PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS

PRIKRAF

JAHRESBERICHT 13

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORWORTE 5
2. GEGENSTAND DES TÄTIGKEITSBERICHTE 2013 12
3. AUFGABEN DES PRIVATKRANKENANSTALTEN – FINANZIERUNGSFONDS 13
4. ORGANISIATION 14
Fondskommission 14
Schiedskommission 14
Geschäftsführung/Mitarbeiter 15
5. SITZUNG DER FONDSKOMMISSION 2013 16
6. BOARD OF EXAMINERS 17
7. QUALITY REVIEW BOARD 18
8. ERGEBNISQUALITÄTSMESSUNG AUS ROUTINEDATEN 19
Standardisierter Rückmeldebericht 23
9. STRUKTURQUALITÄTSÜBERPRÜFUNG MIT CHECKLISTEN 24
Checklisten Qualitätskriterien 2014 24
10. FONDSGEBARUNG 2013 30
10.1 MITTELHERKUNFT 30
Beiträge der Träger der Sozialversicherung 30
Kostenbeiträge der Versicherten 31
Erstattungsbeiträge ausländischer Versicherungsträger 31
Vermögenserträge 31
Sonstige Mittel 31
10.2 MITTELVERWENDUNG 31
Direktverrechnung 31
Pflegekostenzuschuss 32
Verwaltungskosten 32
10.3 JAHRESABSCHLUSS UND RECHNUNGSPRÜFUNG 33
11. LEISTUNGEN 2013 44
Aufenthalte 44
Art der Aufnahme 44
Jahresverteilung der Aufnahmen 2013 45
Lebensalter 45
Belagstage 46
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen 47
0-Tagesaufenthalte 48
Aufenthalte nach Diagnosen 48
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Diagnosen 50
LKF-Punkte je Aufenthalt, Diagnosen 51
Struktur der Aufenthalte 2013 im Vergleich, in % 53
Hauptdiagnose und Medizinische Einzelleistungen 2013 54
Art der Entlassung, 2010 – 2013 55
Entwicklung der LKF-Punkte, gesamt 56
LKF-Punkte je Aufenthalt und Geschlecht 57
LKF-Punkte nach Altersgruppen 2010 – 2013, in % 57
LKF-Punkte nach Altersgruppen und Geschlecht 2013 58
LKF-Punkte je Aufenthalt nach Altersgruppen, 2010 – 2013 59
LKF-Punkte je Aufenthalt im Vergleich: Gesundheitsfonds, PRIKRAF 59
12. LEISTUNGEN DER KRANKENANSTALTEN 60
Aufenthalte gesamt 60
Aufenthalte, männlich/weiblich absolut-relativ 2013 63
Durchschnittliches Lebensalter 65
Belagstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer 66
LKF-Punkte, gesamt 67
LKF-Punkte je Aufenthalt, 2010 – 2013 69
13. LEISTUNGEN FÜR VERSICHERUNGSTRÄGER 71
Aufenthalte, gesamt 71
Aufenthalte nach Geschlecht, 2013 72
Durchschnittliches Lebensalter 73
Pflegetage 74
Entwicklung der LKF-Punkte (gesamt, je Aufenthalt) 75
Aufenthalte, Belagstage, LKF-Punkte, relative Änderungen zum Vorjahr 76
ANHANG 78
PRIKRAF-Gesetz 78
Gesundheitsqualitätsgesetz 87
Verzeichnis der Krankenanstalten 93

1. VORWORTE

Vorwort von Frau Bundesministerin Dr. Sabine Oberhauser

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mein Ziel als Gesundheitsministerin ist ein gerechtes und leicht zugängliches Gesundheitssystem für alle: solidarisch, leistbar, präventiv und evidenzbasiert. Die Voraussetzung für ein solches Gesundheitssystem wurde mit der Gesundheitsreform geschaffen: gemeinsame Planung und Steuerung von Bund, Ländern und Sozialversicherungen. Jetzt ist es wichtig, diese Reform Schritt für Schritt im Sinne der Patientinnen und Patienten umzusetzen.

Wie mir berichtet wurde, hat sich die Kooperation der PRIKRAF-Krankenanstalten und der Geschäftsführung mit dem Gesundheitsressort und gegebenenfalls auch im Rahmen der Aktivitäten der Bundesgesundheitsagentur seit langem bewährt.

Insbesondere im Bereich der Qualitätsarbeit sind große Fortschritte gesetzt worden. Die Abstimmung der Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit zwischen dem PRIKRAF und den zuständigen Gremien der Bundesgesundheitsagentur war zweifellos ein Meilenstein, der signalisiert, dass alle Gesundheitsversorgerinnen und Gesundheitsversorger im Sinne der Patientinnen und Patienten an einem Strang ziehen und dass die Erhaltung und Weiterentwicklung der Qualität in den österreichischen Spitälern ein gemeinsames Anliegen ist.

Ich möchte, auch stellvertretend für meinen Vorgänger Bundesminister Stöger, allen, die im Rahmen des Privatkrankenanstalten-Zusammenarbeitsfonds und seiner Sanatorien als wesentliche Pfeiler im österreichischen Spitalssystem tagtäglich hervorragende Arbeit für unsere Patientinnen und Patienten leisten, sowie für die Tatkraft bei der Mitarbeit an bundesweiten Projekten und Aktivitäten sehr herzlich danken. Ich sehe der weiteren Zusammenarbeit mit großem Interesse entgegen.

Ihre
Dr. Sabine Oberhauser
Bundesministerin für Gesundheit

Vorwort von SC Dr. Clemens Martin Auer

Sehr geehrte Damen und Herren!

Die Gesundheitsreform 2012/2013 hat im Laufe des Jahres 2013 konkrete Gestalt angenommen. Es wurden und werden vielfältige Konzepte erarbeitet und Maßnahmen in vielen kleinen Schritten in die Wege geleitet. Ein wesentliches Augenmerk lag und liegt auf Reformen in der ambulanten Gesundheitsversorgung. So konnte mittlerweile das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich" von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen werden und seine Umsetzung wird vorangetrieben.

Die Krankenanstalten standen 2013 nicht so stark im Fokus der Aktivitäten des Gesundheitsministeriums als in den Jahren davor. Umso mehr freut es mich, dass die Arbeiten der letzten Jahre ihren konkreten Niederschlag auch in den privaten Krankenanstalten gefunden haben. Qualitätssicherung und Qualitätsarbeit auf Basis der auf gesamtösterreichischer Ebene erarbeiteten Grundlagen und Vorgaben wie jenen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sind auch im Bereich der PRIKRAF-Krankenanstalten zur selbstverständlichen Routine geworden.

Die Einhaltung der im Bereich der Sanatorien relevanten Strukturqualitätskriterien des ÖSG, die seitens der PRIKRAF-Geschäftsführung mit Checklisten unterstützt wird, trägt wesentlich zu der gesundheitspolitischen Intention bei, in allen österreichischen Krankenanstalten eine vergleichbare Qualität auf höchstmöglichem Niveau für alle in allen Regionen sicher zu stellen. Ich bedanke mich für die Mitarbeit der Sanatorien und die allfällig damit verbundene Mehrarbeit, die letztlich allen Patientinnen und Patienten zugutekommt.

Die Privatkliniken haben 2013 auch zu einem weiteren wesentlichen Ziel der Gesundheitspolitik und Gesundheitsreform, nämlich zur Verbesserung der Transparenz in unserem Versorgungssystem, beigetragen, indem gemeinsam mit der Geschäftsführung die Strukturen und Instrumente der Qualitätsarbeit in den Privatkliniken erhoben wurden. Diese Informationen tragen wesentlich zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der hohen Qualität der Versorgung in den privaten Spitälern bei.

Darüber hinaus sind die PRIKRAF-Krankenanstalten selbstverständliche und verlässliche Partner bei einem weiteren Meilenstein der Qualitätsarbeit in Österreich, nämlich der Messung der Ergebnisqualität.

Mit den „Austrian Inpatient Quality Indicators (A-IQI)" wurde erstmalig in Österreich ein bundesweit einheitliches System zur Messung der Ergebnisqualität aus Routinedaten in Akutkrankenanstalten entwickelt. Zusätzlich werden auffällige Messergebnisse mittels Peer Review (kollegialer Dialog zwischen Primarärzten der Abteilungen und externen, speziell geschulten Primarärzten) einer detaillierten Analyse unterzogen.

Dadurch ermöglicht A-IQI die Identifikation von Maßnahmen zur Verbesserung von Strukturen und Prozessen am Ort der Behandlung und leistet somit einen bedeutenden Beitrag zur Steigerung der Qualität der medizinischen Behandlungen sowie zur bestmöglichen Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Im Rahmen des A-IQI Projekts des BMG wurde 2013 auch die Behandlungsqualität der Privatkrankenanstalten im Wege der PRIKRAF-Geschäftsstelle gemessen. Die Indikatoren bestätigten die gute Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen und ermöglichten gegebenenfalls die Hebung noch vorhandener Verbesserungspotenziale.

Mit der aktiven Teilnahme an A-IQI leisten die PRIKRAF-Krankenanstalten sowie die Geschäftsführung des PRIKRAF einen entscheidenden Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualität des österreichischen Gesundheitssystems.

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

mit freundlichen Grüßen

Ihr
Dr. Clemens Martin Auer
Vorsitzender der Fondskommission des PRIKRAF

Vorwort Mag. Herbert Schnötzinger – Geschäftsführer

Neben den laufenden Abrechnungs- und Prüftätigkeiten im Zusammenhang mit der Abgeltung aller Leistungen von PRIKRAF-Krankenanstalten im stationären und tagesklinischen Bereich sowie die Leistung von Pflegekostenzuschüssen lag der Fokus im Jahr 2013 auf Projekten der Qualitätsüberprüfung.

Über Initiative der Geschäftsstelle, federführend durch das Bundesministerium für Gesundheit wurden mit Vertretern der Sozialversicherungsträger, der Wirtschaftskammer, der Länder, der GÖG und des PRIKRAF die Grundlagen erarbeitet um erstmals die Sanatorien in transformierter Form verbindlich in den ÖSG zu integrieren.

Gemäß dem Gesetzesauftrag der „Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung“ wurde ein Projekte zur Überprüfung der Einhaltung der ÖSG Strukturqualitätskriterien gestartet. Für den Nachweis der Einhaltung der Qualitätskriterien wurden von der PRIKRAF Geschäftsstelle Checklisten (Abfrage der technischen, personellen, organisatorischen Strukturqualität) erstellt und den PRIKRAF Krankenanstalten übermittelt. Der Nachweis der Qualitätskriterien mittels PRIKRAF Checklisten hat durch die Sanatorien zu erfolgen. Die Überprüfung der Plausibilität, Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wurde direkt in den Sanatorien von der PRIKRAF – Geschäftsstelle durchgeführt. Eine Abgeltung der Leistungen erfolgt nur bei Einhaltung aller relevanten Qualitätskriterien. Ergänzend werden mittels Fragebogen die Strukturen und Instrumente der Qualitätsarbeit in den Privatkliniken erhoben.

Mit dem Projekt des BMG zur bundesweit einheitlichen Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten für alle Krankenanstalten wurde 2013 auch die Behandlungsqualität der Sanatorien im Wege der PRIKRAF-Geschäftsstelle überprüft. Die Indikatoren bestätigen die vergleichsweise gute Ergebnisqualität der medizinischen Leistungen. Der hohe Anteil von geplanten Aufnahmen (92% in Privatkrankenanstalten versus 56% in Landesfondskrankenanstalten), ein definiertes, eingeschränktes Leistungsspektrum und damit die Möglichkeit der Risikoselektion sind dafür kausal. Im Bereich der Privatkrankenanstalten werden von der PRIKRAF-Geschäftsstelle alle statistisch signifikant auffälligen Ergebnisse auf Patientenebene überprüft und von unseren MedizinerInnen im Dialog mit den Sanatorien evaluiert.

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 2013

Der Jahresbericht 2013 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 2013. 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 2013 94.713 Aufenthalte abgerechnet, gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um 0,8%. Bei der Inanspruchnahme sind mit 60,9 % die Aufenthalte von weiblichen Patienten bestimmend.

2. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 4,5 Belagstage ist gegenüber dem Vorjahr (4,66 Belagstage) gesunken. Frauen sind im Vergleich länger in den Krankenanstalten (Frauen 4,9: Belagstage Männer: 3,9 Belagstage).

3. Für 2013 sind hohe Zuwächse bei 0 Tagesaufenthalten festzustellen, der Anstieg gegenüber dem Vorjahr beträgt 17,0 %.

4. Das durchschnittliche Lebensalter der behandelten Patienten ist gesunken 60,6 Lebensjahre (2012: 60,7 Lebensjahre). Weibliche Patienten (60,9 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 26,6%, Neubildungen 10,2%, Augenerkrankungen 10%, Erkrankungen des Kreislaufsystems 9,3%, Verletzungen 8,7% und Krankheiten des Verdauungssystems 7,4%).

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 der Steiermark 2,6 % und Rückgange in Oberösterreich mit 8,8%.

8. Bezogen auf Versicherungsträger gibt es Zuwächse von Patienten der Gebietskrankenkasse Burgenland, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und GKK Steiermark.

9. Für 2013 fallen je Aufenthalt 2.474 LDF-Punkte an. Die Punkte je Aufenthalt sind gegenüber dem Vorjahr geringfügig gestiegen (2012: 2470 LDF-Punkte pro Aufenthalt). Bei Frauen fallen je Aufenthalt mehr Punkte an: 2.522 weiblich, 2.401 männlich.

10. Der endgültige Punktewert beträgt für das Jahr 2013 € 0,412 netto. Insgesamt waren 2013 rund € 105 Mio. verfügbar. Die Gebarung 2013 wird durch die Nachzahlung der SV-Träger positiv beeinflusst. Für den Verwaltungsaufwand sind € 418.532,99 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 2013 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. Christa PEINHAUPT MBA (ab 01.01. 2014) Mag. Daniela HUBER (bis 31.12. 2013)	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 MACKINGER Mag. Reinhard HAGENHOFER (ab 01.01. 2014) Mag. Petra MÜLLER (bis 31.12. 2013) Mag. Cornelia OBERMEIER Mag. Eva HEIGL Dr. Martin HOFF
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	
Dr. Ferdinand FELIX Dir. Ilse KERSCHBAUM bis 30.11. 2013 Mag. Hartmut SCHNEIDER ab 01.12. 2013 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
Beisitzer	
Dipl. KH-BW Robert Nikolaus WINKLER Dir. Dr. Erich SCHMATZBERGER	DI Werner HÖRNER Dir. Dr. Josef SOUHRADA

Geschäftsstelle

Mag. Herbert SCHNÖTZINGER

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

Mag. Gerulf POSCH

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

Manuela BANAUER Karenzvertretung bis 31.03. 2013

Martina MÜLLNER ab 01.04. 2013 (bis 31.03. 2013 in Karenz)

Infrastrukturangelegenheiten des Fonds
Administration der Pflegekostenzuschüsse
Beschwerde- und Auskunftsmanagement
Organisationsassistenz für die Geschäftsstelle

5. SITZUNGEN DER FONDSKOMMISSION 2013

Im Jahr 2013 haben zwei Sitzungen der PRIKRAF-Fondskommission in der Geschäftsstelle des PRIKRAF stattgefunden.

40. Sitzung 21. Juni 2013

Der endgültige Punktewert 2012 in der Höhe von € 0,398 netto 0,438 brutto wurde von der Fondskommission einstimmig beschlossen. Die Geschäftsstelle wird ermächtigt den auf Grundlage des endgültigen Punktewerts erstellten Jahresabschluss 2012 der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft HLB Intercontrol zur Erteilung des Bestätigungsvermerk zu übermitteln.

Der Geschäftsführer Herr Mag. Schnötzinger berichtet über den Stand der ÖSG Transformation für PRIKRAF-Krankenanstalten. Mit 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, insbesondere das Gesundheitsqualitätsgesetz und das PRIKRAF Gesetz. In der LKF-Leistungsmatrix wird für ausgewählte medizinische Einzelleistungen auf Strukturqualitätskriterien im ÖSG 2012 verwiesen. Bis zur nächsten Sitzung der Fondskommission soll von der PRIKRAF Arbeitsgruppe das Konzept für die Umsetzung der transformierten Qualitätskriterien des ÖSG 2012 und die Änderung des PRIKRAF Sanktionsstatutes abgestimmt und zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

41. Sitzung 10. Dezember 2013

Beschluss: Vorläufiger Punktewert 2014

Für das Jahr 2014 beschließt die 41. PRIKRAF Fondskommission am 10. Dezember 2013 einen vorläufigen Punktewert in der Höhe von 0,41 Euro netto.

Beschluss: Jahresvoranschlag 2014, Stellenplan 2014

Der Jahresvoranschlag 2014 und der Stellenplan 2014 wurden von der Fondskommission einstimmig beschlossen.

ÖSG Transformation für PRIKRAF-Krankenanstalten

Die Geschäftsführung wurde in der 40. Sitzung beauftragt für die nächste Sitzung ein Konzept für die Umsetzung der transformierten Qualitätskriterien des ÖSG 2012 und die Änderung des Sanktionsstatuts zur Beschlussfassung vorzulegen. Für den Nachweis der Einhaltung der Qualitätskriterien wurden von der PRIKRAF Geschäftsstelle Checklisten erstellt (Abfrage der technischen, personellen organisatorischen Strukturqualitäten) die den PRIKRAF Krankenanstalten übermittelt werden. Die Überprüfung der Plausibilität, Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird in den Sanatorien von oder im Auftrag der PRIKRAF-Geschäftsstelle durchgeführt. Eine Abgeltung der Leistungen soll künftig nur bei Einhaltung aller relevanten Qualitätskriterien erfolgen. Herr Mag. Kreuz teilt mit, das Konzept zur Umsetzung

von Qualitätskriterien für PRIKRAF Krankenanstalten wurde in einer Sitzung des Fachausschusses bettenführende Krankenanstalten einstimmig befürwortet.

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 2013

Abrechnungsrelevante Datensätze: 94.713

- Direktverrechnung (DV): 92.871
- Pflegekostenzuschüsse (PKZ): 1.842

Punkteabzüge

- ambulante Aufenthalte (nicht abrechenbar) 2.309 Aufenthalte (automatisch)
- Krankengeschichten angefordert 1.260
- davon Punkteabzüge bei 572 Aufenthalten 658.579 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. Die Teilnehmer (Geschäftsführer PRIKRAF, Jurist PRIKRAF, MedizinerInnen PRIKRAF, Fachexperten bei Bedarf) beraten sich anlassbezogen, jedoch zumindest quartalsweise in strukturierter Form zu jeweils aktuellen Themen. 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 nicht zu erhöhen. Ein individueller Feedbackbrief zur LKF-Datenqualität 2013 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 2013 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. Von den Medizinern 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. Wenn jeder Leistungsanbieter sein eigenes Qualitätsmesssystem entwickelt, entspricht das nicht den Bedürfnissen der Verantwortlichen und der PatientInnen.

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

Das Gesundheitswesen in Österreich ist ein föderales System für die Finanzierung und auch für die Sicherstellung der Versorgungsqualität. Der höchste bundesweite Entscheidungsträger für Gesundheitsbelange ist die Bundesgesundheitskommission. Diese setzt sich u.a. aus Vertretern des Gesundheits-,Wissenschafts-,Wirtschafts- und Finanzministeriums, des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, den Landesgesundheitsreferenten jedes Bundeslandes, dem österreichischem Patientenanwalt und Vertretern der Ärztekammer zusammen. Diese 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.

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators)

ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus. Aus Routinedaten werden dabei statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder in einzelnen Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet werden dabei in erster Linie Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformationen, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren.

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. Die bisherige Auswahl der Schwerpunktindikatoren erfolgte nach bestimmten Kriterien: Qualitätssicherung, Mortalität, Gesamtauffälligkeit im internationalen Vergleich, Österreich-Auffälligkeit eines Bundeslandes, Behandlungsmethode / MELs, Fallzahlen, Kosten/Verbesserungspotential, Vorhandensein von ausreichend Peers. Für das Jahr 2013 (Datenbasis 2012) wurden als Schwerpunktindikatoren Schlaganfall und Cholezystekomie festgelegt.

TYP	Bezeichnung	Beschreibung
T	Todesfälle	Todesfälle pro Diagnosegruppe z.B. Herzinfarkt, Anteil Todesfälle
E	Erwartungswert	Durchschnittswerte, risikoadjustiert z.B. Todesfälle bei Herzinfarkt
I	Intensivhäufigkeit	Anteil Intensivbehandlungen bei bestimmen Aufenthalten
M	Mengeninformation	Anzahl definierter Aufenthalte z.B. Anzahl Schlaganfälle
O	Operationstechnik	Anzahl Behandlungsverfahren z.B. Anzahl laparoskopische Operationen
K	Komplikationen	z.B. Dammriss bei vaginaler Geburt
V	Versorgung	Prozess z.B. präoperative Verweildauer bei Schenkelhalsfraktur
W	Wiederaufnahmen	Wiederaufnahmeraten zu Erstaufnahmen eines Patienten

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.

AIQI Bereiche und Indikatoren

	Erkrankungen des Herzens
1	Herzinfarkt
2	Herzinsuffizienz
3	Behandlungsfälle mit Linksherzkatheter
4	Herzrhythmusstörungen
5	Versorgung mit Schrittmacher oder implantierbarem Defibrillator
6	Ablative Therapie
7	Operationen am Herzen
	Schlaganfall (Stroke)
8	Schlaganfall
9	Transitorisch ischämische Attacke (TIA)
	Erkrankungen der Lunge
10	Lungenentzündung (Pneumonie)
11	Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)
12	Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)
13	Operationen an der Lunge (große thoraxchirurgische Eingriffe)
	Operationen an den Bauchorganen
14	Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)
15	Operation von Leisten-, Schenkel- und Nabelbrüchen (Herniotomie)
16	Operationen an der Schilddrüse
17	Operationen an Dickdarm und Enddarm
18	Magenoperationen
19	Große Operationen an der Speiseröhre (komplexe Eingriffe am Ösophagus)
20	Große Operationen der Bauchspeicheldrüse (komplexe Eingriffe am Pankreas)
	Gefäßoperationen
21	Operationen der Halsschlagader (extrakranielle Gefäßoperationen)
22	Erweiterung der Aorta (Aortenaneurysma)
23	Operationen der Becken-/Beinarterien
24	Amputationen
25	Perkutan transluminale Gefäßinterventionen (PTA, stationär)
	Geburtshilfe und Frauenheilkunde
26	Geburten
27	Stationär aufgenommene Neugeborene
28	Entfernung der Gebärmutter bei gutartigen Erkrankungen (Hysterektomie)
29	Brustkrebs
30	Eingriffe an der Brust
	Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder
31	Hüftgelenkersatz elektiv (nicht bei Frakturen)
32	Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese
33	Kniegelenkersatz
34	Wechsel einer Kniegelenkendoprothese
35	Hüft- oder Kniegelenkersatz oder Prothesenwechsel mit Tumor-/Resektionsendoprothese
36	Operationen der Wirbelsäule
37	Hüftgelenknahe Frakturen
38	Schwere Mehrfachverletzungen
	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane
39	Entfernung der Niere (Nephrektomie und partielle Nephrektomie)
40	Eingriffe an der Harnblase
41	Entfernung der Prostata durch Abtragung über die Harnröhre (Prostata-TUR)
42	Fälle mit Prostatakarzinom und Radikaloperationen der Prostata
43	Nierensteine
	Komplexe, heterogene und andere Krankheitsbilder
44	Beatmung
45	Sepsis
46	Operation bei Mandelentzündung

Ergebnisdarstellung am Beispiel Cholezystekomie

	A-IQI - Austrian Inpatient Quality Indicators (Version 3.2)			Kxxx - Krankenanstalt xyz					
	Bundesministerium für Gesundheit								
	Auswertungszeitraum: 01.01.2013 bis 31.12.2013	Ö2012	Typ		Zielbereich		Ergebnis	Zähler	Nenner	KI
14 - Entfernung der Gallenblase bei Gallensteinen (Cholezystektomie)										
14.10	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil offene Operationen	10,52%	O		< (BD)	10,52%	7,19%	12	167	
14.20	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	0,63%	T		< (BD)	0,63%	1,20%	2	167	[0,33;4,26]
14.30	Laparoskopische Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Todesfälle	0,24%	T		= (SE)		0,70%	1	142	
14.40	Laparoskop. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Intensivaufenthalte	4,46%	I		< (BD)	4,46%	10,56%	15	142	[6,51;16,7]
14.50	Lap. begonnene CHE bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Umstiege von lap. auf offen	2,73%	K		< (BD)	2,73%	1,41%	2	142	
14.60	Laparoskop. Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil ERCP nach OP-Tag	1,16%	K		< (BD)	1,16%	0,00%	0	142	
14.70	Cholezystektomien bei Gallensteinen ohne Tumorfälle, Anteil Re-OP im gleichen Aufenthalt	1,38%	K		< (BD)	1,38%	1,80%	3	167	[0,61;5,15]

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.

Analyse A-IQI Daten 2013

Standardisierter Rückmeldebericht

STATISTISCH SIGNIFIKANT AUFFÄLLIGER INDIKATOR

A-IQI - Austrian Inpatient Quality Indicators (Version 3.2)			KXXX - PKL				
Bundesministerium für Gesundheit							
Auswertungszeitraum: 01.01.2013 bis 31.12.2013	Ö2012	Typ		Zielbereich	Ergebnis	Zähler	Nenner
Hysterektomien ohne Plastik bei gutartigen Erkrankungen, Anteil abdominaler Operationen	30,59%	O		< (IQ) 22,00%	50,00%	6	12

BEISPIEL:

Indikator 28.20 - Hysterektomien ohne Plastik bei gutartigen Erkrankungen, Anteil abdominaler Operationen

PATIENTENDATEN

Anz		Sicht	AUFNR	Ergebnis Detailanalyse - Anmerkungen
01		28.20.02	XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
02		28.20.02	XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
03		28.20.02	XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
04		28.20.02	XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
05		28.20.02	XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.
06		28.20.02	XXXX	Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Statistisch signifikant auffällige Aufenthalte (Anzahl=Zähler; Sicht xx.xx.02, 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.

Anzahl der durch den Erklärungsgrund betroffenen Aufenthalte: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Ableitungen aus Erklärungsgründen für KA/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.

Detailbeschreibung vorgeschlagene Ableitungen (in Stichworten):
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. Für die Umsetzung dieser für Sanatorien anwendbaren Strukturqualitätskriterien wurde folgendes Konzept erstellt.

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 umfassen folgende Punkte:

- Integration der überregionalen Versorgungsplanung zur Bündelung komplexer spezialisierter Leistungsangebote (Referenzzentren für Herzchirurgie, Transplantationschirurgie, ausgewählte neurochirurgische Akutleistungen, Kinder-Herzchirurgie, Kinder-Kardiologie, pädiatrische hämatologisch-onkologische Versorgung)

- Integration von „transformierten" Qualitätskriterien für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien)

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.

Generaltransformationsregel für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten

Alle im ÖSG 2012 im Kapitel 2 enthaltenen Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich Personal und Infrastruktur, sind im Anlassfall einer Behandlung einzuhalten: Das heißt, immer dann, wenn eine Patientin/ein Patient in einer PKA in stationärer Behandlung ist, für die Qualitätskriterien definiert sind, ist deren Einhaltung in der PKA sicherzustellen. Bei entsprechend großen Fallzahlen sind die Vorgaben für die Behandlung für mehrere Patientinnen/Patienten gleichzeitig und über längere Zeiträume sicherzustellen. Die behandlungsprozessbezogene Einsatzbereitschaftszeit von entsprechend qualifiziertem Personal beträgt im Anlassfall max. 30 Minuten. Für deren Einhaltung ist durch geeignete organisatorische Maßnahmen (z. B. Bereitschaftspläne) Vorsorge zu treffen. Zur Überbrückung dieser Frist ist für stationäre Patienten die Anwesenheit von notfallmedizinisch qualifiziertem ärztlichem und pflegerischem Personal sicherzustellen. Für einige Fachrichtungen, insbesondere für die Intensivversorgung, gelten spezielle Transformationsregeln für PKA. Soweit sich die speziellen „Transformationsregeln für PKA“ nur auf Teile der Bestimmungen zur jeweiligen Fachrichtung bzw. spezielle Versorgungsbereiche beziehen, sind die restlichen Vorgaben nach der Generaltransformationsregel zu gewährleisten. Zur speziellen Transformationsregel für die Leistungserbringung, die den Referenzzentren vorbehalten ist, siehe Kapitel 2.5. Dieser Grundsatz gilt ohne Ausnahme, auch in Bezug auf die Teilnahme an Ergebnisqualitätsregistern.

In der „Leistungsmatrix“ (LM) (Kap. 2.7) werden spezielle Qualitätskriterien für einzelne MEL sowie deren Zuordnung auf eine „Mindestversorgungsstruktur“ (MVS) definiert. Die Qualitätskriterien gelten auch für jene Krankenanstalten (z. B. Sanatorien), die keine organisatorischen Strukturen (z. B. Abteilungen oder reduzierte Organisationsformen; vgl. Spalte „Mindestversorgungsstruktur“ in der „Leistungsmatrix“) aufweisen. Dabei sind die entsprechenden Festlegungen in – soweit notwendig – transformiertem Sinn im Anlassfall prozessbezogen anzuwenden. Die Verfügbarkeit von ausreichend DGKP wird grundsätzlich in allen Bereichen vorausgesetzt. Die in den Kapiteln 2.4 bis 2.6 enthaltenen Personalangaben sind als Richtwerte zu interpretieren, die in der Folge zu evaluieren und gegebenenfalls zu modifizieren sind. Abweichungen von diesen Personalangaben sind jeweils zu begründen (begründete Ausnahmefälle). Die Ausübung der Tätigkeiten der Angehörigen sämtlicher ärztlicher und nichtärztlicher Gesundheitsberufe erfolgt nur im Rahmen der für diese Berufsgruppen jeweils geltenden gesetzlichen Bestimmungen (ÄrzteG, GuKG, MTDGesetz etc.)

ÖSG 2012 Strukturqualitätskriterien

In der LKF – Leistungsmatrix wird bei hochwertigen medizinischen Einzelleistungen explizit auf Strukturqualitätskriterien verwiesen. Es besteht Übereinstimmung dass die „essentiellen Qualitätsstandards“ gemäß § 3 (3) GesundheitsqualitätsG jedenfalls die, gemäß LKF-Leistungsmatrix den medizinischen Einzelleistungen zugeordneten 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 jeweils bis 31.01. übermittelt. Der Nachweis der Qualitätskriterien mittels PRIKRAF Checklisten hat jeweils bis 31.03. durch die Sanatorien zu erfolgen. Die Überprüfung der Plausibilität, Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben wird bei Bedarf in den Sanatorien von oder im Auftrag der PRIKRAF – Geschäftsstelle durchgeführt. Eine Abgeltung der Leistungen soll nur bei Einhaltung aller relevanten Qualitätskriterien im jeweiligen Jahr erfolgen.

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.

RFZ-Transformationsregel für PKA

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. Die Errichtungs- und Betriebsbewilligung der PKA hat die Durchführung der RFZ-Leistungen zu umfassen.

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

Krankenanstalt		Leistung		MELDok	ÖSG-Warnings	Gesamt-berechtigung	QK nachzuweisen MVS	KTyp	KOZ	INT	HP	QK gemäß LKF-Leistungsmatrix MVS (RFZ)	KTyp	KOZ	INT	HP
K212	Privatklinik	AG020	Entfernung einer epiduralen Raumforderung im	1	1	N		X		X	X		1		IS	X
K212	Privatklinik	AJ050	Rekonstruktion eines peripheren Nerven mit aut	1		E							1			
K212	Privatklinik	AJ070	Dekompression des Nervus medianus – offen (LE	59		E							1			
K212	Privatklinik	AJ090	Dekompression anderer peripherer Nerven an d	18		E							1			
K212	Privatklinik	AJ110	Dekompression peripherer Nerven an der untere	4		E							1			
K212	Privatklinik	AJ120	Dekompression peripherer Nerven an der untere	3		E							1			
K212	Privatklinik	AJ130	Entfernung eines Tumors an peripheren Nerven	15	15	N		X			X		1			X
K212	Privatklinik	AJ189	Sonstige Operation – periphere Nerven (LE=je Sit	1		E							4			
K212	Privatklinik	BA010	Korrektur des Augenlids (LE=je Seite)	92		E							4			
K212	Privatklinik	BA020	Rekonstruktion der Lider, Augenbrauen (LE=je Se	9		E							4			
K212	Privatklinik	BA039	Sonstige Operation – Lider und Augenbrauen (LE	4	4	N		X			X		4			X
K212	Privatklinik	BB010	Rekonstruktion der Tränenwege – offen (LE=je Se	1		E							4			
K212	Privatklinik	BF010	Intrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimp	64		E							4			
K212	Privatklinik	BF020	Extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimp	1.139		E							4			
K212	Privatklinik	BG038	Vordere Vitrektomie (LE=je Seite)	1		E							3			
K212	Privatklinik	BK010	Teilresektion der Orbita (LE=je Seite)	1	1	N		X		X	X		3		UE	X
K212	Privatklinik	CA020	Plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel (LE=je	2		E							3			
K212	Privatklinik	CA040	Resektion am äußeren Gehörgang (LE=je Seite)	1	1	N		X			X		4			X
K212	Privatklinik	CA069	Sonstige Operation – äußeres Ohr (LE=je Sitzung	2		E							4			
K212	Privatklinik	CB089	Sonstige Operation – Mittelohr (LE=je Sitzung)	1		E							4			
K212	Privatklinik	DA010	Myokardszintigraphie (LE=je Sitzung)	5		J										
K212	Privatklinik	DD010	Katheterangiographie der Koronargefäße (LE=je	99	99	N	X	X		X		KAR	1		UE	
K212	Privatklinik	DD040	Perkutane transluminale Koronarangioplastie (P	26	26	N	X	X		X		KAR	1		UE	
K212	Privatklinik	DD050	Implantation eines Stents in die Koronargefäße (	1	1	N	X	X		X		KAR	1		UE	
K212	Privatklinik	DD060	Implantation eines medikamentenbeschichteter	21	21	N	X	X		X		KAR	1		UE	
K212	Privatklinik	DD070	Rotationsangioplastie der Koronargefäße (LE=je	1	1	N	X			X		KAR			UE	
K212	Privatklinik	DZ020	Transösophageale Echokardiographie (LE=je Sitz	2		J										
K212	Privatklinik	EB060	Rekonstruktion der Arteria carotis (Thrombenda	1	1	N	X	X		X		GCH	1		IS	
K212	Privatklinik	EF060	Endarterektomie, Thrombendarterektomie – un	2	2	N	X	X		X		GCH	1		UE	

BEISPIEL EINER PRIKRAF-CHECKLISTE FÜR ÖSG STRUKTURQUALITÄTSNACHWEIS

CHECKLISTE QUALITÄTSKRITERIEN 2014

Intensivbereiche Interdisziplinär (IMCU=UE/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.
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.

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.

10. FONDSGEBARUNG 2013

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 € 104.348.928,71 bestimmt und davon die geschätzten Kostenbeiträge € 478.0098,71 für 2013 abgezogen. Der so errechnete Betrag € 103.870.920,00 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 2013 ist eine Nachzahlung in Höhe von € 845.807,08 zugunsten des Fonds angefallen.

Insgesamt leisten die Träger der Sozialversicherung für 2013 – abzüglich der Kostenbeiträge – somit einen finanziellen Beitrag von **€ 104.716.727,08** an den Fonds.

Vorläufiger Pauschalbetrag 2013	€ 103.870.920,00
Kostenbeiträge 2013	€ 463.901
Nachzahlung 2012	€ 210.296,44
Nachzahlung 2013	€ 845.807,08

Tabelle: Finanzielle Beiträge der Träger der Sozialversicherung 2013

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 **€ 19,10 für** das Jahr 2013.

Für 2013 wurden **€ 463.901,00** an Kostenbeiträgen eingehoben.

Direktverrechnung	Pflegekostenzuschuss	Gesamt
€ 455.477,5	€ 8.423,5	€ 463.901,00

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 2013 wurden **€ 236.299,99** als Erstattungsbeiträge eingenommen.

VERMÖGENSERTRÄGE

Aus Zinserträgen für Bankguthaben hat der Fonds 2013 insgesamt **€ 7.380,47** realisiert.

SONSTIGE MITTEL

Im Jahr 2013 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 (0,397 Euro netto + 10% USt.) wurden 2013 insgesamt € 98.267.504,1 in monatlichen Teilzahlungen an die Krankenanstalten überwiesen. Mit der Jahresendabrechnung wurden auf der Grundlage des endgültigen Punktewerts (0,412 Euro netto + 10% USt.), der tatsächlichen LKF-Punkte und der tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge weitere € 4.212.651,92 mit den Vertragskrankenanstalten abgerechnet.

Direktverrechnung 2013		
	a – conto	**Endabrechnung**
LKF – Punkte	228.142.696	229.422.803
Punktewert Netto	€ 0,397	€ 0,412
abgerechneter Betrag	€ 98.719.155,38	€ 102.935.633,6
abzüglich Kostenbeiträge	€ 451.651,20	€ 455.477,5
ausbezahlter Betrag	**€ 98.267.504,18**	**102.480.156,10**

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 2013 wurden insgesamt **€ 2.018.118,09** (2012: € 1.960.454,42) 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 2013 betragen **€ 418.532,88** (2012: € 430.917,75).

HLB Intercontrol

10.3 JAHRESABSCHLUSS UND RECHNUNGSPRÜFUNG

Bericht

über die Prüfung des

Rechungsabschlusses

zum

31. Dezember 2013

des

Privatkrankenanstalten - Finanzierungsfonds

Wien

Ausfertigung Nr. 1

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

HLB Intercontrol GmbH is a member of HLB International. A world-wide organization of accounting firms and business advisers.

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. 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. 2013 bis 31. 12. 2013 unter Einbeziehung der Buchführung geprüft. Dieser Rechnungsabschluss umfasst die Gebarungsbilanz zum 31. 12. 2013 und die Gebarungsrechnung für das am 31. 12. 2013 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 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. 2013 sowie der Ertragslage für das Geschäftsjahr vom 1. 1. 2013 bis 31. 12. 2013 des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds in Übereinstimmung mit den österreichischen Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung. Der Fonds braucht keinen Anhang und keinen Lagebericht zu erstellen.

Wien, am 16. Juli 2014

HLB Intercontrol
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH

Dr. Markus Grün
Wirtschaftprüfer

Mag. Cornelia Spitzer
Wirtschaftsprüfer

Gebarungsbilanz
zum 31.12.2013

Aktiva	31.12.2013 €	31.12.2012 €
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
1. gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Vorteile und Software	6.266,50	11.053,50
II. Sachanlagen		
1. Betriebs- und Geschäftsausstattung	27.881,83	31.330,65
	34.148,33	**42.384,15**
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	26.516.778,91	25.406.750,44
2. sonstige Forderungen und Vermögensgegenstände	14.636,83	15.513,81
	26.531.415,74	25.422.264,25
II. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten	5.183.172,18	4.164.684,84
	31.714.587,92	**29.586.949,09**
C. Rechnungsabgrenzungsposten	**238,32**	**242,00**
Summe Aktiva	**31.748.974,57**	**29.629.575,24**

Passiva	31.12.2013 €	31.12.2012 €
A. Gebarungskapital		
I. Gewinnrücklagen		
1. zweckgebundene Rücklagen	**522,51**	**106,90**
B. Rückstellungen		
1. Rückstellungen für Abfertigungen	15.631,48	13.458,80
2. sonstige Rückstellungen	18.502,69	32.753,11
	34.134,17	**46.211,91**
C. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	31.704.429,02	29.573.731,84
2. sonstige Verbindlichkeiten	9.888,87	9.524,59
davon aus Steuern	*3.659,76*	*3.645,72*
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit	*6.229,11*	*5.878,87*
	31.714.317,89	**29.583.256,43**
Summe Passiva	**31.748.974,57**	**29.629.575,24**

Gebarungsrechnung

zum 31.12.2013

		2013 €	2012 €
1.	**Umsatzerlöse**	**105.356.047,90**	**101.719.880,03**
2.	**Betriebsleistung**	**105.356.047,90**	**101.719.880,03**
3.	**sonstige betriebliche Erträge**		
	a) Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen	418,80	120,00
	b) übrige	0,00	100,00
		418,80	**220,00**
4.	**Aufwendungen für Direktverrechnungen, Pflegekostenzuschüsse und sonstige bezogene Leistungen**		
	a) Direktverrechnung und Pflegekostenzuschüsse	**104.944.895,49**	**101.305.846,76**
5.	**Personalaufwand**		
	a) Gehälter	176.840,79	188.222,74
	b) Aufwendungen für Abfertigungen und Leistungen an betriebliche Mitarbeitervorsorgekassen	5.007,23	6.622,83
	c) Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Sozialabgaben sowie vom Entgelt abhängige Abgaben und Pflichtbeiträge	43.518,38	40.205,59
	d) sonstige Sozialaufwendungen	392,61	219,82
		225.759,01	**235.270,98**
6.	**Abschreibungen**		
	a) auf immaterielle Gegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen	**13.368,91**	**18.138,25**
7.	**Sonstige betriebliche Aufwendungen**		
	a) übrige	**179.404,96**	**179.629,33**
8.	**Zwischensumme aus Z 1 bis 7 (Betriebserfolg)**	**-6.961,67**	**-18.785,29**
9.	**sonstige Zinsen und ähnliche Erträge**	**7.380,47**	**16.884,48**
10.	**Zinsen und ähnliche Aufwendungen**	**0,58**	**3,81**
11.	**Zwischensumme aus Z 9 bis 10 (Finanzerfolg)**	**7.379,89**	**16.880,67**
12.	**Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit**	**418,22**	**-1.904,62**
13.	**Steuern vom Einkommen und vom Ertrag**	**2,61**	**0,00**
14.	**Auflösung von Rücklagen**		
	a) zweckgebunden Rücklagen	**106,90**	**2.011,52**
15.	**Zuweisung zu Rücklagen**		
16.	**zweckgebundene Rücklagen**	**522,51**	**106,90**

	2013 €	%	2012 €	%
1. Umsatzerlöse				
Erlöse Inland				
Erlöse Krankenkassen	103.870.920,00	98,6	100.785.816,00	99,1
Erlöse Selbstbehalte	463.901,00	0,4	470.825,70	0,5
Nachschüsse SV-Träger 2010	784.926,91	0,8	210.296,44	0,2
	105.119.747,91	99,8	101.466.938,14	99,8
Erlöse sonstiges Ausland				
Erlöse ausl.Versicherungsträger	236.299,99	0,2	252.941,89	0,3
	105.356.047,90	**100,0**	**101.719.880,03**	**100,0**
2. Betriebsleistung	**105.356.047,90**	**100,0**	**101.719.880,03**	**100,0**
3. sonstige betriebliche Erträge				
a) Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen				
Auflösung von sonstigen Rückstellun	418,80	0,0	120,00	0,0
b) übrige				
Sonstige Erlöse USt-frei	0,00	0,0	100,00	0,0
	418,80	**0,0**	**220,00**	**0,0**
4. Aufwendungen für Direktverrechnungen, Pflegekostenzuschüsse und sonstige bezogene Leistungen				
a) Direktverrechnung und Pflegekostenzuschüsse				
Direktverrechnungen gem.§149Abs3	98.250.224,48	93,3	96.132.137,13	94,5
Pflegekostenzuschüsse gem.§150Abs2	2.018.118,09	1,9	1.960.454,42	1,9
Direktverr.gem.§149Abs3 ASVG Restz.	4.212.651,92	4,0	2.742.429,51	2,7
Aufwand Kostenbeiträge	463.901,00	0,4	470.825,70	0,5
	104.944.895,49	**99,6**	**101.305.846,76**	**99,6**
5. Personalaufwand				
a) Gehälter				
Gehälter	163.381,80	0,2	160.733,95	0,2
Sonderzahlungen Ang.	27.230,74	0,0	28.850,30	0,0
(Urlaubs) Ersatzleistungen Ang.	1.043,47	0,0	0,00	0,0
Nicht konsumierte Urlaube Ang.	-14.815,22	-0,0	-1.361,51	0,0
	176.840,79	0,2	188.222,74	0,2
b) Aufwendungen für Abfertigungen und Leistungen an betriebliche Mitarbeitervorsorgekassen				
Beiträge Mitarbeitervorsorgekassa	2.834,55	0,0	2.962,74	0,0
Zuweisung Abfertigungsrückstellung	2.172,68	0,0	3.660,09	0,0
	5.007,23	0,0	6.622,83	0,0
c) Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Sozialabgaben sowie vom Entgelt abhängige Abgaben und Pflichtbeiträge				
Gesetzlicher Sozialaufwand Ang.	43.232,38	0,0	40.052,47	0,0

	2013 €	%	2012 €	%
Wiener Dienstgeberabgaben-Ang.	286,00	0,0	153,12	0,0
	43.518,38	0,0	40.205,59	0,0
d) sonstige Sozialaufwendungen				
Freiwillige Sozialaufwendungen	392,61	0,0	219,82	0,0
	225.759,01	**0,2**	**235.270,98**	**0,2**
6. Abschreibungen				
a) auf immaterielle Gegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen				
Abschreibung a.immat.Vermögensg.	4.787,00	0,0	8.167,01	0,0
Geringwertige EDV-Programme	0,00	0,0	98,00	0,0
Abschreibung auf Sachanlagen	7.956,28	0,0	8.841,42	0,0
Geringwertige Betriebs-u.Geschäftsa	625,63	0,0	1.031,82	0,0
	13.368,91	**0,0**	**18.138,25**	**0,0**
7. Sonstige betriebliche Aufwendungen				
a) übrige				
Instandhaltung				
Reparatur und Instandhaltung	237,43	0,0	242,90	0,0
Service und Wartung	0,00	0,0	335,73	0,0
	237,43	0,0	578,63	0,0
Versicherungen	21,67	0,0	0,00	0,0
Transportaufwand				
Transporte durch Dritte	0,00	0,0	15,00	0,0
Reise- und Fahrtaufwand				
Reisespesen	913,16	0,0	936,29	0,0
Fahrtspesen	55,80	0,0	17,60	0,0
	968,96	0,0	953,89	0,0
Post und Telekommunikation				
Porti	3.196,60	0,0	3.130,87	0,0
Telefon & Internetgebühren	4.251,79	0,0	4.485,50	0,0
	7.448,39	0,0	7.616,37	0,0
Mietaufwand				
Miete	26.578,42	0,0	26.725,92	0,0
Lizenzgebühren	257,10	0,0	216,00	0,0
Sonstige Dienstleistungen				
Fremdleistungen/Medizinische Kontr.	101.542,84	0,1	91.507,34	0,1
Reinigung durch Dritte	4.191,84	0,0	4.030,56	0,0
Buchführung u. Personalverrechnung	6.180,48	0,0	6.017,74	0,0
EDV - Dienstleistungen	15.779,60	0,0	20.861,70	0,0
	127.694,76	0,1	122.417,34	0,1
Aus- und Weiterbildung				
Aus- und Fortbildung	1.433,80	0,0	539,00	0,0
Büro- und Verwaltungsaufwand				
Büromaterial	1.751,54	0,0	1.626,55	0,0
Druckkosten	0,00	0,0	1.954,00	0,0
Fachliteratur und Zeitungen	51,00	0,0	111,00	0,0

	2013 €	%	2012 €	%
Reinigungsmaterial Büro	81,47	0,0	105,82	0,0
	1.884,01	0,0	3.797,37	0,0
Spesen des Geldverkehrs	1.447,75	0,0	1.407,79	0,0
Werbeaufwand				
Werbung	0,00	0,0	5.263,81	0,0
Spenden	400,00	0,0	325,00	0,0
	400,00	0,0	5.588,81	0,0
Rechts- und Beratungsaufwand				
Jahresabschluss und Steuerberatung	6.020,00	0,0	4.696,00	0,0
Jahresabschlussprüfung	4.560,00	0,0	4.560,00	0,0
	10.580,00	0,0	9.256,00	0,0
diverse betriebliche Aufwendungen				
Entsorgungskosten	0,00	0,0	15,00	0,0
Sitzungsaufwand	452,61	0,0	502,20	0,0
Centausgleiche	0,06	0,0	0,01	0,0
	452,67	0,0	517,21	0,0
	179.404,96	**0,2**	**179.629,33**	**0,2**
8. Zwischensumme aus Z 1 bis 7 (Betriebserfolg)	**-6.961,67**	**-0,0**	**-18.785,29**	**-0,0**
9. sonstige Zinsen und ähnliche Erträge				
Zinserträge von Kreditinstituten	**7.380,47**	**0,0**	**16.884,48**	**0,0**
10. Zinsen und ähnliche Aufwendungen				
Bank- und Darlehenszinsen	**0,58**	**0,0**	**3,81**	**0,0**
11. Zwischensumme aus Z 9 bis 10 (Finanzerfolg)	**7.379,89**	**0,0**	**16.880,67**	**0,0**
12. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	**418,22**	**0,0**	**-1.904,62**	**0,0**
13. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag				
Kapitalertragsteuer	**2,61**	**0,0**	**0,00**	**0,0**
14. Auflösung von Rücklagen				
a) zweckgebunden Rücklagen				
Auflösung satzungsmäßige Rücklagen	**106,90**	**0,0**	**2.011,52**	**0,0**
15. Zuweisung zu Rücklagen				
16. zweckgebundene Rücklagen	**522,51**	**0,0**	**106,90**	**0,0**

ANLAGENSPIEGEL

Privatkrankenanstalten Finanzierungsfonds

zum 31.12.2013

		Entwicklung zu Anschaffungs- und Herstellungskosten					Entwicklung der Abschreibungen					Buchwerte	
		Stand 1.1.2013	Zugang	Umbuchung	Abgang	Stand 31.12.2013	Stand 1.1.2013	Zugang	Abgang	Zuschreibung	Stand 31.12.2013	Stand 31.12.2012	Stand 31.12.2013
		€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€	€
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	27.813,58	4.787,00	0,00	0,00	32.600,58	11.053,50	6.266,50
II.	Sachanlagen												
1.	Betriebs- und Geschäftsausstattung	77.629,87	5.133,09	0,00	1.717,74	81.045,22	46.299,23	8.581,91	1.717,74	0,00	53.163,39	31.330,64	27.881,83
	SUMME ANLAGENSPIEGEL	**116.496,95**	**5.133,09**	**0,00**	**1.717,74**	**119.912,30**	**74.112,81**	**13.368,91**	**1.717,74**	**0,00**	**85.763,97**	**42.384,14**	**34.148,33**

11. LEISTUNGEN 2013

AUFENTHALTE

Aufenthalte, absolut	Männlich	Weiblich	Total
2013	**37.074**	**57.639**	**94.713**
2012	37.060	56.905	93.965
2011	35.648	55.703	91.351
2010	34.550	55.260	89.810
Aufenthalte, relativ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2013	**39,1%**	**60,9%**	**100%**
2012	39,4%	60,6%	100%
2011	39,02%	60,98%	100%
2010	38,47 **%**	61,53 **%**	100%
Aufenthalte, VÄ zum VJ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
VÄ12/13	**0,1%**	**1,9%**	**0,8%**
VÄ 11/12	4,00%	2,2%	2,9%
VÄ 10/11	3,20%	0,80%	1,70%

2013 wurden insgesamt **94.713** Aufenthalte mit dem Fonds abgerechnet; +0,8 % im Vergleich zum Vorjahr. Bei der Inanspruchnahme sind mit 60,9 % die Aufenthalte von weiblichen Patienten bestimmend. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Aufenthalt der männlichen Patienten stärker gestiegen als die Aufenthalte der weiblichen Patienten.

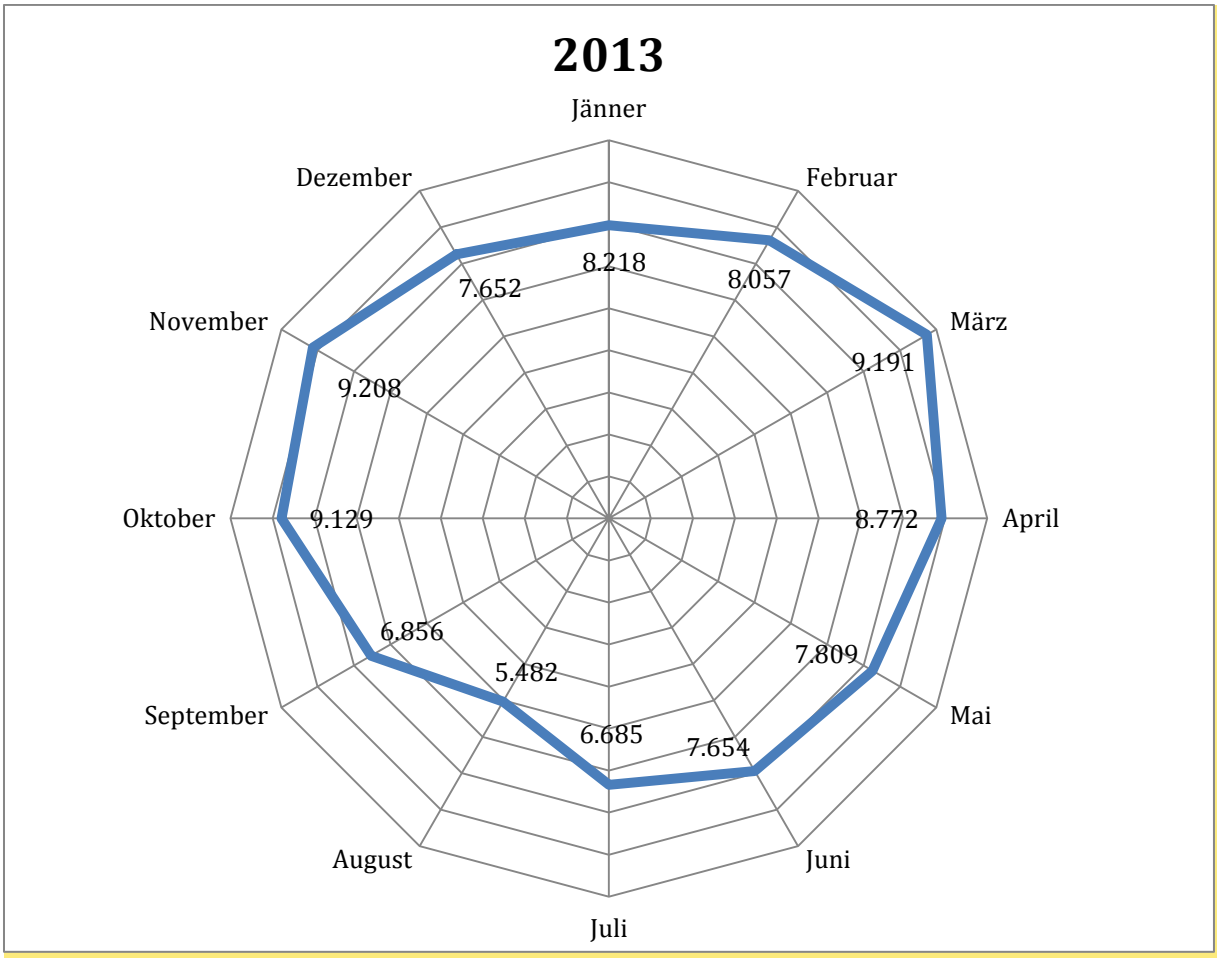
ART DER AUFNAHME

Aufenthalte	2013	2012	2011	2010
Aufnahme normal	**87.267**	87.611	87.575	86.541
Kurzzeit-Tagesklinik	**6.246**	4.973	2.261	1.875
Transfer	**1.151**	1.285	1414	1.296
Wiederaufnahme	**49**	96	101	98
geplant	**92,2%**	92,00%	91,80 %	91,50%

Für die gesamte Leistungserbringung ist bestimmend, dass 92 % aller Aufnahmen bereits vorweg geplant sind. In den Krankenanstalten der Landesgesundheitsfonds sind 56% aller Aufnahmen geplant.

Krankenanstalten	GEPLANT	AKUT
Landesgesundheitsfonds	56%	44%
PRIKRAF	92%	8%

JAHRESVERTEILUNG DER AUFNAHMEN 2013



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 Oktober bis Mai und am niedrigsten zwischen Juni und September.

LEBENSALTER

Lebensalter	Männlich	Weiblich	Total
2013	**60,2**	**61,0**	**60,6**
2012	60,1	61,1	60,7
2011	59,6	60,9	60,4
2010	59,5	60,7	60,2

Das durchschnittliche Lebensalter der behandelten Patienten ist mit 60,6 Lebensjahren höher als jenes in Landesfonds-Krankenanstalten (55,8 Lebensjahre). Weibliche Patienten (61,0 Lebensjahre) sind im Durchschnitt um 8 Monate älter als Männer (60,2 Lebensjahre).

Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Männlich	**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
	2010	952	2.322	3.775	7.110	12.692	7.696	34.546
Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Weiblich	**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
	2010	638	2.900	8.452	10.839	17.942	14.487	55.258
Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Männlich	**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%
	2010	2,8%	6,7%	10,9%	20,6%	36,7%	22,3%	100,0%
Weiblich	**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%
	2010	1,2%	5,2%	15,3%	19,6%	32,5%	26,2%	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 60-74 beobachtet werden.

Belagstage	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2013	**145.609**	**281.056**	**426.665**
2012	149.535	288.187	437.722
2011	147.294	293.343	440.637
2010	144.899	290.160	435.059

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
2013	**34,1%**	**65,9%**	**100%**
2012	34,2%	65,8%	100%
2011	33,4 %	66,6%	100%
2010	33,3 %	66,7 %	100%

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
VÄ 2013/2012	**-2,6%**	**-2,5%**	**-2,5%**
VÄ 2012/2011	1,5%	-1,8%	-0,7%
VÄ 2011/2010	1,7%	1,1%	1,3%

Insgesamt sind 2013 426.665 Belagstage angefallen, gegenüber dem Vorjahr ein Minus von 2,5%. Geschlechtsspezifisch entfallen 65,9 % der Belagstage auf weibliche Patienten, ein Minus von 2,5 % gegenüber dem Vorjahr. Bei den männlichen Patienten ist ein Minus der Belagstage von 2,6% zu verzeichnen und der realtive Anteil beträgt 34,1% ein Rückgang von 0,1% gegenüber dem Vorjahr.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER IN TAGEN

durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Männlich	Weiblich	Total
2013	**3,9**	**4,9**	**4,5**
2012	4,0	5,1	4,66
2011	4,1	5,3	4,8
2010	4,2	5,3	4,8

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 4,5 Tage und ist gegenüber dem Vorjahr gesunken. Bei weiblichen Patienten dauern Aufenthalte um einen Tag länger als bei männlichen Patienten. Im Vergleich dazu beträgt die österreichweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Landesfonds Krankenanstalten 5,17 Tage.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER NACH ALTERSGRUPPEN IN TAGEN

Altersgruppen	2013	2012	2011	2010
0-14	**1,74**	**1,73**	1,61	1,60
15-29	**2,82**	**2,88**	2,96	3,00
30-44	**3,43**	**3,47**	3,55	3,62

45-59	**3,51**	**3,57**	3,74	3,73
60-74	**4,45**	**4,59**	4,79	4,77
75+	**6,63**	**6,91**	7,13	7,20
Total	**4,5**	**4,66**	4,8	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 6,63).

0-TAGESAUFENTHALTE

Aufenthalte	Männlich	Weiblich	Total
2013	**2.712**	**3.826**	**6.538**
2012	2.361	3.225	5.586
2011	2.125	2.855	4.980
2010	1.806	2.384	4.190

Aufenthalte	Männlich	Weiblich	Total
VÄ 2012/2013	**14,9%**	**18,6%**	**17,0%**
VÄ 2012/2011	11,1%	13,0%	12,2%
VÄ 2011/2010	17,7%	19,8%	18,9%

Kennzahlen	2013	2012	2011	2010
Aufenthalte	**6.538**	5.586	4.980	4.190
In % aller Patienten	**6,9%**	5,9%	5,5 %	4,7 %
Alter Θ Lebensjahre	**61,1**	59,4	57,4	56
Punkte je Aufenthalt	**1.326**	1.366	1.386	1.447

Insgesamt wurden rund 6,9 % der Aufenthalte als 0-Tagesaufenthalte dokumentiert, der Anstieg gegenüber dem Vorjahr beträgt 17,0 %.

AUFENTHALTE NACH DIAGNOSEN

Aufenthalte nach Diagnosen, absolut	2013	2012	2011	2010
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	**989**	847	887	895

02 Neubildungen	**9.684**	9.394	8.723	9.235
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	**322**	328	285	300
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	**1.623**	1.468	1.466	1.311
05 Psychische Verhaltensstörungen	**2.204**	2.063	2.134	1.788
06 Krankheiten des Nervensystems	**3.820**	3.678	3.460	3.400
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	**9.425**	9.420	8.956	8.766
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	**862**	883	881	910
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	**8.831**	9.112	9.013	8.801
10 Krankheiten des Atmungssystems	**3.986**	3.815	3.939	3.928
11 Krankheiten des Verdauungssystems	**7.028**	7.433	7.197	7.140
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	**838**	756	818	832
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems,	**25.161**	24.935	24.064	23.574
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	**4.233**	4.431	4.410	4.330
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	**5.187**	4.921	4.811	4.812
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	**108**	99	93	126
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	**365**	337	308	326
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	**1.831**	1.713	1.722	1.559
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	**8.193**	8.302	8.166	7.754
21 Andere Faktoren Inanspruchnahme Gesundheitswesens	**23**	30	18	23
Total	**94.713**	93.965	91.351	89.810
Aufenthalte nach Diagnosen, relativ	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	**0,9**	0,9	1,0	1,0
02 Neubildungen	**10,2**	10,0	9,6	10,3
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	**0,3**	0,4	0,3	0,3
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	**1,7**	1,6	1,6	1,5
05 Psychische Verhaltensstörungen	**2,3**	2,2	2,3	2,0
06 Krankheiten des Nervensystems	**4,0**	3,9	3,8	3,8
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	**10,0**	10,0	9,8	9,8
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	**1,1**	0,9	1,0	1,0

09 Krankheiten des Kreislaufsystems	**9,3**	9,7	9,9	9,8
10 Krankheiten des Atmungssystems	**4,2**	4,1	4,3	4,4
11 Krankheiten des Verdauungssystems	**7,4**	7,9	7,9	8,0
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	**0,9**	0,8	0,9	0,9
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems,	**26,6**	26,5	26,3	26,2
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	**4,5**	4,7	4,8	4,8
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	**5,5**	5,2	5,3	5,4
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	**0,1**	0,1	0,1	0,1
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	**0,4**	0,4	0,3	0,4
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	**1,9**	1,8	1,9	1,7
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	**8,7**	8,9	8,9	8,6
21 Andere Faktoren der Inansp.nahme des Gesundheitswesens	**0**	0,00	0,0	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 26,6%, Neubildungen 10,2%, Augenerkrankungen 10%, Erkrankungen des Kreislaufsystems 9,3%, Verletzungen 8,7 % und Krankheiten des Verdauungssystems 7,4%).

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER NACH DIAGNOSEN IN TAGEN

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**
05 Psychische Verhaltensstörungen	11,1	11,1	11,1	10,5
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,9	7,8	8,6	8,5
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	6,2	6,4	6,4	6,7
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	5,8	6,0	6,1	6,0
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	5,6	6,5	6,4	6,2
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	5,3	5,6	5,9	6,4
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	5,3	4,9	5,1	5,4
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	5,3	5,4	4,8	3,8
10 Krankheiten des Atmungssystems	5,2	5,4	5,3	5,5
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	5,1	4,9	4,9	5,0
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	5,1	5,3	5,4	5,6
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,6	4,7	4,8	4,9

21 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	4,6	5,7	4,9	3,4
Total	**4,5**	**4,66**	**4,8**	**4,8**
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	4,0	4,5	4,9	5,1
06 Krankheiten des Nervensystems	3,9	4,1	4,3	4,2
02 Neubildungen	3,5	3,7	3,9	3,8
11 Krankheiten des Verdauungssystems	3,5	3,6	3,7	3,8
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	3,4	3,4	3,4	3,4
17 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	2,3	2,5	2,5	2,5
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	1,0	1,0	1,0	1,2

Überdurchschnittliche lange Aufenthalte gelten für Patienten mit psychischen Erkrankungen (11,1 Tage) und bei Infektionskrankheiten (7,9 Tage). Für die Behandlung von Muskel-und Skeletterkrankungen, als zahlenmäßig häufigste Diagnosestellung (26,6%), ist die Aufenthaltsdauer (5,8 Tage) über dem Durchschnittswert (4,50 Tage). Mit 1,0 Tagen ist die Aufenthaltsdauer bei der Behandlung von Augenerkrankungen (10% der Aufenthalte) am kürzesten.

LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT - DIAGNOSEN

LKF-Punkte je Aufenthalt	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	4.775	4.732	4.408	3.347
21 Andere Faktoren d. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	3.768	3.487	2.715	2.807
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	3.039	3.025	2.986	2.859
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2.867	2.926	2.961	2.900
05 Psychische Verhaltensstörungen	2.826	2.872	2.748	2.654
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	2.802	2.810	2.740	2.762
02 Neubildungen	2.732	2.696	2.762	2.696
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	2.653	2.683	2.707	2.708
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2.519	2.594	2.706	2.671
Total	**2.474**	**2.470**	**2.467**	**2.433**
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	2.269	2.352	2.546	2.255
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	2.422	2.413	2.385	2.420
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	2.313	2.281	2.269	2.225
10 Krankheiten des Atmungssystems	2.189	2.216	2.173	2.190

12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	2.245	2.187	2.088	2.239
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	1.919	2.025	1.932	1.970
11 Krankheiten des Verdauungssystems	1.988	2.009	2.038	2.081
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	1.874	1.847	1.891	1.970
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	1.938	1.839	1.839	1.828
06 Krankheiten des Nervensystems	1.627	1.642	1.657	1.635
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	1.321	1.321	1.328	1.378

Für 2013 fallen je Aufenthalt 2.474 LDF-Punkte an. Die Punkte je Aufenthalt sind gegenüber dem Vorjahr geringfügig gestiegen (2012: 2.470 LDF Punkte pro Aufenthalt). Für die Behandlung von Muskel-und Skeletterkrankungen, als zahlenmäßig häufigste Diagnosestellung sind die LDF Punkte von 3.025 auf 3039 (+14) Punkte gestiegen und bei Neubildungen um (+36) Punkte.

LKF-Punkte nach Diagnose und Geschlecht, 2013	**Männlich**	**Weiblich**
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	4.770	4.783
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett		2.867
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	3.044	3.036
02 Neubildungen	2.625	2.794
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	2.663	2.887
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	2.522	2.798
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2.427	2.561
05 Psychische Verhaltensstörungen	2.670	2.907
Total	**2.401**	**2.522**
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	2.518	2.348
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	2.114	2.358
17 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	2.360	2.211
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	2.142	2.320
10 Krankheiten des Atmungssystems	2.117	2.259
21 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	2.751	4.213
11 Krankheiten des Verdauungssystems	2.008	1.970
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	1.828	1.975
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	1.868	1.878

08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	1.849	2.012
06 Krankheiten des Nervensystems	1.501	1.741
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	1.336	1.309

Geschlechtsspezifisch sind für nahezu alle Diagnosegruppen die durchschnittlich je Aufenthalt anfallenden LKF-Punkte bei den weiblichen Patienten höher (männlich: 2.401, weiblich: 2.522; Differenz männlich/weiblich: 121 Punkte). Besonders stark ausgeprägte Unterschiede bestehen in den Kapitel 19 (276 Punkte), Kapitel 06 (240 Punkte) Kapitel 05 (237 Punkte) und Kapitel 02 (Differenz 169 Punkte).

STRUKTUR DER AUFENTHALTE 2013 IM VERGLEICH , IN PROZENT

Hauptdiagnosen (Kapitel des ICD 10)	**PRIKRAF**	**LANDESF-KA**
Total	100	100
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	26,6	9,1
02 Neubildungen	10,2	15,6
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	10,0	7,0
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	9,3	11,5
19 Verletzungen, Vergiftungen, andere Folgen äußere Ursachen	8,7	8,6
11 Krankheiten des Verdauungssystems	7,4	8,8
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	5,5	4,5
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	4,5	6,2
10 Krankheiten des Atmungssystems	4,2	5,7
06 Krankheiten des Nervensystems	4,0	4,3
05 Psychische und Verhaltensstörungen	2,3	4,8
18 Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	1,9	4,3
04 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,7	2,2
08 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	1,1	0,9
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,9	2,3
12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,9	1,4
17 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanom.	0,4	0,7
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 rund 72 % aller Aufenthalte, in Landesfonds-KA 60,6%. Im Vergleich mit Landesfonds-KA werden weniger Neubildungen (Differenz: - 5,4 % Punkte) behandelt. Umgekehrt ist der Anteil von Patienten mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Differenz: + 17,5% Punkte) und bei Augenerkrankungen (Differenz: + 3,0% Punkte) in den PRIKRAF-KA deutlich höher.

HAUPTDIAGNOSEGRUPPEN UND MEL-LEISTUNGEN 2013

HDG MEL Gruppen 2013		Aufenthalte
MEL14	Bewegungsapparat (MEL)	**19.171**
HDG01	Schädel, Gehirn, Nervensystem	**11.494**
MEL15	Augen, Orbita	**9.320**
MEL13	Weibliche Genitalorgane, Entbindung	**7.185**
HDG08	Verdauungsorgane	**5.768**
MEL22	onkologische Therapien	**3.512**
MEL04	Hals, obere Luftwege, Ohr (MEL)	**3.391**
HDG06	Herz, Aorta, Kreislaufsystem	**3.349**
HDG14	Bewegungsapparat (HDG)	**2.572**
MEL06	Abdominalwand, Darm, Becken	**2.553**
MEL02	Periphere Nerven, Bindegewebe	**2.397**
MEL09	Gefäße (MEL)	**2.381**
HDG20	Psychiatrie	**2.284**
MEL01	Schädel, Wirbelsäule, Nervensystem	**2.243**
HDG05	Lunge, Thoraxwand (HDG)	**1.893**
HDG19	Mamma, Haut, Kollagenosen	**1.715**
MEL21	Interventionelle Kardiologie	**1.226**
HDG02	Hals, obere Luftwege, Ohr (HDG)	**1.174**
HDG09	Harnblase, Niere, Harnwege	**1.045**
MEL16	Mammachirurgie	**936**
MEL12	Männliche Genitalorgane (MEL)	**909**
HDG18	Drüsen und Stoffwechsel	**903**
HDG07	Gefäße (HDG)	**761**

HDG15	Verletzungen	**735**
HDG16	Infektionen	**688**
MEL05	Ösophagus, oberes Abdomen	**656**
HDG12	Geburten, Schwangerschaft	**542**
MEL11	Niere und Harnwege	**523**
HDG17	Erkrankungen des Blutes	**451**
HDG10	Männliche Genitalorgane (HDG)	**365**
MEL03	Mund, Kiefer, Gesicht (MEL)	**364**
MEL20	Interventionelle Radiologie	**341**
HDG04	Mund, Kiefer, Gesicht (HDG)	**307**
HDG22	Komplikationen, äußere Einflüsse	**304**
HDG11	Weibliche Genitalorgane	**290**
MEL07	Lunge, Thoraxwand (MEL)	**154**
HDG03	Augen	**150**
MEL25	Strahlentherapie, Radionuklidtherapie	**130**
MEL17	Lymphonodektomien	**118**
MEL10	Implantation Schrittmacher, Defibrillator	**114**
HDG13	Fetale Schädigungen	**107**
MEL29	Extrakorp./endoskop. Steinbehandlung, ERCP	**61**
HDG24	Anomalien, unspezifische Befunde	**55**
MEL08	Herz, Thorax	**47**
HDG21	Vergiftungen und tox. Wirkungen	**12**
HDG23	Sonstige Anlässe zum Spitalsaufenthalt	**9**
MEL24	Dialyseverfahren	**8**

Die Tabelle reiht die HDG und MEL Gruppen nach der Häufigkeit der Aufenthalte im Jahre 2013.

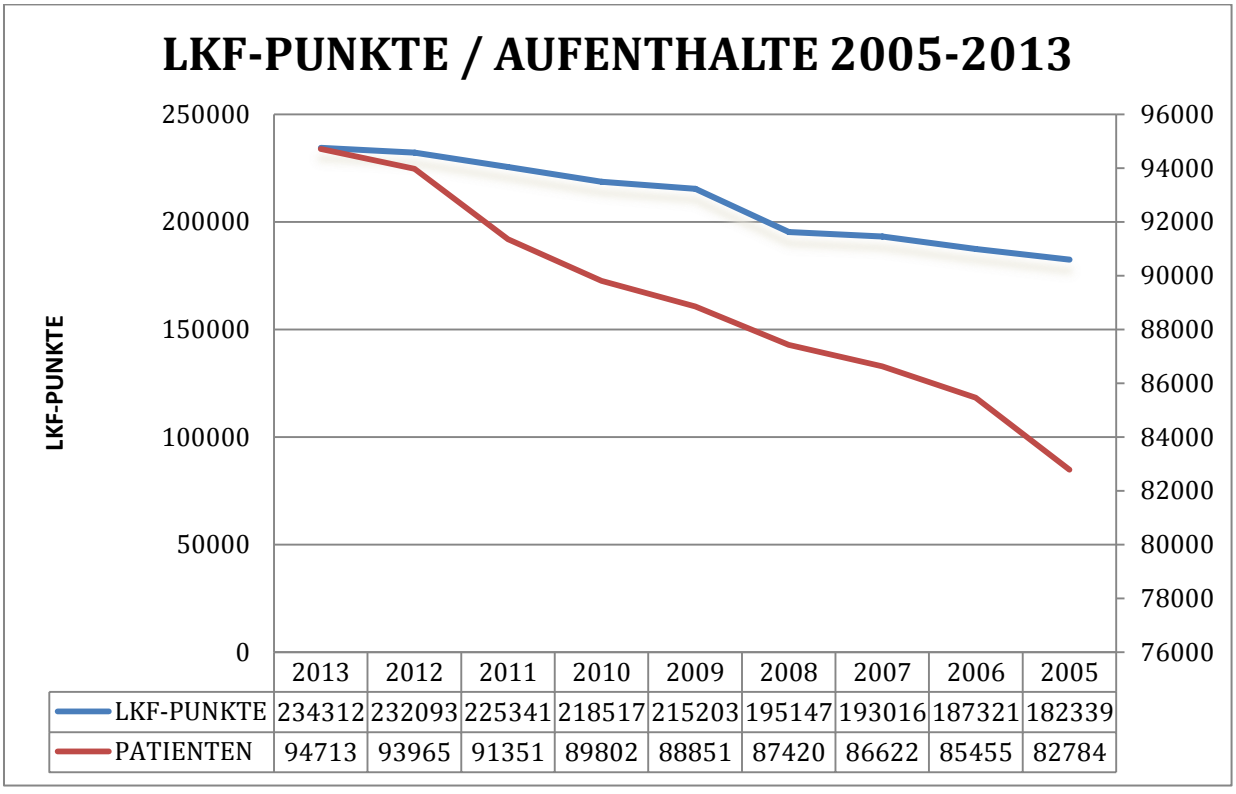
ART DER ENTLASSUNG 2010 –2013

Entlassungsart	**Männlich**				**Weiblich**			
	2013	**2012**	**2011**	**2010**	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**
Entlassung normal	36.531	36.550	35.124	33.970	56.804	56.087	54.928	54484
Pflege				1				1
Rehabilitation				1	1		1	2

Sterbefall	130	126	111	130	168	163	191	186
Transfer	413	384	413	448	665	655	583	589
Total	37.074	37.060	35.648	34.550	57.639	56.905	55.703	55.262
Lebensalter	**Männlich**				**Weiblich**			
	2013	**2012**	**2011**	**2010**	**2013**	**2012**	**2011**	**2010**
Entlassung normal	60	60	59	59	61	61	61	61
Pflege				44				
Rehabilitation				18			91	
Sterbefall	80	79	79	77	81	80	79	87
Transfer	73	72	72	71		72	73	71
Total	60	60	59	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



	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005
LKF-PUNKTE	234312	232093	225341	218517	215203	195147	193016	187321	182339
PATIENTEN	94713	93965	91351	89802	88851	87420	86622	85455	82784

LKF - Punkte, absolut	Männlich	Weiblich	Total
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
2010	80.731.958	137.785.116	218.517.074
LKF - Punkte, relativ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2013	38,0%	62,0%	100,0%
2012	38,2%	61,8%	100,0%
2011	37,6%	62,4 %	100,0%
2010	37,0%	63,0%	100,0%
LKF - Punkte, Index 2012	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2013	100,4	101,2	100,9
2012=100	100	100	100

Die LKF Punkte sind im Vergleich zum Vorjahr um 0,9 % gestiegen. Die Verteilung hat sich leicht zu den weiblichen Patienten verschoben. Die abgerechneten LKF Punkte sind bei den Männern um 0,4 % gestiegen, der Zuwachs bei den Frauen beträgt rund 1,2%.

LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT UND GESCHLECHT

LKF - Punkte je Aufenthalt	Männlich	Weiblich	Total
2013	2.401	2.522	**2.474**
2012	2.391	2.521	**2.470**
2011	2.377	2.524	**2.467**
2010	2.336	2.493	**2.433**

LKF –PUNKTE NACH ALTERSGRUPPEN 2010 – 2013, IN %

Altersgruppe	2013	2012	2011	2010
0-14	**1,1%**	1,1%	1,1%	1,2%

15-29	**5,6%**	5,5%	5,5%	5,4%
30-44	**13,0%**	13,2%	13,6%	13,5%
45-59	**18,3%**	18,1%	18,3%	18,2%
60-74	**36,6%**	36,0%	35,2%	35,0%
75+	**25,4%**	26,1%	26,7%	27,4%
Total	**100,00%**	100,00%	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 2013

Altersgruppe	Männlich	Weiblich	Total
0-14	1,6	0,7	**1,1%**
15-29	6,0	5,0	**5,6%**
30-44	8,8	15,3	**13,0%**
45-59	19,4	17,5	**18,3%**
60-74	39,9	35,0	**36,6%**
75+	24,3	26,5	**25,4%**
Total	100,0%	100,0%	**100,0%**

Altersgruppe	Männlich	Weiblich	Total
0-14	58,4%	41,6%	100,00%
15-29	41,9%	58,1%	100,00%
30-44	15,8%	74,2%	100,00%
45-59	41,2%	59,8%	100,00%
60-74	41,9%	59,1%	100,00%
75+	36,6%	64,4%	100,00%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

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

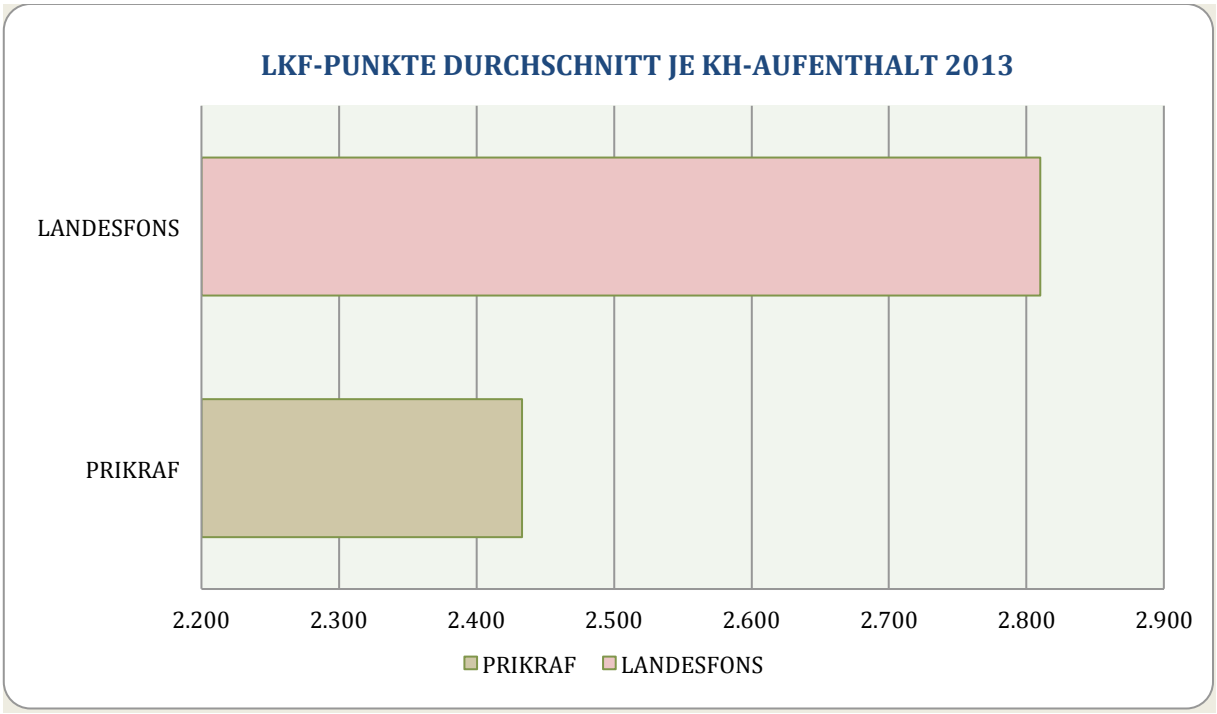
LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT NACH ALTERSGRUPPEN 2010 – 2013

Altersgruppe	2013	2012	2011	2010
0-14	**1.741**	1.754	1.706	1.609
15-29	**2.281**	2.283	2.258	2.248
30-44	**2.438**	2.441	2.437	2.407
45-59	**2.270**	2.255	2.259	2.216
60-74	**2.545**	2.542	2.544	2.496
75+	**2.656**	2.648	2.647	2.639
Total	**2.474**	2.470	2.467	2.433

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			
	2013	2012	2011	2010
Burgenland	**1.954**	2.004	2.004	2.028
Kärnten	**3.003**	2.961	2.961	2.977
Niederösterreich	**2.918**	2.786	2.786	2.764
Oberösterreich	**2.687**	2.685	2.685	2.705
Salzburg	**2.761**	2.657	2.657	2.652
Steiermark	**2.925**	2.911	2.911	2.920
Tirol	**2.962**	2.920	2.920	2.932
Vorarlberg	**2.481**	2.455	2.455	2.465
Wien	**3.034**	3.025	3.025	2.944
PRIKRAF	**2.474**	2.470	2.467	2.433
Österreich	**2.850**	2.793	2.812	2.810

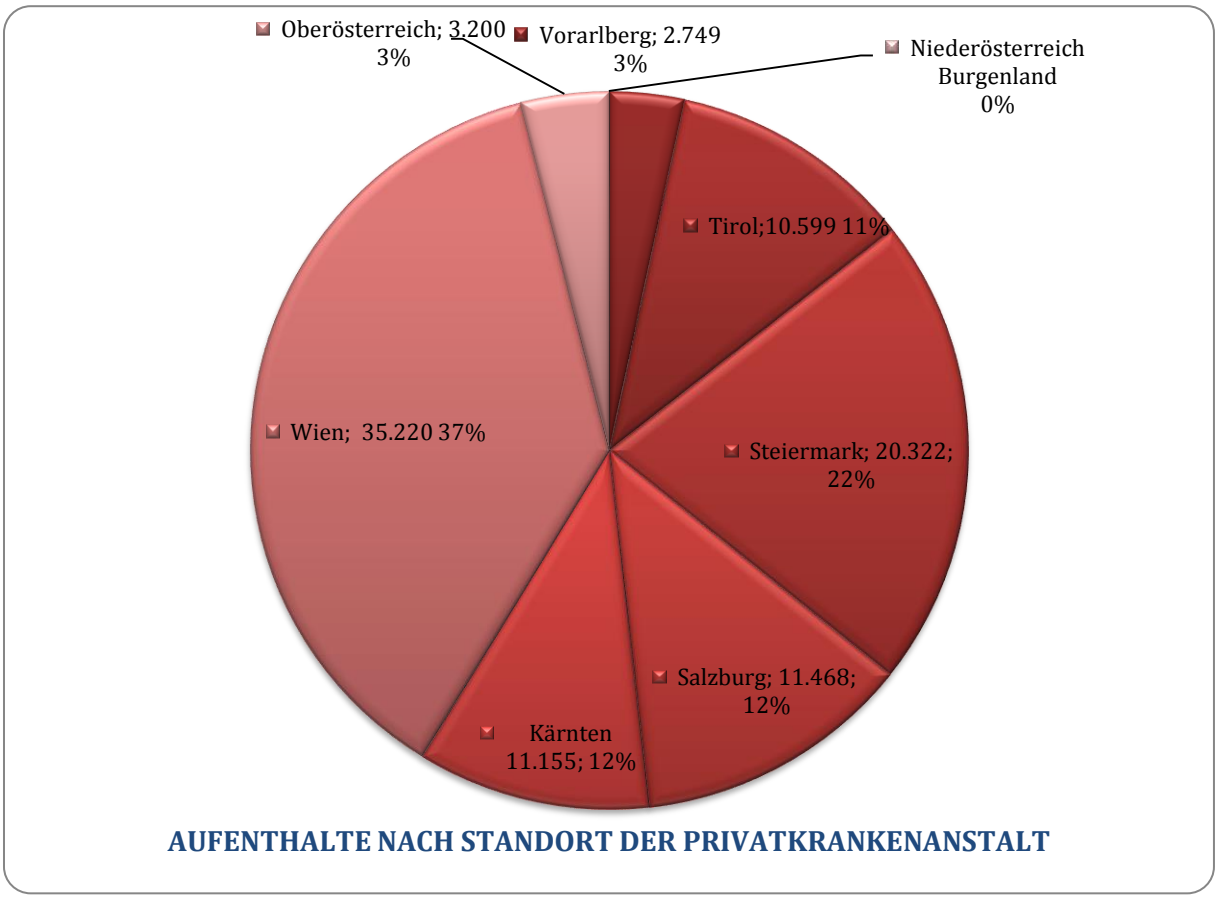


Die durchschnittlichen LKF-Punkte variieren innerhalb der Landesfonds von 1.954 (Burgenland) bis 3.034 (Wien). Im Vergleich zu den Landegesundheitsfonds sind die Punkte je Aufenthalt im PRIKRAF unter dem Durchschnitt gelegen.

12. LEISTUNGEN DER KRANKENANSTALTEN

AUFENTHALTE GESAMT

Aufenthalte nach Standort der KA	**2013**	**Relative Änderung 2012=100**	2012	2011	2010
Total	**94.713**	**100,8**	93.965	91.351	89.810
Vorarlberg	**2.749**	**96,0**	2.864	3.026	3.002
Tirol	**10.599**	**101,2**	10.470	9.998	9.961
Steiermark	**20.322**	**102,6**	19.811	18.991	19.106
Salzburg	**11.468**	**101,5**	11.294	11.184	11.215
Kärnten	**11.155**	**100,2**	11.128	10.967	9.439
Wien	**35.220**	**101,0**	34.883	33.750	33.498
Oberösterreich	**3.200**	**91,0**	3.515	3.435	3.553



AUFENTHALTE NACH STANDORT DER PRIVATKRANKENANSTALT

Differenziert nach dem regionalen Standort der Krankenanstalten sind Zuwächse bei den Aufenthalten für die PRIKRAF Krankenanstalten in der Steiermark 2,6 % in Salzburg mit 1,5% und in Tirol mit 1,2 %. Rückgange gibt es in Oberösterreich mit 9 % aufgrund, dass die Privatklinik Wels im Jahr 2013 nicht abgerechnet hat.

Standort	Aufenthalte nach Krankenanstalten	2013	2012	VÄ Vorjahr absolut	2011	2010
Kärnten	K212 Klagenfurt PKL	**5.422**	5.343	**79**	5.259	14
	K221 Althofen PKL	**-**	-	-	-	3.348
	K223 Villach PKL	**5.733**	5.785	**-52**	5.708	6.077
OÖ	K421 Linz DIA-KH	**3.200**	3.308	**-108**	3.190	3.276
	K445 Wels PKL		207	**-207**	245	277
Salzburg	K521 Radstadt KH	**190**	172	**18**	127	79
	K526 Salzburg DIA-KH	**3.233**	3.233	**0**	3.112	3.240

	K530 Wehrle PKL	**3.296**	3.204	**92**	3.115	2.970
	K544 Ritzensee PKL	**448**	396	**52**	443	502
	K546 EMCO PKL	**2.775**	2.712	**63**	2.796	2.712
	K547 Vigaun PKA	**595**	663	**-68**	652	677
	K549 PKL Salzburg	**736**	757	**-21**	791	885
	K550 Altenmarkt KH	**195**	157	**38**	148	186
Steiermark	K623 Leech PKL	**1.440**	1.629	**-189**	1.655	1.576
	K624 Kreuzschwestern PKL	**5.788**	5.745	**43**	5.518	5.727
	K625 St. Leonhard SAN	**1.119**	1.287	**-168**	1.321	1.460
	K659 Hansa SAN	**3.590**	2.939	**651**	2.531	2.545
	K661 Feldbach SAN	**127**	182	**-55**	170	159
	K667 Kastanienhof PKL	**1.395**	1.385	**10**	1.354	1.262
	K668 Lassnitzhöhe	**26**	40	**-14**	22	
	K670 Theresienhof KH	**130**	151	**-21**	98	99
	K674 Ragnitz PKL	**6.707**	6.453	**254**	6.322	6.278
Tirol	K708 Kettenbrücke BSR	**5.628**	5.415	**213**	5.124	5.069
	K709 Hochrum SAN	**3.914**	3.973	**-59**	3.838	3.940
	K732 Wörgl SAN	**1.057**	1.082	**-25**	1.036	952
Vorarlberg	K801 St. Josef KH	**-**	45	**-45**	83	104
	K804 Mehrerau SAN	**1.994**	2.053	**-59**	2.203	2.277
	K838 Dr. Rhomberg	**41**	1	**40**		
	K853 Schenk SAN	**714**	765	**-51**	740	621
Wien	K905 Confraternität PKL	**5.331**	5.098	**233**	4.951	4.802
	K911 Goldenes Kreuz PKL	**5.795**	5.950	**-155**	5.864	5.979

	K913 Hera SAN	**869**	1.333	**-464**	1.611	1.548
	K949 Rudolfinerhaus PKH	**7.599**	7.310	**289**	6.820	6.936
	K954 Wiener Privatklinik	**5.285**	5.306	**-21**	5.153	4.881
	K963 Döbling PKL	**10.341**	9.886	**455**	9.351	9.352
	Total	**94.713**	93.965	**748**	91.351	89.810

Differenziert nach Krankenanstalten ergibt sich keine eindeutiges Muster: Deutliche Zuwächse in einigen Krankenanstalten steht ein Rückgang in anderen Krankenanstalten gegenüber.
Die Privatklinik Wels hat im Jahr 2013 keine Aufenthalte abgerechnet und das Sanatorium Hera hat aufgrund von Umbauarbeiten weniger Aufenthalte abgerechnet. Die Akutstation St. Josef in Au (K801) wurde mit 30.09. 2012 geschlossen.

AUFENTHALTE MÄNNLICH/WEIBLICH ABSOLUT-RELATIV 2013

Aufenthalte	**2013**		**Vorjahr absolut**		**VÄ Vorjahr relativ**	
	Männlich	**Weiblich**	**Männlich**	**Weiblich**	**Männlich**	**Weiblich**
K212 Klagenfurt PKL	2.111	3.311	2.052	3.291	2,8%	0,6%
K223 Villach PKL	2.150	3.583	2.136	3.649	0,7%	-1,8%
K421 Linz DIA-KH	1.239	1.961	1.312	1.996	-5,4%	-1,6%
K445 Wels PKL			104	103		
K521 Radstadt KH	78	112	74	98	5,4%	14,3%
K526 Salzburg DIA-KH	1.012	2.221	995	2.238	1,8%	-0,7%
K530 Wehrle PKL	1.417	1.879	1.362	1.842	4,0%	1,8%
K544 Ritzensee PKL	213	235	223	173	-4,0%	36,4%
K546 EMCO PKL	1.421	1.354	1.370	1.342	3,6%	1,2%
K547 Vigaun PKA	242	353	294	369	-17,3%	-4,3%
K549 PKL Salzburg	264	472	251	506	5,6%	-6,3%
K550 Altenmarkt KH	101	94	80	77	26,3%	23,3%

K623 Leech PKL	593	847	718	911	-17,4%	-6,6%
K624 Kreuzschwestern PKL	2.390	3.398	2.361	3.384	1,2%	0,4%
K625 St. Leonhard SAN	12	1.107	20	1.267	-30,0%	-12,5%
K659 Hansa SAN	1.494	2.096	1.195	1.744	25,1%	20,7%
K661 Feldbach SAN	77	50	109	73	-30,0%	-31,5%
K667 Kastanienhof PKL	472	923	503	882	-6,1%	36,6%
K668 Lassnitzhöhe	8	18	17	23	-53,0%	-22,00%
K670 Theresienhof KH	31	99	51	100	-40,0%	-0,10%
K674 Ragnitz PKL	2.718	3.989	2.784	3.669	-2,4%	8,70%
K708 Kettenbrücke BSR	2.055	3.573	1.978	3.437	3,9%	3,9%
K709 Hochrum SAN	1.836	2.078	1.796	2.177	2,2%	-4,5%
K732 Wörgl SAN	530	527	531	551	-0,1%	-4,4%
K801 St. Josef KH			20	25		
K804 Mehrerau SAN	648	1.346	673	1.380	-3,7%	-2,5%
K838 Dr. Rhomberg SAN	20	21		1		
K853 Schenk SAN	433	281	503	262	-14,0%	6,7%
K905 Confraternität PKL	2.405	2.926	2.350	2.748	2,3%	6,5%
K911 Goldenes Kreuz PKL	1.088	4.707	1.291	4.659	-15,6%	1,0%
K913 Hera SAN	292	577	481	852	-39,5%	-32,4%
K949 Rudolfinerhaus PKH	3.119	4.480	2.932	4.378	6,4%	2,4%
K954 Wiener Privatklinik	2.295	2.990	2.350	2.956	-2,3%	0,9%
K963 Döbling PKL	4.310	6.031	4.144	5.742	-4,0%	5,0%
Total	**37.074**	**57.639**	**37.060**	**56.905**	**0,0%**	**1,2%**

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

DURCHSCHNITTLICHES LEBENSALTER

Durchschnittliches Lebensalter / KH	2013	2012	2011	2010
K212 Klagenfurt PKL	67,1	66,9	67,2	60,1
K223 Villach PKL	63,5	63,4	63,3	62,4
K421 Linz DIA-KH	63,4	63,6	62,8	62,9
K445 Wels PKL	-	71,3	72,5	71,2
K521 Radstadt KH	42,5	41,2	40,1	42,9
K526 Salzburg DIA-KH	59,3	59,5	60,0	60,7
K530 Wehrle PKL	66,0	65,4	65,0	65,4
K544 Ritzensee PKL	47,1	47,7	46,2	46,9
K546 EMCO PKL	59,1	59,4	58,6	58,9
K547 Vigaun PKA	64,4	64,6	64,0	63,9
K549 PKL Salzburg	52,8	51,6	52,4	52,1
K550 Altenmarkt KH	45,6	43,5	46,0	43,2
K623 Leech PKL	56,1	55,6	66,0	56,3
K624 Kreuzschwestern PKL	63,1	63,2	62,5	61,8
K625 St. Leonhard SAN	39,1	39,1	39,4	38,4
K659 Hansa SAN	67,2	68,7	66,0	66,1
K661 Feldbach SAN	54,9	53,5	53,0	51,0
K667 Kastanienhof PKL	70,0	70,0	70,9	70,0
K668 Lassnitzhöhe	73,2	79,3	72,3	
K670 Theresienhof KH	67,2	68,3	66,3	64,9
K674 Ragnitz PKL	56,9	58,0	57,8	58,1
K708 Kettenbrücke BSR	63,4	64,0	64,4	64,7
K709 Hochrum SAN	60,4	60,1	60,1	61,2
K732 Wörgl SAN	47,6	47,3	47,2	46,8
K801 St. Josef KH	-	70,9	75,6	76,7

K804 Mehrerau SAN	66,1	65,6	63,6	64,2
K838 Dr Rhomberg SAN	47,3	43,0		
K853 Schenk SAN	39,3	39,3	38,7	37,8
K905 Confraternität PKL	67,6	67,6	67,4	67,9
K911 Goldenes Kreuz PKL	50,0	49,6	48,9	49,0
K913 Hera SAN	66,4	66,3	65,5	64,9
K949 Rudolfinerhaus PKH	60,5	60,5	60,5	60,2
K954 Wiener Privatklinik	63,1	62,4	62,4	62,1
K963 Döbling PKL	57,2	57,4	57,0	57,4
Total	**60,6**	60,7	60,4	60,2

BELAGSTAGE UND DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER

Krankenanstalt	Belagstage				durchschnittliche Aufenthaltsdauer			
	2013	2012	2011	2010	2013	2012	2011	2010
K212 Klagenfurt PKL	38.212	38.631	36.508	56	7,1	7,2	6,9	4,0
K223 Villach PKL	35.475	36.738	36.774	37.545	6,2	6,4	6,4	6,2
K421 Linz DIA-KH	16.769	18.309	17.634	18.167	5,2	5,5	5,5	5,6
K445 Wels PKL		0	0	0		0,00	0,00	0,0
K521 Radstadt KH	285	250	205	115	1,5	1,5	1,6	1,5
K526 Salzburg DIA KL	17.640	18.808	18.447	19.318	5,4	5,8	5,9	6,0
K530 Wehrle PKL	17.747	18.159	18.911	19.305	5,4	5,7	6,1	6,5
K544 Ritzensee PKL	1.367	1.382	1.475	1.653	3,1	3,5	3,3	3,3
K546 EMCO PKL	9.154	9.127	9.529	9.645	3,3	3,4	3,4	3,6
K547 Vigaun PKA	4.051	4.664	4.534	5.275	6,8	7,0	7,0	7,8
K549 PKL Salzburg	1.581	1.602	1.956	2.182	2,2	2,1	2,5	2,5
K550 Altenmarkt KH	285	225	217	275	1,5	1,4	1,5	1,5
K623 Leech PKL	4.774	5.631	6.227	5.985	3,3	3,5	3,8	3,8

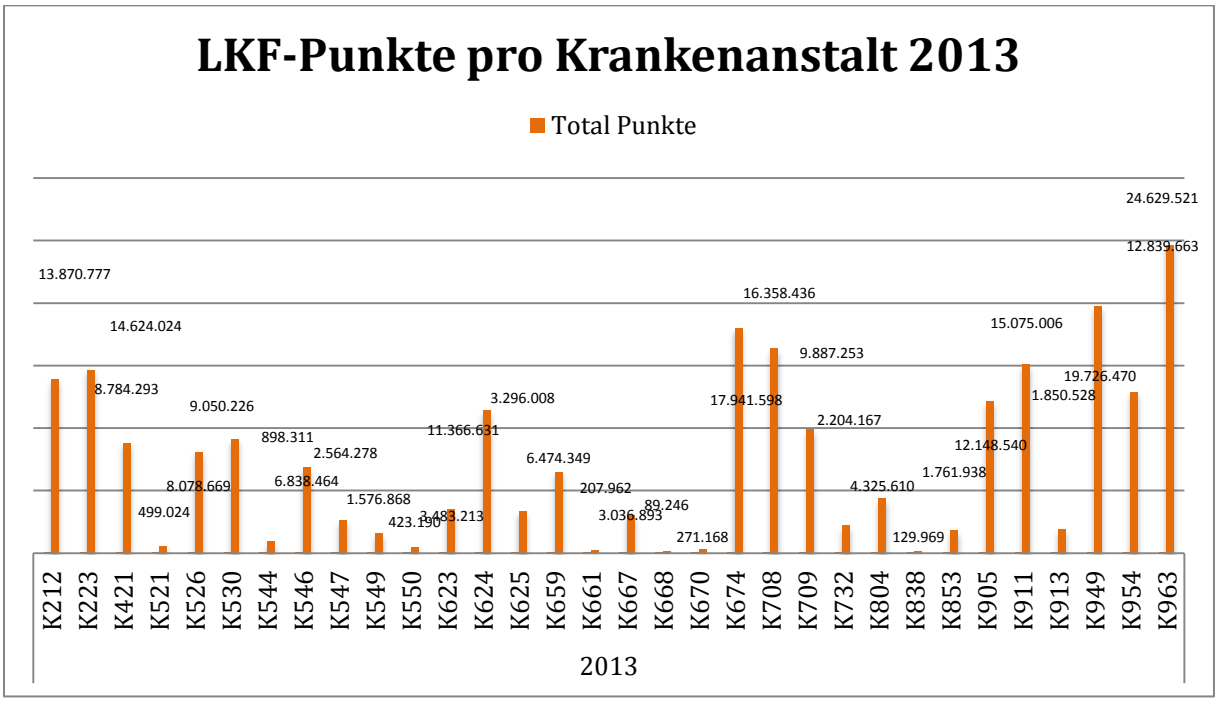
K624 Kreuzschwestern PKL	18.999	19.781	20.976	21.200	3,3	3,4	3,8	3,7
K625 St. Leonhard SAN	4.583	5.314	5.528	5.830	4,1	4,1	4,2	4,0
K659 Hansa SAN	7.154	5.241	5.466	5.934	2,0	1,8	2,2	2,3
K661 Feldbach SAN	481	681	655	604	3,8	3,7	3,9	3,8
K667 Kastanienhof PKL	9.820	10.115	9.446	8.620	7,0	7,3	7,0	6,8
K668 Lassnitzhöhe	453	651	400		17,4	16,3	18,2	
K670 Theresienhof KH	1.003	1.179	788	786	7,7	7,8	8,0	7,9
K674 Ragnitz PKL	31.459	31.755	30.945	32.160	4,7	4,9	4,9	5,1
K708 Kettenbrücke BSR	31.723	30.626	30.937	31.410	5,6	5,7	6,0	6,2
K709 Hochrum SAN	16.486	17.714	19.130	19.490	4,2	4,5	5,0	5,0
K732 Wörgl SAN	1.046	1.193	1.233	1.227	1,0	1,1	1,2	1,3
K801 St. Josef KH		243	531	716		5,4	6,4	6,9
K804 Mehrerau SAN	12.235	11.967	12.606	13.767	6,1	5,8	5,7	6,1
K838 Dr. Rhomberg SAN	99	1			2,4	1,0		
K853 Schenk SAN	704	593	630	479	1,0	0,78	0,9	0,8
K905 Confraternität PKL	20.246	20.447	21.172	19.013	3,8	4,0	4,3	4,0
K911 Goldenes Kreuz PKL	20.552	21.183	20.538	21.770	3,6	3,6	3,5	3,6
K913 Hera SAN	2.991	7.299	11.385	10.774	3,4	5,5	7,1	7,0
K949 Rudolfinerhaus PKH	35.162	35.409	35.204	35.834	4,6	4,8	5,2	5,2
K954 Wiener Privatklinik	24.093	24.038	23.730	23.865	4,6	4,5	4,6	4,9
K963 Döbling PKL	40.036	38.766	36.923	38.183	3,9	3,9	4,0	4,1
Total	426.665	437.722	440.637	435.059	4,5	4,66	4,8	4,8

LKF-PUNKTE GESAMT

Krankenanstalt	LKF-Punkte					LKF-Punkte / Aufenthalt		
	2013	2012	2011	2010	2013	2012	2011	2010
K212 Klagenfurt PKL	13.870.777	13.612.102	12.891.365	19.924	**2.558**	2.548	2.451	1.423
K223 Villach PKL	14.624.024	15.133.964	14.999.895	15.301.446	**2.551**	2.616	2.628	2.518

K421 Linz DIA-KH	8.784.293	9.136.484	8.566.100	8.486.653	**2.745**	2.762	2.685	2.591
K445 Wels PKL		260.449	310.438	373.121		1.258	1.267	1.347
K521 Radstadt KH	423.362	468.652	336.543	195.428	**2.626**	2.725	2.695	2.474
K526 Salzburg DIA-KH	8.047.033	8.190.903	7.982.266	8.410.458	**2.499**	2.534	2.565	2.596
K530 Wehrle PKL	8.924.375	8.854.624	8.433.603	7.773.395	**2.746**	2.764	2.707	2.617
K544 Ritzensee PKL	894.975	846.204	925.759	1.026.388	**2.005**	2.137	2.089	2.045
K546 EMCO PKL	6.743.011	6.545.138	6.636.493	6.230.148	**2.464**	2.413	2.373	2.297
K547 Vigaun PKA	2.529.824	2.717.522	2.473.141	2.666.058	**4.310**	4.099	2.793	3.938
K549 PKL Salzburg	1.545.685	1.543.975	1.757.334	1.913.805	**2.142**	2.040	2.222	2.162
K550 Altenmarkt KH	382.461	366.853	341.019	424.936	**2.170**	2.337	2.304	2.285
K623 Leech PKL	3.445.656	3.656.298	3.807.126	3.436.742	**2.419**	2.245	2.300	2.181
K624 Kreuzschwestern PKL	11.335.113	11.528.936	11.230.885	11.457.100	**1.964**	2.007	2.035	2.001
K625 St. Leonhard SAN	3.283.619	3.711.435	3.767.798	4.006.131	**2.946**	2.884	2.852	2.744
K659 Hansa SAN	6.435.293	5.037.934	4.582.042	4.665.972	**1.803**	1.714	1.810	1.833
K661 Feldbach SAN	188.939	310.816	290.971	271.482	**1.638**	1.708	1.712	1.707
K667 Kastanienhof PKL	3.021.965	3.037.365	2.982.270	2.714.221	**2.177**	2.193	2.203	2.151
K668 Lassnitzhöhe	19.576	135.225	75.579		**3.433**	3.381	3.435	
K670 Theresienhof KH	271.168	309.762	212.871	211.688	**2.086**	2.051	2.172	2.138
K674 Ragnitz PKL	17.864.453	17.416.836	16.891.069	16.656.739	**2.675**	2.699	2.672	2.653
K708 Kettenbrücke BSR	16.191.298	15.361.822	14.382.880	13.381.107	**2.907**	2.837	2.807	2.640
K709 Hochrum SAN	9.488.843	9.952.879	10.021.996	10.179.732	**2.526**	2.505	2.611	2.584
K732 Wörgl SAN	2.033.785	2.215.024	2.236.843	2.025.018	**2.085**	2.047	2.159	2.127
K801 St. Josef KH		75.705	162.706	216.737		1.682	1.960	2.084
K804 Mehrerau SAN	4.325.610	4.367.072	4.611.718	4.843.717	**2.169**	2.127	2.093	2.127
K838 Rhomberg SAN	129.969	1.607			**3.170**	1.607		
K853 Schenk SAN	1.761.938	1.799.792	1.787.340	1.451.433	**2.468**	2.353	2.415	2.337
K905 Confraternität PKL	12.148.540	11.615.045	10.991.553	10.418.087	**2.279**	2.278	2.220	2.170

K911 Goldenes Kreuz PKL	15.075.006	15.295.833	15.136.251	15.185.886	**2.601**	2.570	2.581	2.540
K913 Hera SAN	1.850.528	3.094.428	4.133.575	4.021.724	**2.129**	2.321	2.565	2.598
K949 Rudolfinerhaus PKH	19.726.470	18.820.243	17.941.001	18.043.408	**2.596**	2.575	2.631	2.601
K954 Wiener Privatklinik	12.839.663	13.103.243	12.564.324	12.275.985	**2.429**	2.470	2.438	2.515
K963 Döbling PKL	24.629.521	23.569.475	21.876.134	21.886.651	**2.382**	2.384	2.339	2.340
Total	**234.312.293**	**232.093.645**	**225.341.288**	**218.519.716**	**2.474**	**2.470**	**2.467**	**2.433**



LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT, 2010 – 2013

LKF-Punkte je Aufenthalt	**2013**	**2012**	**relative Änderung 2012=100**	**2011**	**2010**
K212 Klagenfurt PKL	**2.558**	**2.548**	**100,4**	2.451	1.423
K223 Villach PKL	**2.551**	**2.616**	**97,5**	2.628	2.518
K421 Linz DIA-KH	**2.745**	**2.762**	**99,4**	2.685	2.591
K445 Wels PKL		**1.258**	**-**	1.267	1.347
K521 Radstadt KH	**2.626**	**2.725**	**96,3**	2.695	2.474
K526 Salzburg DIA-KH	**2.499**	**2.534**	**98,6**	2.565	2.596
K530 Wehrle PKL	**2.746**	**2.764**	**99,3**	2.707	2.617

K544 Ritzensee PKL	**2.005**	**2.137**	**93,8**	2.090	2.045
K546 EMCO PKL	**2.464**	**2.413**	**102,1**	2.374	2.297
K547 Vigaun PKA	**4.310**	**4.099**	**105,1**	3.793	3.938
K549 PKL Salzburg	**2.142**	**2.040**	**105**	2.222	2.162
K550 Altenmarkt KH	**2.170**	**2.337**	**92,8**	2.304	2.285
K623 Leech PKL	**2.419**	**2.245**	**107,8**	2.300	2.181
K624 Kreuzschwestern PKL	**1.964**	**2.007**	**97,9**	2.035	2.001
K625 St. Leonhard SAN	**2.946**	**2.884**	**102,1**	2.852	2.744
K659 Hansa SAN	**1.803**	**1.714**	**105,2**	1.810	1.833
K661 Feldbach SAN	**1.638**	**1.708**	**95,9**	1.712	1.707
K667 Kastanienhof PKL	**2.177**	**2.193**	**99,3**	2.203	2.151
K668 Lassnitzhöhe	**3.433**	**3.381**	**101,5**	3.435	-
K670 Theresienhof KH	**2.086**	**2.051**	**101,7**	2.172	2.138
K674 Ragnitz PKL	**2.675**	**2.699**	**99,1**	2.672	2.653
K708 Kettenbrücke BSR	**2.907**	**2.837**	**102,5**	2.807	2.640
K709 Hochrum SAN	**2.526**	**2.505**	**100,8**	2.611	2.584
K732 Wörgl SAN	**2.085**	**2.047**	**101,9**	2.159	2.127
K801 St. Josef KH		**1.682**	**102,0**	1.960	2.084
K804 Mehrerau SAN	**2.169**	**2.127**	**101,9**	2.093	2.127
K838 Dr. Rhomberg	**3.170**	**1.607**	**197,2**		
K853 Schenk SAN	**2.468**	**2.353**	**104,9**	2.415	2.337
K905 Confraternität PKL	**2.279**	**2.278**	**100,0**	2.220	2.170
K911 Goldenes Kreuz PKL	**2.601**	**2.570**	**101,2**	**2.581**	2.540
K913 Hera SAN	**2.129**	**2.321**	**91,7**	**2.566**	2.598
K949 Rudolfinerhaus PKH	**2.595**	**2.575**	**100,8**	**2.631**	2.601
K954 Wiener Privatklinik	**2.429**	**2.470**	**98,3**	**2.438**	2.515
K963 Döbling PKL	**2.382**	**2.384**	**99,9**	**2.339**	2.340
Total	**2.474**	**2.470**	**100,2**	**2.467**	2.433

13. LEISTUNGEN FÜR VERSICHERUNGSTRÄGER

AUFENTHALTE GESAMT

Aufenthalte	2013	VÄ VJ. absolut	VÄ VJ. relativ
Ausländische Versicherungsträger	252	-27	-10,00%
BKK Austria Tabak	97	28	40,50%
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	45	-5	-10%
BKK Kapfenberg	83	-8	-8,80%
Betriebskrankenkasse Mondi	15	3	25%
BKK voestalpine Bahnsysteme	55	26	89,70%
BKK Zeltweg	22	8	57,10%
GKK Burgenland	501	68	15,70%
GKK Kärnten	6.367	-104	-1,60%
GKK Niederösterreich	5.462	78	1,40%
GKK Oberösterreich	3.194	-210	-6,20%
GKK Salzburg	6.563	141	2,20%
GKK Steiermark	13.103	447	3,50%
GKK Tirol	6.582	-90	-1,30%
GKK Vorarlberg	2.319	-44	1,90%
GKK Wien	19.393	354	1,90%
SVA Bauern	998	-37	-3,60%
SVA gewerbliche Wirtschaft	12.792	115	0,90%
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.659	97	6,20%
VA öffentlich Bediensteter	15.211	-92	-0,60%
Total	**94.713**	**748**	**0,8%**

AUFENTHALTE NACH GESCHLECHT 2013

Versicherungsträger	2013		VÄ VJ, absolut	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Ausländische Versicherungsträger	90	161	1	-28
BKK Austria Tabak	34	52	11	17
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	32	18	-5	0
BKK Kapfenberg	52	36	-5	-3
Betriebskrankenkasse Mondi	3	9	3	0
BKK voestalpine Bahnsysteme	13	20	22	4
BKK Zeltweg	3	8	11	-3
GKK Burgenland	196	321	-16	84
GKK Kärnten	2.140	4.255	-28	-76
GKK Niederösterreich	2.224	3.273	-35	113
GKK Oberösterreich	1.280	2.007	-93	-117
GKK Salzburg	2.284	4.195	84	57
GKK Steiermark	4.406	8.666	31	416
GKK Tirol	2.363	4.242	-23	-67
GKK Vorarlberg	926	1.423	-30	-14
GKK Wien	6.454	12.783	156	198
SVA Bauern	430	540	28	-65
SVA gewerbliche Wirtschaft	7.112	5.619	61	54
VA für Eisenbahnen und Bergbau	874	756	29	68
VA öffentlich Bediensteter	6.144	9.255	-188	96
Total	**37.060**	**57.639**	**14**	**734**

DURCHSCHNITTLICHES LEBENSALTER

Versicherungsträger	2013		
	Männlich	Weiblich	Total
Ausländische Versicherungsträger	61,2	60,0	60,2
BKK Austria Tabak	73,0	62,0	67,2
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	51,3	56,3	53,3
BKK Kapfenberg	61,9	72,0	66,1
Betriebskrankenkasse Mondi	46,2	37,0	40,7
BKK voestalpine Bahnsysteme	58,0	63,3	59,9
BKK Zeltweg	67,6	68,1	67,8
GKK Burgenland	54,0	55,5	55,0
GKK Kärnten	62,4	64,5	63,8
GKK Niederösterreich	59,1	58,6	58,8
GKK Oberösterreich	56,2	63,3	60,7
GKK Salzburg	58,4	60,0	59,4
GKK Steiermark	59,5	59,7	59,6
GKK Tirol	54,3	62,4	59,5
GKK Vorarlberg	51,8	63,8	59,2
GKK Wien	58,9	57,9	58,2
SVA Bauern	60,5	62,3	61,4
SVA gewerbliche Wirtschaft	60,8	62,0	61,3
VA für Eisenbahnen und Bergbau	64,2	68,0	65,9
VA öffentlich Bediensteter	65,5	63,2	64,1
Total	**60,2**	**60,9**	**60,6**

PFLEGETAGE

Versicherungsträger	2013			Änderung Vorjahr, absolut		
	Belagstage	Aufenth.	Pflegetage	Belagstage	Aufenth.	Pfltage
Ausländische Versicherungsträger	1.194	252	1.446	-259	-27	-286
BKK Austria Tabak	391	97	488	125	28	153
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	331	45	376	-28	-5	-33
BKK Kapfenberg	431	83	514	-75	-8	-83
Betriebskrankenkasse Mondi	86	15	101	34	3	37
BKK voestalpine Bahnsysteme	160	55	215	85	26	111
BKK Zeltweg	49	22	71	21	8	29
GKK Burgenland	1.761	501	2.262	63	68	131
GKK Kärnten	41.449	6.367	47.816	-951	-104	-1.055
GKK Niederösterreich	19.937	5.462	25.399	-508	78	-430
GKK Oberösterreich	16.111	3.194	19.305	-1.485	-210	-1.695
GKK Salzburg	30.531	6.563	37.094	-1.024	141	-883
GKK Steiermark	52.011	13.103	65.114	-839	447	-392
GKK Tirol	30.879	6.582	37.461	-1.213	-90	-1.303
GKK Vorarlberg	11.419	2.319	13.738	408	-44	364
GKK Wien	82.302	19.393	101.695	-2.587	354	-2.233
SVA Bauern	4.464	998	5.462	-497	-37	-534
SVA gewerbliche Wirtschaft	54.736	12.792	67.528	-216	115	-101
VA für Eisenbahnen und Bergbau	8.032	1.659	9.691	693	97	790
VA öffentlich Bediensteter	70.391	15.211	85.602	-2.804	-92	-2.896
Total	**426.665**	**94.713**	**521.378**	**-11.055**	**748**	**10.309**

Die Pflegetage sind die Grundlage für Aufteilung des jährlichen Pauschalbetrages zwischen den Versicherungsträgern.

ENTWICKLUNG DER LKF-PUNKTE (GESAMT, JE AUFENTHALT)

Versicherungsträger	2013		VÄ VJ absolut	
	Punkte	Punkte je Aufenthalt	Punkte	Punkte je Aufenthalt
Ausländische Versicherungsträger	638.445	2.534	-80.603	-44
BKK Austria Tabak	225.069	2.320	84.949	290
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	137.115	3.047	5.736	419
BKK Kapfenberg	305.216	3.677,	36.651	726
Betriebskrankenkasse Mondi	53.398	3.560	27.869	1432
BKK voestalpine Bahnsysteme	119.013	2.164	66.543	355
BKK Zeltweg	35.662	1.621	14.146	84
GKK Burgenland	1.271.316	2.538	122.944	-115
GKK Kärnten	16.204.582	2.545	-296.707	-5
GKK Niederösterreich	13.697.396	2.508	164.268	-6
GKK Oberösterreich	8.856.291	2.773	-446.032	40
GKK Salzburg	16.796.327	2.559	172.976	-29
GKK Steiermark	30.304.892	2.313	889.900	-11
GKK Tirol	17.501.586	2.659	-56.223	27
GKK Vorarlberg	5.601.494	2.415	182.848	122
GKK Wien	47.705.613	2.460	751.489	-6
SVA Bauern	2.541.178	2.546	-12.625	79
SVA gewerbliche Wirtschaft	31.091.591	2.431	133.792	-11
VA für Eisenbahnen und Bergbau	4.214.583	2.540	365.031	76
VA öffentlich Bediensteter	37.011.526	2.433	92.637	21
Total	**234.312.293**	**2.474**	**2.219.589**	**4**

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

Versicherungsträger	Aufenthalte	Belagstage	LKF-Punkte
Ausländische Versicherungsträger	252	1.194	638.445
BKK Austria Tabak	97	391	225.069
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	45	331	137.115
BKK Kapfenberg	83	431	305.216
Betriebskrankenkasse Mondi	15	86	53.398
BKK voestalpine Bahnsysteme	55	160	119.013
BKK Zeltweg	22	49	35.662
GKK Burgenland	501	1.761	1.271.316
GKK Kärnten	6.367	41.449	16.204.582
GKK Niederösterreich	5.462	19.937	13.697.396
GKK Oberösterreich	3.194	16.111	8.856.291
GKK Salzburg	6.563	30.531	16.796.327
GKK Steiermark	13.103	52.011	30.304.892
GKK Tirol	6.582	30.879	17.501.586
GKK Vorarlberg	2.319	11.419	5.601.494
GKK Wien	19.393	82.302	47.705.613
SVA Bauern	998	4.464	2.541.178
SVA gewerbliche Wirtschaft	12.792	54.736	31.091.591
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.659	8.032	4.214.583
VA öffentlich Bediensteter	15.211	70.391	37.011.526
Total	**94.713**	**426.665**	**234.312.293**

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;

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

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

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,

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;

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,

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

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, 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.privatklinik-mariahilf.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-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.salzburg.diakonissen.at
530	**Privatklinik Wehrle**	www.privatklinik-wehrle.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, Innsbruck**	www.sanatorium-kettenbruecke.at
709	**SAN der Kreuzschwestern Ges.m.b.H.**	www.privatklinik-hochrum.com
732	**Kursana Sanatorium Wörgl**	www.privatklinikwoergl.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

PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS

PRIKRAF

PRIKRAF 13 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