PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS

PRIKRAF

JAHRESBERICHT 12

INHALTSVERZEICHNIS

1. VORWORTE 6
2. GEGENSTAND DES TÄTIGKEITSBERICHT 2012 12
3. AUFGABEN DES PRIVATKRANKENANSTALTEN – FINANZIERUNGSFONDS 13
4. ORGANISATION 14
Fondskommission 14
Schiedskommission 14
Geschäftsstelle 15
5.SITZUNGEN DER FONDKOMMISION 2012 16
6. BOARD OF EXAMINERS 17
Pflegekostenzuschüsse 17
Abschlussbericht der medizinischen Prüfung 2012 18
Grundlage der Datenqualität 19
7. QUALITY REVIEW BOARD 19
8. ERGEBNISQUALITÄTSMESSUNG AUS ROUTINEDATEN 20
Gesetzliche Rahmenbedingungen 20
A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) 20
Typen von Indikatoren 20
A-IQI Bereiche und Indikatoren 22
Ergebnisdarstellung am Beispiel eines Indikators 23
9. FONDSGEBARUNG 2012 24
9.1 MITTELHERKUNFT 24
Beiträge der Träger der Sozialversicherung 24
Kostenbeiträge der Versicherten 24
Erstattungsbeiträge ausländischer Versicherungsträger 25
Vermögenserträge 25
Sonstige Mittel 25
9.2 MITTELVERWENDUNG 25
Direktverrechnung 25
Pflegekostenzuschuss 26
Verwaltungskosten 26
9.3 JAHRESABSCHLUSS UND RECHNUNGSPRÜFUNG 27
10. LEISTUNGEN 2012 38
Aufenthalte 38
Art der Aufnahme 39
Jahresverteilung der Aufnahmen 2012 39
Lebensalter 40
Belagstage 41

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen 42
0-Tagesaufenthalte 42
Aufenthalte nach Diagnosen 43
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer nach Diagnosen in Tagen 45
LKF-Punkte je Aufenthalt, Diagnosen 46
Struktur der Aufenthalte 2012 im Vergleich, in %, ... 48
Art der Entlassung, 2009 - 2012 49
Entwicklung der LKF-Punkte, gesamt 50
LKF-Punkte je Aufenthalt und Geschlecht 51
LKF –Punkte nach Altersgruppen 2009– 2012, in % 51
LKF - Punkte nach Altersgruppen und Geschlecht 2012 51
LKF-Punkte je Aufenthalt nach Altersgruppen, 2009– 2012 52
LKF –Punkte je Aufenthalt im Vergleich: Gesundheitsfonds, PRIKRAF 53
11. LEISTUNGEN DER KRANKENANSTALTEN 54
Aufenthalte gesamt 54
Aufenthalte, männlich, weiblich; 2012 56
Durchschnittliches Lebensalter 57
Belagstage und durchschnittliche Aufenthaltsdauer 59
LKF-Punkte, gesamt 60
LKF-Punkte je Aufenthalt, 2009 – 2012 62
12. LEISTUNGEN FÜR VERSICHERUNGSTRÄGER 64
Aufenthalte, gesamt 64
Aufenthalte nach Geschlecht, 2012 65
Durchschnittliches Lebensalter 66
Pflegetage 67
Entwicklung der LKF-Punkte (gesamt, je Aufenthalt) 67
Aufenthalte, Belagstage, LKF-Punkte, relative Änderungen zum Vorjahr 69
ANHANG 70
PRIKRAF-Gesetz 70
ASVG - Bestimmungen 79
Gesundheitsqualitätsgesetz 79
Allgemeines Sozialversicherungsgesetz 80
Bauernsozialversicherungsgesetz 83
Verzeichnis der Krankenanstalten 84

1. VORWORTE

Vorwort von Herrn Bundesminister Alois Stöger

Sehr geehrte Damen und Herren!

Gesundheit ist unser höchstes Gut. Die Menschen müssen sich auf das österreichische Gesundheitswesen verlassen können. Ich sehe es daher als zentrale Aufgabe meiner politischen Arbeit, die bestmögliche medizinische Versorgung für alle Menschen in Österreich langfristig sicher zu stellen und hervorragende medizinische Leistungen zur Selbstverständlichkeit werden zu lassen.

Der Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds leistet einen Beitrag in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus konnte sich der PRIKRAF als ein konstruktiver und auch innovativer Player im heimischen Gesundheitssystem etablieren, den ich bei der Entwicklung und Umsetzung der umfangreichen Reformmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitsreform nicht missen möchte.

Mit der Teilnahme der PRIKRAF Geschäftsstelle am Projekt „Austrian Inpatient Quality Indicators“ im Vorjahr leistete der PRIKRAF einen wichtigen Beitrag zur bundesweiten einheitlichen und flächendeckenden Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten für alle Krankenanstalten. Darüber hinaus ist es auf Initiative des PRIKRAF mit Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom November 2012 gelungen, transformierte Qualitätskriterien für Privatkrankenanstalten im Österreichischen Strukturplan Gesundheit zu integrieren. Damit wurde ein weiterer wichtiger Schritt zur Optimierung und Transparenz von Gesundheitsleistungen gesetzt.

Ich möchte den vorliegenden jährlichen PRIKRAF-Bericht nutzen, um allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für das große Engagement und die gute Zusammenarbeit zu danken und wünsche weiterhin viel Erfolg.

Ihr

Alois Stöger

Bundesminister für Gesundheit

Vorwort von SC Dr. Clemens Martin Auer

Sehr geehrte Damen und Herren!

Mit der Gesundheitsreform 2012/2013 haben Bund, Länder und die Sozialversicherung die Voraussetzungen dafür geschaffen, dass in der Gesundheitsversorgung auch für kommende Generationen optimale Versorgungsstrukturen und die erforderlichen Leistungen sowie deren nachhaltige Finanzierung garantieren werden können. Im Mittelpunkt dieser Gesundheitsreform stehen die Patientinnen und Patienten.

Kern dieser Reform ist die partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit, die ein gemeinsames, vertraglich fixiertes Zielsteuerungssystem für die Gesundheitsversorgung vorsieht und somit zu einer echten Kooperation zwischen den Partnern Bund, Bundesländern und Sozialversicherung führt. Damit werden erstmals über alle Sektoren der Gesundheitsversorgung hinweg – für den Bereich der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, für die selbstständigen Ambulatorien und für die Spitäler – gemeinsame Zielausrichtungen und Qualitätsparameter vereinbart.

Die gemeinsame sektorenübergreifende Planung und die, ebenfalls in der Zielsteuerung-Gesundheit definierte gemeinsame Finanzverantwortung soll dem „Umherschieben" von Patientinnen und Patienten – vom Spital in den niedergelassenen Bereich und umgekehrt – ein Ende bereiten.

Die Umsetzung der im Zuge der partnerschaftlichen Zielsteuerung vereinbarten operativen Ziele und Maßnahmen kann nur gelingen, wenn die verschiedenen Leistungserbringer entsprechend eingebunden werden.

Auf Grund meiner langjährigen positiven Erfahrung bin ich davon überzeugt, dass die PRIKRAF-Krankenanstalten und die Geschäftsführung des PRIKRAF einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg der Gesundheitsreform 2012/2013 leisten werden. Als Beispiele für die erfolgreiche konstruktive Zusammenarbeit möchte ich die aktive Teilnahme der PRIKRAF-Krankenanstalten an der Ergebnisqualitätsmessung (A-IQI) und die intensive Mitwirkung an der Aufnahme von Festlegungen zur Transformation der Qualitätskriterien im ÖSG 2012 nennen.

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

mit freundlichen Grüßen

Ihr
Dr. Clemens Martin Auer
Vorsitzender der Fondskommission des PRIKRAF

Vorwort Mag. Herbert Schnötzinger – Geschäftsführer

Medizinische Behandlung umfasst Diagnostik, Therapie, Pflege und administrative Abläufe. Sie ist Primärleistung eines Spitals und steht deshalb im Zentrum der Diskussionen um Qualität. In nicht-medizinischen Branchen wird Qualität vorrangig über Kundenerwartungen definiert. Die kundenseitige Qualitätswahrnehmung durch Messung der Patienten-zufriedenheit und die objektive medizinische Ergebnisqualität sind unterschiedliche Themen. Objektive Behandlungsqualität und subjektive Patientenzufriedenheit können divergieren. Mit dem Projekt des BMG zur Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten für alle Krankenanstalten wurde 2012 auch die Behandlungsqualität der Sanatorien im Wege der PRIKRAF-Geschäftsstelle überprüft. Die Ergebnisse bestätigen die vergleichsweise hohe Qualität der medizinischen Leistungen.

93.965 Patientenaufenthalte mit durchschnittlich höherer LKF-Punkteanzahl im Jahr 2012 dokumentieren eine kontinuierliche Leistungssteigerung. Eine überproportionale Steigerung von 12,2 % ist bei 0-Tagesaufenthalten evident und ausschlaggebend. Rund 3/5 der Aufenthalte entfallen auf weibliche Patienten. Bei einer sinkenden, durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 4,6 Tagen sind Frauen im Vergleich länger in den Krankenanstalten mit durchschnittlich höherem Alter. Die medizinischen Schwerpunkte liegen wie in den Vorjahren bei der Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparats, der Augen sowie Herz- Kreislauferkrankungen.

Zur Würdigung der gemeinsamen Leistungen der letzten 10 Jahre wurden am 26. April 2012 im Rahmen einer prominent besuchten Festveranstaltung im BMG durch Herrn Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger verdiente Persönlichkeiten geehrt. Mit Herrn Univ. Prof. Dr. med. Thomas Mansky konnte ein wissenschaftlicher Fachreferent mit langjähriger Managementerfahrung in Privatkliniken mit seinem Vortrag überzeugen. Impressionen von der Festveranstaltung wurden bereits im Jahresbericht 2011 veröffentlicht.

Ein großer Erfolg für die Qualitätsarbeit ist die Transformation der Qualitätskriterien für PRIKRAF-Krankenanstalten im ÖSG 2012. Über Initiative der Geschäftsstelle wurde federführend durch das BMG mit Vertretern der Sozialversicherungsträger, der Wirtschaftskammer, der Länder, der GÖG und des PRIKRAF die Grundlagen erarbeitet um bei der Revision des ÖSG 2012 die Sanatorien verbindlich zu integrieren.

Trotz der umfangreichen Aufgaben bestätigt ein Verwaltungskostenanteil von 0,43 % der Fondsmittel eine effiziente und leistungsfähige Betriebsorganisation der PRIKRAF Geschäftsstelle. Für die konstruktive Zusammenarbeit möchte ich mich herzlich bedanken.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Mag. Herbert Schnötzinger

2. GEGENSTAND DES TÄTIGKEITSBERICHTS 2012

Der Jahresbericht 2012 stellt die gesetzlichen und organisatorischen Grundlagen für die Tätigkeit des Fonds dar und berichtet auf der Grundlage der externen Rechnungsprüfung über die finanzielle Gebarung im Jahr 2012. Ein Kapitel beschäftigt sich eingehend mit Sicherung der Datenqualität und den Ergebnissen der medizinischen Prüftätigkeit. Die statistische Aufbereitung der Leistungsdaten im Jahresvergleich mit Kennzahlen und Benchmarks soll die Mittelverwendung transparent darstellen. Der Bericht geht auf die Entwicklung der Aufenthalte und der erbrachten Leistungen ein, und stellt die Ergebnisse auch aus der Perspektive der Krankenanstalten und der Versicherungsträger dar.

1. Insgesamt wurden 2012 93.965 Aufenthalte abgerechnet, gegenüber dem Vorjahr ein Anstieg um 2,9%. Bei der Inanspruchnahme sind mit 60,6 % die Aufenthalte von weiblichen Patienten bestimmend.

2. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist mit 4,66 Belagstage ist gegenüber dem Vorjahr (4,8 Belagstage) gesunken. Frauen sind im Vergleich länger in den Krankenanstalten (Frauen: 5,3 Belagstage Männer: 4,1 Belagstage).

3. Für 2012 sind hohe Zuwächse bei 0 Tagesaufenthalten festzustellen, der Anstieg gegenüber dem Vorjahr beträgt 12,2%.

4. Das durchschnittliche Lebensalter der behandelten Patienten ist gestiegen 60,7 Lebensjahre (2011: 60,4 Lebensjahre). Weibliche Patienten (61,1 Lebensjahre) sind im Durchschnitt um 1 Lebensjahr älter als Männer (60,1 Lebensjahre).

5. Die behandelten Erkrankungen, definiert durch den ICD 10 Code, sind im zeitlichen Vergleich relativ stabil. Rund 73 % aller Diagnosen entfallen auf sechs Gruppen (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 26,5%, Augenerkrankungen 10%, Neubildungen 10%, Erkrankungen des Kreislaufsystems 9,7%, Verletzungen 8,9% und Krankheiten des Verdauungssystems 7,9%).

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

7. Differenziert nach dem regionalen Standort der Krankenanstalten sind Zuwächse bei den Aufenthalten für die PRIKRAF Krankenanstalten in Tirol +4,7% in der Steiermark 4,3% und in Wien 3,4%.

8. Bezogen auf Versicherungsträger gibt es Zuwächse von Patienten der Gebietskrankenkasse Niederösterreich +511 (+10,5%).

9. Für 2012 fallen je Aufenthalt 2.470 LDF-Punkte an. Die Punkte je Aufenthalt sind gegenüber dem Vorjahr geringfügig gestiegen (2011: 2467 LDF-Punkte pro Aufenthalt). Bei Frauen fallen je Aufenthalt mehr Punkte an: 2521 weiblich, 2391 männlich.

10. Insgesamt waren 2012 rund € 101,2 Mio. verfügbar. Die Gebarung 2012 wird durch die Nachzahlung der SV-Träger (€ 210.296,44) positiv beeinflusst.

Mit einem Verwaltungsaufwand von € 430.917,75. Die verfügbaren Mittel werden somit höchstmöglich leistungswirksam eingesetzt.

3. AUFGABEN DES PRIKRAF

Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2013 wurden im Nationalrat auch die Regeln über den PRIKRAF und die Valorisierung der PRIKRAF Mittel bestätigt. Das PRIKRAF-Gesetz in der Fassung des Gesundheitsreformgesetzes 2013 sieht vor, das die Bestimmungen des PRIKRAF-Gesetzes unbefristet gelten. Sie treten ein halbes Jahr nach Außerkrafttreten der 15a-Vereinbarungen außer Kraft, wobei der Termin vom Gesundheitsminister mittels Verordnung kund zu machen ist.

Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung wurde in § 2 Abs. 1 PRIKRAF-Gesetz als Aufgabe des PRIKRAF ergänzt.

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

In der Anlage 1 des PRIKRAF-Gesetzes werden 44 Krankenanstalten erfasst, wobei im Jahr 2012 tatsächlich nur mit 34 Krankenanstalten abgerechnet wird.

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

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

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

4. ORGANISATION

Fondskommission

Mitglieder	Ersatzmitglieder
Bundesministerium für Gesundheit	
Dr. Clemens-Martin AUER (Vorsitzender) Mag. Daniela HUBER	BL Mag. Gerhard EMBACHER Mag. Thomas WOREL
Wirtschaftskammer Österreich Fachverband der Gesundheitsbetriebe	
Dr. Kurt KAUFMANN (Stv. Vorsitzender) (bis 30.06.12) Mag. Bernhard GERSTBERGER (ab 01.07. 12) Mag. Werner FISCHL Dir. Thomas KREUZ RA Dr. Christian KUHN Mag. Anette LEJA	Mag. Bernhard GERSTBERGER (bis 30.06. 2012) Mag. Birgit MACKINGER (ab 01.07. 2012) Mag. Petra MÜLLER Mag. Cornelia OBERMEIER Mag. Eva HEIGL Dr. Martin HOFF
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger	
Dr. Ferdinand FELIX Dir. Ilse KERSCHBAUM AL Dr. Robert GRADWOHL	AL Stv. Dieter SCHNEIDER-STURM AL Mag. Engelbert SCHILLER AL Horst GLANZER
Vertreter der Länder	
HR Dipl.-Ing. Harald GAUGG	Mag. Agnes BERLAKOVICH
für die Aufsicht bei den Sitzungen	
Dr. Siegfried WÖTZLMAYR, BMG	Dr. Günter PORSCH, BMG

Schiedskommission

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

Geschäftsstelle

Mag. Herbert SCHNÖTZINGER

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

Mag. Gerulf POSCH

Rechtliche Angelegenheiten
Fonds-Rechtsdokumentation
Zwischenstaatliche Verrechnung

DI. Bernhard PESEC

Datenbankmanagement- und Datenanalysen
Datenverarbeitung
Entwicklung IT-Strategien

Dr. Harald RETSCHITZEGGER bis 31.08. 2012

Dr. Szilvia CZANYI – GRAFELMANN ab 01.09. 2012

Grundlagen und Richtlinien für die Prüfungstätigkeit
medizinische Kontrolle der Daten
Auswertung von Qualitätsindikatoren AIQI

Dr. Eva PILZ

Grundlagen und Richtlinien für die Prüfungstätigkeit
medizinische Kontrolle der Daten
Auswertung von Qualitätsindikatoren AIQI

Manuela BANAUER Karenzvertretung bis 31.03. 2013

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

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

5. SITZUNGEN DER FONDSKOMMISSION 2012

Im Jahr 2012 haben drei Sitzungen der PRIKRAF-Fondskommission in der Geschäftsstelle des PRIKRAF stattgefunden.

Festveranstaltung 10 Jahre PRIKRAF und 37. Sitzung am 26. April 2012

Zur Würdigung der gemeinsamen Leistungen der letzten 10 Jahre wurden am 26. April 2012 im Rahmen einer prominent besuchten Festveranstaltung im BMG durch Herrn Bundesminister für Gesundheit Alois Stöger verdiente Persönlichkeiten geehrt. Mit Herrn Univ. Prof. Dr. med. Thomas Mansky konnte ein wissenschaftlicher Fachreferent mit langjähriger Managementerfahrung in Privatkliniken mit seinem Vortrag überzeugen. Impressionen von der Festveranstaltung wurden bereits im Jahresbericht 2011 veröffentlicht.

Im Anschluss an die Festveranstaltung fand am 26. April 2012 eine Sitzung der PRIKRAF-Fondskommission statt.

Der Geschäftsführer Herr Mag. Schnötzinger berichtete über das vorläufige Rechnungsergebnis 2011. In der AIQI Steuerungsgruppe wurde die weitere Vorgangsweise abgestimmt. Den PRIKRAF-Krankenanstalten wurden von der Geschäftsführung die Projektunterlagen („AIQI Organisationshandbuch“) zur bundesweit einheitlichen Ergebnisqualitätsmessung aus Routinedaten übermittelt. Den Sanatorien wurde die Teilnahme an den Informationsveranstaltungen des BMG in den Bundesländern ermöglicht.

Die von der Fondskommission gefassten Beschlüsse zu den Qualitätskriterien wurden von der Geschäftsstelle in den Beschluss bezüglich Transformation der „Qualitätskriterien des ÖSG“ vom 19.12. 2006 eingearbeitet.

Der stellvertretende Vorsitzende der Fondskommission Dr. Kurt Kaufmann teilt mit, dass er mit 1. Juli 2012 in Pension geht. Der Vorsitzende Dr. Auer bedankt sich bei Dr. Kaufmann für seine Arbeit in der Fondskommission.

38. Sitzung 24. September 2012

Der endgültige Punktewert 2011 in der Höhe von € 0,3993 netto 0,4392 brutto wurde per Umlaufbeschluss von der Fondskommission einstimmig beschlossen. Die Fondskommission genehmigt den Rechnungsabschluss 2011 und beschließt die Entlastung der Geschäftsführung.

Frau Dr. Szilvia CZANYI – GRAFELMANN wurde der PRIKRAF-Kommission als neue Medizinerin mit Schwerpunkt AIQI vorgestellt.

Der Geschäftsführer Herr Mag. Schnötzinger berichtet über den Stand der ÖSG Transformation für PRIKRAF-Krankenanstalten. Es haben 3 Sitzungen der Arbeitsgruppe Transformation der Qualitätskriterien bestehend aus Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums, der Bundesländer, der Sozialversicherung, der Wirtschaftskammer und Vertretern des PRIKRAF stattgefunden. Es wurden alle Punkte inhaltlich abgestimmt und an das für die Weiterentwicklung des ÖSG zuständigen Arbeitsgremium der Bundesgesundheitskommission zur Beratung übermittelt.

39. Sitzung 10. Dezember 2012

Beschluss: Vorläufiger Punktewert 2013

Für das Jahr 2013 beschließt die 39. PRIKRAF Fondskommission am 10. Dezember 2012 einen vorläufigen Punktewert in der Höhe von 0,397 Euro netto.

Jahresvoranschlag 2013, Stellenplan 2013

Der Jahresvoranschlag 2013 und der Stellenplan 2013 wurden von der Fondskommission einstimmig beschlossen.

ÖSG Transformation für PRIKRAF-Krankenanstalten

Der Geschäftsführer Herr Mag. Schnötzinger berichtet, dass die Qualitätskriterien in den ÖSG 2012 integriert wurden und in der Bundesgesundheitskommission beschlossen wurden. Damit konnte ein wesentliches Kapitel der Qualitätsarbeit für PRIKRAF Krankenanstalten erledigt werden.

6. BOARD OF EXAMINERS

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

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

Weiters werden Serviceaufgaben für die Krankenanstalten, Beratungsaufgaben mit Berichten an die Fondskommission sowie die Weiterentwicklung der Qualitätssicherung im PRIKRAF in Abstimmung mit dem BMG und den Landesfonds wahrgenommen.

Die Fondskommission des PRIKRAF wird von der Prüfkommission auch hinsichtlich der Einstufung von Sonderbereichen und zu von der Fondskommission zu genehmigenden Leistungen beraten (z.B. Tagesklinik, Intensiveinheiten, genehmigungspflichtige Leistungen).

Pflegekostenzuschüsse

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

Direktverrechnung

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

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

Abschlussbericht der medizinischen Prüfung 2012

Abrechnungsrelevante Datensätze: 93.965

- Direktverrechnung (DV): 92.107
- Pflegekostenzuschüsse (PKZ): 1.858

Punkteabzüge

ambulante Aufenthalte (nicht abrechenbar) 2.139 Aufenthalte auf 0 gesetzt (automatisch)

Krankengeschichten angefordert 1.488

Davon Punkteabzüge bei 576 Aufenthalten 861.475 Punkte

Prüfprocedere Direktverrechnung

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

Auswahlkriterien für anzufordernde Krankengeschichten aus der Direktverrechnung

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

Auswahlkriterien für anzufordernde Krankengeschichten bei Pflegekostenzuschüssen

- Jeder Datensatz wird überprüft, bei Auffälligkeiten erfolgt die Anforderung der Krankengeschichte

Grundlagen für die Datenqualität

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

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

Die Voraussetzungen für die Abrechnung genehmigungspflichtiger Leistungen wurden der Fondskommission zur Beschlussfassung vorgelegt.

Mitarbeit bei der Festlegung von bundesweiten Qualitätskriterien

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

7. QUALITY REVIEW BOARD

Zur laufenden Verbesserung der Qualitätsarbeit wurde ab November 2011 in der Geschäftsstelle des PRIKRAF ein **„Qualitäts-Review-Board (QRB)“** konstituiert. Die Teilnehmer (Geschäftsführer PRIKRAF, Jurist PRIKRAF, 2 Mediziner PRIKRAF, Fachexperten bei Bedarf) beraten sich anlassbezogen, jedoch zumindest quartalsweise in strukturierter Form zu jeweils aktuellen Themen. Hauptaufgabe der Qualitätsreviews ist ein strukturiertes Datenqualitätsmanagement. Durch Abweichungsanalysen der Datenqualität bei der LKF-Codierung und Leistungsmeldung mit Feedback an die betroffenen PRIKRAF-Krankenanstalten soll ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess stattfinden.

Die PRIKRAF-Krankenanstalten werden jeweils schriftlich über die häufigsten Codierungsfehler informiert, mit dem Ziel die Datenqualität zu verbessern und den bürokratischen Aufwand nicht zu erhöhen. Ein individueller Feedbackbrief zur LKF-Datenqualität 2012 wurde an alle Rechtsträger und Codierungsverantwortlichen inhaltlich abgestimmt und übermittelt.

Der PRIKRAF Geschäftsführer ist Mitglied der Steuerungsgruppe für das Austrian Inpatient Quality Indikator Projekt. Im Jahr 2012 wurden die übermittelten AIQI-Daten des Gesundheitsministeriums auf Vollständigkeit, Plausibilität und statistische Auffälligkeiten geprüft und den Sanatorien übermittelt. Statistisch signifikant auffällige Indikatoren (rot) wurden von den Privatkrankenanstalten analysiert und an die PRIKRAF Geschäftsstelle mittels standardisierten Rückmeldeberichts elektronisch rückübermittelt. Von den Medizinern des PRIKRAF erfolgt die Plausibilitätsprüfung und Abstimmung der weiteren Vorgangsweise im QRB.

Die Integration im ÖSG 2012 von „transformierten“ Qualitätskriterien für private nicht gemeinnützige Akut-Krankenanstalten (Sanatorien) wurde am 23. November 2012 in der Bundesgesundheitskommission beschlossen.

8. ERGEBNISQUALITÄTSMESSUNG AUS ROUTINEDATEN

Die Qualität der medizinischen Behandlung sichtbar zu machen und verständlich zu kommunizieren, ist für die Leistungserbringer im Gesundheitswesen zu einer zentralen Aufgabe geworden. Dazu sind nachvollziehbare, valide und standardisierte Daten erforderlich, die den Vergleich von Leistungsanbietern ermöglichen. Wenn jeder Leistungsanbieter sein eigenes Qualitätsmesssystem entwickelt, entspricht das nicht den Bedürfnissen der Verantwortlichen und der PatientInnen.

Mit dem Gesundheitsqualitätsgesetz wird eine flächendeckende Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen durch systematische Qualitätsarbeit implementiert. Basierend auf den Prinzipien der Patientenorientierung, Transparenz, Effektivität und Effizienz soll ein gesamtösterreichisches Qualitätssystem nachhaltig entwickelt und umgesetzt werden. Dabei ist insbesondere die Qualität bei der Erbringung von Gesundheitsleistungen unter Berücksichtigung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Fokus.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das Gesundheitswesen in Österreich ist ein föderales System für die Finanzierung und auch für die Sicherstellung der Versorgungsqualität. Der höchste bundesweite Entscheidungsträger für Gesundheitsbelange ist die Bundesgesundheitskommission. Diese setzt sich u.a. aus Vertretern des Gesundheits-,Wissenschafts-,Wirtschafts- und Finanzministeriums, des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger, den Landesgesundheitsreferenten jedes Bundeslandes, dem österreichischem Patientenanwalt und Vertretern der Ärztekammer zusammen. Diese Bundesgesundheitskommission hat, basierend auf dem Gesundheitsqualitätsgesetz 2005 (GQG) und dem Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes (BVG), im Jahr 2009 die Entwicklung einer österreichischen Qualitätsstrategie beschlossen, um bei bestehendem niederschwelligen Zugang der Patienten zum Gesundheitssystem und bei vorgegebenem Finanzrahmen die qualitativ bestmögliche Versorgung mit bundesweit gleich hohem Niveau sicherzustellen.

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

A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators)

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

Typen von Indikatoren

Für die AIQI-Indikatoren werden Zielbereiche definiert, die sich aus dem österreichischen Bundesdurchschnitt, aus der wissenschaftlichen Literatur oder anderen Indikatorsystemen ergeben. Mittels Risikoadjustierung für unterschiedliche Komplikations- und Mortalitätsrisiken für Begleiterkrankungen, Alter und Geschlecht der PatientInnen wird die Ergebnisdarstellung verbessert. In der AIQI-Steuerungsgruppe, bestehend aus Mitgliedern des BMG, der

Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF werden die Schwerpunktindikatoren jedes Jahr festgelegt und analysiert. Für das Jahr 2011 wurden Herzinfarkt, Lungenentzündung und Oberschenkelhalsbruch als Schwerpunktindikatoren festgelegt. Die Schwerpunktindikatoren für 2012 sind voraussichtlich Schlaganfall und Cholezystektomie (operative Entfernung der Gallenblase).

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

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

AIQI Bereiche und Indikatoren

AIQI – Bereiche und Indikatoren		
1-6	Erkrankungen des Herzens	Herzinfarkt Herzinsuffizienz (Herzschwäche) Linksherzkatheter Schrittmacher Elektrophysiologie Operationen am Herzen
7	Schlaganfall	Schlaganfall
8-9	Erkrankungen der Lunge	Lungenentzündung Lungenkrebs
10-14	Operationen an den Bauchorganen	Entfernung der Gallenblase Leisten- und Bauchwandbrüche Operationen an Magen, Dick- und Enddarm Operationen an der Speiseröhre Operationen an der Bauchspeicheldrüse
15-16	Gefäßoperationen	Aortenoperationen Operationen an der Halsschlagader
17-20	Geburtshilfe und Frauenheilkunde	Geburten Entfernungen der Gebärmutter Brustkrebs Eingriffe an der Brust
21-25	Orthopädische und unfallchirurgische Krankheitsbilder	Elektiver (geplanter) Hüftgelenksersatz Wechsel einer Hüftgelenkendoprothese Kniegelenksersatz Schenkelhalsfraktur
26-30	Erkrankungen der Harnwege und der männlichen Geschlechtsorgane	Totalentfernungen der Niere Teilentfernungen der Niere Entfernung der Prostata Prostata-Karzinom Radikaloperationen der Prostata
31-32	Komplexe heterogene Krankheitsbilder	Beatmung Sepsis
33-34	Operationen im Bereich Hals, Rachen	Operationen bei Mandelentzündung Operationen an der Schilddrüse
35	Wiederaufnahme, präoperative Verweildauer	Wiederaufnahmen präoperative Verweildauer

Ergebnisdarstellung am Beispiel eines Indikators (Pneumonie, Anteil Todesfälle)

Krankenanstalt Kxxx **08 - Pneumonie**		Ziel-bereich		Ergebnis %	Ergebnis absolut	Aufent-halte
08.01	Hauptdiagnose Pneumonie, Anteil Todesfälle	<7,59%		9,65%	114	1.181
08.02	davon Pneumonie, Altersgruppe <15, Anteil Todesfälle	<0,15%		0,00%	0	341
08.03	davon Pneumonie, Altersgruppe 15-44, Anteil Todesfälle	<0,45%		0,88%	1	114
08.04	davon Pneumonie, Altersgruppe 45-64, Anteil Todesfälle	<3,61%		7,81%	10	128
08.05	davon Pneumonie, Altersgruppe 65-84, Anteil Todesfälle	<10,63 %		13,42%	49	365
08.06	davon Pneumonie, Altersgruppe >=85, Anteil Todesfälle	<19,34 %		23.18%	54	233

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

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

statistisch unauffällig>innerhalb des Zielbereichs>keine Rückmeldung erforderlich

statistisch auffällig>Zielbereich im Konfidenzintervall >keine Rückmeldung erforderlich

statistisch signifikant auffällig>Zielbereich nicht im Konfidenzintervall >Rückmeldung an PRIKRAF

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

9. FONDSGEBARUNG 2012

9.1 MITTELHERKUNFT

Die Mittel des Fonds sind:

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

BEITRÄGE DER TRÄGER DER SOZIALVERSICHERUNGEN

Die Mittel des PRIKRAF stammen vorwiegend aus den Beiträgen der Träger der Sozialversicherung. Mit Beschluss der Trägerkonferenz wurde auf der Grundlage der angenommenen Beitragsentwicklung der vorläufige Pauschalbetrag mit € 101.250.830,85 bestimmt und davon die geschätzten Kostenbeiträge € 465.014,85 abgezogen. Der so errechnete Betrag € 100.785.816,00 wird in monatlichen Teilzahlungen von den Trägern der Sozialversicherung an den Fonds überwiesen. Die Aufteilung des Gesamtbetrages auf die einzelnen Träger orientiert sich an den Pflegetagen, die im Vorjahr auf die Versicherten der jeweiligen Träger angefallen sind.

Nach Feststellung des endgültigen Pauschalbetrages 2012 ist eine Nachzahlung in Höhe von € 210.296,44 zugunsten des Fonds angefallen.

Insgesamt leisten die Träger der Sozialversicherung für 2012 – abzüglich der Kostenbeiträge – somit einen finanziellen Beitrag von **€ 100.996,12** an den Fonds.

Vorläufiger Pauschalbetrag 2012	**€ 100.785.816,00**
Kostenbeiträge 2012	**€ 470.825,70**
Nachzahlung 2011	**€ 1.095.778,56**
Nachzahlung 2012	**€ 210.296,44**

Tabelle: Finanzielle Beiträge der Träger der Sozialversicherung 2012

KOSTENBEITRÄGE DER VERSICHERTEN

Nach den Vorgaben der Sozialversicherungsgesetze ist bei Versicherten nach dem ASVG bei einem Aufenthalt eines Angehörigen bzw. bei Versicherten nach dem BSVG, bei einem Aufenthalt des Versicherten oder eines Angehörigen in einem Vertragskrankenhaus, von den Versicherten ein Kostenbeitrag zu leisten. Dieser beträgt **€ 18,50 für** das Jahr 2012.

Für 2012 wurden **€ 470.825,70** an Kostenbeiträgen eingehoben.

Direktverrechnung	Pflegekostenzuschuss	Gesamt
€ 464.793,80	€ 6.031,90	€ 470.825,70

ERSTATTUNGSBEITRÄGE AUSLÄNDISCHER VERSICHERTER

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

Für 2012 wurden **€ 252.941,89** als Erstattungsbeiträge eingenommen.

VERMÖGENSERTRÄGE

Aus Zinserträgen für Bankguthaben hat der Fonds 2012 insgesamt **€ 16.884,48** realisiert.

SONSTIGE MITTEL

Im Jahr 2012 waren keine Einnahmen aus diesem Titel zu verzeichnen.

9.2 MITTELVERWENDUNG

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

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

DIREKTVERRECHNUNG

Ausgehend vom vorläufigen Punktewert (0,39 Euro netto + 10% USt.) wurden 2012 insgesamt € 96.132.137,13 in monatlichen Teilzahlungen an die Krankenanstalten überwiesen. Mit der Jahresendabrechnung wurden auf der Grundlage des endgültigen Punktewerts (0,398 Euro netto + 10% USt.), der tatsächlichen LKF-Punkte und der tatsächlich eingehobenen Kostenbeiträge weitere € 2.742.429,68 mit den Vertragskrankenanstalten abgerechnet.

Abzüglich der Kostenbeiträge wurden somit im Weg der Direktverrechnung für 2012 € 98.872.326,64 ausbezahlt (vgl. 2011 € 95.861.518,05).

Direktverrechnung 2012		
	a – conto	**Endabrechnung**
LKF – Punkte	225.831.106	227.305.462
Punktewert Netto	€ 0,39	€ 0,398
abgerechneter Betrag	€ 96.594.636,33	€ 99.337.065,84
abzüglich Kostenbeiträge	€ 462.499,20	€ 464.739,20
ausbezahlter Betrag	**€ 96.132.137,13**	**€ 98.872.326,64**

PFLEGEKOSTENZUSCHUSS

Wenn die behandelnde Krankenanstalt keine Einzelvereinbarung mit dem zuständigen Versicherungsträger abgeschlossen hat, wird vom Fonds im Namen der Sozialversicherungsträger ein Zuschuss zu den Pflegekosten bezahlt. Voraussetzung ist ein Antrag der Anspruchsberechtigten, der innerhalb von 42 Monaten nach Entstehen des Anspruches beim jeweiligen Versicherungsträger einzubringen ist und in Folge zur weiteren Bearbeitung an den Fonds weitergeleitet wird. Die monatlichen Auszahlungen erfolgen nach medizinischer Überprüfung.

Für 2012 wurden insgesamt € 1.960.454,42 (2011: € **1.534.918,72**) Pflegekostenzuschüsse ausbezahlt.

VERWALTUNGSKOSTEN

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

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

Die Verwaltungskosten (Personal- und Sachaufwand) für das Jahr 2012 betragen € 430.917,75 (2011: **€** 462.286,96).

HLB Intercontrol

9.3 JAHRESABSCHLUSS UND RECHNUNGSPRÜFUNG

Bericht

über die Prüfung des

Rechungsabschlusses

zum

31. Dezember 2012

des

Privatkrankenanstalten - Finanzierungsfonds

Wien

Ausfertigung Nr. 1

HLB Intercontrol Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH

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

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

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

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

E. Zusammenfassung des Prüfungsergebnisses

1. Feststellungen zur Gesetzmäßigkeit von Buchführung und Rechnungsabschluss

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

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

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

Der PRIKRAF braucht keinen Anhang und keinen Lagebericht zu erstellen.

2. Stellungnahme zu Tatsachen nach § 273 Abs. 2

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

F. Bestätigungsvermerk

Bericht zum Rechnungsabschluss

Wir haben den beigefügten Rechnungsabschluss des

Privatkrankenanstalten – Finanzierungsfonds
Wien

für das Geschäftsjahr vom 1. 1. 2012 bis 31. 12. 2012 unter Einbeziehung der Buchführung geprüft. Dieser Rechnungsabschluss umfasst die Gebarungsbilanz zum 31. 12. 2012 und die Gebarungsrechnung für das am 31. 12. 2012 endende Geschäftsjahr.

Verantwortung der gesetzlichen Vertreter für den Rechnungsabschluss und für die Buchführung

Der gesetzliche Vertreter des Fonds ist für die Buchführung sowie für die Aufstellung eines Rechnungsabschlusses verantwortlich, der ein möglichst getreues Bild der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des PRIKRAF in Übereinstimmung mit den österreichischen unternehmensrechtlichen Vorschriften vermittelt. Diese Verantwortung beinhaltet: Gestaltung, Umsetzung und Aufrechterhaltung eines internen Kontrollsystems, soweit dieses für die Aufstellung des Rechnungsabschlusses und die Vermittlung eines möglichst getreuen Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des PRIKRAF von Bedeutung ist, damit dieser frei von wesentlichen Fehldarstellungen ist, sei es auf Grund von beabsichtigten oder unbeabsichtigten Fehlern; die Auswahl und Anwendung geeigneter Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden; die Vornahme von Schätzungen, die unter Berücksichtigung der gegebenen Rahmenbedingungen angemessen erscheinen.

Verantwortung des Abschlussprüfers und Beschreibung von Art und Umfang der Abschlussprüfung

Unsere Verantwortung besteht in der Abgabe eines Prüfungsurteils zu diesem Rechnungsabschluss auf der Grundlage unserer Prüfung. Wir haben unsere Prüfung unter Beachtung der in Österreich geltenden gesetzlichen Vorschriften durchgeführt. Diese Grundsätze erfordern, dass wir die Standesregeln einhalten und die Prüfung so planen und durchführen, dass wir uns mit hinreichender Sicherheit ein Urteil darüber bilden können, ob der Rechnungsabschluss frei von wesentlichen Fehldarstellungen ist. Unsere Prüfung hat sich nicht auf die Gebarung des PRIKRAF erstreckt. Gemäß § 18 des PRIKRAF-G unterliegt die Gebarung des Fonds der Kontrolle

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

Eine Prüfung beinhaltet die Durchführung von Prüfungshandlungen zur Erlangung von Prüfungsnachweisen hinsichtlich der Beträge und sonstigen Angaben im Rechnungsabschluss. Die Auswahl der Prüfungshandlungen liegt im pflichtgemäßen Ermessen des Abschlussprüfers unter Berücksichtigung seiner Einschätzung des Risikos eines Auftretens wesentlicher Fehldarstellungen, sei es auf Grund von beabsichtigten oder unbeabsichtigten Fehlern. Bei der Vornahme dieser Risikoeinschätzung berücksichtigt der Abschlussprüfer das interne Kontrollsystem, soweit es für die Aufstellung des Rechnungsabschlusses und die Vermittlung eines möglichst getreuen Bildes der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage des PRIKRAF von Bedeutung ist, um unter Berücksichtigung der Rahmenbedingungen geeignete Prüfungshandlungen festzulegen, nicht jedoch um ein Prüfungsurteil über die Wirksamkeit der internen Kontrollen des PRIKRAF abzugeben. Die Prüfung umfasst ferner die Beurteilung der Angemessenheit der angewandten Bilanzierungs- und Bewertungsmethoden und der von den gesetzlichen Vertretern vorgenommenen wesentlichen Schätzungen sowie eine Würdigung der Gesamtaussage des Rechnungsabschlusses. Mit dem Auftraggeber wurde vereinbart, unsere Berichterstattung insbesondere bei der Darstellung der Vermögens-, Finanz- und Ertragslage sowie bei den Aufgliederungen und Erläuterungen der Posten des Rechnungsabschlusses einzuschränken.

Wir sind der Auffassung, dass wir ausreichende und geeignete Prüfungsnachweise erlangt haben, sodass unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unser Prüfungsurteil darstellt.

Prüfungsurteil

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt. Auf Grund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Rechnungsabschluss nach unserer Beurteilung den gesetzlichen Vorschriften und vermittelt ein möglichst getreues Bild der Vermögens- und Finanzlage zum 31. 12. 2012 sowie der Ertragslage für das Geschäftsjahr vom 1. 1. 2012 bis 31. 12. 2012 des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds in Übereinstimmung mit den österreichischen Grundsätzen ordnungsmäßiger Buchführung. Der Fonds braucht keinen Anhang und keinen Lagebericht zu erstellen.

Wien, am 18. Juli 2013

HLB Intercontrol
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH

HLB Intercontrol Wirtschaftsprüfungsgesellschaft mbH Wien

Dr. Markus Grün
Wirtschaftprüfer

Mag. Cornelia Spitzer
Wirtschaftsprüfer

Aktiva	31.12.2012 €	%	31.12.2011 €	%
A. Anlagevermögen				
I. Immaterielle Vermögensgegenstände				
1. gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Vorteile und Software				
Homepage PRIKRAF	1.380,00	0,0	4.140,00	0,0
EDV - Software	9.673,50	0,0	2.912,51	0,0
	11.053,50	0,0	7.052,51	0,0
II. Sachanlagen				
1. Betriebs- und Geschäftsausstattung				
Betriebs- und Geschäftsausstattung	7.175,28	0,0	4.816,17	0,0
EDV-Anlagen	24.155,37	0,1	16.296,20	0,1
	31.330,65	0,1	21.112,37	0,1
	42.384,15	**0,1**	**28.164,88**	**0,1**
B. Umlaufvermögen				
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände				
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen				
Noch nicht fakturierte Leistungen	25.406.750,44	85,8	25.175.179,29	88,7
2. sonstige Forderungen und Vermögensgegenstände				
Sonstige Forderungen	3.700,11	0,0	6.084,63	0,0
Finanzamt laufendes Konto	2.350,50	0,0	4.208,79	0,0
Verr.Kto H&H	9.463,20	0,0	0,00	0,0
	15.513,81	0,1	10.293,42	0,0
	25.422.264,25	85,8	25.185.472,71	88,8
II. Kassenbestand, Guthaben bei Kreditinstituten				
Kassenbestand	45,75	0,0	99,83	0,0
BAWAG Kto.Nr. 00110-051-255	222.322,37	0,8	25.835,34	0,1
BAWAG Kto.Nr. 00110-053-193	42.356,22	0,1	39.836,62	0,1
BAWAG Kto.Nr. 00145-005-183	3.900.000,00	13,2	3.100.000,00	10,9
Zinsen u. Abschlussspesen	-39,50	0,0	0,00	0,0
	4.164.684,84	14,1	3.165.771,79	11,2
	29.586.949,09	**99,9**	**28.351.244,50**	**99,9**
C. Rechnungsabgrenzungsposten				
Aktive Rechnungsabgrenzungsposten	**242,00**	**0,0**	**79,00**	**0,0**
Summe Aktiva	**29.629.575,24**	**100,0**	**28.379.488,38**	**100,0**

Passiva	31.12.2012 €	%	31.12.2011 €	%
A. Gebarungskapital				
I. Gewinnrücklagen				
1. zweckgebundene Rücklagen				
Zweckgebundene Rücklage	**106,90**	**0,0**	**2.011,52**	**0,0**
B. Rückstellungen				
1. Rückstellungen für Abfertigungen	13.458,80	0,1	9.798,71	0,0
2. sonstige Rückstellungen				
RSt f. Jahresabschlussarbeiten	4.000,00	0,0	3.900,00	0,0
Rückstellung für Abschlussprüfung	4.560,00	0,0	4.560,00	0,0
Rückstellung für n. konsumierte Url	16.693,11	0,1	18.054,62	0,1
Sonstige Rückstellungen	7.500,00	0,0	6.406,80	0,0
	32.753,11	0,1	32.921,42	0,1
	46.211,91	**0,2**	**42.720,13**	**0,2**
C. Verbindlichkeiten				
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen				
Verbindlichkeiten aus L & L Abgr.	29.573.731,84	99,8	28.331.141,91	99,8
2. sonstige Verbindlichkeiten				
Finanzamt Lohnsteuer	3.645,72	0,0	3.614,82	0,0
Gemeinde Dienstgeberabgabe	14,24	0,0	0,00	0,0
Gebietskrankenkasse	5.864,63	0,0	0,00	0,0
	9.524,59	0,0	3.614,82	0,0
davon aus Steuern				
Finanzamt Lohnsteuer	*3.645,72*	*0,0*	*3.614,82*	*0,0*
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit				
Gemeinde Dienstgeberabgabe	*14,24*	*0,0*	*0,00*	*0,0*
Gebietskrankenkasse	*5.864,63*	*0,0*	*0,00*	*0,0*
	5.878,87	*0,0*	*0,00*	*0,0*
	29.583.256,43	**99,8**	**28.334.756,73**	**99,8**
Summe Passiva	**29.629.575,24**	**100,0**	**28.379.488,38**	**100,0**

Gebarungsrechnung

zum 31.12.2012

	2012 €	%	2011 €	%
1. Umsatzerlöse				
Erlöse Inland				
Erlöse Krankenkassen	100.785.816,00	99,1	96.545.400,00	98,3
Erlöse Selbstbehalte	470.825,70	0,5	432.413,30	0,4
Nachschüsse Krankenkasse	210.296,44	0,2	1.038.847,29	1,1
	101.466.938,14	99,8	98.016.660,59	99,8
Erlöse sonstiges Ausland				
Erlöse ausl.Versicherungsträger	252.941,89	0,3	240.431,39	0,2
	101.719.880,03	**100,0**	**98.257.091,98**	**100,0**
2. Betriebsleistung	**101.719.880,03**	**100,0**	**98.257.091,98**	**100,0**
3. sonstige betriebliche Erträge				
a) Erträge aus dem Abgang vom Anlagevermögen				
Erlöse aus dem Abgang von Anlagen	0,00	0,0	400,00	0,0
b) Erträge aus der Auflösung von Rückstellungen				
Auflösung von sonstigen Rückstellun	120,00	0,0	560,00	0,0
c) übrige				
Sonstige Erlöse USt-frei	100,00	0,0	0,00	0,0
	220,00	**0,0**	**960,00**	**0,0**
4. Aufwendungen für Direktverrechnungen, Pflegekostenzuschüsse und sonstige bezogene Leistungen				
a) Direktverrechnung und Pflegekostenzuschüsse				
Direktverrechnungen gem.§149Abs3	96.132.137,13	94,5	93.051.652,83	94,7
Pflegekostenzuschüsse gem.§150Abs2	1.960.454,42	1,9	1.534.918,72	1,6
Direktverr.gem.§149Abs3 ASVG Restz.	2.742.429,51	2,7	2.809.865,22	2,9
Aufwand Kostenbeiträge	470.825,70	0,5	432.413,30	0,4
	101.305.846,76	**99,6**	**97.828.850,07**	**99,6**
5. Personalaufwand				
a) Gehälter				
Gehälter	160.733,95	0,2	155.679,45	0,2
Sonderzahlungen Ang.	28.850,30	0,0	29.143,18	0,0
Prämien	0,00	0,0	1.928,42	0,0
(Urlaubs) Ersatzleistungen Ang.	0,00	0,0	1.839,05	0,0
Nicht konsumierte Urlaube Ang.	-1.361,51	0,0	14.025,62	0,0
	188.222,74	0,2	202.615,72	0,2
b) Aufwendungen für Abfertigungen und Leistungen an betriebliche Mitarbeitervorsorgekassen				
Beiträge Mitarbeitervorsorgekassa	2.962,74	0,0	2.533,19	0,0
Zuweisung Abfertigungsrückstellung	3.660,09	0,0	1.758,07	0,0
	6.622,83	0,0	4.291,26	0,0

	2012 €	%	2011 €	%
c) Aufwendungen für gesetzlich vorgeschriebene Sozialabgaben sowie vom Entgelt abhängige Abgaben und Pflichtbeiträge				
Gesetzlicher Sozialaufwand Ang.	40.052,47	0,0	41.707,59	0,0
Wiener Dienstgeberabgaben-Ang.	153,12	0,0	69,84	0,0
	40.205,59	0,0	41.777,43	0,0
d) sonstige Sozialaufwendungen				
Freiwillige Sozialaufwendungen	219,82	0,0	270,20	0,0
	235.270,98	**0,2**	**248.954,61**	**0,3**
6. Abschreibungen				
a) auf immaterielle Gegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen				
Abschreibung a.immat.Vermögensg.	8.167,01	0,0	6.332,56	0,0
Geringwertige EDV-Programme	98,00	0,0	0,00	0,0
Abschreibung auf Sachanlagen	8.841,42	0,0	7.386,40	0,0
Geringwertige Betriebs-u.Geschäftsa	1.031,82	0,0	2.058,29	0,0
	18.138,25	**0,0**	**15.777,25**	**0,0**
7. Sonstige betriebliche Aufwendungen				
a) übrige				
Gebühren und Beiträge				
Gebühren und sonstige Auslagen	0,00	0,0	47,89	0,0
Instandhaltung				
Reparatur und Instandhaltung	242,90	0,0	4.774,50	0,0
Service und Wartung	335,73	0,0	0,00	0,0
	578,63	0,0	4.774,50	0,0
Transportaufwand				
Transporte durch Dritte	15,00	0,0	40,90	0,0
Reise- und Fahrtaufwand				
Reisespesen	936,29	0,0	588,89	0,0
Fahrtspesen	17,60	0,0	0,00	0,0
	953,89	0,0	588,89	0,0
Post und Telekommunikation				
Porti	3.130,87	0,0	2.527,64	0,0
Telefon	4.485,50	0,0	4.503,59	0,0
	7.616,37	0,0	7.031,23	0,0
Mietaufwand				
Miete	26.725,92	0,0	23.899,79	0,0
Lizenzgebühren	216,00	0,0	216,00	0,0
Sonstige Dienstleistungen				
Fremdleistungen/Medizinische Kontr.	91.507,34	0,1	101.697,83	0,1
Reinigung durch Dritte	4.030,56	0,0	4.774,33	0,0
Buchführung u. Personalverrechnung	6.017,74	0,0	4.396,32	0,0
EDV - Dienstleistungen	20.861,70	0,0	25.971,20	0,0
	122.417,34	0,1	136.839,68	0,1
Aus- und Weiterbildung				
Aus- und Fortbildung	539,00	0,0	7.212,20	0,0

	2012 €	%	2011 €	%
Büro- und Verwaltungsaufwand				
Büromaterial	1.626,55	0,0	1.625,22	0,0
Druckkosten	1.954,00	0,0	2.815,80	0,0
Fachliteratur und Zeitungen	111,00	0,0	388,25	0,0
Reinigungsmaterial Büro	105,82	0,0	0,00	0,0
	3.797,37	0,0	4.829,27	0,0
Spesen des Geldverkehrs	1.407,79	0,0	1.174,90	0,0
Werbeaufwand				
Werbung	5.263,81	0,0	0,00	0,0
Geschäftsanbahnungsspesen,Bewirtung	0,00	0,0	185,30	0,0
Spenden	325,00	0,0	600,00	0,0
	5.588,81	0,0	785,30	0,0
Rechts- und Beratungsaufwand				
Jahresabschluss und Steuerberatung	4.696,00	0,0	4.540,00	0,0
Jahresabschlussprüfung	4.560,00	0,0	4.560,00	0,0
Sonstige Beratung	0,00	0,0	595,00	0,0
	9.256,00	0,0	9.695,00	0,0
diverse betriebliche Aufwendungen				
Reinigungsmaterial Betriebsaufwand	0,00	0,0	76,00	0,0
Entsorgungskosten	15,00	0,0	0,00	0,0
Sitzungsaufwand	502,20	0,0	343,50	0,0
Centdifferenzen	0,00	0,0	0,02	0,0
Centausgleiche	0,01	0,0	0,03	0,0
	517,21	0,0	419,55	0,0
	179.629,33	**0,2**	**197.555,10**	**0,2**
8. Zwischensumme aus Z 1 bis 7 (Betriebserfolg)	**-18.785,29**	**-0,0**	**-33.085,05**	**-0,0**
9. sonstige Zinsen und ähnliche Erträge				
Zinserträge von Kreditinstituten	**16.884,48**	**0,0**	**34.096,71**	**0,0**
10. Zinsen und ähnliche Aufwendungen				
Bank- und Darlehenszinsen	**3,81**	**0,0**	**10,89**	**0,0**
11. Zwischensumme aus Z 9 bis 10 (Finanzerfolg)	**16.880,67**	**0,0**	**34.085,82**	**0,0**
12. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	**-1.904,62**	**0,0**	**1.000,77**	**0,0**
13. Auflösung von Rücklagen				
a) zweckgebunden Rücklagen				
Auflösung satzungsmäßige Rücklagen	**2.011,52**	**0,0**	**1.010,75**	**0,0**
14. Zuweisung zu Rücklagen				
a) zweckgebundene Rücklagen				
Zuweisung zweckgebundene Rücklage	**106,90**	**0,0**	**2.011,52**	**0,0**
15. Jahresgewinn	**0,00**	**0,0**	**0,00**	**0,0**

Privatkrankenanstalten - Finanzierungsfonds
PRIKRAF
Wien

Entwicklung des Anlagevermögens 2012

	Anschaffungs- oder Herstellungskosten					Buchwerte		
	Stand 1. 1. 2012 EUR	Zugänge EUR	Abgänge EUR	Stand 31. 12. 2012 EUR	kumulierte Abschreibungen 31. 12. 2012 EUR	Stand 31. 12. 2012 EUR	Stand 31. 12. 2011 EUR	Abschreibungen des Geschäftsjahres EUR
I. Immaterielle Vermögensgegenstände								
1. aktivierte Rechte und Datenverarbeitungsprogramme	26.699,08	12.266,00	98,00	38.867,08	27.813,58	11.053,50	7.052,51	8.265,01
	26.699,08	12.266,00	98,00	38.867,08	27.813,58	11.053,50	7.052,51	8.265,01
II. Sachanlagen								
1. andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	59.532,71	20.091,52	1.994,36	77.629,87	46.299,22	31.330,65	21.112,37	9.873,24
	59.532,71	20.091,52	1.994,36	77.629,87	46.299,22	31.330,65	21.112,37	9.873,24
	86.231,79	32.357,52	2.092,36	116.496,95	74.112,80	42.384,15	28.164,88	18.138,25

10. LEISTUNGEN 2012

AUFENTHALTE

Aufenthalte, absolut	Männlich	Weiblich	Total
2012	**37.060**	**56.905**	**93.965**
2011	35.648	55.703	91.351
2010	34.550	55.260	89.810
2009	34.117	54.435	88.552
Aufenthalte, relativ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2012	**39,4%**	**60,6%**	**100%**
2011	39,02%	60,98%	100,00%
2010	38,47 **%**	61,53 **%**	100,00%
2009	38,50%	61,50%	100,00%
Aufenthalte, VÄ zum VJ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
VÄ 11/12	**4,00%**	**2,2%**	**2,9%**
VÄ 10/11	3,20%	0,80%	1,70%
VÄ 09/10	1,27%	1,50%	1,40%

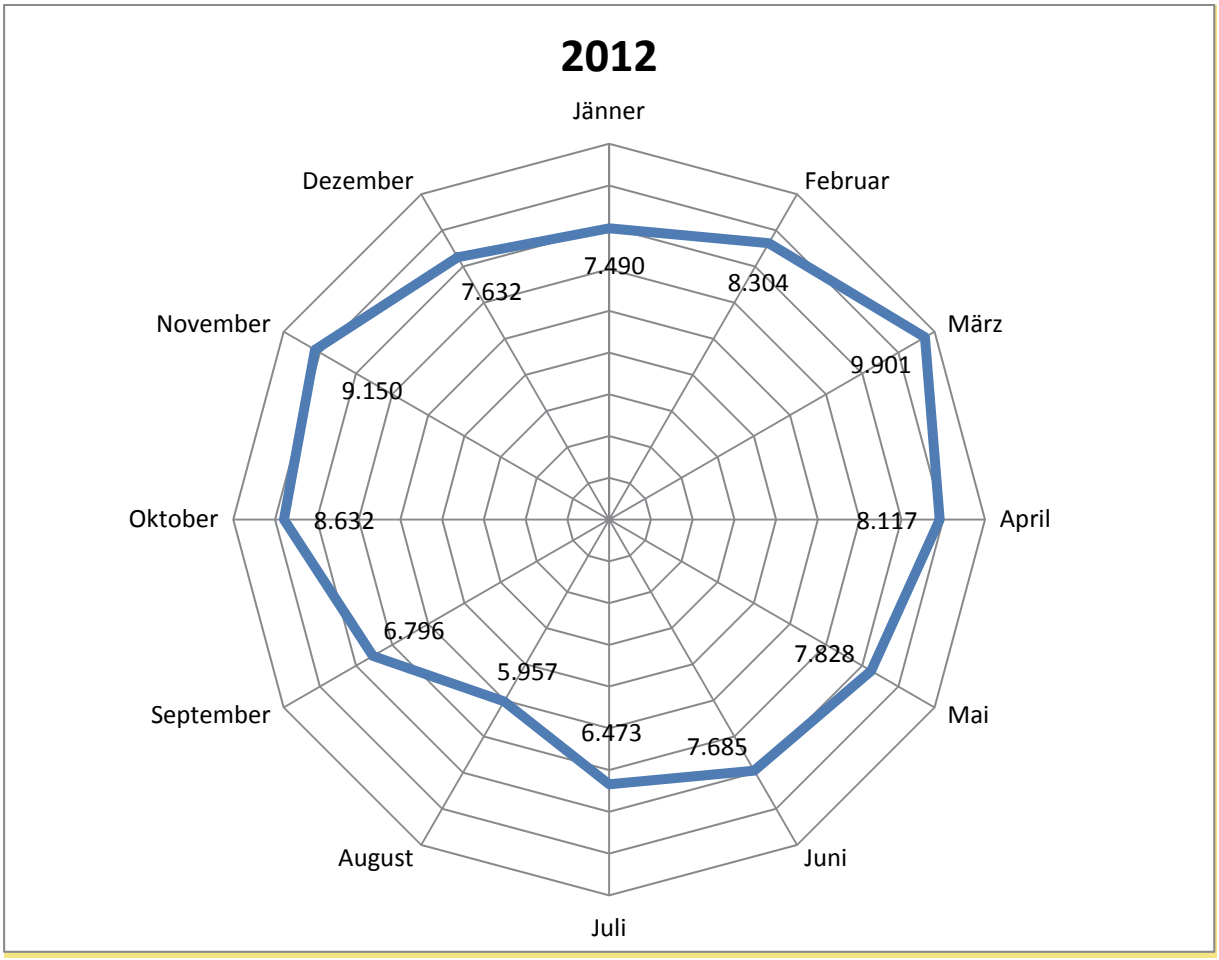
2012 wurden insgesamt **93.965** Aufenthalte mit dem Fonds abgerechnet; +2,9 % im Vergleich zum Vorjahr. Bei der Inanspruchnahme sind mit 60,6 % die Aufenthalte von weiblichen Patienten bestimmend. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Aufenthalt der männlichen Patienten stärker gestiegen als die Aufenthalte der weiblichen Patienten.

ART DER AUFNAHME

Aufenthalte	2012	2011	2010	2009
Aufnahme normal	**87.611**	87.575	86.541	84.269
Kurzzeit-Tagesklinik	**4.973**	2.261	1.875	2.959
Transfer	**1.285**	1414	1.296	1.226
Wiederaufnahme	**96**	101	98	98
geplant	**92,00%**	91,80 %	91,50%	91,80%

Für die gesamte Leistungserbringung ist bestimmend, dass 92,0 % aller Aufnahmen bereits vorweg geplant sind.

JAHRESVERTEILUNG DER AUFNAHMEN 2012



Für die zeitliche Verteilung bei der Inanspruchnahme der Krankenanstalten gilt ein klares und stabiles Muster. Die Auslastung der Krankenanstalten ist am höchsten in den Monaten Oktober bis Mai und am niedrigsten zwischen Juni und September.

LEBENSALTER

Lebensalter	Männlich	Weiblich	Total
2012	**60,1**	**61,1**	**60,7**
2011	59,6	60,9	60,4
2010	59,5	60,7	60,2
2009	59,5	60,9	60,4

Das durchschnittliche Lebensalter der behandelten Patienten ist mit 60,7 Lebensjahren höher als jenes in Landesfonds-Krankenanstalten (55 Lebensjahre). Weibliche Patienten (61,1) Lebensjahre sind im Durchschnitt um 1 Lebensjahre älter als Männer (60,1 Lebensjahre).

Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Männlich	**2012**	**853**	**2.558**	**3.850**	**7.767**	**13.810**	**8.222**	**37.060**
	2011	893	2.461	3.950	7.374	13.168	7.802	35.648
	2010	952	2.322	3.775	7.110	12.692	7.696	34.546
	2009	868	2.287	3.780	7.148	12.294	7.742	34.119
Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Weiblich	2012	**543**	**3.017**	**8.755**	**10.881**	**19.082**	**14.627**	**56.905**
	2011	596	2.991	8.660	10.868	17.963	14.622	55.703
	2010	638	2.900	8.452	10.839	17.942	14.487	55.258
	2009	538	2.845	8.245	10.850	17.089	14.867	54.434
Altersgruppen		**0-14**	**15-29**	**30-44**	**45-59**	**60-74**	**75+**	**Total**
Männlich	2012	**2,3%**	**6,9%**	**10,4%**	**20,9%**	**37,3%**	**22,2%**	**100,0%**
	2011	2,5%	6,9%	11,1%	20,7%	37,0%	21,8%	100,0%
	2010	2,8%	6,7%	10,9%	20,6%	36,7%	22,3%	100,0%
	2009	2,5%	6,7%	11,1%	21,0%	36,0%	22,7%	100,0%
Weiblich	**2012**	**1,0%**	**5,3%**	**15,4%**	**19,1%**	**33,5%**	**25,7%**	**100,0%**
	2011	1,0%	5,4%	15,5%	19,5%	32,2%	26,3%	100,0 %
	2010	1,2%	5,2%	15,3%	19,6%	32,5%	26,2%	100,0%
	2009	1,0%	5,2%	15,1%	20,0%	31,4%	27,3%	100,0%

Der Anteil der Spitalsaufenthalte von Kindern im Lebensalter von 0-14 Lebensjahren in den PRIKRAF Krankenanstalten ist vergleichsweise niedrig. Für die Behandlung in Privatkrankenanstalten ist ein höheres Lebensalter der Patienten charakteristisch. Rund 60% der Patienten sind über 60 Jahre. Für beide Geschlechter kann eine Verlagerung hin zu den älteren Altersgruppen beobachtet werden.

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
2012	**149.535**	**288.187**	**437.722**
2011	147.294	293.343	440.637
2010	144.899	290.160	435.059
2009	144.755	292.032	436.787

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
2012	**34,2%**	**65,8%**	**100%**
2011	33,4 %	66,6%	100%
2010	33,3 %	66,7 %	100%
2009	33,1%	66,9%	100%

Belagstage	Männlich	Weiblich	Total
VÄ 2012/2011	**1,5%**	**-1,8%**	**-0,7%**
VÄ 2011/2010	1,7%	1,1%	1,3%
VÄ 2010/2009	0,1 %	-0,65 %	-0, 4%

Insgesamt sind 2012 437.722 Belagstage angefallen, gegenüber dem Vorjahr ein Minus von 0,7 %. Geschlechtsspezifisch entfallen 65,8 % der Belagstage auf weibliche Patienten, ein Minus von 1,8% gegenüber dem Vorjahr. Bei den männlichen Patienten ist Anstieg der Belagstage von 1,5% zu verzeichnen, der relative Anteil steigt 2012 auf 34,2 % an.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER IN TAGEN

durchschnittliche Aufenthaltsdauer	Männlich	Weiblich	Total
2012	**4,0**	**5,1**	**4,66**
2011	4,1	5,3	4,8
2010	4,2	5,3	4,8
2009	4,2	5,4	4,9

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 4,66 Tage und ist gegenüber dem Vorjahr gesunken. Bei weiblichen Patienten dauern Aufenthalte um mehr als einen Tag länger als bei männlichen Patienten. Im Vergleich dazu beträgt die österreichweite durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Landesfonds Krankenanstalten 5,3 Tagen.

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER NACH ALTERSGRUPPEN IN TAGEN

Altersgruppen	2012	2011	2010	2009
0-14	**1,73**	1,61	1,60	1,64
15-29	**2,88**	2,96	3,00	3,05
30-44	**3,47**	3,55	3,62	3,64
45-59	**3,57**	3,74	3,73	3,79
60-74	**4,59**	4,79	4,77	4,87
75+	**6,91**	7,13	7,20	7,20
Total	**4,66**	4,8	4,8	4,9

Die Aufenthaltsdauer weist ein klares altersspezifisches Profil auf, sie ist am niedrigsten bei Kindern (0-14 Lebensjahre) und ist bei den über 75-jährigen am höchsten (durchschnittliche Aufenthaltsdauer 6,91).

0-TAGESAUFENTHALTE

Aufenthalte	Männlich	Weiblich	Total
2012	**2.361**	**3.225**	**5.586**
2011	2.125	2.855	4.980
2010	1.806	2.384	4.190
2009	1.661	2.143	3.804

Aufenthalte	Männlich	Weiblich	Total
VÄ 2012/2011	**11,1%**	**13,0%**	**12,2%**
VÄ 2011/2010	17,7%	19,8%	18,9%
VÄ 2010/2009	8,7 %	11,3 %	10,2 %

Kennzahlen	2012	2011	2010	2009
Aufenthalte	**5.586**	4.980	4.190	3.804
In % aller Patienten	**5,9%**	5,5 %	4,7 %	4,3%
Alter Θ Lebensjahre	**59,4%**	57,4	56	56
Punkte je Aufenthalt	**1.366**	1.386	1.447	1.410

Insgesamt wurden rund 5,9 % der Aufenthalte als 0-Tagesaufenthalte dokumentiert, der Anstieg gegenüber dem Vorjahr beträgt 12,2 %. Diese Form der Versorgung ist eher auf jüngere Patienten ausgerichtet, das Lebensalter ist daher um 1,3 Jahre unter dem Gesamtdurchschnitt.

AUFENTHALTE NACH DIAGNOSEN

Aufenthalte nach Diagnosen, absolut	2012	2011	2010	2009
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	**847**	887	895	891
02 Neubildungen	**9.394**	8.723	9.235	8.785
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	**328**	285	300	274
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	**1.468**	1.466	1.311	1.401
05 Psychische Verhaltensstörungen	**2.063**	2.134	1.788	1.719
06 Krankheiten des Nervensystems	**3.678**	3.460	3.400	3.375
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	**9.420**	8.956	8.766	8.478
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	**883**	881	910	987
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	**9.112**	9.013	8.801	9.127
10 Krankheiten des Atmungssystems	**3.815**	3.939	3.928	3.878
11 Krankheiten des Verdauungssystems	**7.433**	7.197	7.140	7.543
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	**756**	818	832	789
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems,	**24.935**	24.064	23.574	22.878
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	**4.431**	4.410	4.330	4.454

15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	**4.921**	4.811	4.812	4.481
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	**99**	93	126	85
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	**337**	308	326	355
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	**1.713**	1.722	1.559	1.602
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	**8.302**	8.166	7.754	7.423
21 Andere Faktoren Inanspruchnahme Gesundheitswesens	**30**	18	23	27
Total	**93.965**	91.351	89.810	88.552
Aufenthalte nach Diagnosen, relativ	**2012**	2011	2010	2009
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	**0,9**	1,0	1,0	1,0
02 Neubildungen	**10,0**	9,6	10,3	9,9
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	**0,4**	0,3	0,3	0,3
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	**1,6**	1,6	1,5	1,6
05 Psychische Verhaltensstörungen	**2,2**	2,3	2,0	1,9
06 Krankheiten des Nervensystems	**3,9**	3,8	3,8	3,8
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	**10,0**	9,8	9,8	9,6
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	**0,9**	1,0	1,0	1,1
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	**9,7**	9,9	9,8	10,3
10 Krankheiten des Atmungssystems	**4,1**	4,3	4,4	4,4
11 Krankheiten des Verdauungssystems	**7,9**	7,9	8,0	8,5
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	**0,8**	0,9	0,9	0,9
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems,	**26,5**	26,3	26,2	25,8
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	**4,7**	4,8	4,8	5,0
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	**5,2**	5,3	5,4	5,1
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung Perinatalperiode	**0,1**	0,1	0,1	0,1
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	**0,4**	0,3	0,4	0,4
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	**1,8**	1,9	1,7	1,8
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	**8,9**	8,9	8,6	8,4
21 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	**0,00**	0,0	0,0	0,0

Die behandelten Erkrankungen, definiert durch den ICD 10 Code, sind im zeitlichen Vergleich relativ stabil. Rund 73 % aller Diagnosen entfallen auf sechs Gruppen (Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems 26,5%, Augenerkrankungen 10%, Neubildungen 10%, Erkrankungen des Kreislaufsystems 9,7%, Verletzungen 8,9 % und Krankheiten des Verdauungssystems 7,9%).

DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER NACH DIAGNOSEN IN TAGEN

Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	2012	2011	2010	2009
05 Psychische Verhaltensstörungen	11,1	11,1	10,5	10,1
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	7,8	8,6	8,5	8,4
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	6,4	6,4	6,7	7,0
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	6,5	6,4	6,2	6,6
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	6,0	6,1	6,0	6,1
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	5,6	5,9	6,4	6,1
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	5,3	5,4	5,6	5,7
10 Krankheiten des Atmungssystems	5,4	5,3	5,5	5,7
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	4,9	5,1	5,4	5,5
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	4,5	4,9	5,1	5,1
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	4,9	4,9	5,0	5,1
21 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	5,7	4,9	3,4	2,6
Total	**4,66**	**4,8**	4,8	4,9
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	4,7	4,8	4,9	4,9
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	5,4	4,8	3,8	6,8
06 Krankheiten des Nervensystems	4,1	4,3	4,2	4,3
02 Neubildungen	3,7	3,9	3,8	4,0
11 Krankheiten des Verdauungssystems	3,6	3,7	3,8	3,9
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	3,4	3,4	3,4	3,5
17 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	2,5	2,5	2,5	2,4
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	1,0	1,0	1,2	1,2

Überdurchschnittliche lange Aufenthalte gelten für Patienten mit psychischen Erkrankungen (11,1 Tage) und bei Infektionskrankheiten (7,8 Tage). Für die Behandlung von Muskel-und Skeletterkrankungen, als zahlenmäßig häufigste Diagnosestellung (26,5 %), ist die Aufenthaltsdauer (6,0 Tage) über dem Durchschnittswert (4,66 Tage). Mit 1,0 Tagen ist die Aufenthaltsdauer bei der Behandlung von Augenerkrankungen (10% der Aufenthalte) am kürzesten.

LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT - DIAGNOSEN

LKF-Punkte je Aufenthalt	2012	2011	2010	2009
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	**4.732**	4.408	3.347	5.686
21 Andere Faktoren d. Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	**3.487**	2.715	2.807	2.174
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	**3.025**	2.986	2.859	2.872
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	**2.926**	2.961	2.900	2.922
05 Psychische Verhaltensstörungen	**2.872**	2.748	2.654	2.571
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	**2.810**	2.740	2.762	2.748
02 Neubildungen	**2.696**	2.762	2.696	8.758
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	**2.683**	2.707	2.708	2.672
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	**2.594**	2.706	2.671	2.586
17 Angeb. Fehlbild., Deformitäten, Chromosomenanomalien	**2.352**	2.546	2.255	2.247
Total	**2.470**	**2.467**	**2.433**	**2.430**
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	**2.413**	2.385	2.420	2.410
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	**2.281**	2.269	2.225	2.253
10 Krankheiten des Atmungssystems	**2.216**	2.173	2.190	2.221
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	**2.187**	2.088	2.239	2.230
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	**2.025**	1.932	1.970	1.991
11 Krankheiten des Verdauungssystems	**2.009**	2.038	2.081	2.028
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	**1.847**	1.891	1.970	1.926
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	**1.839**	1.839	1.828	1.804
06 Krankheiten des Nervensystems	**1.642**	1.657	1.635	1.673
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	**1.321**	1.328	1.378	1.381

Für 2012 fallen je Aufenthalt 2.470 LDF-Punkte an. Die Punkte je Aufenthalt sind gegenüber dem Vorjahr geringfügig gestiegen (2011: 2467 LDF Punkte pro Aufenthalt). Für die Behandlung von Muskel-und Skeletterkrankungen, als zahlenmäßig häufigste Diagnosestellung sind die LDF Punkte von 2986 auf 3025 (+39) Punkte gestiegen. Gestiegen sind die LDF Punkte pro Tag bei psychische Verhaltensstörungen (+124), Krankheiten des Atmungssystems (+43), und bei Krankheiten des Kreislaufsystems (+28).

LKF-Punkte nach Diagnose und Geschlecht, 2012	Männlich	Weiblich
16 Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode	4.949	4.481
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett		2.926
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, des Bindegewebes	3.021	3.027
02 Neubildungen	2.516	2.807
04 Endokrine-, Ernährungs-, Stoffwechselkrankheiten	2.683	2.882
19 Verletzungen, Vergiftungen, Folgen äußerer Ursachen	2.527	2.859
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	2.706	2.534
05 Psychische Verhaltensstörungen	2.665	2.964
Total	**2.391**	**2.521**
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	2.512	2.336
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	2.165	2.333
17 Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien	2.310	2.378
12 Krankheiten der Haut, der Unterhaut	2.008	2.329
10 Krankheiten des Atmungssystems	2.135	2.287
21 Andere Faktoren der Inanspruchnahme des Gesundheitswesens	4.316	3.235
11 Krankheiten des Verdauungssystems	2.065	1.956
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	1.857	2.120
18 Andere Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	1.800	1.875
08 Krankheiten des Ohres, des Warzenfortsatzes	1.822	1.865
06 Krankheiten des Nervensystems	1.544	1.733
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	1.321	1.321

Geschlechtsspezifisch sind für nahezu alle Diagnosegruppen die durchschnittlich je Aufenthalt anfallenden LKF-Punkte bei den weiblichen Patienten höher (männlich: 2.391, weiblich: 2.521; Differenz männlich/weiblich: 130 Punkte). Besonders stark ausgeprägte Unterschiede bestehen in den Kapitel 19 (332 Punkte), Kapitel 05 (299 Punkte), Kapitel 02 (Differenz 291 Punkte) und Kapitel 06 (189 Punkte).

STRUKTUR DER AUFENTHALTE 2012 IM VERGLEICH, IN PROZENT

Hauptdiagnosen (Kapitel des ICD 10)	**PRIKRAF**	**LANDESF-KA**
Total	100	100
13 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	26,5	9,4
07 Krankheiten des Auges, der Augenanhangsgebilde	10,0	6,1
02 Neubildungen	10,0	15,1
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	9,7	11,6
19 Verletzungen, Vergiftungen, andere Folgen äußere Ursachen	8,9	9,1
11 Krankheiten des Verdauungssystems	7,9	8,9
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	5,2	4,4
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	4,7	6,2
10 Krankheiten des Atmungssystems	4,1	5,7
06 Krankheiten des Nervensystems	3,9	4,3
05 Psychische und Verhaltensstörungen	2,2	5,0
18 Symptome, abnorme klinische Laborbefunde	1,8	4,3
04 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	1,6	2,4
08 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	0,9	1,0
01 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0,9	2,3
12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	0,8	1,4
17 Angeb. Fehlbildungen, Deformitäten u. Chromosomenanom.	0,4	0,7
03 Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe	0.4	0,9
16 Bestimmte Zustände, mit Ursprung in der Perinatalperiode	0,1	0,5
21 Faktoren, d. z. Inanspruchnahme d. Gesundheitswesen führen	0,00	0,7

In der Struktur der Aufenthalte Vergleich ist die Struktur und Häufigkeitsverteilung der behandelten Diagnosen in Landesgesundheitsfonds- und in PRIKRAF-Krankenanstalten relativ ähnlich. Unterschiede bestehen in der deutlich höheren Konzentration der behandelten Erkrankungen in den PRIKRAF-KA: auf die sechs erstgereihten Hauptdiagnosegruppen entfallen rund 73% aller Aufenthalte, in Landesfonds-KA rund 60%. Im Vergleich mit Landesfonds-KA werden weniger

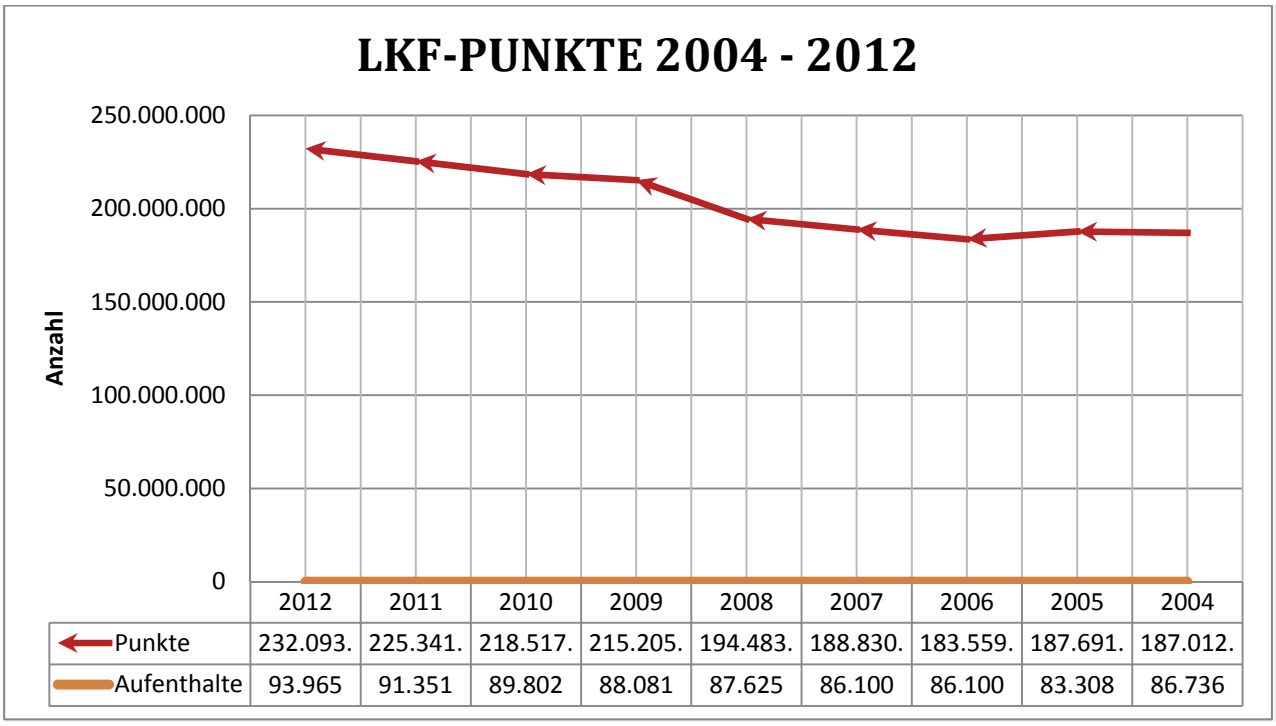
Neubildungen (Differenz: - 4,6% Punkte) und psychische Verhaltensstörungen (Differenz: - 2,8% Punkte) behandelt. Umgekehrt ist der Anteil von Patienten mit Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems (Differenz: + 17,1% Punkte) und bei Augenerkrankungen (Differenz: + 3,9% Punkte) in den PRIKRAF-KA deutlich höher.

ART DER ENTLASSUNG 2009 –2012

Entlassungsart	Männlich				Weiblich			
	2012	2011	2010	2009	2012	2011	2010	2009
Entlassung normal	36.550	35.124	33970	33.623	56.087	54.928	54484	53.655
Pflege			1	1			1	1
Rehabilitation			1			1	2	
Sterbefall	126	111	130	135	163	191	186	167
Transfer	384	413	448	358	655	583	589	612
Total	37.060	35.648	34.550	34.117	56.905	55.703	55.262	54.435
Lebensalter	**Männlich**				**Weiblich**			
	2012	2011	2010	2009	2012	2011	2010	2009
Entlassung normal	60	59	59	59	61	61	61	61
Pflege			44	67				82
Rehabilitation			18			91	87	
Sterbefall	79	79	77	79	80	79	87	77
Transfer	72	72	71	71	72	73	71	72
Total	60	59	59	59	61	61	61	61

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

ENTWICKLUNG DER LKF-PUNKTE GESAMT



LKF - Punkte, absolut	Männlich	Weiblich	Total
2012	88.615.278	143.478.367	232.093.645
2011	84.750.237	140.591.051	225.341.288
2010	80.731.958	137.785.116	218.517.074
2009	79.574.479	135.630.993	215.205.472
LKF - Punkte, relativ	**Männlich**	**Weiblich**	**Total**
2012	38,2%	61,8%	100,0%
2011	37,6%	62,4 %	100,0%
2010	37,0%	63,0%	100,0%
2009	37,0%	63,0%	100,0%
LKF - Punkte, Index 2011	Männlich	Weiblich	Total
2012	105	102	102.9
2011=100	100	100	100

Die LKF Punkte sind im Vergleich zum Vorjahr um 2,9 % gestiegen. Die Verteilung hat sich leicht zu den männlichen Patienten verschoben. Die abgerechneten LKF Punkte sind bei den Männern um 5 % gestiegen, der Zuwachs bei den Frauen beträgt rund 2%.

LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT UND GESCHLECHT

LKF - Punkte je Aufenthalt	Männlich	Weiblich	Total
2012	2.391	2.521	**2.470**
2011	2.377	2.524	**2.467**
2010	2.336	2.493	**2.433**
2009	2.332	2.491	**2.430**

LKF –PUNKTE NACH ALTERSGRUPPEN 2009 – 2012, IN PROZENT

Altersgruppe	2012	2011	2010	2009
0-14	**1,1%**	1,1%	1,2%	1,2%
15-29	**5,5%**	5,5%	5,4%	5,3%
30-44	**13,2%**	13,6%	13,5%	13,4%
45-59	**18,1%**	18,3%	18,2%	18,6%
60-74	**36,0%**	35,2%	35,0%	34,1%
75+	**26,1%**	26,7%	27,4%	27,7%
Total	**100,00%**	100,0%	100,0%	100,0%

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

LKF – PUNKTE NACH ALTERSGRUPPEN UND GESCHLECHT 2012

Altersgruppe	Männlich	Weiblich	Total
0-14	1,6%	0,7%	**1,1**
15-29	6,5%	4,9%	**5,5**
30-44	9,5%	15,6%	**13,2**

45-59	19,3%	17,4%	**18,1**
60-74	39,2%	34,0%	**36,0**
75+	23,9%	27,4%	**26,1**
Total	**100,00%**	**100,00%**	**100,00%**

Altersgruppe	Männlich	Weiblich	Total
0-14	58,5%	41,5%	100,00%
15-29	45,1%	54,9%	100,00%
30-44	27,2%	72,8%	100,00%
45-59	40,7%	59,3%	100,00%
60-74	41,6%	50,4%	100,00%
75+	35,0%	65,0%	100,00%
Total	100%	100%	100,00%

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

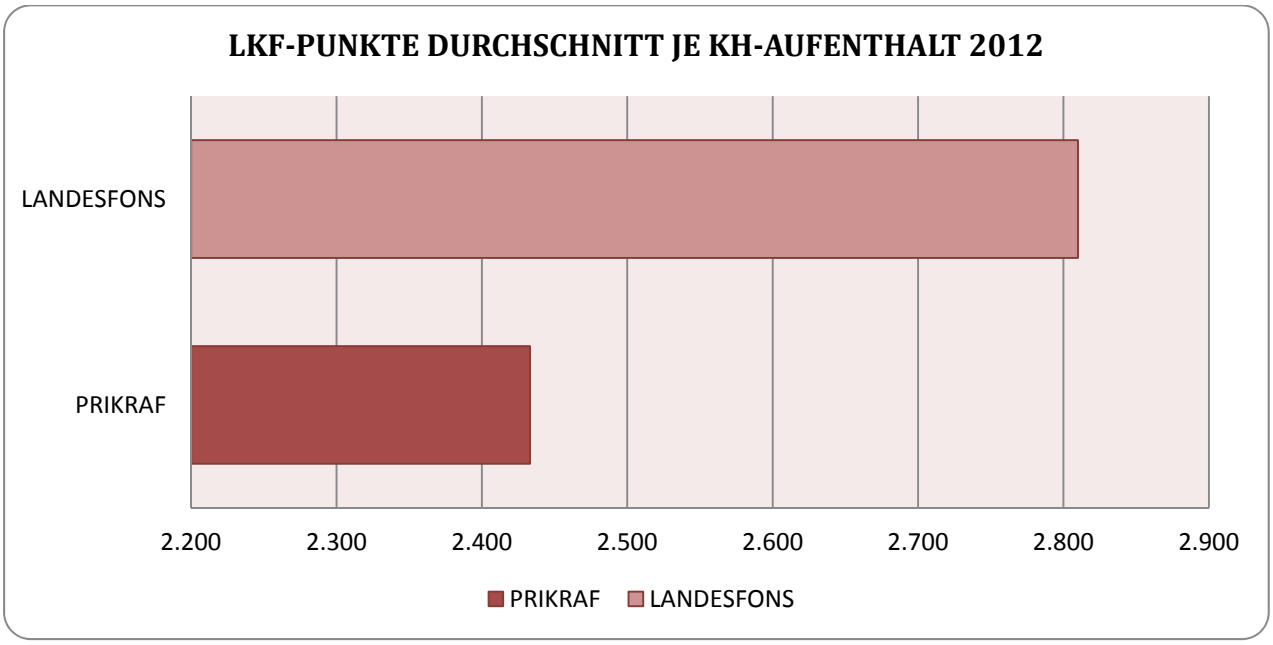
LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT NACH ALTERSGRUPPEN 2009 – 2012

Altersgruppe	2012	2011	2010	2009
0-14	**1.754**	1.706	1.609	1.699
15-29	**2.283**	2.258	2.248	2.218
30-44	**2.441**	2.437	2.407	2.402
45-59	**2.255**	2.259	2.216	2.228
60-74	**2.542**	2.544	2.496	2.500
75+	**2.648**	2.647	2.639	2.609
Total	**2.470**	2.467	2.433	2.430

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

LKF –PUNKTE JE AUFENTHALT IM VERGLEICH: GESUNDHEITSFONDS / PRIKRAF

Fonds	LKF - Punkte je KH-Aufenthalt			
	2009	2010	2011	2012
Burgenland	2.040	2.028	2.004	1.980
Kärnten	2.918	2.977	2.961	2.956
Niederösterreich	2.770	2.764	2.786	2.803
Oberösterreich	2.706	2.705	2.685	2.691
Salzburg	2.651	2.652	2.657	2.716
Steiermark	2.902	2.920	2.911	2.932
Tirol	2.825	2.932	2.920	2.956
Vorarlberg	2.467	2.465	2.455	2.445
Wien	2.984	2.994	3.025	3.014
Österreich	**2.793**	**2.810**	**2.812**	**2.823**

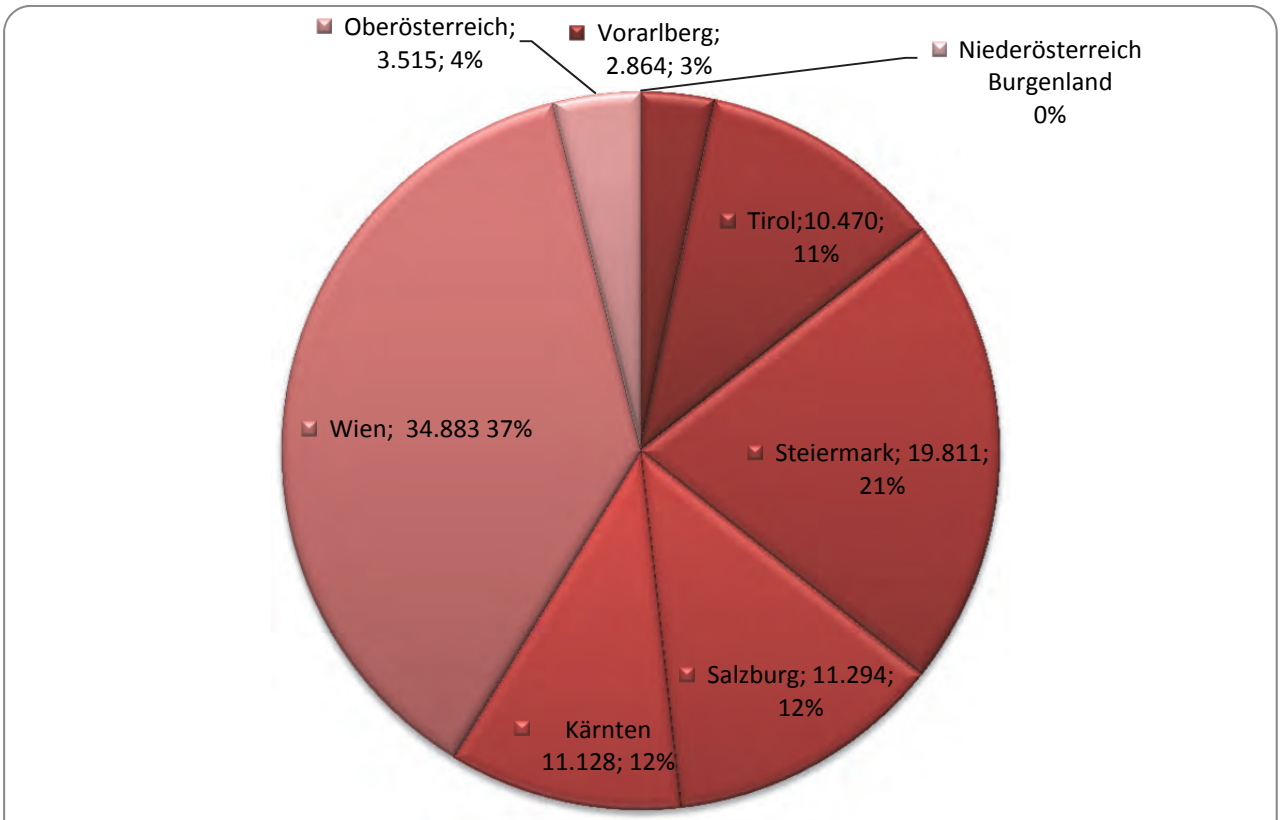


Die durchschnittlichen LKF-Punkte variieren innerhalb der Landesfonds ab 2.000 bis über 3.000 pro Patient. Im Vergleich zu den Landegesundheitsfonds sind die Punkte je Aufenthalt im PRIKRAF unter dem Durchschnitt gelegen.

11. LEISTUNGEN DER KRANKENANSTALTEN

AUFENTHALTE GESAMT

Aufenthalte nach Standort der KA	2012	Relative Änderung 2011=100	2011	2010	2009
Total	**93.965**	**102,9**	**91.351**	**89.810**	**88.552**
Vorarlberg	**2.864**	**94,6**	3.026	3.002	2.985
Tirol	**10.470**	**104,7**	9.998	9.961	9.571
Steiermark	**19.811**	**104,3**	18.991	19.106	18.874
Salzburg	**11.294**	**100,1**	11.184	11.215	11.461
Kärnten	**11.128**	**101,5**	10.967	9.439	9.339
Wien	**34.883**	**103,4**	33.750	33.498	32.824
Oberösterreich	**3.515**	**102,3**	3.435	3.553	3.498



AUFENTHALTE NACH STANDORT DER PRIVATKRANKENANSTALT

Differenziert nach dem regionalen Standort der Krankenanstalten sind Zuwächse bei den Aufenthalten für die PRIKRAF Krankenanstalten in Tirol +4,7% in der Steiermark 4,3% und in Wien 3,4%.

Standort	Aufenthalte nach Krankenanstalten	2012	2011	VÄ Vorjahr absolut	2010	2009
Kärnten	K212 Maria Hilf PKL	**5.343**	5.259	**84**	**14**	0
	K221 Althofen PKL	**-**	-		**3.348**	3.399
	K223 Villach PKL	**5.785**	5.708	**77**	**6.077**	5.940
OÖ	K421 Linz DIA-KH	**3.308**	3.190	**118**	**3.276**	3.249
	K445 Wels PKL	**207**	245	**-38**	**277**	249
Salzburg	K521 Radstadt KH	**172**	127	**45**	**79**	52
	K526 Salzburg DIA-KH	**3.233**	3.112	**121**	**3.240**	3.509
	K530 Wehrle PKL	**3.204**	3.115	**89**	**2.970**	2.753
	K544 Ritzensee PKL	**396**	443	**-47**	**502**	499
	K546 EMCO PKL	**2.712**	2.796	**-84**	**2.712**	2.838
	K547 Vigaun PKA	**663**	652	**11**	**677**	627
	K549 Pierer SAN	**757**	791	**-34**	**885**	1.011
	K550 Altenmarkt KH	**157**	148	**9**	**186**	172
Steiermark	K623 Leech PKL	**1.629**	1.655	**-26**	**1.576**	1.470
	K624 Kreuzschwestern PKL	**5.745**	5.518	**227**	**5.727**	5.542
	K625 St. Leonhard SAN	**1.287**	1.321	**-34**	**1.460**	1.318
	K659 Hansa SAN	**2.939**	2.531	**408**	**2.545**	2.886
	K661 Feldbach SAN	**182**	170	**12**	**159**	182
	K667 Kastanienhof PKL	**1.385**	1.354	**31**	**1.262**	1.252
	K668 Lassnitzhöhe	**40**	22	**18**		
	K670 Theresienhof KH	**151**	98	**53**	**99**	90
	K674 Ragnitz PKL	**6.453**	6.322	**131**	**6.278**	6.134
Tirol	K708 Kettenbrücke BSR	**5.415**	5.124	**291**	**5.069**	5.078

	K709 Kreuzschwestern SAN	**3.973**	3.838	**135**	**3.940**	3.801
	K732 Wörgl SAN	**1.082**	1.036	**46**	**952**	692
Vorarlberg	K801 St. Josef KH	**45**	83	**-38**	**104**	116
	K804 Mehrerau SAN	**2.053**	2.203	**-150**	**2.277**	2.232
	K838 Dr. Rhomberg	**1**		**1**		
	K853 Schenk SAN	**765**	740	**25**	**621**	637
Wien	K905 Confraternität PKL	**5.098**	4.951	**147**	**4.802**	4.878
	K911 Goldenes Kreuz PKL	**5.950**	5.864	**86**	**5.979**	5.783
	K913 Hera SAN	**1.333**	1.611	**-278**	**1.548**	1.563
	K949 Rudolfinerhaus PKH	**7.310**	6.820	**490**	**6.936**	6.537
	K954 Wiener Privatklinik	**5.306**	5.153	**153**	**4.881**	5.095
	K963 Döbling PKL	**9.886**	9.351	**535**	**9.352**	8.966
	Total	**93.965**	91.351	**+ 2.614**	**89.810**	88.552

Differenziert nach Krankenanstalten ergibt sich keine eindeutiges Muster: Deutliche Zuwächse in einigen Krankenanstalten steht ein Rückgang in anderen Krankenanstalten gegenüber.
Die Akutstation im Haus St. Josef in Au (K801) wurde mit 30.09.2012 geschlossen.

AUFENTHALTE MÄNNLICH/WEIBLICH ABSOLUT-RELATIV 2012

Aufenthalte	2012		VÄ Vorjahr absolut		VÄ Vorjahr relativ	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
K212 Maria Hilf PKL	2.052	3.291	90	-6	4,6%	-0,2%
K223 Villach PKL	2.136	3.649	0	77	0%	2,2%
K421 Linz DIA-KH	1.312	1.996	84	34	6,8%	1,7%
K445 Wels PKL	104	103	2	-40	2,0%	-27,9%
K521 Radstadt KH	74	98	14	31	23,3%	46,3%
K526 Salzburg DIA-KH	995	2.238	-19	140	-1,9%	6,8%
K530 Wehrle PKL	1.362	1.842	68	20	5,3%	1,1%
K544 Ritzensee PKL	223	173	-18	-29	-7,4%	-14,3%

K546 EMCO PKL	1.370	1.342	-95	11	-6,5%	0,8%
K547 Vigaun PKA	294	369	7	4	2,4%	1,1%
K549 Pierer SAN	251	506	-12	-22	-4,6%	-4,2%
K550 Altenmarkt KH	80	77	17	-8	26,7%	-9,5%
K623 Leech PKL	718	911	-4	-22	-0,6%	-2,4%
K624 Kreuzschwestern PKL	2.361	3.384	212	15	9,9%	0,4%
K625 St. Leonhard SAN	20	1.267	2	-36	11,1%	-2,7%
K659 Hansa SAN	1.195	1.744	205	203	20,7%	1,3%
K661 Feldbach SAN	109	73	5	7	4,8%	10,6%
K667 Kastanienhof PKL	503	882	36	-5	7,7%	-5,6%
K668 Lassnitzhöhe	17	23	12	6	240%	35,3%
K670 Theresienhof KH	51	100	21	32	70%	47,1%
K674 Ragnitz PKL	2.784	3.669	109	22	4,1%	0,6%
K708 Kettenbrücke BSR	1.978	3.437	185	106	10,3%	3,2%
K709 Kreuzschwestern	1.796	2.177	90	45	5,2%	2,1%
K732 Wörgl SAN	531	551	10	36	1,9%	7,0%
K801 St. Josef KH	20	25	-5	-33	-20%	-56,9%
K804 Mehrerau SAN	673	1.380	-29	-121	-4,1%	-8,1%
K838 Dr. Rhomberg SAN	-	1	-	1	-	-
K853 Schenk SAN	503	262	22	3	4,5%	1,2%
K905 Confraternität PKL	2.350	2.748	-13	160	-0,6%	6,2%
K911 Goldenes Kreuz PKL	1.291	4.659	-12	98	-0,9%	2,1%
K913 Hera SAN	481	852	-53	-244	-6,6%	-22,2%
K949 Rudolfinerhaus PKH	2.932	4.378	128	362	4,6%	9,0%
K954 Wiener Privatklinik	2.350	2.956	42	111	1,8%	3,9%
K963 Döbling PKL	4.144	5.742	291	244	7,6%	4,4%
Total	**37.060**	**56.905**	**1.412**	**1.202**	**4,0%**	**2,2%**

Die Anzahl der Aufenthalte ist bei männlichen und weiblichen Patienten im Vergleich zum Vorjahr um 4,0% bzw. 2,2% angestiegen.

DURCHSCHNITTLICHES LEBENSALTER

Durchschnittliches Lebensalter	2012	2011	2010	2009
K212 Maria Hilf PKL	66,9	67,2	60,1	-
K223 Villach PKL	63,4	63,3	62,4	61,7
K421 Linz DIA-KH	63,6	62,8	62,9	63,1
K445 Wels PKL	71,3	72,5	71,2	70,5
K521 Radstadt KH	41,2	40,1	42,9	37,8
K526 Salzburg DIA-KH	59,5	60,0	60,7	61,0
K530 Wehrle PKL	65,4	65,0	65,4	66,5
K544 Ritzensee PKL	47,7	46,2	46,9	46,8
K546 EMCO PKL	59,4	58,6	58,9	59,6
K547 Vigaun PKA	64,6	64,0	63,9	63,8
K549 Pierer SAN	51,6	52,4	52,1	53,1
K550 Altenmarkt KH	43,5	46,0	43,2	42,1
K623 Leech PKL	55,6	66,0	56,3	58,2
K624 Kreuzschwestern PKL	63,2	62,5	61,8	62,7
K625 St. Leonhard SAN	39,1	39,4	38,4	39,1
K659 Hansa SAN	68,7	66,0	66,1	66,0
K661 Feldbach SAN	53,5	53,0	51,0	51,9
K667 Kastanienhof PKL	70,0	70,9	70,0	70,3
K668 Lassnitzhöhe	79,3	72,3		
K670 Theresienhof KH	68,3	66,3	64,9	68,1
K674 Ragnitz PKL	58,0	57,8	58,1	58,6
K708 Kettenbrücke BSR	64,0	64,4	64,7	63,7
K709 Kreuzschwestern SAN	60,1	60,1	61,2	60,9
K732 Wörgl SAN	47,3	47,2	46,8	45,4
K801 St. Josef KH	70,9	75,6	76,7	79,5
K804 Mehrerau SAN	65,6	63,6	64,2	64,0

K838 Dr Rhomberg SAN	43,0			
K853 Schenk SAN	39,3	38,7	37,8	38,5
K905 Confraternität PKL	67,6	67,4	67,9	67,7
K911 Goldenes Kreuz PKL	49,6	48,9	49,0	48,7
K913 Hera SAN	66,3	65,5	64,9	64,8
K949 Rudolfinerhaus PKH	60,5	60,5	60,2	60,2
K954 Wiener Privatklinik	62,4	62,4	62,1	61,8
K963 Döbling PKL	57,4	57,0	57,4	57,4
Total	**60,7**	60,4	60,2	60,4

BELAGSTAGE UND DURCHSCHNITTLICHE AUFENTHALTSDAUER

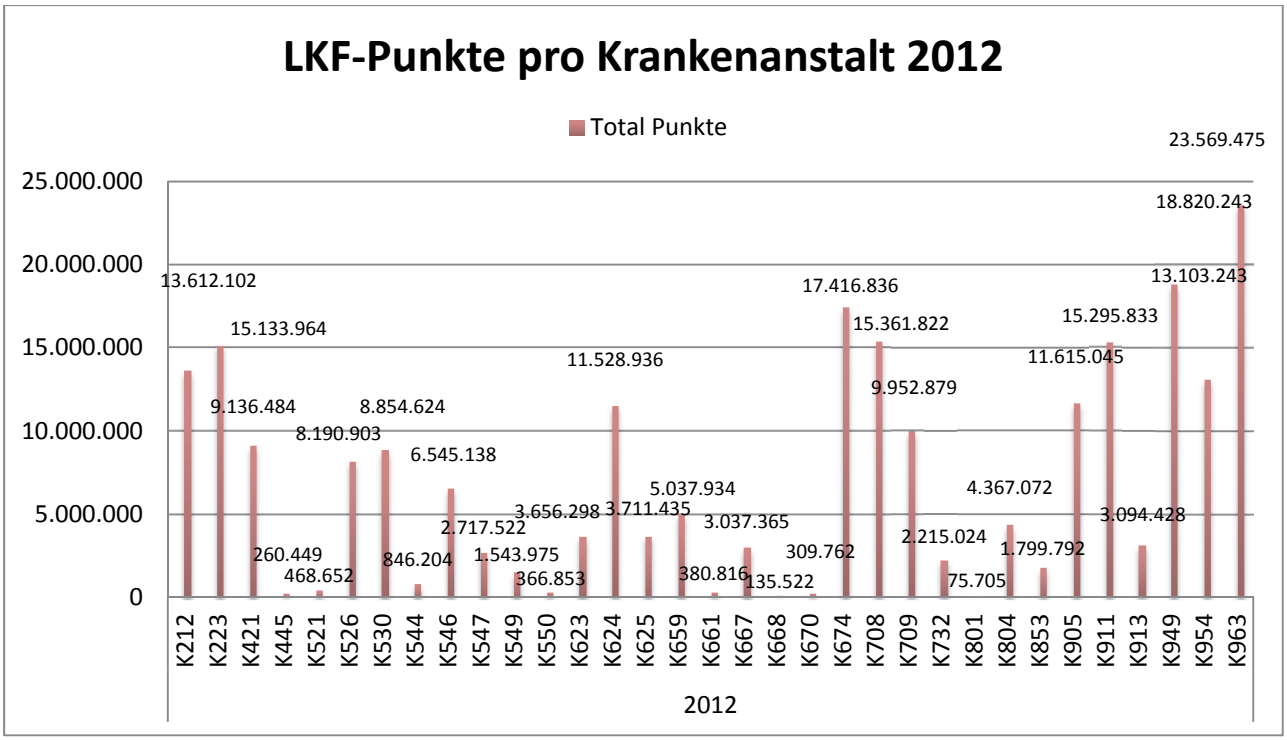
Krankenanstalt		**Belagstage**				**durchschnittliche Aufenthaltsdauer**		
	2012	2011	2010	2009	2012	2011	2010	2009
K212 Maria Hilf PKL	**38.631**	36.508	56	-	**7,23**	6,9	4,0	-
K223 Villach PKL	**36.738**	36.774	37.545	36.903	**6,35**	6,4	6,2	6,2
K421 Linz DIA-KH	**18.309**	17.634	18.167	18.252	**5,53**	5,5	5,6	5,6
K445 Wels PKL	**0**	0	0	0	**0,00**	0,00	0,0	0,0
K521 Radstadt KH	**250**	205	115	81	**1,45**	1,6	1,5	1,6
K526 Salzburg DIA-KH	**18.808**	18.447	19.318	21.180	**5,82**	5,9	6,0	6,0
K530 Wehrle PKL	**18.159**	18.911	19.305	18.217	**5,67**	6,1	6,5	6,6
K544 Ritzensee PKL	**1.382**	1.475	1.653	1.736	**3,49**	3,3	3,3	3,5
K546 EMCO PKL	**9.127**	9.529	9.645	9.650	**3,37**	3,4	3,6	3,4
K547 Vigaun PKA	**4.664**	4.534	5.275	4.526	**7,03**	7,0	7,8	7,2
K549 Pierer SAN	**1.602**	1.956	2.182	2.698	**2,12**	2,5	2,5	2,7
K550 Altenmarkt KH	**225**	217	275	245	**1,43**	1,5	1,5	1,4
K623 Leech PKL	**5.631**	6.227	5.985	5.481	**3,46**	3,8	3,8	3,7
K624 Kreuzschwestern PKL	**19.781**	20.976	21.200	21.003	**3,44**	3,8	3,7	3,8
K625 St. Leonhard SAN	**5.314**	5.528	5.830	5.616	**4,13**	4,2	4,0	4,3
K659 Hansa SAN	**5.241**	5.466	5.934	6.871	**1,78**	2,2	2,3	2,4
K661 Feldbach SAN	**681**	655	604	707	**3,74**	3,9	3,8	3,9

K667 Kastanienhof PKL	**10.115**	9.446	8.620	8.842	**7,30**	7,0	6,8	7,1
K668 Lassnitzhöhe	**651**	400			**16,28**	18,2		
K670 Theresienhof KH	**1.179**	788	786	689	**7,81**	8,0	7,9	7,7
K674 Ragnitz PKL	**31.755**	30.945	32.160	32.350	**4,92**	4,9	5,1	5,3
K708 Kettenbrücke BSR	**30.626**	30.937	31.410	30.750	**5,66**	6,0	6,2	6,1
K709 Kreuzschwestern SAN	**17.714**	19.130	19.490	20.641	**4,46**	5,0	5,0	5,4
K732 Wörgl SAN	**1.193**	1.233	1.227	996	**1,10**	1,2	1,3	1,4
K801 St. Josef KH	**243**	531	716	857	**5,40**	6,4	6,9	7,4
K804 Mehrerau SAN	**11.967**	12.606	13.767	13.420	**5,83**	5,7	6,1	6,0
K838 Dr. Rhomberg SAN	**1**				**1,00**			
K853 Schenk SAN	**593**	630	479	559	**0,78**	0,9	0,8	0,9
K905 Confraternität PKL	**20.447**	21.172	19.013	21.083	**4,01**	4,3	4,0	4,3
K911 Goldenes Kreuz PKL	**21.183**	20.538	21.770	21.335	**3,56**	3,5	3,6	3,7
K913 Hera SAN	**7.299**	11.385	10.774	11.490	**5,48**	7,1	7,0	7,4
K949 Rudolfinerhaus PKH	**35.409**	35.204	35.834	34.191	**4,84**	5,2	5,2	5,2
K954 Wiener Privatklinik	**24.038**	23.730	23.865	24.584	**4,53**	4,6	4,9	4,8
K963 Döbling PKL	**38.766**	36.923	38.183	36.840	**3,92**	4,0	4,1	4,1
Total	**437.722**	**440.637**	**435.059**	**436.787 9**	**4,66**	**4,8**	**4,8**	**4,9**

LKF-PUNKTE GESAMT

Krankenanstalt	**LKF-Punkte**				**LKF-Punkte / Aufenthalt**			
	2012	**2011**	**2010**	**2009**	**2012**	**2011**	**2010**	**2009**
K212 Maria Hilf PKL	**13.612.102**	12.891.365	19.924		**2.548**	2.451	1.423	-
K223 Villach PKL	**15.133.964**	14.999.895	15.301.446	14.722.395	**2.616**	2.628	2.518	2.479
K421 Linz DIA-KH	**9.136.484**	8.566.100	8.486.653	8.593.874	**2.762**	2.685	2.591	2.645
K445 Wels PKL	**260.449**	310.438	373.121	328.289	**1.258**	1.267	1.347	1.318
K521 Radstadt KH	**468.652**	336.543	195.428	130.382	**2.725**	2.695	2.474	2.507
K526 Salzburg DIA-KH	**8.190.903**	7.982.266	8.410.458	9.048.326	**2.534**	2.565	2.596	2.579
K530 Wehrle PKL	**8.854.624**	8.433.603	7.773.395	6.995.078	**2.764**	2.707	2.617	2.541
K544 Ritzensee PKL	**846.204**	925.759	1.026.388	1.020.086	**2.137**	2.089	2.045	2.044

K546 EMCO PKL	**6.545.138**	6.636.493	6.230.148	6.305.532	**2.413**	2.373	2.297	2.222
K547 Vigaun PKA	**2.717.522**	2.473.141	2.666.058	2.436.048	**4.099**	2.793	3.938	3.885
K549 Pierer SAN	**1.543.975**	1.757.334	1.913.805	2.275.471	**2.040**	2.222	2.162	2.251
K550 Altenmarkt KH	**366.853**	341.019	424.936	384.647	**2.337**	2.304	2.285	2.236
K623 Leech PKL	**3.656.298**	3.807.126	3.436.742	3.299.397	**2.245**	2.300	2.181	2.244
K624 Kreuzschwestern PKL	**11.528.936**	11.230.885	11.457.100	11.204.727	**2.007**	2.035	2.001	2.022
K625 St. Leonhard SAN	**3.711.435**	3.767.798	4.006.131	3.703.069	**2.884**	2.852	2.744	2.810
K659 Hansa SAN	**5.037.934**	4.582.042	4.665.972	5.403.843	**1.714**	1.810	1.833	1.872
K661 Feldbach SAN	**310.816**	290.971	271.482	314.393	**1.708**	1.712	1.707	1.727
K667 Kastanienhof PKL	**3.037.365**	2.982.270	2.714.221	2.671.613	**2.193**	2.203	2.151	2.134
K668 Lassnitzhöhe	**135.225**	75.579			**3.381**	3.435		
K670 Theresienhof KH	**309.762**	212.871	211.688	196.949	**2.051**	2.172	2.138	2.188
K674 Ragnitz PKL	**17.416.836**	16.891.069	16.656.739	15.886.272	**2.699**	2.672	2.653	2.590
K708 Kettenbrücke BSR	**15.361.822**	14.382.880	13.381.107	13.189.076	**2.837**	2.807	2.640	2.597
K709 Kreuzschwestern SAN	**9.952.879**	10.021.996	10.179.732	9.953.187	**2.505**	2.611	2.584	2.619
K732 Wörgl SAN	**2.215.024**	2.236.843	2.025.018	1.471.699	**2.047**	2.159	2.127	2.127
K801 St. Josef KH	**75.705**	162.706	216.737	259.428	**1.682**	1.960	2.084	2.236
K804 Mehrerau SAN	**4.367.072**	4.611.718	4.843.717	4.702.055	**2.127**	2.093	2.127	2.107
K838 Dr. Rhomberg SAN	**1.607**				**1.607**			
K853 Schenk SAN	**1.799.792**	1.787.340	1.451.433	1.474.629	**2.353**	2.415	2.337	2.315
K905 Confraternität PKL	**11.615.045**	10.991.553	10.418.087	10.820.224	**2.278**	2.220	2.170	2.218
K911 Goldenes Kreuz PKL	**15.295.833**	15.136.251	15.185.886	14.902.337	**2.570**	2.581	2.540	2.577
K913 Hera SAN	**3.094.428**	4.133.575	4.021.724	4.004.774	**2.321**	2.565	2.598	2.562
K949 Rudolfinerhaus PKH	**18.820.243**	17.941.001	18.043.408	17.362.410	**2.575**	2.631	2.601	2.655
K954 Wiener Privatklinik	**13.103.243**	12.564.324	12.275.985	12.527.860	**2.470**	2.438	2.515	2.458
K963 Döbling PKL	**23.569.475**	21.876.134	21.886.651	20.705.225	**2.384**	2.339	2.340	2.309
Total	**232.093.645**	**225.341.288**	**218.519.716**	**215.205.472**	**2.470**	**2.467**	**2.433**	**2.430**



LKF-PUNKTE JE AUFENTHALT, 2009 – 2012

LKF-Punkte je Aufenthalt	2012	2011	relative Änderung 2011=100	2010	2009
K212 Maria Hilf PKL	**2.548**	2.451	**100,4%**	1.423	2.622
K223 Villach PKL	**2.616**	2.628	**99,5%**	2.518	2.645
K421 Linz DIA-KH	**2.762**	2.685	**102,9%**	2.591	1.318
K445 Wels PKL	**1.258**	1.267	**99,2%**	1.347	2.507
K521 Radstadt KH	**2.725**	2.695	**101,1%**	2.474	2.579
K526 Salzburg DIA-KH	**2.534**	2.565	**98,8%**	2.596	2.541
K530 Wehrle PKL	**2.764**	2.707	**102,1%**	2.617	2.044
K544 Ritzensee PKL	**2.137**	2.090	**102,2%**	2.045	2.222
K546 EMCO PKL	**2.413**	2.374	**101,6%**	2.297	3.880
K547 Vigaun PKA	**4.099**	3.793	**108,1%**	3.938	2.251
K549 Pierer SAN	**2.040**	2.222	**91,8%**	2.162	2.236
K550 Altenmarkt KH	**2.337**	2.304	**101,4%**	2.285	2.244
K623 Leech PKL	**2.245**	2.300	**97,6%**	2.181	2.022
K624 Kreuzschwestern PKL	**2.007**	2.035	**98,6%**	2.001	2.810

K625 St. Leonhard SAN	**2.884**	2.852	**101,1%**	2.744	1.872
K659 Hansa SAN	**1.714**	1.810	**94,7%**	1.833	1.727
K661 Feldbach SAN	**1.708**	1.712	**99,8%**	1.707	2.134
K667 Kastanienhof PKL	**2.193**	2.203	**99,5%**	2.151	2.188
K668 Lassnitzhöhe	**3.381**	3.435	**98,4%**	-	-
K670 Theresienhof KH	**2.051**	2.172	**94,4%**	2.138	2.590
K674 Ragnitz PKL	**2.699**	2.672	**101,0%**	2.653	2.597
K708 Kettenbrücke BSR	**2.837**	2.807	**101,0%**	2.640	2.619
K709 Kreuzschwestern SAN	**2.505**	2.611	**95,9%**	2.584	2.127
K732 Wörgl SAN	**2.047**	2.159	**94,8%**	2.127	2.236
K801 St. Josef KH	**1.682**	1.960	**85,8%**	2.084	2.107
K804 Mehrerau SAN	**2.127**	2.093	**101,6%**	2.127	2.315
K838 Dr. Rhomberg	**1.607**		**-**		
K853 Schenk SAN	**2.353**	2.415	**97,4%**	2.337	2.218
K905 Confraternität PKL	**2.278**	2.220	**102,6%**	2.170	2.577
K911 Goldenes Kreuz PKL	**2.570**	**2.581**	**99,6%**	2.540	2.562
K913 Hera SAN	**2.321**	**2.566**	**90,5%**	2.598	2.655
K949 Rudolfinerhaus PKH	**2.575**	**2.631**	**97,9%**	2.601	2.458
K954 Wiener Privatklinik	**2.470**	**2.438**	**101,3%**	2.515	2.309
K963 Döbling PKL	**2.384**	**2.339**	**101,9%**	2.340	2.430
Total	**2.470**	**2.467**	**100,1%**	2.433	2.622

12. LEISTUNGEN FÜR VERSICHERUNGSTRÄGER

AUFENTHALTE GESAMT

Aufenthalte	2012	VÄ VJ. absolut	VÄ VJ. relativ
Ausländische Versicherungsträger	279	23	8,9%
BKK Austria Tabak	69	26	60,5%
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	50	-12	-19,3%
BKK Kapfenberg	91	3	4,8%
Betriebskrankenkasse Mondi	12	8	200%
BKK voestalpine Bahnsysteme	29	-10	-25,6%
BKK Zeltweg	14	-12	-46,1%
GKK Burgenland	433	49	12,8%
GKK Kärnten	6.471	116	1,8%
GKK Niederösterreich	5.384	511	10,6%
GKK Oberösterreich	3.404	115	3,5%
GKK Salzburg	6.422	144	2,3%
GKK Steiermark	12.656	390	3,2%
GKK Tirol	6.672	285	4,5%
GKK Vorarlberg	2.363	-162	-6,4%
GKK Wien	19.039	173	0,9%
SVA Bauern	1.035	51	5,2%
SVA gewerbliche Wirtschaft	12.677	560	4,6%
VA für Eisenbahnen und Bergbau	1.562	-52	-3,2%
VA öffentlich Bediensteter	15.303	408	2,7%
Total	**93.965**	**2.614**	**2,8%**

AUFENTHALTE NACH GESCHLECHT 2012

Versicherungsträger	2012		VÄ VJ, absolut	
	Männlich	Weiblich	Männlich	Weiblich
Ausländische Versicherungsträger	90	189	-7	30
BKK Austria Tabak	34	35	12	14
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	32	18	-8	-4
BKK Kapfenberg	52	39	0	3
Betriebskrankenkasse Mondi	3	9	2	6
BKK voestalpine Bahnsysteme	13	16	-13	3
BKK Zeltweg	3	11	-14	2
GKK Burgenland	196	237	55	-6
GKK Kärnten	2.140	4.331	61	55
GKK Niederösterreich	2.224	3.160	211	300
GKK Oberösterreich	1.280	2.124	20	95
GKK Salzburg	2.284	4.138	-24	168
GKK Steiermark	4.406	8.250	341	49
GKK Tirol	2.363	4.309	153	132
GKK Vorarlberg	926	1.437	-26	-136
GKK Wien	6.454	12.585	-37	210
SVA Bauern	430	605	-1	52
SVA gewerbliche Wirtschaft	7.112	5.565	384	176
VA für Eisenbahnen und Bergbau	874	688	-3	-49
VA öffentlich Bediensteter	6.144	9.159	306	102
Total	**37.060**	**56.905**	**1.412**	**1.202**

DURCHSCHNITTLICHES LEBENSALTER

	Männlich	**Weiblich**	**Total**
Ausländische Versicherungsträger	56,1	60,1	58,8
BKK Austria Tabak	72,3	68,2	70,2
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	56,0	65,1	59,2
BKK Kapfenberg	69,1	74,0	71,2
Betriebskrankenkasse Mondi	55,3	65,4	63,0
BKK voestalpine Bahnsysteme	66,2	69,4	68,0
BKK Zeltweg	74,3	65,9	67,7
GKK Burgenland	55,9	53,4	54,5
GKK Kärnten	61,6	64,4	63,5
GKK Niederösterreich	58,9	58,3	58,6
GKK Oberösterreich	57,3	63,6	61,2
GKK Salzburg	58,7	59,2	59,0
GKK Steiermark	58,8	60,0	59,5
GKK Tirol	55,5	63,0	60,4
GKK Vorarlberg	52,1	62,9	58,6
GKK Wien	58,5	58,1	58,2
SVA Bauern	60,1	64,0	62,4
SVA gewerbliche Wirtschaft	60,9	62,0	61,3
VA für Eisenbahnen und Bergbau	63,7	68,7	66,0
VA öffentlich Bediensteter	65,3	63,4	64,2
Total	**60,1**	**61,1**	**60,7**

PFLEGETAGE

Versicherungsträger	2012			Änderung Vorjahr, absolut		
	Belagstage	Aufenthalte	Pflegetage	Belagstage	Aufenthalte	Pfl.tage
Ausländische Versicherungsträger	1.453	279	1.732	103	23	126
BKK Austria Tabak	266	69	335	41	26	67
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	359	50	409	-128	-12	-140
BKK Kapfenberg	506	91	597	54	3	57
Betriebskrankenkasse Mondi	52	12	64	46	8	54
BKK voestalpine Bahnsysteme	75	29	104	-59	-10	-69
BKK Zeltweg	28	14	42	-21	-12	-33
GKK Burgenland	1.698	433	2.131	173	49	222
GKK Kärnten	42.400	6.471	48.871	348	116	464
GKK Niederösterreich	20.445	5.384	25.829	1.353	511	1.864
GKK Oberösterreich	17.596	3.404	21.000	855	115	970
GKK Salzburg	31.555	6.422	37.977	-195	144	-51
GKK Steiermark	52.850	12.656	65.506	-464	390	-74
GKK Tirol	32.092	6.672	38.764	-1.514	285	-1.229
GKK Vorarlberg	11.011	2.363	13.374	-890	-162	-1.052
GKK Wien	84.889	19.039	103.928	-2.640	173	-2.467
SVA Bauern	4.961	1.035	5.996	52	51	103
101SVA gewerbliche Wirtschaft	54.952	12.677	67.629	-95	560	465
VA für Eisenbahnen und Bergbau	7.339	1.562	8.901	-942	-52	994
VA öffentlich Bediensteter	73.195	15.303	88.498	1.008	408	1.416
Total	**437.722**	**93.965**	**531.687**	**-2.915**	**+2.614**	**-403**

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

ENTWICKLUNG DER LKF-PUNKTE (GESAMT, JE AUFENTHALT)

Versicherungsträger	2012		VÄ VJ absolut	
	Punkte	Punkte je Aufenthalt	Punkte	Punkte je Aufenthalt
Ausländische Versicherungsträger	719.048	2.577	15.853	-170
BKK Austria Tabak	140.120	2.031	29.756	-536
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	131.379	2.628	-37.832	-101
BKK Kapfenberg	268.565	2.951	10.051	13
Betriebskrankenkasse Mondi	25.529	2.127	19.208	547
BKK voestalpine Bahnsysteme	52.470	1.809	-45.286	-697
BKK Zeltweg	21.516	1.537	-12.245	238
GKK Burgenland	1.149.313	2.654	199.648	181
GKK Kärnten	16.501.289	2.550	397.311	16
GKK Niederösterreich	13.533.128	2.514	1.433.120	31
GKK Oberösterreich	9.302.323	2.733	691.708	115
GKK Salzburg	16.623.351	2.588	555.383	29
GKK Steiermark	29.414.992	2.324	568.764	-28
GKK Tirol	17.557.809	2.632	458.288	-46
GKK Vorarlberg	5.418.646	2.293	-212.196	63
GKK Wien	46.954.124	2.466	573.840	8
SVA Bauern	2.553.803	2.467	54.908	-73
SVA gewerbliche Wirtschaft	30.957.799	2.442	1.368.048	0
VA für Eisenbahnen und Bergbau	3.849.552	2.464	-289.468	-101
VA öffentlich Bediensteter	36.918.889	2.413	973.498	0
Total	**232.093.645**	**2.470,00**	**6.752.357**	**3**

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

Versicherungsträger	Aufenthalte	Belagstage	LKF-Punkte
Ausländische Versicherungsträger	8,9%	7,6%	2,3%
BKK Austria Tabak	60,5%	18,2%	27,0%
BKK Wiener Verkehrsbetriebe	-19,3%	-26,2%	-22,1%
BKK Kapfenberg	4,8%	11,9%	3,9%
Betriebskrankenkasse Mondi	200%	766,6%	304%
BKK voestalpine Bahnsysteme	-25,6%	-44,0%	-46,3%
BKK Zeltweg	-46,1%	-42,9%	-36,3%
GKK Burgenland	12,8%	11,3%	21,0%
GKK Kärnten	1,8%	0,8%	2,5%
GKK Niederösterreich	10,6%	7,1%	11,8%
GKK Oberösterreich	3,5%	5,1%	8,0%
GKK Salzburg	2,3%	-0,6%	3,5%
GKK Steiermark	3,2%	-0,9%	2,0%
GKK Tirol	4,5%	-4,5%	-3,8%
GKK Vorarlberg	-6,4%	-7,4%	1,2%
GKK Wien	0,9%	-3,0%	-3,8%
SVA Bauern	5,2%	1,1%	1,2%
SVA gewerbliche Wirtschaft	4,6%	-0,2%	4,6%
VA für Eisenbahnen und Bergbau	-3,2%	-11,4%	-7,0%
VA öffentlich Bediensteter	2,7%	1,4%	2,7%
Total	**2,8%**	**-0,7%**	**3,0%**

ANHANG

Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten

(Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF-G)

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

Änderung

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

Präambel/Promulgationsklausel

1. Abschnitt
Allgemeine Bestimmungen

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

2. Abschnitt
Verwendung der PRIKRAF-Mittel

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

3. Abschnitt
Organisatorische Bestimmungen

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

4. Abschnitt
Schiedsverfahren

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

5. Abschnitt
Schlussbestimmungen

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

1. Abschnitt

Allgemeine Bestimmungen

Errichtung des Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

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

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

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

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

Aufgaben des PRIKRAF

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

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

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

Mittel des PRIKRAF

§ 3. In den PRIKRAF fließen folgende Mittel:

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

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

Datenerfassung und -weitergabe, Erhebungen

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

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

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

2. Abschnitt Verwendung der PRIKRAF-Mittel

Verrechnung gegenüber PRIKRAF-Krankenanstalten und Anspruchsberechtigten

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

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

Verrechnung mit PRIKRAF-Krankenanstalten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Akontierung und Endabrechnung

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

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

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

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

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

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

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

Verrechnung mit Anspruchsberechtigten

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

1. Der PRIKRAF hat Versicherten, die in einer PRIKRAF-Krankenanstalt, mit der kein Vertrag mit dem für die/den Versicherte/n zuständigen Krankenversicherungsträger besteht, aufgenommen wurden, einen Pflegekostenzuschuss im Namen der Sozialversicherung zu leisten.

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

Verrechnung des Verwaltungsaufwandes

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

3. Abschnitt Organisatorische Bestimmungen

Organe des PRIKRAF

§ 10. Die Organe des PRIKRAF sind:

1. Geschäftsführung,
2. Fondskommission.

Geschäftsführung

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

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

Zusammensetzung der Fondskommission

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

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

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

(3) Die Funktion als Mitglied der Fondskommission erlischt insbesondere

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

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

Geschäftsordnung der Fondskommission

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

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

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

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

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

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

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

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

Aufgaben der Fondskommission

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

1. die Feststellung und Evaluierung der aus Fondsmitteln zu finanzierenden Leistungskapazitäten der Fondskrankenanstalten;
2. die Festlegung von Qualitätskriterien und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung;
3. die Festlegung des vorläufigen und endgültigen Punktewertes;
4. die Zustimmung zum Jahresvoranschlag und Stellenplan des Fonds, insbesondere unter Bedachtnahme auf die Angemessenheit des Verwaltungsaufwandes;
5. die Zustimmung zum Rechnungsabschluss;
6. die Übertragung von Aufgaben der Geschäftsführung an externe Dienstleisterinnen und Dienstleister;
7. die Erlassung einer Geschäftsordnung;
8. die Festlegung eines Kataloges von Pflichtverletzungen, die zur Auslösung des Verfahrens gemäß § 15 führen, sowie der Folgen dieser Pflichtverletzungen (Sanktionsstatut);

9. die Festlegung der Modalitäten und der Höhe der Akontierungen des PRIKRAF an die PRIKRAF-Krankenanstalten;
10. die Festlegung von Grundsätzen für bundeseinheitliche Verrechnungsvorschriften;
11. die Festlegung, dass bestimmte Aufgaben der Geschäftsführung der Beschlussfassung der Fondskommission unterliegen.

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

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

Sanktionen

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

Grundsätze der Gebarung des PRIKRAF

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

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

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

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

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

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

Aufsicht

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

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

1. die Geschäftsordnung der Fondskommission,
2. der Jahresvoranschlag, der Jahresabschluss, der Stellenplan und der Tätigkeitsbericht,
3. der Abschluss von Rechtsgeschäften, die eine dauernde finanzielle Belastung des PRIKRAF zum Gegenstand haben,
4. der Abschluss von Dienstverträgen,
5. die Festlegung von Qualitätskriterien und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung,
6. das Sanktionsstatut.

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

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

Kontrolle und Informationspflichten

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

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

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

Abschnitt 4 Schiedsverfahren

Allgemeines

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

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

Mitglieder der Schiedskommission

§ 20. (1) Die Schiedskommission besteht aus

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

(2) Die/Der Vorsitzende ist vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen auf Grund eines von der Präsidentin/vom Präsidenten des Oberlandesgerichtes Wien alphabetisch gereihten Dreiervorschlages, der im Wege des Bundesministeriums für Justiz zu übermitteln ist, zu bestellen. Mitglied der Schiedskommission kann nur sein, wer zum Nationalrat wählbar ist. Für jedes Mitglied ist in gleicher Weise ein Ersatzmitglied zu bestellen. Die Mitglieder der Schiedskommission werden für die Dauer von fünf Jahren bestellt. Sie bleiben jedoch bis zum Zusammentritt der neu bestellten Mitglieder im Amt. Eine Wiederbestellung ist zulässig.

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

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

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

Verfahrensbestimmungen

§ 21. (1) Auf das Verfahren vor der Schiedskommission ist das Allgemeine Verwaltungsverfahrensgesetz 1991 - AVG, BGBl. Nr. 51 anzuwenden.

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

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

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

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

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

(7) Die Entscheidungen der Schiedskommission unterliegen weder der Aufhebung noch der Abänderung im Verwaltungsweg.

Organisation

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

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

5. Abschnitt Schlussbestimmungen

Gebührenbefreiung

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

In-Kraft-Tretens- und Übergangsbestimmung

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

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

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

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

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

§ 675 ASVG

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

Gesundheitsqualitätsgesetz

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

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

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

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

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

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

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

BGBl. Nr. 189/1955 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 101/2007

Beziehungen zu anderen als in § 148 genannten Krankenanstalten

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

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

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

(3a) Der Betrag nach Abs. 3 erster Satz erhöht sich im Jahr 2005 um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2005 gegenüber dem Jahr 2004 gestiegen sind. In den Jahren 2006 und 2007 errechnet sich dieser Betrag aus dem jeweiligen Betrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangen Jahr gestiegen sind. Im Jahr 2008 erhöht sich dieser Betrag um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung im Jahr 2008 gegenüber dem Jahr 2007 gestiegen sind, zuzüglich 380 000 Euro. Die Pauschalbeträge für die Jahre 2009 bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbetrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. § 447f Abs. 1 letzter Satz ist anzuwenden. Der vorläufige Betrag ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbetrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die endgültige Abrechnung hat jeweils bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen.

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

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

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

Beiträge der Träger der Sozialversicherung für die Krankenanstaltenfinanzierung; Ausgleichsfonds

§ 447f. (1) Die Träger der Sozialversicherung leisten an die Landesgesundheitsfonds für die Jahre 2008 bis 2013 einen Pauschalbeitrag für Leistungen der Krankenanstalten nach § 148 Z 3. Die Pauschalbeiträge für die Jahre 2009 bis 2013 errechnen sich aus dem jeweiligen Jahresbeitrag des Vorjahres, erhöht um jenen Prozentsatz, um den die Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr gestiegen sind. Mehreinnahmen aus

- der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen auf Grund des Pensionsharmonisierungsgesetzes, BGBl. I Nr. 142/2004,

- der Erhöhung der Beitragssätze in der Krankenversicherung um 0,1 Prozentpunkte zum 1. Jänner 2005 auf Grund des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 156/2004 und des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 101/2007 und

- der auf Grund der Beitragssatzerhöhung um 0,15 Prozentpunkte für Pensionisten und Pensionistinnen ab 1. Jänner 2008 aus Budgetmittel des Bundes erhöhten Überweisung der Pensionsversicherungsträger an die Krankenversicherung sind bei der Berechnung der Steigerungssätze für die Jahre 2008 bis 2013 nicht zu berücksichtigen.

(2) Der vorläufige Pauschalbeitrag nach Abs. 1 ist bis zum 31. Dezember des jeweiligen Vorjahres aus dem Jahresbetrag des Pauschalbeitrages nach endgültiger Abrechnung für das jeweils zweitvorangegangene Jahr, vervielfacht mit den vorläufigen Prozentsätzen des jeweiligen Folgejahres, zu errechnen. Die vorläufigen Prozentsätze sind die geschätzten prozentuellen Steigerungen der Beitragseinnahmen der Träger der Krankenversicherung gegenüber dem jeweils vorangegangenen Jahr. Die endgültige Abrechnung des Pauschalbeitrages nach Abs. 3 Z 1 und 2 hat

bis zum 31. Oktober des Folgejahres zu erfolgen, wobei Abrechnungsreste unverzüglich zu überweisen sind.

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

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

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

(8) Mit den Pauschalbeiträgen der Träger der Sozialversicherung nach Abs. 1, den Überweisungen nach Abs. 3 Z 3 und 4 und den Beiträgen der Versicherten nach Abs. 7 an die Landesgesundheitsfonds sind alle Leistungen der im § 148 genannten Krankenanstalten insbesondere im stationären, halbstationären, tagesklinischen und spitalsambulanten Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen für Versicherte und anspruchsberechtigte Angehörige der Träger der Sozialversicherung nach Maßgabe des § 148 Z 3 zur Gänze abgegolten.

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

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

Pflegekostenzuschuss des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

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

Pflegekostenzuschuss zu leisten, wenn

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

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

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

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

Bauern-Sozialversicherungsgesetz

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

Pflegekostenzuschuss des Versicherungsträgers bei Anstaltspflege

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

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

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

Liste der Vertragskrankenanstalten

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

KA-Nr.	Krankenanstalten	Homepage
212	**Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt**	http://www.maria-hilf.at
221	Privatklinik Althofen	
223	**Privatklinik Villach**	http://www.privatklinik-villach.at
224	SKA Althofen	http://www.kurbad-althofen.at
225	SKA „Schrothkur“ Obervellach	www.schrothkur.at
365	SKA für Herz- und Kreislauferkrankungen Groß Gerungs	www.herz-kreislauf.at
370	SKA Moorheilbad Harbach	http://www.moorheilbad-harbach.at
421	**Diakonissen-KH Linz**	www.diakonissen-krankenhaus-linz.at
443	SAN St. Georgen	http://www.sanrupp.at
445	**Privatklinik Wels St. Stephan**	http://www.privatklinik.at
518	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser	http://www.aufmesser.at
519	SAN Oberthurnhof Hallein	
521	**Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser**	http://www.aufmesser.at
526	**Diakonissen-KH Salzburg**	http://www.diakonissen-krankenhaus-salzburg.at
530	**Privatklinik Wehrle**	http://www.privatklinik-wehrle.at
544	**Privatklinik Ritzensee**	http://www.sanatorium-ritzen.at
546	**EMCO Privatklinik**	http://www.emco-klinik.at
547	**Klinik St. Barbara Vigaun**	http://www.badvigaun.com
549	**PKS Privatklinik Salzburg**	http://www.pierersan.com
550	**Krankenanstalt Altenmarkt GmbH & Co KG**	http://www.agzmed.at

623	**Privatklinik Leech**	http://www.privatklinik-leech.at
624	**Privatklinik der Kreuzschwestern Graz**	http://www.kreuzschwestern-graz.at
625	**SAN St. Leonhard**	http://www.leonhard.at
659	**Hansa Privatklinikum**	http://www.sanatorium-hansa.at
661	**SAN Feldbach**	http://www.edlinger-hno.at
667	**Privatklinik Kastanienhof**	http://www.kastanienhof.at
668	**SAN Lassnitzhöhe**	http://www.privatklinik-lassnitzhoehe.at
670	**Theresienhof Krankenhaus für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation**	http://www.theresienhof.at
674	**Privatklinik Graz Ragnitz**	http://www.privatklinik-grazragnitz.at
708	**SAN Kettenbrücke d. Barmherzigen Schwestern, Innsbruck**	http://www.sanatorium-kettenbruecke.at
709	**Privatklinik Hochrum**	http://www.privatklinik-hochrum.com
732	**Kursana Sanatorium Wörgl**	http://www.gzw.at
801	**Haus St. Josef in Au**	
804	**SAN Mehrerau, Bregenz**	http://www.sanatorium-mehrerau.at
812	SAN Dr. Felbermayer	http://www.felbermayer.at
838	**SAN Dr. Rhomberg, Lech**	http://www.drrhomberg.at
853	**SAN Dr. Schenk, Schruns**	http://www.confraternitaet.at
905	**Confraternität-Privatklinik Josefstadt**	http://www.goldenes-kreuz.at
911	**Goldenes Kreuz Privatklinik**	http://www.hera.co.at
913	**SAN Hera**	http://www.rudolfinerhaus.at
949	**Rudolfinerhaus**	
951	SAN Liebhartstal	http://www.wpk.at
954	**Wiener Privatklinik**	http://www.privatklinik-doebling.at
963	**Privatklinik Döbling**	

PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS

PRIKRAF

PRIKRAF 12 JAHRESBERICHT

PRIKRAF - der PRIVATKRANKENANSTALTEN-FINANZIERUNGSFONDS

Geigergasse 5-9/4, A - 1050 Wien

Telefon: +43(0)1/ 545 82 32 - 0

Telefax: +43(0)1/ 545 82 32-22

eMail: office@prikraf.at

www.prikraf.at