



LANDESRECHNUNGSHOF  
STEIERMARK

# PRÜFBERICHT

## Gesundheitszentren Steiermark

---

## VORBEMERKUNGEN

Der Landesrechnungshof übermittelt gemäß Art. 52 Abs. 2 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) idgF dem Landtag und der Landesregierung den nachstehenden Prüfbericht unter Einarbeitung der eingelangten Stellungnahmen einschließlich einer allfälligen Gegenäußerung.

Dieser Prüfbericht ist nach der Übermittlung über die Webseite <http://www.lrh.steiermark.at> verfügbar.

Der Landesrechnungshof ist dabei zur Wahrung berechtigter Geheimhaltungsinteressen, insbesondere im Hinblick auf den Datenschutz und auf Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, verpflichtet.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

In Tabellen und Anlagen des Berichtes können bei den Summen von Beträgen und Prozentangaben durch die EDV-gestützte Verarbeitung der Daten rundungsbedingte Rechendifferenzen auftreten.

Zitierte Textstellen und die eingelangten Stellungnahmen werden im Bericht in kursiver Schriftart dargestellt.



LANDTAG STEIERMARK - LANDESRECHNUNGSHOF  
Trauttmansdorffgasse 2 | A-8010 Graz

[lrh@stmk.gv.at](mailto:lrh@stmk.gv.at)

T +43 (0) 316 877 2250

F +43 (0) 316 877 2164

<http://www.lrh.steiermark.at>

Berichtzahl: LRH 20 G 6/2014-21

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>KURZFASSUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>1. PRÜFUNGSGEGENSTAND</b> .....	<b>4</b>
1.1 Prüfungskompetenz und Prüfungsmaßstab .....	4
1.2 Stellungnahme zum Prüfbericht .....	5
<b>2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN</b> .....	<b>6</b>
<b>3. GESUNDHEITSREFORM 2013</b> .....	<b>8</b>
<b>4. LANDTAGSBESCHLÜSSE</b> .....	<b>11</b>
<b>5. GESUNDHEITSFONDS</b> .....	<b>13</b>
<b>6. PROJEKT „GESUNDHEITZENTREN STEIERMARK“</b> .....	<b>14</b>
6.1 Projekt-Umsetzung.....	14
6.2 Projektvereinbarung – Projektorganisation .....	14
6.3 Phase 1 (2010 bis 2011) .....	17
6.4 Phase 2 (2012 bis 2013) .....	19
6.5 Ergebnis der Evaluierung 2015 / Strategische Weiterentwicklung .....	22
<b>7. ENTWICKLUNGSGRADE DER GESUNDHEITZENTREN</b> .....	<b>26</b>
<b>8. LEISTUNGSBEREICHE DER GESUNDHEITZENTREN</b> .....	<b>28</b>
8.1 Leistungen Gesundheitszentrum Mürzzuschlag .....	28
8.2 Kennzahlen .....	30
<b>9. AUFWENDUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITZENTREN</b> .....	<b>32</b>
<b>10. AUSGEWÄHLTE HANDLUNGSFELDER DER GESUNDHEITZENTREN</b> .....	<b>35</b>
10.1 Entlassungsmanagement.....	35
10.2 Gesundheitsförderung.....	40
10.3 Soziale Dienste .....	44
<b>11. KOOPERATIONEN MIT DER KAGES</b> .....	<b>47</b>
<b>12. ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>50</b>
<b>13. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN</b> .....	<b>55</b>

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

BGBL.	Bundesgesetzblatt
BQLL AUFEM	Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
GP	Gesetzgebungsperiode
IGSS / ISGS	Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel für Österreich / Integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel
Konzept zur Primärversorgung	Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KALG	Steiermärkisches Krankenanstaltengesetz 1999, LGBl. Nr. 66/1999, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 44/2011 (außer Kraft mit 6. Dezember 2012)
LKH	Landeskrankenhaus/-häuser
LRH	Landesrechnungshof
L-VG	Landes-Verfassungsgesetz 2010
L-ZV	Landes-Zielsteuerungsvertrag
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PHC	Primary Health Care (Primärversorgung)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SHG	Steiermärkisches Sozialhilfegesetz, LGBl. Nr. 29/1998, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 7/2015
Vereinbarung OFG	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008, BGBl. I 199/2013
Vereinbarung ZG	Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I 200/2013
StKAG	Stmk. Krankenanstaltengesetz 2012, LGBl. Nr. 111/2012, zuletzt in der Fassung LGBl. Nr. 87/2013

## KURZFASSUNG

Der Landesrechnungshof überprüfte das Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“. Nach Beschlüssen des Landtages sollten an peripheren Landeskrankenhäusern fehlende Angebote der Regionen zum Erhalt der Gesundheit, zur Prävention und Behandlung von Krankheiten im Rahmen von Gesundheitszentren angeboten werden. Mit der Umsetzung dieses Projektes wurde der für sektorenübergreifende Maßnahmen zuständige Gesundheitsfonds Steiermark beauftragt. Gesundheitszentren wurden jeweils an den LKH Mürzzuschlag, Bad Aussee, Hartberg sowie Stolzalpe (im Zeitraum von 2010 bis 2013) eingerichtet.

Die Kosten für das Projekt betragen rund € 1,4 Mio.

Geplante Leistungsschwerpunkte aus den Themenfeldern Gesundheit und Soziales, Gesundheitsförderung, Gesundheitsbildung waren „Information“, „Koordination“ und „Ressourcenmanagement“. Mittels „Neuer Organisationsformen“ sollte die Bereitstellung eines sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Leistungsangebotes erfolgen.

Aufgrund von Evaluierungs-/Weiterentwicklungsberichten beauftragter Beratungsunternehmen wurde das Leistungsspektrum der Gesundheitszentren mehrmals adaptiert.

Schwerpunkte der Anfragen an die Gesundheitszentren bildeten die Bereiche Pflege bzw. die Schnittstellen zum Pflegebereich. Demnach war die ursprünglich geplante Ausrichtung eines Teiles der Aktivitäten auf die integrierte Versorgung mit medizinischen Leistungen außer Reichweite.

Mit dem im Juni 2014 in der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich war für bestehende Einrichtungen der Versorgungskoordination, wie etwa die Gesundheitszentren, keine explizite Rolle mehr vorgesehen.

Vom Gesundheitsfonds wird eine Überführung der Aufgaben in die Primärversorgung bzw. die Auflösung der Gesundheitszentren als eigene Organisationsstruktur angedacht.

Es wäre zu prüfen,

- ob nicht andere, bereits bestehende Strukturen/Organisationen das über mehrere Jahre entwickelte Aufgabenspektrum der Gesundheitszentren übernehmen könnten bzw. dieses ohnehin bereits anbieten und
- ob das als Aufgabe der Krankenanstalten definierte Entlassungsmanagement nach einer entsprechenden Umschichtung der Finanzierungsströme um weitere Aspekte der Pflegeberatung und Pflegemediation ergänzt werden könnte.

Nach vierjähriger Projektierung wäre eine konkrete Entscheidung über die Zukunft der Gesundheitszentren zu treffen.

# 1. PRÜFUNGSGEGENSTAND

Der Landesrechnungshof überprüfte das Projekt

## „Gesundheitszentren Steiermark“.

Die Prüfung umfasste den Zeitraum von der Eröffnung des ersten Gesundheitszentrums in Mürzzuschlag am 9. Juli 2010 bis 28. Februar 2015.

Gemäß der Geschäftsverteilung der Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung war bzw. ist die politische Zuständigkeit folgende:

- **Frau Landesrätin Dr.<sup>in</sup> Bettina Vollath** vom 23. September 2009 bis zur Wahl der Landesregierung im Landtag am 21. Oktober 2010
- **Frau Landesrätin Mag. Kristina Edlinger-Ploder** vom 5. November 2010 bis 11. März 2014
- **Herr Landesrat Mag. Christopher Drexler** seit 11. März 2014

## 1.1 Prüfungskompetenz und Prüfungsmaßstab

Die Prüfungszuständigkeit des Landesrechnungshofes (LRH) ist gemäß Art. 50 Abs. 1 Landes-Verfassungsgesetz 2010 (L-VG) gegeben.

Als Prüfungsmaßstäbe hat der LRH die ziffernmäßige Richtigkeit, die Übereinstimmung mit den bestehenden Rechtsvorschriften, die Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit heranzuziehen (Art. 49 Abs. 1 L-VG).

Der LRH hat aus Anlass seiner Prüfungen Vorschläge für eine Beseitigung von Mängeln zu erstatten sowie Hinweise auf die Möglichkeit der Verminderung oder Vermeidung von Ausgaben und der Erhöhung oder Schaffung von Einnahmen zu geben (Art. 49 Abs. 3 L-VG).

Grundlage der Prüfung waren die Auskünfte und vorgelegten Unterlagen des Gesundheitsfonds Steiermark, der Gesundheitszentren Bad Aussee, Hartberg, Mürzzuschlag und Stolzalpe, der Landeskrankenhäuser (LKH) Rottenmann-Bad Aussee, Mürzzuschlag-Mariazell, Hartberg und Stolzalpe, der Abteilung 8 Wissenschaft und Gesundheit, der Fachabteilung für Gesundheit und Pflegemanagement, der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes) sowie eigene Recherchen und Wahrnehmungen des LRH.

## 1.2 Stellungnahme zum Prüfbericht

Die Stellungnahme des **Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler** ist in kursiver Schrift direkt in den jeweiligen Berichtsabschnitten eingearbeitet.

**Frau Landtagspräsidentin Dr.<sup>in</sup> Bettina Vollath** in ihrer Funktion als Landesfinanzreferentin (XVI. GP) nahm den gegenständlichen Prüfbericht mit dem Hinweis darauf zur Kenntnis, dass keine sachliche Zuständigkeit der Landesfinanzreferentin gegeben ist.

## 2. GESETZLICHE GRUNDLAGEN

In der **Vereinbarung** gemäß **Art. 15a B-VG** über **gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen** aus dem Jahr 1993 verpflichten sich die Länder dafür Sorge zu tragen, dass die sozialen Dienste, aufbauend auf den bestehenden Strukturen, dezentral und flächendeckend angeboten werden bzw. dass alle angebotenen ambulanten, teilstationären und stationären Dienste koordiniert und dass Information und Beratung sichergestellt werden.

In § 10a Abs. 2 Z. 13 des **Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes** (KAKuG) i.d.F. BGBl. 5/2001 wurde den Ländern vom Bund die Möglichkeit eingeräumt, auch alternative Versorgungsformen

*„für unwirtschaftliche Krankenanstalten mit geringen Fallzahlen und unzureichender Versorgungswirksamkeit“ zu entwickeln;  
„dabei sollen auch neue Modelle (z. B. dislozierte Tageskliniken und Ambulanzen, Kurzzeitpflegestationen, Gesundheitszentren mit Informations-, Koordinations- und Schnittstellenfunktion) in die Überlegungen einbezogen werden.“*

Entsprechend wurde dazu das **Steiermärkische Krankenanstaltengesetz 1999** (KALG) im Jahr 2002 adaptiert.

Anzumerken ist, dass **im Jahr 2010** eine Änderung des KAKuG insofern erfolgte, als im § 10a Abs. 2 Z. 13 **der Begriff „Gesundheitszentren“ entfiel.**

Das KALG wurde mit Dezember 2012 durch das Steiermärkische Krankenanstaltengesetz (StKAG) abgelöst; **auch in diesem ist der Begriff „Gesundheitszentren“ nicht explizit enthalten.**

In der **Vereinbarung** gemäß **Art. 15a B-VG** zwischen Bund und Ländern über die **Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens** für 2005 bis 2008 (Vereinbarung OFG) wurden u.a. folgende inhaltliche Schwerpunkte gesetzt:

1. erforderliche Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich
2. flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zur Effizienzsteigerung
3. Grundsätze für ein Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern
4. Unterstützung der für das Gesundheitswesen maßgeblichen Informations- und Kommunikationstechnologie
5. Forcierung gesundheitsökonomischer Ansätze



In der nachfolgenden **Vereinbarung OFG** für 2008 bis 2013 wurden die Schwerpunkte u. a. folgendermaßen fortgesetzt:

1. Intensivierung der erforderlichen Strukturveränderungen im intra- und extramuralen Bereich
2. Weiterentwicklung des Kooperationsbereiches (Reformpool)
3. sektorenübergreifende Finanzierung von ambulanten Leistungen
4. Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens
5. flächendeckende verbindliche Verankerung der Qualitätsarbeit auf allen Ebenen des Gesundheitswesens zur Effektivitäts- und Effizienzsteigerung
6. Grundsätze für ein Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungserbringern

Ergänzend dazu gibt Art. 5 *„die Verbesserung des Nahtstellenmanagements“* und *„die Gewährleistung eines funktionierenden Informationstransfers zur Sicherstellung eines nahtlosen Überganges der Patientenversorgung zwischen leistungserbringenden Einrichtungen“* vor.

Mit der **Verordnung der Steiermärkischen Landesregierung** von März 2011 (LGBl. 20/2011) sollte zudem der Bedarf an Krankenanstalten und deren Leistungsangebot sowohl nach dem Landeskrankenanstaltenplan als auch im Hinblick auf das bereits bestehende Versorgungsangebot überprüft werden; das sollte unter Berücksichtigung einer wesentlichen Verbesserung unter Aufrechterhaltung einer qualitativ hochwertigen, ausgewogenen und allgemeinen zugänglichen Gesundheitsversorgung bzw. bei ambulanten Einrichtungen im Einzugsgebiet erfolgen. Diese Verordnung trat mit LGBl. 44/2011 (KALG-Novelle 2011) außer Kraft; die Inhalte flossen in die Bestimmungen des KALG ein.

Anzumerken ist auch, dass gemäß **Pflegefondsgesetz 2011** ein bundesweiter Pflegefonds u. a. Zuschüsse für den Aus- und Aufbau von Betreuungsdiensten zur Verfügung stellt.

### 3. GESUNDHEITSREFORM 2013

Im Jahr 2013 kamen Bund, Länder und Sozialversicherungsträger überein, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten.

Dadurch sollten eine qualitätsgesicherte, effektive und effiziente Gesundheitsversorgung, die langfristige Finanzierbarkeit sowie eine stärkere Ausrichtung an Versorgungszielen/-ergebnissen in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention, Qualität sowie die Transparenz dieser Ergebnisse sichergestellt werden.

Eine der rechtlichen Grundlagen der Gesundheitsreform 2013 ist die zwischen dem Bund und den Ländern geschlossene **Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit (Vereinbarung ZG)**. Darin sind u. a. gesundheitspolitische Grundsätze, Aufbau, Inhalte und Ablauf sowie erforderliche Entscheidungsstrukturen auf Bundes- und Landesebene verankert.

Die Vereinbarung sieht vor, die Zielsteuerung-Gesundheit in den vier Steuerungsbereichen „Versorgungsstrukturen“, „Versorgungsprozesse“, „Ergebnisorientierung“ und „Finanzziele“ zu konkretisieren.

Zudem wurde die **Vereinbarung OFG** 2008 bis 2013 verlängert und an die Erfordernisse der Vereinbarung ZG angepasst.

In Folge wurden das **Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG)** beschlossen und Anpassungen in weiteren Bundesgesetzen vorgenommen. Diese Sammelgesetz-Novelle wurde als **Gesundheitsreformgesetz 2013** im Mai 2013 kundgemacht.

Im Dezember 2013 haben Bund, Länder und Sozialversicherungsträger den Bundes-Zielsteuerungsvertrag unterfertigt.

Der **Bundes-Zielsteuerungsvertrag (Zielsteuerung-Gesundheit)** sowie dessen Umsetzung bauen auf den vereinbarten Festlegungen des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit (ÖSG) auf. Die weitere Ausrichtung des ÖSG wird durch die übergeordnete Vereinbarung ZG determiniert.

Eine Umsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrages für das Land Steiermark erfolgte mit dem **Landes-Zielsteuerungsvertrag 2013 bis 2016 (L-ZV)**, der zwischen dem Land Steiermark und den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen wurde.

Dieser **L-ZV** baut auf den vereinbarten Festlegungen des **Regionalen Strukturplanes Gesundheit (RSG)** auf und ist diesem übergeordnet.

Die im Rahmen der Vereinbarung ZG auf Landesebene gemeinsam vereinbarten strukturellen Maßnahmen haben unter Einhaltung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag und im ÖSG vereinbarten Vorgaben inhaltlich entsprechend in den jeweiligen RSG einzufließen.

Auf Grundlage der Festlegungen der Vereinbarung ZG sind der ÖSG und der RSG als zentrale Planungsinstrumentarien in struktureller und inhaltlicher Hinsicht und unter Beachtung der Kriterien der Versorgung, der Qualität und Effizienz zu entwickeln.

### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Die Anmerkung, dass der Landes-Zielsteuerungsvertrag (L-ZV) auf den Festlegungen des Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) aufbaut und diesem übergeordnet sei, gilt nur für den ersten Landes- Zielsteuerungsvertrag für die Periode 2013 bis 2016 und betrifft auch hier nur einen Teilbereich, nämlich das Verhältnis des Landes-Zielsteuerungsvertrags zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit bzw. zum RSG (s. a. Artikel 9 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit). Der L-ZV selbst betrifft weitaus mehr Bereiche des Gesundheitswesens, wie z. B. die Finanzierung oder auch die Gesundheitsförderung.*

Im **Gesundheitsreformgesetz 2013** werden u. a. Ziele und Handlungsfelder für die Zielsteuerung-Gesundheit in Österreich vorgegeben.

Als Prinzipien werden darin angeführt:

- die Forcierung der Gesundheitsförderung und Prävention
- im Krankheitsfall die kurative Versorgung am „Best point of service“<sup>1</sup>

Zur Umsetzung der Zielsteuerung-Gesundheit ist u. a. die **Einführung von integrierten Versorgungsmodellen** vorgesehen.

In der **Vereinbarung ZG** wird in Art. 5 „Prinzipien, Ziele und Handlungsfelder der Zielsteuerung-Gesundheit“ im Absatz 3 definiert, dass u. a. folgende Handlungsfelder zu bearbeiten sind:

*„Der Bereich der Primärversorgung („Primary Health Care“) ist nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich zu stärken.“*

---

<sup>1</sup> Best point of service: Jene Stelle, an der die Erbringung der kurativen Versorgung jeweils zum richtigen Zeitpunkt, am richtigen Ort, mit optimaler medizinischer und pflegerischer Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erfolgt.

*„Zur Verbesserung der Versorgungsprozesse, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, sind Disease Management Programme zu entwickeln und umzusetzen, interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeitsformen auszubauen sowie Behandlungsprozesse zu definieren.“*

Im Art. 3 Z. 7 wird Primärversorgung (Primary Health Care) wie folgt definiert:

*„Primärversorgung:*

*Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“*

Am 30. Juni 2014 wurde in der Bundes-Zielsteuerungskommission das **Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich** („Das Team rund um den Hausarzt“) einstimmig von Bund, Ländern und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger beschlossen.

Mit diesem Konzept sollte die optimale Patientenbetreuung in Österreich neu ausgerichtet bzw. gestärkt werden. Dabei *„geht es um die klare Funktion und Aufgabenstellung der Primärversorgung gegenüber der zweiten Versorgungsstufe (ambulante spezialisierte Versorgung durch Fachärzte, Ambulatorien und Spitalsambulanzen) und der dritten Versorgungsstufe (spezialisierte Versorgung durch Spitäler)“*.

Demnach werden die Zielsetzungen für Patienten, für Angehörige der Gesundheitsberufe sowie für die Systemsteuerung definiert. Dazu werden die Anforderungen und Rahmenbedingungen für eine gestärkte Primärversorgung beschrieben.

**Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Handlungsfelder rund um das Nahtstellenmanagement bzw. um integrierte und sektorenübergreifende Versorgungsformen im Rahmen der Vereinbarung ZG durch das neue Modell der multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung abgelöst werden sollen** (siehe dazu auch das folgende Kapitel Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“, Ergebnis der Evaluierung 2015 / Strategische Weiterentwicklung).

## 4. LANDTAGSBESCHLÜSSE

Entlang der Entwicklungen im Gesundheitswesen **betreffend das Nahtstellenmanagement** ergingen im Jahr 2009 vom Landtag folgende Aufforderungen an die Steiermärkische Landesregierung:

- Es sollten Maßnahmen gesetzt werden, damit die peripheren LKH neben ihrer bisherigen Ausrichtung auch die Funktion von Gesundheitszentren übernehmen können.
- Diese Zentren sollten bisher fehlende Angebote der Region für den Erhalt der Gesundheit, der Prävention und der Behandlung von Krankheiten anbieten.
- Weiters sollten sie nach dem tatsächlichen Bedarf einer Region ausgestaltet werden. Alle im Gesundheits- und Sozialbereich tätigen Institutionen/ Dienste einer Region sollten aktiv mit eingebunden werden.
- Dies sollte durch den Gesundheitsfonds Steiermark in die Wege geleitet werden.

Zudem sollte „das **LKH Mürzzuschlag<sup>2</sup>** sein Leistungsspektrum im präventiven Bereich im Rahmen eines **dort anzusiedelnden Gesundheitszentrums**“ weiterentwickeln.

Auch am neuen Standort des **LKH Bad Aussee<sup>3</sup>** sollte ein Gesundheitszentrum errichtet werden. Dabei hatte der Gesundheitsfonds in Zusammenarbeit mit der KAGes dieses Gesundheitszentrum als Pilotprojekt für die Einführung von Gesundheitszentren an peripheren Krankenhäusern unverzüglich in Angriff zu nehmen.

Im Jahr 2010 erging vom Landtag an die Steiermärkische Landesregierung „die Aufforderung, am **LKH Stolzalpe ein Gesundheitszentrum** als Modellprojekt einzurichten, das die 15-jährige Erfahrung der Koordination und Kooperation der ‚ARGE Gesundheits- und Betreuungsdienste<sup>4</sup>‘ einbringt und darauf aufbaut.“

Der LRH merkt dazu an, dass **im selben Jahr** durch die Änderung des KAKuG **2010** der Begriff „Gesundheitszentren“ (in § 10a Abs. 2 Z. 13) **entfiel** und auch nachfolgend im StKAG (das 2012 das KALG ersetzte) dieser Begriff **nicht mehr explizit enthalten ist**.

---

<sup>2</sup> LKH Mürzzuschlag-Mariazell, Standort Mürzzuschlag

<sup>3</sup> LKH Rottenmann-Bad Aussee, Standort Bad Aussee

<sup>4</sup> ARGE: Arbeitsgemeinschaft

Im Jahr 2010 erteilte der Landtag der Steiermärkischen Landesregierung auch den Auftrag, an die **Bundesregierung heranzutreten, den Begriff Gesundheitszentrum und dessen Leistungen zu definieren** sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung bzw. für neue Organisationsformen (z. B. Ärzte GmbH) zu ermöglichen.

Dazu teilte der Ministerratsdienst des Bundeskanzleramtes mit, „*dass das Bundesministerium für Gesundheit selbstverständlich gerne diese Thematik und mögliche Handlungsschritte im Rahmen der laufenden Bund-Länder-Gespräche mit den Vertretern der Länder beraten wird.*“

Zudem sei das Leistungsspektrum von Gesundheitszentren vom regionalen Bedarf abhängig und damit höchst unterschiedlich zu gestalten.

*„Eine bundesweite Definition von Gesundheitszentren müsste also sehr umfassend und damit unbestimmt sein, sodass sie nicht zweckmäßig und hilfreich erscheint, oder würde andernfalls der wesentlichen Idee von Gesundheitszentren, nämlich eine effiziente bedarfsgerechte regional flexibel gestaltbare Versorgung mit unterschiedlich zusammengesetzten Angeboten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sicherzustellen, entgegenstehen.“*

Zu berücksichtigen sei auch, dass nicht alle Versorgungsbereiche eines Gesundheitszentrums in die Regelzuständigkeit des Bundes fallen würden (insbesondere der Pflege- und Sozialbereich) und damit auch nicht auf Bundesebene geregelt werden könnten.

Zur ärztrechtlichen Sicht wird auf das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung (BGBl. I Nr. 61/2010) verwiesen, mit dem auch das Ärztegesetz 1998 geändert worden ist (Regelungen für die Gründung von Gruppenpraxen in der Rechtsform der GmbH).

Der LRH stellt fest, dass sich **weder aus den Landtagsbeschlüssen noch aus dem Antwortschreiben** des Bundesministeriums für Gesundheit **eine Definition des konkreten Leistungsspektrums** von Gesundheitszentren ableiten lässt.

## 5. GESUNDHEITSFONDS

Der Gesundheitsfonds Steiermark wurde auf Basis verschiedener Vereinbarungen gemäß Art. 15 a B-VG bzw. des Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetzes 2006 als öffentlich-rechtlicher Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit errichtet.

Dem Gesundheitsfonds und der Gesundheitsplattform als dessen oberstes Organ obliegen die regionen- und sektorenübergreifende Planung und Steuerung auf Länderebene, die Sicherung einer gesamthaften Finanzierung des Gesundheitswesens sowie die Umsetzung von Reformvereinbarungen im Gesundheitsbereich. Zur Abdeckung eines weiter gefassten Aufgabenspektrums sind die Sozialversicherungsträger mit einzubeziehen.

### Aufgaben

Im Steiermärkischen Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 wurden der Gesundheitsplattform (Organ des Gesundheitsfonds) u. a. folgende Aufgaben vorgegeben:

- Mitwirkung bei der Erstellung konkreter Pläne für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens
- Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens
- Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung
- Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen
- Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren einschließlich der Maßnahmen nach Artikel 26 der Vereinbarung OFG (Reformpool<sup>5</sup>)

Demnach hat der Gesetzgeber bereits im Jahr 2006 Vorgaben hinsichtlich sektorenübergreifender Maßnahmen erlassen.

Im aktuellen Steiermärkischen Gesundheitsfondsgesetz 2013 (StGFG) werden u. a. folgende Aufgaben der Gesundheitsplattform angeführt:

- (Weiter-)Entwicklung der Gesundheitsziele (inkl. Strategien zur Umsetzung) auf Landesebene
- Grundsätze der Umsetzung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von intra- und extramuralen Gesundheitsleistungen
- Grundsätze der Umsetzung von Vorgaben zum Nahtstellenmanagement
- Umsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung

---

<sup>5</sup> Reformpool: Zurverfügungstellung der Mittel für den sogenannten „Kooperationsbereich“ zur Leistungsverschiebung zwischen den intra- und extramuralen Bereichen gemäß der Vereinbarung OFG (LGBl. 68/2005) Art. 26

## 6. PROJEKT „GESUNDHEITZENTREN STEIERMARK“

Mit dem Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“ wurde aufgrund mehrerer **Beschlüsse des Landtages im Jahr 2009** begonnen, um bisher fehlende Angebote in den Regionen, die dem Erhalt von Gesundheit, der Prävention und der Behandlung von Krankheiten dienen, vorzuhalten.

### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Die Aufgaben, die in den Beschlüssen des Landtages festgehalten worden sind, reichten über den an dieser Stelle beschriebenen Ersatz von fehlenden Angeboten hinaus, z. B. sollten Gesundheitszentren auch als Anlaufstelle für soziale Fragen und Gesundheitsfragen dienen.*

Die **Umsetzung** des Projektes sollte **durch den Gesundheitsfonds Steiermark** erfolgen, der **bereits seit 2006 für sektorenübergreifende Maßnahmen** (Handlungsfeld Nahtstellenmanagement) **zuständig ist**.

### 6.1 Projekt-Umsetzung

Nachstehend ist die zeitliche Abfolge der Eröffnungen der Standorte der Gesundheitszentren ersichtlich:

Gesundheitszentren an den LKH				
Standort	Mürzzuschlag	Bad Aussee	Hartberg	Stolzalpe
Eröffnung	Juli 2010	Jänner 2011	Jänner 2013	Jänner 2013

Quelle: Daten des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

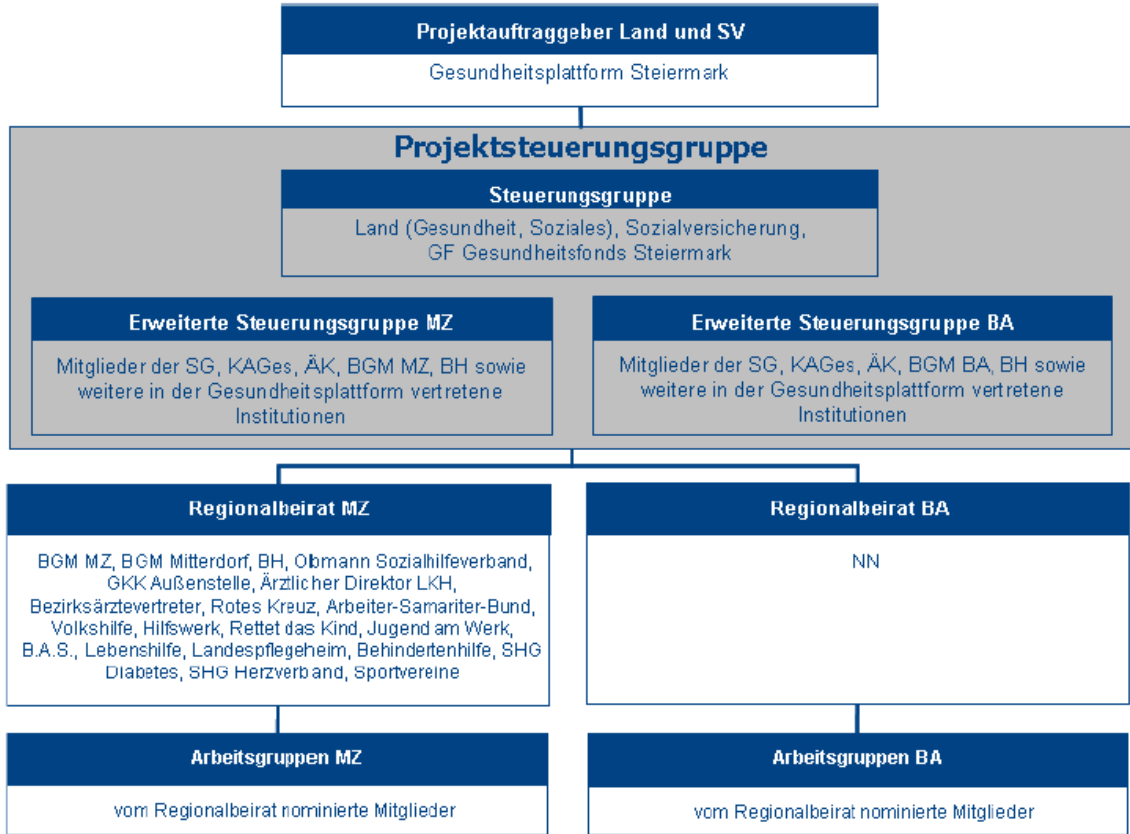
### 6.2 Projektvereinbarung – Projektorganisation

Der LRH stellt fest, dass **vom Gesundheitsfonds keine Projektvereinbarung(en)** für das Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“, sondern **nur Präsentationen und Protokolle** zu den Tagesordnungspunkten **aus den Sitzungen der Gesundheitsplattform** übermittelt wurden.

**Die Projektorganisation** für das Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“ bzw. für die zu dieser Zeit geführten Teilprojekte „Gesundheitszentrum Mürzzuschlag“ und „Gesundheitszentrum Bad Aussee“ liegen dem LRH **nur in Form des Protokolles** der 19. Sitzung der Gesundheitsplattform vom 25. März 2010 vor.



Darin wurde die Projektorganisation für die Pilotregionen Mürzzuschlag und Bad Aussee wie folgt dargestellt:



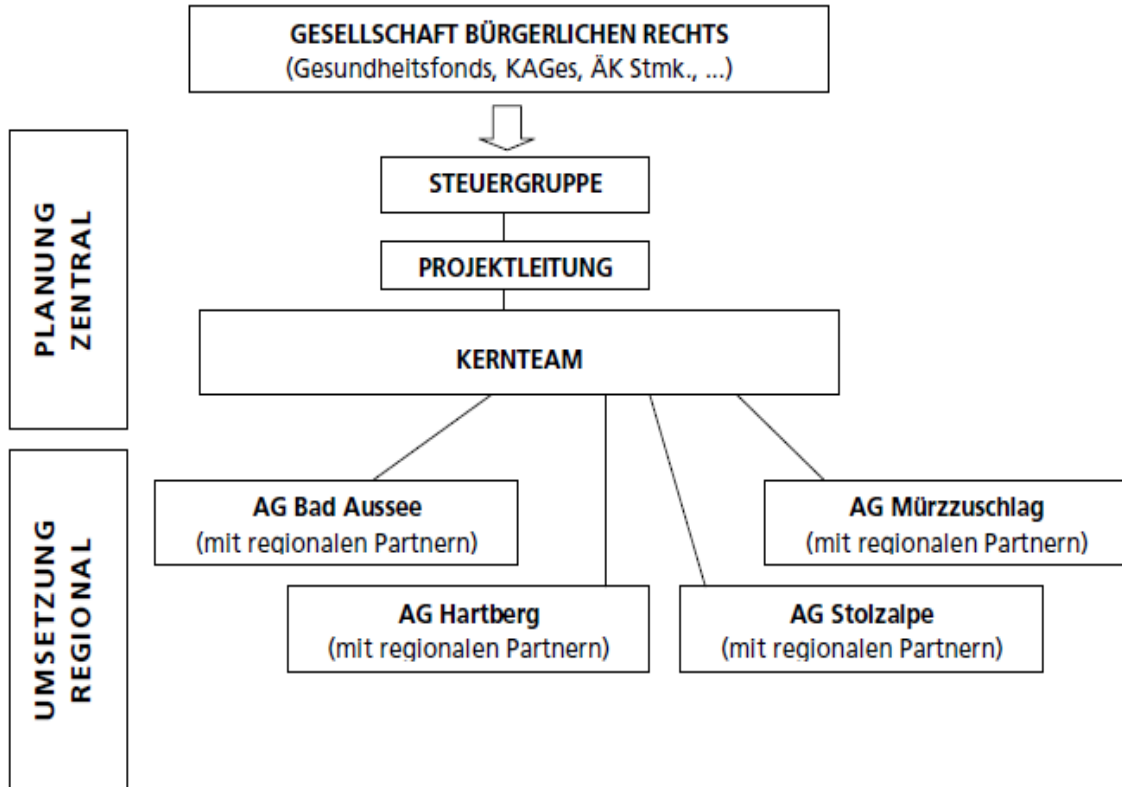
Quelle: Protokoll der 19. Sitzung der Gesundheitsplattform vom 25. März 2010

Abkürzungen:

- ÄK: Ärztekammer
- BGM BA: Bürgermeister von Bad Aussee
- BGM MZ: Bürgermeister von Mürzzuschlag
- BH: Bezirkshauptmannschaft
- GF: Geschäftsführer
- SG: Steuerungsgruppe
- SV: Sozialversicherung
- B.A.S. „b.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen [betrifft Abhängigkeit und Sucht]“
- SHG Selbsthilfegruppe

Der LRH stellt zur Projektstruktur fest, dass **lediglich die Organisation** dargestellt wurde, aus der aber **keine Verantwortlichkeiten** ersichtlich sind.

Im Rahmen der Weiterentwicklung des Pilotprojektes wurde am 19. Oktober 2011 über die **nachstehende Projektstruktur** von der Gesundheitsplattform **diskutiert**:



Quelle: aus dem Protokoll der Gesundheitsplattform am 19. Oktober 2011

Abkürzungen:

AG: Arbeitsgruppe

Entsprechend dem Evaluierungsergebnis, in der Phase 2 eine eigene Betriebsform zur gemeinsamen Führung der Gesundheitszentren zu wählen (z. B. als Gesellschaft bürgerlichen Rechts), fanden Beratungen der Gesundheitsplattform mit der KAGes und der Ärztekammer statt:

Da sich aber die **bestehende Kooperation mit der KAGes** (siehe nachfolgendes Kapitel Kooperationen mit der KAGes) als **bestmögliche Variante** gezeigt hat, wurde **keine Änderung der Betriebsform vorgenommen**.

Die Umsetzung des Projektes „Gesundheitszentren Steiermark“ erfolgte unter Begleitung von verschiedenen Beratungsunternehmen in folgenden Phasen:

### 6.3 Phase 1 (2010 bis 2011)

Der Gesundheitsfonds beauftragte **im Jänner 2010** das Beratungsunternehmen 1 mit der **„Konzeption von Gesundheitszentren“**, in welcher u. a. die Definition eines idealtypischen Modells sowie der schrittweise Aufbau von Gesundheitszentren enthalten sein sollten. Als Honorar wurden € 72.000,-- brutto vereinbart.

In dieser Phase wurde die Umsetzung der Gesundheitszentren vorbereitet und es wurden Konzepte bzw. Arbeitsunterlagen erstellt. Verschiedene Institutionen wurden eingeladen, ihre Ideen für die Ausgestaltung von Gesundheitszentren einzubringen, welche auch berücksichtigt wurden.

Im Aufgaben- und Organisationskonzept wurden die inhaltlichen **Anforderungen zu konkreten Aufgaben für die Mitarbeiter definiert, die in ein Schulungskonzept einfließen.**

Auch ein **Konzept Gesundheitsförderung** wurde vorbereitet, in dem eine Status-Quo-Erfassung der jeweiligen Angebote und der Infrastruktur für Gesundheitsförderung erhoben wurden. Die **Mindestkriterien** für gesundheitsfördernde Angebote eines Idealmodells einer gesundheitsfördernden Region wurden beschrieben.

Um Synergien zu nutzen, wurde als Infrastruktur die Anbindung an das jeweilige LKH gewählt. Entsprechende Verträge mit der KAGes wurden abgeschlossen (siehe Kapitel Kooperationen mit der KAGes).

Mit den Beschlüssen der Gesundheitsplattform vom Februar bzw. März 2010 wurden die Projektstruktur, die Konzeption und die kalkulierten Kosten für das Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“ bzw. für die Pilotprojekte „Gesundheitszentrum Mürzzuschlag“ und „Gesundheitszentrum Bad Aussee“ genehmigt.

Das Gesundheitszentrum Mürzzuschlag wurde am 9. Juli 2010, jenes in Bad Aussee am 13. Jänner 2011 eröffnet.

Mit der Begleitung des Projektes „Gesundheitszentren Steiermark“ bzw. im Wesentlichen mit dem Projektmanagement wurde im Jahr 2010 wiederum das Beratungsunternehmen 1 beauftragt. Dieses sollte die Projektleitung des Gesundheitsfonds inhaltlich bei der Umsetzung und Evaluierung der Gesundheitszentren in den Modellregionen sowie beim Projektmanagement/-controlling unterstützen. Als Honorar wurden € 89.280,-- brutto vereinbart.

Eine Auftragsverlängerung um weitere €23.040,-- brutto erfolgte 2011 mit einem Zusatzvertrag.

**Anfang 2011** wurde das Beratungsunternehmen 2 mit der „**Evaluierung der Gesundheitszentren**“ am Beispiel der Region Mürzzuschlag zum Honorar von €40.000,-- brutto beauftragt. Als Ziel wurde die Evaluierung der Qualität und Quantität der Informations- und Koordinationsfähigkeiten in den Gesundheitszentren definiert.

Dazu wurden drei Workshops mit den Mitarbeitern des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag durchgeführt.

Zusätzlich wurde eine telefonische Befragung von 250 Bewohnern des Bezirkes Mürzzuschlag von einem Institut für Markt- und Meinungsforschung vorgenommen.

Auch eine Fragebogenerhebung bei den Gesundheitsdienste-Anbietern wurde durchgeführt.

Der Endbericht wurde mit Mai 2011 vorgelegt. Als Ergebnis ergingen die **Empfehlungen zum Ausbau des Leistungsangebotes und der Koordinationsfunktion sowie zur Verstärkung des Nahtstellenmanagements** (Vermeidung von Fehlbelegungen).

Zudem wurde die Weiterentwicklung der gemeinsamen Nutzung der Infrastruktur und des Personals empfohlen.

Der LRH stellt kritisch fest, dass die **Evaluierung** der beiden Gesundheitszentren Mürzzuschlag (eröffnet am 9. Juli 2010) und Bad Aussee (eröffnet am 13. Jänner 2011) **bereits Anfang 2011 und damit ein halbes Jahr nach bzw. beinahe zeitgleich mit der Eröffnung der Gesundheitszentren beauftragt** wurde.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Der Grund für diesen frühen Evaluierungszeitpunkt war die – aufgrund der Beschlüsse der Gesundheitsplattform – zeitliche Begrenzung des Projektes mit Ende 2011.*

## 6.4 Phase 2 (2012 bis 2013)

Im Juni 2013 wurde das Beratungsunternehmen 3 mit der umfassenden „**Evaluierung der Gesundheitszentren Mürzzuschlag, Bad Aussee, Stolzalpe und Hartberg**“ zum Honorar von € 54.000,-- brutto beauftragt.

Die bisherige Zielerreichung des bestehenden Angebotes der vier Gesundheitszentren sowie Optimierungspotenziale sollten damit aufgezeigt werden.

**Auch die Sinnhaftigkeit dieses Auftragsumfanges zu diesem Zeitpunkt** wird vom LRH in Frage gestellt, zumal die beiden Gesundheitszentren **Hartberg und Stolzalpe erst mit Jänner 2013 eröffnet wurden.**

### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Auch der Zeitpunkt für die zweite Evaluation findet seine Begründung in der Befristung des Gesamtprojektes durch den Beschluss der Gesundheitsplattform mit Ende 2013. Dass die beiden Standorte Stolzalpe und Hartberg erst im Jänner 2013 eröffnet wurden, stellt aus Sicht des Gesundheitsfonds kein Problem im Zusammenhang mit der Evaluierung dar, da das Aufgaben- und Leistungsspektrum grundsätzlich für alle vier Standorte dasselbe ist. Auch seitens der Evaluatoren wurde dieser Punkt nicht kritisch gesehen.*

Der **Evaluierungsbericht** wurde dem Gesundheitsfonds **im Oktober 2013** vorgelegt. Er stellte das bisherige Leistungsspektrum der vier Gesundheitszentren dar und sollte als Grundlage für die Entscheidungsprozesse bezüglich der strategischen Positionierung sowie für Optimierungspotenziale dienen; dies auch vor dem Hintergrund eines zur Diskussion stehenden Rollouts der Gesundheitszentren.

Für die Sitzung der Gesundheitsplattform im Dezember 2013 wurde daraufhin vom Gesundheitsfonds **ein Endbericht (Projekt- und Prozessbeschreibung) über die Grundlagen und die Pilotphasen 2010 bis 2013 (Hintergrund, Konzept, Umsetzung)** erstellt.

In dieser Sitzung erfolgte auch der **Beschluss über die Fortführung der Gesundheitszentren** an allen vier Standorten sowie über die Verlängerung der zu diesem Zweck mit dem Partnerunternehmen KAGes errichteten Verträge bis Ende 2016 (siehe Kapitel Kooperationen mit der KAGes).

Im Endbericht des Gesundheitsfonds wurden als **Ziele der Gesundheitszentren** eine **umfassende Organisation und die Koordination von regionalen Angeboten zu den Themenbereichen Gesundheit, Pflege und Soziales** sowie zur **Gesundheitsförderung** formuliert.

Nach den Ausführungen des Gesundheitsfonds sollten die Gesundheitszentren damit einen Beitrag zur integrierten patientenorientierten Versorgung und zur Koordination und Integration vorhandener Strukturen leisten.

Die Information und Beratung durch die Mitarbeiter (aus dem Gesundheits-, Pflege- und Sozialbereich) sollten bereichsübergreifend und unabhängig, jedoch nicht inhaltlich medizinisch oder pflegerisch im Detail erfolgen. **Doppelgleisigkeiten sollten vermieden und Abläufe effizienter gestaltet werden.**

Im Endbericht des Gesundheitsfonds war vorgesehen, dass die Gesundheitszentren in Entwicklungsgraden aufgebaut werden sollten.

#### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Der Aufbau der Gesundheitszentren in Entwicklungsgraden war bereits im Konzept vorgesehen, welches seitens der Gesundheitsplattform in der Sitzung am 10. Februar 2010 genehmigt worden ist.*

Der Schwerpunkt in der Anfangsphase wurde dabei auf „**Information**“ und „**Koordination**“ gelegt.

Als weitere Entwicklungsstufe war das „**Ressourcenmanagement**“ vorgesehen.

Als letzte Stufe „**Neue Organisationsformen**“ war die Bereitstellung eines sektorenübergreifenden, multiprofessionellen Leistungsangebotes innerhalb einer Organisation geplant (siehe Kapitel Entwicklungsgrade der Gesundheitszentren).

Der folgende **Leistungskatalog** für Gesundheitszentren wurde im Endbericht des Gesundheitsfonds vorgeschlagen:

- **Information** (über Gesundheitsdienste-Anbieter und deren Angebote)
- **Koordination** (Terminvereinbarungen, Kontaktaufnahmen und Hilfestellungen für Patienten und Angehörige)
- **Ressourcenmanagement** (in Analogie zu den bereits bestehenden Verträgen für die Gesundheitszentren Bad Aussee und Mürzzuschlag sollten mit der KAGes auch für die neu einzurichtenden Standorte Hartberg und Stolzalpe entsprechende Verträge bezüglich Räumlichkeiten, Personalzuteilung und IT vereinbart werden)
- **Schulungen und Vorträge** (zu relevanten Themen für Bürger, Patienten und Gesundheitsdienste-Anbieter)
- **Entlassungsmanagement** (Übernahme des Entlassungsmanagements in Abstimmung mit den jeweiligen Krankenhäusern)
- **Regionale Vernetzung** (Organisation von Netzwerktreffen mit Partnern der Regionen)

- **Gesundheitsförderung** (Information über gesundheitsfördernde Anbieter der Region, Gesundheitsförderung als Querschnittsmaterie soll in die Aufgaben der Gesundheitszentren einfließen)

**Zusammenfassend stellte der Gesundheitsfonds** in seinem Endbericht fest, dass im Laufe der Pilotphase die Gesundheitszentren gut angenommen worden seien. Sie hätten sich vor allem im Feld der Pflege und an deren Schnittstellen etabliert. Die häufigsten Leistungen würden in den Arbeitsbereichen Pflegeinformation, konkrete Unterstützung bei Antragstellungen (Pflegegeld) sowie Hilfestellungen in sozialrechtlichen Fragen erbracht.

Auch im Zusammenhang mit dem Entlassungsmanagement würden Fragen zur Pflege und der Versorgung nach dem Krankenhausaufenthalt im Vordergrund stehen. Hinsichtlich der Pflegeberatung, der Pflegeprävention und der Unterstützung von pflegenden Angehörigen sollten weitere Leistungen angeboten werden.

Hingewiesen wird im Endbericht darauf, dass parallel zur Entwicklung der Gesundheitszentren im Rahmen der Gesundheitsreform die Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit verhandelt wurde, in welcher u.a. die Forcierung der Gesundheitsförderung und -prävention, die kurative Versorgung am sogenannten „Best point of service“ sowie die patientenorientierte Qualität im Gesundheitswesen, die Stärkung des Bereiches der Primärversorgung (Primary Health Care) und eine Verbesserung der Versorgungsprozesse, insbesondere bei chronischen Erkrankungen, als wichtige Punkte enthalten waren.

Auf dieser Grundlage würden auch der Bundes- bzw. Landes-Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2013 bis 2016 beruhen, in welchen die Konzeption und erste Umsetzungsschritte für eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung festgeschrieben sind.

Auf Basis all dieser Ergebnisse wird **im Endbericht des Gesundheitsfonds vorgeschlagen, die Gesundheitszentren weiterzuführen.**

Da die Aufgaben von Gesundheitszentren als ein Teil der Primärversorgung betrachtet werden könnten, sollten diese in das noch zu erstellende **Konzept für die Primärversorgung implementiert** und damit Gesundheitszentren **Teil der Primärversorgung werden.**

Zusammenfassend bedeutet dies für den Gesundheitsfonds, dass die **Gesundheitszentren in den Jahren 2014 und 2015 an den bestehenden Standorten** unter Berücksichtigung der Empfehlungen aus der Evaluierung **weitergeführt werden sollten.** Zukünftig könnten sich Änderungen hinsichtlich der Aufgaben und der Trägerschaft ergeben.

## 6.5 Ergebnis der Evaluierung 2015 / Strategische Weiterentwicklung

Auf Basis der Evaluierung aus dem Jahr 2013 sowie unter Einbeziehung der Vorgaben auf Bundesebene wurde im Mai 2014 das Beratungsunternehmen 3 mit der **„strategischen Planung der Weiterentwicklung des Projektes Gesundheitszentren Steiermark“** zum Honorar von € 30.000,-- brutto beauftragt.

In einer ersten Stufe sollte dabei die Planungsarbeit für die Bereiche **„Pflege/Pflegeprävention“** und **„Gesundheitsförderung“** und in einer zweiten Stufe die **„Definition der Rolle der Gesundheitszentren im Rahmen des vom Bund in der Zielsteuerung entwickelten Primärversorgungsmodelles“** erfolgen.

Das Ergebnis bzw. der Bericht **„Gesundheitsdienste neu orientieren – Strategische Weiterentwicklung der Gesundheitszentren Steiermark“** wurde dem Auftraggeber Gesundheitsfonds Steiermark im Jänner 2015 vorgelegt:

Festgehalten wird darin, dass die Gesundheitszentren zur Veränderung in der medizinischen Leistungserbringung (integrierte Versorgung) sowie als Vernetzungsinstanz – auch für Angebote der Gesundheitsförderung – konzipiert wurden. Seit ihrer Einführung haben sie sich jedoch **stark im Feld der Pflege bzw. an Schnittstellen im Pflegebereich etabliert.**

Die **ursprünglich für Gesundheitszentren geplante Ausrichtung** eines Teiles der Aktivitäten auf die integrierte Versorgung mit **medizinischen Leistungen** sei durch die bisherigen Aktivitäten der Gesundheitszentren **außer Reichweite.**

Aus diesem Ergebnisbericht 2015 ergibt sich, dass der Schwerpunkt der Aktivitäten der Gesundheitszentren an den Nahtstellen von mehreren Gesundheitsdienste-Anbietern in unterschiedlichen Versorgungssektoren (Gesundheit – Soziales; stationär – ambulant) liegen würde.

Der Fokus der Gespräche der Mitarbeiter liege in der Information und Aufklärung pflegender Angehöriger bezüglich Pflegedienste und sozialrechtliche Unterstützung. Weitere Themen betreffen Finanzierungsfragen und die Unterstützung bei der Beschaffung von Heil- und Hilfsmitteln.

Als Rahmenziel des Weiterentwicklungsprozesses der Gesundheitszentren im Bereich Pflege wurde in diesem Ergebnisbericht 2015 **„die Abgrenzung eines alleinstehenden Dienstleistungsangebots zur weiteren Positionierung und Etablierung der Gesundheitszentren“** gesehen.



### Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:

Ziel war die partizipative Entwicklung eines gemeinsamen Leistungsangebotes für die Gesundheitszentren, das sich aber auch klar von anderen Angeboten abgrenzt, damit es eben nicht zu Doppelgleisigkeiten und Überschneidungen kommt. Das angeführte Rahmenziel (Seite 20, letzter Absatz [Anmerkung LRH: nunmehr Seite 22, letzter Absatz]) war daher auch nicht Ergebnis des Auftrags, sondern Ausgangspunkt und wurde von Beginn an als Ziel für den Weiterentwicklungsprozess definiert.

Nachfolgende Abbildung zeigt den inhaltlichen Aufbau der weiterentwickelten Strategie der steirischen Gesundheitszentren:



Quelle: Darstellung aus dem Ergebnisbericht 2015 des Beratungsunternehmens 3, übermittelt durch den Gesundheitsfonds

Gemäß dem Ergebnisbericht 2015 sind dem Leitmotiv „Gesundheitsdienste neu orientieren“ folgende Tätigkeitsschwerpunkte zugeordnet:

#### **Pflegeberatung sowie Case und Care-Management:**

Pflegeberatung soll pflegende Angehörige in der Hilfe, Betreuung und Pflege zu Hause trainieren.

Case und Care-Management fokussiert sich auf den gesamten Versorgungsverlauf eines Patienten und die erforderliche Unterstützung, Behandlung und Versorgung in verschiedenen Bereichen (Gesundheit, Soziales).

#### **Pflegeprävention:**

Diese umfasst alle Tätigkeiten, die zur Erhaltung größtmöglicher Selbstständigkeit und somit zur Aufrechterhaltung einer gewünschten Lebensqualität führen.

Pflegeprävention erfordert über die individuelle Komponente hinausgehend gemeinschaftliche Aktivitäten unter stärkerer Einbindung der Ressourcen von Klienten, Familien bzw. der im Gesundheitssystem tätigen Akteure.

#### **Entlassungsmanagement:**

Zur Ergänzung des Nahtstellenmanagements sollten die Gesundheitszentren ein Angebot zur unabhängigen Pflegeberatung und Pflegeprävention sowie Case-Management anstreben. Dazu wird eine partizipative Planung des Entlassungsmanagements in einer **Kooperation** zwischen KAGes und dem Gesundheitsfonds (Gesundheitszentren) empfohlen.

#### **Primärversorgung:**

Gemäß dem Ergebnisbericht 2015 sieht das im Juni 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossene **Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung** in Österreich (= „**Primärversorgung Neu**“) strukturelle Änderungen in der Primärversorgung vor, die nahtlos mit der Strategie zur Weiterentwicklung der steirischen Gesundheitszentren einhergehen und ein Entwicklungspotenzial freilegen.

Das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) definiert **Primärversorgung** als

*„die allgemein und direkt zugängliche, wohnortnah und permanent erreichbare Kontaktstelle für alle Menschen mit allen Gesundheitsanliegen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess im Gesamtversorgungssystem entsprechend den persönlichen Ressourcen und Präferenzen der Menschen koordinieren, und zwar horizontal innerhalb der Primärversorgungsstufe sowie vertikal zwischen den Anbietern unterschiedlicher Versorgungsstufen. Sie gewährleistet ganzheitliche, proaktive und kontinuierliche Betreuung durch ein multiprofessionelles und interdisziplinäres Team. Sie berücksichtigt auch den familiären, kulturellen, regionalen, sozialen und persönlichen Kontext sowie die Entwicklung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen.“*

Die Bundes-Zielsteuerungskommission hält in ihrem „**Konzept zur Primärversorgung Neu**“ fest, dass *„aus Sicht der Patientinnen und Patienten den an der Primärversorgung beteiligten Gesundheitsberufen vielfach die praktischen Möglichkeiten fehlen, eine koordinierte Versorgung tatsächlich sicher zu stellen.“*

Im Ergebnisbericht 2015 wird festgestellt, dass in den von der Zielsteuerungskommission erarbeiteten Vorlagen für das funktionale Primärversorgungsmodell **für bestehende Einrichtungen** der Versorgungskoordination, **zu denen die Gesundheitszentren gehören, keine explizite Rolle vorgesehen ist**; sie würden weder als Primärversorgungs-Partner noch als Teil des Primärversorgungs-Teams genannt werden.

Dennoch wird eine Definition der Kompetenzen, die zur Weiterentwicklung der Gesundheitszentren erforderlich wären, vorgenommen.

Dabei wird angenommen, dass die funktionalen, organisatorischen und ökonomischen Synergiepotenziale umso besser genutzt werden könnten, je besser die steirischen **Gesundheitszentren in eine multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung integriert werden würden.**

Die **Implementierung des Konzeptes** für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung würde **zu den Zielen der Gesundheitszentren zählen.**

Bezüglich der Realisierbarkeit einzelner Entwicklungsszenarien wird die Implementierung der „Primärversorgung Neu“ jedoch als **zu wenig fortgeschritten erachtet, um klare Prognosen der Machbarkeit abzugeben.** Eine Reihe von (Rahmen-)Bedingungen für ihre Umsetzung seien mit Stand Jänner 2015 **weitgehend ungeklärt.**

Nach den Ausführungen des Ergebnisberichtes 2015 würden **einander die Ziele von Gesundheitszentren und „Primärversorgung Neu“** im Sinne vielfältiger Zielsetzungen **ergänzen.**

Ausgehend vom Status quo (Schwerpunkttätigkeit Pflegeberatung) würde es zudem für die weiterführenden Strategien und Handlungsfelder (Case-Management, Pflegeprävention, Kooperation in der Primärversorgung) der Gesundheitszentren **zweier Voraussetzungen bedürfen:**

- **höher stehende Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeiter** der Gesundheitszentren und daher zusätzliche Investitionen in die Aus- und Weiterbildung und
- **Erweiterung der Personalstärke** der Gesundheitszentren

Der Erfolg der Gesundheitszentren **hänge wesentlich von Umfeldbedingungen,** insbesondere von klaren Kompetenz- und Aufgabenprofilen, sowie von der Unterstützung und dem Rückhalt durch die Auftraggeber ab.

Für die operative Umsetzung der weiterentwickelten Strategie der Gesundheitszentren soll es laut Ergebnisbericht 2015 erforderlich sein, **Zuständigkeiten und Kompetenzen sowie Kommunikationswege in einzelnen Aktivitäten eindeutig festzulegen.**

Auf Anfrage des LRH zur Weiterentwicklung der Gesundheitszentren führt der Gesundheitsfonds aus,

- dass **„eine Überführung der Aufgaben in die Primärversorgung angedacht wird“** und
- dass es **„Ziel ist, die Gesundheitszentren als eigene Organisationsstruktur aufzulösen.“**

## 7. ENTWICKLUNGSGRADE DER GESUNDHEITZENTREN

Im Sitzungsprotokoll bzw. im Bericht der Gesundheitsplattform vom 16. Dezember 2010 werden die Aufgaben, die Grundlagen und die Pilotphase 2010 bis 2013 in Form von sogenannten **Entwicklungsgraden** beschrieben.

Gesundheit und Soziales	Gesundheitsförderung	Gesundheitsbildung	Information	Koordination	Ressourcenmanagement	neue Organisationsformen
<b>Beschreibung</b>			umfassende Information über Angebote	aktive Koordination von Angeboten	gemeinsame Nutzung vorhandener Infrastruktur und Personal	sektorenübergreifendes und multiprofessionelles Leistungsangebot innerhalb einer Organisationseinheit
<b>Ziel</b>			Beitrag zur integrierten und patientInnenorientierten Versorgung	Aktiver Beitrag zur integrierten und patientInnenorientierten Versorgung	PatientInnenorientierte Optimierung von Ressourcen; Kosteneffizienz	Integrierte und patientInnenorientierte Versorgung; Kosteneffizienz
<b>Nutzen PatientIn</b>			Zentrale Verfügbarkeit von übergreifenden Informationen	Unterstützung bei der Organisation des patientInnenorientierten Angebotes	erweitertes Angebot vor Ort	Umfassende multiprofessionelle Betreuung
<b>Nutzen GDA</b>			Zeitersparnis	Zeitersparnis	Optimierung von Vorhalte- und Investitionskosten	sektorenübergreifender und interdisziplinärer Leistungsanbieter
<b>Finanzierung</b>			überschaubare Zusatzkosten	überschaubare Zusatzkosten	keine Zusatzkosten und mittelfristige Kosteneinsparung	keine Zusatzkosten und mittelfristige Kosteneinsparung
<b>Rechtliche Rahmenbedingungen</b>			keine Anpassung	keine Anpassung	Anpassung je nach Situation notwendig (Bundesgesetzgeber)	Anpassung notwendig (Bundes-

Quelle: Konzeptentwurf für Gesundheitszentren der Gesundheitsplattform

### Entwicklungsgrad „Information“:

Durch das Gesundheitszentrum als zentrale Anlaufstelle sollen Informationen und Beratungen betreffend Leistungsangebote, Zuständigkeiten, Verfügbarkeiten, rechtliche Rahmenbedingungen (z. B. Anspruchsvoraussetzungen) und somit treffsichere Hilfestellungen zu Kontaktaufnahmen bzw. zur (Wieder-)Integration nach Krankheiten ermöglicht werden.

### Entwicklungsgrad „Koordination“:

Mittels Terminvereinbarungen, Kontaktherstellungen mit Gesundheitsdiensteanbietern, Annahme und Weiterleitung von Anträgen sollen ein rascherer Zugang zu Leistungen und somit verkürzte Wartezeiten für eine bedarfsgerechte Versorgung an den Nahtstellen bewerkstelligt werden.

Aus Sicht des Gesundheitsfonds soll das für die Gesundheitsdiensteanbieter eine Ressourcenentlastung mit sich bringen.

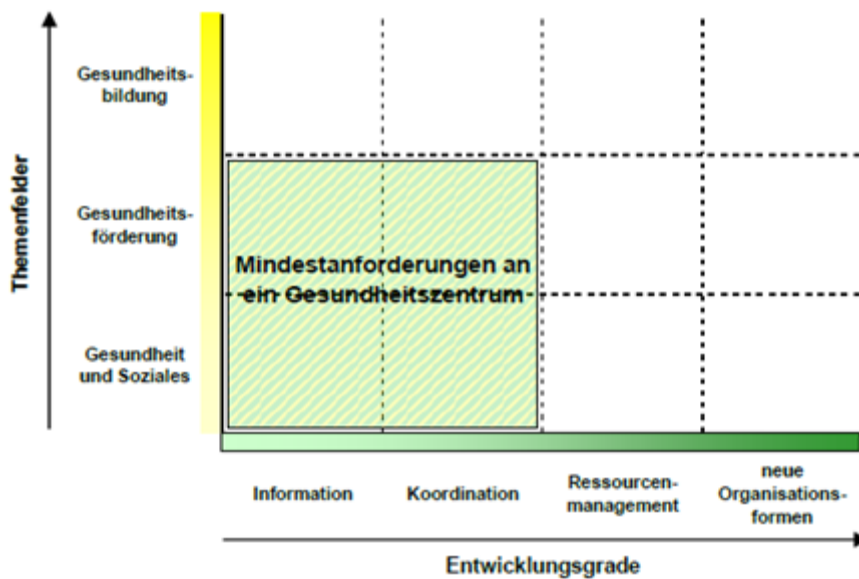
**Entwicklungsgrad „Ressourcenmanagement“:**

Die gemeinsame Nutzung vorhandener Strukturen (Bereitstellung von Krankenhaus-Infrastrukturen für niedergelassene Ärzte und Gesundheitsförderungs-Anbieter, z. B. Labor, bildgebende Diagnostik, Eingriffsräume etc.) und Personal soll forciert werden.

**Entwicklungsgrad „Neue Organisationsformen“:**

Als intensivste Ausprägung der Gesundheitszentren soll innerhalb einer Organisationseinheit ein Leistungsangebot zur interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgung und zur Abdeckung der Bedarfsentwicklung, insbesondere auch der Bevölkerung mit höherer Lebenserwartung, sichergestellt werden.

Als Mindestanforderung für ein Gesundheitszentrum wurden im Konzeptentwurf der Gesundheitsplattform aus dem Jahr 2010 die Bereiche „**Information**“ und „**Koordination**“ sowie Leistungsangebote aus den Themenfeldern „**Gesundheit und Soziales**“ und „**Gesundheitsförderung**“ angegeben und wie folgt dargestellt:



Quelle: Konzeptentwurf für Gesundheitszentren der Gesundheitsplattform aus dem Jahr 2010

## 8. LEISTUNGSBEREICHE DER GESUNDHEITZENTREN

### 8.1 Leistungen Gesundheitszentrum Mürzzuschlag

In der folgenden Übersicht werden die zehn **am häufigsten** beanspruchten **Leistungen** am Beispiel des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag im Jahr 2013 angeführt:

Art der Informationen / des Servicefalles	Anzahl 2013
Entlassungsmanagement	89
Allgemeine Informationen	89
Anträge	75
Pflegegeld	70
24 Stunden-Betreuung	54
Pflege zu Hause	48
Pflegeheime (Tages-, Kurzzeit-, Langzeitpflege)	32
Allgemeine Abklärung/Information betreffend Pflege	31
Mobile Pflegedienste	30
Hilfsmittel	23
Gesetze / Recht	18

Quelle: Unterlagen des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Der Tabelle ist zu entnehmen, dass im Jahr 2013 Themen des Entlassungsmanagements, der Betreuung und der Pflege sowie allgemeine Anfragen den größten Anteil an den Leistungen des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag hatten.

Aus den vorliegenden Zahlen ist der Anteil stationärer, vom LKH vermittelter bzw. extramuraler Leistungen nicht erkennbar.

Zudem stellt der LRH fest, dass es **keinen direkten Zugriff** auf die Homepages der vier Gesundheitszentren gibt bzw. **die Standorte nicht sofort ersichtlich** sind.

Das **Leistungsspektrum der Gesundheitszentren** ist nach außen **nicht leicht erkennbar** dargestellt.

Die Leistungsangebote sollten **auch auf Homepages bzw. durch Internetauftritte** für die **Öffentlichkeit transparent** gemacht werden.

**Auch auf den Homepages** der LKH Bad Aussee, Hartberg und Mürzzuschlag gibt es **keine Hinweise** auf die dort eingerichteten Gesundheitszentren.

Wie bereits im Bericht des LRH „Pflege – Folgeprüfung Teil 2“ hingewiesen, steht dies im Widerspruch zu dem in Art. 5 der Vereinbarung OFG geforderten funktionierenden Informationstransfer.

Der LRH empfiehlt dem Gesundheitsfonds, **im Internet eine ausreichende und leicht nachvollziehbare Information über Leistungen, Standorte und Aufgaben** der Gesundheitszentren darzustellen.

Dies betrifft auch die Internetseiten der jeweiligen Verwaltungseinheiten auf Gemeinde- und Landesebene.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Zwar stehen unter der Web-Adresse [www.gesundheitszentren.at](http://www.gesundheitszentren.at) alle notwendigen Informationen und Kontaktdaten zur Verfügung, aber seitens des Gesundheitsfonds greifen wir die Empfehlung des Landesrechnungshofes gerne auf und werden versuchen die Inhalte der Website dahingehend zu überarbeiten, dass die Informationen zukünftig schneller und klarer zu finden sind. Desweiteren wird seitens der KAGes ebenfalls die Anregung aufgenommen, auf den Homepages der betroffenen Krankenanstalten auf die bestehenden Gesundheitszentren hinzuweisen.*

## 8.2 Kennzahlen

Der Gesundheitsfonds führte bezüglich der „qualitativen Ziele“ für die Gesundheitszentren aus:

*„Dieses Projekt soll einen Beitrag zur Überwindung der strikten Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens, zur Forcierung der Maßnahmen zur Sicherstellung einer integrierten und sektorenübergreifenden Planung, Steuerung und Finanzierung des gesamten Gesundheitswesens leisten.“*

Aus Sicht des Gesundheitsfonds

*„sind diese Ziele zwar nicht quantifizierbar, jedoch kann eine Zielerreichung mittels qualitativer Methoden im Rahmen einer Evaluierung dargestellt werden“.*

Als Kennzahlen wurden vom Gesundheitsfonds u. a. folgende Parameter definiert:

- Anzahl der Servicefälle
- Alter der Klienten
- durchschnittliche Anzahl der Aktivitäten pro Servicefall
- Art des Servicefalles (siehe Tabelle „am häufigsten beanspruchte Leistungen“)
- Anfragestatus (Verhältnis des Anfragers zum Klienten)

In der folgenden Tabelle wird die Anzahl der Servicefälle am Beispiel des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag des Jahres 2013 angeführt:

Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Gesamt
Anzahl Servicefälle	84	81	63	81	59	57	51	66	75	62	40	30	749
Ø Anzahl an Aktivitäten pro Servicefall	2,4	2,2	1,8	1,7	2,2	2,8	4,2	4	3,3	5,6	4,9	5,2	

Quelle: Unterlagen des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

Der LRH stellt fest, dass sich aus der Auswertung der Leistungszahlen des Gesundheitszentrums Mürzzuschlag für das Jahr **2013 lediglich eine durchschnittliche Anzahl von rund drei Servicefällen pro Werktag** ergibt.



Aus den vorgelegten Daten ist nur ein Output ablesbar.

Nach Ansicht des LRH wären jedoch z. B. auch **ein allfälliger „Erfolg“ im Sinne der Wirkungsorientierung (Outcome)** sowie einige durch die Gesundheitszentren verursachten Veränderungen von Kennzahlen und deren ökonomische Auswirkung von Interesse, zum Beispiel

- Veränderung der Anzahl stationärer Patienten der LKH in diesen Bezirken
- Veränderung der durchschnittlichen Belagsdauer bei Patienten ab/über einem bestimmten Alter oder/und bei bestimmten Diagnosen
- Veränderung der durchschnittlichen Auslastung der tatsächlichen Betten
- Wiedereinweisungsraten (Wiedereinweisungen pro 100 Patienten).

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*In Österreich wird zurzeit auf Basis des Bundes-Zielsteuerungsvertrages (operatives Ziel 8.1.2 des Bundes-Zielsteuerungsvertrages 2013-2016) an einem Konzept für Outcome-Messungen gearbeitet; die Ergebnisse dieser Arbeiten sollen noch in diesem Jahr vorliegen.*

## 9. AUFWENDUNGEN FÜR DIE GESUNDHEITZENTREN

Nachstehend ist die Entwicklung der Aufwendungen für die vier Gesundheitszentren ersichtlich:

Aufwendungsart in €	2010	2011	2012	2013	2014	Gesamt
Personal	26.692,77	154.375,60	185.022,50	238.665,75	243.898,56	848.655,18
Implementierung (einmalig)	31.483,20	24.655,20	-	-	-	56.138,40
Lizenz und 2 IT-Arbeitsplätze	13.116,00	57.472,80	-	-	-	70.588,80
Konzeption	72.000,00	-	-	-	-	72.000,00
Projektmanagement	89.280,00	46.103,04	-	-	-	135.383,04
Evaluation	14.400,00	24.780,00	-	-	-	39.180,00
Öffentlichkeitsarbeit	22.954,34	7.448,65	6.019,73	13.906,69	2.328,-	52.657,41
Sonstige Kosten	4.168,88	9.633,90	4.151,69	53.818,70	25.097,69	96.870,86
Räumlichkeiten	-	-	37.048,36	15.532,13	11.231,86	63.812,35
Büroausstattung	-	-	302,61	1.869,70	1.771,03	3.943,34
Summe	274.095,19	324.469,19	232.544,89	323.792,97	284.327,14	1.439.229,38

Quelle: Daten des Gesundheitsfonds, Stand vom 12.2.2015, aufbereitet durch den LRH

Mürzzuschlag: ab Juli 2010  
 Bad Aussee: ab Jänner 2011  
 Hartberg: ab Jänner 2013  
 Stolzalpe: ab Jänner 2013

Die **Aufwendungen des Gesundheitsfonds** für die vier Gesundheitszentren betragen für den Zeitraum 2010 bis 2014 rund **€1.440.000,-**.

Die **im Kooperationsvertrag vom Februar 2013 bewerteten** Einmalkosten für die Weiterentwicklung des IT-Bereiches in Höhe von **€125.000,-** wurden von der KAGes im Rahmen der Kooperation mit dem Gesundheitsfonds als „In-Kind-Leistung“<sup>6</sup> erbracht und sind daher nicht in den Aufwendungen enthalten (siehe Kapitel Kooperationen mit der KAGes).

<sup>6</sup> „In-Kind-Leistung“: Sachleistung

Die Aufwendungen für das Personal betreffen im Wesentlichen die Mitarbeiter in den vier Gesundheitszentren, deren Anzahl sich im Prüfzeitraum wie folgt darstellt:

	2010	2011	2012	2013	2014
Personal-VZÄ	1,5 bzw. 2,5	2,5	2,5	4,5 bzw. 4,0	4,0

Quelle: Daten des Gesundheitsfonds, aufbereitet durch den LRH

VZÄ: Anzahl Personal auf Basis Vollbeschäftigung

In der folgenden Tabelle sind die tatsächlichen Aufwendungen für die beauftragten Beratungsunternehmen dargestellt (in der Aufstellung über die Entwicklung der Aufwendungen bereits enthalten):

Vertrag vom	Erfüllungsdauer	Bezeichnung	Betrag (€) inkl. 20 %
25.1.2010	1.12.2009 bis 1.4.2010	Erstellung eines Konzeptes für Gesundheitszentren in der Steiermark (Unternehmen 1)	72.000,--
15.6./ 28.6.2010	1.4.2010 bis 31.12.2010	Projektbegleitung des Aufbaues der Gesundheitszentren in der Steiermark (Unternehmen 1)	89.280,--
14.4.2011	Jänner 2011 bis Juni 2011	Projektbegleitung des Aufbaues der Gesundheitszentren in der Steiermark – Zusatzvertrag (Unternehmen 1)	23.040,--
28.1.2011	1.10.2010 bis 31.3.2011	Evaluierung der Gesundheitszentren am Beispiel der Region Mürzzuschlag (Unternehmen 2)	39.180,--
3.6.2013	Mai 2013 bis Oktober 2013	Umfassende Evaluierung aller vier Gesundheitszentren (Unternehmen 3)	53.633,--
5.5.2014	Mai 2014 bis November 2014	Strategische Planung der Weiterentwicklung des Projektes unter Berücksichtigung der Evaluierung (Unternehmen 3)	25.067,--
		<b>Gesamtaufwendungen</b>	<b>302.200,--</b>

Quelle: Unterlagen des Gesundheitsfonds Steiermark, aufbereitet durch den LRH

Die tatsächlichen Aufwendungen für die Beratungsunternehmen unterschritten teilweise die veranschlagten Honorare laut Auftrag (siehe Kapitel Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“).

Der LRH stellt fest, dass der Gesundheitsfonds **zahlreiche Aufträge zur Konzepterstellung, zur Umsetzung, Evaluierung bzw. Weiterentwicklung** der Gesundheitszentren an **Beratungsunternehmen erteilte** und die Gesamtaufwendungen dafür insgesamt € 302.200,-- betragen.

Bereits bei der Prüfung „Gesundheitsfonds Steiermark“ **kritisierte** der LRH **das Ausmaß der externen Beratungsleistungen**.

Der LRH ist der Auffassung, dass **diese Aufgaben aus Wirtschaftlichkeitsgründen (zumindest teilweise) vom Gesundheitsfonds zu erfüllen gewesen wären.**

Zusätzlich wurde auch **die Bereitstellung der Informationstechnologie** für die Information und Koordination von regionalen Angeboten für die Gesundheitszentren Bad Aussee und Mürzzuschlag an ein Dienstleistungsunternehmen vergeben und betrug etwa €128.000,- brutto (in der obigen Aufstellung über die Aufwendungen bereits enthalten).

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Wie der Landesrechnungshof selbst u.a. in Kapitel 4 des gegenständlichen Berichts feststellt, lässt sich weder aus den Landtagsbeschlüssen noch aus dem Antwortschreiben des Bundesministeriums für Gesundheit auf eine diesbezügliche Fragestellung eine konkrete Definition des Leistungsspektrums für Gesundheitszentren ableiten. Um aus den wenigen Vorgaben des Landtages und den vielen Anregungen und Vorstellungen der verschiedenen Mitglieder der Gesundheitsplattform, die eingeladen worden sind, ihre Vorstellungen zu Gesundheitszentren einzubringen, ein umsetzbares Konzept zu erstellen, war eine externe Unterstützung notwendig.*

*Weitere externe Leistungen betreffen die Unterstützung hinsichtlich der Projektorganisation sowie die für die Umsetzung notwendige IT. Beim Projekt Gesundheitszentren Steiermark handelt es sich um ein umfangreiches Projekt mit vielen Beteiligten, was wiederum arbeitsteilige Prozesse bedingt. Selbstverständlich lag die Hauptverantwortung sowohl in der Organisation als auch inhaltlich bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Geschäftsstelle, die auch ihre Aufgaben in der Umsetzung wahrgenommen haben.*

## 10. AUSGEWÄHLTE HANDLUNGSFELDER DER GESUNDHEITZENTREN

### 10.1 Entlassungsmanagement

Mitte 2012 wurde die **Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich** (BQLL AUFEM) in der Bundesgesundheitskommission beschlossen.

Vorrangiges Ziel dieser Leitlinie ist die lücken- und reibungslose Weiterleitung von Patienten an den Nahtstellen (Versorgungsübergängen). Es soll ein fließender Wechsel von einer betreuenden Stelle zur nächsten erleichtert und die Zusammenarbeit der beteiligten Akteure patientenorientiert optimiert werden.

Wie bereits erwähnt, sieht Art. 5 der Vereinbarung OFG *„die Verbesserung des Nahtstellenmanagements“* und *„die Gewährleistung eines funktionierenden Informationstransfers zur Sicherstellung eines nahtlosen Überganges der Patientenversorgung zwischen leistungserbringenden Einrichtungen“* vor.

Im gültigen StKAG ist angeführt, dass ein Entlassungsbrief anzufertigen ist, *„der die für eine allfällige weitere ärztliche, psychologische, psychotherapeutische und pflegerische Betreuung oder Betreuung durch Hebammen notwendigen Angaben und Empfehlungen sowie allfällige notwendige Anordnungen für die Angehörigen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, Angehörige der gehobenen medizinisch-technischen Dienste oder Heilmasseurinnen/Heilmasseure zur unerlässlich gebotenen Betreuungskontinuität zu enthalten hat.“*

Der **Entlassungsprozess**, der bereits bei der Aufnahme eines Patienten beginnt, ist daher grundsätzlich **originäre Aufgabe jedes Krankenhauses**.

Eine **spezielle Organisation** für die Planung der anschließenden Betreuung/Pflege wird **bei einer immer älter werdenden Bevölkerung** unter **gesellschaftlichen Veränderungen** und daraus folgenden **„komplexeren“ Entlassungen erforderlich sein**.

#### **Entlassungsmanagement der KAGes**

In den LKH der **KAGes** erfolgt bei Patienten mit keinem oder geringem Pflegebedarf das **Entlassungsmanagement im Rahmen des Routinebetriebes der Stationen**.

Für Patienten, die eine weiterführende Betreuung im extramuralen Bereich benötigen, gibt es **bereits seit dem Jahr 2003 Standards zur Unterstützung des Entlassungsprozesses**. Diese vom Qualitätssicherungsbeirat erarbeiteten Empfehlungen wurden im Jahr 2008 in eine (verbindliche) Richtlinie umgewandelt.

Aus Sicht der KAGes besteht aufgrund der demografischen Entwicklung, der Zunahme von chronisch und mehrfach Erkrankten (teilweise auch Demenzerkrankungen) und einer verkürzten Verweildauer im Krankenhaus nach der Entlassung **vermehrt ein Betreuungs- und Pflegebedarf**.

Infolge des Rückganges der familiären Betreuungsmöglichkeiten und auf Basis des Artikels 5 der Vereinbarung OFG wurde der Entlassungsprozess in der KAGes weiter entwickelt bzw. neu standardisiert.

Die bestehende Richtlinie wurde am 5. Juli 2013 durch die **Serviceunterlage** „Koordiniertes Entlassungsmanagement in der KAGes“, die sich an der BQLL AUFEM orientiert, ersetzt. Als Ziele wurden die Betreuungs- und Pflegekontinuität **bei komplexen Entlassungen** sowie eine koordinierende Unterstützung aller daran beteiligten Berufsgruppen genannt.

Darin wird die Komplexität bei Entlassungen mit einem hohen

- Pflegebedarf,
- Schulungsbedarf (Patienten bzw. Angehörige) und
- Informationsbedarf

beschrieben.

Gemäß dieser Serviceunterlage gelten u. a. folgende Tätigkeiten des Entlassungsmanagements als **„zwingend im KH verbleibend“**:

- Einschätzung des Pflegebedarfes
- Einschätzung der Möglichkeiten der Angehörigen sowie
- Schulung der Patienten/Angehörigen im Zusammenhang mit der Entlassung
- Bedarfserhebung der Heilbehelfe etc.

Checklisten bzw. Verlaufsdocumentationen stehen noch nicht zur Verfügung, sollen nach Auskunft der KAGes jedoch noch erarbeitet werden.

**Die von der KAGes vorgenommenen Aktualisierungen werden vom LRH begrüßt. Checklisten bzw. Verlaufsdocumentationen sind für ein funktionierendes Nahtstellenmanagement hilfreich.**

**Für eine verpflichtende Anwendung wäre die Serviceunterlage als Richtlinie zu beschließen.**

Zudem sollte laut Aussage der KAGes *„die BQLL AUFEM mit dem Schwerpunkt Entlassungsmanagement in die Zielvereinbarungen der Anstaltsleitungen mit dem Vorstand für das Jahr 2015“* aufgenommen werden.

Nach Aussage **der Anstaltsleitungen** verschiedener LKH, die sich intensiv mit komplexen Entlassungen beschäftigen, **hat sich der Einsatz eines stations- bzw. abteilungsübergreifenden Entlassungskoordinators** (welcher über eine ergänzende Pflegemediations- bzw. Case und Care-Management-Ausbildung verfügt) gut bewährt.

Von der KAGes wurde im Jänner 2015 eine **Funktionsbeschreibung** mit den Aufgaben, Kompetenzen und dem Anforderungsprofil für die „**Pflege- und Entlassungsberatung in den LKH**“ vorgegeben.

Bereits in der Stellenausschreibung für den „Entlassungskoordinator des LKH Bruck“ aus dem Jahr 2011 war als Anforderung eine Weiterbildung im „Case und Care-Management“ oder in der „Pflegemediation“ erwünscht.

**In der aktuellen Funktionsbeschreibung der KAGes fehlt die Anforderung für eine Case und Care-Management oder Pflegemediation-Weiterbildung.**

Da diese zusätzlichen Ausbildungen für komplexe Entlassungsprozesse und für die Umsetzung der BQLL AUFEM von Bedeutung sind, **sollte nach Ansicht des LRH überlegt werden, diese Anforderungen in die Funktionsbeschreibung aufzunehmen.**

Dabei könnte das von der KAGes mit den Erfahrungswerten des LKH Hartberg entwickelte Diskussionspapier über den tatsächlichen Personaleinsatz berücksichtigt werden.

Nach Aussage der Pflegedienstleitungen richtet sich deren Entlassungsprozess derzeit nach der Serviceunterlage „Koordiniertes Entlassungsmanagement der KAGes“ bzw. geht teilweise darüber hinaus (wie z. B. geriatrischer Konsiliardienst, standardisierte Pflegeedukation).

Für einen lücken- und reibungslosen Betreuungs-/Entlassungsverlauf bei komplexen Entlassungen in den LKH sei die Unterstützung eines stations- bzw. abteilungsübergreifenden Entlassungskoordinators erforderlich.

Diese Koordinatoren würden teilweise über Zusatzausbildungen z. B. im Entlassungsmanagement, in Advanced Nursing Practice (Spezialisierung auf spezifische Gesundheitsprobleme wie z. B. Demenz) oder in der Pflegemediation verfügen.

Auf Basis der Erfahrungen des LKH Hartberg zum Entlassungsmanagement wurde im Jahr 2010 vom Pflegemanagement der KAGes eine „*Grobberechnung der Dienstposten*“ vorgenommen. Diese basiert auf der Anzahl der Entlassungen der „*internen und chirurgischen*“ Patienten.

Nach Auskünften der Anstaltsleitungen der vier LKH **entspricht** die Anzahl der von der KAGes im Wirtschaftsplan genehmigten Dienstposten jedoch **nicht dieser Berechnung**. Es wird **lediglich eine geringere Anzahl** bereitgestellt.

Vor der Konzeptentwicklung der Gesundheitszentren wurden **von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse sogenannte Versorgungskordinatoren eingesetzt**, die komplexe poststationäre Betreuungsbedürfnisse von Patienten abdeckten.

Dieses Projekt wurde jedoch eingestellt, sodass auch in **den vier LKH, an welchen Gesundheitszentren angeschlossen sind**, eine Versorgungslücke entstanden ist, die teilweise von den Mitarbeitern der Gesundheitszentren abgedeckt wird bzw. wurde.

Zusammenfassend stellt der LRH zum Entlassungsmanagement fest, dass aufgrund der **demografischen Entwicklung** und **gesellschaftlicher Veränderungen** diesem Versorgungsangebot immer **stärkere Bedeutung** zukommen wird.

Das Entlassungsmanagement ist grundsätzlich **originäre Aufgabe der Krankenanstalten**. Daher wurde und wird in **der KAGes** auf Basis von Richtlinien, Funktionsbeschreibungen und Vereinbarungen mit den Anstaltsleitungen **ein professionelles Entlassungsmanagement aufgebaut und umgesetzt**.

Im Evaluierungsbericht zu den Gesundheitszentren aus dem Jahr 2013 wird zur Aufgabenverteilung zwischen Krankenanstalten und Gesundheitszentren Folgendes festgestellt:

*„Da sich die Ziele der **Gesundheitszentren** sowie der Auf- und Ausbau von Entlassungsmanagement **in steirischen Krankenanstalten überlappen** und beide nennenswerte organisatorische Initiativen darstellen, ist eine enge Abstimmung mit der KAGes hinsichtlich Planung und Implementierung von Entlassungsmanagement und Gesundheitszentren vonnöten.“*

Zudem soll aufgrund der Vorgaben im Bundes- und Landes-Zielsteuerungsvertrag die BQLL AUFEM bis Ende 2016 landesweit umgesetzt werden.

Nach Angaben des Gesundheitsfonds arbeitet *„eine Projektgruppe an diesem Ziel und es wird daher möglicherweise in diesem Bereich **auch zu einer Änderung der Aufgabenbeschreibung für Gesundheitszentren** kommen bzw. ist auch diese Maßnahme im Zusammenhang mit einer zukünftigen Ausrichtung der Primärversorgung zu sehen“*.

Daher ist der LRH der Ansicht, dass **mit einem etablierten bedarfsgerechten Entlassungsmanagement in der KAGes** (nach Umsetzung der BQLL AUFEM) **diesbezügliche Aktivitäten der Gesundheitszentren nicht mehr erforderlich sind**.



**Alle Ressourcen**, die für das Entlassungsmanagement **eingesetzt werden bzw. zur Verfügung stehen könnten**, sollten **koordiniert** und damit effizient eingesetzt werden.

### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Unter „Entlassungsmanagement“ ist weitaus mehr zu verstehen als nur der Entlassungsprozess. Die Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement (BQLL AUFEM) hat eine lücken- und reibungslose Behandlung von Patientinnen und Patienten an Nahtstellen (Versorgungsübergängen) zum Ziel und ist vor allem im Zusammenhang mit dem indirekten Entlassungsmanagement, das sich an Patientinnen und Patienten mit einem komplexen poststationären Betreuungsbedarf richtet, ein Prozess, der eine multiprofessionelle Beratung und Betreuung erfordert. Wie in der BQLL AUFEM festgehalten ist, erfordert die Verbesserung des Aufnahme- und Entlassungsmanagements eine gute Zusammenarbeit mit anderen (regionalen) Entscheidungsträgern und Leistungsanbietern.*

*Der Prozess beginnt daher auch bereits vor der Aufnahme in ein Krankenhaus und endet erst weit nach der Entlassung und es sind zahlreiche Partner in diesen Prozess einzubinden. Welche Partner einzelne Aufgaben und in welcher Form zu übernehmen haben, soll in einer Projektgruppe, die beim Gesundheitsfonds eingerichtet ist, abgestimmt werden. Selbstverständlich hat das Krankenhaus wichtige Aufgaben in diesem Prozess zu übernehmen, aber im gemeinsam von Bund, Ländern und Sozialversicherung beschlossenen Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich ist die „Übernahme und abgestimmte Weiterversorgung nach Behandlung in anderen Versorgungseinrichtungen“ eindeutig der Primärversorgung zugeordnet.*

*Im Prüfungsbericht wird ausgeführt, dass aufgrund der Vorgaben in Bundes- und Landes-Zielsteuerungsvertrag die BQLL AUFEM bis Ende 2016 umgesetzt werden soll. In diesem Zusammenhang wird auf die Projektgruppe des Gesundheitsfonds verwiesen. Nach Vorliegen der Ergebnisse werden die vom Landesrechnungshof angesprochenen Punkte Umwandlung der Serviceunterlage „Koordiniertes Entlassungsmanagement in der KAGes“ in eine Richtlinie, Festlegung des Personalbedarfs, Anforderungsprofil für Mitarbeiter in der „Pfleger- und Entlassungsberatung in den LKH's“ evaluiert und in die Weiterentwicklung des Entlassungsmanagements einbezogen. Ebenfalls werden die Ergebnisse aus dem Schwerpunkt „Entlassungsmanagement“ in den Zielvereinbarungen der Anstaltsleitungen mit dem Vorstand der KAGes für das Jahr 2015 Berücksichtigung finden.*

## 10.2 Gesundheitsförderung

**Gemäß dem Steiermärkischen Gesundheitsfondsgesetz 2013** (§ 5 Abs. 1) bzw. nach Vorgaben der Vereinbarung ZG sind zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention in allen Landesgesundheitsfonds jeweils **Sondervermögen** mit einem eigenen Verrechnungskreis als sogenannter „**Gesundheitsförderungsfonds**“ ohne Rechtspersönlichkeit einzurichten.

Dazu werden für die Jahre 2013 bis 2022 österreichweit €150 Mio. zur Verfügung gestellt. Davon werden €130 Mio. von der Sozialversicherung und €20 Mio. von den Ländern jeweils in gleichen Jahrestanchen aufgebracht.

Die Verwendung der Mittel auf Landesebene soll in der Landes-Zielsteuerungskommission im Einvernehmen zwischen Land und Sozialversicherung nach den von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Grundsätzen/Zielen festgelegt werden.

Im **Bericht der Gesundheitsplattform vom November 2013 über die Grundlagen und Pilotphasen 2010 bis 2013 der Gesundheitszentren** wird zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention Folgendes festgehalten:

Gesundheitszentren sollten über die gesundheitsfördernden Angebote in den Regionen

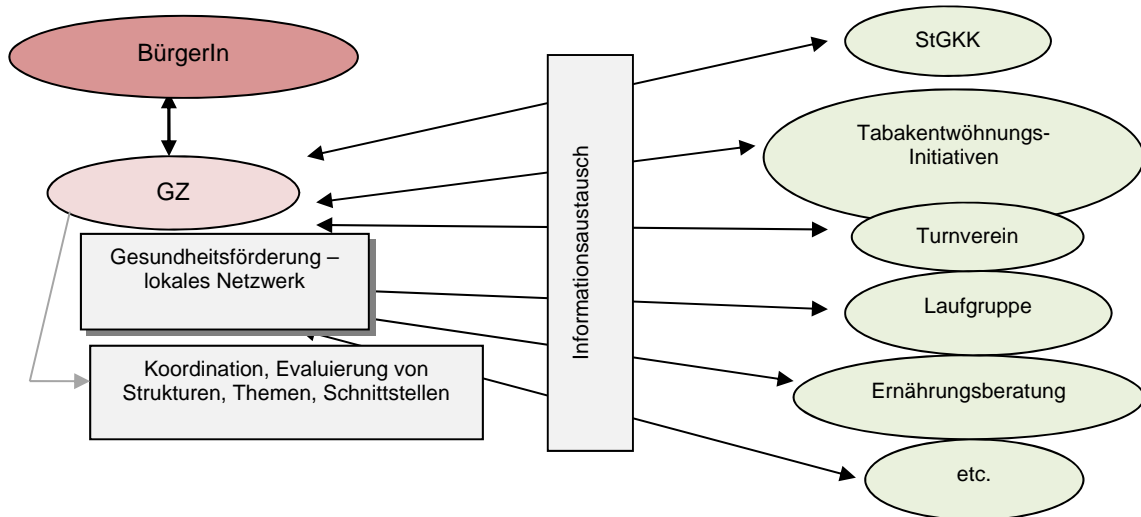
- einen **Überblick** bekommen,
- diese auch **koordinieren** und
- darüber **informieren**.

Gesundheitsförderung sollte demnach als Querschnittsmaterie in alle Bereiche und Aufgaben der Gesundheitszentren einfließen.

Die Gesundheitszentren sollten selbst eine gesundheitsfördernde Einrichtung werden und damit das Ziel „Das Gesundheitssystem gesundheitsfördernd gestalten“ unterstützen.

Zukünftig sollen sie als gesundheitsfördernde Einrichtungen die Strategien des „Österreichischen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ (ONGKG) umsetzen und implementieren helfen.

Die geplante Funktion der Gesundheitszentren **als Koordinationsstelle gesundheitsfördernder Angebote** ist in nachfolgender Abbildung erkennbar:



Quelle: Bericht über Grundlagen und die Pilotphasen vom November 2013 der Gesundheitsplattform

GZ: Gesundheitszentren  
StGKK: Stmk. Gebietskrankenkasse

Laut Auskunft des Gesundheitsfonds wurden pro Gesundheitszentrum jährlich finanzielle Mittel in der Höhe von € 6.000,- für Informationsveranstaltungen, etwaige Vorträge und Schulungen geplant.

Nach Aussagen von Mitarbeitern der Gesundheitszentren konnte bisher dem Bereich Gesundheitsförderung **nicht genug Aufmerksamkeit gewidmet** werden. Aufgrund der vermehrten Aktivitäten im Entlassungsmanagement standen **nur begrenzte Ressourcen für das Thema „Gesundheitsförderung“ zur Verfügung**.

Im **LKH Stolzalpe** wurde **das Thema Gesundheitsförderung** bereits vor der Eröffnung des Gesundheitszentrums im Rahmen einer eigenen „Gesundheitswerkstätte“ angeboten.

Im **Gesundheitszentrum Hartberg** konnten Gesundheitsvorträge angeboten bzw. koordiniert werden, da das Entlassungsmanagement grundsätzlich vom LKH Hartberg vorgenommen wird. Dies erfolgt(e) zumeist durch das Fachpersonal des LKH bzw. mit der LKH-eigenen Infrastruktur.

Vom Gesundheitsfonds wird zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung Folgendes festgehalten:

*„Aufgrund des bereits etablierten Schwerpunktes ‚Pfleger‘ wurde der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung nunmehr nicht weiter entwickelt, sondern vielmehr für den besonders nachgefragten Schwerpunkt ‚Pfleger‘ Überlegungen hinsichtlich Pflegeprävention angestellt, eine detaillierte Konzepterstellung ist dazu noch nicht erfolgt. Gleichwohl wird in einer zukünftigen Integration der Gesundheitszentren mit der Primärversorgung darauf Bedacht genommen werden müssen, dass die **Gesundheitsförderung auch in der Primärversorgung ein Thema sein soll.**“*

Der LRH stellt zusammenfassend fest, dass derzeit **viele gesundheitsfördernde Angebote nebeneinander** bestehen, die von **unterschiedlichen Stellen wahrgenommen** werden.

Die **Koordinierung über die Gesundheitszentren** war dafür bisher **nicht ausreichend**, sondern sollte **Aufgabe des Gesundheitsfonds** sein.

Darüber hinaus sollten auch die gesundheitsfördernden Aktivitäten der **Abteilungen des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung** sowie der Sozialversicherungsträger darauf abgestimmt werden.

Es wird empfohlen, die **Wirkungen sämtlicher Maßnahmen** in der Gesundheitsförderung in regelmäßigen Abständen **zu evaluieren**.

#### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Unter Gesundheitsförderung versteht man einen Prozess, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf die eigenen Gesundheitsdeterminanten zu entwickeln und die eigene Gesundheit aktiv zu verbessern. Ziel der Gesundheitsförderung ist es, für alle Menschen einen Zustand von körperlichem, geistig-seelischem und sozialem Wohlbefinden erreichbar zu machen, indem die Menschen dazu motiviert werden, sich für eine gesunde Lebensführung zu entscheiden. Neben dieser Verhaltensänderung ist aber vor allem die so genannte Verhältnisänderung ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsförderung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings ab und haben einen umfassenden Gesundheitsbegriff zur Grundlage. Gesundheitsförderung ist also ein sehr breites Thema, daher ist es auch wichtig und positiv, dass es viele gesundheitsfördernde Angebote in der Steiermark gibt.*

*Im Bereich der dem Gesundheitsfonds überantworteten Mittel zur Gesundheitsförderung erfolgt sowohl die Planung als auch die Umsetzung in enger Abstimmung mit der Sozialversicherung. Für eine Abstimmung mit allen anderen Anbietern fehlt der rechtliche Hintergrund und kann nur auf freiwilliger Basis erfolgen. Diese Möglichkeit wird seitens des Gesundheitsfonds selbstverständlich auch genutzt.*

### 10.3 Soziale Dienste

Gemäß § 20 Steiermärkisches Sozialhilfegesetz (SHG) sind die **Gemeinden** zur Sicherstellung der Soforthilfe verpflichtet. Sie **haben die sozialen Dienste zu gewährleisten** und können dies selbst oder in Verwaltungsgemeinschaften oder durch freiwilligen Zusammenschluss zu Gemeindeverbänden erbringen.

Nach § 16 SHG sind **soziale Dienste** über Maßnahmen zur Sicherung des Lebensbedarfes hinausgehende Leistungen der Sozialhilfe zur Befriedigung gleichartiger, regelmäßig auftretender, persönlicher, familiärer oder sozialer Bedürfnisse.

Sicherzustellen sind folgende sozialen Dienste:

- Alten-, Familien- und Behindertenhilfe, soweit sie nicht stationär erbracht wird
- Gesundheits- und Krankenpflege, soweit sie nicht in stationären Anstalten erbracht wird, wie beispielsweise die Hauskrankenpflege

Als soziale Dienste können insbesondere erbracht werden:

- vorbeugende Gesundheitshilfe
- allgemeine und spezielle Beratungsdienste (z. B. Schuldnerberatung) sowie
- Erholungshilfen für alte oder behinderte Menschen (z. B. Alten-Urlaubsaktion, Kurzzeitpflege)

Der LRH stellt fest, dass nach dem SHG der Aufbau der Struktur von Integrierten Sozial- und Gesundheitssprengeln (ISGS) anzustreben wäre.

§ 20 Abs. 5 SHG lautet:

*„Bei der Organisation der Erbringung sozialer Dienste ist auf die topographische Lage, die höchstmögliche Effizienz und den zweckdienlichsten Einsatz der sozialen Dienste Bedacht zu nehmen; auf bestehende Strukturen ist Rücksicht zu nehmen. Die Erbringung der sozialen Dienste in räumlich geschlossenen Gebieten, in denen zwischen 7.000 und 35.000 Menschen leben, **ist anzustreben**. Die räumlichen Einheiten, in denen soziale Dienste erbracht werden, heißen integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel, ISGS. In den integrierten Sozial- und Gesundheitssprengeln **ist die organisatorische Vernetzung der Leistungserbringung** zur Gewährleistung einer koordinierten, dauerhaften, flächendeckenden und qualitativ hochwertigen **Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Diensten sicherzustellen**“.*

Im Steirischen Bedarfs- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Menschen (StBEP 1997) wird allerdings zu den ISGS ausgeführt:

*„In der Steiermark wurden flächendeckend per Sozialhilfegesetz Integrierte Sozial- und Gesundheitssprengel vorgesehen, wobei es sich um Zusammenschlüsse von Gemeinden handelt. Die Sprengel sollen die Leistungserbringung organisatorisch vernetzen und eine koordinierte, flächendeckende Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.*

*Es gibt jedoch **keine explizite Aufgabenbeschreibung** und auch **keine eigenen Strukturen** für deren Umsetzung, sondern die Aufgaben werden von den beteiligten Gemeinden erbracht. Die Sozial- und Gesundheitssprengel werden derzeit als **unterschiedlich effektiv** wahrgenommen, wobei dies vom Engagement der beteiligten Personen abhängig ist“.*

In diesem Zusammenhang weist der LRH auch darauf hin, dass **in der Abteilung 8** der Bericht des ÖBIG „Integrierte Gesundheits- und Sozialsprengel für Österreich (IGSS)“, der **schon aus dem Jahr 1993 stammte**, auflag.

Darin erfolgten bereits Definitionen der Aufgaben, der Funktionen, der Organisationsstruktur sowie der Finanzierung von IGSS. Zudem enthält dieser ein im Auftrag des damaligen Bundesministeriums für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz erarbeitetes IGSS-Grundmodell.

Festgestellt wird, dass sich der **Schwerpunkt der Gesundheitszentren in Richtung Pflege** entwickelt hat. Für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Diensten stünde nach dem SHG das Modell der ISGS zur Verfügung, das allerdings steiermarkweit nie einheitlich umgesetzt wurde.

Da die Gemeinden die sozialen Dienste zu gewährleisten haben, werden sich auch die neuen Gemeindestrukturen auf die regionale Versorgungssteuerung entsprechend auswirken.

#### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Seitens der Abteilung 8, Referat Pflegemanagement wird der Bedarf- und Entwicklungsplan für pflegebedürftige Personen ausgearbeitet und ein Erstentwurf voraussichtlich Ende April 2015 vorliegen. Das Case und Care-Management wird als zusätzliches Versorgungsangebot im Bedarfs- und Entwicklungsplan jedenfalls Berücksichtigung finden. Die Definition des Aufgabenprofils und der qualitativen Ausrichtung des Case und Care-Managements erfolgte im Rahmen einer Expertenrunde unter Einbeziehung des Gesundheitsfonds Steiermark.*

*Anzumerken ist jedoch, dass der Gesundheitsfonds nicht für die pflegerische Versorgung zuständig ist. Im Bereich der Pflege übernehmen die Gesundheitszentren daher in erster Linie die Aufgaben Information und Koordination – dieser Aufgabenbereich wird stark angenommen und ist daher weiter zu forcieren, wie dies auch in der Evaluation empfohlen wird.*



## 11. KOOPERATIONEN MIT DER KAGES

Zwischen dem Gesundheitsfonds und der KAGES wurde ein **Kooperationsvertrag über die Durchführung des Projektes „Gesundheitszentrum Mürzzuschlag“** für den Zeitraum vom 14. Juni 2010 bis 31. Dezember 2011 abgeschlossen.

Vom Gesundheitszentrum sollte die Funktion einer Informations- und Koordinationsstelle betreffend Leistungsangebote und -ansprüche, Zuständigkeiten und Verfügbarkeiten in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Soziales und Gesundheitsförderung wahrgenommen werden.

Gegen **Refundierung des Personalaufwandes** wurde dafür von der KAGES eine Mitarbeiterin des LKH Mürzzuschlag zur Verfügung gestellt.

Für die **Benützung von Räumlichkeiten** des LKH Mürzzuschlag wurden € 173,23 (zuzüglich MwSt.) pro Monat vereinbart.

Ein Zusatzvertrag verlängerte die Vereinbarung **bis Ende 2013**.

Aufgrund des Beschlusses der Gesundheitsplattform vom 19. Dezember 2013 erfolgte nochmals **eine Verlängerung** der Kooperation **um weitere drei Jahre bis Ende 2016**. Im Zusatzvertrag vom 8. April 2014 wird über die bisherigen Kooperationen hinaus ausgeführt, dass **Anpassungen hinsichtlich der Tätigkeiten** der Gesundheitszentren vorzunehmen wären.

Gemäß dem Konzept für die Neugestaltung der Primärversorgung sollten die Aufgaben von Gesundheitszentren als ein Teil der Primärversorgung betrachtet werden können. Daher sollten die Gesundheitszentren Teil dieser neuen Primärversorgung werden. Deren Ausgestaltung könnte und würde in den einzelnen Regionen unterschiedlich erfolgen. Ab Jänner 2016 bestehe die Möglichkeit, das Gesundheitszentrum Mürzzuschlag im Rahmen der Umsetzung dieses Konzeptes **als Pilotprojekt in die Primärversorgung zu integrieren**. Damit sei eine Änderung der Aufgabenstellung der Gesundheitszentren möglich.

Vom Gesundheitszentrum sollte weiterhin die Funktion einer Informations- und Koordinationsstelle betreffend die Leistungsangebote in den Bereichen Gesundheit, Pflege, Soziales und Gesundheitsförderung wahrgenommen werden.

Im Vertrag wird dazu festgehalten, dass *„den inhaltlichen **Schwerpunkt** das Thema ‚Pflege‘ bildet – hier sind vor allem Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zu planen und durchzuführen. Eine weitere Aufgabe ist die Vernetzung*

*der verschiedenen Anbieter in der Region, um so eine bessere Abstimmung im Sinne der Bevölkerung zu erreichen. Regionale Netzwerke sind aufzubauen, zu stärken und sollen einer Verbesserung der Angebote, der integrierten Versorgung sowie der Lösung von Problemen dienen.“*

Zudem wird ausgeführt, dass bis Ende 2016 aufgrund des Landes-Zielsteuerungsvertrages 2013 bis 2016 in allen Fonds-Krankenanstalten die BQLL AUFEM umzusetzen wäre.

Das Entlassungsmanagement sei demnach auch Aufgabe des LKH Mürzzuschlag/Mariazell. Dabei sollte das Gesundheitszentrum Mürzzuschlag das LKH Mürzzuschlag unterstützen bzw. sollte es diese Aufgabe im Vertretungsfall übernehmen. Wechselseitig sollte das LKH Mürzzuschlag das Gesundheitszentrum Mürzzuschlag bei der Implementierung der BQLL AUFEM unterstützen. Dazu sollte ein regelmäßiger Informationsaustausch stattfinden.

Zu ergänzen ist, dass die KAGes im Rahmen der Kooperation mit Februar 2013 (rückwirkend ab 1. Juni 2012) mit der **Weiterentwicklung des IT-Bereiches** der Gesundheitszentren, im Speziellen mit der Programmierung und Implementierung der Klienten-Datenbank in das Gesundheitsportal Steiermark, beauftragt wurde.

Von der KAGes wurden die Einmalkosten für die von Juni 2012 bis Dezember 2013 dauernde Umsetzung und die entsprechende EDV-Ausstattung mit €125.000,- bewertet.

Der Betrieb der erweiterten Funktionalität des Gesundheitsportals Steiermark für die Gesundheitszentren wurde mit €15.000,- jährlich bemessen. Der tatsächliche Aufwand betrug im Jahr 2013 etwa €4.300,- und wird dem Gesundheitsfonds quartalsweise in Rechnung gestellt.

Im Rahmen des Zusatzvertrages erfolgte ebenfalls die Verlängerung der Zurverfügungstellung der IT-Infrastruktur.

Inwiefern ein **Bedarf an einer derartigen Datenbank** besteht/bestanden hat und ob dieses Ausmaß erforderlich ist/war, ist für den LRH **nicht nachvollziehbar**.

Zwischen dem Gesundheitsfonds und der KAGes wurden auch Kooperationsverträge betreffend die anderen Gesundheitszentren abgeschlossen.

#### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Um eine ausführliche Dokumentation über die Klientinnen und Klienten und die Anfragen an das Gesundheitszentrum gewährleisten zu können, ist eine elektronische Datenbank unabdingbar. Damit sollte die Frage nach dem Bedarf jedenfalls beantwortet sein. Anzumerken ist, dass es sich bei den IT-Leistungen*

*nicht nur um die Datenbank zur Klientinnen- und Klientendokumentation handelt, sondern im Vertrag mit der KAGes auch die Zurverfügungstellung der erforderlichen Hard- und Software inklusive der Wartung sowie die Telefonie enthalten ist.*

*Wie der Landesrechnungshof auf Seite 29 [Anmerkung LRH: nunmehr Seite 32] selbst beschreibt, werden diese Leistungen als In-Kind-Leistungen betrachtet und es entstehen dadurch keine zusätzlichen Kosten.*

## 12. ZUSAMMENFASSUNG

Entlang der Entwicklungen im Gesundheitswesen **betreffend das Nahtstellenmanagement** ergingen in den Jahren 2009 und 2010 vom Landtag die Aufforderungen an die Steiermärkische Landesregierung, Gesundheitszentren am LKH Mürzzuschlag, LKH Bad Aussee und LKH Stolzalpe zu errichten:

**Festzustellen ist, dass dem gegenüber zeitgleich im Jahr 2010** der Begriff „Gesundheitszentren“ im KAKuG **entfiel** und auch nachfolgend im StKAG **nicht mehr explizit enthalten** war. Demnach fehlt den Gesundheitszentren eine begriffliche gesetzliche Grundlage.

**Weder aus den Landtagsbeschlüssen noch aus einem Schreiben** des Bundesministeriums für Gesundheit **ließ sich eine Definition des konkreten Leistungsspektrums** von Gesundheitszentren ableiten.

Mit der **Umsetzung** des Projektes wurde der **Gesundheitsfonds Steiermark** beauftragt, der **bereits seit 2006** für sektorenübergreifende Maßnahmen (Handlungsfeld Nahtstellenmanagement) **zuständig ist**.

Zu den Evaluierungs-/Weiterentwicklungsberichten zum Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“ seit 2009 stellt der LRH zusammenfassend fest, dass **das Leistungsspektrum der Gesundheitszentren** im Laufe der Zeit **mehrmals adaptiert bzw. an die tatsächlichen Gegebenheiten angepasst wurde**.

Zudem entspricht die zu Projektbeginn **gewählte Bezeichnung „Gesundheitszentren“ nicht den tatsächlich angebotenen Leistungen**.

### **Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Hier widerspricht sich der Landesrechnungshof, wenn er, - u.a. in Kapitel 4 oder in Kapitel 12, 2. Absatz - darauf hinweist, dass es keine Definition eines konkreten Leistungsspektrums für Gesundheitszentren gibt, und an der hier angegebenen Stelle kritisiert, dass die Bezeichnung nicht den tatsächlichen Leistungen entsprechen würde.*

Der LRH ist der Ansicht, dass **nach vier Jahren der Projektierung** (2010 bis 2014) mit Gesamtaufwendungen von rund € 1,4 Mio. eine konkrete **Entscheidung über die Zukunft der Gesundheitszentren zu treffen** wäre. An Beratungsleistungen sind in Summe bereits € 302.200,-- angefallen.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Es stellt sich die Frage, welchen Aussagewert diese Aufsummierung der Kosten von Beratungsverträgen hat. Angemerkt wird dazu noch, dass diese Kosten, die nicht nur die Konzeption und begleitende Projektabwicklung enthalten, sondern auch technische Leistungen (Hard- und Software) sowie die Evaluation beinhalten, insgesamt lediglich etwa 20 % der Gesamtprojektkosten ausmachen.*

Darauf hingewiesen wird, dass mit dem im Juni 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen **Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich („Primärversorgung Neu“)** für bestehende Einrichtungen der Versorgungskoordination, zu denen die Gesundheitszentren gehören, **keine explizite Rolle mehr vorgesehen wurde.**

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Es ist erkennbar, dass Aufgaben, die derzeit von den Gesundheitszentren wahrgenommen werden (weil sie im Moment von keinen anderen Anbietern wahrgenommen werden), in das PHC-Konzept eingeflossen sind. Gerade aus diesem Grund wird auch vom Gesundheitsfonds selbst die Übertragung von Aufgaben in zukünftige Primärversorgungsmodelle angedacht. Das war auch der Grund dafür, dieses Thema im Auftrag zur strategischen Weiterentwicklung der Gesundheitszentren mitzudenken.*

**Trotzdem wird im aktuell vorliegenden Ergebnisbericht 2015 die Implementierung des Konzeptes für die multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung als zu den Zielen der Gesundheitszentren gehörig gezählt.**

Zur Weiterentwicklung der Gesundheitszentren führt der Gesundheitsfonds aus, dass **eine Überführung der Aufgaben in die Primärversorgung angedacht werde** und dass es **Ziel sei, die Gesundheitszentren als eigene Organisationsstruktur aufzulösen.**

Aus Sicht des LRH wäre zu hinterfragen, ob die Gesundheitszentren bis zur Umsetzung einer flächendeckenden „Primärversorgung Neu“ **weitergeführt werden sollten** und damit in gewissen Aufgabenbereichen **Parallelstrukturen** bestehen (bleiben) bzw. weiter ausgebaut werden.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Aus Sicht des Gesundheitsfonds kann eine Parallelstruktur durchaus auch sinnvoll sein, weil der Aufbau und die Etablierung von PHC-Modellen noch mehrere Jahre dauern werden und es sonst regional zu Lücken im Bereich der Information und Koordination kommen kann.*

Weiters wäre zu prüfen, ob nicht andere, **bereits bestehende Strukturen/Organisationen** das über mehrere Jahre entwickelte Aufgabenspektrum der Gesundheitszentren übernehmen könnten bzw. dieses ohnehin bereits anbieten.

So ist etwa das **Entlassungsmanagement** als Aufgabe der Krankenanstalten definiert und könnte nach einer entsprechenden Umschichtung der Finanzierungsströme um weitere Aspekte der Pflegeberatung und Pflegemediation ergänzt werden.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Gerade die geforderte Überprüfung hat bereits stattgefunden, wenn zum Beispiel festgestellt wurde, dass ein strukturiertes Entlassungsmanagement in einem Krankenhaus nicht etabliert war und das Gesundheitszentrum diese Aufgabe übernommen hat. Oder – wie es beispielsweise am Standort Mürzzuschlag der Fall war – das Entlassungsmanagement in das Krankenhaus übergeführt wurde, und zwar mit Unterstützung des Knowhows der Mitarbeiterinnen des Gesundheitszentrums.*

Aufgrund der **demografischen Entwicklung** und **gesellschaftlicher Veränderungen** wird diesem Versorgungsangebot immer **stärkere Bedeutung** zukommen.

Bereits im Evaluierungsbericht zu den Gesundheitszentren aus dem Jahr 2013 wird festgestellt, dass sich die Ziele der **Gesundheitszentren** sowie der Auf- und Ausbau des Entlassungsmanagements **in steirischen Krankenanstalten überlappen**.

Der LRH ist daher der Ansicht, dass **mit einem etablierten bedarfsgerechten Entlassungsmanagement in der KAGes**, nach Umsetzung der BQLL AUFEM, **diesbezügliche Aktivitäten der Gesundheitszentren nicht mehr erforderlich** sind.

**Alle Ressourcen**, die für das Entlassungsmanagement **eingesetzt werden bzw. zur Verfügung stehen könnten**, sollten **koordiniert** und damit effizient eingesetzt werden.

Festgestellt wird, dass sich der **Schwerpunkt der Gesundheitszentren in Richtung Pflege** entwickelt hat. Für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit sozialen Diensten stünde nach dem SHG das Modell der ISGS zur Verfügung, das allerdings steiermarkweit nie einheitlich umgesetzt wurde.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Die Aufgabe der Gesundheitszentren besteht bis zum jetzigen Zeitpunkt im Schwerpunkt Information und Koordination und nicht in der Erbringung von sozialen Diensten. Die Information erfolgt anbieterunabhängig und neutral.*

*Damit wurde eine Parallelentwicklung zu Angeboten von anderen Anbietern bewusst vermieden. Im Übrigen stellt die Struktur der ISGS keine Alternative dar, da diese – wie der Landesrechnungshof selbst anmerkt – nie steiermarkweit einheitlich umgesetzt worden ist.*

Da die Gemeinden die sozialen Dienste zu gewährleisten haben, werden sich auch die neuen Gemeindestrukturen auf die regionale Versorgungssteuerung entsprechend auswirken.

Zur Gesundheitsförderung stellt der LRH fest, dass derzeit **viele gesundheitsfördernde Angebote nebeneinander** bestehen, die von **unterschiedlichen Stellen wahrgenommen werden**.

Die **Koordinierung über die Gesundheitszentren** war dafür bisher **nicht ausreichend**, sondern sollte eine Aufgabe des **Gesundheitsfonds** sein. Darüber hinaus sollten auch die gesundheitsfördernden Aktivitäten der **Abteilungen des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung** und der Sozialversicherungsträger darauf abgestimmt werden.

Es wird empfohlen, die **Wirkungen sämtlicher Maßnahmen** in der Gesundheitsförderung in regelmäßigen Abständen **zu evaluieren**.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Dazu wird auf die Anmerkung zu Kapitel 10.2 verwiesen.*

Wie bereits im Folgebericht des LRH „Leistungsangebot des Landes Steiermark für ältere Menschen“ 2014 festgehalten, sollte **zuerst der Bedarf an Betreuungs- und Beratungsdiensten** erhoben, bereits **vorhandene Angebote abgestimmt** und auf **Synergien überprüft** werden.

Danach sind die Angebote zentral so zu bündeln, dass im Sinne des **Zieles „mobil vor stationär“** für die Patienten bzw. Betreuungs- und Pflegebedürftigen eine **koordinierte Versorgung** sowie ein Überblick über alle Möglichkeiten sichergestellt werden.

**Stellungnahme des Herrn Landesrates Mag. Christopher Drexler:**

*Gerade die Abstimmung mit bereits vorhandenen Angeboten und die Prüfung von Synergien war unter anderem im Auftrag an ein externes Beratungsunternehmen enthalten, wie in der an den Landesrechnungshof übermittelten Unterlage Nr. 10 (Vertrag über die Konzeption von Gesundheitszentren) ersichtlich ist.*

Der Landesrechnungshof legte das Ergebnis seiner Überprüfung in der am 16. März 2015 abgehaltenen Schlussbesprechung ausführlich dar.

Teilgenommen haben:

vom Büro des Herrn

Landesrates Mag. Christopher Drexler: Franz ZENZ

vom Gesundheitsfonds

Steiermark:

DI Harald GAUGG

Dr. Gert KLIMA

Mag. Sandra MARCZIK-ZETTINIG

von der Abteilung 8 Wissenschaft und  
Gesundheit:

Dr. Birgit STRIMITZER-RIEDLER

von der Fachabteilung Gesundheit und  
Pflegermanagement:

Dr. Dietmar MÜLLER

von der Steiermärkischen  
Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.:

Mag. Birgit FAHRNBERGER

Dr. Gerhild PAUKOVITSCH-JANDL

vom Landesrechnungshof:

LRH-Dir. Dr. Margit KRAKER

Mag. Georg GRÜNWALD

Hannelore BRAUNEGGER



### 13. FESTSTELLUNGEN UND EMPFEHLUNGEN

Der LRH überprüfte das Projekt „Gesundheitszentren Steiermark“ von der Eröffnung des ersten Gesundheitszentrums in Mürzzuschlag im Juli 2010 bis Februar 2015.

#### **Nach Durchführung des Anhörungsverfahrens ergeben sich folgende Feststellungen und Empfehlungen:**

- Durch den Gesundheitsfonds wurden Gesundheitszentren jeweils an den Standorten der LKH in Mürzzuschlag im Jahr 2010, in Bad Aussee im Jahr 2011, in Hartberg sowie auf der Stolzalpe im Jahr 2013 errichtet. Eine Definition des konkreten Leistungsspektrums von Gesundheitszentren ließ sich weder aus den Landtagsbeschlüssen noch aus einem Schreiben des BM für Gesundheit ableiten. Das Leistungsspektrum wurde aufgrund von Evaluierungs-/ Weiterentwicklungsberichten beauftragter Beratungsunternehmen (insgesamt in Höhe von € 302.200,--) mehrmals adaptiert.
  
- Darauf hingewiesen wird, dass mit dem im Juni 2014 von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossenen Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich („Primärversorgung Neu“) für bestehende Einrichtungen der Versorgungskoordination, zu denen die Gesundheitszentren gehören, keine explizite Rolle mehr vorgesehen wurde.
  - **Es wäre zu prüfen, ob nicht andere, bereits bestehende Strukturen/Organisationen das über mehrere Jahre entwickelte Aufgabenspektrum der Gesundheitszentren übernehmen könnten bzw. dieses ohnehin bereits anbieten.**
  
  - **So ist etwa das Entlassungsmanagement als Aufgabe der Krankenanstalten definiert und könnte nach einer entsprechenden Umschichtung der Finanzierungsströme um weitere Aspekte der Pflegeberatung und Pflegemediation ergänzt werden.**
  
  - **Der LRH ist der Ansicht, dass nach vier Jahren der Projektierung (2010 bis 2014) mit Gesamtaufwendungen von rund €1,4 Mio. eine konkrete Entscheidung über die Zukunft der Gesundheitszentren zu treffen wäre.**

- Infolge des Rückganges der familiären Betreuungsmöglichkeiten, der demografischen Entwicklung, der Zunahme von chronisch/mehrfach Erkrankten, einer verkürzten Verweildauer im Krankenhaus und auf Basis des Artikels 5 der Vereinbarung OFG wurde der Entlassungsprozess in der KAGes neu standardisiert (Serviceunterlage Koordiniertes Entlassungsmanagement in der KAGes).

Die von der KAGes vorgenommenen Aktualisierungen werden vom LRH begrüßt.

- **Für eine verpflichtende Anwendung wäre die Serviceunterlage als Richtlinie zu beschließen.**

- Von der KAGes wurde im Jänner 2015 eine Funktionsbeschreibung mit den Aufgaben, Kompetenzen und dem Anforderungsprofil für die „Pflege- und Entlassungsberatung in den LKH“ vorgegeben.

Die bereits in der Stellenausschreibung für den „Entlassungskordinator des LKH Bruck“ aus dem Jahr 2011 erwünschte Anforderung einer Weiterbildung im Case und Care-Management oder in der Pflegemediation fehlt in der aktuellen Funktionsbeschreibung der KAGes.

- **Da diese zusätzlichen Ausbildungen für komplexe Entlassungsprozesse und für die Umsetzung der Bundesqualitätsleitlinie zum Aufnahme- und Entlassungsmanagement in Österreich (BQLL AUFEM) von Bedeutung sind, sollte überlegt werden, diese Anforderungen in die Funktionsbeschreibung aufzunehmen. Dabei könnte das von der KAGes entwickelte Diskussionspapier über den tatsächlichen Personaleinsatz berücksichtigt werden.**

- Der LRH ist der Ansicht, dass mit einem etablierten bedarfsgerechten Entlassungsmanagement in der KAGes, nach Umsetzung der BQLL AUFEM, diesbezügliche Aktivitäten der Gesundheitszentren nicht mehr erforderlich sind.

- **Alle Ressourcen, die für das Entlassungsmanagement aufgewendet werden bzw. zur Verfügung stehen könnten, sollten koordiniert und damit effizient eingesetzt werden.**

- Aus den vorliegenden Leistungszahlen der Gesundheitszentren ist der Anteil stationärer, vom LKH vermittelter bzw. extramuraler Leistungen nicht erkennbar. Weiters ist aus den verfügbaren Daten nur ein Output ablesbar.

- **Nach Ansicht des LRH wären z. B. auch ein allfälliger „Erfolg“ im Sinne der Wirkungsorientierung (Outcome) sowie einige durch die Gesundheitszentren verursachten Veränderungen von Kennzahlen und deren ökonomische Auswirkung von Interesse.**

- Es gibt keinen direkten Zugriff auf die Homepages der vier Gesundheitszentren bzw. sind die Standorte nicht sofort ersichtlich. Das Leistungsspektrum der Gesundheitszentren ist nach außen nicht leicht erkennbar dargestellt.  
Auf den Homepages der LKH Bad Aussee, Hartberg und Mürzzuschlag gibt es keine Hinweise auf die dort eingerichteten Gesundheitszentren.
  - **Der LRH empfiehlt dem Gesundheitsfonds, im Internet eine ausreichende und leicht nachvollziehbare Information über Leistungen, Standorte und Aufgaben der Gesundheitszentren darzustellen.**
  - **Dies betrifft auch die Internetseiten der jeweiligen Verwaltungseinheiten auf Gemeinde- und Landesebene.**
  
- Zur Gesundheitsförderung stellt der LRH fest, dass derzeit viele gesundheitsfördernde Angebote nebeneinander bestehen, die von unterschiedlichen Stellen wahrgenommen werden.
  - **Die Koordinierung über die Gesundheitszentren war dafür bisher nicht ausreichend, sondern sollte eine Aufgabe des Gesundheitsfonds sein. Darüber hinaus sollten auch die gesundheitsfördernden Aktivitäten der Abteilungen des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung und der Sozialversicherungsträger darauf abgestimmt werden.**
  - **Die Wirkungen sämtlicher Maßnahmen in der Gesundheitsförderung sollten in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.**
  
- Wie bereits im Folgebericht des LRH „Leistungsangebot des Landes Steiermark für ältere Menschen“ 2014 festgehalten, sollte zuerst der Bedarf an Betreuungs- und Beratungsdiensten erhoben, bereits vorhandene Angebote abgestimmt und auf Synergien überprüft werden.
  - **Danach sind die Angebote zentral so zu bündeln, dass im Sinne des Zieles „mobil vor stationär“ für die Patienten bzw. Betreuungs- und Pflegebedürftigen eine koordinierte Versorgung sowie ein Überblick über alle Möglichkeiten sichergestellt werden.**

Graz, am 8. Juli 2015

Die Landesrechnungshofdirektorin:

Dr. Margit Kraker