburg	6.808	245	3,7%
GKK Steiermark	13.397	294	2,2%
GKK Tirol	6.794	212	3,2%
GKK Vorarlberg	2.373	54	2,3%
GKK Wien	19.386	-7	0,0%
SVA Bauern	1.003	5	0,5%
SVA gewerbliche Wirtschaft	13.140	348	2,7%
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.606	-53	-3,2%

VA öffentlich Bediensteter	15.644	433	2,9%
Total	**96.826**	2.113	2,2%

AUFENTHALTE NACH GESCHLECHT 2014

Versicherungsträger	2014		VÄ VJ, absolut	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Ausländische Versicherungsträger	90	153	-1	-8
BKK Austria Tabak	49	31	4	-21
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	26	19	-1	1
BKK Kapfenberg	43	58	-4	22
Betriebskrankenkasse Mondi	5	3	-1	-6
BKK voestalpine Bahnsysteme	36	16	1	-4
BKK Zeltweg	11	15	-3	7
GKK Burgenland	197	399	17	78
GKK Kärnten	2.292	4.454	180	199
GKK Niederösterreich	2.150	3.142	-39	-131
GKK Oberösterreich	1.332	2.154	145	147
GKK Salzburg	2.442	4.366	74	171
GKK Steiermark	4.523	8.874	86	208
GKK Tirol	2.341	4.453	1	211
GKK Vorarlberg	976	1.397	80	-26
GKK Wien	6.661	12.725	51	-58
SVA Bauern	458	545	0	5
SVA gewerbliche Wirtschaft	7.369	5.771	196	152
VA für Eisenbahnen und Bergbau	841	765	-62	9
VA öffentlich Bediensteter	6.129	9.515	173	260
Total	37.971	58.855	897	1.216

INHALTSVERZEICHNIS

DURCHSCHNITTLICHES LEBENSALTER

Versicherungsträger	2014		
	Männlich	Weiblich	Total
Ausländische Versicherungsträger	63,0	62,4	62.6
BKK Austria Tabak	71,7	64,2	68,8
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	55,4	52,4	54,1
BKK Kapfenberg	66,1	69,3	68,0
Betriebskrankenkasse Mondi	63,4	60,0	62,1
BKK voestalpine Bahnsysteme	57,8	58,0	57,8
BKK Zeltweg	75,1	73,5	74,2
GKK Burgenland	55,0	55,6	55,4
GKK Kärnten	62,2	65,3	64,2
GKK Niederösterreich	59,8	59,2	59,4
GKK Oberösterreich	55,2	62,7	60,0
GKK Salzburg	57,5	59,8	59,0
GKK Steiermark	59,6	60,0	59,9
GKK Tirol	55,4	62,5	60,1
GKK Vorarlberg	50,1	62,9	57,6
GKK Wien	58,7	57,5	57,9
SVA Bauern	60,8	61,3	61,1
SVA gewerbliche Wirtschaft	61,1	61,6	61,3
VA für Eisenbahnen und Bergbau	64,8	69,1	66,8
VA öffentlich Bediensteter	65,6	63,3	64,2
Total	**60,2**	**61,0**	**60,66**

PFLEGETAGE

Versicherungsträger	2014			Änderung Vorjahr, absolut		
	Belagstage	Aufenth.	Pflegetage	Belagstage	Aufenth.	Pftage
Ausländische Versicherungsträger	1.207	243	1.250	13	-9	-196
BKK Austria Tabak	247	80	327	-144	-17	-161
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	260	45	305	-71	0	-71
BKK Kapfenberg	492	101	593	61	18	79
Betriebskrankenkasse Mondi	35	8	43	-51	-7	-58
BKK voestalpine Bahnsysteme	145	52	197	-15	-3	-18
BKK Zeltweg	74	26	100	25	4	29
GKK Burgenland	2.152	596	2.748	391	95	486
GKK Kärnten	42.252	6.746	48.998	803	379	1.182
GKK Niederösterreich	19.498	5.292	24.790	-439	-170	-609
GKK Oberösterreich	16.046	3.486	19.532	-65	292	227
GKK Salzburg	31.057	6.808	37.865	526	245	771
GKK Steiermark	52.281	13.397	65.678	270	294	564
GKK Tirol	30.603	6.794	37.397	-276	212	-64
GKK Vorarlberg	11.004	2.373	13.377	-415	54	-361
GKK Wien	79.358	19.386	98.744	-2.944	-7	-2.951
SVA Bauern	4.146	1.003	5.149	-318	5	-313
SVA gewerbliche Wirtschaft	54.676	13.140	67.816	-60	348	288
VA für Eisenbahnen und Bergbau	6.930	1.606	8.536	-1.102	-53	-1.155
VA öffentlich Bediensteter	70.243	15.644	85.887	-148	433	285
Total	**422.706**	**96.826**	**519.332**	**-3.959**	**2.113**	**-2.046**

INHALTSVERZEICHNIS

ENTWICKLUNG DER LKF-PUNKTE (GESAMT, JE AUFENTHALT)

Versicherungsträger	2014		VÄ VJ absolut	
	Punkte	Punkte je Aufenthalt	Punkte	Punkte je Aufenthalt
Ausländische Versicherungsträger	659.918	2.716	21.473	182
BKK Austria Tabak	180.717	2.259	-44.352	-61
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	105.507	2.345	-31.608	-702
BKK Kapfenberg	327.326	3.241	22.110	-436
Betriebskrankenkasse Mondi	18.238	2.280	-35.160	-1.280
BKK voestalpine Bahnsysteme	136.636	2.628	17.623	464
BKK Zeltweg	61.960	2.384	26.298	763
GKK Burgenland	1.488.913	2.498	217.597	-39
GKK Kärnten	16.634.595	2.466	430.013	-79
GKK Niederösterreich	13.291.551	2.512	-405.845	4,0
GKK Oberösterreich	9.539.291	2.737	683.000	-36
GKK Salzburg	17.784.055	2.612	987.728	53
GKK Steiermark	31.363.734	2.341	1.058.842	28
GKK Tirol	17.809.707	2.621	308.121	-38
GKK Vorarlberg	5.502.467	2.319	-99.027	-97
GKK Wien	47.477.825	2.450	-227.788	-11
SVA Bauern	2.426.223	2.419	-114.955	-127
SVA gewerbliche Wirtschaft	31.987.940	2.434	896.349	4
VA für Eisenbahnen und Bergbau	3.946.112	2.457	-268.471	-83
VA öffentlich Bediensteter	38.051.861	2.432	1.040.335	-1
Total	**238.794.576**	**2.466,22**	**4.482.283**	**-8**

AUFENTHALTE, BELAGSTAGE, LKF-PUNKTE, RELATIVE ÄNDERUNGEN-VORJAHR

Versicherungsträger	Aufenthalte	Belagstage	LKF-Punkte
Ausländische Versicherungsträger	243	1.207	659.918
BKK Austria Tabak	80	247	180.717
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	45	260	105.507
BKK Kapfenberg	101	492	327.326
Betriebskrankenkasse Mondi	8	35	18.238
BKK voestalpine Bahnsysteme	52	145	136.636
BKK Zeltweg	26	74	61.960
GKK Burgenland	596	2.152	1.488.913
GKK Kärnten	6.746	42.252	16.634.595
GKK Niederösterreich	5.292	19.498	13.291.551
GKK Oberösterreich	3.486	16.046	9.539.291
GKK Salzburg	6.808	31.057	17.784.055
GKK Steiermark	13.397	52.281	31.363.734
GKK Tirol	6.794	30.603	17.809.707
GKK Vorarlberg	2.373	11.004	5.502.467
GKK Wien	19.386	79.358	47.477.825
SVA Bauern	1.003	4.146	2.426.223
SVA gewerbliche Wirtschaft	13.140	54.676	31.987.940
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.606	6.930	3.946.112
VA öffentlich Bediensteter	15.644	70.243	38.051.861
Total	**96.826**	**422.706**	**238.794.576**

INHALTSVERZEICHNIS

ANHANG

Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten

(Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF-G)

Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten
(Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF-G)
StF: BGBl. I Nr. 165/2004 (NR: GP XXII RV 673 AB 716 S. 90. BR: AB 7176 S. 717.)

Änderung

BGBl. I Nr. 101/2007 (NR: GP XXIII RV 297 AB 352 S. 40. BR: 7796 AB 7828 S. 751.)
BGBl. I Nr. 81/2013 (NR: GP XXIV RV 2243 AB 2255 S. 200. BR: AB 8961 S. 820.)

Präambel/Promulgationsklausel

1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Errichtung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
§ 2 Aufgaben des PRIKRAF
§ 3 Mittel des PRIKRAF
§ 4 Datenerfassung und –weitergabe, Erhebungen

2. Abschnitt
Verwendung der PRIKRAF-Mittel

§ 5 Verrechnung gegenüber PRIKRAF-Krankenanstalten und Anspruchsberechtigten
§ 6 Verrechnung mit PRIKRAF-Krankenanstalten
§ 7 Akontierung und Endabrechnung
§ 8 Verrechnung mit Anspruchsberechtigten
§ 9 Verrechnung des Verwaltungsaufwandes

3. Abschnitt
Organisatorische Bestimmungen

§ 10 Organe des PRIKRAF
§ 11 Geschäftsführung
§ 12 Zusammensetzung der Fondskommission
§ 13 Geschäftsordnung der Fondskommission
§ 14 Aufgaben der Fondskommission
§ 15 Sanktionen
§ 16 Grundsätze der Gebarung des PRIKRAF
§ 17 Aufsicht
§ 18 Kontrolle und Informationspflichten

4. Abschnitt
Schiedsverfahren

§ 19 Allgemeines
§ 20 Mitglieder der Schiedskommission
§ 21 Verfahrensbestimmungen
§ 22 Organisation

5. Abschnitt
Schlussbestimmungen

§ 23 Gebührenbefreiung
§ 24 In-Kraft-Tretens- und Übergangsbestimmungen

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Errichtung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

§ 1. (1) Zur Finanzierung aller Leistungen i.S. des § 149 Abs. 3 ASVG von bettenführenden privaten Krankenanstalten Österreichs wird ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Er führt die Bezeichnung „Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds - PRIKRAF“ und wird im Folgenden als PRIKRAF bezeichnet. Der Sitz des PRIKRAF ist Wien.

(2) Soweit im Folgenden nicht anderes bestimmt wird, umfasst der Begriff „PRIKRAF-Krankenanstalten“ jene Krankenanstalten, die von der Regelung des § 149 Abs. 3 ASVG erfasst und in der Anlage 1 dieses Gesetzes aufgelistet sind.

(3) Soweit im Folgenden ausschließlich auf Bestimmungen des ASVG verwiesen wird, sind die Parallelbestimmungen der weiteren Sozialversicherungsgesetze (B-KUVG, BSVG, GSVG) sinngemäß anzuwenden.

(4) Als Anspruchsberechtigte im Sinne dieses Gesetzes gelten neben den Versicherten insbesondere auch Anspruchsberechtigte gemäß §§ 122, 123, 134 und 158 ASVG sowie Personen, die einem Krankenversicherungsträger auf Grund gesetzlicher Bestimmungen oder auf Grund von zwischenstaatlichem oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit zur Gewährung von Sachleistungen nach den für ihn geltenden Rechtsvorschriften zugeordnet sind.

Aufgaben des PRIKRAF

§ 2. (1) Der PRIKRAF hat insbesondere folgende Aufgaben:

1. Die Abgeltung aller Leistungen von PRIKRAF-Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht. Während der stationären Pflege werden alle intra- oder extramuralen Untersuchungen oder Behandlungen durch die Fondsverrechnung abgegolten.
2. Die Leistung von Pflegekostenzuschüssen an Versicherte gemäß § 150 Abs. 2 ASVG, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt behandelt wurden.
3. Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung.
4. Sonstige Aufgaben, die dem PRIKRAF durch Gesetze und Verordnungen übertragen werden.

(2) Ambulante Leistungen und Rehabilitations- und Kurleistungen sind aus PRIKRAF-Mittel nicht abzugelten.

Mittel des PRIKRAF

§ 3. In den PRIKRAF fließen folgende Mittel:

1. Mittel inländischer Träger der Sozialversicherung für stationäre und tagesklinische Heilbehandlung gemäß § 149 Abs. 3 ASVG sowie für Pflegekostenzuschüsse gemäß § 150 Abs. 2 ASVG für Behandlungen in einer PRIKRAF-Krankenanstalt. Entsprechende Überweisungen haben monatlich zu erfolgen;

INHALTSVERZEICHNIS

2. Erstattungsbeträge ausländischer Sozialversicherungsträger für stationäre und tagesklinische Heilbehandlung für jene Fälle, für die keine Vereinbarungen über die Erstattung von Kosten durch Pauschalzahlungen oder über einen Kostenerstattungsverzicht bestehen;
3. Vermögenserträge;
4. sonstige Mittel (zB Spenden).

Datenerfassung und -weitergabe, Erhebungen

§ 4. (1) Die Trägerinnen/Träger der PRIKRAF-Krankenanstalten sind verpflichtet, die im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996, in der jeweils geltenden Fassung und in den dazu erlassenen Verordnungen vorgesehenen Dokumentationspflichten einzuhalten und unbeschadet der Datenmeldungen an das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen diese Daten auch an den PRIKRAF zu übermitteln. Weiters sind dem PRIKRAF die zur Abrechnung erforderlichen Intensiv- und Personaldaten entsprechend dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen und den dazu ergangenen Verordnungen zu übermitteln. Darüber hinaus sind die Trägerinnen/Träger der PRIKRAF-Krankenanstalten verpflichtet, auf Verlangen weitere Daten zu erfassen und an den PRIKRAF zu übermitteln, soweit diese Daten zur Erfüllung der Aufgaben des PRIKRAF erforderlich sind.

(2) Die Organe des PRIKRAF und die von diesen Beauftragten sind berechtigt, in PRIKRAF-Krankenanstalten Erhebungen über Richtigkeit und Vollständigkeit der medizinischen Dokumentation sowie der Abrechnungen mit dem PRIKRAF durchzuführen und in die entsprechenden Unterlagen Einsicht zu nehmen.

(3) Bei einem Verstoß gegen die Verpflichtungen gemäß Abs. 1 oder Abs. 2 ist der gemäß § 15 zu regelnde Sanktionsmechanismus anzuwenden.

2. Abschnitt Verwendung der PRIKRAF-Mittel

Verrechnung gegenüber PRIKRAF-Krankenanstalten und Anspruchsberechtigten

§ 5. (1) Sofern ein Einzelvertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, erfolgt eine Direktverrechnung mit der PRIKRAF-Krankenanstalt gemäß § 149 Abs. 3 ASVG.

(2) Sofern kein Vertrag mit dem zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, leistet der PRIKRAF Pflegekostenzuschüsse gemäß § 150 Abs. 2 ASVG an die Anspruchsberechtigten, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt behandelt wurden.

Verrechnung mit PRIKRAF-Krankenanstalten

§ 6. (1) Zur Verrechnung gemäß § 5 Abs. 1 dienen die PRIKRAF-Mittel abzüglich der Mittel gemäß §§ 8 und 9 (Pflegekostenzuschüsse und Verwaltungsaufwand).

(2) Die PRIKRAF-Krankenanstalten sind verpflichtet, dem PRIKRAF die Daten gemäß § 4 Abs. 1 sowie die angeforderten zusätzlichen Daten jeweils bis zum 20. des Folgemonats und einen Jahresbericht jeweils bis 31. März des Folgejahres zu übermitteln.

(3) Die Anzahl der Punkte (leistungsorientierte Diagnosefallgruppen-Punkte - LDF-Punkte) sind entsprechend der in § 27b KAKuG normierten leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) mit dem vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zur Verfügung gestellten Bepunktungsprogramm in der jeweils gültigen Fassung von der PRIKRAF-Krankenanstalt zu ermitteln und gemeinsam mit den Daten gemäß Abs. 2 dem PRIKRAF zu übermitteln. Bei einer verspäteten, fehlerhaften oder nicht erfolgten Meldung durch eine PRIKRAF-Krankenanstalt ist der gemäß § 15 zu regelnde Sanktionsmechanismus anzuwenden.

(4) Die Mittel gemäß Abs. 1 sind auf die PRIKRAF-Krankenanstalten gemäß § 5 Abs. 1 möglichst umgehend nach ihrem Einlangen beim PRIKRAF entsprechend den gemeldeten Daten

INHALTSVERZEICHNIS

und unter Berücksichtigung des Punktewertes (Abs. 2 und 3) zu verteilen. Die Mittel sind zu 100% ohne Gewichtung zu verteilen (Kernbereich).

(5) Die Verteilung der jeweils zur Verfügung stehenden Mittel auf die einzelnen PRIKRAF-Krankenanstalten erfolgt jeweils nach dem Verhältnis der für die PRIKRAF-Krankenanstalt ermittelten Anzahl der Punkte zur Gesamtzahl der für alle PRIKRAF-Krankenanstalten ermittelten Punkte. Jeder Mittelaufteilung an die PRIKRAF-Krankenanstalten sind dabei sämtliche Entlassungsdiagnosemeldungen des laufenden Jahres und sämtliche im laufenden Jahr hiefür zur Verfügung stehenden Mittel zugrunde zu legen. Vom endgültig auszuzahlenden Betrag sind jene Mittel abzuziehen, die die PRIKRAF-Krankenanstalt im laufenden Jahr bereits bei den akontierten Mittelaufteilungen im Sinne des § 7 erhalten hat.

(6) Zum laufenden Jahr im Sinne des Abs. 5 zählen auch Datenmeldungen, die dem Abrechnungsjahr zugehörig sind und bis spätestens 31. März des Folgejahres beim PRIKRAF einlangen. Danach eingehende Meldungen begründen keinerlei Ansprüche gegenüber dem PRIKRAF, den Krankenversicherungsträgern oder den betroffenen Patientinnen und Patienten.

(7) Die Verteilung gemäß Abs. 2 bis 6 ist anhand einer jeweils für ein Kalenderjahr vorzunehmenden periodengerechten Abrechnung unter Zugrundelegung aller für dieses Jahr gemeldeten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen oder sonst relevanten Parameter auszugleichen.

(8) Die Träger der Sozialversicherung sind vom PRIKRAF über die sich ergebenden vorläufigen und endgültigen Punktewerte laufend zu informieren.

Akontierung und Endabrechnung

§ 7. (1) Die zur Verfügung stehenden Mittel werden vom PRIKRAF jeweils monatlich an die Träger der PRIKRAF-Krankenanstalten akontiert.

(2) Die Akontierung der Mittel erfolgt nach der für die jeweilige PRIKRAF-Krankenanstalt ermittelten Anzahl der LKF-Punkte, multipliziert mit dem von der Fondskommission für Gesamtösterreich festgelegten vorläufigen Punktewert.

(3) Für die Meldung der erforderlichen Daten und Punkteanzahl gilt § 6 Abs. 2 sinngemäß. Eine verspätete, fehlerhafte oder nicht erfolgte Meldung der erforderlichen Daten durch eine PRIKRAF-Krankenanstalt hat ihren Ausschluss von der Akontierung für den betreffenden Zeitraum zur Folge.

(4) Die Verteilung der Mittel des PRIKRAF an die PRIKRAF-Krankenanstalten ist nachträglich, anhand einer jeweils für ein Kalenderjahr vorzunehmenden endgültigen periodengerechten Abrechnung, unter Zugrundelegung aller für diesen Zeitraum innerhalb der vorgesehenen Fristen gemeldeten leistungsorientierten Diagnosefallgruppen und sonst relevanten Parameter durchzuführen.

(5) Allfällige Restguthaben sind vom PRIKRAF an die PRIKRAF-Krankenanstalten nach Maßgabe des tatsächlichen Punktewertes zu überweisen.

(6) Allfällige Übergenüsse sind von den PRIKRAF-Krankenanstalten unverzüglich nach Vorliegen der Endabrechnung für das betreffende Kalenderjahr an den PRIKRAF rückzuführen oder werden mit künftigen Abrechnungen gegenverrechnet.

(7) Mit der Endabrechnung gemäß Abs. 4 sind alle Ansprüche gegenüber dem PRIKRAF und den Krankenversicherungsträgern, ausgenommen Leistungen und Entgelte gemäß § 59 Abs. 1 zweiter Satz B-KUVG und § 96 Abs. 2 GSVG für die stationäre und tagesklinische Versorgung von Anspruchsberechtigten abgegolten.

Verrechnung mit Anspruchsberechtigten

§ 8. Pflegekostenzuschüsse gemäß § 5 Abs. 2 sind nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu leisten:

1. Der PRIKRAF hat Versicherten, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt, mit der kein Vertrag mit dem für die/den Versicherte/n zuständigen Krankenversicherungsträger

INHALTSVERZEICHNIS

besteht, aufgenommen wurden, einen Pflegekostenzuschuss im Namen der Sozialversicherung zu leisten.

2. Die Höhe des Pflegekostenzuschusses ist in sinngemäßer Anwendung des § 6 Abs. 3 und § 7 Abs. 2 zu ermitteln. Der Pflegekostenzuschuss ist auf Grund einer saldierten, vom zuständigen Krankenversicherungsträger anerkannten Rechnung binnen vier Wochen nach Einlangen beim PRIKRAF auszubezahlen.

Verrechnung des Verwaltungsaufwandes

§ 9. Die Kosten für den Verwaltungsaufwand sind im für die Erfüllung der PRIKRAF-Aufgaben unbedingt notwendigen Ausmaß möglichst gleichmäßig aus den PRIKRAF-Mitteln zu entnehmen.

3. Abschnitt Organisatorische Bestimmungen

Organe des PRIKRAF

§ 10. Die Organe des PRIKRAF sind:

1. Geschäftsführung,
2. Fondskommission.

Geschäftsführung

§ 11. (1) Die Geschäftsführung besteht aus einer/einem Geschäftsführerin/Geschäftsführer und den erforderlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern. Sie hat alle Aufgaben des PRIKRAF wahrzunehmen, die nicht ausdrücklich einem anderen Organ vorbehalten sind. Insbesondere hat sie die Fondskommission bei der Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben zu unterstützen und die Beschlüsse der Fondskommission vorzubereiten und umzusetzen. Weiters hat sie allen Verpflichtungen, die sich aus der Aufsicht über den PRIKRAF ergeben, nachzukommen.

(2) Die/Der Geschäftsführerin/Geschäftsführer ist nach öffentlicher Ausschreibung befristet zu bestellen. Die Bestellung und Abberufung erfolgt durch die/den Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit und Frauen. Weitere Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter der Geschäftsführung können von der/vom Geschäftsführerin/Geschäftsführer mit Zustimmung der Fondskommission befristet angestellt und gekündigt bzw. entlassen werden.

Zusammensetzung der Fondskommission

§ 12. (1) Die Fondskommission besteht aus 11 Mitgliedern. Als solche gehören ihr an:

1. drei vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger entsandte Vertreterinnen/Vertreter,
2. zwei Vertreterinnen/Vertreter des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend,
3. fünf vom Fachverband der privaten Krankenanstalten und der Kurbetriebe der Wirtschaftskammer Österreichs (im Folgenden kurz Fachverband) entsandte Vertreterinnen/Vertreter,
4. eine/ein von den Ländern nominierte Vertreterin/Vertreter.

(2) Ist die Entsendung von Mitgliedern in die Fondskommission erforderlich, hat die Geschäftsführung die entsendungsberechtigten Institutionen unter Setzung einer angemessenen Frist hiezu aufzufordern. Machen diese von ihrem Recht keinen Gebrauch, gilt die Fondskommission bis zur nachträglichen Entsendung der fehlenden Mitglieder unbeschadet der Bestimmung des § 13 Abs. 3 auch ohne diese als beschlussfähig.

(3) Die Funktion als Mitglied der Fondskommission erlischt insbesondere

1. durch Widerruf seitens der entsendungsberechtigten Institution,
2. Wegfall der Handlungs- oder Geschäftsfähigkeit,

INHALTSVERZEICHNIS

3. Verzicht.

(4) Für jedes Mitglied ist von der zur Entsendung des Mitgliedes berufenen Institution ein Ersatzmitglied namhaft zu machen. Das Ersatzmitglied ist berechtigt, bei nicht dauerhafter Verhinderung des Mitgliedes die Vertretung in der Fondskommission wahrzunehmen.

Geschäftsordnung der Fondskommission

§ 13. (1) Den Vorsitz führt das von der/dem Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit und Frauen bestimmte Mitglied; bei dessen Verhinderung die/der vom Fachverband bestimmte Stellvertreterin/Stellvertreter.

(2) Die Einberufung der Fondskommission erfolgt durch die/den Vorsitzende/Vorsitzenden der Fondskommission. In jedem Jahr haben mindestens zwei Sitzungen stattzufinden. Die Fondskommission ist darüber hinaus auch einzuberufen, wenn dies mindestens drei Mitglieder schriftlich verlangen.

(3) Die Fondskommission ist beschlussfähig, wenn alle Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen wurden und mehr als die Hälfte ihrer Mitglieder, darunter mindestens ein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist. Beschlüsse werden mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst, wobei der/dem Vertreterin/Vertreter der Länder (§ 12 Abs. 1 Z 4) kein Stimmrecht zukommt. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme der/des Vorsitzenden den Ausschlag. Beschlüsse in Angelegenheiten gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 bedürfen der Mehrheit von zwei Drittel der abgegebenen Stimmen.

(4) Die Fondskommission hat sich eine Geschäftsordnung zu geben. Die Geschäftsordnung hat insbesondere vorzusehen, dass

1. die Einberufung der Mitglieder zu einer Sitzung unter Anschluss der Tagesordnung und der erforderlichen Unterlagen nachweislich spätestens drei Wochen vor der Sitzung zu erfolgen hat;
2. Anträge, deren zusätzliche Aufnahme in die Tagesordnung gewünscht wird, von jedem Mitglied der Fondskommission unter Anschluss geeigneter schriftlicher Unterlagen bis spätestens zehn Tage vor der Sitzung gestellt werden können, wobei die Wahrung der Frist nach dem Datum des Poststempels zu entscheiden ist.

(5) Ist die Fondskommission nicht beschlussfähig, weil kein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist, hat innerhalb von drei Wochen neuerlich eine Sitzung zur selben Tagesordnung stattzufinden. In dieser Sitzung, zu der die Mitglieder nachweislich einzuladen sind, können Beschlüsse mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst werden, auch wenn kein vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger entsandtes Mitglied anwesend ist.

(6) Die Fondskommission kann, wenn dies zur Behandlung einzelner Tagesordnungspunkte erforderlich erscheint, Expertinnen/Experten beiziehen. Das Verfahren ist in der Geschäftsordnung zu regeln.

(7) Den Mitgliedern der Fondskommission sind auf Verlangen seitens der Geschäftsführung Auskünfte über finanzierungsrelevante Angelegenheiten zu erteilen.

Aufgaben der Fondskommission

§ 14. (1) Die Fondskommission hat folgende Aufgaben:

1. die Feststellung und Evaluierung der aus Fondsmitteln zu finanzierenden Leistungskapazitäten der Fondskrankenanstalten;
2. die Festlegung von Qualitätskriterien und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung;
3. die Festlegung des vorläufigen und endgültigen Punktewertes;
4. die Zustimmung zum Jahresvoranschlag und Stellenplan des Fonds, insbesondere unter Bedachtnahme auf die Angemessenheit des Verwaltungsaufwandes;
5. die Zustimmung zum Rechnungsabschluss;

INHALTSVERZEICHNIS

6. die Übertragung von Aufgaben der Geschäftsführung an externe Dienstleisterinnen und Dienstleister;
7. die Erlassung einer Geschäftsordnung;
8. die Festlegung eines Kataloges von Pflichtverletzungen, die zur Auslösung des Verfahrens gemäß § 15 führen, sowie der Folgen dieser Pflichtverletzungen (Sanktionsstatut);
9. die Festlegung der Modalitäten und der Höhe der Akontierungen des PRIKRAF an die PRIKRAF-Krankenanstalten;
10. die Festlegung von Grundsätzen für bundeseinheitliche Verrechnungsvorschriften;
11. die Festlegung, dass bestimmte Aufgaben der Geschäftsführung der Beschlussfassung der Fondskommission unterliegen.

(2) Die Mitglieder der Fondskommission sowie beigezogene Expertinnen/Experten sind unbeschadet der Bestimmungen des § 16 Abs. 5 und des § 17 zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten verpflichtet. Die Verschwiegenheitspflichten gemäß § 460a Abs. 1, 2 und 5 ASVG sind sinngemäß anzuwenden. Der Geschäftsführung sowie beauftragten externen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern sind vergleichbare Verschwiegenheitspflichten vertraglich zu überbinden.

(3) Allgemeine Verlautbarungen der Fondskommission sind im Internet oder in einer sonst geeigneten Art und Weise kundzumachen.

Sanktionen

§ 15. Verstößt eine PRIKRAF-Krankenanstalt gegen die Bestimmungen des Gesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, gegen die vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen periodisch übermittelten Codierungsrichtlinien oder begeht sie eine im Katalog gemäß § 14 Abs. 1 Z 8 genannte Pflichtverletzung, sind von der Fondskommission wirksame Maßnahmen zur Herstellung des rechtmäßigen Zustandes einzuleiten. Das Verfahren ist in der Geschäftsordnung zu regeln.

Grundsätze der Gebarung des PRIKRAF

§ 16. (1) Die Gebarung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds hat nach den Grundsätzen der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit zu erfolgen.

(2) Die Geschäftsführung hat bei der Verwendung der PRIKRAF-Mittel gemäß den Grundsätzen eines ordentlichen Kaufmanns vorzugehen.

(3) Vorhandene Mittel des PRIKRAF sind unter Bedachtnahme auf ihre erforderliche Verfügbarkeit möglichst günstig zu veranlagen.

(4) Die monatlichen Teil- und Akontobeträge an die PRIKRAF-Krankenanstalten sind gebarungsmäßig jeweils gesondert auszuweisen. Dabei sind analog zu den Landesfonds vergleichbare Verrechnungsvorschriften anzuwenden und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel des PRIKRAF vorzunehmen.

(5) Alljährlich sind ein Voranschlag, ein Stellenplan sowie nach Ablauf eines Kalenderjahres bis spätestens 30. September des Folgejahres ein Jahresabschluss nach handelsrechtlichen Vorschriften sowie ein Tätigkeitsbericht zu erstellen.

(6) Nachträgliche Bereinigungen sind möglichst umgehend nach Vorliegen der erforderlichen Daten unter Aufrechnung mit den laufenden Mittelanweisungen vorzunehmen.

Aufsicht

§ 17. (1) Der PRIKRAF unterliegt der Aufsicht der/des Bundesministerin/Bundesministers für Gesundheit und Frauen.

(2) Die Beschlüsse der Organe des PRIKRAF bedürfen in folgenden Angelegenheiten der Genehmigung der/des Bundesministerin/Bundesministers für Gesundheit und Frauen:

1. die Geschäftsordnung der Fondskommission,
2. der Jahresvoranschlag, der Jahresabschluss, der Stellenplan und der Tätigkeitsbericht,

INHALTSVERZEICHNIS

3. der Abschluss von Rechtsgeschäften, die eine dauernde finanzielle Belastung des PRIKRAF zum Gegenstand haben,
4. der Abschluss von Dienstverträgen,
5. die Festlegung von Qualitätskriterien und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung,
6. das Sanktionsstatut.

(3) Die/Der Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit und Frauen oder von ihr/ihm beauftragten Organe sind berechtigt, sich über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu informieren. Die Organe des PRIKRAF sind verpflichtet, der/dem Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit und Frauen oder den von ihr/ihm beauftragten Organen Auskünfte über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu erteilen, Geschäftsstücke und sonstige Unterlagen über die bezeichneten Gegenstände vorzulegen, von der/dem Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit und Frauen oder von den beauftragten Organen angeordnete Erhebungen anzustellen und Überprüfungen an Ort und Stelle vornehmen zu lassen.

(4) Die/Der Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit und Frauen oder die von ihr/ihm beauftragten Organe sind berechtigt, an den Sitzungen der Fondskommission teilzunehmen. Die Protokolle über die Sitzungen der Fondskommission des PRIKRAF sind im Wege der Aufsicht der/dem Bundesministerin/Bundesminister für Gesundheit und Frauen unverzüglich vorzulegen.

Kontrolle und Informationspflichten

§ 18. (1) Die Gebarung des PRIKRAF unterliegt der Kontrolle durch den Rechnungshof.

(2) Darüber hinaus sind die Organe des PRIKRAF ermächtigt, notwendige Kontrollvorkehrungen, insbesondere zur Diagnosen- und Leistungscodierung der PRIKRAF-Krankenanstalten (Datenqualitätskontrolle) sowie zur Ermittlung der weiteren zur Abrechnung erforderlichen Daten sicherzustellen. Mit diesen Kontrollmaßnahmen können auch Personen beauftragt werden, die nicht in einem Dienstverhältnis zum PRIKRAF stehen.

(3) Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Fachverband oder von diesen beauftragte Organe sind berechtigt, sich über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu informieren. Die Organe des PRIKRAF sind verpflichtet, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Fachverband oder von diesen beauftragten Organen Auskünfte über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu erteilen sowie Geschäftsstücke und sonstige Unterlagen über die bezeichneten Gegenstände vorzulegen.

Abschnitt 4 Schiedsverfahren

Allgemeines

§ 19. (1) Zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen dem PRIKRAF und PRIKRAF-Krankenanstalten über die in diesem Gesetz begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten ist die am Sitz des PRIKRAF einzurichtende Schiedskommission zuständig.

(2) Die Schiedskommission entscheidet über einen schriftlichen Antrag des PRIKRAF oder einer PRIKRAF-Krankenanstalt mit Bescheid.

Mitglieder der Schiedskommission

§ 20. (1) Die Schiedskommission besteht aus

1. einer/einem Richterin/Richter als Vorsitzenden,
2. einer/einem Vertreterin/Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger,
3. einer/einem Vertreterin/Vertreter des Fachverbandes der privaten Krankenanstalten der Wirtschaftskammer Österreich.

(2) Die/Der Vorsitzende ist vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen auf Grund eines von der Präsidentin/vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien alphabetisch

INHALTSVERZEICHNIS

gereihten Dreiervorschlages, der im Wege des Bundesministeriums für Justiz zu übermitteln ist, zu bestellen. Mitglied der Schiedskommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist. Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Die Mitglieder der Schiedskommission werden für die Dauer von fünf Jahren bestellt. Sie bleiben jedoch bis zum Zusammentritt der neu bestellten Mitglieder im Amt. Eine Wiederbestellung ist zulässig.

(3) Das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) endet - abgesehen vom Fall der Enthebung nach Abs. 4 - nur mit dem Ablauf der Amtsdauer und dem Wegfall von für die Bestellung erforderlichen Voraussetzungen.

(4) Ein Mitglied (Ersatzmitglied) kann aus wichtigen gesundheitlichen oder beruflichen Gründen, durch die eine ordnungsgemäße Ausübung des Amtes nicht gewährleistet erscheint, über eigenes Ansuchen vom Amt enthoben werden.

(5) Scheidet ein Mitglied (Ersatzmitglied) vor dem Ablauf der Amtsdauer, für die es bestellt wurde, aus, so ist für den Rest der Amtsdauer ein Mitglied (Ersatzmitglied) nach den Bestimmungen der Abs. 1 und 2 nachzubestellen. Endet das Amt als Mitglied (Ersatzmitglied) während eines bei der Schiedskommission anhängigen Verfahrens, so ist dieses von neuem durchzuführen.

Verfahrensbestimmungen

§ 21

(1) (Anm.: aufgehoben durch BGBl. I Nr. 81/2013)

(2) Wird ein Verfahren vor der Schiedskommission anhängig gemacht, so sind von den jeweiligen Streitparteien je eine/ein Vertreterin/Vertreter für dieses Verfahren zu nominieren. Diese Vertreter sind den Mitgliedern gemäß § 20 Abs. 1 gleichgestellt.

(3) Die Mitglieder der Schiedskommission sind zu den Sitzungen unter Bekanntgabe der Tagesordnung unter Anschluss der Anträge rechtzeitig einzuberufen. Die Einberufung hat schriftlich und unter Nachweis der Zustellung zu erfolgen.

(4) Die Schiedskommission ist beschlussfähig, wenn die Einberufung aller Mitglieder der Schiedskommission ordnungsgemäß erfolgt ist und jedenfalls die/der Vorsitzende und mindestens drei weitere Mitglieder anwesend sind.

(5) Die Beschlüsse der Schiedskommission werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Die/Der Vorsitzende gibt ihre/seine Stimme als letzte/r ab; bei Stimmengleichheit entscheidet ihre/seine Stimme. Stimmenthaltung ist unzulässig.

(6) Die Entscheidung und ihre wesentliche Begründung sind tunlichst nach Ende der Verhandlung mündlich zu verkünden. Überdies ist den Parteien eine schriftliche Ausfertigung zuzustellen. Kann der Bescheid nicht mündlich verkündet werden, so ist er der schriftlichen Ausfertigung vorzubehalten, die innerhalb von vier Wochen nach dem Ende der Verhandlung erfolgen soll.

(7) Gegen Entscheidungen der Schiedskommission kann Beschwerde an das Bundesverwaltungsgericht erhoben werden.

Organisation

§ 22. (1) Zur Führung der laufenden Geschäfte, insbesondere zur Vorbereitung der Verhandlungen, Führung der Beratungs- und Abstimmungsprotokolle und Besorgung der Kanzleigeschäfte, ist beim PRIKRAF ein Büro einzurichten.

(2) Den Mitgliedern der Schiedskommission gebührt eine angemessene Vergütung für ihre Tätigkeit. Die Höhe der Vergütung ist unter Bedachtnahme auf den durch die Tätigkeit als Mitglied (Ersatzmitglied) verursachten Aufwand festzusetzen.

5. Abschnitt Schlussbestimmungen

Gebührenbefreiung

§ 23. Der Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds ist von allen bundesgesetzlich geregelten Abgaben befreit.

In-Kraft-Tretens- und Übergangsbestimmung

§ 24. (1) Das Gesetz tritt mit 1. Jänner 2005 in und mit dem durch Verordnung des Bundesministers für Gesundheit gemäß § 675 Abs. 3 ASVG festgestellten Zeitpunkt außer Kraft. Der PRIKRAF hat jedenfalls die Verpflichtungen, die vor und während der Geltungsdauer dieses Gesetzes entstanden sind, auch nach dem Außerkrafttreten dieses Gesetzes zu erfüllen.

(1a) § 21 Abs. 1 und 7 treten mit 1. Jänner 2014 in Kraft.

(2) Verfahren vor der Schiedskommission, die bei Außerkrafttreten dieses Gesetzes noch anhängig sind, sind zu Ende zu führen.

(3) Die §§ 12 Abs. 1 und 13 Abs. 3 sowie die Anlage 1 i.d.F. des BGBl. I Nr. 101/2007 treten mit 1. Jänner 2008 in Kraft.

Schlussbestimmungen zu Art. 3 des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 81/2013

§ 675 ASVG

(3) Die §§ 149 Abs. 3a, 322a Abs. 2 und 4, 447a Abs. 10 sowie 447f Abs. 1, 6, 14 und 16 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 81/2013 treten rückwirkend mit 1. Jänner 2013 in Kraft und nach Ablauf von sechs Monaten nach Außer-Kraft-Treten der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, in der jeweils geltenden Fassung außer Kraft. Den Zeitpunkt des Außer-Kraft-Tretens hat der Bundesminister für Gesundheit durch eine im Einvernehmen mit der Bundesministerin für Finanzen zu erlassende Verordnung festzustellen.

Gesundheitsqualitätsgesetz

BGBl. I Nr. 179/2004 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2013

§ 3. (1) Die Gesundheitsleistungserbringerinnen und -erbringer sind unabhängig von ihrer Organisationsform

1. zur Einhaltung der Qualitätsstandards nach Maßgabe dieses Bundesgesetzes und
2. zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I Nr. 81/2013 in der jeweils geltenden Fassung,

verpflichtet. Die Gesundheitsleistungen müssen den auf Grund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen entsprechen sowie in der fachlich gebotenen Qualität und in einem gesundheitsförderlichen Umfeld erbracht werden.

(2) Bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen ist die Transparenz betreffend Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gegenüber den Patientinnen und Patienten auf deren Nachfrage zu gewährleisten.

(3) Die Abgeltung von einzelnen Leistungen im Rahmen des öffentlichen Gesundheitssystems durch die Träger der Sozialversicherung, die Landesgesundheitsfonds und den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds setzt voraus, dass die essentiellen Qualitätsstandards, die unmittelbar für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten und den Behandlungserfolg maßgeblich sind, eingehalten werden. Dazu zählen insbesondere jene aufgrund dieses Bundesgesetzes, gemäß § 7 Abs. 3 und 4 des Bundesgesetzes zur

partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit und gemäß § 117c Abs. 1 Z 5 des Ärztegesetzes 1998, BGBl. I Nr. 169/1998 in der jeweils geltenden Fassung, festgelegten essentiellen Qualitätsstandards sowie die Teilnahme an den Maßnahmen zur Ergebnisqualitätsmessung und -sicherung gemäß § 7 Abs. 2 des Bundesgesetzes zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit.

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

BGBl. Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 81/2013

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

§ 149. (1) Der Erkrankte kann auch in eine eigene Krankenanstalt des Versicherungsträgers oder in eine andere als in § 148 genannte Krankenanstalt eingewiesen werden, mit der der leistungszuständige Versicherungsträger in einem Vertragsverhältnis steht, wenn im Sprengel des Versicherungsträgers keine Krankenanstalt im Sinne des § 148 besteht oder der Erkrankte zustimmt. In diesem Fall ist die Pflege in einer solchen Krankenanstalt der Pflege in einer Krankenanstalt im Sinne des § 148 bei der Anwendung der Bestimmungen des § 145 Abs. 2 gleichzuhalten. § 144 Abs. 3 gilt entsprechend.

(2) (Grundsatzbestimmung) Die Verträge mit den in Abs. 1 genannten Krankenanstalten bedürfen zu ihrer Rechtsgültigkeit der schriftlichen Form und haben insbesondere nähere Bestimmungen über die Einweisung, die Einsichtnahme in alle Unterlagen für die Beurteilung des Krankheitsfalles, wie z.B in die Krankengeschichte, Röntgenaufnahmen, Laboratoriumsbefunde, ferner über die ärztliche Untersuchung durch einen vom Versicherungsträger beauftragten Facharzt in der Anstalt im Einvernehmen mit dieser zu enthalten.

(3) Alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen sind mit einer Zahlung in der Höhe von 76 306 475,88 Euro abgegolten. Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind. Dieser Betrag ist an den nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu überweisen. Der Fonds hat die von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen nach den Grundsätzen des § 27b KAKuG abzurechnen. Auf den Fonds ist § 148 Z 8 sinngemäß anzuwenden.

(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die
Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind,

INHALTSVERZEICHNIS

zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge für die Jahre 2009 bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

(3b) Die Höhe der Verpflegskosten (stationäre Pflege) und die Zahlungsbedingungen für die nicht im Abs. 3 genannten Krankenanstalten sind durch Verträge festzulegen, die für die Träger der Sozialversicherung durch Bundesrecht den Hauptverband abzuschließen sind. Nicht umfasst hievon sind die von einem Träger der Sozialversicherung eingerichteten Krankenanstalten.

(4) Für die von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt eingerichteten Krankenanstalten sind die Höhe der Verpflegskosten und die Zahlungsbedingungen hiefür durch einen Vertrag festzulegen. Dieser ist für die Träger der Krankenversicherung durch den Hauptverband mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt abzuschließen.

(5) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag von dem nach § 150 Abs. 2 zweiter Satz in der Satzung festgesetzten Betrag zu berechnen und an den Träger der Sozialversicherung zu leisten ist, soweit jedoch Abs. 3 erster Satz anzuwenden ist, vom Träger der Krankenanstalt an den Fonds nach Abs. 3 zweiter Satz zu überweisen ist; die an den Fonds überwiesenen, tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzuverrechnen.

§ 447f

(7) Ausgenommen im ambulanten Bereich hat der (die) Versicherte bei Anstaltspflege eines Angehörigen nach diesem Bundesgesetz und nach dem BSVG und bei Anstaltspflege eines Versicherten nach dem BSVG an den Landesgesundheitsfonds einen Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt für jeden Verpflegstag 10% der am 31. Dezember 1996 in Geltung gestandenen Pflegegebührenersätze, vervielfacht mit dem Prozentsatz für das Jahr 1997 nach § 28 KAG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. Nr. 853/1995. Diese Beträge sind jährlich anzupassen, wobei die Prozentsätze nach Abs. 1 zweiter und dritter Satz anzuwenden sind. Solange keine endgültigen Prozentsätze vorliegen, sind die vorläufigen Prozentsätze heranzuziehen. Die angepassten Beträge
sind auf volle 10 Cent zu runden. Vom Kostenbeitrag ist abzusehen:

1. sobald die Zeiten der Anstaltspflege in einem Kalenderjahr die Dauer von vier Wochen übersteigen,
2. für Anstaltspflege, die aus dem Versicherungsfall der Mutterschaft geleistet wird,

3. für Leistungen nach § 120a dieses Bundesgesetzes und nach § 76a BSVG (Organspenden) sowie nach § 80 Abs. 3 lit. b, d und g BSVG.

(14) Die Sozialversicherungsträger leisten an den Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz für die Jahre 2008 bis 2013 jährlich einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3. Die Höhe des Pauschalbeitrages richtet sich nach § 149 Abs. 3 und 3a. Die Höhe und Fälligkeitstermine der monatlichen Teilzahlungen für die vorläufigen Beträge nach § 149 Abs. 3a sind zwischen dem Hauptverband und dem nach dem Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz eingerichteten Fonds zu vereinbaren.

(15) Die Trägerkonferenz hat mit verbindlicher Wirkung im Sinne des § 31 Abs. 6 zu beschließen, zu
welchen Teilen die Überweisungen nach § 149 Abs. 3 und 3a von den einzelnen Sozialversicherungsträgern vorläufig aufzubringen sind. Ferner sind mit diesem Beschluss der Trägerkonferenz die Höhe der vorschussweisen Zahlungen sowie deren Fälligkeitstermine festzulegen. Die endgültige Berechnung der auf die einzelnen Sozialversicherungsträger entfallenden Überweisungsbeträge hat unter Berücksichtigung der Inanspruchnahme der Leistungen nach § 149 Abs. 3 im jeweiligen Jahr bis zum 30. November des Folgejahres zu erfolgen. Die sich daraus ergebenden Differenzbeträge sind zwischen den Sozialversicherungsträgern unverzüglich auszugleichen.

Pflegekostenzuschuss des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

§ 150. (1) War die Anstaltspflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen
Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn

1. für die Gewährung der Anstaltspflege durch den Versicherungsträger nicht Vorsorge getroffen werden kann, weil landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten oder Krankenanstalten nach § 149 Abs. 3 nicht zur Verfügung stehen und Verträge gemäß § 149 nicht zustande kommen, oder

2. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaßfestzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.

(3) § 447f Abs. 7 ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss nach Abs. 2 zweiter Satz zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung
einzubehalten ist, soweit jedoch Abs. 2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz einzubehalten ist; die tatsächlich einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach Abs. 3 gegenzurechnen.

Bauern-Sozialversicherungsgesetz

BGBl. Nr. 559/1978 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 101/2001

Pflegekostenzuschuss des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

§ 93. (1) War die Anstaltspflege notwendig, so hat der Versicherungsträger dem Versicherten einen
Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 92 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

(2) Der Pflegekostenzuschuss ist für Versicherte, die in einer Krankenanstalt nach § 149 Abs. 3 erster Satz ASVG, mit der kein Vertrag besteht, aufgenommen wurden, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG im Namen der Sozialversicherung in der Höhe zu leisten, die sich aus der Anwendung des § 149 Abs. 3 vorletzter Satz ASVG ergibt. In allen übrigen Fällen ist der Pflegekostenzuschuss in der Satzung des Versicherungsträgers in dem Ausmaß festzusetzen, der dem Durchschnitt der vom Fonds pro Verpflegstag aufzuwendenden Mittel entspricht.

(3) § 447f Abs. 7 ASVG ist mit der Maßgabe anzuwenden, dass der 10%ige Kostenbeitrag vom Pflegekostenzuschuss nach Abs. 2 zweiter Satz zu berechnen und vom Träger der Sozialversicherung
einzubehalten ist, soweit jedoch Abs. 2 erster Satz anzuwenden ist, vom Fonds nach § 149 Abs. 3 zweiter Satz ASVG einzubehalten ist; die tatsächlich einbehaltenen Kostenbeiträge sind dem Pauschalbeitrag nach § 149 Abs. 3 ASVG gegen zu verrechnen.

Liste der Vertragskrankenanstalten

Anmerkung: Hervorgehoben sind Krankenanstalten, deren Leistungen mit dem Fonds abrechnet werden.

KA-Nr.	Krankenanstalten	Homepage
212	**Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt**	www.maria-hilf.at
221	Privatklinik Althofen	
223	**Privatklinik Villach**	www.privatklinik-villach.at
224	SKA Althofen	
225	SKA „Schrothkur“ Obervellach	www.schrothkur.at
365	SKA für Herz- und Kreislauferkrankungen Groß Gerungs	www.herz-kreislauf.at
370	SKA Moorheilbad Harbach	www.moorheilbad-

INHALTSVERZEICHNIS

		harbach.at
421	**Diakonissen-KH Linz**	www.linz.diakonissen.at
443	SAN St. Georgen	www.sanrupp.at
445	Privatklinik Wels St. Stephan	
518	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser	www.aufmesser.at
519	SAN Oberthurnhof Hallein	
521	**Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser**	www.aufmesser.at
526	**Diakonissen-KH Salzburg**	www.pkwd.at
530	**Privatklinik Wehrle**	www.pkwd.at
544	**Privatklinik Ritzensee**	www.sanatorium-ritzen.at
546	**EMCO Privatklinik**	www.emco-klinik.at
547	**Klinik St. Barbara Vigaun**	www.badvigaun.com
549	**Privatklinik Salzburg**	www.privatkliniksalzburg.at
550	**Krankenanstalt Altenmarkt GmbH & Co KG**	www.agzmed.at
623	**Privatklinik Leech**	www.privatklinik-leech.at
624	**Privatklinik der Kreuzschwestern Graz**	www.kreuzschwestern-graz.at
625	**SAN St. Leonhard**	www.leonhard.at
659	**SAN Hansa**	www.privatklinikum-hansa.at
661	**SAN Feldbach**	www.edlinger-hno.at
667	**Privatklinik Kastanienhof**	www.kastanienhof.at
668	**SAN Lassnitzhöhe**	www.privatklinik-lassnitzhoehe.at
670	**Theresienhof KH für Orthopädie u. orthopädische Rehabilitation**	www.theresienhof.at
674	**Privatklinik Graz Ragnitz**	www.privatklinik-grazragnitz.at
708	**SAN Kettenbrücke d. Barmherzigen Schwestern,**	www.sanatorium-

INHALTSVERZEICHNIS

709	**SAN der Kreuzschwestern Ges.m.b.H.**	www.privatklinik-hochrum.com
732	**Kursana Sanatorium Wörgl**	www.gzw.at
801	Haus St. Josef in Au	
804	**SAN Mehrerau, Bregenz**	www.sanatorium-mehrerau.at
812	SAN Dr. Felbermayer	www.felbermayer.at
838	**SAN Dr. Rhomberg, Lech**	www.drrhomberg.at
853	**SAN Dr. Schenk, Schruns**	www.dr-schenk.at
905	**Confraternität-Privatklinik Josefstadt**	www.confraternitaet.at
911	**Goldenes Kreuz Privatklinik**	www.goldenes-kreuz.at
913	**SAN Hera**	www.hera.co.at
949	**Rudolfinerhaus**	www.rudolfinerhaus.at
951	SAN Liebhartstal	www.sanlieb.at
954	**Wiener Privatklinik**	www.wpk.at
963	**Privatklinik Döbling**	www.privatklinik-doebling.at

Qualitätsstrukturen in Privatkrankenanstalten

Der vorliegende Bericht dokumentiert den Entwicklungsstand der Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in Privatkrankenanstalten für das Erhebungsjahr 2012. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der bundesweiten Erhebung der Qualitätsstrukturen in österreichischen Krankenanstalten über die von der GÖG betriebenen webbasierten Qualitätsplattform www.qualitaetsplattform.at. Die Inhalte wurden von der PRIKRAF Geschäftsführung im Zuge der Evaluierung der Strukturqualitätsnachweise 2014 mit Rechtsträgern, Direktionen und Qualitätssicherungsbeauftragten diskutiert.

PRIKRAF_GF_04_2015

Inhalt

Abbildungsverzeichnis 3

Tabellenverzeichnis 5

Abkürzungsverzeichnis 6

1 Einleitung 7

2 Qualitätsstrukturen in Privatkrankenanstalten 8

2.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit 8

2.1.1 Leitbild für das Krankenhaus 8
2.1.2 Qualitätsstrategie 9

2.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit 9

2.2.1 Kommission für Qualitätssicherung (QSK) 9
2.2.2 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit 11
2.2.3 Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen 13

2.3 Allgemeine Qualitätsmodelle 14

2.3.1 International Organization for Standardization (ISO) 15
2.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM) 16
2.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ) 16
2.3.4 Joint Commission International (JCI) 16
2.3.5 Träger- oder krankenhauseigenes QM-System 17

2.4 Spezielle Qualitätsmodelle 17

2.5 Instrumente der Qualitätsarbeit 18

2.5.1 Prozesse 18
2.5.2 Information über Aufnahmemodalitäten 19
2.5.3 Strukturiertes OP-Management 19
2.5.4 Indirektes Entlassungsmanagement / Übergangspflege 20
2.5.5 Berichte über die Qualitätsarbeit 21
2.5.6 Patientenorientierung 22
2.5.7 Mitarbeiterorientierung 26
2.5.8 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden 30
2.5.9 Hausübergreifende Qualitätsprojekte 34
2.5.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) 35

2.6 Patientensicherheit und Risikomanagement 37

2.6.1 Instrumente des Risikomanagements 37
2.6.2 Konzepte für Risikomanagement 40
2.6.3 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements 40
2.6.4 Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen 42
2.6.5 Risikomanagement-Ausbildung 42

4 Literaturverzeichnis 43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2.1: Ist in den Krankenhäusern ein Leitbild definiert? 8

Abbildung 2.2: QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen 10

Abbildung 2.3: Informationen, die die QSK regelmäßig erhält 11

Abbildung 2.4: Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern? 12

Abbildung 2.5: In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? 13

Abbildung 2.6: Ist in den Krankenhäusern ein allgemeines Qualitätsmodell implementiert oder geplant? 14

Abbildung 2.7: Allgemeine Qualitätsmodelle (Implementierungsstand und Reichweite) 15

Abbildung 2.8: Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden 18

Abbildung 2.9: Wie werden die Zuweiser über Aufnahmemodalitäten informiert? 19

Abbildung 2.10: Umsetzung des OP-Managements 20

Abbildung 2.11: Ist ein indirektes Entlassungsmanagement / eine Übergangspflege implementiert? 20

Abbildung 2.12: Erstellen die Krankenhäuser regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit? 21

Abbildung 2.13: Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? 22

Abbildung 2.14: Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht? 23

Abbildung 2.15: In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? 24

Abbildung 2.16: Themengebiete von Patientenbefragungen 25

Abbildung 2.17: Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen 26

Abbildung 2..18: Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen 27

Abbildung 2.19: Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen 28

Abbildung 2.20: Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? 29

Abbildung 2.21: Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. ein betriebliches Gesundheitsmanagement etabliert? 30

Abbildung 2.22: Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben? 31

Abbildung 2.23: Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen 32

Abbildung 2.24: Gibt es ein strukturiertes Beschwerdemanagement / Feedbackmanagement? ..33

Abbildung 2.25: Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? 33

Abbildung 2.26: Teilnahme an hausübergreifenden Qualitätsprojekten 35

Abbildung 2.27: Daten, Auswertungen oder Informationen auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden 36

Abbildung 2.28: Ist in den Krankenhäusern das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? 37

Abbildung 2.29: Sind Instrumente des Risikomanagements in Verwendung? 38

Abbildung 2.30: Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen 39

Abbildung 2.31: Art der Durchführung von Risikoanalysen 40

Abbildung 2.32: Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements in Krankenhäusern ... 41

Abbildung 2.33 In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement? 42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1: Instrumente des Risikomanagements 39

Abkürzungsverzeichnis

A-IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BMG	Gesundheitsministerium für Gesundheit
EFQM	European Foundation for Quality Management
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz (Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen
ISO	International Organization for Standardization
JCI	Joint Commission International
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
n	Umfang der Stichprobe
QM	Qualitätsmanagement
QSK	Kommission für Qualitätssicherung
RM	Risikomanagement
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Die österreichische Qualitätsstrategie (GÖG/BIGQ 2010) sieht Qualitätsberichterstattung über alle Sektoren des Gesundheitswesens vor. Ein Element davon ist die regelmäßige Berichterstattung über die Qualitätssysteme in den verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Diese Berichterstattung gibt einen Überblick über die Kapazitätsentwicklung von systematischer Qualitätsarbeit in Österreich und kann damit zum Ausgangspunkt für Steuerungsimpulse des Bundes, der Länder, der Sozialversicherung und der Gesundheitsdienstanbieter werden. Gleichzeitig stellt ein derartiges Berichtswesen auch ein Anreizsystem für die einzelnen Einrichtungen dar, ihre Kapazitäten für Qualitätsarbeit mit anderen zu vergleichen und zu verbessern.

In der KAKuG-Novelle 2011(KAKuG, BGBl. I Nr. 147/2011) wurden die Länder verpflichtet, die Teilnahme aller Krankenanstalten (dazu zählen auch die stationären Rehabilitationseinrichtungen) an der regelmäßigen österreichweiten Qualitätsberichterstattung und zur entsprechenden Datenmeldung landesgesetzlich zu verankern Für das Berichtsjahr 2012 konnten erstmals die Qualitätsstrukturen aller Akutkrankenanstalten und stationären Rehabilitationseinrichtungen in Österreich erhoben werden.

Teilnehmende Krankenhäuser

Der vorliegende Bericht dokumentiert den Entwicklungsstand der Qualitätsstrukturen und -arbeit in Privatkrankenanstalten für das Erhebungsjahr 2012. Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der bundesweiten Erhebung der Qualitätsstrukturen in österreichischen Krankenanstalten über die von der GÖG betriebenen webbasierten Qualitätsplattform www.qualitaetsplattform.at.

An dieser Stelle sei allen beteiligten Personen gedankt, die diesen Bericht durch ihre aktive Teilnahme an der Qualitätsplattform und Dateneingabe ermöglicht haben.

2 Qualitätsstrukturen in Privatkrankenanstalten

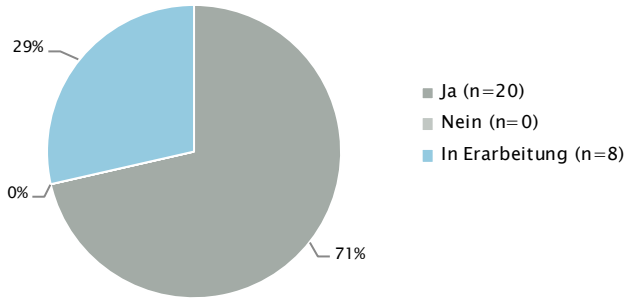
In sechs Abschnitten werden Qualitätsstrukturen und Qualitätsarbeit in Privatkrankenanstalten beschrieben. Die ersten beiden Abschnitte widmen sich der strategischen und strukturellen Verankerung von Qualitätsarbeit in den Spitälern. Allgemeine und spezielle Qualitätsmodelle werden im zweiten und dritten Abschnitt beschrieben. Mit den verschiedenen Instrumenten der Qualitätsarbeit, wie z. B. Prozesse, Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, hausübergreifende Qualitätsprojekte, kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) und dem Thema Patientensicherheit/Risikomanagement – schließen die Abschnitte fünf und sechs das Kapitel.

2.1 Strategische Verankerung der Qualitätsarbeit

2.1.1 Leitbild für das Krankenhaus

Von **28** Krankenhäusern definierten **20** ein Leitbild (71 %). In 8 Häusern wird derzeit ein Leitbild erarbeitet, Kein Haus hat **keines.** Bei dieser Frage wurde explizit nach einem Leitbild für das ganze Krankenhaus gefragt – nicht gemeint waren Leitbilder für einzelne Krankenhausbereiche (z. B. Leitstellen-Leitbild) oder Berufsgruppen (z. B. Pflege-Leitbild).

Abbildung 2.1:
Ist in den Krankenhäusern ein Leitbild definiert? (n = xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Wer sich genauer über Inhalte von Leitbildern einzelner Häuser informieren möchte, kann dies über den Spitalskompass tun, der im Internet unter www.spitalskompass.at kostenlos abrufbar ist.

INHALTSVERZEICHNIS

2.1.2 Qualitätsstrategie

In 16 Krankenhäusern (57 %) ist eine Qualitätsstrategie schriftlich definiert. Davon haben 14 Einrichtungen aus der Strategie konkrete Qualitätsziele abgeleitet. In 13 Einrichtungen werden diese Ziele auch evaluiert. In 14 Häusern wird die Qualitätsstrategie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommuniziert.

2.2 Strukturelle Verankerung der Qualitätsarbeit

2.2.1 Kommission für Qualitätssicherung (QSK)

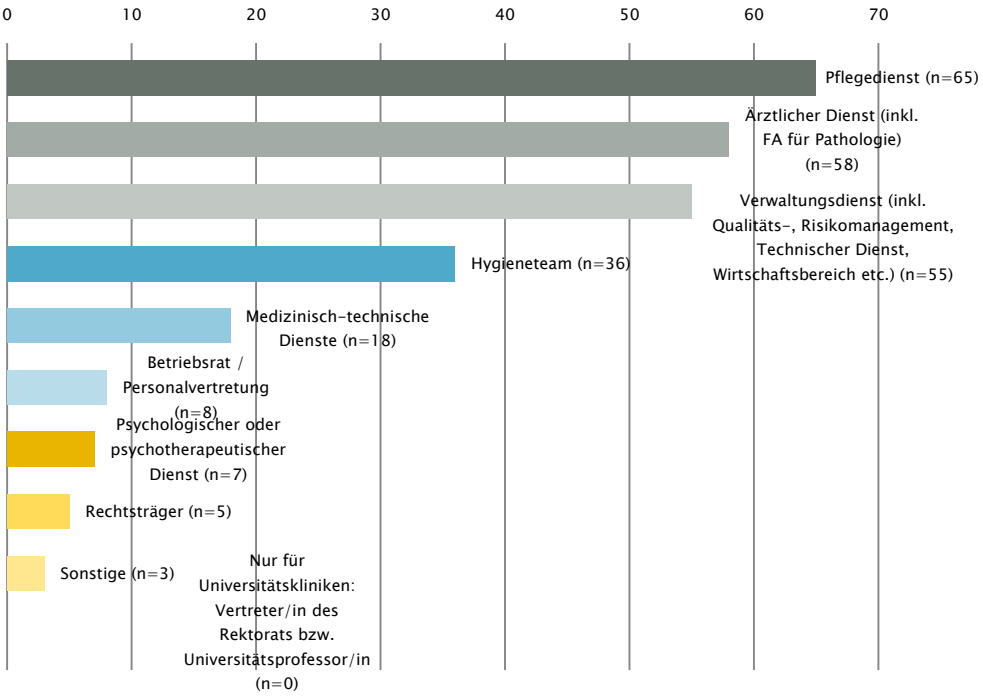
Die Einrichtung einer Kommission für Qualitätssicherung (auch Qualitätssicherungskommission, QSK oder Qualitätsmanagementkommission) ist im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG, § 5b (4)) verankert. Neben den Bundesvorgaben sind in den jeweiligen Landesgesetzen die Vertreterinnen und Vertreter nach Berufsgruppen aufgelistet, die dieser Kommission zumindest angehören müssen. Auch die Aufgaben der QSK sind in den genannten Gesetzen geregelt.

Mitglieder der QSK

Insgesamt wurden von den Spitälern 255 Mitglieder in Qualitätssicherungskommissionen rückgemeldet. Im Durchschnitt besteht eine QSK aus 9,11 Personen.

Die zahlenmäßig am häufigsten vertretene Berufsgruppe in den Qualitätssicherungskommissionen ist der Pflegedienst gefolgt von ärztlichen Dienst. An dritter Stelle liegt die Berufsgruppe des Verwaltungsdienstes.

Abbildung 2.2:
QSK-Vertreterinnen und -Vertreter nach Berufsgruppen (n= xxx, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Geschäftsordnung für die QSK

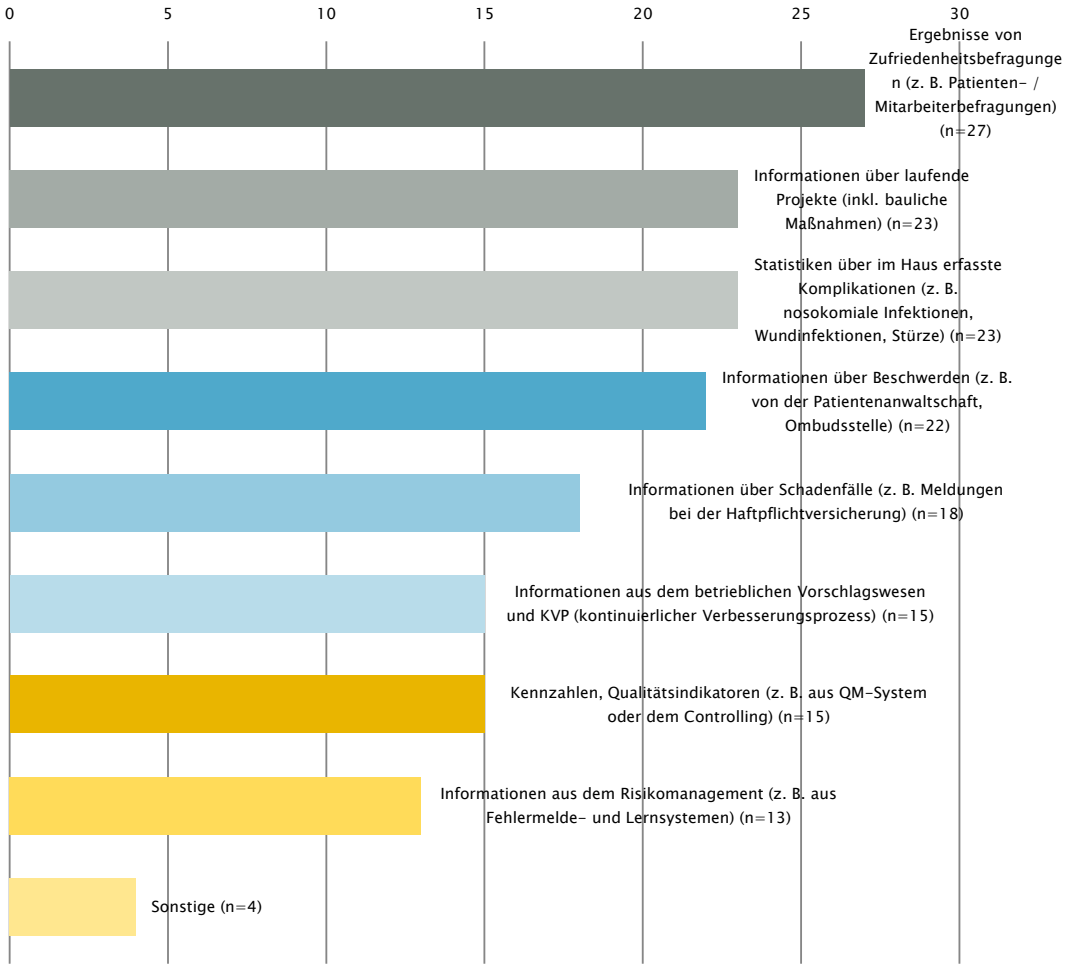
In **13** Krankenhäusern **(46 %)** gibt es für die QSK eine Geschäftsordnung.

Informationsquellen für die QSK

Die Abbildung 2.3 gibt Auskunft über die Informationsquellen für die QSK. Am häufigsten erhält die QSK Informationen aus Ergebnisse von Zufriedenheitsbefragungen (z. B. Patienten- / Mitarbeiterbefragungen). „Sonstige" Informationen wurden von **4** Krankenhäusern als Antwortmöglichkeit gewählt.

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildung 2.3:
Informationen, die die QSK regelmäßig erhält (n=xxx, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

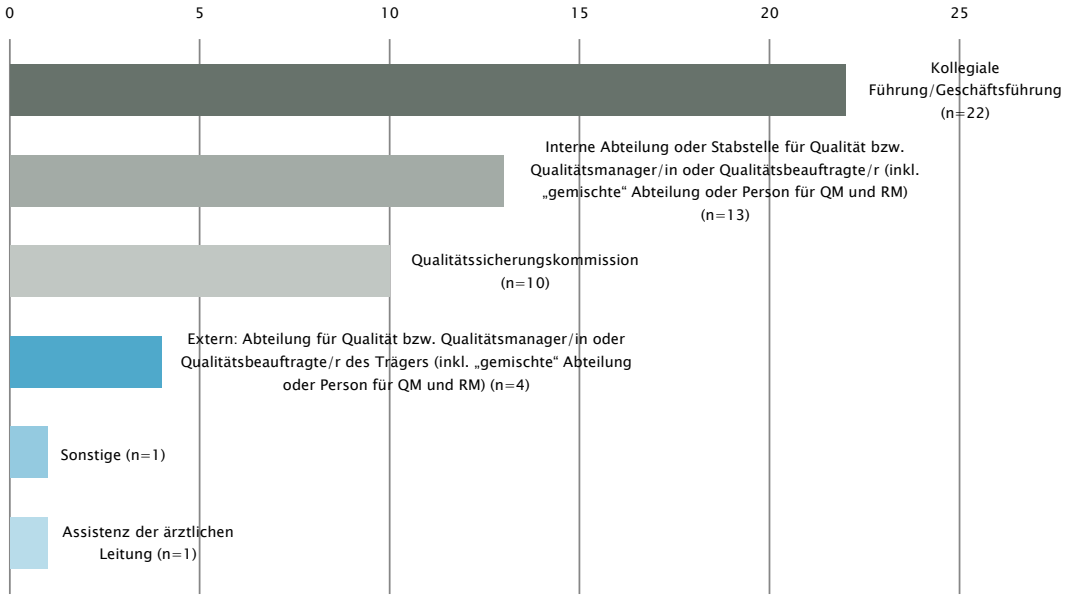
2.2.2 Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit

Die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit gestaltet sich in den Spitälern unterschiedlich. In 18 Häusern wird diese Aufgabe von mehreren Stellen gleichzeitig wahrgenommen, in den anderen 10 Häusern von einer Stelle.

Koordinierende Stellen

In **13** Häusern sind interne Abteilungen bzw. Stabsstellen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte (inkl. „gemischte" Abteilung oder Person für QM und RM) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit zuständig. In **10** Häusern übernimmt diese Aufgabe ausschließlich die Kollegiale Führung/Geschäftsführung, in **keinen** Häusern ausschließlich die QSK. In **4** Häusern sind externe Abteilungen für Qualität oder Qualitätsmanager/innen bzw. Qualitätsbeauftragte des Träger (inkl. „gemischte" Abteilung oder Person für QM und RM) für die Koordination zuständig. In **14** Häusern wird die Aufgabe der einrichtungsweiten Koordination der Qualitätsarbeit von mehreren der oben genannten Stellen übernommen. Zusätzlich sind noch andere Stellen oder Abteilungen in die Koordination eingebunden, so wurden unter der Kategorie „Sonstige" z. Angliederung an eine andere Krankenanstalt genannt.

Abbildung 2.4:
Einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern? (n= xxx, Mehrfachnennungen möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern

14 Häuser **(50 %)** können angeben, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit in ihren Krankenhäusern besetzt sind. In Summe wurden **18,1 VZÄ** rückgemeldet.

Die einrichtungsweite Koordination der Qualitätsarbeit verteilt sich auf insgesamt **92** Personen (Köpfe). Die Angaben reichen von **1** Person/en bis hin zu **15** Personen pro Haus.
14 Häuser **(50%)** können zu den VZÄ keine Angaben machen.

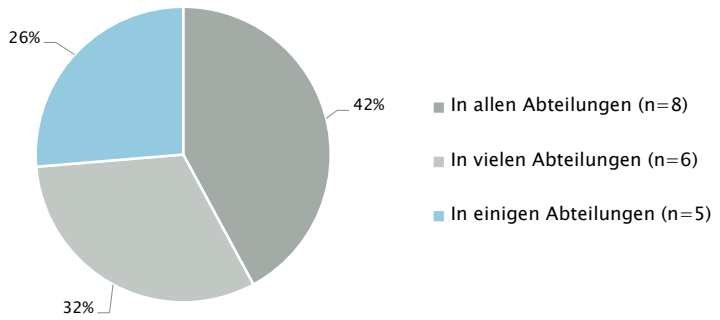
INHALTSVERZEICHNIS

Davon erfolgte in keinen Krankenhäusern die Koordination ausschließlich über „extern“ (d. h. über eine Abteilung für Qualität bzw. Qualitätsmanager/in oder einer/einem Qualitätsbeauftragten des Trägers (inkl. „gemischte“ Abteilung oder Person für QM und RM)) und eine Angabe der VZÄ war daher nicht ermittelbar.

2.2.3 Qualitäts-Ansprechpersonen in Abteilungen

19 Krankenhäuser **(68 %)** geben an, in den Abteilungen Ansprechpersonen für Qualitätsarbeit definiert zu haben. Davon **8** Häuser in allen Abteilungen, **6** Häuser in vielen Abteilungen und **5** Häuser in einigen Abteilungen.

Abbildung 2.5:
In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Qualitätsarbeit? (n=x)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Qualitätsmanagement-Ausbildung

16 Krankenhäuser **(57 %)** geben an, dass es in ihren Häusern Mitarbeiter mit spezieller Qualitätsmanagement-Ausbildung beschäftigt sind.

Eine genaue Angabe der Zahl von Mitarbeiter/innen ist in **16** Krankenhäusern möglich. Insgesamt sind dies **46** Personen. Der Durchschnitt liegt bei **2,9** Personen pro Haus (Ø bezogen auf **16 Krankenhäuser**), der Median liegt bei **2** Personen.

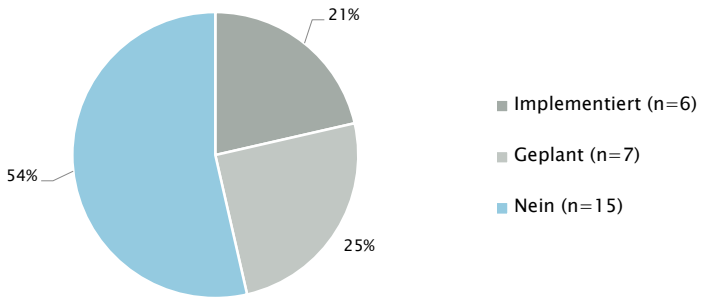
In **4** Krankenhäusern war die genaue Zahl der Mitarbeiter/innen mit einer Qualitätsmanagement-Ausbildung nicht ermittelbar. Die Einrichtungen gaben daher eine Schätzung an. Diese betrug in **2** Häusern **1-5 Personen**, in **2** Häusern **6-10 Personen**, in **keinen** Häusern **11-20 Personen** und in **keinen Häusern** über **20** Personen.

2.3 Allgemeine Qualitätsmodelle

13 Krankenhäuser **(46 %)** hatten im Jahr 2012 ein allgemeines Qualitätsmodell (wie beispielsweise ISO, EFQM oder KTQ) implementiert bzw. geplant. **6** dieser Häuser **(21 % aller Häuser)** hatten (zumindest) ein Qualitätsmodell organisationsweit implementiert, **6** davon mindestens eines der angeführten Modelle ISO, EFQM, KTQ, JCI bzw. träger- oder krankenhauseigenes QM-System (z.B. AUVA QM-System).

Weitere **7** Häuser **(25 %),** die bisher noch kein allgemeines Modell implementiert hatten, planen die Einführung eines solchen, in den meisten Fällen für die **Jahre 2014 bis 2015**. Die verbleibenden **15 Spitaler (54 %)** hatten im Jahr 2012 kein allgemeines Qualitätsmodell implementiert und dies auch nicht geplant.

Abbildung 2.6:
Ist in den Krankenhäusern ein allgemeines Qualitätsmodell implementiert oder geplant? (n=x)

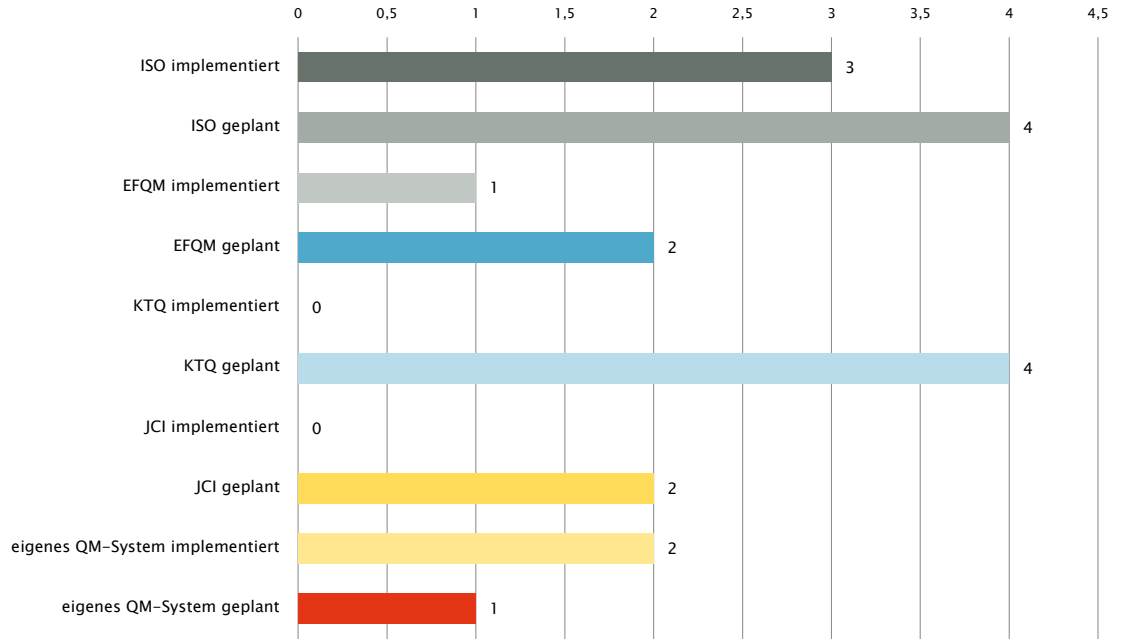


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Abbildung 2.7 zeigt, welche allgemeine Qualitätsmodelle in den Krankenhäusern implementiert bzw. geplant sind. Zudem wird unterschieden, ob dies für die gesamte oder nur für Teile der Einrichtung zutrifft. Zu beachten ist, dass hier Mehrfachnennungen möglich sind.

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildung 2.7:
Allgemeine Qualitätsmodelle (Implementierungsstand und Reichweite) (n=xxx, Mehrfachnennungen möglich



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.3.1 International Organization for Standardization (ISO)

ISO – implementiert

Im Erhebungsjahr hatten **3** Spitäler das Qualitätsmodell ISO implementiert, in **1** Krankenhaus organisationsweit, in **2** Häusern in Teilen der Organisation.

Folgende Abteilungen wurden u. a. häufig genannt: **Geburtshilfe**

ISO – in Planung

In **4** Krankenhäusern waren im Jahr **2012** eine ISO-Einführung bzw. -Ausweitung in Planung: In 4 Häusern für die gesamte Organisation, in keine Haus für Teile der Organisation. Folgende Abteilungen wurden hier u. a. genannt: **Geburtshilfe**

Die voraussichtliche Einführung ist meist für das Jahr **2014** vorgesehen.

2.3.2 European Foundation for Quality Management (EFQM)

EFQM – implementiert

Im Jahr **2012** hatten **1** Krankenhäuser das Qualitätsmodell EFQM implementiert, davon **1 Haus** für die gesamte Einrichtung und **kein Haus** für Teile der Organisation.

Folgende Abteilungen wurden u. a. häufig genannt: **keine**

EFQM – in Planung

Die Einführung von EFQM ist in **2** Häusern geplant, **2** Einrichtungen für die gesamte Organisation, in keinen Häusern für Teile davon. Als Zeithorizont für die Implementierung werden die Jahre **2014** bis **2015** angegeben.

2.3.3 Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ)

KTQ – implementiert

Im Jahr 2012 hatten **keine** Krankenhäuser KTQ organisationsweit implementiert, davon 0 Häuser für die gesamte Einrichtung und keine Häuser für Teile der Organisation.

Folgende Abteilungen wurden u. a. häufig genannt: **keine**

KTQ – in Planung

Die Einführung von KTQ ist in **4** Häusern geplant, in **4** Einrichtungen für die gesamte Organisation, in keinen Häusern für Teile davon. Die Häuser planen die Einführung für die Jahre **2014** bis **2015.**

2.3.4 Joint Commission International (JCI)

JCI – implementiert

Im Jahr 2012 hatten **keine** Krankenhäuser das Qualitätsmodell JCI implementiert, davon **kein Haus** für die gesamte Einrichtung und keine Häuser für Teile der Organisation.

Folgende Abteilungen wurden u. a. häufig genannt: **keine**

JCI – in Planung

Die Einführung von **JC**I ist in **2** Häusern geplant, in **2** Einrichtungen für die gesamte Organisation, in keinen Häusern für Teile davon. Die Häuser planen die Einführung für die Jahre 2014 bis 2015.

2.3.5 Träger- oder krankenhauseigenes QM-System

Träger- oder krankenhauseigenes QM-System – implementiert

Im Jahr 2012 hatte kein Krankenhaus ein träger- oder krankenhauseigenes QM-System implementiert, davon kein Haus für die gesamte Einrichtung und kein Häuser für Teile der Organisation.

Folgende Abteilungen wurden u. a. häufig genannt: keine

Träger- oder krankenhauseigenes QM-System – in Planung

Die Einführung eines träger- oder krankenhauseigenen QM-Systems ist in **1** Haus geplant, in **1** Einrichtung für die gesamte Organisation, in keinem Haus für Teile davon. Die Häuser planen die Einführung für das Jahr 2014.

2.4 Spezielle Qualitätsmodelle

Spezielle Qualitätsmodelle – implementiert

9 Häuser gaben an, mindestens ein „spezielles Qualitätsmodell" implementiert zu haben.

Das **Modell DocCert mit Eusoma-Kriterien** wurde von **1** Haus implementiert, **Best Health Austria** von **5** Häusern, EMAS (Eco-Management and Audit Scheme) von keinen Haus, **GMP** (Good Manufacturing Practice) von **1** Haus und das Modell OnkoZert von keinen Haus.

Sonstige spezielle Qualitätsmodelle

3 Krankenhäuser gaben an, ein „sonstiges spezielles Qualitätsmodell" implementiert zu haben. Genannt wurden Riskmanagement für **Station und OP-Bereich, DocCert Brustgesundheitszentrum und Scientific Board Validierung.**

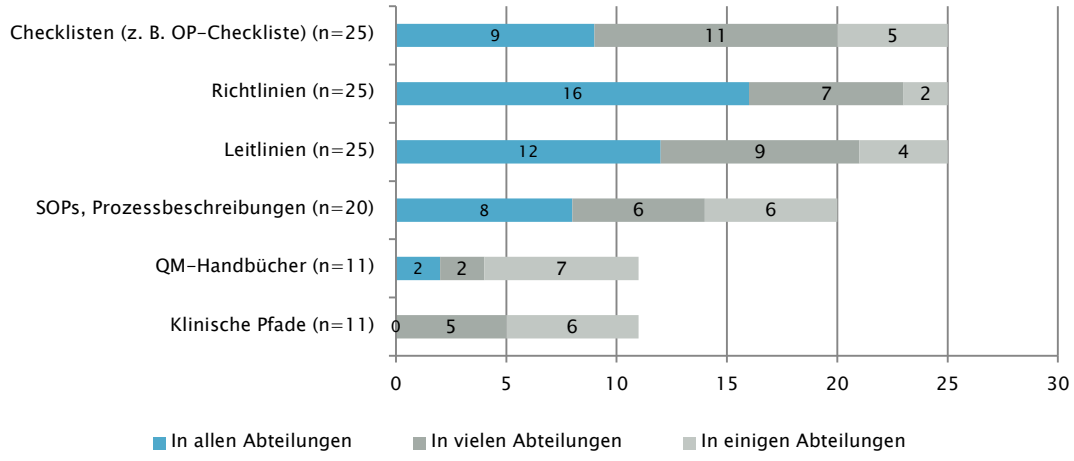
2.5 Instrumente der Qualitätsarbeit

2.5.1 Prozesse

Richtlinien, Leitlinien und klinische Pfade sind Standards, die idealtypische Abläufe und Verfahrensweisen beschreiben. Am häufigsten sind in den Krankenhäusern Leitlinien und Richtlinien in Verwendung. **25** Häuser **(89%)** geben an, diese beiden Instrumente im Einsatz zu haben. **Klinische Pfade** sind in **11** Häusern in Verwendung **(39%)**, SOPs, Prozessbeschreibungen in **20** Häusern, **Checklisten** in **25** Häusern, **QM-Handbücher in 11 Häusern** und **interne/externe Audits in 11 Häuser**n.

Leitlinien kommen mehrheitlich in allen Abteilungen zum Einsatz, klinische Pfade mehrheitlich in einigen, Richtlinien mehrheitlich in allen, SOPs/ Prozessbeschreibungen mehrheitlich in allen, Checklisten mehrheitlich in einigen und QM-Handbücher mehrheitlich in einigen.

Abbildung 2.8:
Häufigkeit der Anwendung und Reichweite von Richtlinien, Leitlinien und klinischen Pfaden (n= xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

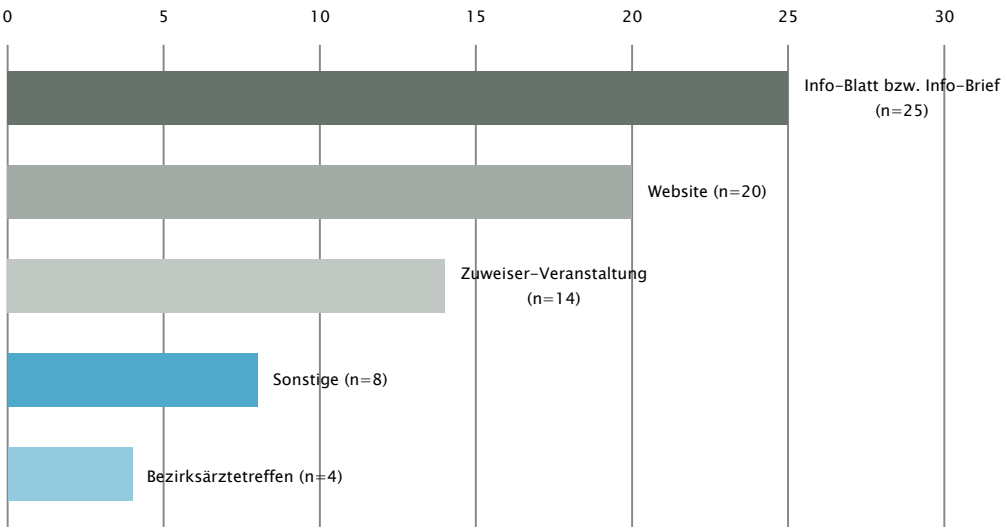
Neben den oben genannten Standards kommen in den Krankenhäusern noch weitere Instrumente zum Einsatz. Von **3** Häusern wurden hierzu Eingaben gemacht. Genannt wurden beispielsweise Durchführung von Visiten, (Pflege, Hygiene,...), wirtschaftliche Kennzahlen statistische Auswertungen und qualitative Befragungen (Patienten, Mitarbeiter, Zuweiser.

INHALTSVERZEICHNIS

2.5.2 Information über Aufnahmemodalitäten

28 (**100%**) Krankenhäuser informieren ihre Zuweiser über die Aufnahmemodalitäten in ihren Häusern. 20 Krankenhäuser tun dies über die Webseite, **25** Häuser mittels Info-Blatt bzw. Info-Brief, **14** Häuser über eigene Zuweiser-Veranstaltungen und **4** Häuser im Rahmen von Bezirksärztetreffen. „Sonstige" Möglichkeiten zur Informationsweitergabe nutzen **8** Krankenhäuser. Folgende wurden genannt: Newsletter, Ärzte-Jour Fix 1x monatlich und persönliche Gespräche.

Abbildung 2.9:
Wie werden die Zuweiser über Aufnahmemodalitäten informiert? (n= xxx, Mehrfachantworten möglich)

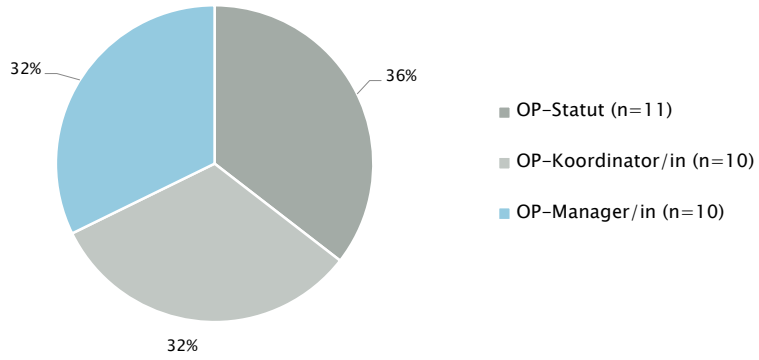


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.5.3 Strukturiertes OP-Management

Ein strukturiertes OP-Management findet in **17** Krankenhäusern (61% Prozent) Verwendung. Davon haben **11** Krankenhäuser ein eigenes **OP-Statut**, **10** Häuser eine/n **OP-Koordinator/in** und **10** Häuser eine/n **OP-Manager/in**. Die Einführung eines strukturierten OP-Managements haben **5** Krankenhäuser geplant.

Abbildung 2.10:
Umsetzung des OP-Managements (n=xxx, Mehrfachantworten möglich)

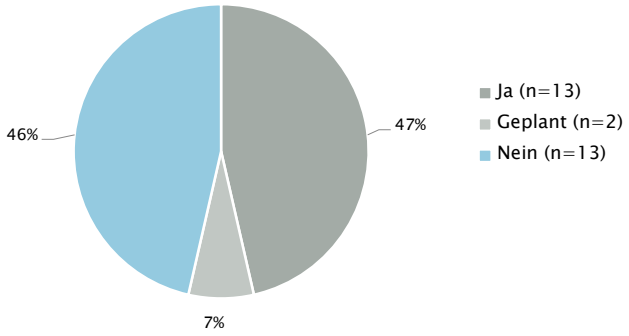


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.5.4 Indirektes Entlassungsmanagement / Übergangspflege

Ein indirektes Entlassungsmanagement bzw. eine Übergangspflege ist in **13** Krankenhäusern implementiert. Eine Einführung ist in **2** Häusern geplant.

Abbildung 2.11:
Ist ein indirektes Entlassungsmanagement / eine Übergangspflege implementiert? (n = xxx)



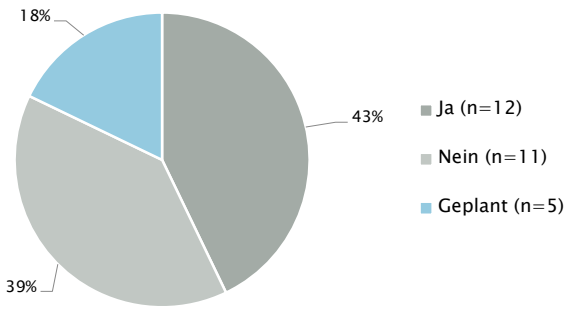
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

INHALTSVERZEICHNIS

2.5.5 Berichte über die Qualitätsarbeit

12 Krankenhäuser **(43 %)** erstellen regelmäßig einen Bericht über ihre Qualitätsarbeit oder liefern einen Beitrag für einen Sammelbericht (z. B. trägerweiten Bericht). Bei **5** weiteren Häusern ist dies in Planung.

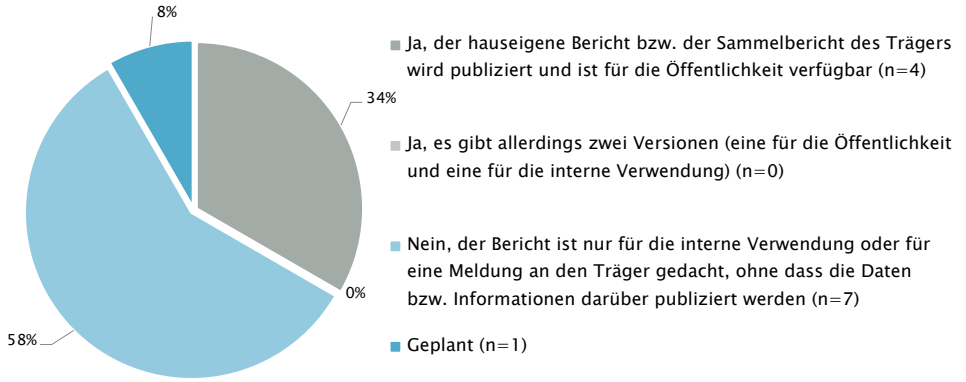
Abbildung 2.12:
Erstellen die Krankenhäuser regelmäßig einen Bericht über die Qualitätsarbeit?
(n = xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

4 der Häuser **(33 %)** publizieren ihre **hauseigenen Berichte bzw. den Sammelbericht des Trägers/Fonds/Landes** und ist für die Öffentlichkeit verfügbar. Keines der Häuser (0 %) veröffentlichen den Bericht in zwei unterschiedlichen Versionen (einen für die Öffentlichkeit, einen für die interne Verwendung). **7 Krankenhäuser (58 %)** veröffentlichen den Qualitätsbericht nicht, ist somit nur für die interne Verwendung bzw. für eine Meldung an den/das Träger/Fonds/Land gedacht.

Abbildung 2.13:
Werden die Qualitätsberichte veröffentlicht? (n =xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Fast alle Qualitätsberichte werden jährlich erstellt (**in 75 % der Fälle**), in **3** Häusern erfolgt dies in längeren Abständen.

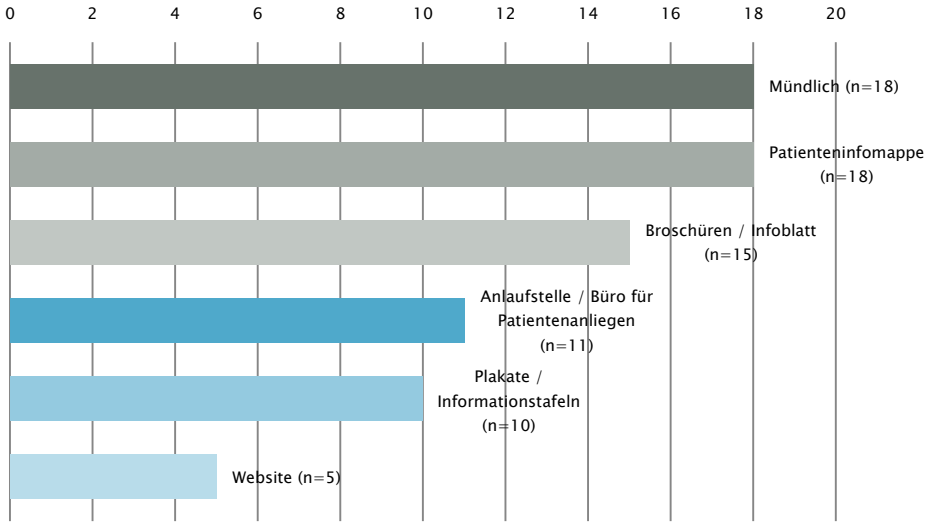
2.5.6 Patientenorientierung

2.5.6.1 Patientenrechte

Die Krankenhäuser informieren ihre Patientinnen und Patienten über Patientenrechte mittels mündlich, Broschüren/Infoblatt, Plakate, Informationstafeln, Patienteninfomappe, Website, und Anlaufstelle Büro für Patientenanliegen.

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildung 2.14:
Wie werden die Patientinnen und Patienten auf ihre Rechte aufmerksam gemacht?
(n= xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/innen zum Thema „Patientenrechte“ finden in **6** der Krankenhäuser statt **(21 %).**

2.5.6.2 Patientenbefragungen

Patientenbefragungen werden in **26** Krankenhäusern durchgeführt.

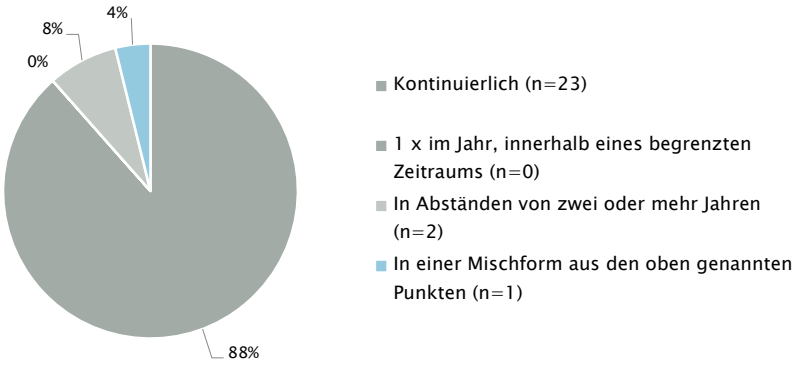
3 Krankenhäuser nehmen an der Patientenzufriedenheitsbefragung der GÖG teil.

Die Ergebnisse der Befragung werden weitergeleitet an: Qualitätssicherungskommission und kollegiale Führung/Geschäftsführung.

26 Krankenhäuser führen andere Patientenbefragungen durch. In **88** Prozent der Häuser in allen Abteilungen mit Patientenkontakt, in **12** Prozent nur in einigen Abteilungen mit Patientenkontakt.

88 Prozent führen die Befragungen kontinuierlich durch, keiner befragt einmal pro Jahr, und innerhalb eines begrenzten Zeitraums **8** Prozent in Abständen von zwei oder mehr Jahren und **1** Haus in der Mischform aus den genannten Möglichkeiten.

Abbildung 2.15:
In welchen Intervallen erfolgen die Patientenbefragungen? (n=xxx)

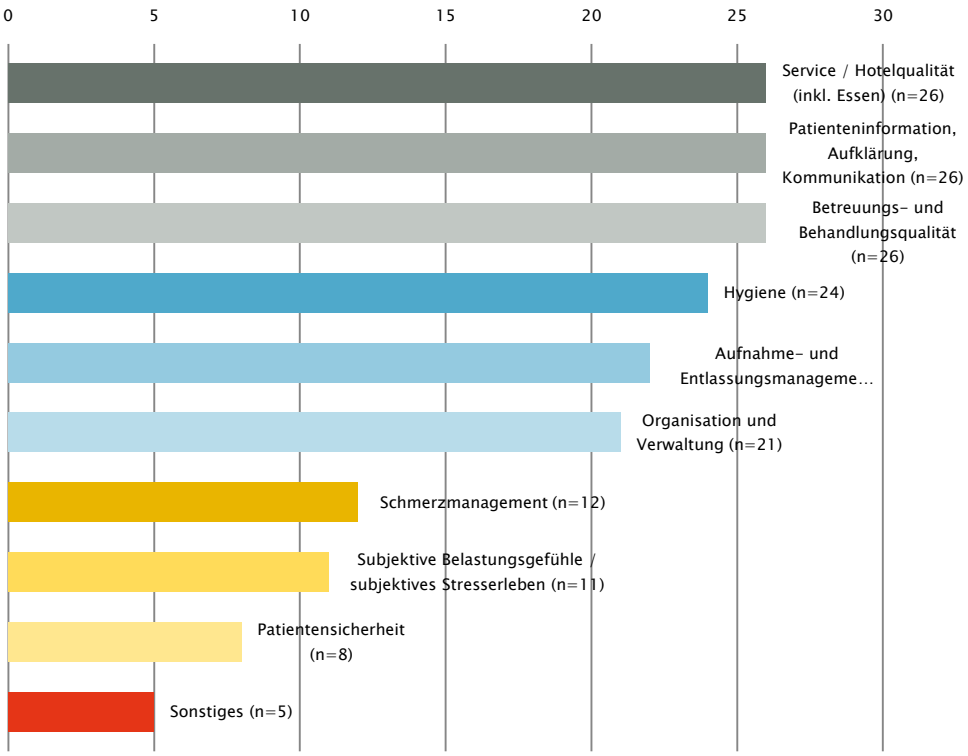


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Am häufigsten werden Patientinnen und Patienten zu den Themen Service / Hotelqualität (inkl. Essen), Patienteninformation, Aufklärung, Kommunikation, Betreuungs- und Behandlungsqualität, Hygiene, Aufnahme- und Entlassungsmanagement und Organisation und Verwaltung befragt.

INHALTSVERZEICHNIS

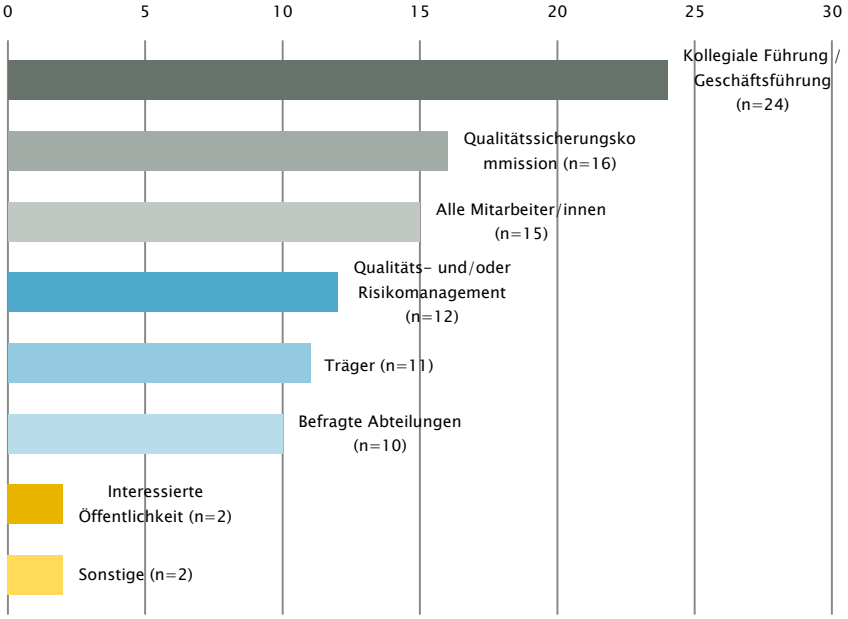
Abbildung 2.16:
Themengebiete von Patientenbefragungen (n= xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Patientenbefragungen ergehen am häufigsten an kollegiale Führung/Geschäftsführung. Weiters werden die Ergebnisse auch an Qualitätssicherungskommission, alle Mitarbeiter/innen, Qualitäts- und/oder Risikomanagement, Träger und befragte Abteilungen rückgemeldet.

Abbildung 2.17:
Ergebnisse der Patientenbefragungen ergehen an folgende Stellen:
(n=xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.5.7 Mitarbeiterorientierung

2.5.7.1 Mitarbeiterbefragung

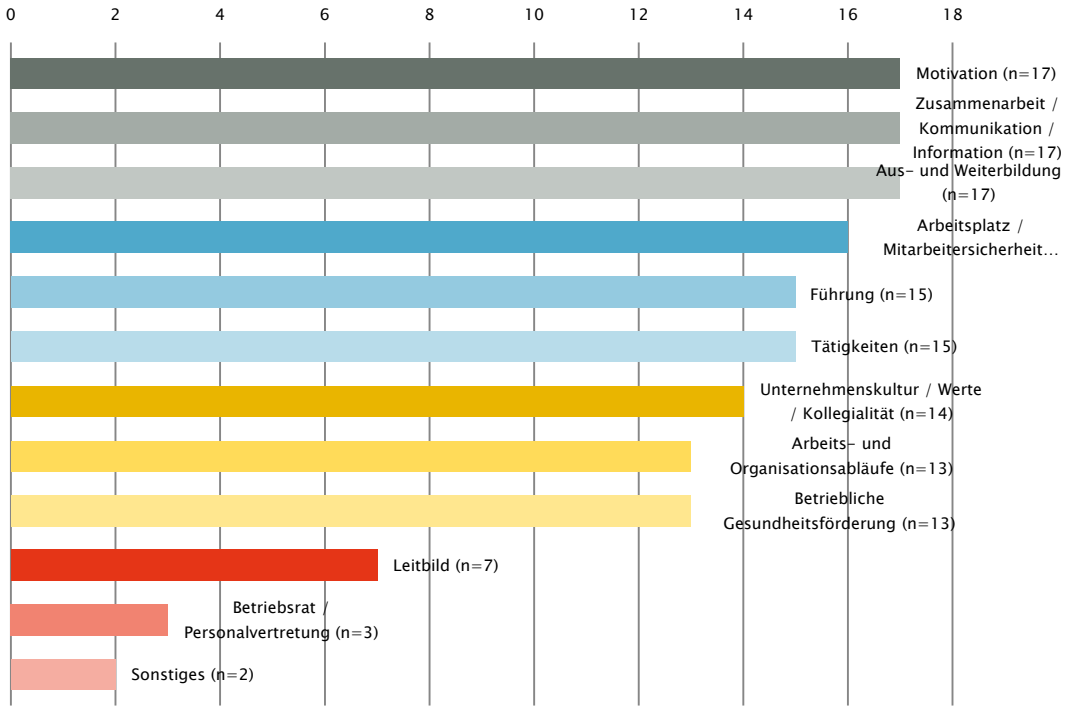
19 Krankenhäuser **(68 %)** führen Mitarbeiterbefragungen durch. In **89** Prozent der Fälle werden alle Mitarbeiter/innen befragt, in **11** Prozent Mitarbeiter/innen in einigen ausgewählten Bereichen.

In **6** Krankenhäusern **(32 %)** werden die Mitarbeiterbefragungen jährlich durchgeführt, in den anderen Häusern erfolgen diese in längeren Abständen oder unregelmäßig.

Am häufigsten werden die Mitarbeiter/innen zu den Themen Motivation, Aus- und Weiterbildung, Zusammenarbeit / Kommunikation / Information, Arbeitsplatz / Mitarbeitersicherheit, Führung, Tätigkeiten, Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeits- und Organisationsabläufe befragt.

INHALTSVERZEICHNIS

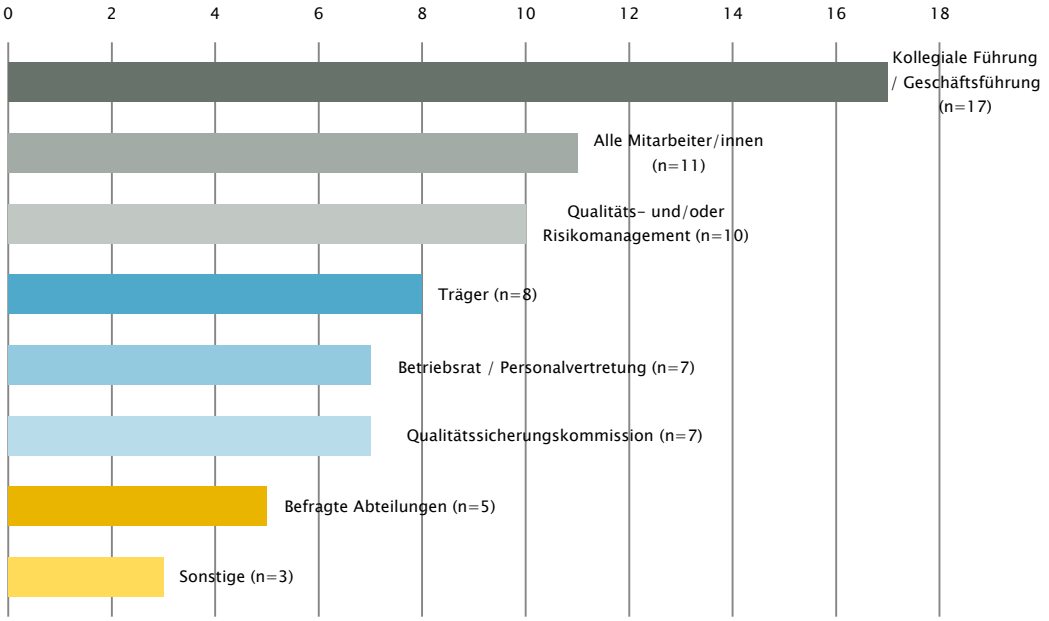
Abbildung 2.18:
Themengebiete von Mitarbeiterbefragungen (n=xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Ergebnisse aus den Mitarbeiterbefragungen ergehen am häufigsten an Kollegiale Führung / Geschäftsführung. Weiters werden die Ergebnisse auch an alle Mitarbeiter, Qualitäts- oder Risikomanagement, Träger, Qualitätssicherungskommission und Betriebsrat/Personalvertretung rückgemeldet.

Abbildung 2.19:
Ergebnisse der Mitarbeiterbefragungen ergehen an folgende Stellen
(n=xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.5.7.2 Strukturierte Mitarbeitergespräche

In **25** Krankenhäusern **(89 %)** werden strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt. In **14** dieser Häuser (**56 %)** werden mit allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, ansonsten nur in einigen Bereichen strukturierte Mitarbeitergespräche durchgeführt. Die Gespräche erfolgen bei **60 Prozent** der Häuser einmal im Jahr, bei den restlichen **40 Prozent** in längeren Abständen bzw. unregelmäßig.

2.5.7.3 Strukturierte Erfassung der Fort- und Weiterbildung

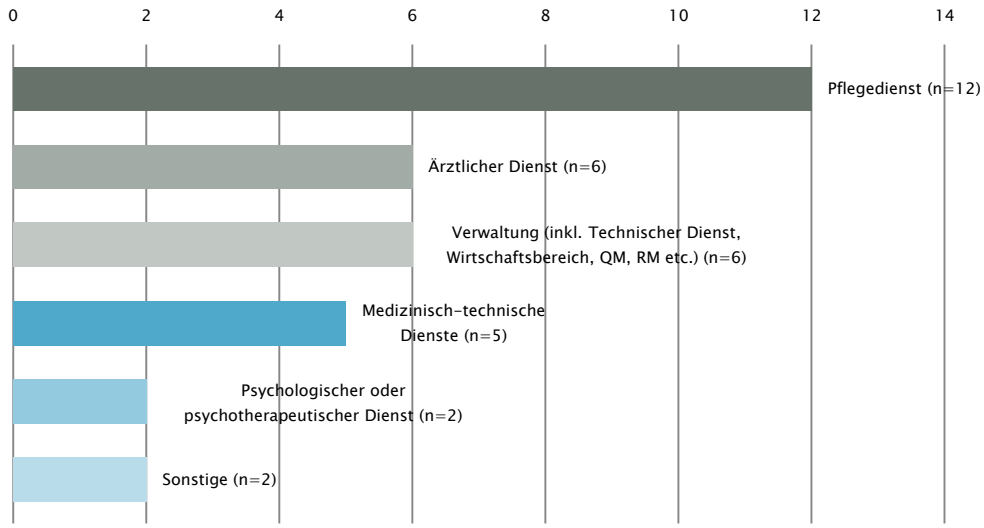
In 24 Krankenhäusern (85 %) werden die Fort- und Weiterbildungen der Mitarbeiter/innen strukturiert erfasst.

12 Krankenhäuser erfassen diese für **alle Mitarbeiter/innen**, **12** Krankenhäuser für **einzelne Mitarbeitergruppen**. Dabei werden am häufigsten die Fort- und Weiterbildungen von Pflegedienst, erfasst, dahinter liegen jene der Mitarbeiter/innen des Ärztlichen Diensts,

INHALTSVERZEICHNIS

Verwaltung (inkl. Technischer Dienst, Wirtschaftsbereich, QM, RM etc.), medizinisch-technische Dienste, Psychologischer oder psychotherapeutischer Dienst und sonstige.

Abbildung 2.20:
Für welche Mitarbeitergruppen werden die Fort- und Weiterbildungen strukturiert erfasst? (n= xxx, Mehrfachantworten möglich)



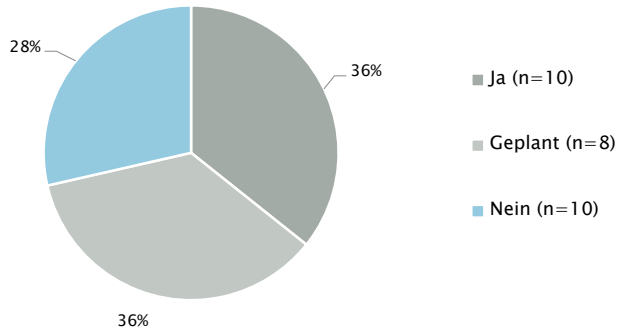
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

16 von **28** Krankenhäusern haben eine zentrale Koordination der Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen (z.B. Fortbildungsbeauftragte/r im Krankenhaus oder des Trägers). **8** haben dies für **alle** und **8** für **einzelne Mitarbeitergruppen implementiert**. Die Berufsgruppen Pflegedienst und ärztlicher Dienst sind die am häufigsten genannten Mitarbeitergruppen.

2.5.7.4 Betriebliche Gesundheitsförderung / Betriebliches Gesundheitsmanagement

In **10** Krankenhäusern ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement bereits etabliert, in **8** Häusern ist ein solches geplant.

Abbildung 2.21:
Ist ein Konzept zur betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. zum betrieblichen Gesundheitsmanagement etabliert? (n =xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Folgende verhaltensbezogene Maßnahmen werden von den Häusern gesetzt: Angebote Gymnastik Aerobic, Raucherentwöhnung, Körperbewusstsein, Bewegung, Körperbewusstsein Abnehmen, Kinästhetik, Coaching, Kommunikationsseminare, Coaching, Stressmanagement, Konfliktseminare, Fit4Work, Stressabbau, Konfliktlösungen, Interdisziplinäre Kommunikation, Bewegung, Rückenschule, und folgende verhältnisbezogene Maßnahmen: Arbeitsmedizinische Untersuchung Company Triathlon Wandertag, freie Getränke und Obst, durchgängige Kinästhetik Schulungen, regelmäßige Mitarbeiterabende zum Einbringen von Fragen, Ideen und Anregungen, Mitarbeiterfreundlicher Führungsstil, Pausen, Anpassung der Arbeitsplätze auf ergonomische Notwendigkeiten (laufende Begehungen, Arbeitsmediziner) kontinuierliche Schulungen von Führungskräften. Folgende verhaltensbezogene Maßnahmen werden von den Häusern geplant: Stressbewältigung, Coaching und folgende verhältnisbezogene Maßnahmen: Mitarbeiterfreundlicher Führungsstil und Führungskräfteschulungen, Evaluierung psychischer Arbeitsplatzbelastungen.

2.5.8 Umgang mit Vorschlägen und Beschwerden

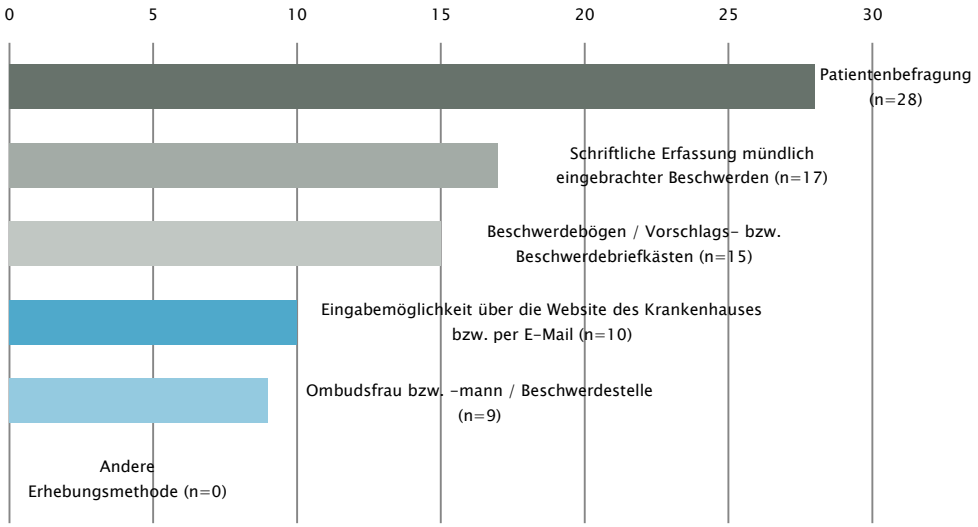
2.5.8.1 Erheben von Patientenbeschwerden und -vorschlägen

Alle Krankenhäuser bieten ihren Patientinnen und Patienten die Möglichkeit an Vorschläge und Beschwerden zu deponieren. Am häufigsten kommen Patientenbefragungen, Schriftliche Erfassung mündlich eingebrachter Beschwerden, Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen, Eingabemöglichkeit über die Website des Krankenhauses bzw. per E-

INHALTSVERZEICHNIS

Mail und Ombudsfrau bzw. -mann / Beschwerdestelle zum Einsatz. Andere Erhebungsmethoden verwenden keine Häuser.

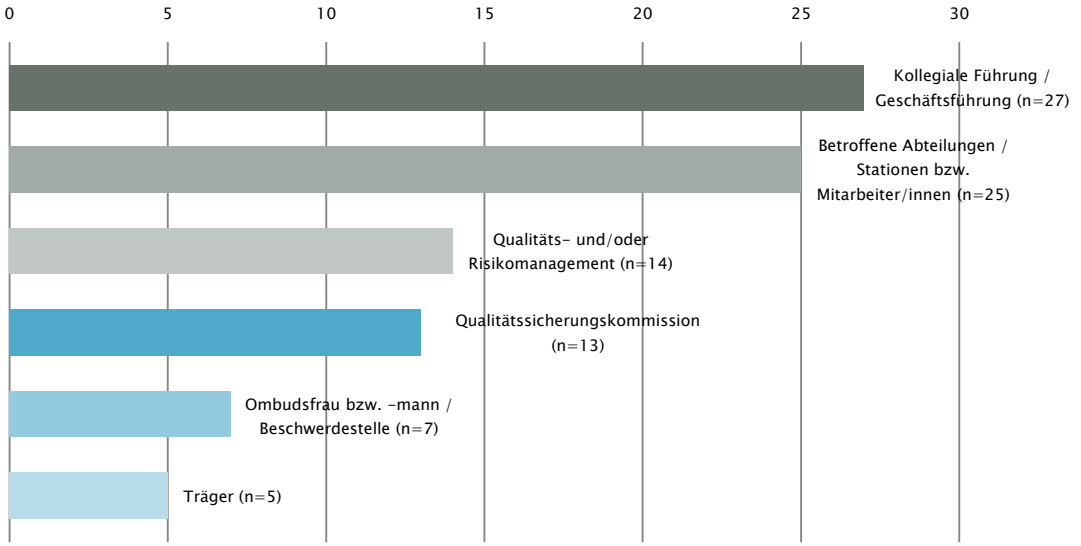
Abbildung 2.22:
Wie werden Vorschläge und Beschwerden der Patientinnen und Patienten erhoben?
(n= xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Informationen über die erhobenen Vorschläge und Beschwerden ergehen in den Krankenhäusern an. Kollegiale Führung / Geschäftsführung, Betroffene Abteilungen / Stationen bzw. Mitarbeiter/innen, Qualitäts- und/oder Risikomanagement, Qualitätssicherungskommission, Ombudsfrau bzw. -mann / Beschwerdestelle und Träger.

Abbildung 2.23:
Informationen zu Vorschlägen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten ergehen an folgende Stellen (n= xxx, Mehrfachantworten möglich)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In **22** Häusern erhalten Patientinnen und Patienten eine individuelle Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden (mit Ausnahme von anonymen Meldungen). Am häufigsten erhalten Patientinnen und Patienten individuelle Rückmeldungen auf sonstigen schriftlich eingebrachten Vorschlägen und Beschwerden, Vorschlägen und Beschwerden, die über die Website bzw. per E-Mail eingereicht werden und Beschwerdebögen / Vorschlags- bzw. Beschwerdebriefkästen.

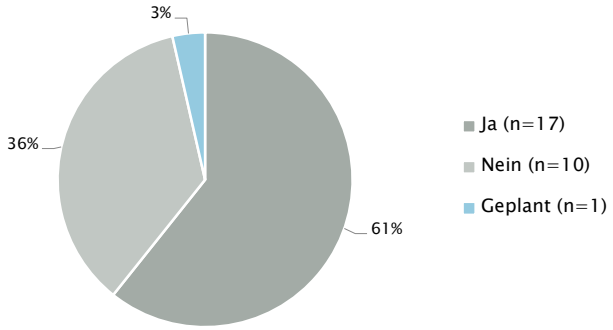
1 Haus plant die Einführung einer individuellen Rückmeldung zu schriftlich eingebrachten Vorschlägen bzw. Beschwerden.

2.5.8.2 Strukturiertes Beschwerdemanagement

17 Krankenhäuser **(61%)** haben ein strukturiertes Beschwerdemanagement / Feedbackmanagement, d. h. ein systematisches Vorgehen zur Bearbeitung von Beschwerden, implementiert. 1 Haus plant eine Einführung.

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildung 2.24:
Gibt es ein strukturiertes Beschwerdemanagement / Feedbackmanagement? (n= xxx)

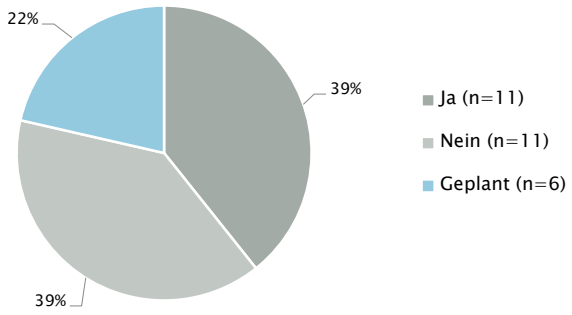


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.5.8.3 Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement

11 Krankenhäuser **(39 %)** geben an, ein betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen eingerichtet zu haben, in **6** Häusern ist es in Planung.

Abbildung 2.25:
Gibt es ein betriebliches Vorschlagswesen/Ideenmanagement für Mitarbeiter/innen? (n= xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.5.9 Hausübergreifende Qualitätsprojekte

Qualitätssicherung findet in den Krankenhäusern meist nicht nur hausintern statt – **13** Krankenhäuser **(46 %)** nehmen an hausübergreifenden Qualitätsprojekten teil.

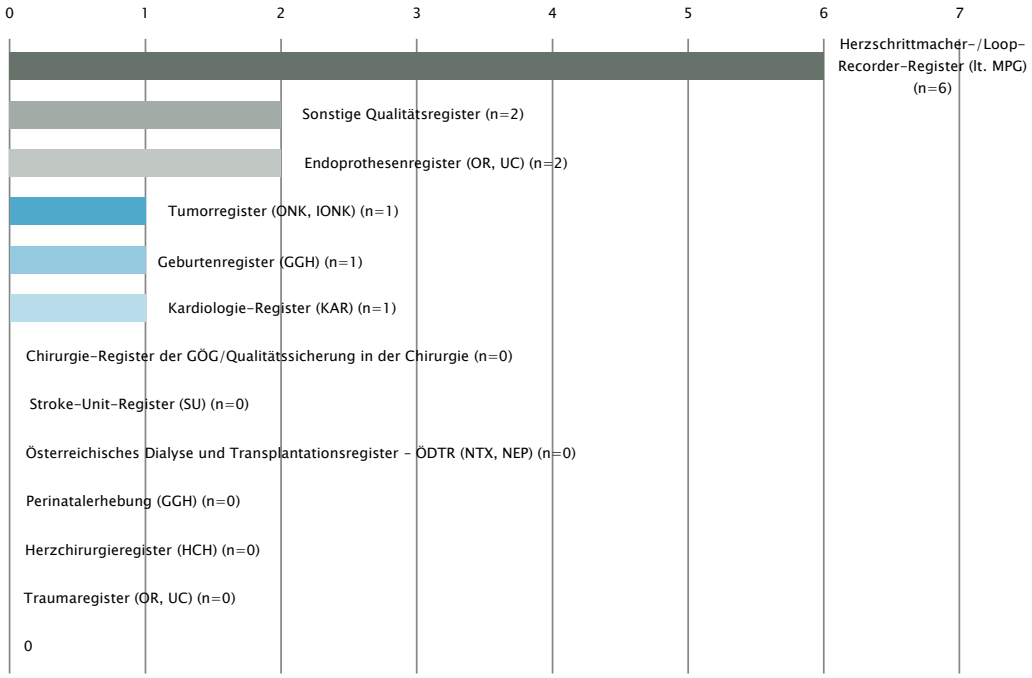
4 Krankenhäuser nehmen an Qualitätsregistern des österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2010 teil. Am häufigsten angegeben wird die Teilnahme an Geburtenregister, Endoprothesenregister (OR, UC) und Tumorregister (ONK, IONK) genannt.

2 Krankenhäuser **(15 %)** nehmen an weiteren Qualitätsregistern teil. Am häufigsten erfolgt die Teilnahme an Register Herzschrittmacher-/Loop-Recorder-Register (lt. MPG), und sonstige Qualitätsregister. Unter der Kategorie „sonstige Qualitätsregister" werden folgende genannt: Blutprodukte, Tumorregister, Endoprothetik, Mammaimplantatregister.

9 Krankenhäuser **(27 %)** nehmen an weiteren Qualitätsprojekten teil. Am häufigsten werden genannt: Projekte zu Kennzahlensystemen und Benchmarking KISS (Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System), Ringversuche (Labor), A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators, Qualitätssicherung mit Routinedaten) und Projekte zu Patientensicherheit und Risikomanagement

1 Krankenhaus nimmt an den Wettbewerben / Ausschreibungen zu Qualitätspreisen teil.

Abbildung 2.26:
Teilnahme an hausübergreifenden Qualitätsprojekten (n= xxx, Mehrfachnennungen möglich)

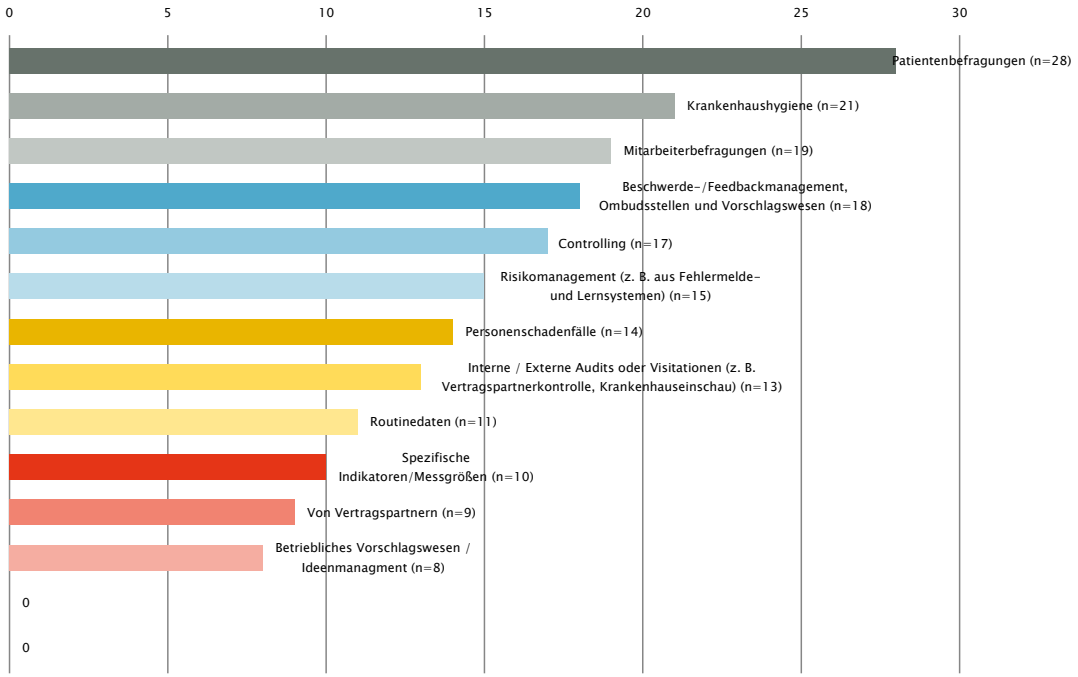


Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.5.10 Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP)

In **allen** Krankenhäusern werden kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert, die auf unterschiedlichen Daten, Auswertungen oder Informationen basieren. Am häufigsten werden hierfür Daten aus Patientenbefragungen, Krankenhaushygiene, Controlling, Mitarbeiterbefragungen, Beschwerde-/Feedbackmanagement, Ombudsstellen und Vorschlagswesen, Risikomanagement (z. B. aus Fehlermelde- und Lernsystemen), Personenschadenfälle, Interne / Externe Audits oder Visitationen (z. B. Vertragspartnerkontrolle, Krankenhauseinschau), Spezifische Indikatoren/Messgrößen und Betriebliches Vorschlagswesen / Ideenmanagment verwendet.

Abbildung 2.27:
Daten, Auswertungen oder Informationen auf deren Basis kontinuierliche Verbesserungsprozesse initiiert werden (n=xxx, Mehrfachantworten möglich)



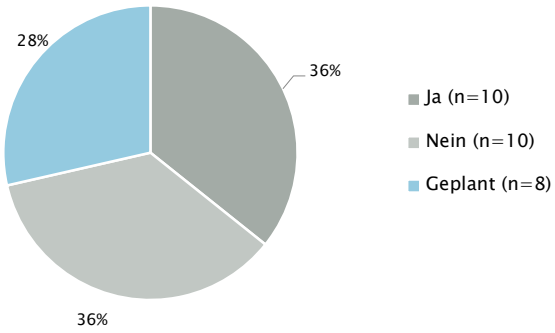
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Kategorie „Sonstige“ wurde von keinem Haus gewählt.

In 10 der Krankenhäuser ist das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses verankert, weitere 29 Prozent planen die Implementierung eines solchen.

INHALTSVERZEICHNIS

Abbildung 2.28:
Ist in den Krankenhäusern das Modell/Konzept eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) verankert? (n= xxx)



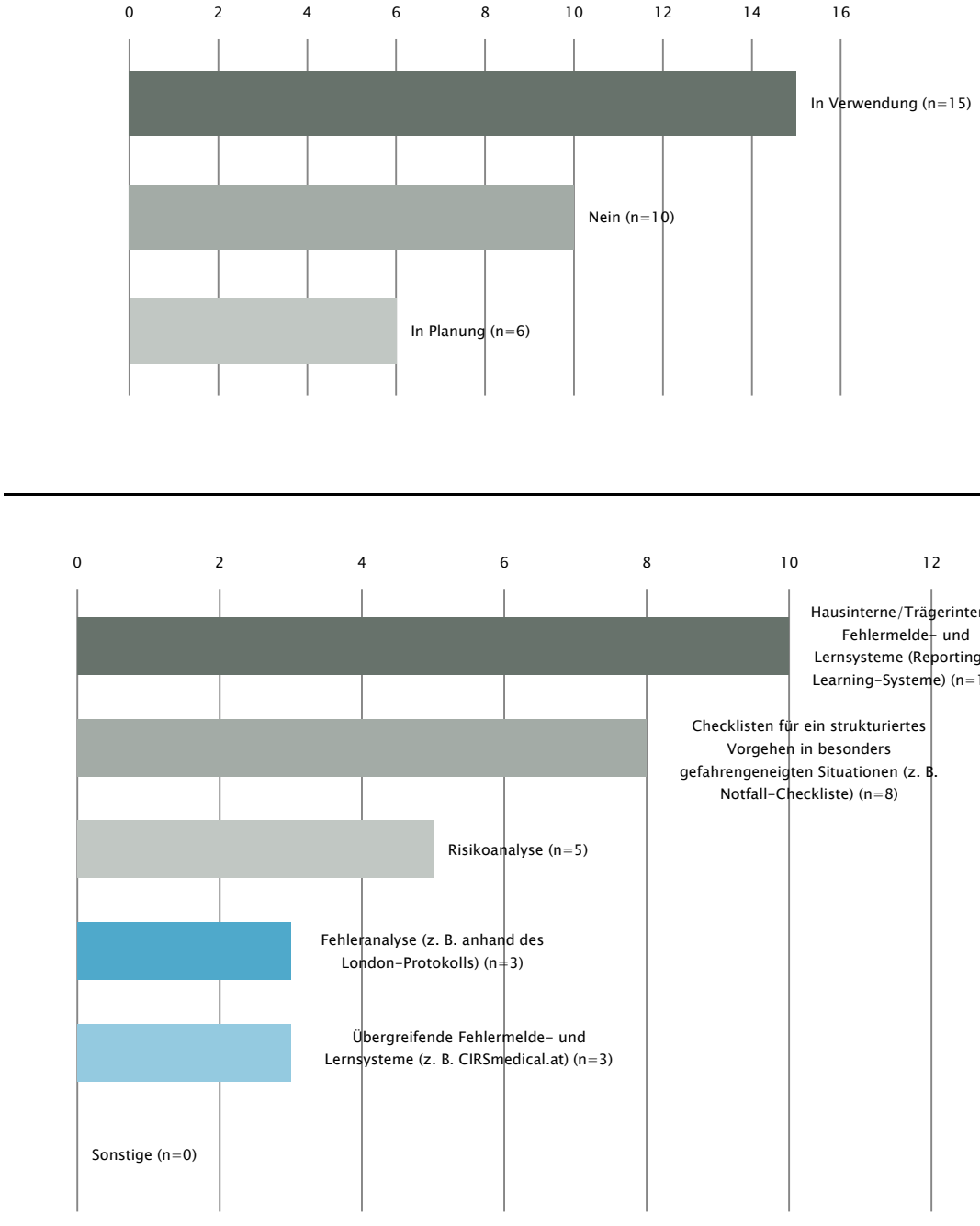
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.6 Patientensicherheit und Risikomanagement

2.6.1 Instrumente des Risikomanagements

Im Erhebungsjahr war in **15** Krankenhäusern **(64 %)** zumindest ein Instrument des Risikomanagements in Verwendung und in **6** Häusern **(21%)** war deren Einsatz in Planung.

Abbildung 2.29:
Sind Instrumente des Risikomanagements in Verwendung? (n= xxx)
Wenn ja: Welche Instrumente des RM werden in Ihren Häusern verwendet?



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

INHALTSVERZEICHNIS

Am häufigsten zum Einsatz kommen Hausinterne/Trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme) gefolgt von Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrengeneigten Situationen (z. B. Notfall-Checkliste) Risikoanalyse, Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls) und Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at).Unter dem Punkt „Sonstige“ wurden keine Instrumente des Risikomanagements genannt.

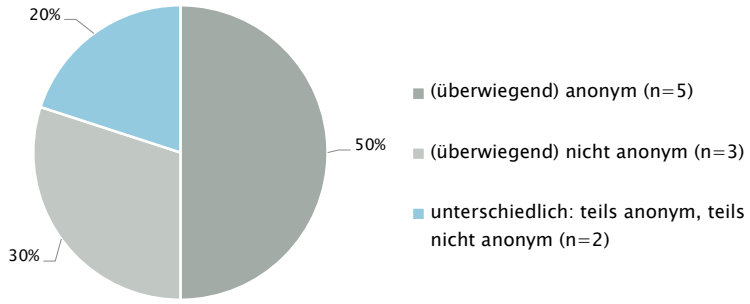
Tabelle 2.1:
Instrumente des Risikomanagements (n= xxx, Mehrfachantworten möglich)

Instrument	In Verwendung	Geplant
Haus-/trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme	10	2
Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at)	3	1
Risikoanalyse	5	2
Fehleranalyse	3	1
Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrengeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO)	8	5
Sonstige	0	0

Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

In Fehlermelde- und Lernsysteme wird überwiegend anonym **(5 Häuser)** gemeldet, **3** Häuser melden nicht-anonym, **2** Häuser unterschiedlich, d.h. teils anonym, teils nicht anonym.

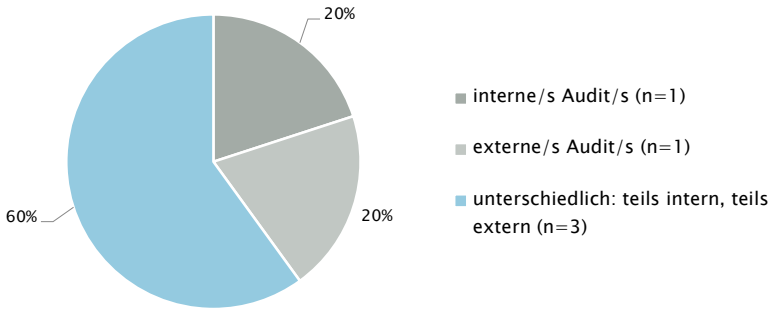
Abbildung 2.30:
Art der Meldung bei hausinternen/trägerinternen Fehlermelde- und Lernsystemen (n= xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Die Risikoanalysen werden in der Mehrheit der Häuser mit Hilfe von Audits durchgeführt (**5 Häuser**). Zum Teil werden diese mit Hilfe von interner oder externer Audits durchgeführt (jeweils **1** Haus). Einige Häuser **(3)** führen die Risikoanalyse zum Teil mittels interner und externer Audits durch.

Abbildung 2.31:
Art der Durchführung von Risikoanalysen (n= xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Bei den in Planung befindlichen Instrumenten des Risikomanagements kommen am häufigsten folgende zum Einsatz: Hausinterne/Trägerinterne Fehlermelde- und Lernsysteme (Reporting & Learning-Systeme), Übergreifende Fehlermelde- und Lernsysteme (z. B. CIRSmedical.at), Risikoanalyse, Fehleranalyse (z. B. anhand des London-Protokolls) und Checklisten für ein strukturiertes Vorgehen in besonders gefahrengeneigten Situationen (z. B. OP-Checkliste der WHO).

2.6.2 Konzept für Risikomanagement

In **14** Krankenhäusern **(50 %)** gibt es bereits Konzepte für Risikomanagement, also ein strukturiertes Vorgehen im Umgang mit Risiken, kritischen Ereignissen und Fehlern. Weitere **8** Häuser **(29 %)** haben die Etablierung eines Konzeptes geplant.

2.6.3 Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements

Die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements gestaltet sich in den Krankenhäusern unterschiedlich.

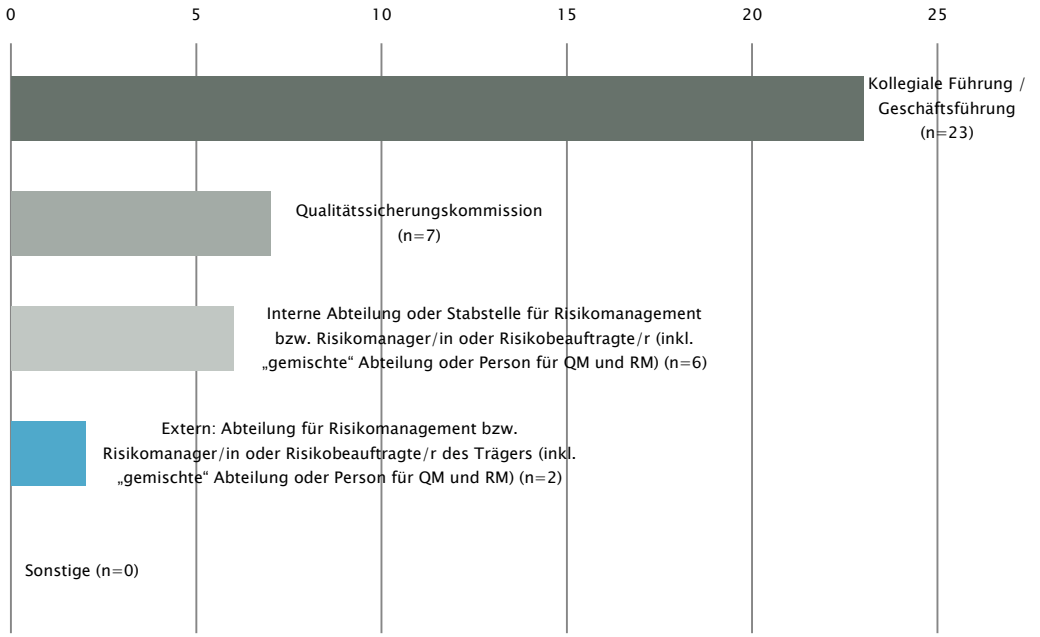
Koordinierende Stellen

INHALTSVERZEICHNIS

In 6 Krankenhäusern erfolgt die einrichtungsweite Koordination über eine interne Abteilung oder Stabstelle für Risikomanagement bzw. eine/n Risikomanager/in oder eine/n Risikomanagementbeauftragte/n (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM). In 23 Häusern übernimmt diese Aufgabe die Kollegiale Führung/Geschäftsführung, in 7 Häusern die Qualitätssicherungskommissionen. In 2 Häusern erfolgt die Koordination über den Träger, d. h. über eine eigene Abteilung für Risikomanagement bzw. eine/n Risikomanager/in oder eine/n Risikomanagementbeauftragte/n des Trägers (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM).

8 Häuser wird die Aufgabe der einrichtungsweiten Koordination des Risikomanagements von mehreren der oben genannten Stellen übernommen.

Abbildung 2.32:
Einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements in Krankenhäusern (n= xxx)



Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

Vollzeitäquivalente und Köpfe für die einrichtungsweite Koordination

13 Häuser geben an, wie viele Vollzeitäquivalente (VZÄ) für die einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements besetzt sind. In Summe wurden 18,1 VZÄ rückgemeldet. Die VZÄ verteilen sich auf insgesamt 39 Personen (Köpfe). Die Angaben reichen von 1 Person bis hin zu 11 Personen. 3 Häuser machten keine VZÄ-Angaben. Davon erfolgte in keinen Krankenhäusern die Koordination ausschließlich über „extern“ (d. h. über eine eigene Abteilung für Risikomanagement bzw. eine/n Risikomanager/in oder eine/n Risikomanagementbeauftragte/n

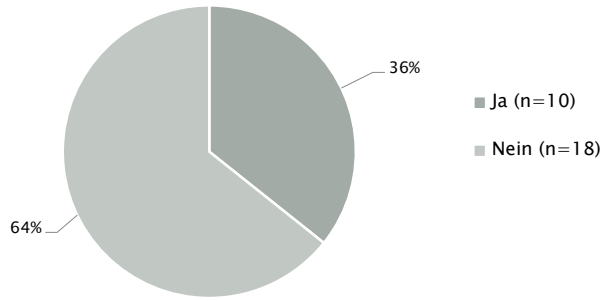
des Trägers (inkludiert sind „gemischte Abteilungen“ oder Personen für QM und RM)) und eine Angabe der VZÄ war daher nicht ermittelbar.

Auch jene Häuser, die keine VZÄ ermitteln konnten und die Koordination nicht extern erfolgte, gaben die Anzahl der Personen (Köpfe) an, die mit der einrichtungsweiten Koordination von Qualitätsarbeit betraut sind. In diesen 12 Häusern wurden hierfür 53 Personen (nicht VZÄ) angeführt. Die Angaben reichen von 1 Person bis hin zu 15 Personen. Insgesamt 3 Häuser, die derzeit (noch) keine einrichtungsweite Koordination des Risikomanagements explizit angeben, haben bei der Anzahl der keine Köpfe eingetragen.

2.6.4 Risikomanagement-Ansprechpersonen in Abteilungen

10 Krankenhäuser (36%) geben an, Ansprechpersonen für das Risikomanagement in Abteilungen definiert zu haben). 2 davon haben Ansprechpersonen in allen Abteilungen des Hauses.

Abbildung 2.33
In wie vielen Abteilungen gibt es definierte Ansprechpartner/innen für Risikomanagement? (n=xxx)



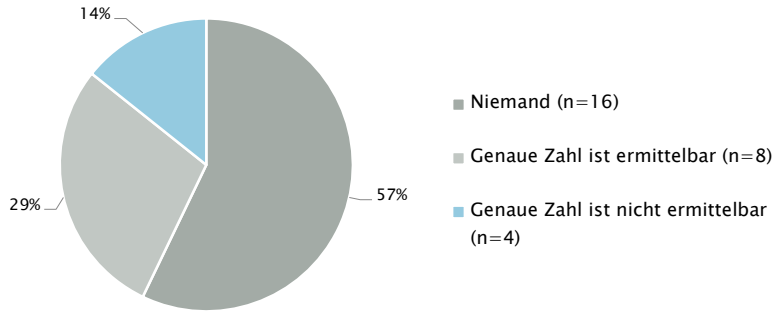
Quelle: GÖG/BIQG, Qualitätsplattform

2.6.5 Risikomanagement-Ausbildung

8 Krankenhäuser (29 %) geben an, dass es in ihrem Haus Mitarbeiter/innen mit spezieller Risikomanagement-Ausbildung tätig sind. Insgesamt sind dies 11 Personen. Der Durchschnitt liegt bei 1,4 Personen pro Haus (Ø bezogen auf 8 Krankenhäuser), der Median bei 1 Person. Die Antworten zeigen eine breite Streuung, die angegebene Personenzahl liegt zwischen 1 und 3 Personen pro Haus.

INHALTSVERZEICHNIS

4 Krankenhäuser konnten nur die Zahl der Mitarbeiter/innen schätzen und gaben daher eine Schätzung ab. Diese betrug in den **4** Häusern **1-5 Personen.**



Literaturverzeichnis

GÖG/BIGQ (2010): Qualitätsstrategie für das österreichische Gesundheitswesen. Gesundheit Österreich GmbH / Bundesinsitut für Qualität (GÖG/BIQG) im Auftrag der Bundesgesundheitskommission (BGK), Wien

KAKuG: Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten. BGBl. Nr. 1/1957, in der geltenden Fassung.

PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS PRIKRAF

JAHRESBERICHT

PRIKRAF 14 JAHRESBERICHT

PRIKRAF - der PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS
Geigergasse 5-9/4, A - 1050 Wien
Telefon: +43(0)1/ 545 82 32 - 0
Telefax: +43(0)1/ 545 82 32-22
eMail: office@prikraf.at

www.prikraf.at

INHALTSVERZEICHNIS