



Geschäftsbericht 2017

Tätigkeit und Gebarung



Oö. Gesundheitsfonds
Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben



Auskünfte

Oö. Gesundheitsfonds
Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben (Oö. GF_i)
4021 Linz, Bahnhofplatz 1
Tel.: 0732/7720-14137
E-Mail: gesundheitsfonds.post@ooe.gv.at
<http://www.land-oberoesterreich.gv.at>

Impressum

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

Linz, im April 2018

ã Vervielfältigung, auch auszugsweise, ist nur mit Quellenangabe und Zustimmung des Oö. GF_i gestattet.

INHALTSVERZEICHNIS

OÖ. GESUNDHEITSFONDS.....	8
Struktur:	9
Oö. Gesundheitsplattform.....	10
 LANDES-ZIELSTEUERUNGSKOMMISSION	 13
Aktivitäten im Kooperationsbereich	22
 OÖ. GESUNDHEITSFONDS – GESCHÄFTSSTELLE FÜR INTRAMURALE AUFGABEN (OÖ. GFI).....	 25
Organigramm – Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben.....	26
 BESCHREIBUNG DES LKF-SYSTEMS.....	 28
Dokumentation	28
Gesamtdarstellung des LKF-Systems.....	29
Bepunktungsprogramm zum LKF-Kernbereich	29
LKF-Weiterentwicklung 2001 – 2016.....	31
Umfassende LKF-Modellwartung 2017	31
Abstimmung mit dem Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich.....	33
Harmonisierung der Datensatzstrukturen stationär – ambulant ab 1.1.2017.....	33
 MEDIZINISCHE DATENQUALITÄT	 34
Rechtliche Grundlage.....	34

Geschäftsbericht 2017

Überprüfung MBDS – „Schwerpunktprüfung“ im stationären Bereich.....	34
Überprüfung der ambulanten Datenqualität	35
BERICHT ÜBER DIE GEBARUNG.....	36
Jahreserfolgsrechnung.....	36
Jahreserfolgsrechnung – grafische Darstellung	39
Jahresbestandsrechnung	40
Vergleich Voranschlag – Jahresabschluss 2017	42
LKF-Gebührenersätze je Krankenanstalt	45
Punktwert für sozialversicherte stationäre Patientinnen und Patienten.....	48
LKF-Gebührenersätze je Fondskrankenanstalt in Prozent	48
Zusammensetzung der LKF-Punkte	51
Ambulanzgebührenersätze 2017	52
Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten und medizinisch-technische Großgeräte.....	54
Strukturmittel.....	56
KENNZIFFERN.....	58

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ÄK	Ärztchammer	MBDS	Minimum Basic Data Set
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz	Med Campus III	ehem. AKH Linz
KAL	Katalog ambulanter Leistungen	Med Campus IV	ehem. Frauen- und Kinderklinik Linz
AKH	Allgemeines Krankenhaus	MEL	Medizinische Einzelleistung
GPF	Gesundheitsplattform	MVZ	Multidisziplinäres Versorgungszentrum
KB	Kostenbeitrag	Neuromed Campus	ehem. Wagner-Jauregg
KH	Krankenhaus	NLA	Neurolinguistische Ambulanz
ALGP	Ausländische Gastpatientinnen u. -patienten	NSM	Nahtstellenmanagement
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz	NTA	Null Tagesaufenthalte
BKT	Bezirkskoordinationsteam des Nahtstellenmanagements	Oö. GFi	Oberösterreichischer Gesundheitsfonds - Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben
GGP	Großgeräteplan	Oö. KAG	Oö. Krankenanstaltengesetz
BMF	Bundesministerium für Finanzen	Oö. KAP/GGP	Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan
AUFEM	Aufnahme- und Entlassungsmanagement	OÖGKK	Oö. Gebietskrankenkasse
KA	Krankenanstalt	ÖSG	Österreichische Strukturplan Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	PEF	Patientenentschädigungsfonds
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie	PHC	Primary Health Care (Primärversorgung)
HV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	PVE	Primärversorgungseinheit
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte	RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
FAG	Finanzausgleichsgesetz	SHV	Sozialhilfverband
KE	Kostenerstattung	SK	Salzkammergutklinikum
GDA	Gesundheitsdatenanbieter	SV	Sozialversicherung
GG	Großgeräte	VR	Versorgungsregion
KIJUK	Kinder- und Jugendkompetenzzentrum		
KUK	Kepler Universitätsklinikum		
LA	Lenkungsausschuss		
LDF	Leistungsorientierte Diagnosefallgruppe		
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung		
LPT	Landesprojektteam		
LZK	Landeszielsteuerungskommission		

Geschäftsbericht 2017

Sehr geehrte Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher!

Eine zukunftsorientierte Gestaltung unseres Gesundheitssystems erfordert einen Blick nach vorne und über die Systemgrenzen hinweg, vor allem in Hinblick auf die Herausforderungen unserer Zeit, wie die Zunahme an chronischen Krankheiten bedingt durch eine alternde Gesellschaft, die Verknappung von medizinischem Personal, die Dynamik der Gesundheitsausgaben sowie die rasante Entwicklung in der Medizin.

Um diesen Herausforderungen vorausschauend zu begegnen bleibt mir die Einbindung der Systempartner OÖGKK, Ärztekammer, Rettungsorganisationen, Apothekenvertretung, etc. sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den oberösterreichischen Fondsspitalern ein großes Anliegen.

In der Gesundheitsversorgung können wir in Oberösterreich auf eine sehr gute Struktur vertrauen, die dort, wo es gilt Antworten auf neue Herausforderungen zu geben, natürlich auch der ständigen Weiterentwicklung bedarf. Dazu soll die in den vergangenen Jahren zwischen Land, Sozialversicherung und Ärzteschaft praktizierte Zusammenarbeit auf Augenhöhe weiter verstärkt und im Sinne der oberösterreichischen Bevölkerung ausgebaut werden.

Das Land Oberösterreich und die Oö. Krankenversicherungsträger arbeiten im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit daran, die Gesundheitsversorgung der oberösterreichischen Bevölkerung gemeinsam und partnerschaftlich zu steuern. Aus dem Oö. Landes-Zielsteuerungsübereinkommen 2017 – 2021 ergeben sich wieder eine Fülle an Maßnahmen, Projekten und Konzeptionsarbeiten, die zwischen Land OÖ und Oö. Krankenversicherung verbindlich vereinbart wurden. So bleiben beispielsweise der Ausbau und die Stärkung der Primärversorgung ein Schwerpunkt. Primärversorgungseinheiten sind eine Möglichkeit, die gute medizinische Grundversorgung dauerhaft abzusichern, für die Patientinnen und Patienten umfassendere Leistungen und für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Gesundheitsberufe attraktive Arbeitsbedingungen anzubieten. Auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Oberösterreicherinnen und Oberösterreicher steht weiterhin auf der Agenda. Denn Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Grundlage für das Gesundheitsverhalten, für das Zurechtfinden im Gesundheitssystem und hat damit relevanten Einfluss auf den Gesundheitszustand.

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



Gesundheitslandesrätin Mag.^a Christine Haberland
Vorsitzende der Gesundheitsplattform des Oö. Gesundheitsfonds



Oö. Gesundheitsfonds

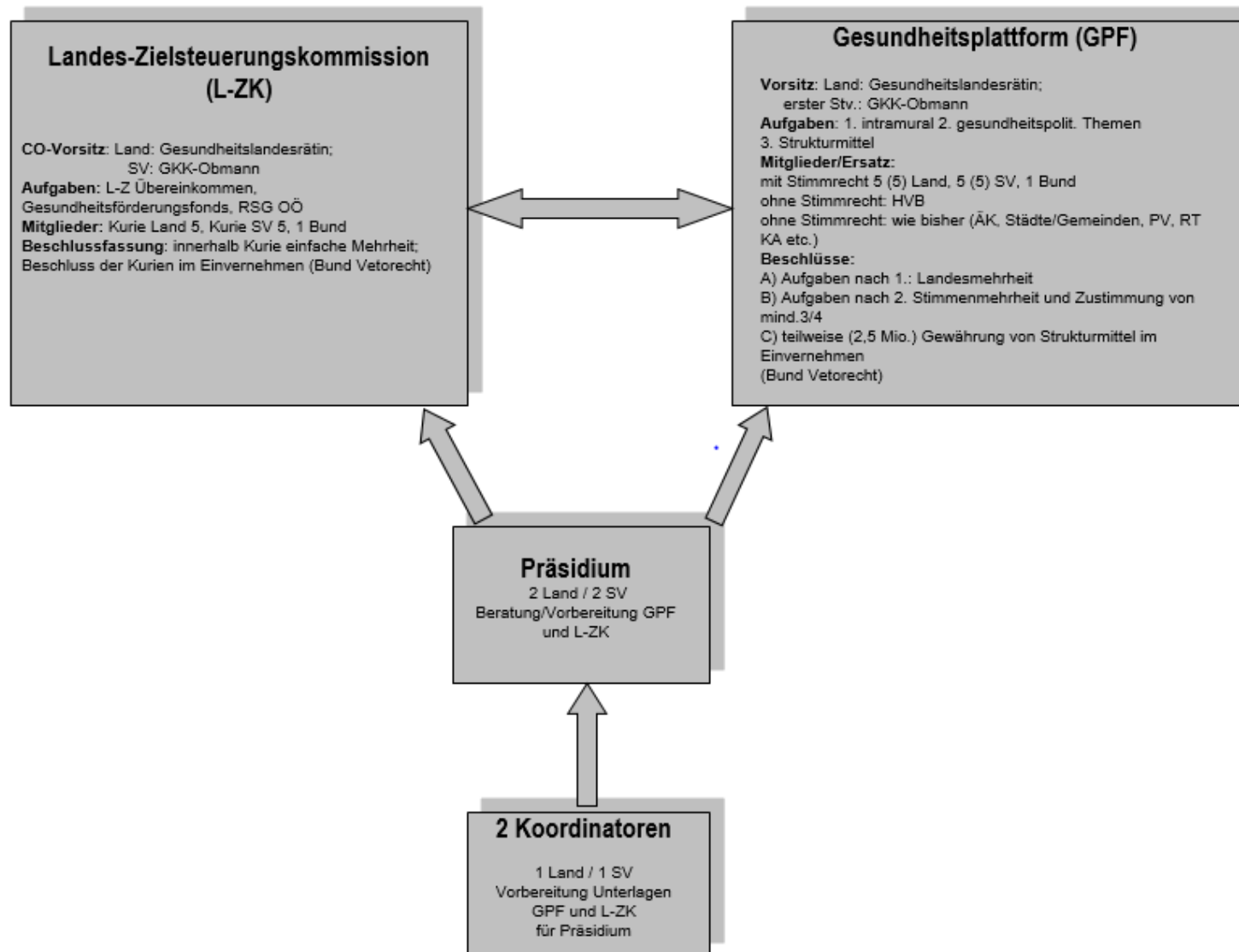
Im Interesse der in Österreich lebenden Menschen sind Bund, Länder und Sozialversicherung als gleichberechtigte Partner übereingekommen, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten.

Die Festlegung der Eckpunkte und Inhalte dieser partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit erfolgte in der zwischen Bund und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit. Die geltende Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008, wurde einerseits verlängert und andererseits an die Erfordernisse der Zielsteuerung-Gesundheit angepasst. Beide Vereinbarungen wurden vom Nationalrat beschlossen, von allen neun Bundesländern ratifiziert und am 15. Oktober 2013 im Bundesgesetzblatt I Nr. 199/2013 (Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens) bzw. im Bundesgesetzblatt I Nr. 200/2013 (Zielsteuerung-Gesundheit) kundgemacht. Kern der vorliegenden bundesgesetzlichen Regelungen ist die Einrichtung eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems auf Basis von privatrechtlichen Zielsteuerungsverträgen auf Bundes- und Landesebene, dass eine bessere Abstimmung zwischen dem Krankenanstaltenbereich und dem niedergelassenen Versorgungsbereich garantieren wird, sowie die Verpflichtung des Bundes und der gesetzlichen Krankenversicherung, an diesem Zielsteuerungssystem mitzuwirken. Im Rahmen der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit stehen die Patientinnen und Patienten und ihre bestmögliche medizinische Behandlung im Mittelpunkt. Das bedeutet eine weitere Stärkung des öffentlichen solidarischen Gesundheitswesens, das sich in Österreich bewährt hat. Mit der nunmehr festgelegten Zielsteuerung-Gesundheit wird ein Mechanismus geschaffen, der sicherstellt, Ausgabensteigerungen in der Gesundheitsversorgung an das prognostizierte Wirtschaftswachstum heranzuführen, damit die kontinuierliche Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitssystems gewährleistet und dessen Finanzierung auch für kommende Generationen leistbar bleibt.

Im Juni 2013 haben sich Bund, Länder und Sozialversicherung auf den Inhalt des ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrages für die Jahre 2013 bis 2016 geeinigt. Anfang Dezember 2013 wurde der Bundes-Zielsteuerungsvertrag vom letzten Vertragspartner unterschrieben. Das Kernstück des Bundes-Zielsteuerungsvertrages ist der Ziele- und Maßnahmenkatalog. In diesem sind ausgehend von strategischen Zielsetzungen zahlreiche operative Ziele und Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele für die Steuerungsbereiche „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“ und „Ergebnisqualität“ festgelegt. Darüber hinaus ist die Finanzzielsteuerung geregelt. Des Weiteren enthält der Bundes-Zielsteuerungsvertrag konkrete Festlegungen insbesondere zur Gesundheitsförderung und detaillierte Regelungen für ein Monitoring sowohl der Steuerungsbereiche als auch der Finanzziele.

Zur Wahrnehmung der Aufgaben im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung sowie zur Wahrnehmung weiterer Aufgaben auf Grund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit wurde beim Land Oberösterreich das **Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013** (mit 1.1.2013 in Kraft getreten, Novelle 2017) beschlossen und ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit mit Sitz in Linz eingerichtet. Der Fonds trägt die Bezeichnung „**Oö. Gesundheitsfonds**“.

Struktur:



Oö. Gesundheitsplattform

Mitglieder

(Stand: 31.12.2017)

Die aktuellen Mitglieder finden sie auch auf der Homepage: <http://www.gesundheitsfonds.ooe.gv.at>

Der Gesundheitsplattform gehören an:

1. fünf Mitglieder für das Land;
2. fünf Mitglieder, die von den Sozialversicherungsträgern gemäß § 84a ASVG bestellt werden;
3. ein Mitglied, das vom Bund bestellt wird;
4. drei Mitglieder, die von der Ärztekammer für Oberösterreich bestellt werden;
5. ein Mitglied, das von der Österreichischen Apothekerkammer, Landesgeschäftsstelle Oberösterreich, bestellt wird;
6. ein Mitglied, das vom Österreichischen Städtebund, Landesgruppe Oberösterreich, bestellt wird;
7. ein Mitglied, das vom Oberösterreichischen Gemeindebund bestellt wird;
8. ein Mitglied, das von der Patientenvertretung gemäß § 12 Oö. KAG 1997 bestellt wird;
9. je ein Mitglied, das vom Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverband, Landesverband OÖ, vom Pflegebeirat und von der ARGE Pflegedirektoren bestellt wird;
10. je ein Mitglied, das von der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG (gespag), der Oö. Ordensspitäler Koordinations GmbH und der Kepler Universitätsklinikum GmbH bestellt wird;
11. ein Mitglied, das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger bestellt wird;
12. ein Mitglied, das vom Dachverband der gehobenen medizinisch-technischen Dienste Österreichs bestellt wird.

Mitglieder Gesundheitsplattform (Land)

Mitglieder:

- LR Mag. Christine Haberlander (Vorsitzende)
- LAbg. Prim. Dr. Walter Aichinger
(2. Stellvertreter der Vorsitzenden)
- LAbg. Peter Binder
- LAbg. Prim. Dr. Brigitte Povysil
- KO LAbg. Ing. Herwig Mahr

Ersatzmitglieder:

- Zweiter Präsident DI Dr. Adalbert Cramer
- Präsident LAbg. Bgm. Johann Hingsamer
- LAbg. Ulrike Schwarz
- LAbg. Gisela Peutlberger-Naderer
- LAbg. Ulrike Wall

Mitglieder Gesundheitsplattform (Sozialversicherung)

Mitglieder:

- Albert Maringer, Obmann der Oö.GKK
(1. Stellvertreter des Vorsitzenden)
- KommR Laurenz Pöttinger, Obmann-Stv der Oö.GKK
(3. Stellvertreter)
- Beatrix Pröll, Obmann-Stv. Oö.GKK
- Mag. Dr. Andrea Wesenauer, Oö.GKK
- VSt. Andrea Petermüller (BVA)

Ersatzmitglied:

- Dr. Wolfgang Hoffmann (SVB)

Mitglied Bund

- Mag. Gerhard Embacher (BMGF)

Beratende Mitglieder der Oö. Gesundheitsplattform

Ausweger	Peter	Mag.	Oö. Ordensspitäler Koordinations GmbH
Böhm	Martha		Pflegebeirat für Oö.
Kropik	Gerhard	Mag.	Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger
Fiedler	Thomas	Kurienobmann MR Dr.	Ärztchamber für Oberösterreich
Wimmer	Detlef	Vizebgm.	Oö. Städtebund
Lehner	Karl	Mag.	Oö. Gesundheits- und Spitals AG
Drda	Elgin	Mag. Dr.	Kepler Universitätsklinik GmbH
Mayer	Harald	Kurienobmann Dr.	Ärztchamber für Oberösterreich
Muhr	Horst	DGKP	Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverband OÖ
Veitschegger	Thomas W.	Präsident Mag.pharm. Dr.	Oö. Apothekerkammer
Niedermoser	Peter	Präsident Dr.	Ärztchamber für Oberösterreich
Oberlehner	Peter	Vizepräsident Bgm.	Öo. Gemeindebund
Gaisbichler	Stefan		MTD Austria
Konrad	Horst	DKGP Mag., MSc	AG der Pflegedirektorinnen - Direktoren und Pflegedienstleiter von Oberösterreich

Aufgaben (§ 8 Abs.2. Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz):

Die Oö. Gesundheitsplattform hat in Angelegenheiten des Fonds insbesondere folgende Aufgaben:

1. Abgeltung von Leistungen der Krankenanstalten für inländische Patientinnen und Patienten, für die eine Leistungspflicht der Träger der Sozialversicherung besteht;
2. Abrechnung der Kosten für die Erbringung von Leistungen der Krankenanstalten für ausländische Patientinnen und Patienten auf Grund von zwischenstaatlichen Übereinkommen oder überstaatlichem Recht über soziale Sicherheit;
3. Genehmigung von Investitionsvorhaben der Krankenanstalten und Gewährung allfälliger Zuschüsse für Investitionen an die Träger der Krankenanstalten;
4. Gewährung von Mitteln zur Finanzierung von strukturverbessernden Maßnahmen (Strukturreformen) und Planungen zur Entlastung der Krankenanstalten;
5. Überprüfung der Verwendung der finanziellen Zuwendungen an die Träger der Krankenanstalten;
6. Überprüfung der Grundlagen für die Erbringung der stationären und ambulanten Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere der Datenqualität der Diagnose- und Leistungsdokumentation;
7. Erlassung von Richtlinien für die unter Z 1 bis 6 angeführten Maßnahmen, insbesondere hinsichtlich der Gewährung und Abwicklung finanzieller Zuwendungen;
8. Handhabung des Sanktionsmechanismus auf Landesebene gemäß Art. 45 der Vereinbarung;
9. Aufgaben, die dem Fonds durch die Landesgesetzgebung aus dem Zuständigkeitsbereich des Landes übertragen wurden;
10. Genehmigung des Voranschlages und Rechnungsabschlusses des Fonds;
11. sonstige Aufgaben, die aus Mitteln des intramuralen Bereichs finanziert werden

Für die Beschlussfassung in der Oö. Gesundheitsplattform gilt Folgendes:

1. in Angelegenheiten des Fonds gemäß § 8 Abs. 2 sind die Mitglieder gemäß § 6 Abs. 1 Z 1 stimmberechtigt, wobei für die Beschlussfassung die einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich ist;
2. in Angelegenheiten zu allgemeinen gesundheitspolitischen Belangen gemäß § 8 Abs. 7 sind die Mitglieder gemäß § 6 Abs. 1 Z 1 bis 3 stimmberechtigt, wobei für die Beschlussfassung die Zustimmung von mindestens drei Viertel der abgegebenen Stimmen erforderlich ist;
3. für den Beschluss betreffend die Vergabe von Mitteln gemäß § 8 Abs. 3 und die Übertragung einzelner Aufgaben an die Landes-Zielsteuerungskommission gemäß § 8 Abs. 8 ist die Zustimmung der Mehrheit der abgegebenen Stimmen sowohl der Mitglieder gemäß § 6 Abs. 1 Z 1 als auch der Mitglieder gemäß § 6 Abs. 1 Z 2 erforderlich;
4. bei Beschlüssen, die gegen geltendes Recht, geltende Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen, hat der Bund ein Vetorecht;
5. bei Beschlüssen in Angelegenheiten des Fonds gemäß § 8 Abs. 2 hat das nach der Geschäftsverteilung der Landesregierung für das Krankenanstaltenwesen zuständige Regierungsmitglied ein Vetorecht. Dies gilt im Fall der Abwesenheit auch für das bestellte Ersatzmitglied. Wird von diesem Vetorecht Gebrauch gemacht, kann in dieser Angelegenheit frühestens in der nächsten Sitzung ein Beschluss gemäß Z 1 gefasst werden. In diesem Fall ist ein neuerliches Veto nicht mehr zulässig;
6. vertritt ein Mitglied ein oder mehrere Mitglieder, so gibt dieses auch die Stimme für den jeweils Vertretenen ab.

Landes-Zielsteuerungskommission

Mitglieder (§ 10 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz):

(Stand: 31.12.2017)

Die aktuellen Mitglieder finden sie auch auf der homepage: <http://www.gesundheitsfonds.ooe.gv.at>

Der Landes-Zielsteuerungskommission gehören an:

1. die Kurie des Landes mit fünf Vertreterinnen bzw. Vertretern, für deren Zusammensetzung die Bestimmung des § 6 Abs. 2 gilt;
2. die Kurie der Träger der Sozialversicherung mit fünf Vertreterinnen bzw. Vertretern, die gemäß § 84a ASVG bestellt werden;
3. eine Vertreterin oder ein Vertreter des Bundes.

Mitglieder Landes-Zielsteuerungskommission

(Kurie Land)

Mitglieder:

- Landesrätin Mag.a Christine Haberland (Co-Vorsitzende)
- LAbg. Prim. Dr. Walter Aichinger
- LAbg. Prim. Dr. Brigitte Povysil
- LAbg. Peter Binder
- KO LAbg. Ing. Herwig Mahr
-

Ersatzmitglieder:

- Zweiter Präsident DI Dr. Adalbert Cramer
- Präsident LAbg. Bgm. Johann Hingsamer
- LAbg. Ulrike Schwarz
- LAbg. Gisela Peutlberger-Naderer
- LAbg. Ulrike Wall

Mitglieder Landes-Zielsteuerungskommission (Kurie SV)

Mitglieder:

- Albert Maringer, Obmann der Oö.GKK (Co-Vorsitzender)
- KommR Laurenz Pöttinger, Obmann-Stv der OÖGKK
- Beatrix Pröll, Obmann-Stv. OÖGKK
- Mag. Dr. Andrea Wesenauer, OÖGKK
- Dir. Dr. Martin Scheibenpflug, SVA

Ersatzmitglied:

- Dr. Wolfgang Hoffmann (SVB)

Mitglied Bund

- Mag. Gerhard Embacher (BMGF)

Aufgaben (§ 11 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz):

1. Der Landes-Zielsteuerungskommission obliegt die Festlegung (Beschlussfassung) zu nachstehenden Punkten
 - Koordination, Abstimmungen und Festlegungen aller aus dem Zielsteuerungsvertrag und dem Landes-Zielsteuerungsübereinkommen resultierenden Aufgaben und Maßnahmen zur Umsetzung;
 - Mitwirkung am bundesweiten Monitoring und Behandlung des Monitoringberichts gemäß Abschnitt 6 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit;
 - Wahrnehmung von Agenden zum Sanktionsmechanismus gemäß § 17;
 - Umsetzung der Regelungen für vertragliche und gemeinsam von Sozialversicherung und Land zu verantwortende sektorenübergreifende Finanzierungs- und Verrechnungsmechanismen auf Landesebene (z.B. Spitalsambulanzen, Gruppenpraxen und niedergelassene Fachärztinnen/Fachärzte, tagesklinische Versorgung, innovative Versorgungsformen etc.); Umsetzung von vereinbarten innovativen Modellen zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs;
 - Angelegenheiten des Regionalen Strukturplans Gesundheit gemäß § 17a und 17b;
 - Feststellung des Bedarfs für die Errichtung einer Primärversorgungseinheit gemäß § 21 Abs. 8 des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes, BGBl. I Nr. 26/2017, in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 131/2017;
 - Angelegenheiten der Großgeräte intra- und extramural;
 - Strategie zur Gesundheitsförderung;
 - Angelegenheiten des Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 4;
 - Mitwirkung bei der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen;
 - Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement;
 - Evaluierung der von der Landes-Zielsteuerungskommission wahrgenommenen Aufgaben.

Für die Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:

1. Die Landes-Zielsteuerungskommission ist beschlussfähig, wenn die Mitglieder ordnungsgemäß geladen und mindestens die Hälfte der Mitglieder (Ersatzmitglieder) jeder Kurie anwesend sind.
2. Hinsichtlich der Beschlussfassung in der Landes-Zielsteuerungskommission gilt Folgendes:
 - für Beschlussfassungen ist Einvernehmen zwischen der Kurie des Landes und der Kurie der Träger der Sozialversicherung erforderlich;
 - für die Entscheidung innerhalb der Kurie des Landes ist eine einfache Mehrheit der abgegebenen Stimmen erforderlich;
 - die Vertreterin oder der Vertreter des Bundes verfügt über ein Vetorecht gegen Beschlüsse, die gegen geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur verstoßen. Im Fall der Verhinderung der Vertreterin oder des Vertreters des Bundes an der Sitzungsteilnahme kann diese oder dieser binnen einer Woche schriftlich und begründet sein Vetorecht einbringen;
 - vertritt ein Mitglied ein oder mehrere andere Mitglieder, so gibt dieses auch die Stimme für den jeweils Vertretenen ab.

1. Monitoring zu den Steuerungsbereichen und Finanz-Zielmonitoring der Landes-Zielsteuerungskommission

Das Monitoring und Berichtswesen auf Bundesebene verfolgt das Ziel, die Erreichung und den Fortschritt der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbarten Ziele und der zur Zielerreichung vereinbarten Maßnahmen transparent darzustellen.

Gem. Art 30 der 15a Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit hat die Landes-Zielsteuerungskommission zum Monitoringbericht eine Stellungnahme zur Einschätzung der Zielerreichung und gegebenenfalls handlungsleitende Empfehlungen binnen sechs Wochen an die Bundes-Zielsteuerungskommission zu übermitteln.

Der Monitoringbericht der Gesundheit Österreich GmbH enthält neben einer allgemeinen Einführung (allgemeine Bestimmungen, Gegenstand und Ablauf des Monitorings, meldeverantwortliche Stellen) die beiden inhaltlichen Schwerpunktkapitel zum Finanzmonitoring (Überprüfung der Einhaltung des vereinbarten Ausgabendämpfungspfades) und zum Monitoring der Steuerungsbereiche (Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung).

Finanzmonitoring:

Bei der bundesländerweisen Zusammenführung des Ausgabendämpfungspfades (gesetzliche KV und Länder zusammen) ist für 2017 die Zielerreichung sowohl für Oberösterreich als auch für Österreich insgesamt gegeben.

Monitoring der Steuerungsbereiche:

Im Zuge des Monitoring der Steuerungsbereiche dokumentiert der Monitoringbericht den Stand der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen in den Bereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung anhand der im Zielsteuerungsvertrag definierten Messgrößen und Zielwerte. Insgesamt wird durch den Bericht die konsequente und auch zielgerichtete Umsetzung der im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit vereinbarten Ziele dokumentiert.

2. Übersichtsberichte aus den Arbeitsgruppen (AG)

Zur gemeinsamen Bearbeitung der Ziele und Maßnahmen aus der Zielsteuerung Gesundheit wurden Arbeitsgruppen auf Expertenebene eingerichtet, welche die zugewiesenen Arbeitspakete abgearbeitet haben. Im Folgenden erfolgt ein **Übersichtsbericht** über die Tätigkeiten und wesentlichen Aktivitäten des Jahres 2017:

Primärversorgungs-Modelle:

Primärversorgungseinheiten sind eine Möglichkeit die gute medizinische Grundversorgung dauerhaft abzusichern. Ziel ist, dass die Hausärztinnen und Hausärzte, die mit Pflegepersonal, Therapeuten etc. die erste Anlaufstelle für rund 95 Prozent der medizinischen „Alltagssorgen“ sind, attraktive Arbeitsbedingungen vorfinden und verstärkt zusammenarbeiten. Damit soll diese für alle Menschen leicht zugängliche, erste Kontaktstelle gestärkt und das Rückgrat der medizinischen Versorgung gesichert werden. Durch Zusammenarbeit können erweiterte Öffnungszeiten für die Patientinnen und Patienten und umfassendere Leistungen angeboten werden (z.B. Gesundheitsförderung und Prävention), darüber hinaus attraktivere Arbeitsbedingungen für die einzelnen Ärztinnen und Ärzte, auch abseits der Zentralräume.

In Enns ist das erste Primärversorgungszentrum (PVZ) in Oberösterreich Anfang 2017 in Betrieb gegangen. Mit Oktober 2017 hat auch das Primärversorgungszentrum Marchtrenk seinen Betrieb aufgenommen. Die Öffnungszeiten sowie die Teamzusammensetzung entsprechen der regionalen Bedarfssituation. Das Primärversorgungszentrum in Haslach ist Anfang 2018 gestartet, mit einem ähnlichen Leistungsspektrum wie in Enns und Marchtrenk. Die Öffnungszeiten und die Teamzusammensetzung werden an den regionalen Bedarf angepasst.

Darüber hinaus wird aktiv an der Entstehung weiterer neuer PV-Pilotmodelle gearbeitet. Ein PV-Team mit Vertretern aus der OÖGKK und Land Oö (unter Einbindung der Oö. Ärztekammer) kümmert sich mit konkreten lokalen Interessenten (Ärzten, Therapeuten,...) um die Realisierung.

Multiprofessionelle/interdisziplinäre Versorgungsformen

Multidisziplinäres Versorgungszentrum Essstörungen (Neuromed Campus)

Ziel des MVZ, als ein wesentlicher Baustein des GeSoEss (Gesundheits- und Sozialplan zu Essstörungen), ist die niederschwellige ambulante therapeutische und medizinische Versorgung von Menschen mit Essstörungen. Ein auf den Schweregrad und Krankheitsverlauf abgestimmtes Behandlungs- und Betreuungsangebot ist dabei sicherzustellen.

Das MVZ Essstörungen Neuromed Campus wurde in den Räumlichkeiten der psychosomatischen Tagesklinik im Rahmen des Departments für Psychosomatik am Neuromed Campus des Kepler Universitätsklinikums eingerichtet.

Die Evaluierung zeigte, dass das MVZ organisatorisch und prozessual hervorragend angelaufen ist. Von Anfang 2017 bis 2022 läuft eine wissenschaftliche Untersuchung zur Evaluation der Behandlungsverläufe des MVZ.

Integrierte Demenzversorgung OÖ (IVD)

Nutzen und Effizienz der Demenzberatungsstellen konnten im Pilotprojekt klar dargelegt werden. Die Angebote Beratung, Diagnostik, Schulung der Angehörigen und Ressourcentraining entsprechen den Vorgaben der Österreichischen Demenzstrategie und dem Bedarf von Betroffenen und Angehörigen. Derzeit wird ein Konzept erstellt, das nach Maßgaben der zur Verfügung stehenden Mittel eine Ausrollung auf ganz OÖ ermöglichen soll.

Das Konzept für die zweite Pilotierungsphase bei den Alten- und Pflegeheimen (APH) wurde fertiggestellt. Die bestehenden Heime, Haus Neustadt Wels und Haus für Senioren Wels sowie die drei neuen Heime, Haus für Senioren in Mauerkirchen, APH Kallham, APH Ternberg haben mit der Adaptierung hauseigener Strukturen begonnen. Die Pilotierungen der neuen Angebotsstruktur sind mit 4. Quartal 2017 gestartet.

NLA-Autismus

In der LZK vom 16.11.2015 wurde die Finanzierung eines Therapieangebots am Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Linz für Kinder mit frühkindlichem Autismus für eine Pilotphase von einem Jahr beschlossen. Eine erste Evaluierung erfolgte durch Interviews der betroffenen Eltern sowie durch Analyse von Kennzahlen im Herbst 2016. Die Wirksamkeit der Therapie, insbesondere an Hand des „Mullen-Index“ (ein international anerkannter Autismus-Index), konnte dabei eindrucksvoll nachgewiesen werden. Dabei wurde eine Ausdehnung der Kapazitäten aufgrund des Bedarfes bei gleichzeitiger Umsetzung von Optimierungspotentialen in der Organisation und im Prozess der Behandlung empfohlen.

Die erfolgte Endevaluierung zeigte, dass mit den erfolgten Adaptierungen nunmehr ein effizientes Therapieangebot für Kinder mit frühkindlichem Autismus vorliegt.

Sektorenübergreifende Versorgungsprozesse in OÖ

Zahnbehandlung in Narkose

Das Kooperationsprojekt Zahnbehandlung in Sedierung oder Vollnarkose für Menschen mit cerebraler Beeinträchtigung, Kinder bis zum 8. Lebensjahr wenn anders nicht möglich und Patienten mit psychiatrischen Gutachten zwischen Land OÖ und der SV stellt ein erweitertes Angebot zur Zahnbehandlung mit Fokus insbesondere auf die Inklusion und die Sicherstellung der Notfallversorgung dieser Patientengruppe dar. Mit 2018 werden am Klinikum Wels/Grieskirchen zusätzliche Kapazitäten zur zeitnahen und kompetenten Versorgung dieser Patientengruppe geschaffen. Das bereits bestehende Angebot bleibt weiter aufrecht.

Ambulanz für Menschen mit Beeinträchtigung

Das Projekt, welches mit Herbst 2017 am KH Barmherzige Brüder Linz gestartet wurde, ist ein Kooperationsprojekt von Land OÖ und SV. Das Angebot richtet sich primär an erwachsene Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung oder Mehrfachbeeinträchtigung mit kognitiver Beteiligung (ausgenommen sind im Projekt Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf Grund von Demenz und Sucht). Ziel ist es, einen koordinierten Zugang zu allen medizinischen Leistungen durch entsprechende Begleitangebote kompetenter Teams bereitzustellen und spezielle Diagnostik und Therapie bei spezifischen Krankheitsbildern zu ermöglichen. Eine Evaluierung zu den ersten Ergebnissen ist mit Herbst 2018 vorgesehen.

Strukturierte Versorgung Herzinsuffizienz

Das Projekt (Ziele: Reduktion der Hospitalisierungsrate, Transparenz über die Aufgabenverteilungen in der Versorgung, Kooperation und Vernetzung zwischen den Versorgungspartnern, Befähigung der Patienten zum Selbstmanagement, Steigerung der Gesundheitskompetenz, Steigerung der Lebensqualität bei den Patienten, positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs) wurde von der Landeszielsteuerungskommission in ihrer Sitzung im Mai 2016 genehmigt und mit 01.01.2017 gestartet (Patienteneinschreibung).

Da im Monitoring der Patienteneinschreibung auffiel, dass weniger Patienten als erwartet eingeschrieben wurden, wurde mit folgenden Maßnahmen reagiert:

- Erweiterung der Pilotregionen (zusätzlich zu Linz, Linz Land und Rohrbach wurde Urfahr Umgebung aufgenommen)
- Einladung der Bezirksärztevertreter und Sprengelärzte der Pilotregionen mit dem Ziel, das Projekt nochmals vorzustellen und dem Ersuchen die Ärzte in ihren Bezirken zur Patienteneinschreibung zu motivieren
- Projektverlängerung bis 30.06.2020 (ursprünglich 31.12.2018)

Gesundheitskompetenz

Zum österreichischen Gesundheitsziel 3 „Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken“, wurden seitens des Landes OÖ gemeinsam mit ExpertInnen (ÄrztInnen, Pflegepersonen, PsychologInnen/Verwaltungsebene) aus den Oö. Krankenanstalten Maßnahmen mit speziellem Fokus auf die mündliche Kommunikation zwischen PatientIn/Gesundheitspersonal bearbeitet.

Das Ziel war eine Maßnahmenempfehlung für den Krankenanstaltenbereich, welche auf Fachinput und Expertise durch Erfahrungen beruht. Die nachhaltige Implementierung wird durch das Land OÖ begleitet. Mit der nächsten Maßnahme, der Erstellung von unter den oö. Krankenhäusern vereinheitlichten, schriftlichen Informationen (Stichwort: mehrsprachige Broschüren) für PatientInnen wird der Erreichung des Ziels der Steigerung der Gesundheitskompetenz vermehrt Rechnung getragen.

Weiters haben die SV und das Land OÖ das Institut für Gesundheitsplanung (IGP) beauftragt, eine Befragung von MedizinerInnen (intra- und extramural) zum Thema „Gesundheitskompetente Patientinnen/Patienten – Erwartungen und Vorschläge (Best practice) von Ärztinnen/Ärzten“ durchzuführen. Die Ergebnisse wurden im November 2017 bei der Konferenz der österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz vorgestellt und in der Folge wurden diese Ergebnisse hinsichtlich Handlungsableitungen analysiert. Die Erkenntnisse fließen nun in künftige Maßnahmenplanungen ein.

Bericht der AG Gesundheitsförderung

Zu den Kernaufgaben der AG Gesundheitsförderung zählt die Sammlung, Beurteilung und Aufbereitung der Förderanträge an den Gesundheitsförderungsfonds OÖ zur Umsetzung gemeinsamer Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Berichtspflichten gegenüber dem Gesundheitsförderungsfonds OÖ für geförderte Projekte aus dem Jahre 2016 wurden erfüllt.

Die Dokumentation der Mittelverwendung und der gesetzten Aktivitäten erfolgt über das GF-Monitoring. Die AG Gesundheitsförderung wirkt aktiv an der praktikablen Weiterentwicklung des GF-Monitorings mit.

Die für das Jahr 2017 zur Finanzierung aus dem Gesundheitsförderungsfonds beschlossenen Projekte sind:

Qualitätszertifikat plus, Bewegter Nachmittag, Gesundheitskompetenzprogramm PLUS, Netzwerk Gesunder Kindergarten, Gütesiegel Gesunde Schule Oö., Gesundheitskompetenz der Oö. PatientInnen/Bevölkerung stärken, Mobile KindergartenpsychologInnen, Von Anfang an, Schulische Gesundheitsförderung, Vereinscoaching (Gesundheitskompetenz), Body Plus, Kim Kilo, Sturzprävention, Intensivprophylaxe, HEPA, Übergang Erwerbsleben – Pension, Fit4Life, LehrerInnengesundheit

Bericht der AG Qualität

Die AG Qualität befasste sich mit den verschiedenen Aspekten, welche die Qualität der Patientenversorgung beeinflussen. Dazu gehören als Basis Health Technology Assessment (HTA) und Evidence Based Medicine (EBM), rechtliche Vorgaben und Empfehlungen inkl. der Umsetzung sowie die Messung von (Ergebnis-) Qualität und Patientenzufriedenheit.

Der Qualitätsstandard Organisation und Strategie der Krankenhaushygiene wurde eingeführt und die Vorbereitungen für die auf Bundesebene einheitliche Erfassung von nosokomialen Infektionen (Rahmenrichtlinie für die systematische Erfassung von Krankenhauskeimen) auf der Intensivstation und für postoperative Wundinfektionen bei Cholezystektomie und Hüftendoprothese wurden weiter intensiviert (in OÖ nimmt ein Krankenhaus am Pilotversuch teil).

Im Rahmen der integrierten Versorgungsprogramme wird aktuell ein Qualitätsstandard zum Thema Integrierte Versorgung Schlaganfall, in dem das Know-how aus Oberösterreich, auch auf Bundesebene einfließt, erarbeitet.

Dazu wird ein bundesweiter Basisdatensatz zur Schlaganfalldokumentation erstellt, mit dem Ziel eine einheitliche Basisdokumentation für alle Schlaganfallpatientinnen und ein durchlässiges Dokumentationskonzept zu erhalten. Mit der Bearbeitung weiterer Qualitätsstandards wurde begonnen.

Die seitens der BGK (Bundesgesundheitskommission) österreichweit beschlossene Patientensicherheitsstrategie, deren priorisierte Themen und deren Umsetzung wurden auf Landesebene bereits 2015 analysiert. Im Rahmen der Sanitären Aufsicht erfolgte auch 2017 eine Überprüfung der Krankenanstalten zum Thema Patientensicherheit, Teil 2.

Die Analyse zeigte, dass in den Fondskrankenanstalten diverse umfangreiche Maßnahmen im Rahmen der Patientensicherheit wie u.a. die Umsetzung von Maßnahmen im Bereich des Antibiotikamanagements (z.B.: ABS Programm vorhanden, Fortbildungen,...), der Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung (Fortbildungen, Einsatz eines Videodolmetschsystems,.....) und zum Thema Deeskalationsmanagement durchgeführt wurden.

3. Nahtstellenmanagement (NSM)

Im NSM OÖ lag der Fokus des Jahres 2017 unter anderem auf die Abhaltung von drei Wissenskonferenzen:

- in Linz am 2. März für die Bezirke des Mühlviertels, Linz Stadt und Linz Land
- in Gmunden am 28. März für die Bezirke der Pyhrn-Eisenwurzen-Region, des Salzkammergutes und des Innviertels
- in Wels am 29. Juni gemeinsam mit der Jahreskonferenz der ARGE 42.

Die Konferenzen dienten der bezirksübergreifenden Vernetzung des Fachpersonals, dem Erfahrungsaustausch und dem Lernen voneinander. Vorgestellt wurden die Aktualisierungen im NSM OÖ Handbuch (Version 3.0), sowie Ergebnisse zur Patienten- und Bevölkerungsbefragung auf Bundesebene. Daneben lag der Schwerpunkt auf sogenannte Marktstände, wo verschiedenen Projekte aus den Bezirken vorgestellt wurden.

Ein weiterer Schwerpunkt war die Überarbeitung der Patienten Checkliste zur Vorbereitung der Patienten sowie deren Angehörigen auf das Entlassungsgespräch und die poststationäre Zeit daheim.

Der NSM Newsletter wird neben der bewährten Form als PDF Dokument nun auch als Online Format angeboten.

4. eHealth/ELGA (Elektronische Gesundheitsakte)

Nach dem ELGA-Start in Oberösterreich im Dezember 2016 folgte in den ersten Monaten des Jahres 2017 die Anbindung aller weiteren Fonds-Krankenanstalten (mit Ausnahme des Kepler Universitätsklinikums, das aufgrund der Konsolidierung des Krankenhausinformationssystems voraussichtlich erst 2019 mit ELGA in Betrieb gehen kann). Die Zusammenarbeit aller Akteure in Oö. läuft hinsichtlich ELGA mittlerweile im Regelbetrieb, auch was die Prozesse für Qualitätssicherung und Clearing-Maßnahmen anlangt.

Die Vorbereitungsarbeiten zur ELGA-Anbindung erster Pflegeeinrichtungen wurden weitergeführt, Anbindungsmöglichkeiten auch über das eCard-System wurden gemeinsam mit Vertretern der Bundesländer Salzburg und Vorarlberg sowie Experten der SV und der ELGA GmbH erarbeitet. Mit den Trägern der Pflegeheime der Stadt Wels und der Stadt Steyr wurden die Vorarbeiten so weit konkretisiert, dass eine tatsächliche Anbindung im Jahr 2018 erfolgen kann.

Einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt im Jahr 2017 bildete die Mitwirkung bei der Vorbereitung künftiger ELGA/eHealth-Weiterentwicklungsthemen gemeinsam mit den Systempartnern auf Bundesebene. Die Themengebiete aus einem Beschluss der Landes-GesundheitsreferentInnen wurden auf operativer Ebene konkretisiert und im Rahmen des gemeinsamen Projekts „ELGAplus“ für eine koordinierte Umsetzung vorbereitet. Nachdem ein großer Teil der Ressourcen der SV und der ELGA GmbH in den Vorbereitung des österreichweiten Rollouts der ELGA-eMedikation gebunden waren, nahmen die Ländervorteiler bei den Weiterentwicklungsthemen eine treibende Rolle ein. In Oö. wurden – zusätzlich zur intensiven Mitarbeit im „ELGAplus-Projekt“ - auch die Vorarbeiten für den Bilddatenaustausch und für telemedizinische Anwendungen auf Grundlage der eHealth/ELGA-Infrastruktur intensiv weitergeführt.

Bei der Neugestaltung der Rahmenbedingungen auf Bundesebene (Art. 15a-Vereinbarung, Bundes-Zielsteuerungsvertrag) wurden auf Initiative Oberösterreichs hin die neuen Fachgruppe eHealth („FG eHealth“) etabliert. Dieses Gremium nimmt neben den Aufgaben des ELGA-Koordinierungsausschusses (KAUS) nun auch die weitere Koordination aller Themen im Umfeld von eHealth, ELGA und eCard wahr. Im Zuge dieser Neustrukturierung der eHealth-Themen auf Bundesebene wurde auch die eHealth-Arbeitsstruktur für Oö den neuen Gegebenheiten angepasst. Die Projektstrukturen zur ELGA-Einführung (Projekt ONE – Oö. Nutzt ELGA“) wurden zu einer dauerhaften Struktur mit einem „eHealth-Kernteam“ und einer ständigen Unterarbeitsgruppe der KA-Träger („UAG-KA“) weiterentwickelt. Für eine verstärkte Vernetzung und einen intensiveren Informationsaustausch soll auch eine Neuausrichtung des „eHealth-Forum Oö“ folgen.

Die Koordination innerhalb dieser neuen Oö-Arbeitsstrukturen und in Richtung der eHealth/ELGA-Gremien auf Bundesebene nimmt künftig die „Koordinationsstelle eHealth Oö“ wahr (bisher „eHealth-Management Oö“).

Mit der Novelle zur ELGA-Verordnung liegt nun seit Ende 2017 auch die Voraussetzung für den österreichweiten Rollout der ELGA-Anwendung „eMedikation“ vor. In Oö koordiniert die OÖGKK den Rollout für ngl. Ärzte und Apotheken, der im Zeitraum zwischen Dezember 2018 und Februar 2019 erfolgen wird. Die Vorarbeiten für eine eMedikations-Verwendung auch in Krankenanstalten werden begleitend weitergeführt.

Aktivitäten im Kooperationsbereich

Im Zuge der Arbeiten zur Umsetzung des Landes-Zielsteuerungsvertrages werden von der AG Best Point of Service Kooperationsprojekte zwischen Land Oö. und Oö. Krankenversicherungsträger nach einem einheitlichen Bewertungsraster beurteilt. Einige Kooperationsprojekte sind bereits in den Regelbetrieb übergeführt.

Nachstehend eine Auflistung der derzeitigen Kooperationsprojekte:

a) **Integrierte Schlaganfallversorgung OÖ.**

Das Projekt besteht seit 2006 und wurde mit Beginn 2011 in den Regelbetrieb übernommen. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung der Behandlung von Schlaganfallpatientinnen und – patienten:

- Ø Geringere Sterblichkeit
- Ø Weniger bleibende Behinderung - bzw. ein selbstbestimmtes Leben
- Ø Chancengleichheit bei der Versorgung (auch im Hinblick auf geschlechterspezifische Unterschiede)
- Ø Verbesserung des Behandlungsprozesses (Patienten-Outcome)

b) **Sozialpsychiatrisches Ambulanzzentrum (SPAZ)**

Ziel ist die Verminderung des Überbelages im stationären Bereich. Dies soll durch eine Verbesserung des ambulanten Angebots an psychiatrischer Akutversorgung, einer gezielten Weiterleitung an außerstationäre Versorgungsangebote sowie durch die Verbesserung der regionalen Versorgungsqualität durch Angebot einer multiprofessionellen, akuten Clearing- und Behandlungsstelle erreicht werden.

c) **Diabetikerbetreuung OÖ „Therapie Aktiv“**

Die strukturierte Versorgung und Schulung von TypII-Diabetikern soll zur Vermeidung/Verzögerung von Folgeschäden und zur Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen beitragen.

Durch die intensive Betreuung innerhalb des Projekts sollen Krankenhausaufenthalte der Betroffenen reduziert oder die Liegedauer verkürzt werden. Die Betreuung wird von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und Internisten auf freiwilliger Basis angeboten.

d) **Kinder- und Jugendkompetenzzentrum (KIJUK) Innviertel/St. Isidor**

Mit dem Kinder- und Jugendkompetenzzentrum soll ein kostenträgerübergreifendes Angebot, ein integriertes Versorgungsmodell für Kinder und Jugendliche und deren Angehörige zur Verfügung stehen. Durch ein umfassendes diagnostisches, therapeutisches, heil- und sozialpädagogisches Angebot soll sich der körperliche und seelische Zustand bzw. das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen verbessern und sich deren Verhaltens- und Erlebnisrepertoire erweitern. Das engere soziale Umfeld soll mit dem Angebot eine Entlastung erfahren. Der Zugang zum Angebot soll frühzeitig, niederschwellig und gezielt erfolgen. Das KIJUK Innviertel wurde in den Regelbetrieb übernommen. Das KIJUK St. Isidor wurde im 2. Halbjahr 2016 in Betrieb genommen.

e) **Braunauer Psychosemodul**

Ziele des Projekts:

- Schaffung eines zusätzlichen ambulanten Behandlungsangebotes zur Stabilisierung der Patientinnen und Patienten, um unter anderem immer wiederkehrende stationäre Einweisungen zu reduzieren.
- Vernetztes Vorgehen, um Doppelbehandlungen zu verhindern
- Verbesserung der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten
- Verbesserung der Partizipation der Patientinnen und Patienten am gesellschaftlichen Leben
- Erhöhung der Effizienz des Gesundheitswesens (Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, Erhöhung der Patientenorientierung, Qualitätsverbesserung, Verminderung von Zugangsbarrieren)
- Kostenreduktion: die Patientenzahl (stat. Aufenthalte) konnte durch das Psychose Modul halbiert werden. Die Kosten für stationäre Behandlungen konnten im Beobachtungszeitraum 9/10 bis 12/11 (vor und nach Psychosegruppe) um 50% reduziert werden. Des Weiteren konnte die stationäre Aufenthaltsdauer im Beobachtungszeitraum um mehr als zwei Drittel (70%) reduziert werden (jeweils bezogen auf Patientinnen und Patienten mit Psychose).

f) **Neurologisch linguistische Ambulanz (NLA) Barmherzige Brüder Linz**

Das bestehende Therapieangebot soll für Kinder, die gesamthaft beeinträchtigt sind und komplexe Interventionen bedürfen, erweitert werden. Zielgruppen sind Kinder, die im Rahmen der Neurologisch linguistischen Ambulanz diagnostiziert werden und für die angesichts der Komplexität ihres Störungsbildes keine adäquaten Therapieangebote in der niedergelassenen Versorgungslandschaft vorgehalten werden. Dies sind insbesondere Kinder mit Störungen in der Kommunikation und Sprache, die auch in anderen relevanten Entwicklungsdimensionen Auffälligkeiten aufweisen und daher einer multidisziplinären therapeutischen Arbeit bedürfen, die in enger Absprache mit den diagnostizierenden Stellen zielgerichtet durchzuführen ist. Dazu zählen insbesondere assoziierte Störungsbilder im Bereich der kognitiven Entwicklung und der psychosozialen Gesundheit. Die Leitdiagnose sind schwere rezeptive und expressive Sprachentwicklungsstörungen, verbale Entwicklungsdyspraxien, Sprechpraxien, schwere Störungen des Redeflusses, schwere Interaktionsstörungen.

Ziele:

- Kinder und Erwachsene mit Schwierigkeiten im Bereich von Sprache und Kommunikation sowie des Lernens bei der Ausschöpfung ihres persönlichen Potenzials zu unterstützen
- frühe Erkennung von Entwicklungsauffälligkeiten
- individuelle Beratung und Planung von Förderung und Therapie

g) **Urologie Braunau**

Die stationäre urologische Versorgung im Innviertel wurde unter Erhalt der Bettenkapazitäten am Standort der Barmherzigen Schwestern Ried konzentriert (Personalprobleme am Standort Braunau). Im Krankenhaus Braunau wird weiterhin eine Konsiliarversorgung angeboten, die urologische Ambulanz wurde per 31.03.2017 geschlossen.

Für die weiterführende Versorgung bislang spitalsambulanter Patienten des Krankenhauses in Braunau wurde folgende Vereinbarung getroffen: Der niedergelassenen Facharzt für Urologie in Braunau übernimmt seit April 2017 die Versorgung all jener Patientengruppen in der Region, die bis dahin durch die Spitalsambulanz versorgt wurden.

h) **Besser zuhause**

„Besser zuhause“ ist ein Pilotprojekt des Ordensklinikum Linz Elisabethinen mit der OÖ Gebietskrankenkasse, der OÖ Ärztekammer und dem Land OÖ. Um nach akuten Erkrankungen, Operationen oder Stürzen wieder in den Alltag zurückzufinden, benötigen vor allem ältere Menschen oft Unterstützung in Form einer geriatrischen Remobilisation. Konkrete Maßnahmen und Therapieeinheiten helfen dabei, den Alltag wieder selbstständiger zu bewältigen und mobiler zu werden. Die mobile geriatrische Remobilisation findet ausnahmslos zuhause statt. Patientinnen und Patienten können dadurch möglichst rasch wieder in die vertraute Umgebung zurückkehren.

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

Mit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung im Jahr 1997 wurde zur Umsetzung in Oberösterreich ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtet. Die Fondskrankenanstalten werden durch LKF-Gebührenersätze, Ambulanzgebühren und Investitionszuschüsse finanziert. Die Mittel wurden von Bund, Land, Gemeinden und Sozialversicherung zur Verfügung gestellt und mittels der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung von der Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben des Oö. Gesundheitsfonds den Krankenanstalten zugerechnet.

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

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

Fondskrankenanstalten:

Oö. Gesundheits- und Spitals AG (gespag)	Ordenskrankenanstalten	Kepleruniversitätsklinikum (KUK)
Krankenhaus Freistadt (KH Freistadt)	Krankenhaus St. Josef Braunau (KH Braunau)	Med Campus III (ehem. AKH Linz)
Krankenhaus Kirchdorf (KH Kirchdorf)	Konventhospital der Barmherzigen Brüder Linz (KH BHB Linz)	Med Campus IV (ehem. Frauen- und Kinderklinik Linz)
Krankenhaus Schärding (KH Schärding)	Klinikum Barmherzige Schwestern Linz (KH BHS Linz)	Neuromed Campus (ehem. Wagner-Jauregg)
Krankenhaus Steyr (KH Steyr)	Krankenhaus Elisabethinen Linz (KH Elisabeth.)	
Krankenhaus Rohrbach (KH Rohrbach)	Krankenhaus Barmherzige Schwestern Ried (KH BHS Ried)	
Salzkammergut-Klinikum (SK)	Krankenhaus Kreuzschwestern Sierning (KH Sierning)	
	Klinikum Wels-Grieskirchen (KH WEGR)	

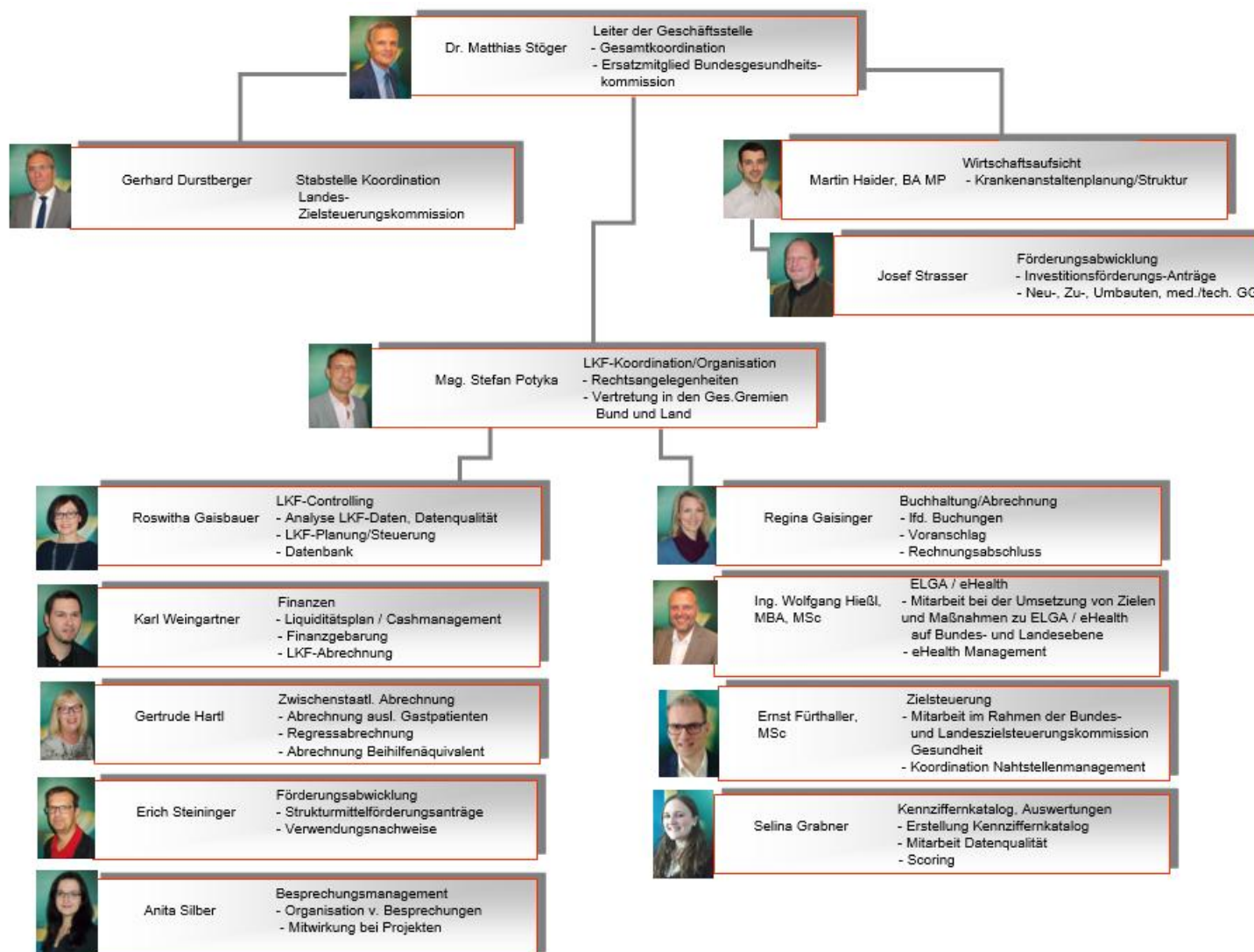
2016 startete das Kepler Universitätsklinikum (KUK) mit den Standorten Med Campus III (ehem. AKH Linz), Med Campus IV (ehem. Frauen- und Kinderklinik Linz) sowie Neuromed Campus (ehem. LNK Wagner-Jauregg).

2017 startete die Ordensklinikum Linz GmbH als Kooperation zwischen KH Elisabethinen und Klinikum Barmherzige Schwestern Linz.

Fondskrankenanstalten in Oberösterreich



Organigramm – Geschäftsstelle für intramurale Aufgaben



Beschreibung des LKF-Systems

Dokumentation

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

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

Für die Anwendung der Diagnosen- und Leistungsdokumentation steht den Krankenanstalten ein für das jeweilige Jahr gültiger Diagnoseschlüssel (dzt. ICD-10 BMGF 2017) bzw. Leistungskatalog (dzt. BMGF 2017) zur Verfügung. Der Diagnoseschlüssel und der Leistungskatalog werden vom zuständigen Bundesministerium gewartet und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft angepasst.

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

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

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

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

Gesamtdarstellung des LKF-Systems

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

Es unterscheidet 2 Finanzierungsbereiche:

§ **Bundesweit einheitlicher LKF-Kernbereich**

Bepunktung des stationären Krankenhausaufenthalts auf Basis der Leistungsorientierten Diagnosen-Fallgruppen (LDF) inkl. aller speziellen Bepunktungsregelungen.

§ **Länderweise gestaltbarer LKF-Steuerungsbereich**

Die leistungsorientierte Mittelzuteilung aus den Landesgesundheitsfonds an die Träger der Krankenanstalten kann im Rahmen des LKF-Steuerungsbereiches auf besondere Versorgungsfunktionen bestimmter Krankenanstalten Rücksicht nehmen.

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

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

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

In Oberösterreich kommt nur der Kernbereich zur Anwendung.

Bepunktungsprogramm zum LKF-Kernbereich

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

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

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

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

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

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

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

LKF-Weiterentwicklung 2001 – 2016

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

Das komplett überarbeitete LKF-Modell 2002 basierte auf einer umfassenden Modellwartung, welche zu Struktur- und Punkteanpassungen bei zahlreichen bestehenden LDF (leistungsorientierten Diagnosefallgruppen) und auch zur Aufnahme neuer medizinischer Einzelleistungen und neuer LDF geführt hat. Weiters wurden auch die auf einer Tagsatzfinanzierung basierenden Intensiveinheiten und speziellen Leistungsbereiche (medizinische Geriatrie, Akut-Nachbehandlung von neurologischen Patienten, Kinder-Jugendneuropsychiatrie) in die Modellwartung einbezogen sowie neue spezielle Leistungsbereiche (tagesklinische und tagesstrukturierende Behandlung in der Psychiatrie, Akutgeriatrie/Remobilisation, Palliativmedizin, Psychosomatik und Psychotherapie) in das Modell aufgenommen. Für den tagesklinischen Bereich wurde eine einheitliche Bepunktungsregelung in das Modell integriert. In den Jahren **2003** bis **2008** wurden vereinbarungsgemäß nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen vorgenommen.

Im LKF-Modell **2010 - 2016** wurden keine größeren Änderungen durchgeführt, sondern nur die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen vorgenommen.

Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit (ZS-G) sind im Bundes-Zielsteuerungsvertrag (B-ZV) im Steuerungsbereich „Versorgungsstrukturen“ Ziele formuliert, die eine Anpassung der bisherigen Versorgungsstrukturen an die modernen Möglichkeiten der Medizin erfordern. Ein Schwerpunkt ist die Forcierung der tagesklinischen Leistungserbringung (B-ZV op. Z. 6.2.2). Ein weiterer Schwerpunkt ist die Reduktion von medizinisch nicht indizierten Null-/Ein-Tagesaufenthalten (NTA/ETA, B-ZV op. Z. 6.2.3).

Zur nachhaltigen Unterstützung dieser Ziele sind entsprechende Anreizmodelle zu schaffen. Ein wesentlicher Faktor wird darin bestehen, dass vergleichbare Gesundheitsleistungen auch bei spitalsambulanter Leistungserbringung in vergleichbarer Art und Höhe abrechenbar sind.

Umfassende LKF-Modellwartung 2017

Das Modell 2017 stellt das Ergebnis der Arbeiten zur **umfassenden Aktualisierung und Weiterentwicklung des LKF-Modells** dar und soll in den Folgejahren („Wartungsjahren“) mit Ausnahme notwendiger Änderungen aus ökonomischen oder medizinischen Gründen möglichst unverändert bleiben. Daher wurden für das Modell 2017 alle Fallpauschalen nach medizinischen, ökonomischen und statistischen Kriterien geprüft und bei Bedarf entsprechende Aktualisierungen durchgeführt. Die Weiterentwicklung erfolgte unter Einbeziehung der Bepunktungsregelung für Intensiveinheiten und für spezielle Leistungsbereiche und in Abstimmung mit der Entwicklung eines Bepunktungsmodells für den spitalsambulantem Bereich.

LKF-Nachkalkulation, Belagsdauer, Wartung Leistungskatalog und Diagnoseschlüssel

Neben nachkalkulierten MELs und neuer Preisbasis (2014 statt 2005) wurden in allen Fallpauschalen die Belagsdauerwerte neu berechnet. Datenbasis dafür ist analog zu den Kalkulationsgrundlagen das Jahr 2014, gescort nach dem neuen LKF-Modell 2017. Von ausgewählten Referenzkrankenanstalten wurden wieder entsprechende umfassende Grundlagen für die Nachkalkulation des LKF-Modells 2017 zur Verfügung gestellt.

Neben den Ergebnissen aus dem Projekt LKF-Kalkulation, der angepassten Preisbasis, der Wartung des Leistungskataloges unter Berücksichtigung der Verwendbarkeit der generierten Daten für die Qualitätsberichterstattung und den aktualisierten Belagsdauern wurden auch die Rückmeldungen von Landesgesundheitsfonds für die Modellbildung berücksichtigt.

Intensivmodell

Für die Abrechnung von Aufenthalten auf Intensiveinheiten für Erwachsene im LKF-Modell 2017 werden folgende Bepunktungsregeln umgesetzt:

- Beibehaltung der bestehenden Intensivdokumentation nach TISS-A sowie der Einstufung nach TISS-28
- Beibehaltung der Kategorisierung auf Basis des ÖSG in Überwachungs- und Behandlungseinheiten sowie der bestehenden Einstufungsvoraussetzungen (inkl. des TISS-Mittelwerts aus Tagen mit TISS \geq 16)
- Flexibilisierung der Bepunktung innerhalb der Stufengrenzen auf Basis der dokumentierten TISS-Punkte aller Intensivtage und entsprechende Anpassung der Mindestpersonalschlüssel für DGKP
- Entfall des Korrekturfaktors bei Intensivbehandlungseinheiten
- Überwachungseinheiten werden in das flexibilisierte Modell integriert, eine Intensivdokumentation ist jedoch nach wie vor nicht verpflichtend.
- Für Überwachungseinheiten mit Intensivdokumentation erfolgt eine flexibilisierte Bepunktung im Rahmen der Modellgrenzen und der Auslastungsfaktor entfällt.
- Für Überwachungseinheiten ohne Intensivdokumentation erfolgt eine Bepunktung mit dem Basiswert für Überwachungseinheiten.

Abstimmung mit dem Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich

Bei der Weiterentwicklung des LKF-Modells erfolgte eine Abstimmung mit dem gemeinsam entwickelten bundeseinheitlichen Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich das ab 1.1.2017 zur Anwendung vorliegt.

Im Rahmen des stationären LKF-Modells 2017 ist weiterhin sichergestellt, dass folgende 0-Tagesaufenthalte ohne Punktereduktion abgerechnet werden können:

- Stationäre Aufenthalte mit Leistungen aus dem Katalog für tagesklinisch abrechenbare Leistungen
- Stationäre Aufenthalte mit Entlassungsart „S – Sterbefall“ oder „T – Transferierung“.
- 0-Tagesaufenthalte in Sonderbereichen mit tageweiser Bepunktung (Palliativ, Akutgeriatrie/Remobilisation, Remobilisation/Nachsorge, Akute neurologische Nachsorge, Bereiche der Kinder- und Jugendpsychiatrie)

In einer **Übergangsphase zwischen 1.1.2017 und 31.12.2018** ist auf Landesebene die Abrechnung von 0-Tagesaufenthalten der onkologischen Pharmakotherapie (MEL22) sowie von Leistungen aus dem halbstationären Bereich (tagesklinische und tages-strukturierende Behandlungen) nach dem LKF-Modell für den stationären Bereich oder für ambulante Tagesbehandlungen nach dem Bepunktungsmodell für den spitalsambulanten Bereich festzulegen. Ab 1.1.2019 sind diese Bereiche zur Gänze nur mehr im ambulanten Bereich abrechenbar.

Darüber hinaus sind auch ausgewählte häufige und kostenintensive Leistungen in HDG-Gruppen (z.B. Durchführung von intravitrealen Injektionen beim Auge bei Makuladegeneration - IVOM) im stationären LKF-Modell während der 2-jährigen Einführungsphase des Modells für den spitalsambulanten Bereich weiterhin im Rahmen von Fallpauschalen mit Leistungskomponenten abrechenbar.

Begleitend dazu werden die Abrechnungsmöglichkeiten und die Bepunktung von grundsätzlich dem ambulanten Bereich zuzuordnenden Leistungen im stationären Bereich weiter reduziert und damit die Verschiebung in den spitalsambulanten Bereich gefördert.

Alle weiteren 0-Tagesaufenthalte (inkl. Entlassungsart „4 – gegen Revers“) sind – wenn medizinisch erforderlich – grundsätzlich auch weiterhin mit entsprechend reduzierten Punkten im Rahmen des stationären LKF-Modells abrechenbar.

In Oberösterreich ist die gesamte Umsetzung des NTA-Modells ab 1.1.2019 geplant; umfassende und intensive Vorbereitungsarbeiten sind im Laufen.

Harmonisierung der Datensatzstrukturen stationär – ambulant ab 1.1.2017

Ab dem Berichtsjahr 2017 sind Datenmeldungen über den stationären und ambulanten Bereich in einer vereinheitlichten Datensatzstruktur zu melden. Die Änderungen sind im „Handbuch zur Dokumentation (Anhang 1)“ zusammengefasst.

Die Umsetzung der Harmonisierung der Datensätze ist maßgeblich für die Anwendung des Bepunktungsmodells für den spitalsambulanten Bereich und Voraussetzung für die Handhabung und Durchgängigkeit der Bepunktungsmodelle für den stationären und spitalsambulanten Bereich.

Medizinische Datenqualität

Rechtliche Grundlage

Gemäß § 8 Abs. 2 Z 6 Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 ist die Aufgabe des Oö. GFi die Überprüfung der Grundlagen für die Erbringung der stationären und ambulanten Leistungen der Krankenanstalten, insbesondere der Datenqualität der Diagnose- und Leistungsdokumentation. Weiters werden gem. § 3a Oö. Gesundheitsfonds-Gesetz 2013 finanzielle Zuwendungen nur geleistet, soweit die Träger der Krankenanstalten den Bestimmungen des Oö. KAG 1997 sowie den erlassenen Verordnungen betreffend die Krankenanstaltenplanung und den vom Fonds erlassenen Richtlinien entsprechen.

Es ist dabei insbesondere auf die vollständige, richtige und vergleichbare datenmäßige Erfassung und Codierung der von den Krankenanstalten erbrachten Leistungen Bedacht zu nehmen. Zur Erfüllung der Aufgaben beauftragt der Oö. GFi auch medizinische Sachverständige der Abteilung Gesundheit. Insbesondere für das Ziehen von Stichproben und für statistische Auswertungen werden der Oö. GFi und die medizinischen Sachverständigen der Abteilung Gesundheit von der Abteilung Statistik unterstützt.

Überprüfung MBDS – „Schwerpunktprüfung“ im stationären Bereich

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

Bei sämtlichen Fehlcodierungen bestand die Möglichkeit, die Korrekturen mit Mitarbeiterinnen- und Mitarbeitern der Abteilung Gesundheit zu besprechen.

Die wichtigsten Themenschwerpunkte 2017 waren:

- MEL XN070: Perkutane transluminale Thrombektomie intrakranieller Gefäße (LE=je Sitzung)
- MEL XC990: Fortsetzung einer Chemotherapie (LE=je Aufenthalt)
- MEL NZ031: Exzision am Knochen an Bein, Fußwurzel und Mittelfuß als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
- MEL LZ031: Exzision am Knochen an Kopf, Hals und Rumpf als alleiniger Eingriff (LE=je Sitzung)
- MEL MZ031: Exzision am Knochen an Arm, Handwurzel und Mittelhand als alleiniger Eingriff (LE=je Seite)
- MEL JC050: Implantation eines permanenten metallischen Stents – Ureter (LE=je Sitzung)
- Hauptdiagnosen D37.0-D48.9: Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens
- Hauptdiagnose L68.2: Lokalisierte Hypertrichose
- Hauptdiagnose S06.9: Intrakranielle Verletzung, nicht näher bezeichnet
- Hauptdiagnose G47.3: Schlafapnoe
- Hauptdiagnose M54.4 + Anä: Lumboischialgie
- Hauptdiagnose L90.8: Hauptdiagnose Sonstige atrophische Hautkrankheiten + MEL QB010: Dermolipektomie – Abdomen (LE=je Sitzung)
- MEL HL030: Leberteilresektion – offen (LE=je Sitzung)
- MEL ED050: Katheterembolisation – Viszeralgefäße (LE=je Sitzung)
- MEL EP020: Perkutane transluminale Embolektomie, Thrombektomie oder Fremdkörperentfernung an extrakraniellen Gefäßen (LE=je Sitzung)
- Hauptdiagnose T81, T83, T85, T87, T88: Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischen behandlungen
- Warning WM3L

Überprüfung der ambulanten Datenqualität

Seit 2014 sind in allen Krankenanstalten Leistungen an ambulanten Patienten verpflichtend zu codieren. Zur Überprüfung der Datenqualität wurden 2017 folgende Aktivitäten getätigt:

- Die ambulanten Quartals-Datenmeldungen wurden analysiert und die Ergebnisse der inhaltlichen und formalen Prüfungen den Krankenanstalten rückgemeldet.
- Das Mapping der Hauskataloge aller Krankenanstalten auf KAL-Leistungen lt. LKF-Katalog 2017 wurde auf Bundesebene plausibilisiert. Notwendige Korrekturen und Verbesserungsvorschläge wurden an die Krankenanstalten weitergegeben.
- Zur Vorbereitung der Entwicklung von Prüfroutinen auf Dokumentationsebene wurden auf Landes- als auch auf Bundesebene Schritte gesetzt:
 - In gemeinsamen Besprechungen mit den Krankenanstaltenträgern (LKF-Forum) wird die Nachvollziehbarkeit der ambulanten Dokumentation mit Hinweis auf gesetzliche Vorgaben thematisiert und eine Vereinheitlichung der Dokumentation angeregt.
 - Erstellen eines Maßnahmenkataloges zur Verbesserung der ambulanten Dokumentation auf Landesebene
 - Bei den Datenqualitätstreffen der Bundesländer und in der FG-übergreifenden AG für medizinische Themen wurde wiederholt die Notwendigkeit der Entwicklung eines bundesweit einheitlichen EDV-Tools als Voraussetzung für die Entwicklung von Prüfroutinen auf Dokumentationsebene gefordert.

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

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

Dr. Margarete Buchgeher
) 0732-7720-14197
* margarete.buchgeher@ooe.gv.at

Dr. Schabnam Fuchsbauer
) 0732-7720-16168
* schabnam.fuchsbauer@ooe.gv.at

Dr. Karl Stieglbauer
) 0732-7720-14335
* karl.stieglbauer@ooe.gv.at

Dr. Sandra Reichart
) 0732-7720-16166
* sandra.reichart@ooe.gv.at

Bericht über die Gebarung

Jahreserfolgsrechnung

1. Erträge

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

Unter diese Position fallen die Umsatzsteueranteile, die Beiträge des Bundes und die Mittel der Sozialversicherung (inklusive Beitrag Gesundheitsförderungsfonds), das entspricht einem Betrag in Höhe von ca. 1,2 Mrd. Euro. Die Mittel des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger sind um etwa 5 % höher als im Jahr 2016.

Die Einkünfte aus Umsatzsteueranteilen des Landes und der Gemeinden sind um etwa 5 % gestiegen. Bei den Beiträgen des Bundes konnte ebenfalls eine Steigerung in der Höhe von ca. 3 % verzeichnet werden.

II. Wertberichtigung:

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

III. Zuschüsse Sozialversicherung, Land, Gemeinden:

Darunter fallen jene Mittel, die aufgrund der landesgesetzlichen Regelung den Krankenanstalten (Betriebsabgang) durch die Wirtschaftsaufsicht des Landes zugestanden werden. Da diese Mittel erst verzögert definitiv feststehen, stammt der Wert aus der Berechnung vom Jänner 2017.

Zwischen Land Oö., Oö. GF i und den oberösterreichischen Krankenversicherungsträgern bzw. -fürsorgen sowie dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wurde für die Hauskrankenpflege eine Vereinbarung abgeschlossen. Für jene Mittel, die der Oö. GF i im Rahmen der Strukturmittel aus diesem Titel beschließt, wird vom Land Oö. der med. Anteil dem Oö. GF i bereit gestellt.

IV. Übrige Erträge:

Die Geschäftsstelle des Oö. GF i führte monatlich Veranlagungen bei den Banken durch, welche jedoch wegen des sinkenden Zinsniveaus kaum mehr Angebote legen konnten.

Aufgrund nicht verbrauchter Strukturmittel, Mittel des Gesundheitsförderungsfonds bei Projektförderungen und Mittel für Langzeitbeatmung kam es zu Rückzahlungen in Höhe von ca. 248.000 Euro.

V. Auflösung sonstiger Rücklagen und Rückstellungen:

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

2. Aufwendungen

I. Verwaltungsaufwand:

Unter diese Position fallen der Aufwand für die Bediensteten der Geschäftsstelle sowie Miete, Telefon und IT-Aufwand etc. als Sachaufwand.

II. Abschreibungen und Wertberichtigung:

Diese Position zeigt die Wertberichtigung für Forderungen aus ausländischen Gastpatientinnen und -patienten.

III. Übrige Aufwendungen:

Diese Position beinhaltet den Beratungs- und Planungsaufwand, die Geldverkehrsspesen sowie die sonstigen Aufwendungen ua. für die Kostentragung der Versorgung langzeitbeatmungspflichtiger Patientinnen und Patienten. Der Kooperationsbereich beinhaltet Aufwendungen für Reformpoolprojekte (insb. Strukturierte Diabetikerbetreuung in Oö., Integrierte Versorgung am Beispiel Schlaganfall in Oö., Sozialpsychiatrisches Ambulanzzentrum, Neurologisch Linguistische Ambulanz). Unter eHealth-Initiative finden sich Aufwendungen für eHealth-Management und ELGA, Aufwendungen zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention sind unter der Position Gesundheitsförderungsfonds abgebildet.

IV. Zuschüsse:

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

Der Hauptanteil, nämlich die Zahlungen an stationären LKF-Gebührenersätzen, beträgt ca. 44 % der gesamten Aufwendungen.

V. Zuführung sonstiger Rücklagen/Rückstellungen:

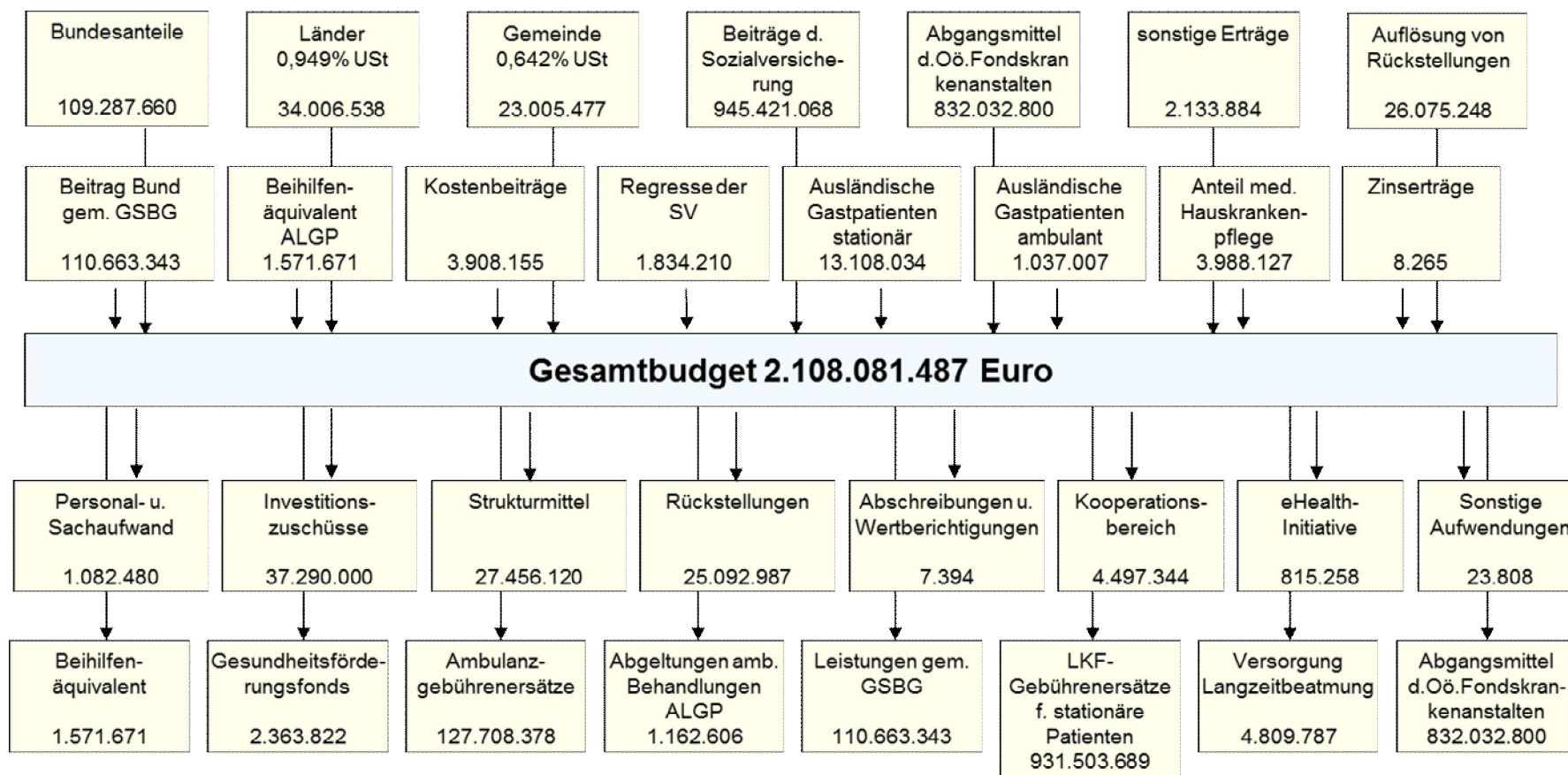
Rückstellungen ergeben sich für Strukturmittel, Investitionszuschüsse, Gesundheitsförderungsfonds und für die stationären und ambulanten ALGP.

AUFWENDUNGEN		ERTRÄGE	
I. Verwaltungsaufwand		I. Haupterträge gem. 15a-Vereinbarung	
1. Aufwand für Bedienstete	960.221,98	1. Umsatzsteuer - Anteile	
2. Sachaufwand	122.257,74	Anteil an 0,949 % d.Landes-UST	34.006.538,00
		Anteil an 0,642 % d. Gem.-UST	23.005.477,00
		2. Beiträge des Bundes	
II. Abschreibungen und Wertberichtigungen	7.394,20	Beiträge gem. § 57 KAKuG	109.287.660,49
		3. Beiträge der Sozialversicherung	
III. Übrige Aufwendungen		Beitrag gem. § 447 ASVG	943.279.126,92
1. Beratungs- und Planungsaufwand	19.296,00	Beitrag Gesundheitsförderungsfonds	2.141.941,00
2. Geldverkehrsspesen	2.600,03	4. Beitrag des Bundes n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	110.663.343,38
3. Kooperationsbereich	4.497.343,91	5. Regresse	1.834.209,50
4. Versorgung Langzeitbeatmungspflichtige	4.809.786,93	6. Verrechnung stationäre ALGP	13.108.034,36
5. eHealth-Initiative	815.257,82	7. Kostenanteile/ -beiträge (KB)	3.908.154,68
6. Gesundheitsförderungsfonds	2.363.821,85	8. Beihilfenäquivalent ausl. SV-Träger	1.571.671,26
7. Sonstige Aufwendungen	1.911,92	9. Ambulante ausländische Gastpatienten	1.037.007,53
IV. Zuschüsse		II. Wertberichtigungen	73.941,97
1. LKF-Ersätze stationär	931.503.688,96	III. Betriebszuschüsse	
2. Ambulanzgebührenersätze	127.708.378,35	1. Anteil med. Hauskrankenpflege	3.988.127,00
3. Betriebsabgang der Fonds-KA	832.032.800,00	2. Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten	832.032.800,00
4. Strukturmittel	27.456.120,18	IV. Übrige Erträge	
5. Investitionsförderung	37.290.000,00	1. Zinserträge	8.264,70
6. Aufwendungen n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	110.663.343,38	2. Rückzahlung Förderungen	248.056,63
7. Beihilfenäquivalent	1.571.671,26	3. KB f. SV-Träger (à € 1,45)	1.676.531,23
8. Aufwendungen f. ambulante ALGP	1.162.606,16	4. Sonstige Erträge	135.353,95
V. Zuführung sonst. Rücklagen/Rückstellungen		V. Auflösung sonst. Rücklagen/Rückstellungen	
1. Strukturmittel	1.626.671,53	1. Auflösungen von Rückstellungen Strukturmittel	1.272.588,29
2. Stat. Ausländische Gastpatienten	12.867.076,47	2. Auflösungen von Rückstellungen stat. ALGP	19.455.305,92
3. Amb. Ausländische Gastpatienten	1.162.606,16	3. Auflösungen von Rückstellungen amb. ALGP	1.088.896,65
4. Gesundheitsförderungsfonds	4.426.633,12	4. Aufl. von Rückstellungen Gesundheitsförderungsfonds	4.258.457,49
5. Investitionszuschüsse	5.010.000,00		
Summe AUFWENDUNGEN	2.108.081.487,95	Summe ERTRÄGE	2.108.081.487,95

Jahreserfolgsrechnung – grafische Darstellung

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

Aus dem Gesamtbudget wurden nach Abzug der angeführten Positionen (ua. Leistungen gem. GSBG, Beihilfenäquivalent, Personal-, Pensions- und Sachaufwand, medizinisch-technische Großgeräte, Neu-, Zu- und Umbauten, Strukturmittel, Rückstellungen, Ambulanzgebührenersätze und die Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstellen) für stationäre Fälle LKF-Gebührenersätze in Höhe von rund 931 Mio. Euro (incl. Endabrechnung 2016) aufgewendet.



Jahresbestandsrechnung

Aufgrund der gesetzlich vorgesehenen Anweisungstermine der Sozialversicherungsbeiträge sowie der Beiträge des Bundes vereinnahmte der Oö. GFi Mittel für das Jahr 2017 auch noch im Jahr 2018.

Per 31.12.2017 werden für das Jahr 2017 demnach unten angeführte Forderungen und Verbindlichkeiten ausgewiesen, die im Rahmen der endgültigen Endabrechnung der LKF-Gebührenersätze des Jahres 2017 am 21. November 2018 bereinigt werden.

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

Der Großteil der bestehenden Forderungen steht den Verbindlichkeiten für Aufwendungen an LKF-Gebührenersätzen für stationäre Patientinnen und Patienten gegenüber (ca. 312 Mio. Euro).

Unter den Verbindlichkeiten bzw. Forderungen GSBG sind jene Werte zu finden, die das Jahr 2017 betreffen, bei welchen jedoch erst 2018 der Geldfluss stattfindet.

Unter den zweckgebundenen Mitteln sind jene Strukturmittel ausgewiesen, die erst nach dem Abschluss 2017 ausbezahlt werden. Ebenso angeführt sind die nicht verbrauchten Mittel für Investitionszuschüsse, des Gesundheitsförderungsfonds und Mittel für die im Herbst 2018 fällige rückwirkende Kostenerstattung für ambulante ALGP an die Fondskrankenanstalten.

A K T I V A		P A S S I V A	
A Anlagevermögen		A zweckgebundene Mittel	
Immaterielle Vermögensgegenstände		1. Strukturmittel	1.626.671,53
B Umlaufvermögen		2. Mittel für rückwirkende ambulante KE	1.162.606,16
I. Forderungen und Sonstige Vermögensgegenstände:		3. Gesundheitsförderungsfonds	4.426.633,12
1. Forderungen gemäß Art. 15 a B-VG		4. Investitionszuschüsse	5.010.000,00
Beiträge Bund	11.357.299,09	B Rückstellungen	
Sozialversicherung (SV)	232.741.586,00	1. Ausländische Gastpatienten	30.483.621,88
2. Sonstige Forderungen und Vermögensgegenstände		C Verbindlichkeiten	
Forderung sozialvers. ALGP	33.870.690,98	1. BMF Beihilfenäquivalent	3.580.868,57
Kostenanteile/ -beiträge	3.908.154,68	2. Verbindlichkeiten an KA	311.668.598,32
KB f. SV-Träger	1.676.531,23	3. Verbindlichkeiten GSBG	25.361.198,88
Forderungen GSBG	25.361.198,88	4. Sonstige Verbindlichkeiten	2.959.161,44
Sonstige Forderungen	153.352,41	D Rechnungsabgrenzungsposten	
3. Kassenbestand, Schecks, Guthaben bei Kreditinstituten	77.190.377,43		
C Rechnungsabgrenzungsposten			
Aktive Rechnungsabgrenzung	20.169,20		
S u m m e A K T I V A	386.279.359,90	S u m m e P A S S I V A	386.279.359,90

Vergleich Voranschlag – Jahresabschluss 2017

Erträge

Die Beiträge der Sozialversicherung werden mit den vom Hauptverband der Sozialversicherungsträger zum Zeitpunkt der Voranschlagserstellung bekanntgegebenen vorläufigen Valorisierungsfaktoren berechnet. Der endgültige Valorisierungsfaktor 2017 wird im September 2018 bekanntgegeben. Die Mittel der Sozialversicherung fielen um ca. 12,6 Mio. Euro höher aus als erwartet.

Die Umsatzsteueranteile beruhen für die Voranschlagserstellung auf einer Einschätzung des Bundesministeriums für Finanzen. Das tatsächliche Aufkommen lag in diesem Abrechnungszeitraum um ca. 0,5 Mio. Euro unter dieser Einschätzung.

Bei den Beiträgen des Bundes gem. § 57 Abs. 4 KAKuG erhöhte sich der Erlös um ca. 1 Mio. Euro.

Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und der Bund und leisten jeweils eine Ausgleichszahlung für den Entfall der Kostenbeiträge für Kinder und Jugendliche, was zur Zeit der Voranschlagserstellung noch nicht bekannt war.

Die veranschlagten Zinserträge wurden auf Grund der derzeitigen Zinsentwicklung bei weitem nicht erreicht.

Die Regresseinnahmen fielen um ca. 0,8 Mio. höher aus als erwartet.

Die Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten sind zum Zeitpunkt des Abschlusses des Geschäftsberichtes des Oö. GFi noch nicht geprüft, der Voranschlagswert stammt aus der Berechnung vom Jänner 2017.

BEZEICHNUNG	Voranschlag	Jahresabschluss	Differenz *
ERTRÄGE	2017	2017	
Beitrag des Bundes - gem. § 57 Abs. 4 Z 1 KAKuG	46.368.383,06	47.786.628,52	1.418.245,46
Umsatzsteueranteile des Landes - 0,949 % der USt	33.680.000,00	34.006.538,00	326.538,00
Umsatzsteueranteile der Gemeinden - 0,642 % der USt	22.800.000,00	23.005.477,00	205.477,00
Beitrag des Bundes gem. § 57 Abs. 2 (Entfall KB)	0,00	836.250,00	836.250,00
Beitrag des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 2 KAKuG	3.912.987,73	4.032.959,39	119.971,66
Beitrag des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 3 u. 4 KAKuG	12.637.914,99	12.674.937,76	37.022,77
Beitrag des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 5 KAKuG	26.127.180,42	23.734.953,99	-2.392.226,43
Beitrag des Bundes gem. § 57 Abs. 4 Z 6 KAKuG	19.574.308,42	20.221.930,83	647.622,41
Beitrag der Sozialversicherung gem. § 447f (Pauschalbetrag u. Zusatzvereinb.)	929.872.465,79	942.455.303,92	12.582.838,13
Beitrag der Sozialversicherung gem. § 447f (Entfall KB)	0,00	823.823,00	823.823,00
Beitrag der Sozialversicherung Gesundheitsförderungsfonds	2.144.882,00	2.141.941,00	-2.941,00
Beitrag des Bundes n. d. Beihilfengesetz (GSBG)	120.000.000,00	110.663.343,38	-9.336.656,62
Beihilfenäquivalent d. ausl. SV-Trägers	1.700.000,00	1.571.671,26	-128.328,74
Regresse - Inländer	1.000.000,00	1.834.209,50	834.209,50
Verrechnung stationäre und ambulante ALGP	15.300.000,00	14.145.041,89	-1.154.958,11
Kostenanteile/-beiträge gem. § 447f Abs. 7 ASVG	6.000.000,00	3.908.154,68	-2.091.845,32
Zinsenerträge	60.000,00	8.264,70	-51.735,30
Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten	832.087.000,00	832.032.800,00	-54.200,00
Anteil med. Hauskrankenpflege	3.988.127,00	3.988.127,00	0,00
Auflösung Rückstellung - Strukturmittel	0,00	1.272.588,29	1.272.588,29
Auflösung Rückstellung - Ausländische Gastpatienten stationär	0,00	19.455.305,92	19.455.305,92
Auflösung Rückstellung - Ausländische Gastpatienten ambulant	0,00	1.088.896,65	1.088.896,65
Auflösung Rückstellung - Gesundheitsförderungsfonds	0,00	4.258.457,49	4.258.457,49
KB SV (1,45 Euro)	1.800.000,00	1.676.531,23	-123.468,77
Sonstige Erträge	0,00	457.352,55	457.352,55
Summe der Erträge	2.079.053.249,41	2.108.081.487,95	-29.028.238,55

* Um Aufwand bzw. Ertrag im Jahr 2017 mit dem Voranschlag zu vergleichen, sind Bildung und Auflösungen von Rückstellungen zu berücksichtigen.

Aufwendungen

Die stationären LKF-Gebührenersätze ergeben sich aus der Summe der Erträge abzüglich sämtlicher Aufwendungen und liegen um ca. 21,6 Mio. Euro über dem Voranschlagsbetrag. Diese Mehrerträge resultieren vor allem aus der Entwicklung der Valorisierungsfaktoren der Sozialversicherungsträger.

Der Sach-, Rechts- und Beratungsaufwand wurde nicht zur Gänze ausgeschöpft.

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

Für 2017 wurden 27,6 Mio. Euro Strukturmittel veranschlagt (incl. med. Anteil Hauskrankenpflege), zur Auszahlung gelangten ca. 27,5 Mio. Euro.

Vom veranschlagten Betrag der Investitionszuschüsse wurden ca. 37 Mio. ausbezahlt, der Rest von ca. 5 Mio. wurde ins Folgejahr übertragen.

BEZEICHNUNG	Voranschlag	Jahresabschluss	Differenz *
AUFWENDUNGEN	2017	2017	
LKF-Ersätze, stationär	909.930.392,13	931.503.688,96	21.573.296,83
Ambulanzgebührenersätze	127.708.378,29	127.708.378,35	0,06
Zahlung an KA für ambulante ALGP	1.000.000,00	1.162.606,16	162.606,16
Zuschüsse für strukturverbessernde Maßnahmen (Strukturmittel)	27.624.727,58	27.456.120,18	-168.607,40
Investitionsförderung - baulich u. med.-techn. GG	42.300.000,00	37.290.000,00	-5.010.000,00
Aufwendungen nach dem Beihilfengesetz (GSBG)	120.000.000,00	110.663.343,38	-9.336.656,62
Beihilfenäquivalent d. ausl. SV-Trägers	1.700.000,00	1.571.671,26	-128.328,74
Personalaufwand	1.160.000,00	960.221,98	-199.778,02
Sachaufwand	150.000,00	122.257,74	-27.742,26
Kooperationsbereich	5.845.025,65	4.497.343,91	-1.347.681,74
eHealth-Initiative	470.000,00	815.257,82	345.257,82
Gesundheitsförderungsfonds	2.479.725,76	2.363.821,85	-115.903,91
Versorgung Langzeitbeatmungspflichtige	4.530.000,00	4.809.786,93	279.786,93
Rechts- u. Beratungsaufwand	200.000,00	19.296,00	-180.704,00
Geldverkehrsspesen	3.000,00	2.600,03	-399,97
Abgangsmittel der Oö. Fondskrankenanstalten	832.087.000,00	832.032.800,00	-54.200,00
Rückstellung für stat. Ausländ. Gastpatienten	0,00	12.867.076,47	12.867.076,47
Rückstellung für Strukturmittel	0,00	1.626.671,53	1.626.671,53
Rückstellung für ambulante Kostenerstattung (rückwirkend)	0,00	1.162.606,16	1.162.606,16
Rückstellung Gesundheitsförderungsfonds	0,00	4.426.633,12	4.426.633,12
Rückstellung Investitionszuschüsse	0,00	5.010.000,00	5.010.000,00
Leistungen an den Hauptverband (KB SV 1,45 Euro)	1.800.000,00	0,00	-1.800.000,00
Abschreibungen und Wertberichtigungen	65.000,00	7.394,20	-57.605,80
Übrige Aufwendungen	0,00	1.911,92	1.911,92
Summe der Aufwendungen	2.079.053.249,41	2.108.081.487,95	-29.028.238,55

* Um Aufwand bzw. Ertrag im Jahr 2017 mit dem Voranschlag zu vergleichen, sind Bildung und Auflösungen von Rückstellungen zu berücksichtigen.

LKF-Gebührenersätze je Krankenanstalt

Die Abgeltung der stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten erfolgt in Form von LKF-Gebührenersätzen durch den Oö. GFi.

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

Die Höhe der LKF-Gebührenersätze orientiert sich an den gemeldeten stationären Leistungen, den daraus resultierenden LKF-relevanten Scoringpunkten und den für die LKF-Gebührenersätze zur Verfügung stehenden Mittel.

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

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

KANR	Krankenanstalt	LKF-relevante Punkte	LKF-Gebührenersätze
K 405	KH Braunau	69.542.179	41.731.542,94
K 408	KH Freistadt	28.353.808	17.014.827,16
K 415	KH Kirchdorf	38.651.765	23.194.524,75
K 417	KH BHB Linz	66.182.549	39.715.463,71
K 418	KH BHS Linz	140.193.388	84.128.603,38
K 419	KH Elisabeth. Linz	107.708.071	64.634.500,32
K 427	KH BHS Ried	85.653.859	51.399.995,63
K 428	KH Schärding	25.269.234	15.163.806,19
K 429	KH Sierning	11.615.835	6.970.542,55
K 431	KH Steyr	111.102.596	66.671.519,70
K 434	KH WEGR	252.337.677	151.425.232,28
K 441	KH Rohrbach	33.604.313	20.165.600,95
K 470	KUK	380.176.396	228.139.926,42
K 480	SK	184.469.404,00	110.698.183,00
Gesamt		1.534.861.074	921.054.268,98

Punktwert für sozialversicherte stationäre Patientinnen und Patienten

Für das Jahr 2017 beträgt der Punktwert für sozialversicherte stationäre Patientinnen und Patienten 1,27 Euro. Dieser Punktwert wurde in der 7. Sitzung der Oö. Gesundheitsplattform am 15. November 2016 im Rahmen der Genehmigung des Voranschlages beschlossen.

LKF-Gebührenersätze je Fondskrankenanstalt in Prozent

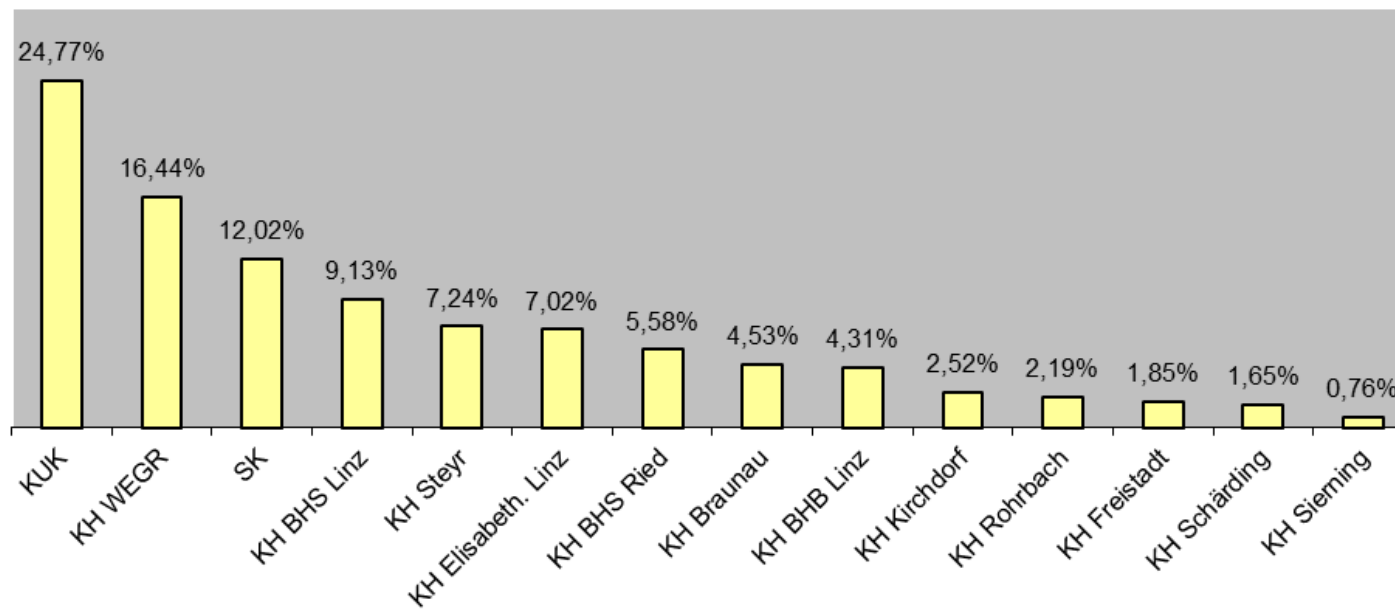
Das Diagramm auf der folgenden Seite zeigt die prozentuelle Aufteilung der LKF-Gebührenersätze je Fondskrankenanstalt in Gesamthöhe von rd. 921 Mio. Euro (Datenbasis: vorläufige Endabrechnung 2017 per März 2018).

Mehr als 50 % der gesamten LKF-Gebührenersätze wurden von drei Krankenanstalten im Jahr 2017 erwirtschaftet, wobei das KUK (vor dem KH WEGR) den größten Anteil der Mittel erzielte.

Aufteilung der Mittel nach Rechtsträgern:

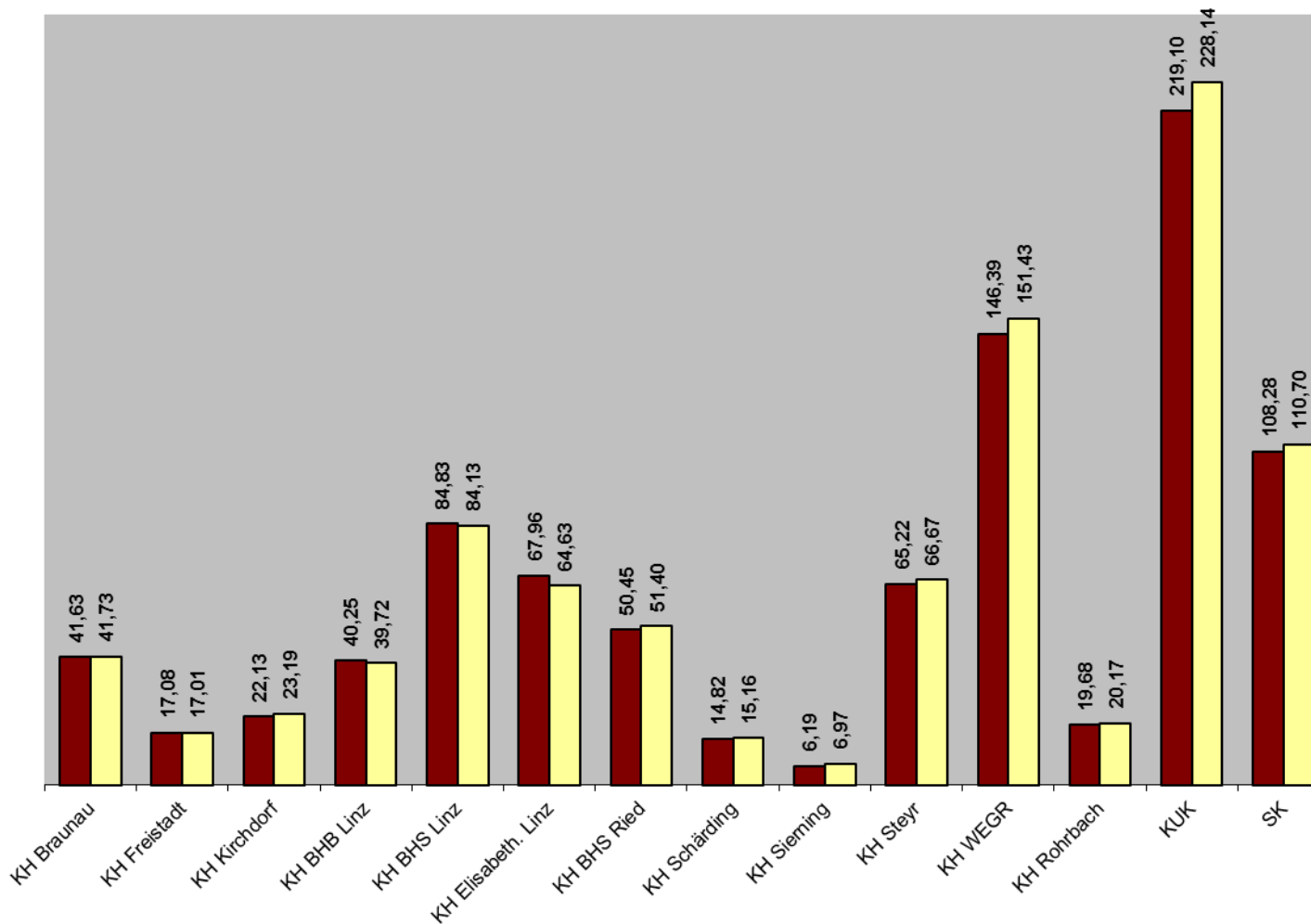
gespag-Krankenanstalten (6 Krankenanstalten)	27,46 %
Ordenskrankenanstalten (7 Krankenanstalten)	47,77 %
Universitätsklinikum (1 Krankenanstalt)	24,77 %

Verteilung der LKF-Gebührenersätze 2017
Gesamthöhe: 921.054.268,98 EUR



LKF-Gebührenersätze (in Mio. Euro)
Veränderung 2016 - 2017

2016 **2017**



Zusammensetzung der LKF-Punkte

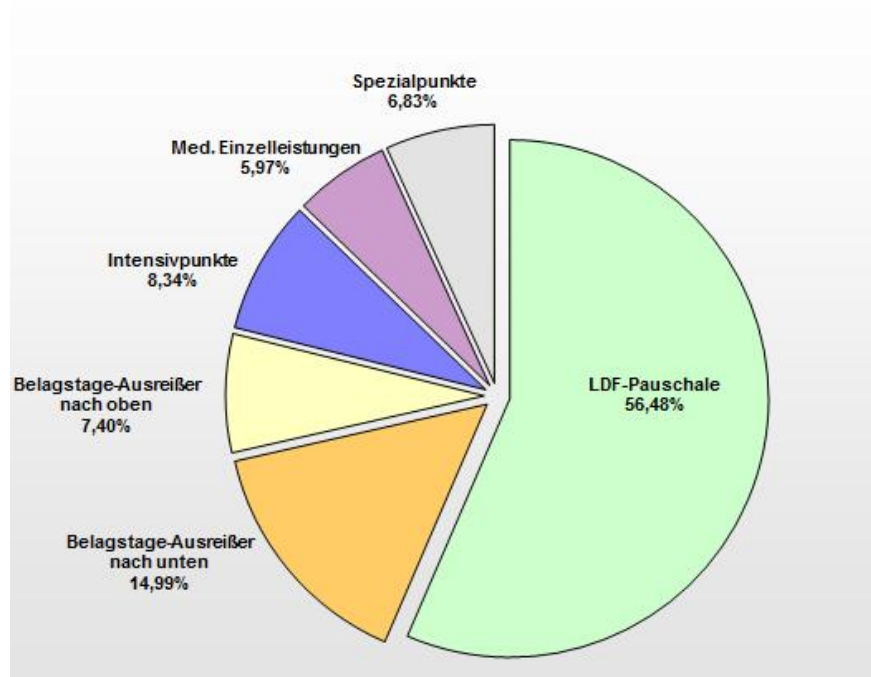
Aufgrund des bestehenden LKF-Systems werden die in den Krankenanstalten erbrachten Leistungen überwiegend auf Basis der codierten Diagnosen bzw. Leistungen über LDF-Pauschalen abgegolten.

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

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

Wie in der Grafik ersichtlich wurden über die LDF-Pauschalen ca. 57 % der LKF-Gebührenersätze abgegolten. Bezogen auf einzelne Krankenanstalten liegt die Bandbreite der Abrechnung über die LDF-Pauschale von 56 % bis 70 % der Ersätze. Davon ausgenommen ist die Sonderkrankenanstalt Sierning. Wegen des geriatrischen Schwerpunktes wird hier ein Großteil der Punkte über Spezialpunkte abgerechnet.

Punkteherkunft 2017



Ambulanzgebührenersätze 2017

Mittels den Ambulanzgebührenersätzen erfolgt die Abgeltung der ambulanten Leistungen der Oö. Fondskrankenanstalten. Die Höhe richtet sich nach den laut Voranschlag des Oö. GFi für die Abgeltung ambulanter Leistungen dotierten Mitteln.

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

Die Ambulanzpauschale betrug im Jahr 2017 ungefähr 6 % des gesamten Fondsbudgets.

Die Höhe (prozentuelle Aufteilung) der Ambulanzgebührenersätze der einzelnen Krankenanstalten im Jahr 2017 orientierte sich an dem Verhältnis der für das Jahr 1994 an die einzelne Krankenanstalt geleisteten Ambulanzgebühren. Die Ambulanzgebühren wurden pauschaliert quartalsweise ausbezahlt.

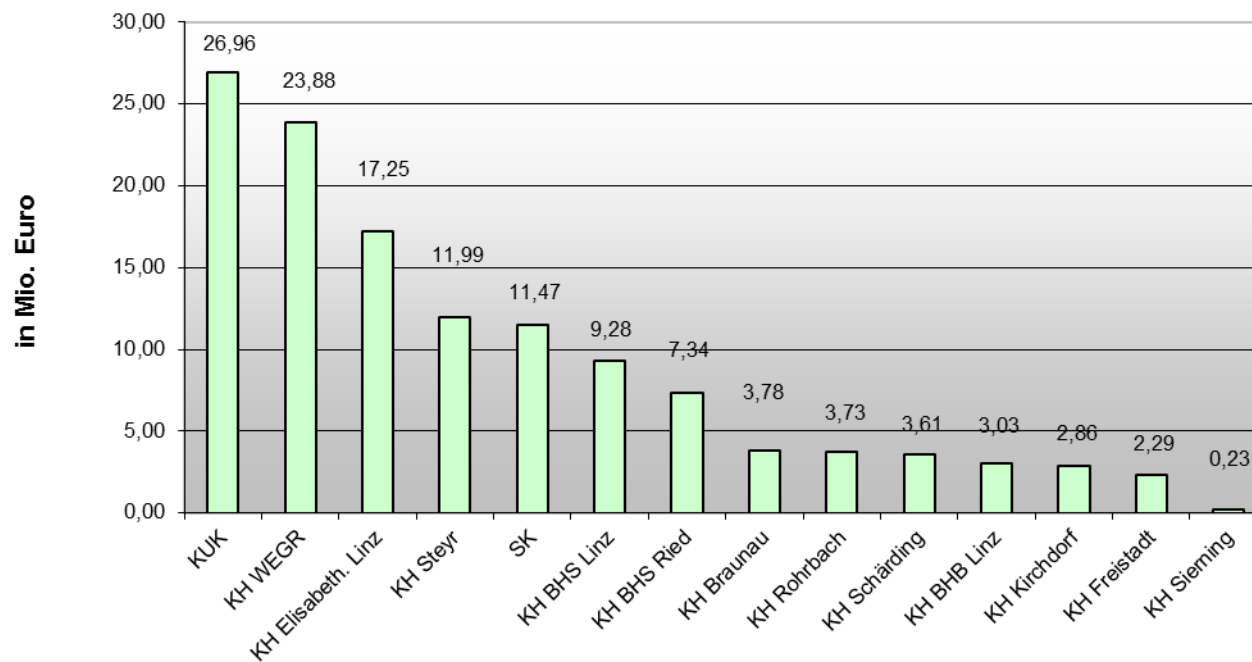
Wie auch im stationären Bereich weisen das KUK sowie das KH WEGR die größten Anteile an den Ambulanzgebührenersätzen auf. Der hohe Anteil an den Ambulanzgebühren des KH Elisabeth. Linz im Gegensatz zu den stationären Leistungen erklärt sich vor allem durch die ambulanten Dialysen.

Die Sonderkrankenanstalten weisen aufgrund ihrer Leistungsspektren die geringsten Anteile an den Ambulanzgebührenersätzen auf.

Die Aufteilung der Ambulanzgebührenersätze nach Rechtsträgern stellte sich im Jahr 2017 wie folgt dar:

gespag-Krankenanstalten	35.957.373,47 Euro
Ordenskrankenanstalten	64.794.139,34 Euro
Universitätsklinikum	26.956.865,54 Euro
Gesamt	127.708.378,35 Euro

Ambulanzgebührenersätze je Krankenanstalt 2017



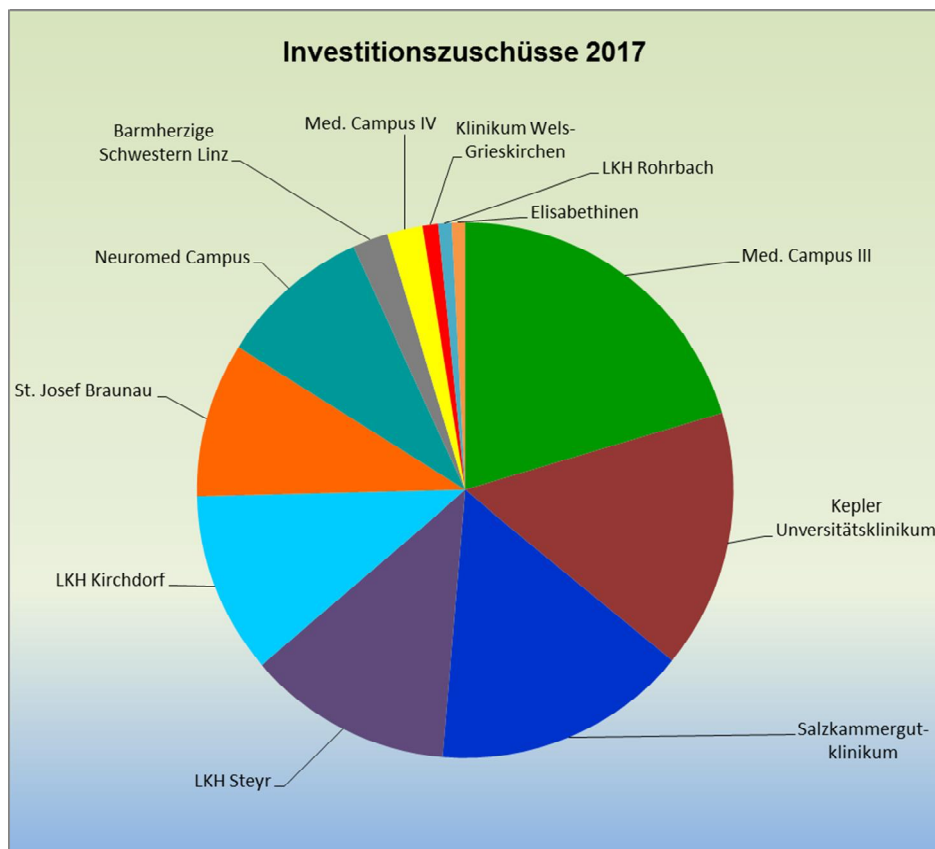
Investitionszuschüsse für Neu-, Zu- und Umbauten und medizinisch-technische Großgeräte

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

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

Im Jahr 2017 wurden hierfür insgesamt 37,3 Mio. Euro aufgewendet.
Nach Rechtsträgern teilten sich die Investitionszuschüsse wie folgt auf:

gespag-Krankenanstalten	14.700.000 Euro
Ordenskrankenanstalten	4.950.000 Euro
Kepler Universitätsklinikum	17.640.000 Euro
Gesamt	37.290.000 Euro



Krankenanstalt	Verwendungszweck	Euro
LKH Kirchdorf	Generalsanierung Hubschrauberlandeplatz	3.774.847 300.000
LKH Steyr	Zubauten LKV	4.600.000
LKH Rohrbach	CT-Ersatz	300.000
Salzkammergutklinikum	Ersatz-CT Gmunden Masterplan Bad Ischl Neubau LKV Vöcklabruck	135.868 189.285 5.400.000
St. Josef Braunau	Ausbau Dialyse Bauteil 10 Neubau	500.000 3.000.000
Barmherzige Schwestern Linz	CT	800.000
Elisabethinen	Ausbau Dialyse	300.000
Klinikum Wels-Grieskirchen	Ausbau Dialyse	350.000
Kepler Universitätsklinikum	Biomed Trainingszentrum GmbH Zusammenführungskosten inkl. IT-Migration	191.557 5.640.000
Med. Campus III	CT Sanierung Aufwachraum Sanierung Bau A u. B Sanierung Warmwasserleitung	650.000 490.000 6.098.410 350.000
Med. Campus IV	Kard. Angio (COR)	800.000
Neuromed Campus	Generalsanierung Bauteil J4 Historischer Altbau PET-CT	700.900 1.369.133 1.350.000
Summe		37.290.000

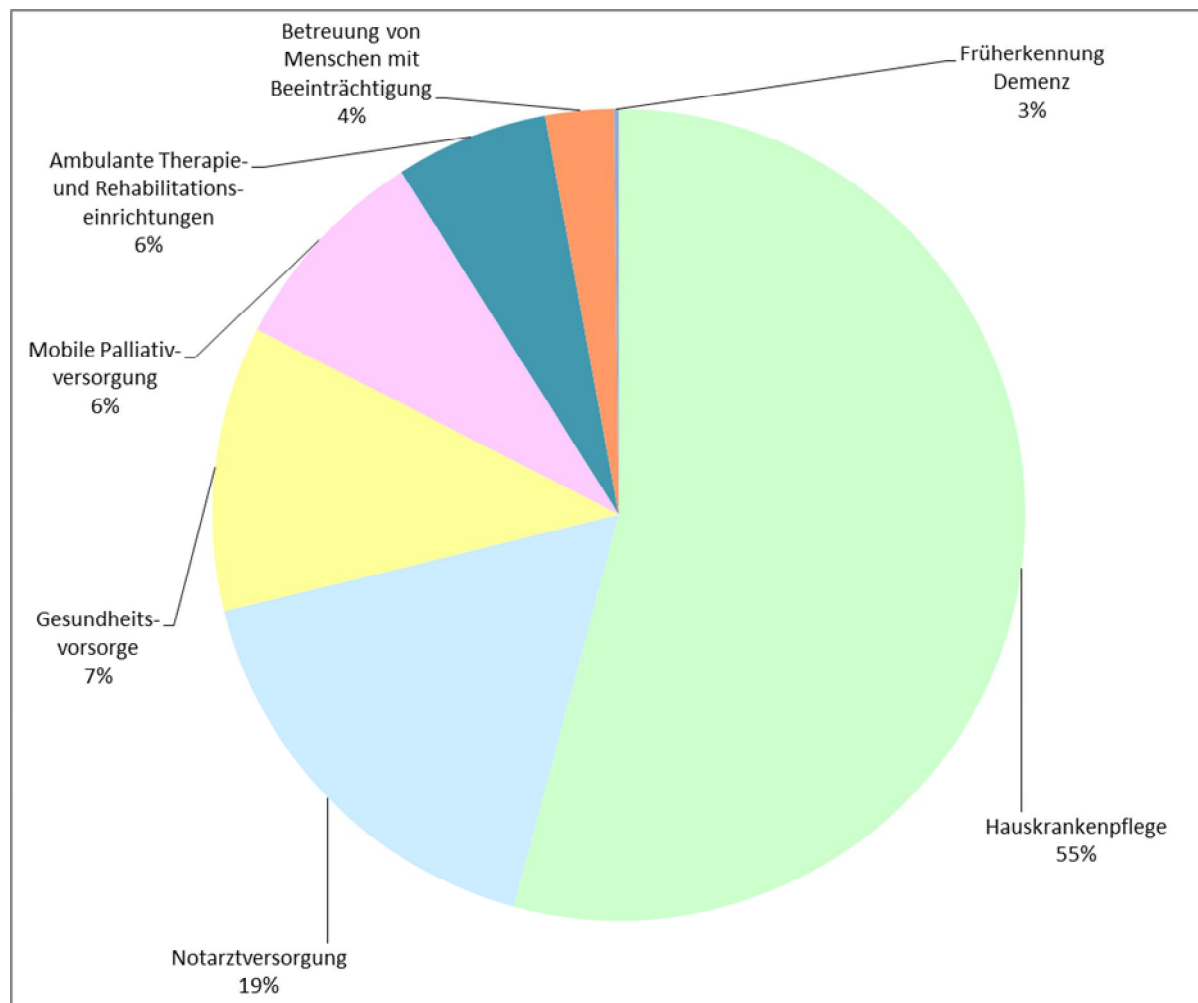
Strukturmittel

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

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

Hauskrankenpflege	14.872.630,00
Notarztversorgung	4.671.319,13
Gesundheitsvorsorge	3.114.828,52
Mobile Palliativversorgung	2.328.643,43
Beratung und Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigung	1.669.799,60
Früherkennung und gesundheitliche Förderung demenziell erkrankter Menschen und Information und Unterstützung für deren Angehörige	746.500,00
Ambulante Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen	52.399,50
Gesamt	27.456.120,18

Strukturmittel 2017



Kennziffern

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

- LKF-relevante Punkte
- Aufenthalte
- Belagstage
- Betten lt. Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2017
- Entwicklung der durchschnittlichen Belagsdauer 1994-2017
- Häufig abgerechnete Medizinische Einzelleistungs- und Hauptdiagnosegruppen

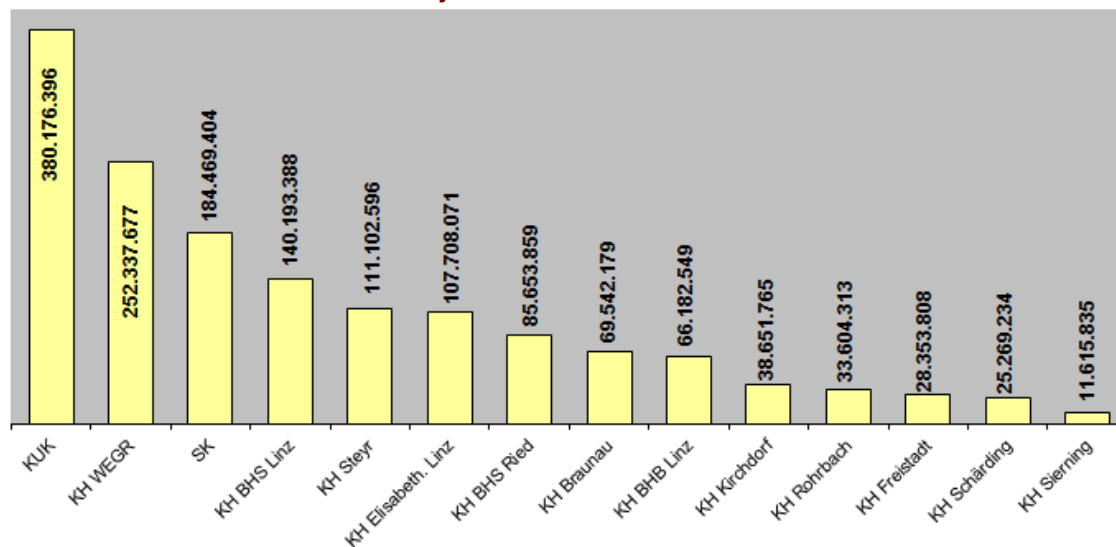
Eine Kurzübersicht über grundlegende Kennziffern der österreichischen Krankenanstalten ist unter <http://www.kaz.bmgf.gv.at/> zu finden.

Aufgrund des Rechnungsabschlusses des Oö. GFi per März 2018 beruhen die Basisdaten zur Berechnung der Kennziffern für das Jahr 2017 auf der vorläufigen Endabrechnung. Die endgültigen Daten des Jahres 2017 stehen im November 2018 zur Verfügung. Es kann zu minimalen Änderungen in der Datenbasis kommen. Die Vorjahresdaten basieren auf den Endabrechnungen.

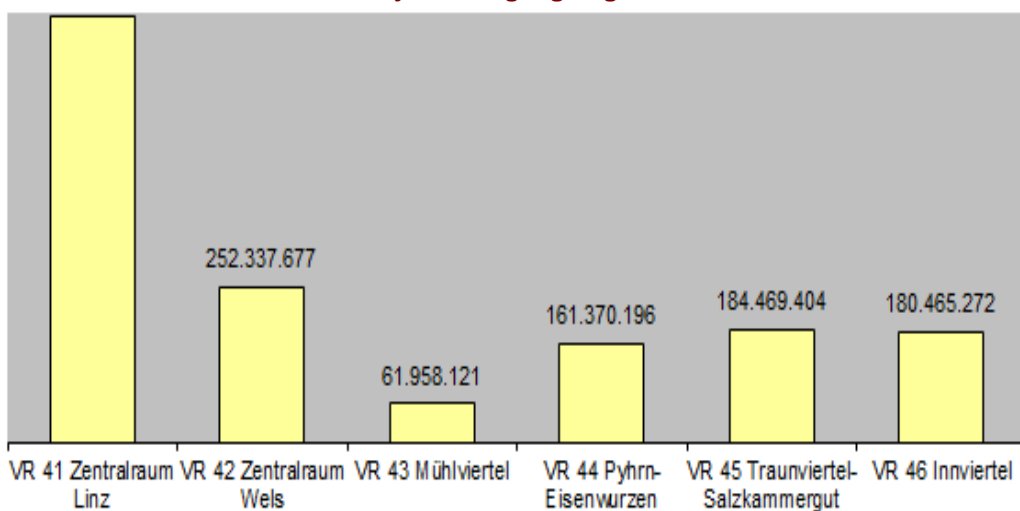
Kennziffern Oö. Fondskrankenanstalten 2017	
LKF-relevante Punkte	1.534.861.074
Aufenthalte	504.538
Belagstage	2.207.072
Betten lt. Oö. Krankenanstalten- und Großgeräteplan 2017	7.823

LKF-relevante Punkte

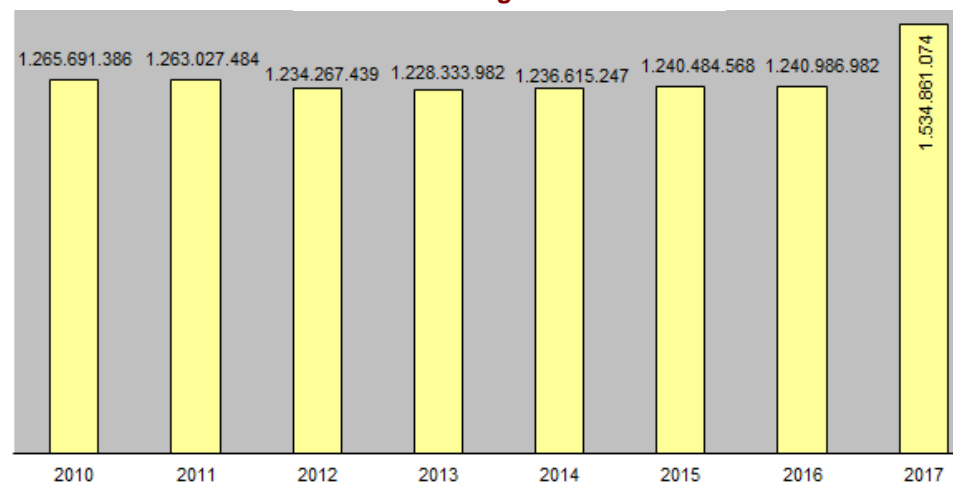
je Krankenhaus



je Versorgungsregion

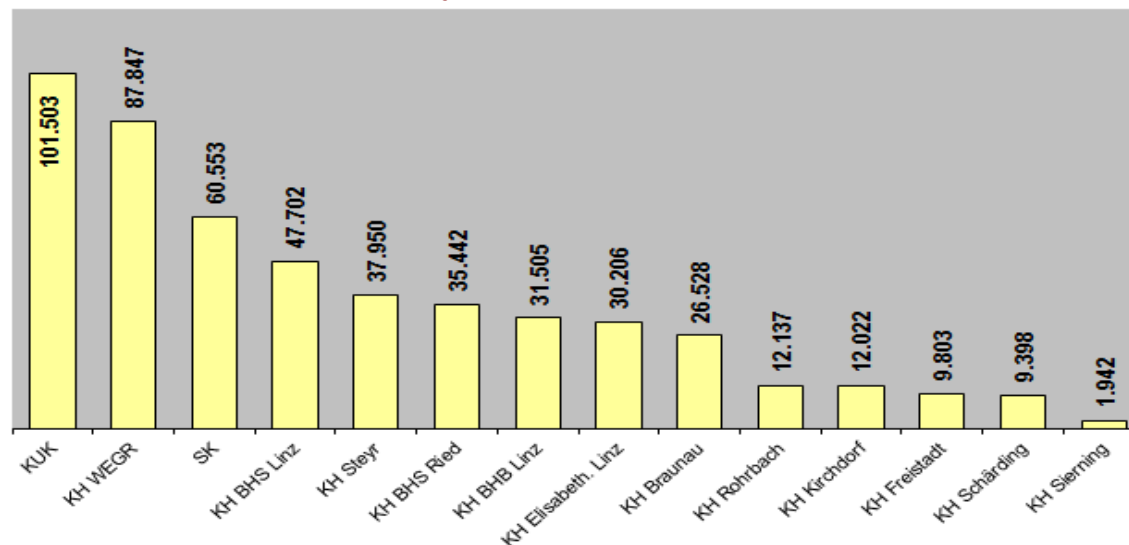


Entwicklung 2010 - 2017

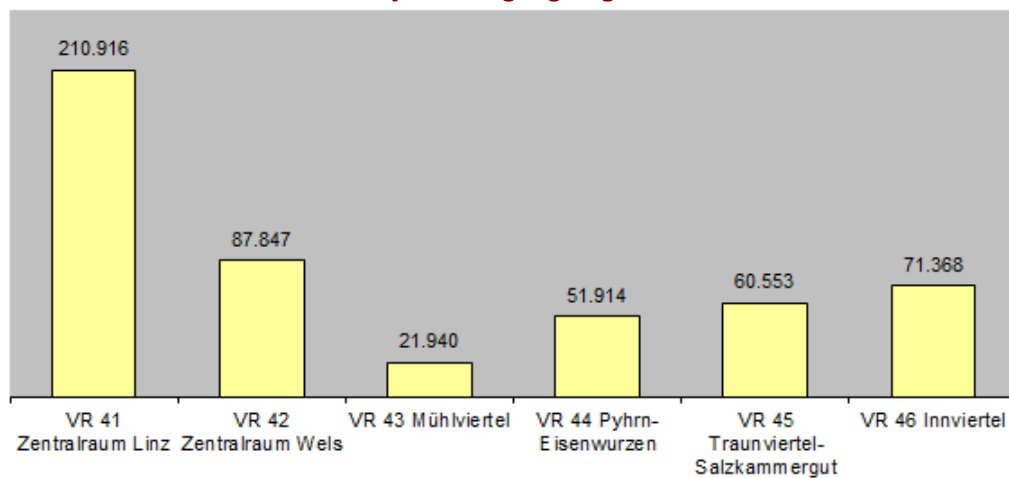


Aufenthalte

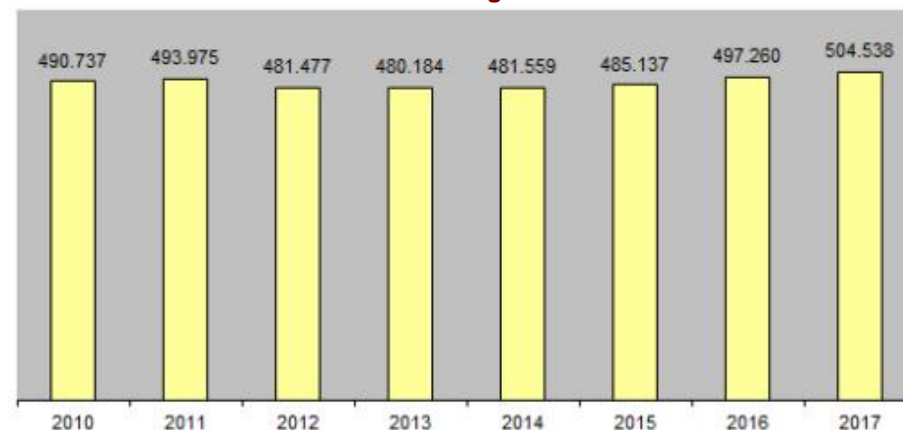
je Krankenhaus



je Versorgungsregion

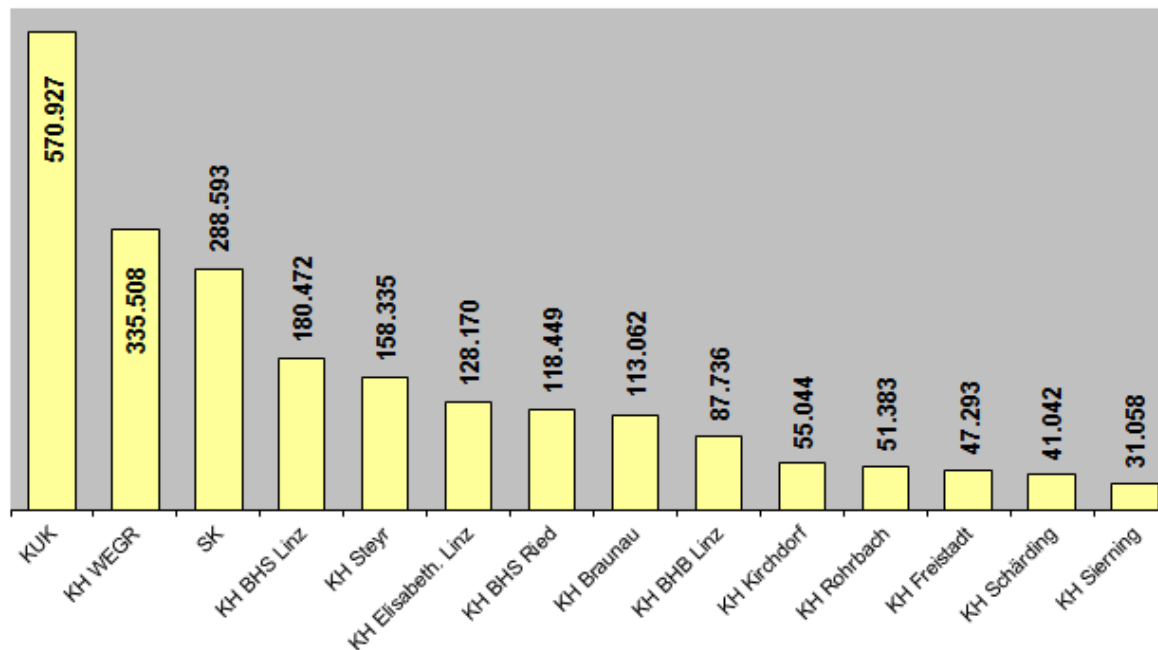


Entwicklung 2010 - 2017

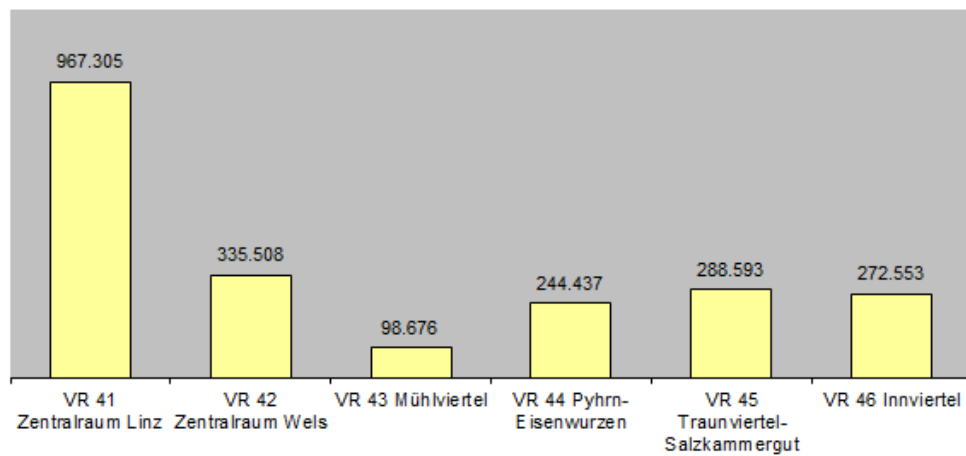


Belagstage

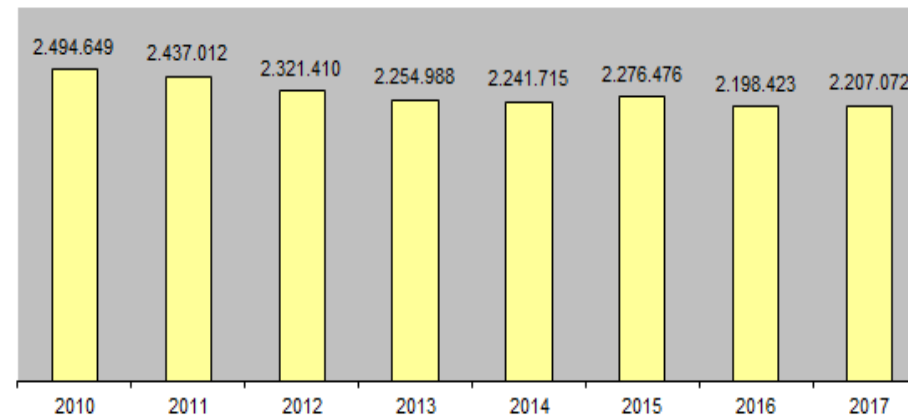
je Krankenhaus



je Versorgungsregion

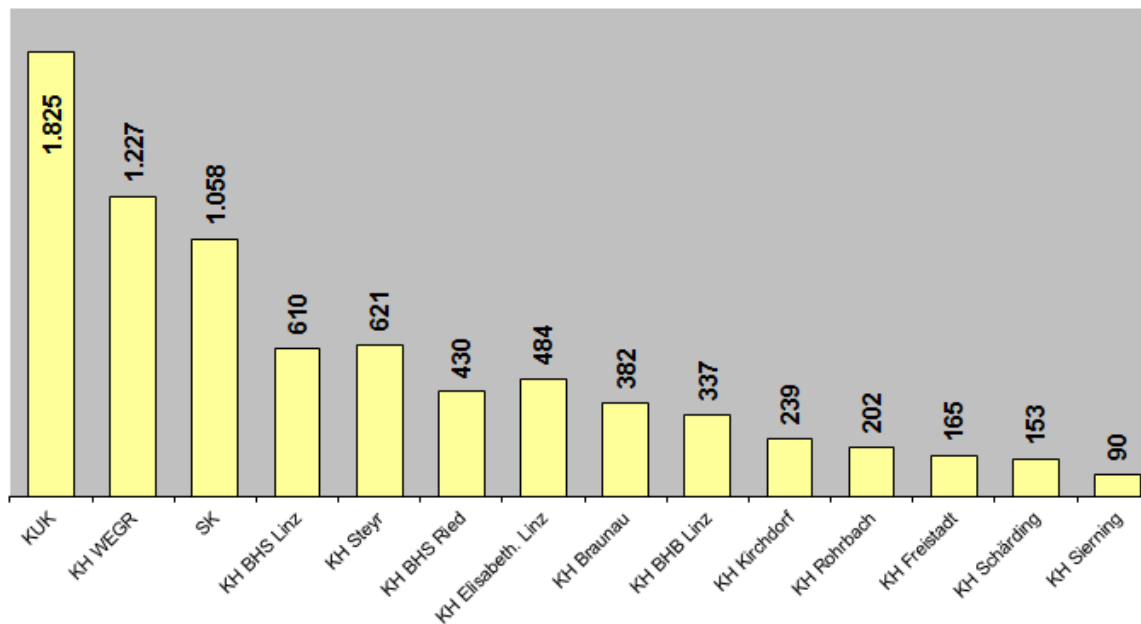


Entwicklung 2010 - 2017

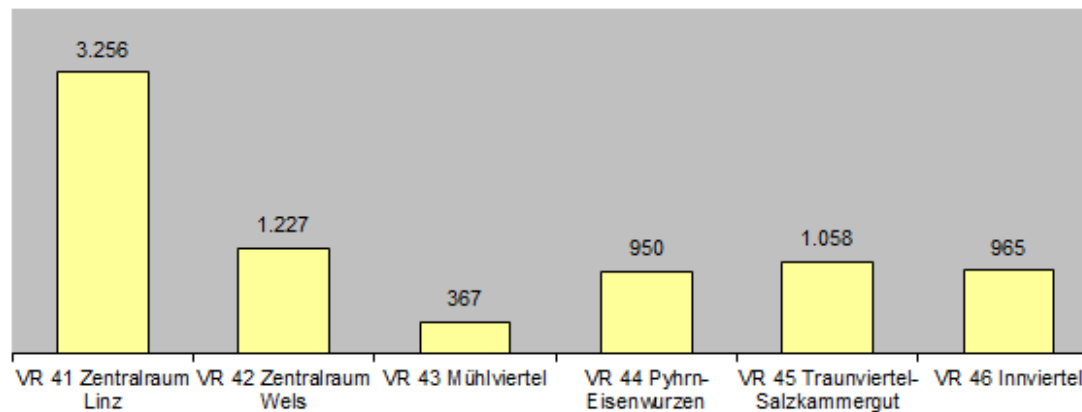


Betten lt. Oö. Krankenanstalten und Großgeräteplan 2017

je Krankenanstalt

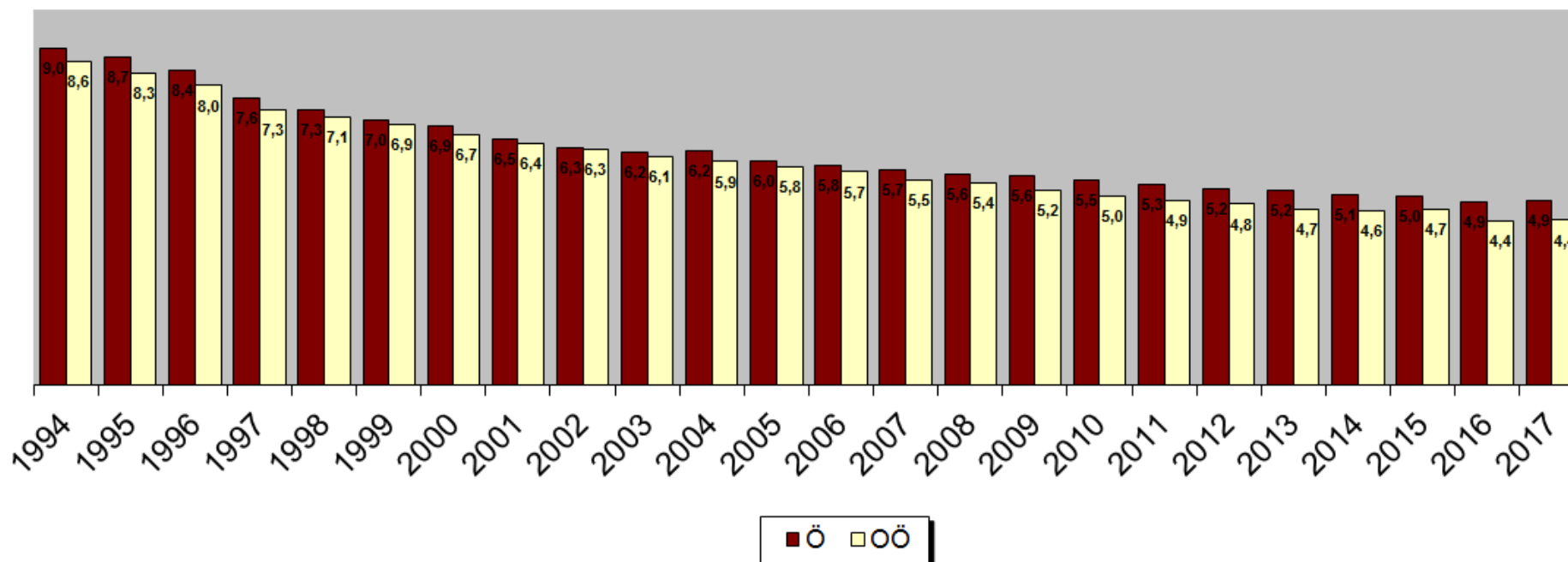


je Versorgungsregion



* LGBl. Nr. 11/2017 Oö. KAP/GGP 2017

Entwicklung der durchschnittlichen Belagsdauer 1994 - 2017



**LDF-Pauschalen 2017
 HDG-Gruppen**
"Die häufigsten 10"

Rang	Diagnose	Text	Anzahl
1	HDG03.04	Augen-Diagnosen II	26.439
2	HDG01.32	Lokale und pseudoradikuläre Syndrome der Wirbelsäule	8.539
3	HDG09.08	Affektionen der ableitenden Harnwege	8.376
4	HDG01.31	Sonstige Erkrankungen - Nervensystem	7.594
5	HDG05.03	Pneumonie und Bronchiolitis	6.701
6	HDG06.04	Chronische Herzerkrankungen	6.393
7	HDG06.08	Herzrhythmusstörungen	5.074
8	HDG06.03	Akute Herzerkrankungen	4.805
9	HDG08.04	Einfache Affektionen Ösophagus, Magen, Duodenum	4.754
10	HDG05.04	Chronische Bronchialerkrankungen und Emphysem	4.525

**LDF-Pauschalen 2017
 MEL-Gruppen**
"Die häufigsten 10"

Rang	Mel	Text	Anzahl
1	MEL15.05	Katarakt-Operationen	19.460
2	MEL13.09	Entbindung	15.109
3	MEL22.14	Andere, zusätzliche oder begleitende onkologische Therapie - Monoklonale Antikörper	13.552
4	MEL22.03	Chemotherapie bei malignen Erkrankungen d.Leistungsgruppe C	7.144
5	MEL02.03	Kleine Eingriffe an Bindegewebe und Weichteilen	6.879
6	MEL21.01	Interventionelle Kardiologie - Koronarangiografie	6.333
7	MEL13.07	Einfache Eingriffe am Uterus	6.303
8	MEL14.21	Arthroskopische Eingriffe	5.863
9	MEL22.22	Andere spezifische Tumortherapie	5.823
10	MEL06.06	Eingriffe bei Bauchwandhernien, Leistenhernien beim Kind	4.989

