



**2006**

**J A H R E S B E R I C H T**  
**G E S U N D H E I T S F O N D S S T E I E R M A R K**



Jahresbericht 2006

Gesundheitsfonds Steiermark

# **Jahresbericht 2006**

## **Gesundheitsfonds Steiermark**



### **Impressum**

Herausgeber und Medieninhaber:

Gesundheitsfonds Steiermark

Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark

Burggasse 4/DG, 8010 Graz

E-Mail: [gfst@stmk.gv.at](mailto:gfst@stmk.gv.at)

Druck: Medienfabrik Graz

### **Redaktionelle Gestaltung**

Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark

Gesamtkoordination: Dr. Johannes Koinig

### **Titelbild**

„Am Fenster“, 160 x 145 cm, Acryl auf Leinwand, 1988

Günter Marchel

# INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort .....	7
Chronik 2006 .....	11
1 DER GESUNDHEITSFONDS .....	13
1.1 Grundlagen .....	13
1.2 Aufgaben der Gesundheitsplattform .....	15
1.3 Mitglieder der Gesundheitsplattform .....	16
1.4 Beirat gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz .....	19
1.5 Gesundheitskonferenz .....	20
1.6 Fachbeirat für Frauengesundheit .....	21
1.7 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform .....	22
2 DIE GESCHÄFTSSTELLE .....	27
2.1 MitarbeiterInnen .....	28
3 DIE FINANZIELLE GEBARUNG DES GESUNDHEITSFONDS 2006 .....	29
3.1 Mittelaufbringung 2006 .....	31
3.2 Mittelverwendung 2006 .....	34
3.2.1 Krankenanstaltenfinanzierung .....	34
3.2.2 Reformpool (intramuraler Bereich) .....	38
3.2.3 Struktur-, Projekt- und Planungsmittel .....	39
3.2.4 Sonstige Zahlungen .....	40
4 AKTIVITÄTEN 2006 .....	41
4.1 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) .....	41
4.1.1 LKF-Modell 2006 .....	41
4.2 Leistungsdaten 2006 .....	42
4.3 Reformpool .....	50
4.3.1 Grundsätzliches .....	50
4.3.2 Ziele der Reformpoolprojekte .....	50
4.3.3 Gesamtmittel für den Reformpool .....	51
4.3.4 Inhalte – Themenbereiche .....	53
4.3.5 Durchführung von Reformpoolprojekten .....	54
4.3.6 Kurzbeschreibungen der Reformpoolprojekte in der Steiermark ..	55
4.4 e-Health .....	60
4.5 Medizinische Datenqualität .....	61
4.5.1 Expertengruppe Medizinische Qualitätskontrolle – medQK .....	62
4.5.2 Medizinische Datenqualität – Warnings .....	66

## Inhaltsverzeichnis

---

4.6	Strukturplanung/ÖSG .....	68
4.6.1	Ausgestaltung des ÖSG .....	68
4.6.2	Umsetzung in der Steiermark .....	69
4.7	Zonenkonferenzen .....	70
4.8	Sonstige Aktivitäten der Geschäftsstelle .....	71
Anhang 1: Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten .....		73
Anhang 2: Bilanz 2006 .....		74
Anhang 3: Gewinn- und Verlustrechnung – Teil 1 .....		75
Anhang 3: Gewinn- und Verlustrechnung – Teil 2 .....		76
Anhang 4: Fondskrankenanstalten in der Steiermark .....		77
Anhang 5: Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik .....		78
Anhang 6: LDF-Pauschale – Darstellung der Einzelkomponenten .....		79
Abkürzungsverzeichnis .....		80



## VORWORT

*Mit der Errichtung der Gesundheitsplattform Steiermark können erstmals die Interessen, Anliegen und Vorhaben des intramuralen und extramuralen Bereichs von allen EntscheidungsträgerInnen gemeinsam diskutiert und aufeinander abgestimmt werden.*



*Somit wird das Gesundheitssystem als Einheit betrachtet und dadurch werden die bestehenden „Mauern“ zumindest teilweise abgerissen. Ein Zeichen dafür, dass auch im Bereich der Finanzierung ein Umdenken in Gang gesetzt wird, ist der eingerichtete Reformpool, der aus gemeinsamen Mitteln des Landes sowie der Sozialversicherung befüllt und für Projekte zur Verbesserung der integrierten Versorgung ganz im Sinne unserer PatientInnen verwendet wird.*

*Diese Vernetzung des intra- und extramuralen Bereichs zeigt sich in der Steiermark auch ganz deutlich durch die Besetzung der Geschäftsführung des Gesundheitsfonds, dem Nachfolger des bisherigen Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds; als einziges Bundesland Österreichs wird ein Geschäftsführer vom Land Steiermark und ein weiterer von den Sozialversicherungen gestellt. Die Zusammenarbeit wird also tagtäglich in der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark gelebt.*

*Bestehende Mauern und alte Denkmuster konnten aber nicht nur im Hinblick auf die Finanzierung und Planung des Gesundheitswesens abgebaut werden. Durch die erste Gesundheitskonferenz der Steiermark zum Thema „Women´s Health“ konnte auch auf das bestehende Ungleichgewicht der medizinischen und pflegerischen Versorgung zwischen Frauen und Männern aufmerksam gemacht werden. Als Ergebnis dieser Gesundheitskonferenz richtete die steirische Gesundheitsplattform als erste Gebietskörperschaft im deutschsprachigen Raum einen eigenen Fachbeirat für Frauengesundheit ein, der all ihre Maßnahmen auf die Wirksamkeit der Frauengesundheit prüft und gegebenenfalls Verbesserungen vorschlägt.*

*Im Jahr 2007 werden die bisherigen Bestrebungen zu einer einheitlichen Betrachtung des Gesundheitssystems, wie beispielsweise durch die erstmalig gemeinsame Planung der Versorgungsstruktur im Rahmen des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark, mit Nachdruck weiterverfolgt. Doch die Zusammenarbeit und das Abreißen von Mauern sind nicht nur innerhalb des Gesundheitswesens zu forcieren, sondern auch darüber hinaus. Vor allem im Hinblick auf die Umsetzung der Gesundheitsziele der Steiermark sind alle politischen Verantwortlichen der einzelnen Bereiche zur konstruktiven und aktiven Mitarbeit aufgerufen.*

*Denn Gesundheit geht uns alle an!*

LR Mag. Helmut Hirt

Obmann der Stmk. GKK Josef Pessler

Vorsitzender und Stellvertretender Vorsitzender  
der Gesundheitsplattform Steiermark



## VORWORT

*Das erste Jahr des Gesundheitsfonds stellt für jede Geschäftsführung eine besondere Herausforderung dar. Zur Bewältigung der umfassenden und sektorenübergreifenden Aufgaben des Gesundheitsfonds sind in der Steiermark optimale Voraussetzungen geschaffen worden. Die Steiermark ist das einzige Bundesland, das zwei hauptamt-*



*liche Geschäftsführer eingesetzt hat – einen vom Land und einen von der Sozialversicherung. Diese Konstruktion ermöglicht es, dass gerade bei Aufgaben in diesem neu geschaffenen Kooperationsbereich mit den zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich angesiedelten und abzustimmenden Reformpoolprojekten alle Interessen einbezogen werden. Der Erfolg dieser Konstellation mündet – zumindest was die Anzahl der beschlossenen Reformpoolprojekte angeht – in einer führenden Rolle der Steirischen Gesundheitsplattform in Österreich.*

*Die Steirische Gesundheitsplattform hat von Anfang an das Thema Gesundheitsförderung/Public Health als einen Kernbereich ihrer Aufgaben festgelegt. Von ExpertInnen wurde ein Konzept für die steirischen Gesundheitsziele erarbeitet, das in der Gesundheitskonferenz im März 2007 von zirka 300 Personen diskutiert wurde.*

*Eine beständige und nachhaltige Verbesserung der Gesundheit aller Steirerinnen und Steirer kann nur durch Einflussnahme in allen politischen und gesellschaftlichen Bereichen erfolgen.*

*Um dies zu gewährleisten, sind Maßnahmen des Gesetzgebers im Sinne einer Health in all Policies (Gesundheit in allen Politikbereichen) anzustreben und zu fördern. Auch in diesem Bereich möchten wir als Plattform Impulsgeber und Vermittler im Interesse der Bevölkerung sein.*

*Auch im „traditionellen“ Bereich der Krankenversorgung wurden neue Akzente gesetzt. In der Steiermark findet man traditionell hohe Krankenhaushäufigkeiten in manchen Krankheitsgruppen im Vergleich zu Österreich und Europa. Die Wahl des Versorgungsortes wird durch Anreizsysteme, aber auch durch Gewohnheit beeinflusst. Um diese Unterschiede zu untersuchen und gegebenenfalls einzudämmen, wurde nach dem Vorbild Kärntens ein Benchmark-Modell erarbeitet. Dieses soll, begleitet durch eine Evaluierungsgruppe und ausführliche Analysen, als Basis für die Erarbeitung von Maßnahmen zur Gegensteuerung und von Verbesserungsvorschlägen dienen, um den medizinisch und ökonomisch besten Ort der Leistungserbringung zu finden.*

*Die große Herausforderung der Gesundheitsplattform ist die Neustrukturierung des gesamten ambulanten Sektors im Rahmen einer integrierten Struktur- und Angebotsplanung. Dafür wurden im Jahr 2006 alle Vorkehrungen getroffen, um Anfang 2007 eine tatsächlich integrierte Planung des steirischen Gesundheitsversorgungssystems als Projekt auszuschreiben und in diesem Rahmen auch Konzepte für alternative Ver-*



*sorgungssysteme zu erarbeiten. Die integrierte Gesundheitsplanung wird uns in den nächsten Jahren intensiv beschäftigen. Auch hier ist die gewählte Konstruktion der gleichberechtigten Partnerschaft zwischen Sozialversicherung und Land im Rahmen der Geschäftsführung des Gesundheitsfonds eine Voraussetzung für die erfolgreiche Weiterentwicklung des steirischen Gesundheitssystems.*

*Dipl.-Ing. Harald Gaugg*

*Dr. Siegfried Marchel*

*Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark*

## CHRONIK 2006

Jänner 2006	Beginn der Tätigkeit des von der Landesregierung bestellten Geschäftsführers des Gesundheitsfonds Herrn Dipl.-Ing. Harald Gaugg
Februar 2006	Kundmachung des Gesetzes vom 13. Dezember 2005 über die Errichtung des Gesundheitsfonds Steiermark (Inkrafttreten mit 1. Jänner 2006)
	Beginn der Tätigkeit des von der Sozialversicherung entsandten Geschäftsführers des Gesundheitsfonds Herrn Dr. Siegfried Marchel
	Erste (konstituierende) Sitzung der Gesundheitsplattform
März 2006	Zweite Sitzung der Gesundheitsplattform
Juni 2006	Erste Gesundheitskonferenz Thema: „Women’s Health – Gesundheitspolitik frauengerecht mitgestalten“
Juli 2006	Dritte Sitzung der Gesundheitsplattform
Oktober 2006	Vierte Sitzung der Gesundheitsplattform
November 2006	Fünfte Sitzung der Gesundheitsplattform

# 1 DER GESUNDHEITSFONDS

Der Gesundheitsfonds Steiermark (GFST) hat als Gesamtrechtsnachfolger des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds mit 1. Jänner 2006 dessen gesamte Aufgaben übernommen. Damit verbunden war eine Ausweitung und Neuausrichtung der an den Gesundheitsfonds gestellten Aufgaben.

## 1.1 Grundlagen

### Die Rechtsgrundlagen des Gesundheitsfonds

Der Gesundheitsfonds Steiermark wurde in Form eines öffentlich-rechtlichen Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit errichtet. Laut Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 68/2005 wurde den Ländern die Verpflichtung übertragen, Landesgesundheitsfonds zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung einzurichten (siehe dazu Artikel 14 Abs. 1 der Vereinbarung). Dies wurde vom Land Steiermark durch das Steiermärkische Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006 mit Wirksamkeit ab 1.1.2006 umgesetzt. Gemäß § 3 hat der Fonds einerseits insbesondere die Leistungen der Fondskrankenanstalten für jene Personen, für die ein Sozialversicherungsträger nach der Vereinbarung leistungspflichtig ist, abzugelten, und andererseits laut Gesetz übertragene Aufgaben im Bereich Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens wahrzunehmen wie etwa die Gewährung von Mitteln für krankenhauserlastende Maßnahmen, Projekte und Planungen.

Das Steiermärkische Gesundheitsfondsgesetz normiert

- die Gesundheitsplattform als oberstes Organ sowie
- die/den Vorsitzenden der Gesundheitsplattform als weiteres Organ

des Fonds. Die Artikel-15 a-B-VG-Vereinbarung sieht in der Organisation der Landesgesundheitsfonds lediglich die Gesundheitsplattform als Organ vor und lässt den Ländern weiteren Gestaltungsspielraum, den die Länder ihrerseits unterschiedlich genutzt haben.

Die Gesundheitsplattform besteht aus 21 Mitgliedern. Die Einberufung der Gesundheitsplattform erfolgt durch die/den Vorsitzenden. Für die Beschlussfähigkeit der Gesundheitsplattform ist die Anwesenheit von zumindest der Hälfte der Mitglieder, unter ihnen zumindest vier Landes- sowie vier SozialversicherungsvertreterInnen, notwendig.

Zur Aufbereitung der Entscheidungsgrundlagen und zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform tagt ein Beirat.

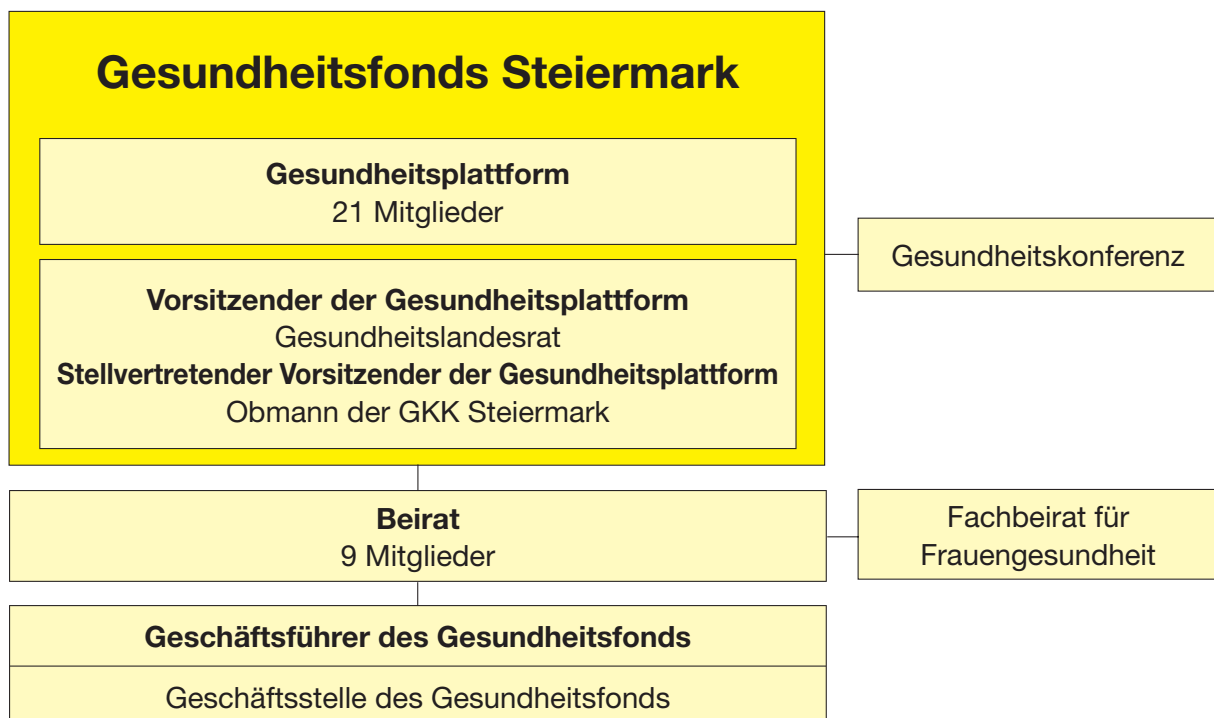
Die Gesundheitsplattform ist nach Bedarf, jedenfalls aber zweimal jährlich einzuberufen. Sie fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmengleichheit entscheidet die/der Vorsitzende.

Bei Angelegenheiten des Kooperationsbereiches ist in der Gesundheitsplattform Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung erforderlich. Unter Angelegenheiten des Kooperationsbereiches sind insbesondere Strukturveränderungen oder Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, zu verstehen. Zur Förderung dieser Angelegenheiten sind Bund und Länder übereingekommen, im Rahmen der Gesundheitsfonds für die Jahre 2005 und 2006 Mittel in der Höhe von mindestens 1 % und für die Jahre 2007 und 2008 Mittel in der Höhe von mindestens 2 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich bereitzuhalten (Reformpool).

In Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit des Landes besteht, hat das Land die Mehrheit; in Angelegenheiten, in denen die alleinige Zuständigkeit der Sozialversicherung besteht, hat die Sozialversicherung die Mehrheit. Der Bund hat ein Vetorecht bei Beschlüssen, die gegen Beschlüsse der Bundesgesundheitsagentur verstoßen.

Die Geschäftsstelle des Fonds ist das Amt der Landesregierung. Durch die Geschäftseinteilung des Amtes der Landesregierung ist sie organisatorisch der Fachabteilung 8A angeschlossen.

Die Gebarung des Gesundheitsfonds unterliegt der Kontrolle durch den Landesrechnungshof.



## 1.2 Aufgaben der Gesundheitsplattform

Die Gesundheitsplattform hat Aufgaben zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich wahrzunehmen und die Leistungsabgeltung im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sicherzustellen. In § 10 Absatz 1 des Gesundheitsfonds-Gesetzes sind die genannten Aufgaben beschrieben:

1. Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben für die Erbringung von Gesundheitsleistungen,
2. Darstellung des Budgetrahmens für die öffentlichen Ausgaben im intra- und extramuralen Bereich,
3. Mitwirkung bei der Erstellung konkreter Pläne (Detailplanungen gemäß Artikel 3 und 4) für die Erbringung von Gesundheitsleistungen in allen Sektoren des Gesundheitswesens, wobei die Qualitätsvorgaben gemäß Z. 1 zu berücksichtigen sind,
4. Umsetzung von leistungsorientierten Vergütungssystemen (ergebnisorientiert, pauschaliert und gedeckelt) unter Berücksichtigung aller Gesundheitsbereiche auf Basis entsprechender Dokumentationssysteme,
5. Durchführung von Analysen zur Beobachtung von Entwicklungen im österreichischen Gesundheitswesen, wobei insbesondere auch auf die geschlechtsspezifische Differenzierung zu achten ist,
6. Nahtstellenmanagement zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens,
7. Mitwirkung im Bereich Gesundheitstelematik,
8. Marktbeobachtung und Preisinformation,
9. Entwicklung von Projekten zur Gesundheitsförderung,
10. Entwicklung und Umsetzung konkreter strukturverbessernder Maßnahmen inklusive Dokumentation der Leistungsverschiebungen zwischen den Gesundheitssektoren einschließlich der Maßnahmen nach Artikel 26 der Vereinbarung (Reformpool),
11. Realisierung von gemeinsamen Modellversuchen zur integrierten Planung, Umsetzung und Finanzierung der fachärztlichen Versorgung im Bereich der Spitalsambulanzen und des niedergelassenen Bereichs (Entwicklung neuer Kooperationsmodelle und/oder Ärztezentren etc.),
12. Abstimmung der Ressourcenplanung zwischen dem Gesundheitswesen und dem Pflegebereich,
13. Erstellung von Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen,
14. Aufgaben, die dem Fonds durch Landesgesetz übertragen werden,
15. Evaluierung der von ihr wahrgenommenen Aufgaben.

### 1.3 Mitglieder der Gesundheitsplattform

Die Gesundheitsplattform besteht aus 21 Mitgliedern. Für jedes entsandte Mitglied kann ein Ersatzmitglied namhaft gemacht werden.

Entsprechend § 7 des Gesundheitsfonds-Gesetzes 2006 gehören der Gesundheitsplattform an

1. das für das Krankenanstaltenwesen zuständige Mitglied der Landesregierung als Vorsitzende/Vorsitzender;
2. fünf weitere Mitglieder des Landes, die von der Landesregierung entsandt werden;
3. vier Mitglieder der Sozialversicherung, die von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse unter Bedachtnahme auf die Interessen der Betriebskrankenkassen entsandt werden, darunter die Stellvertreterin/der Stellvertreter der/des Vorsitzenden;
4. zwei Mitglieder der Sozialversicherung, die einvernehmlich von der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Pensionsversicherungsanstalt, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, der Sozialversicherungsanstalt der Bauern und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter entsandt werden;
5. ein Mitglied, das vom Bund entsandt wird;
6. zwei Mitglieder, die von der Ärztekammer für Steiermark entsandt werden (davon zumindest ein Mitglied aus der Kurie der angestellten Ärzte);
7. je ein Mitglied, das vom Steiermärkischen Gemeindebund und von der Landesgruppe Steiermark des Österreichischen Städtebundes entsandt wird;
8. ein Mitglied, das von der Steiermärkischen Patienten- und Pflegeombudschaft entsandt wird;
9. zwei Mitglieder, die vom Rechtsträger der steirischen Landeskrankenanstalten entsandt werden;
10. ein Mitglied, das einvernehmlich von den Rechtsträgern der sonstigen steirischen Fondskrankenanstalten entsandt wird.

In der Sitzung vom 16. Jänner 2006 hat die Steiermärkische Landesregierung ihre Mitglieder und Ersatzmitglieder für die Gesundheitsplattform beschlossen. Auch die übrigen Institutionen haben ihre Vertreterinnen und Vertreter namhaft gemacht, sodass die Gesundheitsplattform im Jahr 2006 durchgehend folgende Zusammensetzung aufwies:

Mitglieder der Gesundheitsplattform	Entsendende Stelle
Mag. Helmut Hirt (Vorsitzender) Barbara Gross Mag. <sup>a</sup> Ursula Lackner Johann Bacher Nikolaus Koller Ing. Erich Amerer	VertreterInnen des Landes
Josef Pessler (stellvertretender Vorsitzender) Erich Lemler Ing. Alfred Reidlinger Herbert Gritzner	Vertreter der SV (Stmk. GKK + BKK)
Richard Neuhold Dr. Wolfgang Seidl	Vertreter der SV (österreichweite Träger)
Mag. Gerhard Embacher	Vertreter des Bundes
Dr. Herwig Lindner Dr. Jörg Pruckner	Vertreter der Ärztekammer Stmk.
Prof. Dietmar Pilz Bernd Rosenberger	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes Vertreter des Städtebundes LG Stmk
Mag. <sup>a</sup> Renate Skledar	Vertreterin der Patienten- und Pflegeombudsschaft
Ernst Hecke Dipl.-Ing. Christian Kehrer	Vertreter der Stmk. KAGes
Dr. Martin Piaty	Vertreter der sonstigen FondsKA

<b>Ersatzmitglieder</b>	<b>Entsendende Stelle</b>
Walter Kröpfl Klaus Zenz Mag. Christopher Drexler Dr. Michael Tripolt Bernhard Ederer	Vertreter des Landes
Josef Muchitsch Ing. Thomas Gebell Walter Zöhrer Mag. <sup>a</sup> Andrea Hirschenberger	VertreterInnen der SV (Stmk. GKK + BKK)
Dipl.-Ing. Kurt Völkl Manfred Maurer	Vertreter der SV (österreichweite Träger)
Dr. Lucia Ucsnik	Vertreterin des Bundes
Dr. Dietmar Bayer Dr. Norbert Meindl	Vertreter der Ärztekammer Stmk.
– Mag. Dr. Gerd Hartinger	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes Vertreter des Städtebundes LG Stmk.
Mag. <sup>a</sup> Waltraud Engler	Vertreterin der Patienten- und Pflegeombudsschaft
Dr. Edgar Starz Dr. August Gomsj	Vertreter der Stmk. KAGes
Mag. Robert Schober	Vertreter der sonstigen FondsKA

Neben den genannten Mitgliedern der Gesundheitsplattform können gemäß § 8 Abs. 7 Gesundheitsfonds-Gesetz jene Landtagsparteien, die nicht in der Regierung vertreten sind, zu den Sitzungen je eine Vertreterin beziehungsweise einen Vertreter entsenden. Diese haben jedoch kein Stimmrecht.

<b>Mitglieder ohne Stimmrecht</b>	<b>Entsendende Stelle</b>
Ingrid Lechner-Sonnek	Vertreterin Die Grünen
em. o. Univ.-Prof. Dr. Thomas Kenner	Vertreter KPÖ



## 1.4 Beirat gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz

Das Gesundheitsfonds-Gesetz sieht die Einrichtung eines Beirates vor, der die Entscheidungsgrundlagen aufzubereiten und die Sitzungen der Gesundheitsplattform vorzubereiten hat.

Er setzt sich aus neun Mitgliedern der Gesundheitsplattform zusammen, die sich durch Bevollmächtigte vertreten lassen können. Der Beirat setzt sich wie folgt zusammen:

1. drei vom Land bestellte Mitglieder (darunter der/die Vorsitzende),
2. drei von der Sozialversicherung entsendete Mitglieder (darunter die Stellvertreterin/der Stellvertreter des/der Vorsitzenden),
3. zwei von den Rechtsträgern entsendete Mitglieder (darunter das Mitglied der sonstigen steirischen Fondskrankenanstalten) und
4. ein von der Ärztekammer entsendetes Mitglied.

Mit Beschluss der Gesundheitsplattform wurden folgende Mitglieder bzw. Bevollmächtigte in den Beirat entsandt:

Beiratsmitglieder	Bevollmächtigter
Mag. Helmut Hirt	Dipl.Ing. Harald Gaugg
Barbara Gross	Univ.Prof. Dr. Horst Noack
Johann Bacher	Univ.Prof. Dr. Manfred Walzl
Josef Pessler	Dr. Siegfried Marchel
Herbert Gritzner	Dr. Robert Gradwohl
Ing. Alfred Reidlinger	Dr. Gert Klima
Ernst Hecke	Ernst Hecke
Dr. Martin Piaty	Dr. Martin Piaty
Dr. Herwig Lindner	Dr. Dietmar Bayer

Der Beirat tagte im Jahr 2006 fünf Mal und hatte die Inhalte der Sitzungen der Gesundheitsplattform zum Thema.

An der 5. Sitzung des Beirats nahm Frau Mag.<sup>a</sup> Sylvia Groth in ihrer Funktion als Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit erstmalig teil.

## 1.5 Gesundheitskonferenz

### 1. Steirische Gesundheitskonferenz, 29. Juni 2006, Flughafen Graz

# women's health

## Gesundheitspolitik frauengerecht mitgestalten

Die 1. Steirische Gesundheitskonferenz stand unter dem Schwerpunktthema „Frauengesundheit“. Eine frauenspezifische Perspektive beizubehalten ist bei Entscheidungen im Gesundheitswesen wichtig, um eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Frauen in der Steiermark sicherstellen zu können. Das Land Steiermark hat bereits 1998 mit dem Frauen- und Mädchengesundheitsbericht und auch 2003 mit dem Frauengesundheitsbericht (Grasser, 2003; Rásky, 1998) eine Schwerpunktsetzung in diese Richtung eingeleitet.

Den gesetzlichen Rahmen der 1. Steirischen Gesundheitskonferenz bildet das mit 1. Jänner 2006 in Kraft getretene Steiermärkische Gesundheitsfonds-Gesetz. Entsprechend diesem Gesetz ist zur Beratung des Fonds eine Gesundheitskonferenz einzurichten, in der die wesentlichen Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens vertreten sind.

Das Ziel, das mit der Einrichtung einer Gesundheitskonferenz erreicht werden soll, ist die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik mit allen AkteurInnen und Betroffenen.

MitarbeiterInnen der FH JOANNEUM, Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus, konzipierten und organisierten die Konferenz. Inhaltlich wurde die Konferenz vom wissenschaftlichen Komitee (Mag.<sup>a</sup> Gerlinde Grasser MScPH, Mag.<sup>a</sup> Sylvia Groth MAS, Mag.<sup>a</sup> Christa Peinhaupt und Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Éva Rásky MME) vorbereitet.

200 Personen nahmen an der Konferenz teil. Etwa ein Viertel der TeilnehmerInnen kam aus dem Bereich der Versorgung (Krankenhaus, Pflege), ein weiteres Viertel aus dem Bereich des Landes Steiermark und aus Einrichtungen wie der Arbeiterkammer, Berufsförderungsinstitut usw. Etwa ein Fünftel nahm aus dem Bereich der Schulen (größtenteils Schulen für Gesundheitsberufe) und Universitäten teil, ein weiteres Fünftel kam aus dem Bereich der Vereine und Non-Government-Organisationen. Weitere TeilnehmerInnen kamen von Versicherungen, sonstigen Beratungseinrichtungen, Berufsverbänden und Einrichtungen außerhalb der Steiermark.

Als Plenarreferentinnen konnten Dr.<sup>in</sup> Ellen Kuhlmann vom Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen, Dr.<sup>in</sup> Judith Fuchs vom Zentrum für Geschlechterforschung in der Medizin an der Charité in Berlin und Univ.-Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Éva Rásky, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz, gewonnen werden.

Am Nachmittag wurden in drei Workshops Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsplattform erarbeitet.

### **Handlungsempfehlungen für die Gesundheitsplattform aus dem Workshop „Gesundes Leben für Frauen“:**

- Einbindung der Pflege als frauendominierter Bereich in die Entscheidungsfindung in der Gesundheitspolitik bzw. konkret in die Gesundheitsplattform.
- Aufbau von Public Health Kapazität, um effektive Frauengesundheitsförderung zu ermöglichen.
- Partnerschaftliche, sektorenübergreifende und settingorientierte (lebensweltorientierte) Frauengesundheitsförderung ist notwendig.

### **Handlungsempfehlungen aus dem Workshop „Gesunde Gesundheitsberufe“:**

- Festschreibung von „gesunder Arbeitswelt“ (für Gesundheitsberufe) als Gesundheitsziel.
- Erstellung eines Steirischen Pflegeberichts, da es noch keine einheitliche Pflegebedarfserhebung gibt.
- Einrichtung einer ständigen Vertretung der Pflege- und Gesundheitsberufe in der Gesundheitsplattform zumindest in der Form eines kontinuierlich beratenden Gremiums.

### **Handlungsempfehlungen aus dem Workshop „Frauengerechte Versorgung“:**

- Einrichtung eines beratenden Gremiums für die Gesundheitsplattform, das sich mit Frauengesundheit auseinandersetzt.
- Sicherung des Zugangs zum Gesundheitswesen für alle benachteiligten Gruppen als allgemeines Qualitätskriterium des Gesundheitswesens.
- Förderung von Aus-, Fort- und Weiterbildung in allen Gesundheitsberufen und darin Etablierung von Frauengesundheit als Qualitätskriterium.

## **1.6 Fachbeirat für Frauengesundheit**

### **Konstituierung des Fachbeirates für Frauengesundheit:**

Als Folgewirkung der 1. Steirischen Gesundheitskonferenz zum Thema Frauengesundheit wurde von der Gesundheitsplattform in der Sitzung am 5.10.2006 der einstimmige Beschluss gefasst, einen Fachbeirat für Frauengesundheit einzurichten.

Als Vorsitzende des Fachbeirates wurde Frau Mag.<sup>a</sup> Sylvia Groth, Geschäftsführerin des Frauengesundheitszentrums, eingesetzt. Entsprechend der Beschlussfassung der Gesundheitsplattform wird die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit dem Beirat gemäß Steiermärkischem Gesundheitsfonds-Gesetz 2006 als ständige Expertin beigezogen.

Der Fachbeirat besteht aus Expertinnen der verschiedensten Fachrichtungen, die ihr Wissen und ihre Kenntnisse aus den unterschiedlichsten Bereichen in die Beratungen des Fachbeirates einbringen. Zielsetzung des Fachbeirates ist die Unterstützung der Gesundheitsplattform, bei der Entscheidungsfindung und bei allen Beschlussfassungen Frauengesundheit zu berücksichtigen. Dazu werden im Vorfeld der Sitzungen Projektanträge begutachtet und Empfehlungen ausgesprochen, deren Umsetzung beobachtet wird.

Der Fachbeirat für Frauengesundheit in der Steiermark ist österreichweit in dieser Form einzigartig.

### **1.7 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform**

Über die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wurden im Jahr 2006 fünf Sitzungen der Gesundheitsplattform organisiert und abgewickelt.

Insgesamt wurden 71 Tagesordnungspunkte vorbereitet. Die Gesundheitsplattform fasste 67 Beschlüsse und nahm 18 Berichte zur Kenntnis. Durch den großen TeilnehmerInnenkreis an den Gesundheitsplattformssitzungen und das Beiziehen von externen ExpertInnen, insbesondere zu den Reformpool- und Projektanträgen, war ein erheblicher administrativer Aufwand zu bewältigen.

Bestandteile jeder Gesundheitsplattformssitzung waren die Berichte des Vorsitzenden, des stellvertretenden Vorsitzenden sowie der Bericht aus der Beiratssitzung, die jeweils zeitlich vor der Sitzung der Gesundheitsplattform stattfand.

Dabei wurden nachfolgende wesentliche Tagesordnungspunkte beraten und zur Beschlussfassung vorgelegt:

#### **1. Sitzung der Gesundheitsplattform am 2. Februar 2006**

Erste und zugleich konstituierende Sitzung der Gesundheitsplattform

- Beschluss über die Geschäftsordnung
- Bericht des Vorsitzenden und der Geschäftsführung
- Termine 2006

#### **2. Sitzung der Gesundheitsplattform am 23. März 2006**

- Beschluss über
  - a) Voranschlag 2006
  - b) LKF-Abrechnungssystem für 2006
  - c) Vorläufigen LKF-Punktwert für 2006
  - d) Ambulanzpauschale 2006

- Beschluss über die Einstufung besonderer Leistungsbereiche 2006
- Kooperationsbereich – Reformpool
- Beschluss über die Weiterführung laufender Projekte
  - a) Diabetesschulungsprojekt
  - b) Herz.Leben
  - c) Gesundheitsinformationssystem Steiermark – GelSt
  - d) Finanzierung des weiteren Ausbaues der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark in den Jahren 2006 bis 2008
  - e) Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung des extramuralen Bereiches in der Steiermark im Jahr 2006
- Antrag der Ärztekammer Steiermark betreffend Modellprojekt „Medizinische Hauskrankenbehandlung im Bezirk Hartberg“
- Beschluss betreffend die Umwandlung von Zuschüssen für medizinisch-technische Großgeräte in allgemeine Investitionsmittel aus dem Jahr 2005
- Gesundheitsziele
- Termine
  - a) Gesundheitsplattform
  - b) Gesundheitskonferenz

### **Umlaufbeschluss der Gesundheitsplattform vom 30. März 2006**

Mittels Umlaufbeschluss wurden die Mitglieder zur Abstimmung über die organisatorische Vorbereitung und Konzeption der ersten steirischen Gesundheitskonferenz am 29. Juni 2006 aufgefordert. Mit Stimmenmehrheit wurde die Geschäftsführung ermächtigt, einen dem Angebot der FH Joanneum Gesellschaft mbH entsprechenden Auftrag zu erteilen.

### **3. Sitzung der Gesundheitsplattform am 6. Juli 2006**

- Beschluss über
  - a) Aufnahme des Geriatrischen Krankenhauses der Stadt Graz in die Fondsfinanzierung
  - b) Nachtragsvoranschlag für 2006
  - c) LKF-Abrechnungssystem für 2006
  - d) Einstufung spezieller Leistungsbereiche – Ergänzung
- Beschluss über das Antragsformular und das Rechenmodell betreffend Reformpoolprojekte
- Kooperationsbereich (Reformpool)
  - a) Beschluss über die Überführung von laufenden Projekten in den Reformpool
    - Herz.Leben
    - Palliativ- und Hospizversorgung in der Steiermark

- b) LKF-Abrechnungssystem für 2006
- c) Beschluss über die Durchführung des Disease Management Programms „Therapie Aktiv“
- d) Darstellung eingelangter Projekte
- e) Beschluss über weiterführende Maßnahmen
- Beschluss zur Aufnahme in die Projektvorbereitung betreffend Teleulcus und Medizinische Hauskrankenbehandlung Hartberg
- Beschluss betreffend das Schnittstellenprojekt „Lehrgang Schnittstellenmanagement“
- Bericht der Psychiatriekoordinatorin
- Beschluss betreffend das Projekt „Entwicklung einer bedarfsorientierten LKF-Finanzierung in der Steiermark“
- Beschluss betreffend die Erarbeitung von Gesundheitszielen
- Beschluss betreffend die Umsetzung des ÖSG in einen regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) für die Steiermark
- Beschluss betreffend Tabakprävention
- Beschluss betreffend die Nominierung eines e-Health-Koordinators für die Steiermark
- Beschluss betreffend die Ermächtigung der Geschäftsführung zur begrenzten Auftragserteilung
- Beschluss über die Aufnahme von MitarbeiterInnen in den Fonds
- Beschluss über den Geschäftsbericht 2005 des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds
- Beschluss über den Bericht betreffend die widmungsgemäße Verwendung der SKAFF-Investitionsmittel 2003

#### **4. Sitzung der Gesundheitsplattform am 5. Oktober 2006**

- Beschluss über die Einstufung spezieller Leistungsbereiche 2006 – Abrechnung medizinischer Einzelleistungen nach dem Tagesklinikmodell
- Beschluss über die Zusammenarbeit des Fonds mit der Forschungsgesellschaft Joanneum Research
- Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung des extramuralen Bereiches in der Steiermark im Jahr 2007
- Bericht über die 1. Steirische Gesundheitskonferenz
- Beschluss über die Gründung und Einbindung des Fachbeirates Frauengesundheit
- Bericht des e-Health-Koordinators Steiermark
- Beschluss über eingereichte Reformpoolprojekte

## 5. Sitzung der Gesundheitsplattform am 30. November 2006

Letzte Sitzung des Jahres 2006

- Beschluss über die Einstufung spezieller Leistungsbereiche 2006 – Genehmigung der Abrechnung von ausgewählten speziellen medizinischen Einzelleistungen (Kyphoplastie)
- Beschluss über die Verwendung nicht ausgeschöpfter Struktur- und Projektmittel 2006 sowie über nicht in Anspruch genommene Reformpoolmittel des intramuralen Bereiches 2006
- Beschluss über den Voranschlag 2007
- Beschluss über das LKF-Abrechnungssystem für 2007
- Beschluss über den vorläufigen LKF-Punktwert für 2007
- Beschluss über die Ambulanzpauschale für 2007
- Beschluss über die Gesellschaftsgründung
- Beschluss über die Vorbereitung der nächsten Gesundheitskonferenz
- Beschluss über Aufteilungsschlüssel in Reformpoolprojekten
- Beschluss über die Durchführung des Reformpoolprojektes „Integrierte Versorgung koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose in der Steiermark“
- Beschluss über die Vorbereitung des Reformpoolprojektes „Integrierte Versorgung Schlaganfall in der Steiermark“
- Beschluss über die Durchführung des Reformpoolprojektes „Nahtstellenmanagement im Großraum Graz“
- Beschluss über die Vorbereitung des Reformpoolprojektes „Rückenschmerz“
- Beschluss über die Förderung des Projektes „Baby-ELGA“ aus Projektmitteln des Fonds

## **2 DIE GESCHÄFTSSTELLE**

Die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark führt die laufenden Geschäfte des Gesundheitsfonds Steiermark. Weitere wesentliche Aufgaben sind die Gesamtkoordination des intra- und extramuralen Bereichs, die Vorbereitung der Sitzungen und Koordinierung der Beschlüsse der Gesundheitsplattform sowie die Erstellung eines Voranschlags und Rechnungsabschlusses für die vom Gesundheitsfonds zu verwaltenden Mittel.

Die Leitung der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark wird von Dipl.-Ing. Harald Gaugg und Dr. Siegfried Marchel wahrgenommen.



## 2.1 MitarbeiterInnen

<b>Geschäftsführer</b>	<b>Assistenz der Geschäftsführung</b>
Dipl.-Ing. Harald GAUGG Telefon: +43-(0)316-877-4854 E-Mail: harald.gaugg@stmk.gv.at	Sieglinde WINKELMAIER Telefon: +43-(0)316-877-5572 E-Mail: sieglinde.winkelmaier@stmk.gv.at
Dr. Siegfried MARCHEL Telefon: +43-(0)316-877-5567 E-Mail: siegfried.marchel@stmk.gv.at	Andrea BURESCH Telefon: +43-(0)316-877-5569 E-Mail: andrea.buresch@stmk.gv.at
<b>Planung und Steuerung</b>	<b>Finanzen und Rechnungswesen</b>
Mag. Hans-Peter ORTNER Telefon: +43-(0)316-877-5577 E-Mail: hans-peter.ortner@stmk.gv.at	Mag. Wolfgang FISCHER Telefon: +43-(0)316-877-5570 E-Mail: wolfgang.fischer@stmk.gv.at
Alexandra ZIERLER Telefon: +43-(0)316-877-5574 E-Mail: alexandra.zierler@stmk.gv.at	Sonja RINNER Telefon: +43-(0)316-877-5581 E-Mail: sonja.rinner@stmk.gv.at
Andrea KIENZL Telefon: +43-(0)316-877-5573 E-Mail: andrea.kienzl@stmk.gv.at	<b>Buchhaltung</b>
Ing. Johannes STROHRIEGEL Telefon: +43-(0)316-877-5576 E-Mail: johannes.strohriegel@stmk.gv.at	Michaela SCHRÖTTNER Telefon: +43-(0)316-877-5578 E-Mail: michaela.schroettner@stmk.gv.at
	<b>Datenverarbeitung</b>
	Ing. Alfred SCHWAB Telefon: +43-(0)316-877-5575 E-Mail: alfred.schwab@stmk.gv.at
<b>Med. Support und Qualitätssicherung</b>	<b>Rechtsangelegenheiten</b>
Dr. Johannes KOINIG Telefon: +43-(0)316-877-5547 E-Mail: johannes.koinig@stmk.gv.at	Mag. <sup>a</sup> Ulrike ROTH Telefon: +43-(0)316-877-5549 E-Mail: ulrike-maria.roth@stmk.gv.at
Annemarie EHMANN Telefon: +43-(0)316-877-5571 E-Mail: annemarie.ehmann@stmk.gv.at	

### **3 DIE FINANZIELLE GEBARUNG DES GESUNDHEITSFONDS 2006**

Das Jahr 2006 ist das erste Jahr des Gesundheitsfonds Steiermark. Die Finanzierung der steirischen Fondskrankenanstalten erfolgte im Rechnungsjahr 2006 nach dem österreichweit einheitlich festgelegten Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, ergänzt durch den für die Steiermark festgelegten Steuerungs- bereich (Gewichtungsfaktoren für Zentral- und Schwerpunktversorgung). Um Finanzierungs- und Liquiditätsengpässe bei den Fondskrankenanstalten zu vermeiden, wurden die zugeflossenen Mittel umgehend weitergeleitet.

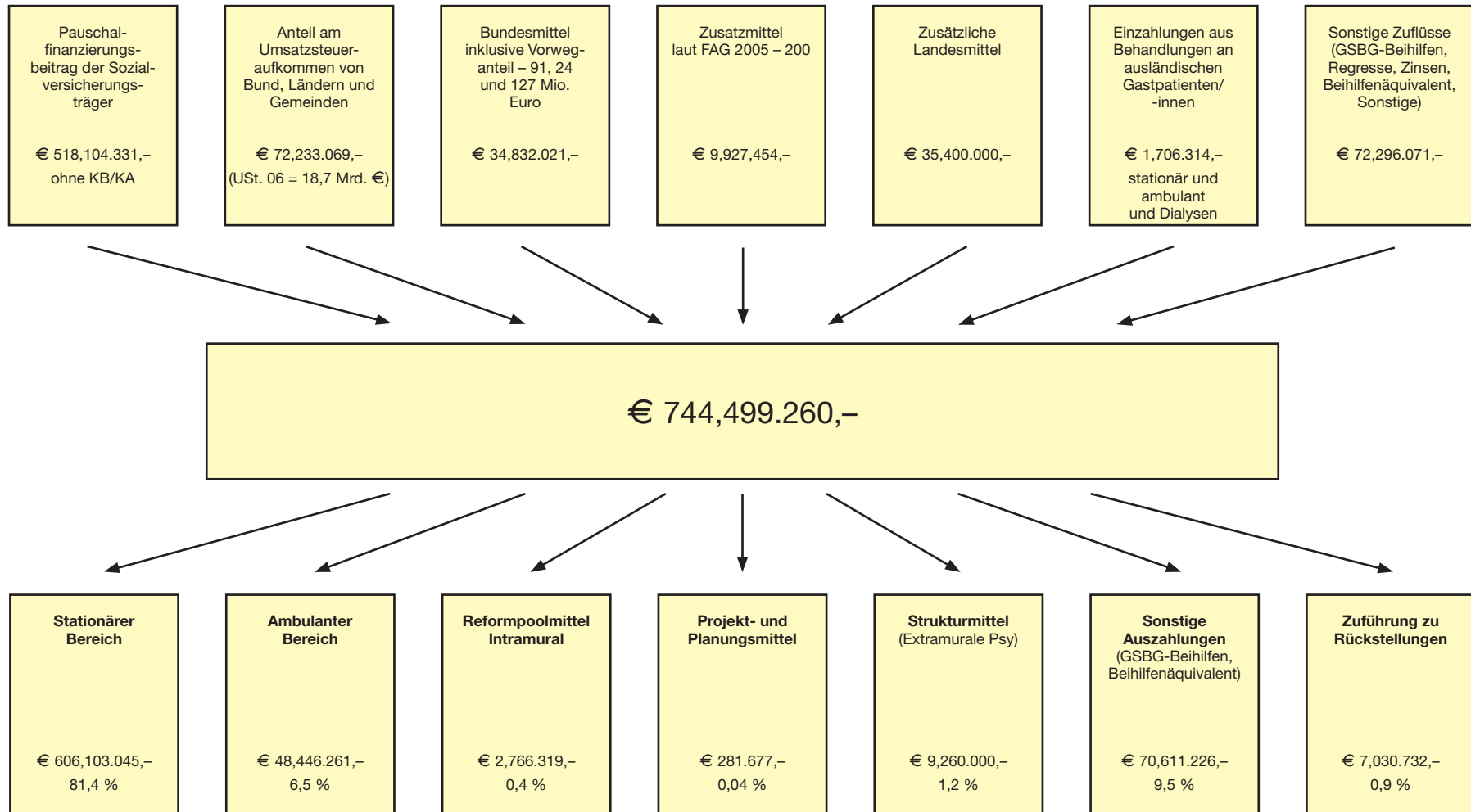
Der Gesundheitsfonds Steiermark hat keine aktive „Rücklagenpolitik“ betrieben, sondern aufbauend auf dem Grundsatz der Periodenzugehörigkeit lediglich die zu erwartenden Erträge für stationäre Behandlungen an ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten des Jahres 2006, wie schon in den Vorjahren durch den steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds vollzogen, einer entsprechenden Forderungs- und Rückstellungsbildung zugeführt. Zusätzlich wurden entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform vom 30. November 2006 die noch widmungsgemäß zu verwendenden Mittel für Projekte einer Rückstellung zugeführt.

Als ein Schwerpunkt der Artikel-15 a-B-VG-Vereinbarung für die Jahre 2005 bis 2008 ist neben der leistungsorientierten Finanzierung der Kooperationsbereich (Reform-pool) zu sehen. Entsprechend diesen Bestimmungen wurden im intramuralen Bereich Mittel vorgesehen und ausgezahlt. Wie in den Jahren zuvor wurden Maßnahmen zur Entlastung des Krankenhausbereiches sowie Strukturmaßnahmen und Projekte seitens des Gesundheitsfonds finanziert.

Der Mittelzufluss und dessen Verwendung lassen sich in folgender Übersicht darstellen:

# Mittelzufluss und Mittelverwendung des Gesundheitsfonds Steiermark 2006

Stand 30. 4. 2007



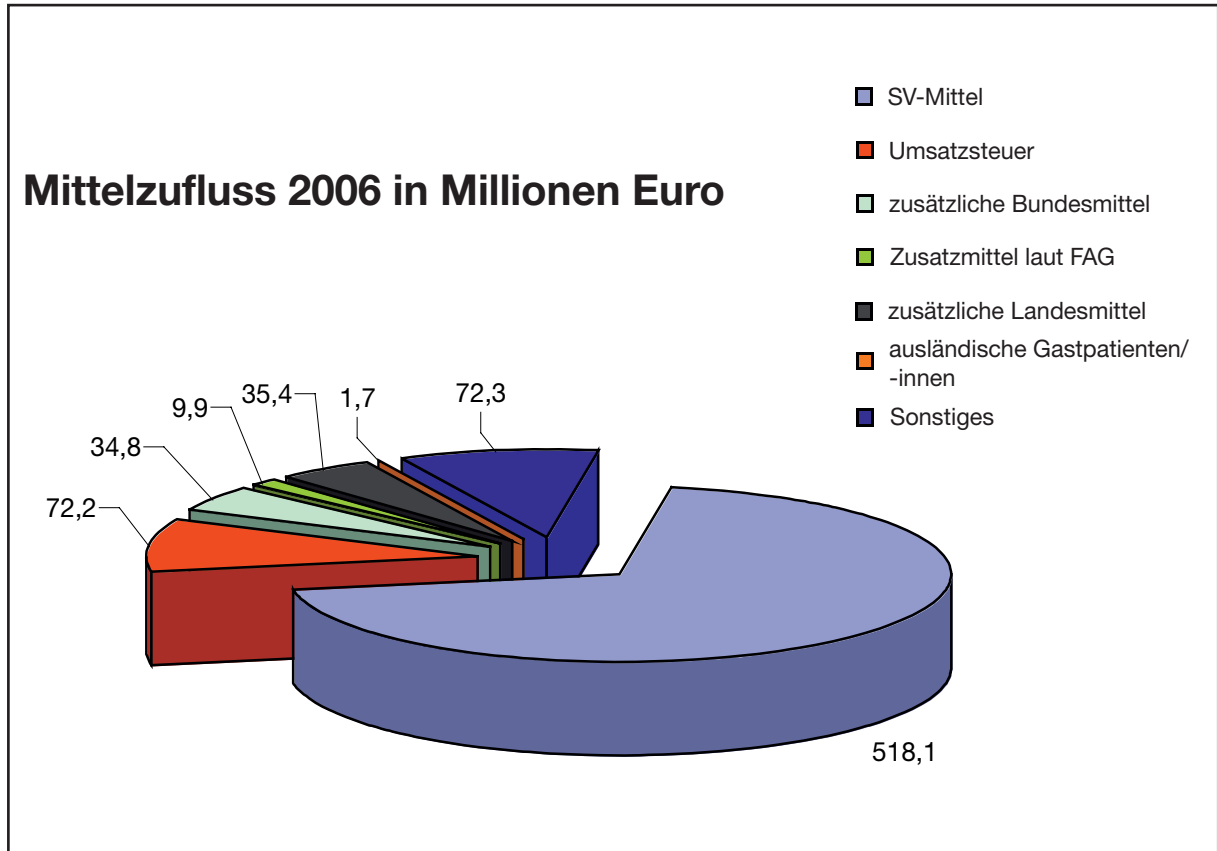
### 3.1 Mittelaufbringung 2006

Die Dotierung der Landesgesundheitsfonds ist in der Artikel 15a B-VG - Vereinbarung geregelt und weist, wie schon in den Vorjahren, folgende Finanzierungsquellen auf:

- Beiträge der Sozialversicherungsträger
- Beiträge des Bundes, der Länder und Gemeinden aus dem Aufkommen an Umsatzsteuer
- Beiträge des Bundes / Bundesgesundheitsagentur
- Zusatzmittel lt. FAG 2005
- Beiträge des Landes Steiermark
- Ausländische GastpatientInnen
- Sonstige Mittel, unter anderem Mittel gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz (GSBG)

Die Mittelaufbringung des Gesundheitsfonds Steiermark im Jahr 2006 erfolgte überwiegend durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, den Bund / Bundesgesundheitsagentur, das Land Steiermark und die Gemeinden (Umsatzsteueranteile).

Die nachstehende Grafik gibt einen Überblick über die Finanzierungsquellen:



Dem Gesundheitsfonds Steiermark sind im Rechnungsjahr 2006 rund 744,5 Mio. Euro zugeflossen. Damit sind rund 17,1 Mio. Euro mehr als veranschlagt dem Fonds zugegangen, das ist ein Plus von 2,4 %. Verantwortlich dafür waren Mehreinnahmen bei den Beiträgen der Sozialversicherung und die gute Entwicklung beim Aufkommen der Umsatzsteuer. Als budgetneutral ist das Mehraufkommen bei den GSBG-Beihilfen zu betrachten.

### **Die Einnahmenpositionen sind wie folgt zu kommentieren:**

Aus den **Umsatzsteueranteilen des Bundes** ist ein Anteil von 1,416 % für die Krankenanstaltenfinanzierung heranzuziehen. Entsprechend dem Steiermarkanteil von 12,884 % aus diesem Titel sind dem Gesundheitsfonds 2006 rund 34,0 Mio. Euro zugeflossen. Auf Grund der vorsichtigen Budgetierung des Aufkommens an Umsatzsteuer 2006 bedeutet dies ein Plus von rund 2,3 Mio. Euro oder 7,15 %.

Die Zwischenabrechnung des Bundesministeriums für Finanzen ergab für 2006 ein Umsatzsteueraufkommen von rund 18,645 Mrd. Euro nach Abzug der Beihilfen nach dem GSBG. Damit wurde die Prognose der Fondsverwaltung um rund 1,245 Mrd. Euro oder 7,15 % übertroffen.

Die **zusätzlichen Bundesmittel** wurden bis auf den Teilbetrag gemäß Artikel 17 Abs. 2 Z. 4 exakt budgetiert und sind auch in dieser Höhe dem Gesundheitsfonds zugeflossen. Beim letztgenannten Teilbetrag kam es zu Mehreinnahmen von rund 0,1 Mio. Euro oder 0,8 % durch die Endabrechnung 2005 der Bundesgesundheitsagentur.

Den Landesgesundheitsfonds stehen jährlich 0,949 % des Umsatzsteueraufkommens aus dem Titel **Umsatzsteueranteile der Länder** zur Verfügung. Im Rechnungsjahr ist es zu Mehreinnahmen in Höhe von rund 1,5 Mio. gekommen. Aus dieser Position standen somit rund 22,8 Mio. Euro zur Verfügung.

Weiters leistete das Land Steiermark dem Gesundheitsfonds Zahlungen in Höhe von 35,4 Mio. Euro unter dem Titel „**Zusätzliche Mittel des Landes gemäß Artikel 17 Abs. 1 Z. 7 der Artikel-15 a B-VG-Vereinbarung**“. Diese Mittel fließen zum ersten Mal über den Gesundheitsfonds. Es wird damit die Forderung des Artikels 17 Abs. 1 letzter Absatz erfüllt, wonach die Landesgesundheitsfonds so zu dotieren sind, dass sichergestellt ist, dass zumindest 51 % der laufenden Kosten (inklusive Abschreibungen) durch marktmäßige Umsätze (Erlöse) finanziert werden.

Die **Umsatzsteueranteile der Gemeinden** betragen rund 15,4 Mio. Euro und lagen um ca. 1,0 Mio. Euro über dem Budgetwert.

Die Haupteinnahmequelle der Landesgesundheitsfonds sind die **Mittel der Sozialversicherungsträger**. Entsprechend den Bestimmungen der Artikel-15 a-B-VG-Vereinbarung hat der Hauptverband den Pauschalbetrag für 2006 mit zirka 3,515 Mrd. Euro festgelegt. Dem Gesundheitsfonds Steiermark ist davon der entsprechende Anteil, das sind rund 511,4 Mio. Euro, überwiesen worden.

Vereinbarungsgemäß ist im Oktober 2006 die Endabrechnung der Sozialversicherungsmittel 2005 durchgeführt worden. Daraus hat sich für den Gesundheitsfonds Steiermark eine Nachzahlung in Höhe von zirka 5,6 Mio. Euro ergeben.

Unter Einbeziehung dieser Mittel ergibt sich eine positive Abweichung zum Budgetwert in Höhe von ca. 7,2 Mio. Euro oder 1,41 %.

Seit 1. Juli 2006 werden die Leistungen der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation im Geriatrischen Krankenhaus über den Gesundheitsfonds abgerechnet. Dafür stellte der Hauptverband vereinbarungsgemäß 1,1 Mio. Euro zur Verfügung.

Weiters werden über den Hauptverband die Zusatzmittel gemäß Finanzausgleichsgesetz (FAG) 2005 bis 2008 abgerechnet und an die Landesgesundheitsfonds überwiesen. Aus den „sozialversicherungsaffinen Zusatzmitteln“ wurden rund 9,7 Mio. Euro überwiesen. Aus der Endabrechnung 2005 der Mehreinnahmen aus der Tabaksteuererhöhung flossen dem Gesundheitsfonds rund 0,2 Mio. Euro zu. Somit ergaben sich bei dieser Einnahmenposition Mittel in Höhe von zirka 9,9 Mio. Euro, gegenüber dem Voranschlag ein Plus von rund 0,2 Mio. Euro oder 2,4 %.

Zu den Mitteln der Sozialversicherung zählen weiters gemäß Artikel 17 Abs. 6 Z. 5 der Artikel-15 a-B-VG-Vereinbarung die Kostenbeiträge und Kostenanteile für Anstaltspflege, die von den Trägern der Krankenanstalten im Namen der Träger der Sozialversicherung für die Landesgesundheitsfonds eingehoben werden. Aus diesem Titel sind im Rechnungsjahr 2006 rund 4,2 Mio. Euro auszuweisen

Die **Mittel gemäß dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG)** sind die Beihilfen der Fondskrankenanstalten und stellen für den Fonds eine Durchlaufergröße dar. Sie sind einnahmen- und ausgabenseitig in gleicher Höhe ausgewiesen. Mit rund 70,4 Mio. Euro wurde der Voranschlagswert um rund 6,4 Mio. Euro oder 10,1 % überschritten.

Die **Sonstigen Mittel** des Gesundheitsfonds setzen sich aus den Einnahmen für die stationären und ambulanten Behandlungen an ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten, aus den Einnahmen aus Regressfällen, aus Zinserträgen und Sonstigen Einnahmen zusammen.

Für die Behandlungen an ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten sind rund 1,7 Mio. Euro zugeflossen. Gegenüber dem Voranschlagswert bedeutet dies ein Minus von rund 2,5 Mio. Euro oder – 62,8 %, was auf zu geringe Zahlungen seitens der ausländischen Krankenversicherungsträger im Jahr 2006 zurückzuführen ist.

An Regresseinnahmen standen dem Fonds 2006 rund 0,7 Mio. Euro zur Verfügung. Die Mehreinnahmen betragen ca. 0,3 Mio. Euro oder 76,4 %.

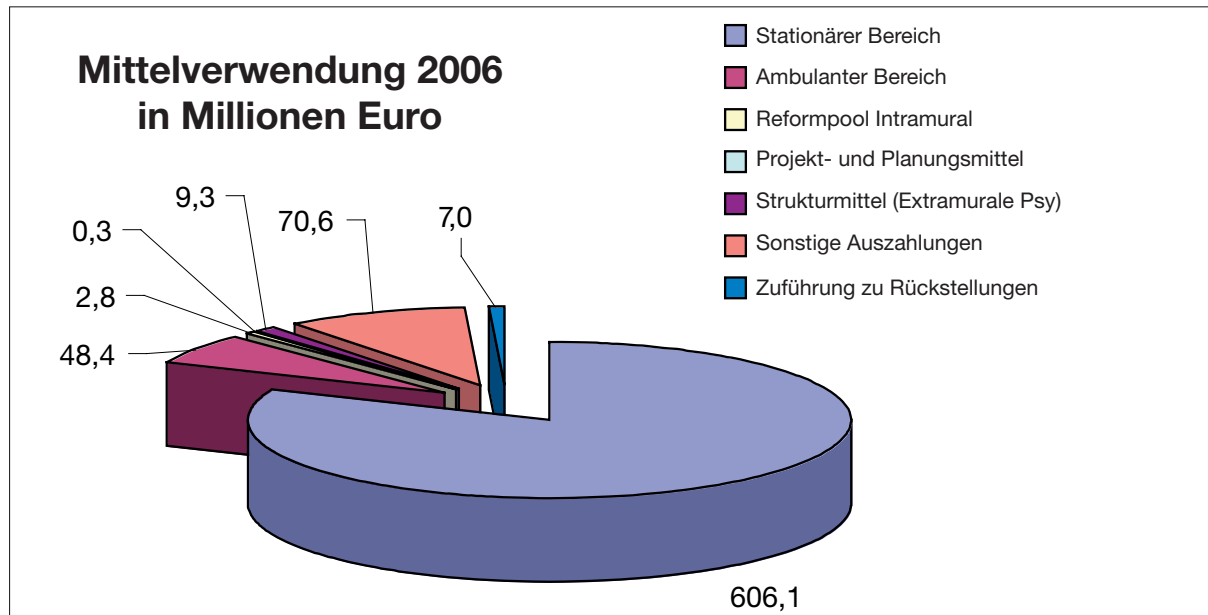
Das positive Zinsniveau im gesamten Jahr 2006 hat zu Zinseinnahmen von rund 1,2 Mio. Euro geführt, einem Plus von ca. 0,5 Mio. Euro oder 72,3 %.

Da die Sonstigen Erträge im Voranschlag nur mit dem „Erinnerungswert“ von 100 Euro angesetzt werden und in der Abrechnung die Einnahmen in Höhe von rund 6.500 Euro für „Ausländische Gastpatientinnen und Gastpatienten der Jahre 1994 bis 1996“ enthalten sind, kommt es zu der ausgewiesenen Abweichung. Sie ist jedoch von keiner Bedeutung, da diese Position für den Fonds eine Durchlauferposition darstellt und in gleicher Höhe an die Fondskrankenanstalten weitergegeben wurde.

### 3.2 Mittelverwendung 2006

Die Hauptverwendungsbereiche des Gesundheitsfonds sind folgende:

- Vergütung der stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten
- Vergütung der ambulanten Leistungen der Fondskrankenanstalten
- Finanzierung von Maßnahmen im Kooperationsbereich (Reformpool) – Mittel des Landesgesundheitsfonds
- Finanzierung von Strukturmaßnahmen
- Finanzierung von Projekten und Planungen außerhalb des Reformpools
- Sonstige Zahlungen (z.B. Beihilfen nach GSBG, Beihilfenäquivalent etc.)
- Rückstellungsbildung



#### 3.2.1 Krankenanstaltenfinanzierung

Im Bereich der Krankenanstaltenfinanzierung stellt die Vergütung der stationären Leistungen den Schwerpunkt dar. Unter Zugrundelegung des seitens der Gesundheitsplattform beschlossenen LKF-Abrechnungsmodells 2006 für die Steiermark werden

im LKF-Kernbereich die stationären Krankenhausaufenthalte auf Basis der leistungsorientierten Diagnosefallgruppen (LDF-Gruppen) inklusive aller speziellen Bepunktungsregelungen mittels der jeweils gültigen Version des vom Bundesministerium zur Verfügung gestellten Scoringprogrammes (KDOK) bepunktet. Im Steuerungsbereich werden landesspezifische Erfordernisse durch Gewichtungsfaktoren für die Zentral- und Schwerpunktversorgung berücksichtigt.

Auf Grund der von den Fondskrankenanstalten gemeldeten Diagnosen- und Leistungsberichte wurden 2006 steiermarkweit insgesamt 308.162 Datensätze gemeldet, von denen 98,0 % über den Gesundheitsfonds abzurechnen waren. Das heißt, sie betrafen stationäre Behandlungen an Patientinnen und Patienten, für die ein österreichischer Krankenversicherungsträger Zahlungen in den Gesundheitsfonds leistete bzw. für die seitens ausländischer Versicherungsträger eine Kostenübernahme gegeben war bzw. ist. Punktemäßig waren 98,1 % LKF-relevant, daher für die Verteilung der stationären Mittel heranzuziehen.

Anzumerken ist, dass seit 1. Juli 2006 die Leistungen der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ) im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation im Geriatrischen Krankenhaus über den Fonds abgerechnet werden. In den Zahlen für 2006 sind 418 Datensätze oder 0,14 % aller LKF-relevanten Datensätze und 1,983.520 LKF-relevante Punkte (0,25 % aller relevanten Punkte) das GGZ betreffend enthalten.

Die nachstehende Tabelle gibt eine Übersicht über die seit Einführung des LKF-Systems abgerechneten Datensätze und LDF-Punkte:

#### Zeitreihe Datensätze und LDF-Punkte

Jahr	Datensätze gesamt	Datensätze LKF-relevant	Punkte gesamt	Punkte LKF-relevant
2006	308.162	302.039	811,319.084	795,506.402
2005	301.235	295.049	793,639.358	778,413.667
2004	306.526	296.676	783,662.971	765,883.515
2003	292.765	286.273	763,124.372	746,271.956
2002	293.856	287.518	754,376.344	738,208.179
2001	284.061	278.040	8.695,506.657	8.501,071.959
2000	279.889	273.823	8.510,402.952	8.304,492.924
1999	280.830	274.731	8.474,661.860	8.270,475.782
1998	272.948	266.592	9.398,851.058	9.174,028.765
1997	264.095	256.282	8.734,259.838	8.518,142.318

Die Punkte ab 2002 sind mit den Vorjahren nur bedingt vergleichbar, da im Zuge der Modellwartung 2002 auch eine Euroanpassung durchgeführt wurde, um die Dimension des Punktwertes gleich zu belassen.



Auf Grund des Mittelzuflusses 2006 konnten für die Vergütung der stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten insgesamt 606.103.045,03 Euro an die Rechtsträger überwiesen werden. Darin enthalten sind die Abgeltungen der Leistungen der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation im Geriatrischen Krankenhaus im zweiten Halbjahr 2006.

Die Aufteilung der LDF-Punkte sowie der Mittel im stationären Bereich auf die einzelnen Fondskrankenanstalten kann der folgenden Aufstellung entnommen werden.

### Aufteilung der Punkte und Mittel im stationären Bereich 2006 nach Fondskrankenanstalt

KA-Nr	KA-Name	Fälle in LKF	Punkte 2006		GWF	Punkte 2006 gewichtet		Datenbasis:	
								Jahresmeldung 2006	
K602	LKH Bad Aussee	2.913	5,683.660	0,71 %	1	5,683.660	0,65 %	3,932.966,14	
K606	LKH Bruck/Mur	19.925	53,358.088	6,71 %	1,05	56,025.992	6,40 %	38,768.739,04	
K608	LKH Feldbach	14.366	29,492.964	3,71 %	1	29,492.964	3,37 %	20,408.474,28	
K609	LKH Fürstenfeld	6.405	12,934.457	1,63 %	1	12,934.457	1,48 %	8,950.356,19	
K611	LKH Hörgas-Enzenbach	6.311	13,912.672	1,75 %	1	13,912.672	1,59 %	9,627.259,19	
K612	LKH – Univ.-Klinikum Graz	75.532	248,216.009	31,20 %	1,3	322,680.812	36,84 %	223,287.935,56	
K615	Geriatrisches KH Graz	418	1,983.520	0,25 %	1	1,983.520	0,23 %	1,372.551,67	
K619	KH BHB Marschallgasse	10.967	26,546.943	3,34 %	1	26,546.943	3,03 %	18,369.893,35	
K620	KH Elisabethinen Graz	10.479	26,995.401	3,39 %	1	26,995.401	3,08 %	18,680.216,30	
K621	LSF Graz	13.374	50,569.911	6,36 %	1	50,569.911	5,77 %	34,993.252,21	
K627	KH BHB Eggenberg	8.060	19,089.693	2,40 %	1	19,089.693	2,18 %	13,205.213,47	
K631	LKH Hartberg	10.394	20,544.741	2,58 %	1	20,544.741	2,35 %	14,216.503,24	
K635	Neurologisches TZ Kapfenberg	631	6,429.416	0,81 %	1	6,429.416	0,73 %	4,449.012,69	
K638	LKH Leoben	28.812	65,338.642	8,21 %	1,05	68,605.574	7,83 %	47,473.529,42	
K640	LKH Mürzzuschlag-Mariazell	5.723	10,403.394	1,31 %	1	10,403.394	1,19 %	7,198.916,96	
K642	LKH Bad Radkersburg	5.305	18,639.619	2,34 %	1	18,639.619	2,13 %	12,898.201,24	
K643	LKH Rottenmann	8.412	18,545.741	2,33 %	1	18,545.741	2,12 %	12,833.239,76	
K646	DKH Schladming	5.785	10,419.682	1,31 %	1	10,419.682	1,19 %	7,210.187,90	
K648	LKH Stolzalpe	8.129	27,109.138	3,41 %	1	27,109.138	3,09 %	18,758.919,77	
K651	LKH Voitsberg	6.567	12,730.873	1,60 %	1	12,730.873	1,45 %	8,809.480,60	
K652	MKH Vorau	5.369	11,212.456	1,41 %	1	11,212.456	1,28 %	7,758.769,85	
K654	LKH Wagner	7.905	16,164.509	2,03 %	1	16,164.509	1,85 %	11,185.480,24	
K655	LKH Weiz	5.330	9,581.765	1,20 %	1	9,581.765	1,09 %	6,630.367,99	
K664	LKH Deutschlandsberg	10.597	19,801.069	2,49 %	1	19,801.069	2,26 %	13,701.898,78	
K672	LKH Judenburg-Knittelfeld	13.740	31,329.808	3,94 %	1	31,329.808	3,58 %	21,679.529,42	
K673	LKH Graz West	10.590	28,472.231	3,58 %	1	28,472.231	3,25 %	19,702.149,77	
	Summe Fondskrankenanstalten	302.039	795,506.402	100,0 %		875,906.041	100,0 %	606,103.045,03	

Im Budget des Gesundheitsfonds waren für 2006 rund 589,6 Mio. Euro für stationäre Leistungen vorgesehen, die zusätzlichen Mehreinnahmen bei Sozialversicherungsmitteln und Umsatzsteuer sowie die Zuteilung von nicht verbrauchten Reformpoolmitteln (intramural) entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform ermöglichen, für die Vergütung von stationären Leistungen der Fondskrankenanstalten ein Plus von rund 16,5 Mio. Euro oder 2,8 % zusätzlich zu überweisen.

**Punkteabweichungen 2006 je Fondskrankenanstalt**

KA-Name		Prognostizierte Punkte 2006	GWF	Prognost. LDF-Punkte gewichtet	Tatsächliche LDF-Punkte gewichtet	Abweichung	
						absolut	prozentuell
K602	LKH Bad Aussee	5,607.550	1,00	5,607.550	5,683.660	76.110	1,36 %
K606	LKH Bruck/Mur	48,129.395	1,05	50,535.865	56,025.992	5,490.128	10,86 %
K608	LKH Feldbach	28,243.927	1,00	28,243.927	29,492.964	1,249.037	4,42 %
K609	LKH Fürstenfeld	13,984.587	1,00	13,984.587	12,934.457	-1,050.130	-7,51 %
K611	LKH Hörgas-Enzenbach	13,984.208	1,00	13,984.208	13,912.672	-71.536	-0,51 %
K612	LKH – Univ.-Klinikum Graz	236,554.518	1,30	307,520.873	322,680.812	15,159.938	4,93 %
K615	Geriatrisches KH Graz	2,873.850	1,00	2,873.850	1,983.520	-890.330	-30,98 %
K619	KH BHB Graz Marschallg.	24,736.070	1,00	24,736.070	26,546.943	1,810.873	7,32 %
K620	KH Elisabethinen Graz	22,322.774	1,00	22,322.774	26,995.401	4,672.627	20,93 %
K621	LSF Graz	46,267.270	1,00	46,267.270	50,569.911	4,302.641	9,30 %
K627	KH BHB Graz Eggenberg	18,638.006	1,00	18,638.006	19,089.693	451.687	2,42 %
K631	LKH Hartberg	20,528.568	1,00	20,528.568	20,544.741	16.173	0,08 %
K635	Neurologisches TZ Kapfenberg	6,352.752	1,00	6,352.752	6,429.416	76.664	1,21 %
K638	LKH Leoben	64,642.137	1,05	67,874.244	68,605.574	731.330	1,08 %
K640	LKH Mürzzuschlag-Mariazell	11,114.758	1,00	11,114.758	10,403.394	-711.364	-6,40 %
K642	LKH Bad Radkersburg	18,088.009	1,00	18,088.009	18,639.619	551.610	3,05 %
K643	LKH Rottenmann	18,831.538	1,00	18,831.538	18,545.741	-285.797	-1,52 %
K646	DKH Schladming	10,700.000	1,00	10,700.000	10,419.682	-280.318	-2,62 %
K648	LKH Stolzalpe	24,276.354	1,00	24,276.354	27,109.138	2,832.784	11,67 %
K651	LKH Voitsberg	14,119.591	1,00	14,119.591	12,730.873	-1,388.718	-9,84 %
K652	MKH Vorau	10,671.629	1,00	10,671.629	11,212.456	540.827	5,07 %
K654	LKH Wagna	16,496.013	1,00	16,496.013	16,164.509	-331.504	-2,01 %
K655	LKH Weiz	9,826.185	1,00	9,826.185	9,581.765	-244.420	-2,49 %
K664	LKH Deutschlandsberg	19,999.908	1,00	19,999.908	19,801.069	-198.839	-0,99 %
K672	LKH Judenburg-Knittelfeld	32,175.852	1,00	32,175.852	31,329.808	-846.044	-2,63 %
K673	LKH Graz-West	26,860.568	1,00	26,860.568	28,472.231	1,611.663	6,00 %
	Summe Fondskrankenanstalten	766,026.017		842,630.949	875,906.041	33,275.092	3,95 %

Im Rechnungsjahr 2006 wurden insgesamt 875,906.041 LDF-Punkte zahlungswirksam abgerechnet. Es ergibt sich somit ein LKF-Punktewert für das Jahr 2006 von 0,6920 Euro. Festzuhalten ist, dass dieser Punktewert lediglich einen Richtwert zur monetären Bewertung der Leistungen im Rahmen des LKF-Modells darstellen kann. Der budgetierte Punktewert lag bei 0,70 Euro und wurde trotz der zusätzlich ausgeschütteten Mittel nicht erreicht. Der Grund lag darin, dass die tatsächlich erreichten LDF-Punkte um ca. 3,95 % über den von den Rechtsträgern geplanten LDF-Punkten lagen. Aus der Tabelle auf Seite 37 ist die Abweichung je Fondskrankenanstalt ersichtlich.

Die zweite Schiene der Krankenanstaltenfinanzierung ist die **Vergütung der ambulanten Leistungen** der Fondskrankenanstalten. Entsprechend der von der Gesundheitsplattform im Rahmen des LKF-Abrechnungsmodells 2006 beschlossenen Verteilung des ambulanten Topfes wurden für allgemeine ambulante Leistungen sowie ambulant durchgeführte Dialysen die budgetierten Beträge an die Rechtsträger überwiesen. Zusätzlich wurden Einnahmen von ausländischen Krankenversicherungsträgern für ambulante Behandlungen an ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten an die jeweiligen Rechtsträger überwiesen.

Für allgemeine ambulante Leistungen an inländischen Patientinnen und Patienten wurden die veranschlagten 43,6 Mio. Euro und für ambulant erbrachte Dialysen 4,65 Mio. Euro, somit insgesamt 48,25 Mio. Euro ausbezahlt. Hinzu kamen in Summe rund 0,2 Mio. Euro an Zahlungen von ausländischen Krankenversicherungsträgern für allgemeine und Dialyseleistungen im ambulanten Bereich der Fondskrankenanstalten.

Sämtliche Zahlungen des Gesundheitsfonds im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung und deren Verteilung auf die einzelnen Rechtsträger der steirischen Fondskrankenanstalten sind in der in Anhang 1 enthaltenen Tabelle ersichtlich.

### 3.2.2 Reformpool (intramuraler Bereich)

Zur Förderung von gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben, haben die Landesgesundheitsfonds im Jahr 2006 Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) in Höhe von mindestens 1 % der Gesamtmittel für den intramuralen Bereich bereitzuhalten. Auf Grund der vereinbarten Berechnung anhand der Endkosten der Fondskrankenanstalten belief sich dieser Betrag für den intramuralen Bereich 2006 auf rund 9,9 Mio Euro.

Von diesen Mitteln wurden insgesamt rund 2,8 Mio. Euro für folgende Vorhaben verwendet:

**Verwendung Reformpoolmittel – intramural:**

Hospiz- und Palliativversorgung Steiermark	€	2,447.624,00
Herz.Leben	€	198.098,00
Disease Management Programm „Therapie Aktiv“	€	41.286,51
Integrierte Versorgung „Koronare Herzkrankheit“	€	23.760,00
Integrierte Versorgung „Schlaganfall“	€	26.400,00
Vorbereitungsarbeiten Reformpoolprojekte	€	29.150,00
Summe	€	2,766.318,51

Entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform vom 30. November 2006 wurden die nicht verbrauchten Mittel in Höhe von rund 7,1 Mio. Euro den stationären Vergütungen zugeschlagen und mit der Auszahlung im April 2007 ausbezahlt.

### 3.2.3 Struktur-, Projekt- und Planungsmittel

Für die Finanzierung von Projekten, Planungen und krankenhausentlastenden Maßnahmen kann jeder Landesgesundheitsfonds Mittel zur Verfügung stellen. Aus diesem Titel hat die Gesundheitsplattform für 2006 15,0 Mio. Euro vorgesehen. Dieser Betrag teilt sich in die Finanzierung der „Extramuralen Psychiatrie“ im Ausmaß von 9,26 Mio. Euro, die unter dem Titel „Strukturmittel“ ausgewiesen werden. Dieser Budgetansatz wurde entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform zur Gänze der Fachabteilung 8B des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung überwiesen.

An Projekt- und Planungsmitteln wurden 2006 rund 0,3 Mio. Euro ausbezahlt, die sich wie folgt zusammensetzen:

**Verwendung der Projekt- und Planungsmittel:**

Betrieb und Wartung Gesundheitsinformationssystem Steiermark (GelSt)	€	74.077,30
Organisation der 1. Steirischen Gesundheitskonferenz	€	38.626,64
Entwicklung LKF-Modell Steiermark für 2007	€	30.527,42
Erarbeitung von Gesundheitszielen (Anzahlung)	€	7.820,56
Tabakprävention	€	105.000,00
Planungen und Maßnahmen im Rahmen e-Health	€	17.655,00
Datenqualität und medizinische Qualitätskontrolle	€	3.694,00
Beratungsmittel (Rechtsberatung des Fonds)	€	1.800,00
Sonstige Mittel	€	2.476,10
Summe	€	281.677,02

Diese Mittel wurden aus der Rückstellung für Projekte aus dem Jahr 2005 genommen, sodass entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform vom 30. November 2006 die noch zu verwendenden Mittel in Höhe von 5,74 Mio. Euro dieser Rückstellung zugeführt wurden.

### 3.2.4 Sonstige Zahlungen

Unter dem Titel „**Sonstige Zahlungen**“ sind als Hauptpositionen die Abfuhr des Beihilfenäquivalentes an das Bundesministerium für Finanzen im Ausmaß von rund 0,2 Mio. Euro, die Überweisungen der GSBG-Beihilfen in Höhe von rund 70,4 Mio. Euro und die Weiterleitung der Einnahmen für ausländische Gastpatientinnen und Gastpatienten der Jahre 1994 bis 1996, ca. 6500 Euro, an die Rechtsträger der Fonds-krankenanstalten zu nennen.

Die Ausgabenposition „**Rückstellungsbildungen**“ besteht zum überwiegenden Teil aus der bereits erwähnten Zuführung von Projektmitteln des Jahres 2006 zu einer Rückstellung.

Der Gesundheitsfonds Steiermark unterliegt nicht den Bestimmungen des UGB. Dennoch wurde neben der oben angeführten Betrachtung der Mittelzuflüsse und Mittelabflüsse für das Jahr 2006 von der Geschäftsstelle ein auf den Grundsätzen der doppelten Buchhaltung aufbauender Rechnungsabschluss für 2006 erstellt. Dabei wurde vor allem auf die periodengerechte Abgrenzung der Mittel geachtet. Dies betrifft die zu erwartenden Erträge aus der stationären Behandlung von ausländischen Gastpatientinnen und Gastpatienten, die mit der entsprechenden Forderung bzw. Rückstellung für 2006 in das Rechenwerk eingestellt wurden.

Die Bilanz des Gesundheitsfonds Steiermark weist zum 31.12.2006 (Stichtag 30.4.2007) eine Bilanzsumme von 217,876.522,90 Euro auf. Die Gewinn- und Verlustrechnung zeigt ein ausgeglichenes Ergebnis.

Die Bilanz wird in Anhang 2, die Gewinn- und Verlustrechnung im Anhang 3 dargestellt.

## 4 AKTIVITÄTEN 2006

### 4.1 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF)

Eine Übersicht der Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2006) ist in Anhang 4 dargestellt.

#### 4.1.1 LKF-Modell 2006

##### Änderungen im bundeseinheitlichen LKF-Modell:

In der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2005 bis 2008 wurde festgelegt, dass die jährlichen Änderungen im LKF-Modell grundsätzlich auf die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen zu beschränken sind. Eine Ausnahme stellt die Bepunktungsregelung für den tagesklinischen Bereich dar, die schon für das LKF-Modell 2006 weiterzuentwickeln war. Erst nach 2007 ist das LKF-Modell wieder einer umfassenden Weiterentwicklung zu unterziehen. Die letzte umfassende Modellwartung wurde mit dem LKF-Modell 2002 umgesetzt. Für das Modell 2009 ist eine große Modelländerung inklusive einer Neukalkulation der LDF-Pauschale vorgesehen.

Neben der schon erwähnten Änderung der Bepunktungsregeln im tagesklinischen Bereich wurden im Modell 2006 auf Grund von durchgeführten Auswertungen 17 Fallpauschalen gegenüber dem LKF-Modell 2005 geändert, die wie folgt begründet wurden:

- 13 Fallpauschalen erfuhren Änderungen. Einerseits weil der aktuelle Belagsdauer-mittelwert außerhalb der Belagsdauergrenzen des Modells lag bzw. bei neuen Fallpauschalen wurden Änderungen auf Basis der empirischen Belagsdauerwerte durchgeführt
- 4 Fallpauschalen wurden geändert, um die Relation innerhalb der Gruppe der LDFs aufrechtzuerhalten.

Die neue Bepunktungsregelung der Tagesklinik erfolgt, da bei tagesklinischer Erbringung von medizinischen Leistungen eine Kostendämpfung und Effizienzsteigerung zu erwarten ist. Mit dieser Bepunktung soll die rasche organisatorische und strukturelle Umstellung auch finanziell unterstützt werden. Die Maßnahmen werden daher befristet und sollen bis zur Vorlage der umfassenden Weiterentwicklung des LKF-Modells mit Ende 2008 gelten.

Das neue Modell zur Abrechnung tagesklinischer Leistung sieht folgendermaßen aus:

- Ein tagesklinischer Fall (Aufnahme und Entlassung am selben Tag und Aufnahmeart „K“ mit einer genehmigten Leistungsposition aus dem tagesklinischen Katalog) wird mit 450 Punkten für die tagesklinische Leistungserbringung und den Punkten, die nach der LKF-Bepunktungsregel für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet werden, abgerechnet.
- Bei Beantragung der Abrechnung nach diesem Modell sind von den Krankenanstalten Konzepte vorzulegen, die eine verbindliche Beschreibung der Maßnahmen zur Förderung der Tagesklinik enthalten. Diese Konzepte müssen auch messbare Kriterien enthalten, wie z. B. Anteil der tagesklinisch erbrachten Leistungen, Reduktion der Belagsdauer, Bettenabbau. Bei bereits umgesetzten Maßnahmen ist ein vergleichbarer Nachweis zu erbringen. Die Umsetzung der Konzepte ist laufend zu evaluieren.
- Für alle sonstigen Fälle wird die Bepunktung reduziert. Die Abrechnung erfolgt nunmehr in der Höhe der vollen Leistungskomponente und 30 % der Tageskomponente, die nach den LKF-Bepunktungsregeln für Belagsdauerausreißer nach unten berechnet wird.

## 4.2 Leistungsdaten 2006

Ein Blick auf die wichtigsten krankenanstaltenspezifischen Basisdaten zeigt, dass die stationären Aufenthalte um 2,1 % gestiegen und die Belagstage um 0,6 % gegenüber dem Vorjahr gesunken sind.

Die Zahl der ambulanten PatientInnen ist gegenüber dem Vorjahr um 5,2 % gestiegen. Bei den Frequenzen an ambulanten PatientInnen zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine Reduktion von 6,7 %.

Die folgenden Tabellen geben einen Überblick über Basiskennzahlen aus der Krankenanstalten-Statistik 2006 der Steirischen Fondskrankenanstalten. Zusätzlich werden die Veränderungen gegenüber den Vorjahren dargestellt. Seit dem 2. Halbjahr 2006 wird auch die Akutgeriatrie des Geriatriischen Krankenhauses der Stadt Graz über LKF finanziert. Diese Änderung ist in unseren Tabellen nicht berücksichtigt.

## Steiermark Überblick

Fonds-KA	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Systemisierte Betten	8.611	8.352	8.201	7.823	7.659	7.480	7.339	7.204	7.154	7.026
Tats. aufgest. Betten	7.919	7.700	7.536	7.354	7.198	7.111	7.002	7.053	6.967	6.871
Stationäre PatientInnen	264.048	272.984	280.642	279.882	284.262	290.222	293.739	303.045	301.023	307.373
Belagstage	2,261.909	2,238.633	2,200.012	2,119.870	2,078.063	2,075.588	2,039.918	2,043.436	2,001.855	1,990.073
Durchschn. Verweildauer	8,57	8,20	7,84	7,57	7,31	7,15	6,94	6,74	6,65	6,48
Ambulante Fälle	638.475	659.506	643.811	678.259	692.757	747.389	735.629	–	–	
Ambulante PatientInnen								883.864	904.677	951.610
Frequenzen ambulante PatientInnen	2,078.156	2,092.076	2,210.562	2,159.924	2,168.931	2,028.118	2,144.211	2,214.821	2,119.640	1,977.684
Quelle: KA-Statistik (ohne Geriatr. KH)										



Die Definition der Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik finden Sie in Anhang 5.

### Leistungs-Diagnose-Fallpauschalen (LDF)

Die Tabelle in Anhang 6 zeigt eine Darstellung der Punktezuteilung zu den einzelnen LDF-Scoringkomponenten. Es sind über LKF abrechenbare als auch nicht über LKF abrechenbare Punkte dargestellt.

### Stationäre PatientInnen

Die Anzahl der stationären PatientInnen gesamt erreichte im Jahr 2006 einen Wert von 307.373 PatientInnen. Dies bedeutet eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr von 2,1 %, nachdem es 2005 erstmals zu einem leichten Rückgang stationärer PatientInnen gekommen war.

KA-Name	Stationäre PatientInnen							
	2004	2004 in %	2005	2005 in %	% 04 auf 05	2006	2006 in %	% 05 auf 06
LKH Bad Aussee	2.958	0,98 %	3.009	1,00 %	1,72 %	2.994	0,97 %	-0,50 %
LKH Bruck/Mur	16.776	5,54 %	16.450	5,46 %	-1,94 %	20.071	6,53 %	22,01 %
LKH Feldbach	13.840	4,57 %	13.892	4,61 %	0,38 %	14.499	4,72 %	4,37 %
LKH Fürstenfeld	6.716	2,22 %	6.628	2,20 %	-1,31 %	6.454	2,10 %	-2,63 %
LKH Hörgas-Enzenbach	6.520	2,15 %	6.224	2,07 %	-4,54 %	6.418	2,09 %	3,12 %
LKH – Univ.-Klinikum Graz	77.973	25,73 %	77.631	25,79 %	-0,44 %	77.345	25,16 %	-0,37 %
KH BHB Marschallgasse	10.871	3,59 %	10.407	3,46 %	-4,27 %	11.220	3,65 %	7,81 %
KH Elisabethinen Graz	10.005	3,30 %	10.012	3,33 %	0,07 %	10.782	3,51 %	7,69 %
LSF Graz	13.354	4,41 %	13.500	4,48 %	1,09 %	14.033	4,57 %	3,94 %
KH BHB Eggenberg	7.833	2,58 %	8.314	2,76 %	6,14 %	8.258	2,69 %	-0,68 %
LKH Hartberg	10.375	3,42 %	10.677	3,55 %	2,91 %	10.491	3,41 %	-1,74 %
NTZ Kapfenberg	625	0,21 %	648	0,22 %	3,68 %	630	0,20 %	-2,85 %
LKH Leoben	30.350	10,02 %	29.601	9,83 %	-2,47 %	29.142	9,48 %	-1,55 %
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	6.061	2,00 %	6.042	2,01 %	-0,31 %	5.777	1,88 %	-4,39 %
LKH Bad Radkersburg	5.355	1,77 %	5.207	1,73 %	-2,76 %	5.359	1,74 %	2,92 %
LKH Rottenmann	8.471	2,80 %	8.237	2,74 %	-2,76 %	8.539	2,78 %	3,67 %
DKH Schladming	6.042	1,99 %	6.142	2,04 %	1,66 %	6.101	1,98 %	-0,68 %
LKH Stolzalpe	8.023	2,65 %	7.977	2,65 %	-0,57 %	8.234	2,68 %	3,22 %
LKH Voitsberg	7.520	2,48 %	6.700	2,23 %	-10,90 %	6.663	2,17 %	-0,56 %
MKH Voralpe	4.787	1,58 %	5.119	1,70 %	6,94 %	5.397	1,76 %	5,42 %
LKH Wagna	7.679	2,53 %	7.751	2,57 %	0,94 %	7.970	2,59 %	2,83 %
LKH Weiz	5.188	1,71 %	5.348	1,78 %	3,08 %	5.368	1,75 %	0,37 %
LKH Deutschlandsberg	10.683	3,53 %	10.813	3,59 %	1,22 %	10.761	3,50 %	-0,48 %
LKH Judenburg-Knittelfeld	14.539	4,80 %	14.146	4,70 %	-2,70 %	13.862	4,51 %	-2,01 %
LKH Graz West	10.501	3,47 %	10.548	3,50 %	0,45 %	11.010	3,58 %	4,38 %
<b>Steiermark</b>	<b>303.045</b>	<b>100,0 %</b>	<b>301.023</b>	<b>100,0 %</b>	<b>-0,67 %</b>	<b>307.373</b>	<b>100,0 %</b>	<b>2,11 %</b>

### Durchschnittliche Belagsdauer

Die durchschnittliche Belagsdauer gesamt (Belagstage/Fall) betrug im Jahr 2006 6,48. Das bedeutet eine Reduktion gegenüber dem Vorjahr von 2,59 %.

Diese Entwicklung entspricht dem Trend der letzten Jahre.

KA-Name	Ø Belagsdauer				
	2004	2005	% 04 auf 05	2006	% 05 auf 06
LKH Bad Aussee	6,39	6,03	5,94 %	6,35	5,33 %
LKH Bruck/Mur	6,21	6,14	1,05 %	5,46	-11,17 %
LKH Feldbach	5,24	5,09	2,82 %	4,85	-4,82 %
LKH Fürstenfeld	5,51	4,98	10,73 %	4,85	-2,63 %
LKH Hörgas-Enzenbach	7,68	7,90	-2,84 %	7,73	-2,18 %
LKH-Univ.Klinikum Graz	5,90	5,76	2,45 %	5,71	-0,77 %
KH BHB Marschallgasse	5,87	5,82	0,92 %	5,36	-7,81 %
KH Elisabethinen Graz	6,08	5,66	7,44 %	5,20	-8,00 %
LSF Graz	18,59	18,67	-0,40 %	17,99	-3,63 %
KH BHB Eggenberg	10,81	10,77	0,31 %	10,69	-0,78 %
LKH Hartberg	5,65	5,59	1,03 %	5,57	-0,37 %
NTZ Kapfenberg	39,81	38,41	3,65 %	39,17	1,98 %
LKH Leoben	5,19	5,08	2,14 %	5,15	1,42 %
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	7,07	6,75	4,74 %	6,66	-1,36 %
LKH Bad Radkersburg	7,20	7,40	-2,76 %	7,16	-3,28 %
LKH Rottenmann	6,68	6,51	2,67 %	6,26	-3,73 %
DKH Schladming	5,03	5,00	0,63 %	4,85	-2,89 %
LKH Stolzalpe	9,05	9,10	-0,48 %	8,54	-6,13 %
LKH Voitsberg	5,56	5,42	2,62 %	5,53	2,16 %
MKH Vorau	5,92	6,68	-11,39 %	6,34	-5,06 %
LKH Wagna	5,76	5,54	3,95 %	5,30	-4,36 %
LKH Weiz	5,20	5,04	3,05 %	5,03	-0,21 %
LKH Deutschlandsberg	5,51	5,38	2,28 %	5,05	-6,26 %
LKH Judenburg/Knittelfeld	6,06	5,96	1,56 %	5,97	0,18 %
LKH Graz West	6,96	6,61	5,19 %	6,45	-2,40 %
<b>Steiermark</b>	<b>6,74</b>	<b>6,65</b>	<b>1,40 %</b>	<b>6,48</b>	<b>-2,61 %</b>

**Belagstage**

Die Anzahl der Belagstage fiel von 2,001.855 im Jahr 2005 auf 1,990.723 im Jahre 2006. Das bedeutet eine Reduktion gegenüber dem Vorjahr von 0,56 %. Diese Entwicklung entspricht dem Trend der letzten Jahre und ergibt sich aus Verweildauerverkürzungen bei gleichzeitig steigender Anzahl von Aufenthalten.

KA-Name	Belagstage							
	2004	2004 als % von Steiermark	2005	2005 als % von Steiermark	% 04 auf 05	2006	2006 als % von Steiermark	% 05 auf 06
LKH Bad Aussee	18.905	0,93 %	18.153	0,91%	-3,98%	19.025	0,96 %	4,80 %
LKH Bruck/Mur	104.154	5,10 %	101.066	5,05 %	-2,96 %	109.538	5,50 %	8,38 %
LKH Feldbach	72.486	3,55 %	70.762	3,53 %	-2,38 %	70.291	3,53 %	-0,67 %
LKH Fürstenfeld	37.029	1,81 %	33.004	1,65 %	-10,87 %	31.293	1,57 %	-5,18 %
LKH Hörgas-Enzenbach	50.071	2,45 %	49.193	2,46 %	-1,75 %	49.621	2,49 %	0,87 %
LKH – Univ.-Klinikum Graz	460.025	22,51 %	447.074	22,33 %	-2,82 %	441.992	22,20 %	-1,14 %
KH BHB Marschallgasse	63.840	3,12 %	60.559	3,03 %	-5,14 %	60.191	3,02 %	-0,61 %
KH Elisabethinen Graz	60.815	2,98 %	56.643	2,83 %	-6,86 %	56.116	2,82 %	-0,93 %
LSF Graz	248.280	12,15 %	251.994	12,59 %	1,50 %	252.438	12,68 %	0,18 %
KH BHB Eggenberg	84.645	4,14 %	89.568	4,47 %	5,82 %	88.263	4,43 %	-1,46 %
LKH Hartberg	58.595	2,87 %	59.686	2,98 %	1,86 %	58.430	2,94 %	-2,10 %
NTZ Kapfenberg	24.884	1,22 %	24.892	1,24 %	0,03 %	24.659	1,24 %	-0,94 %
LKH Leoben	157.443	7,70 %	150.340	7,51 %	-4,51 %	150.112	7,54 %	-0,15 %
LKH Mürzzuschlag/ Mariazell	42.860	2,10 %	40.792	2,04 %	-4,83 %	38.471	1,93 %	-5,69 %
LKH Bad Radkersburg	38.547	1,89 %	38.544	1,93 %	-0,01 %	38.369	1,93%	-0,45 %
LKH Rottenmann	56.578	2,77 %	53.583	2,68 %	-5,29 %	53.475	2,69 %	-0,20 %
DKH Schladming	30.387	1,49 %	30.696	1,53 %	1,02 %	29.606	1,49 %	-3,55 %
LKH Stolzalpe	72.630	3,55 %	72.562	3,62 %	-0,09 %	70.304	3,53 %	-3,11 %
LKH Voitsberg	41.797	2,05 %	36.288	1,81 %	-13,18 %	36.865	1,85 %	1,59 %
MKH Vorau	28.328	1,39 %	34.186	1,71 %	20,68 %	34.215	1,72 %	0,08 %
LKH Wagna	44.230	2,16 %	42.950	2,15 %	-2,89 %	42.238	2,12 %	-1,66 %
LKH Weiz	26.967	1,32 %	26.977	1,35 %	0,04 %	27.022	1,36 %	0,17 %
LKH Deutschlandsberg	58.821	2,88 %	58.211	2,91%	-1,04 %	54.305	2,73 %	-6,71 %
LKH Judenburg- Knittelfeld	88.067	4,31 %	84.372	4,21 %	-4,20 %	82.822	4,16 %	-1,84 %
LKH Graz West	73.052	3,58 %	69.760	3,48 %	-4,51 %	71.062	3,57 %	1,87 %
<b>Steiermark</b>	<b>2,043.436</b>	<b>100,00 %</b>	<b>2,001.855</b>	<b>100,00 %</b>	<b>-2,03 %</b>	<b>1,990.723</b>	<b>100,00 %</b>	<b>-0,56 %</b>

## Nulltagesfälle

Die Anzahl der Nulltagesfälle gesamt erreichte im Jahr 2006 einen Wert von 25.900. Dies bedeutet eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 6,5 %.

Der Anteil der Nulltagesfälle an den stationären Aufenthalten gesamt beträgt 2006 8,4 %, im Vergleich zu 2005 mit 8,1 %. Überhaupt ist eine Zunahme der Aufenthalte in den Belagsdauergruppen 0 Tage, 1–2 Tage und 3–5 Tage festzustellen.

KA-Name	0-Tagesfälle							
	2004	%2004	2005	2005 als % von Steier- mark	% 04 auf 05	2006	2006 als % von Steier- mark	% 05 auf 06
LKH Bad Aussee	102	0,46 %	158	0,65 %	54,90 %	143	0,55 %	-9,49 %
LKH Bruck/Mur	668	2,99 %	577	2,37 %	-13,62 %	1.158	4,47 %	100,69 %
LKH Feldbach	992	4,44 %	1.298	5,34 %	30,85 %	1.833	7,08 %	41,22 %
LKH Fürstenfeld	366	1,64 %	481	1,98 %	31,42 %	889	3,43 %	84,82 %
LKH Hörgas-Enzenbach	134	0,60 %	110	0,45 %	-17,91 %	157	0,61 %	42,73 %
LKH – Univ.-Klinikum Graz	11.395	51,03 %	12.077	49,68 %	5,99 %	11.557	44,62 %	-4,31 %
KH BHB Marschallgasse	699	3,13 %	752	3,09 %	7,58 %	808	3,12 %	7,45 %
KH Elisabethinen Graz	218	0,98 %	253	1,04 %	16,06 %	244	0,94 %	-3,56 %
LSF Graz	645	2,89 %	746	3,07 %	15,66 %	776	3,00 %	4,02 %
KH BHB Eggenberg	351	1,57 %	365	1,50 %	3,99 %	383	1,48 %	4,93 %
LKH Hartberg	460	2,06 %	514	2,11 %	11,74 %	447	1,73 %	-13,04 %
NTZ Kapfenberg	1	0,00 %	1	0,00 %	0,00 %	0	0,00 %	-100,00 %
LKH Leoben	1.431	6,41 %	1.865	7,67 %	30,33 %	1.992	7,69 %	6,81 %
LKH Mürzzuschlag- Mariazell	338	1,51 %	384	1,58 %	13,61 %	350	1,35 %	-8,85 %
LKH Bad Radkersburg	195	0,87 %	185	0,76 %	-5,13 %	209	0,81 %	12,97 %
LKH Rottenmann	478	2,14 %	646	2,66 %	35,15 %	661	2,55 %	2,32 %
DKH Schladming	610	2,73 %	563	2,32 %	-7,70 %	563	2,17 %	0,00 %
LKH Stolzalpe	235	1,05 %	183	0,75 %	-22,13 %	208	0,80 %	13,66 %
LKH Voitsberg	420	1,88 %	350	1,44 %	-16,67 %	411	1,59 %	17,43 %
MKH Vorau	80	0,36 %	104	0,43 %	30,00 %	153	0,59 %	47,12 %
LKH Wagna	249	1,12 %	255	1,05 %	2,41 %	294	1,14 %	15,29 %
LKH Weiz	202	0,90 %	242	1,00 %	19,80 %	257	0,99 %	6,20 %
LKH Deutschlandsberg	756	3,39 %	733	3,02 %	-3,04 %	676	2,61 %	-7,78 %
LKH Judenburg- Knittelfeld	1.059	4,74 %	1.193	4,91 %	12,65 %	1.441	5,56 %	20,79 %
LKH Graz West	244	1,09 %	274	1,13 %	12,30 %	290	1,12 %	5,84 %
<b>Steiermark</b>	<b>22.328</b>	<b>100,00 %</b>	<b>24.309</b>	<b>100,00 %</b>	<b>8,87 %</b>	<b>25.900</b>	<b>100,00 %</b>	<b>6,54 %</b>

**Tagesklinische Leistungen**

Die Tabelle gibt die Anzahl der erbrachten tagesklinischen Leistungen (Tagesklinik-MEL) aus dem LKF-Tagesklinikcatalog wieder. Es sind nur jene Fondsspitäler angeführt, die 2006 entsprechende Leistungen aufwiesen. Die Erbringung und Abrechnung tagesklinischer Leistungen ist an die Genehmigung durch die Gesundheitsplattform gebunden. Die tagesklinischen Leistungen nach LKF sind in einem eigenen Katalog abgebildet und stellen eine kleine Untermenge des MEL-Kataloges dar.

Weitere Ausführungen zum LKF-Tagesklinikmodell finden sich unter Punkt 4.1.1. LKF-Modell.

KA-Name	Anzahl Tagesklinischer MELs			
	2004	2005	2006	% 05 auf 06
LKH Bruck/Mur	19	7	274	3.814,3 %
LKH Feldbach	93	82	123	50,0 %
LKH Fürstenfeld	1	49	234	377,6 %
LKH – Univ.-Klinikum Graz	1.695	2.691	3.237	20,3 %
KH Elisabethinen Graz	66	70	50	-28,6 %
LKH Hartberg	51	100	55	-45,0 %
LKH Leoben	118	216	251	16,2 %
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	12	17	4	-76,5 %
LKH Rottenmann	94	38	25	-34,2 %
DKH Schladming	30	0	18	0,0 %
LKH Stolzalpe	59	42	58	38,1 %
LKH Wagna	0	0	1	0,0 %
LKH Deutschlandsberg	1	0	1	0,0 %
LKH Judenburg-Knittelfeld	14	20	9	-55,0 %
LKH Graz West	7	10	2	-80,0 %
<b>Steiermark</b>	<b>2.260</b>	<b>3.342</b>	<b>4.342</b>	<b>29,9 %</b>

### Tatsächlich aufgestellte Betten

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten gesamt erreichte im Jahr 2006 einen Wert von 6.871. Dies bedeutet eine Reduktion gegenüber dem Vorjahr von 1,4 %.

KA-Name	tatsächlich aufgestellte Betten							
	2004	2004 als % von Steier- mark	2005	2005 als % von Steier- mark	% 04 auf 05	2006	2006 als % von Steier- mark	% 05 auf 06
LKH Bad Aussee	77	1,09 %	77	1,11 %	0,00 %	74	1,08 %	-3,90 %
LKH Bruck/Mur	344	4,88 %	345	4,95 %	0,29 %	347	5,05 %	0,58 %
LKH Feldbach	254	3,60 %	253	3,63 %	-0,39 %	253	3,68 %	0,00 %
LKH Fürstenfeld	133	1,89 %	125	1,79 %	-6,02 %	120	1,75 %	-4,00 %
LKH Hörgas-Enzenbach	180	2,55 %	180	2,58 %	0,00 %	174	2,53 %	-3,33 %
LKH – Univ.-Klinikum Graz	1.581	22,42 %	1.552	22,28 %	-1,83 %	1531	22,28 %	-1,35 %
KH BHB Marschallgasse	228	3,23 %	225	3,23 %	-1,32 %	216	3,14 %	-4,00 %
KH Elisabethinen Graz	190	2,69 %	193	2,77 %	1,58 %	193	2,81 %	0,00 %
LSF Graz	797	11,30 %	782	11,22 %	-1,88 %	782	11,38 %	0,00 %
KH BHB Eggenberg	291	4,13 %	291	4,18 %	0,00 %	291	4,24 %	0,00 %
LKH Hartberg	207	2,93 %	207	2,97 %	0,00 %	207	3,01 %	0,00 %
NTZ Kapfenberg	70	0,99 %	70	1,00 %	0,00 %	70	1,02 %	0,00 %
LKH Leoben	561	7,95 %	569	8,17 %	1,43 %	552	8,03 %	-2,99 %
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	151	2,14 %	149	2,14 %	-1,32 %	142	2,07 %	-4,70 %
LKH Bad Radkersburg	122	1,73 %	122	1,75 %	0,00 %	121	1,76 %	-0,82 %
LKH Rottenmann	206	2,92 %	198	2,84 %	-3,88 %	192	2,79 %	-3,03 %
DKH Schladming	117	1,66 %	117	1,68 %	0,00 %	117	1,70 %	0,00 %
LKH Stolzalpe	227	3,22 %	225	3,23 %	-0,88 %	221	3,22 %	-1,78 %
LKH Voitsberg	155	2,20 %	147	2,11 %	-5,16 %	140	2,04 %	-4,76 %
MKH Vorau	130	1,84 %	126	1,81 %	-3,08 %	126	1,83 %	0,00 %
LKH Wagna	159	2,25 %	155	2,22 %	-2,52 %	153	2,23 %	-1,29 %
LKH Weiz	76	1,08 %	76	1,09 %	0,00 %	76	1,11 %	0,00 %
LKH Deutschlandsberg	230	3,26 %	222	3,19 %	-3,48 %	218	3,17 %	-1,80 %
LKH Judenburg-Knittelfeld	322	4,57 %	316	4,54 %	-1,86 %	308	4,48 %	-2,53 %
LKH Graz West	245	3,47 %	245	3,52 %	0,00 %	247	3,59 %	0,82 %
<b>Steiermark</b>	<b>7.053</b>	<b>100,00 %</b>	<b>6.967</b>	<b>100,00 %</b>	<b>-1,22 %</b>	<b>6.871</b>	<b>100,00 %</b>	<b>-1,38 %</b>

## **4.3 Reformpool**

### **4.3.1 Grundsätzliches**

Eine fehlende, ganzheitlich sektoren- und regionenübergreifende Zielsetzung und Planung sowie ein duales Finanzierungssystem mit wenigen Möglichkeiten des Ausgleichs stellen wesentliche Schwächen des österreichischen Gesundheitswesens dar.

Diese strukturellen Schwächen verursachten gleichsam als Folgeschäden eine zunehmende Schnittstellenproblematik, ein Auseinanderdriften der einzelnen Versorgungsektoren sowie strukturelle Fehlentwicklungen.

Der Kooperationsbereich/Reformpool stellt das Herzstück der Gesundheitsreform 2005 dar und soll versuchen, diese strikte Trennung der einzelnen Sektoren des Gesundheitswesens zu überwinden. Dies kann durch Strukturveränderungen oder Projekte, die Leistungsverchiebungen (inklusive integrierter Versorgungsprojekte) zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich zur Folge haben, bewerkstelligt werden.

Dazu sieht die Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vor, dass Sozialversicherung und Länder Mittel zur Schaffung des Reformpools bereitstellen, aus dem die gemeinsam vereinbarten Strukturveränderungen oder Projekte finanziert werden sollen.

Die an der Nahtstelle zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich stattfindenden Reformpoolprojekte können aber nur im Einvernehmen zwischen dem jeweiligen Land und den jeweiligen Sozialversicherungsträgern durchgeführt werden.

Generell soll die Umsetzung von Reformpoolprojekten zu einer besseren und kostengünstigeren Leistungserbringung führen, die vor allem dem Wohl der PatientInnen dient. Möglich sind sowohl Verlagerungen aus dem intra- in den extramuralen Bereich als auch umgekehrt. Grundsätzlich soll durch Reformpoolprojekte auch die Nahtstelle zwischen den einzelnen Sektoren verbessert werden.

### **4.3.2 Ziele der Reformpoolprojekte**

Ziel aller Reformpoolprojekte ist es, die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens zu erhöhen. Die Erhöhung der Effektivität soll sich in der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, einer Erhöhung der PatientInnenorientierung in Behandlung und Betreuung, der Verminderung von Zugangsbarrieren und einer Qualitätsverbesserung äußern. Die Erhöhung der Effizienz im Gesundheitswesen wird über die Kriterien Kostenwirtschaftlichkeit und Nachhaltigkeitskriterien bewertet.

Schließlich sollen Reformpoolprojekte zu einer Leistungsverschiebung zwischen den Gesundheitsbereichen führen, von der sämtliche Partner im Gesundheitswesen profitieren. Weiters sollen Reformpoolprojekte, die zielkonforme Strukturveränderungen zur Folge haben, nachhaltig und auf andere vergleichbare Regionen übertragbar sein.

### 4.3.3 Gesamtmittel für den Reformpool

Gemäß Artikel 26 Abs. 1 der Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG werden für den Reformpool mindestens 1 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich für die Jahre 2005 und 2006 und mindestens 2 % der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich für die Jahre 2007 und 2008 bereitgehalten. Die Finanzmittel werden nicht als Vorweganteile abgezogen, sondern stellen das maximale Volumen für Leistungsverschiebungen dar.

In der Steiermark wurde erst mit 1. Jänner 2006 durch die Schaffung des Gesundheitsfonds die Gesundheitsreform umgesetzt, sodass auch erst seit diesem Zeitpunkt Mittel für Reformpoolprojekte zur Verfügung gestellt werden können.

Die Ermittlung der Gesamtmittel erfolgt entsprechend der in der Bundesgesundheitskommission am 30. Juni 2005 vereinbarten Regelung.

Ausgangsbasis für die Ermittlung der Gesamtmittel für den **intramuralen Bereich** ist die bundeseinheitliche Krankenanstaltenkostenrechnung gemäß § 7 Abs. 4 des Bundesgesetzes über die Dokumentation im Gesundheitswesen, BGBl. Nr. 745/1996 in der jeweils aktuell geltenden Fassung. Dabei werden sämtliche in den landesfondsfinanzierten Krankenanstalten für die stationäre und ambulante Patientinnen- und Patientenversorgung angefallenen Kosten abzüglich etwaiger Kostenminderungen (z. B. für Erlöse für nicht medizinische Leistungen) berücksichtigt. Die Kosten der Nebenkostenstellen, die nicht unmittelbar mit der Patientinnen- und Patientenversorgung in Verbindung stehen, bleiben außer Betracht. Die Gesamtmittel für den intramuralen Bereich betragen für das Jahr 2006 auf Basis der Daten des Jahres 2003 daher 7.216 Mio. Euro österreichweit.

Ausgangsbasis für die Ermittlung der Gesamtmittel für den **extramuralen Bereich** ist die endgültige Erfolgsrechnung der Krankenversicherungsträger. Dabei werden von den gesamten Versicherungsleistungen die Leistungen der Krankenversicherung für den Spitalsbereich (stationär und ambulant), für die stationäre Rehabilitation, für Geldleistungen (Krankengeld, Wochengeld, Betriebshilfe und Teilzeitbeihilfe), für Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren), für den vertrauensärztlichen Dienst und sonstige Betreuung, für Früherkennung und Gesundheitsförderung, für Transportkosten und Fahrtspesen sowie für Bestattungskostenzuschüsse abgezogen. Die Gesamtmittel für den extramuralen Bereich betragen für das Jahr 2006 auf Basis der Daten des Jahres 2003 daher 5.826 Mio. Euro österreichweit.



Daraus ergab sich für die Steiermark folgendes Ergebnis:

2006	Intramural	Extramural	Summe	1 %
In Mio. Euro	991	849	1.840	18,40

Voraussetzung für eine Zuerkennung von Mitteln ist eine entsprechende Dokumentation des Status quo und der Veränderungen des Leistungsgeschehens im intramuralen und extramuralen Bereich durch die jeweiligen Projektpartner. Dies wird durch Erheben von Daten im Zuge des Bewertungsverfahrens gewährleistet.

### **Eignung und Auswahlkriterien für Vorhaben des Reformpools**

In den Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool) der Bundesgesundheitsagentur sind Voraussetzungen für Vorhaben des Reformpools angeführt, von denen folgende Punkte als unabdingbar anzusehen sind:

#### **1. Erhöhung der Effektivität und Effizienz**

Durch Reformpoolprojekte soll die Effektivität und Effizienz des Gesundheitswesens aus gesamtwirtschaftlicher Sicht gesteigert werden.

#### **2. Nachhaltigkeit**

Neben der Befriedigung der aus den Reformpoolprojekten entstehenden Bedürfnisse müssen auch zukünftige Notwendigkeiten im ausreichenden Maß abgedeckt werden.

#### **3. Dokumentation des Status quo und der Veränderung im Leistungsgeschehen**

Eine detaillierte Beschreibung und Erfassung der Ausgangslage auf der Grundlage gesamtwirtschaftlicher und gesundheitswesensspezifischer Kenngrößen ist erforderlich. Auch der erwartete Zustand nach Abschluss des Projektes ist zu dokumentieren. Eine Vergleichbarkeit der Dokumentation zwischen den einzelnen Projekten ist sicherzustellen.

#### **4. Überregionale Bedeutung**

Ein Reformpoolprojekt muss in eine andere Region übertragbar sein, d. h., lokale Defizite können damit nicht ausgeglichen werden.

Größtes Augenmerk ist auf den Punkt 3, die kostenmäßige Beschreibung des Projektes, zu legen. Dies deshalb, um die geforderten Berechnungen für den finanziellen Ausgleich der allfälligen Leistungsverchiebungen zwischen Land und Sozialversicherungen (Prinzip „Geld folgt Leistung“) sowie die Aufteilung des durch die Leistungsverchiebung erzielten finanziellen Gesamtnutzens (Prinzip „Teilung des Gewinns/Verlustes“) darstellen zu können. Daher ist es bei jedem Reformpoolprojekt erforderlich, dass

- die mengen- und kostenmäßige Bewertbarkeit des Status quo und des Status post (Evaluierbarkeit),
- die Menge und Kosten an voraussichtlich verschiebbarem Potenzial (Messbarkeit),

- die Möglichkeit des kalkulatorischen Nachweises vom bisherigen und neuen Leistungserbringer (Bewertbarkeit),
  - die Gesamthöhe der notwendigen Finanzmittel für die Vorhaben (einschließlich der Projektabwicklung)
- aufgezeigt wird.

Um die einzelnen Punkte gezielt abfragen zu können, wurde ein Antragsformular für Reformpoolprojekte entwickelt, das von jedem/jeder ProjektwerberIn auszufüllen ist.

Nach positivem Abschluss eines Reformpoolprojektes ist die Finanzierung der neu errichteten Struktur in die Regelfinanzierung überzuführen. Das bedeutet, dass jenem Sektor, in dem die neue Struktur entstanden ist, Mittel aus dem ursprünglichen Sektor zuzuführen sind.

### 4.3.4 Inhalte – Themenbereiche

Durch die ständige Entwicklung im Gesundheitswesen ist permanent ein umfangreicher Reformbedarf gegeben. Um hier Schwerpunkte setzen zu können, muss der Themenkreis für Reformpoolprojekte eingeschränkt werden.

Die in der nachfolgenden Tabelle aufgezeigten Themenbereiche für Reformpoolprojekte begründen sich durch die schon lange erkannten bedeutendsten Probleme an der Nahtstelle zwischen intra- und extramuralen Bereich. Außerdem sollen Projekte, die schon bisher von Sozialversicherung und Land an der Schnittstelle Krankenhaus – niedergelassener Bereich initiiert und finanziert wurden, als Reformpoolprojekte weitergeführt werden können. Unter den drei Hauptthemenbereichen sind beispielhaft einzelne mögliche Projektinhalte aufgezeigt.

#### Reformpool-Projekte – Themenbereiche

<b>Hauptthemenbereiche</b>
<b>Disease Management Projekte (DMP)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Herz.Leben</li> <li>■ Diabetes</li> <li>■</li> </ul>
<b>Entlassung- bzw. Aufnahmeorganisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entlassungskoordination – Graz</li> <li>■ Präoperative Befunderstellung</li> <li>■ Hauskrankenbehandlung</li> <li>■ Aufnahmeprozedere</li> <li>■</li> </ul>
<b>Organisations- und Strukturveränderungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entwicklung von Gesundheitszentren</li> <li>■ Ambulante FachärztInnenversorgung</li> <li>■</li> </ul>

**Themen, die in allen Projekten Berücksichtigung finden sollen:**

- Gesundheitsförderung,
- Gender Mainstreaming und
- soziodemografische Faktoren

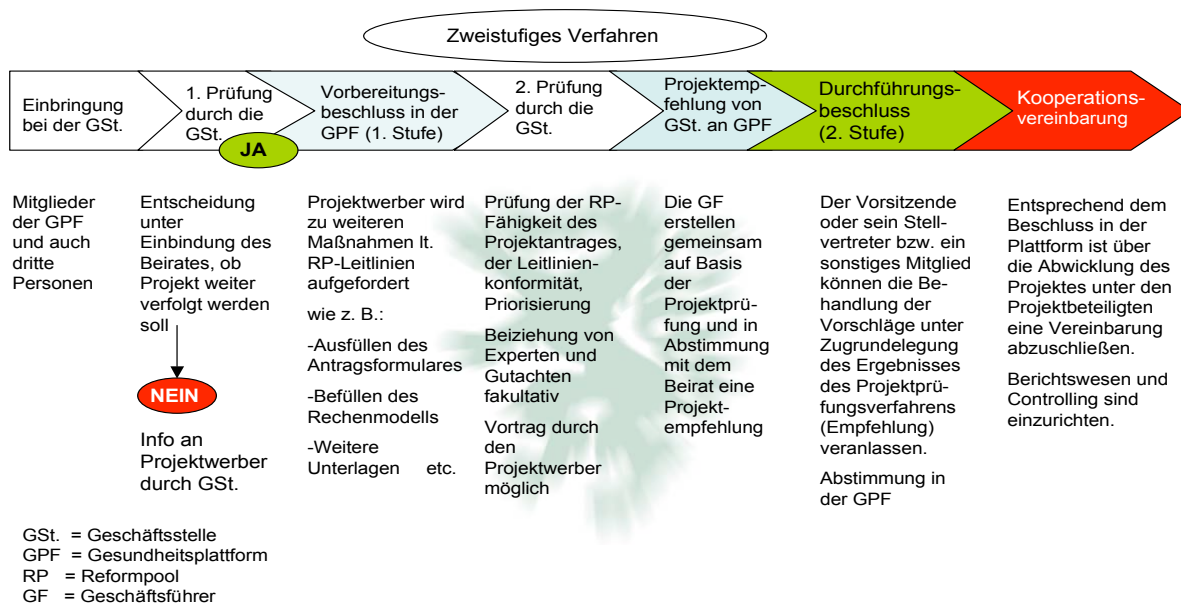
Die Beseitigung von Versorgungsdefiziten kann prinzipiell kein Reformpoolprojekt sein, da eine kosten- und mengenmäßige Bewertung und Evaluierung der durchgeführten Leistungsverschiebung nicht möglich ist. Ebenso verhält es sich mit dem medizinischen Fortschritt.

**4.3.5 Durchführung von Reformpoolprojekten**

Zur Abwicklung der Anträge an den Reformpool wurde ein zweistufiges Verfahren zur Bewertung der Anträge vereinbart. In diesem Verfahren wird eine Erstbeurteilung der Anträge durch den Gesundheitsfonds durchgeführt, wobei auch externe Experten zugezogen werden können. Diese Erstbeurteilungen werden – versehen mit einer Empfehlung des Gesundheitsfonds – der Gesundheitsplattform zum Beschluss vorgelegt.

In der Gesundheitsplattform wird für Projekte, die realisierbar erscheinen, ein Vorbereitungsbeschluss gefasst. Als nächster Schritt wird der Gesundheitsfonds beauftragt, eine Evaluierung des Projektes durchzuführen, das Rechenmodell zu befüllen und Hilfestellung beim Ausfüllen des Antragsformulars zu geben. Erst wenn dies erfolgt ist, wird das Projekt ein zweites Mal der Gesundheitsplattform vorgelegt. Hier wird nun entweder ein Durchführungsbeschluss gefasst, oder – falls die Evaluierung eine negative Entwicklung erwarten lässt – der Abbruch des Projektes beschlossen.

**Schematische Darstellung**



Bei der konkreten Durchführung einzelner Projekte ist vorab eine klar definierte Vereinbarung zum Ablauf abzuschließen und bei der Durchführung auf Projektarbeit im klassischen Sinne zu achten.

Dabei ist besonders auf die zeitliche Dimension des Reformpoolprojektes und die Befristung des Vorhabens zu achten. Sollte sich kein Erfolg abzeichnen oder einstellen, sind sie abubrechen oder nach Projektende nicht umzusetzen. Da bei erfolgreichem Abschluss in eine Regelfinanzierung übergeleitet werden muss, sind dazu im Laufe des Projekts Maßnahmen vorzubereiten.

### **4.3.6 Kurzbeschreibungen der Reformpoolprojekte in der Steiermark**

Für die folgenden Reformpoolprojekte wurde das zweistufige Bewertungsverfahren komplett durchgeführt, d. h., ein Durchführungsbeschluss ist vorhanden.

#### **4.3.6.1 Hospiz- und Palliativversorgung in der Steiermark**

Dieses Projekt wurde 1998 begonnen und mit Beschluss der Gesundheitsplattform in ein Reformpoolprojekt übergeführt.

Das Ziel des Vorhabens liegt im Auf- und Ausbau einer abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung im Land Steiermark bis zum Jahr 2008. Die einzelnen Einrichtungen der abgestuften Versorgung sind mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienste, Stationäres Hospiz und Tageshospiz. Diese Einrichtungen sind untereinander und mit den Palliativstationen vernetzt und arbeiten in enger Kooperation mit den regionalen Hospizteams. Die Zielgruppe der Einrichtungen sind Menschen mit unheilbarer, progredienter Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, mit belastender körperlicher Symptomatik (Schmerzen, Atemnot, ...), psychischen Beschwerden und/oder anderen, die Lebensqualität beeinträchtigenden Symptomen. Die Begleitung und Betreuung der Angehörigen ist Teil der Aufgabe.

Die Versorgung erfolgt in allen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialwesens in abgestufter Weise unter Einbeziehung der bestehenden Strukturen. Die Grundversorgung erfolgt weiterhin in den Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens (niedergelassene Ärzteschaft, Hauskrankenpflege, Heimhilfebereich, Sozialarbeit, Senioren- und Pflegeheime und Krankenanstalten). Die spezialisierten Hospiz- und Palliativeinrichtungen stehen für komplexere Versorgungssituationen den PalliativpatientInnen und ihren Angehörigen beratend/unterstützend (mobile Palliativteams, Palliativkonsiliardienst, Hospizteams) bzw. betreuend (Palliativstationen, stationäres Hospiz, Tageshospiz) zur Verfügung. Ein wesentliches Ziel liegt in der Entlastung bestehender Strukturen, insbesondere des Akutbereiches.

### **4.3.6.2 Herz.Leben**

Dieses Projekt, das in seiner Konzeption dem Diabetes-Schulungsprojekt ähnelt, wurde Mitte 2003 gestartet und läuft noch bis Ende 2008. Auf Beschluss der Gesundheitsplattform wurde es 2006 in ein Reformpoolprojekt übergeführt.

Kardiovaskuläre und cerebrale Erkrankungen sind die Haupttodesursachen in Österreich und verursachen nicht nur großes menschliches Leid, sondern auch enorme finanzielle Belastungen für das Gesundheitssystem. Die arterielle Hypertonie ist einer der modifizierbaren Risikofaktoren für die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen. Ziel des Projekts ist die Schaffung eines flächendeckenden Angebots für Betroffene zur Stärkung ihrer Fähigkeiten des Selbstmanagements der Therapie im Sinne moderner Betreuungskonzepte. Das Projekt wird von einem detaillierten Dokumentations- und Qualitätsmanagementkonzept begleitet. Die verwendeten Schulungsmaterialien wurden in Deutschland entwickelt, jahrelang erprobt und evaluiert. Dabei konnten sie ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen.

### **4.3.6.3 DMP Therapie Aktiv**

Aufbauend auf den Erfahrungen des Diabetes-Schulungsprojekts, welches Ende Dezember 2006 auslief, wurde seitens der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse das Disease Management Programm (DMP) Therapie Aktiv für Diabetes mellitus Typ 2 ausgearbeitet und auf Beschluss der Gesundheitsplattform ab 1. Juli 2007 umgesetzt.

Es soll eine kontinuierliche Versorgung von chronisch Kranken ermöglichen und das Versorgungsniveau anheben. Das Konzept für die Steiermark stellt eine umfassende Weiterentwicklung der bereits implementierten Schulungsprogramme dar und entspricht damit den Anforderungen, die an ein Disease Management Programm (DMP) gestellt werden. Es ist ein integratives Konzept, unter dem alle Elemente zur optimalen Behandlung einer bestimmten Krankheit unter Beachtung medizinischer und ökonomischer Gesichtspunkte subsumiert werden. Es kann folgendermaßen charakterisiert werden:

- ganzheitliches Instrument zur funktions- und leistungsebenenübergreifenden Optimierung der Behandlung und Betreuung
- Betrachtung ganzheitlicher „Lebenszyklen“ von Krankheiten, und nicht nur einzelner Krankheitsepisoden
- umfasst sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, basierend auf Evidence Based Medicine (EBM)

PatientInnen mit Diabetes Typ 2 können sich bei ihrer/ihrem DMP-Ärztin/Arzt – vorrangig der/dem Hausärztin/Hausarzt – in dieses Programm einschreiben lassen. Der Arzt koordiniert alle Untersuchungen und führt bei Bedarf Überweisungen durch. Um

Therapieentscheide und Überweisungen zu erleichtern, wurden evidenzbasierte Behandlungspfade erstellt. Abweichungen davon sind jederzeit möglich, müssen jedoch begründet werden. Mittels eines eigens dafür entwickelten Dokumentationsbogens werden wichtige Behandlungsparameter festgehalten und dienen als Grundlage für ein begleitendes Qualitätsmanagement und die Evaluierung nach medizinischen und ökonomischen Gesichtspunkten. Dafür wird auch eine zentrale Datenverwaltung geschaffen. Zentraler Punkt eines DMPs ist die stärkere Einbindung des Patienten in Therapieentscheidungen, die auch durch gemeinsame Zielvereinbarungen zwischen PatientInnen und ÄrztInnen zum Ausdruck kommen soll. Nach internationalen Erfahrungen können damit Spätkomplikationen an Augen, Füßen, Nieren und dem kardiovaskulären System reduziert werden.

#### **4.3.6.4 Medizinische Hauskrankenbehandlung**

Übergeordnetes Ziel des Projekts „Medizinische Hauskrankenbehandlung Hartberg“, welches in der Gesundheitsplattform beschlossen wurde, ist es, die medizinische und pflegerische Versorgungsqualität, die Lebensqualität und die Zufriedenheit der pflegebedürftigen PatientInnen und deren Angehörigen – sei es nach Entlassung aus der stationären Betreuung, sei es vor der Spitalseinweisung – zu steigern.

Zu erfassen sind alle PatientInnen, welche eine medizinische Hauskrankenbehandlung in Zusammenarbeit mit den HausärztInnen und den Pflegekräften benötigen. Keine Zielpersonen sind solche Personen, die nur einer Pflege bedürfen, ebenso solche Personen, die nur der ärztlichen Betreuung bedürfen.

Das Projekt verfolgt im Detail folgende Zielvorstellungen:

- Steigerung der Zufriedenheit der PatientInnen mit der Behandlung
- Erhöhung der Lebensqualität der PatientInnen
- Verringerung der Belastung der Angehörigen, Reduzierung der Hospitalisierungsrate, der Wiederaufnahmerate, der Hospitalisierungskosten und der Hospitalisierungsdauer
- Verlängerung der Betreuungsmöglichkeit zu Hause vor einer notwendigen Spitalseinweisung
- Steigerung der Zufriedenheit der Leistungserbringer (niedergelassene ÄrztInnen, Personal der Hauskrankenpflege, SpitalsärztInnen)
- Verbesserung der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und den Pflegepersonen unter Einschluss des stationären Bereiches
- Gewinnung von Daten über die Kosten des Projektes im Vergleich zu den Kosten für jene PatientInnen, welche die medizinische Hauskrankenbehandlung erhalten haben, mit den Kosten der PatientInnen, die nicht nach dem Modell Medizinische Hauskrankenbehandlung versorgt worden sind.

Für die nachfolgenden Projekte gibt es erst einen Vorbereitungsbeschluss der Gesundheitsplattform (Stand 31.12.2006). Der Durchführungsbeschluss sollte bei Vorliegen sämtlicher erforderlichen Unterlagen im ersten Halbjahr 2007 erfolgen.

### **4.3.6.5 Integrierte Versorgung Schlaganfall in der Steiermark**

Integrierte Versorgung bedeutet zuerst und vor allem Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. Zu diesem Zweck wird ein Krankheitsbild von der Prävention über den Eintritt des Ereignisses bis zum Abschluss der Heilbehandlung und darüber hinaus in seiner Gesamtheit betrachtet. Das Ziel dieser Betrachtung ist einerseits eine bestmögliche Vernetzung der Leistungsbereiche und Leistungserbringer. Auf der anderen Seite sollen die Arbeitsweisen der Besten – die so genannte „Best Practise“ – in den einzelnen Teilbereichen in eine Form gegossen werden und in weiterer Folge bei allen Prozessbeteiligten umgesetzt werden.

Das österreichische Gesundheitssystem hat gut ausgeprägte Leistungseinheiten (niedergelassene Vertragspartner der SV, Rettungstransporte, Spitäler, Rehabilitation und soziale Dienste). Für eine optimale Wirksamkeit fehlt jedoch oftmals eine gute Integration dieser Teilsysteme. Das Modellprojekt „Integrierte Versorgung Schlaganfall“ zeigt am Beispiel eines Versorgungsprozesses, wie diese Integration geschaffen werden kann.

In Entsprechung zur hohen Strukturqualität soll es durch Optimierung der Prozessqualität zu deutlich besseren Ergebnissen zu kommen.

In der Steiermark wird in allen Versorgungsregionen die Steuerung und Optimierung des Versorgungsprozesses „Schlaganfall“ erprobt. Verbesserungen sind in folgenden Bereichen zu erwarten:

- Transparente Information an den entscheidenden Stellen im Versorgungsprozess über die Organisationsgrenzen hinweg (z. B. verfügbare Stroke Unit Betten, richtige Zuweisungen, rechtzeitige Rehabilitationsvorbereitung).
- Stärkung der dezentralen Ergebnisverantwortung bei den am Versorgungsprozess beteiligten AkteurInnen durch klare Spielregeln und ein transparentes Controlling-system, das die Leistungsqualität sichtbar macht.
- Zentrale Steuerung des gesamten integrierten Versorgungsprozesses „Schlaganfall“ durch das neu zu etablierende IGV-Management, das mit einem speziellen Datawarehouse alle notwendigen Daten zur Verfügung gestellt bekommt.

Das Projekt ist keine weitere Studie, sondern ein auf Lernen angelegtes Organisationsentwicklungs- und Veränderungsprojekt, das die Leistungsträger im Gesundheitssystem mit Beraterunterstützung durchführen. Im Projekt sollen alltagsrelevante Verbesserungen umgesetzt werden, die zu einer dauerhaften Steigerung der Ergebnisqualität führen und beispielhaft für andere Erkrankungsformen sein können.

### 4.3.6.6 Integrierte Versorgung koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose

Dieses Projekt entspricht vom Aufbau her dem Projekt „Integrierte Versorgung Schlaganfall“. Ausgehend von der Verbesserung des gesamten Versorgungsprozesses gibt es einen modularen Projektaufbau. Es gibt fünf Module: Diagnostik, Behandlung, Rehabilitation, Nachsorge und das Modul Daten.

Integrierte Versorgung zielt auf ein ausgewogenes Maß von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität ab. Da wir von einer hohen Strukturqualität in der Steiermark ausgehen können, gilt die Konzentration der Prozess- und Ergebnisqualität.

Verbesserungen sind in folgenden Bereichen zu erwarten:

- Transparente Information an den entscheidenden Stellen im Versorgungsprozess, über die Organisationsgrenzen hinweg (z. B. richtige Zuweisungen, Verfügbarkeit der Herzkatheter-Einheiten, Kapazität der Herzchirurgie, Rehabilitationsvorbereitung).
- Stärkung der dezentralen Ergebnisverantwortung bei den am Versorgungsprozess beteiligten AkteurlInnen durch klare Spielregeln und ein transparentes Controlling-system, das die Leistungsqualität sichtbar macht.
- Zentrale Steuerung des gesamten integrierten Versorgungsprozesses „HerzpatientInnen“ durch ein neu zu etablierendes IGV-Management, das mit einem speziellen Datawarehouse alle notwendigen Daten zur Verfügung hat.

Für die betroffenen Menschen bedeutet das in der Praxis:

- Bessere Überlebenschance bei KHK oder AST durch optimierte Diagnose und Behandlung
- Weniger Folgeschäden durch bleibende Behinderungen

### 4.3.6.7 Teleulcus

Ziel des Projektes ist die Verbesserung der Betreuung von PatientInnen mit chronischen Wunden in einer abgestuften Versorgungsstruktur.

Projektnutzen:

- Optimale medizinische und pflegerische Betreuung der PatientInnen
- Reduktion der ambulanten Kontakte durch Einsatz der Telemedizin
- Gezielte stationäre Aufnahme von problematischen Fällen
- Auswertung der Ergebnisse durch die Medizinische Universität Graz



### **4.3.6.8 Nahtstellenmanagement im Großraum Graz**

Aufbauend auf dem Konzept des Versorgungskordinators soll durch das Projekt für den Großraum Graz, im Speziellen für das LKH – Univ.-Klinikum Graz, der Einsatz und der Bedarf von Versorgungskordinatoren den urbanen Versorgungsstrukturen angepasst werden.

Es soll ein „Versorgungskompetenzcenter“ am LKH – Univ.-Klinikum Graz eingerichtet werden. So können PatientInnen mit einem erhöhten poststationären Betreuungs- und Versorgungsbedarf zielgerichtet und schnell betreut werden, Angehörige können sich im Rahmen des Krankenbesuches kompetent beraten lassen und auch die Informationswege zwischen den Health Professionals werden verkürzt. Eine Betreuung der übrigen Krankenhäuser im Großraum Graz soll mittels des bereits erprobten Konzeptes der Versorgungskoordination erfolgen.

### **4.3.6.9 Ausbau der nephrologischen Versorgung in der Steiermark**

Ziel des Projektes ist es, die strukturelle Situation der Versorgung von PatientInnen mit terminalem Nierenversagen und dem Bedarf für eine Nierenersatztherapie zu untersuchen und Maßnahmen zu konzipieren, die geeignet sind, eine langfristige Versorgungssicherheit für diese PatientInnen unter dem Gesichtspunkt des wachsenden Versorgungsbedarfs sicherzustellen. Die prinzipielle Intention ist es, die verfügbaren Therapieoptionen bestmöglich so zu etablieren, dass sie allen flächendeckend zur Verfügung stehen und so dem PatientInnen unabhängig vom Wohnort das für ihn bestgeeignete und gewünschte Verfahren zugänglich gemacht werden kann.

Hauptkomponenten dabei sind:

- Förderung des Anteils an Peritonealdialyse
- Steigerung der Nierentransplantationsrate
- Ausbau der vorhandenen Strukturen

## **4.4 e-Health**

In der geltenden Artikel-15 a-Vereinbarung wird dem Thema e-Health ein breiter Raum gewidmet.

Als Ziele werden definiert:

- Qualitative Verbesserung der Versorgung,
- Nutzung der ökonomischen Potenziale von Informations- und Kommunikationstechnologien und
- Harmonisierung der nationalen Vorgangsweise mit Programmen und Maßnahmen auf europäischer Ebene.

Die Steirische Gesundheitsplattform hat sich daher entschlossen, eine eigene e-Health-Strategie für die Steiermark unter Berücksichtigung der österreichweiten Vorgaben zu entwickeln.

Die Ausgangssituation ist im Vergleich zu anderen Bundesländern günstig, da der Durchdringungsgrad mit Informationstechnologien im steirischen Gesundheitswesen sehr hoch ist. Derzeit fehlt ein koordiniertes Vorgehen der Stakeholder unter Berücksichtigung bundes- und europaweiter Standards (wie zum Beispiel IHE-Konformität und HL7).

Deshalb hat die Gesundheitsplattform in der Sitzung vom 6. Juli 2006 Herrn Dr. Werner Leodolter zum e-Health-Koordinator für die Steiermark bestellt. Die ihm gestellten Aufgaben sind unter anderem die Konzeption und Umsetzung einer steirischen e-Health-Strategie, die Unterstützung der Ziele und Aufgaben der Gesundheitsplattform durch e-Health-Anwendungen und Harmonisierung und Evaluierung relevanter Projekte im steirischen Gesundheitswesen.

2007 soll es zur Beschlussfassung der e-Health-Strategie kommen und der Startschuss für einzelne Infrastrukturprojekte, wie zum Beispiel Gesundheitsportal und e-Radiologie, erfolgen.

## 4.5 Medizinische Datenqualität

Schon von jeher kam der medizinischen Dokumentation eines Falles große Bedeutung zu. Sie soll Information über die jeweilige PatientInnenbehandlung liefern, gesetzliche Vorgaben erfüllen, Daten für die Abrechnung und Kostenanalyse oder Forschungszwecke bereitstellen und zur forensischen Absicherung dienen.

Seit Einführung des LKF-Systems setzt eine durch die Regeln dieses Modells geforderte korrekte Erlösermittlung die vollständige, genaue und richtige Kodierung aller Diagnosen und Einzelleistungen voraus. Dies wiederum setzt eine vollständige, nachvollziehbare und korrekte Falldokumentation voraus. Daraus wird ersichtlich, dass den allgemeinen Anforderungen an die Dokumentation und dem zugrunde liegenden Dokumentationsprozess eine entscheidende Bedeutung zukommt. Mehr denn je bestimmen Qualität, Vollständigkeit und Zeitnähe der medizinischen Dokumentation die korrekte Erlösermittlung für die erbrachte Krankenhausleistung.

Mangelhafte Dokumentation führt zu inkorrekt ermittelter Erlösermittlung.

Für die korrekte Dokumentation und Erlösermittlung stellt das LKF-Modell ein genau definiertes Regelwerk zur Verfügung, das als gesetzliche Vorgabe zu erfüllen ist. Um den gesetzlichen Grundlagen zu entsprechen und eine den Leistungen nach LKF entsprechende Mittelverteilung zu gewährleisten, ist der Gesundheitsfonds zur Kontrolle der Datenqualität verpflichtet. Darüber hinaus sind die LKF-Daten die einzige Daten-

quelle für Diagnose- und Leistungsberichte des stationären Bereichs und dienen als solche für weitere LKF-bezogene Analysen und Auswertungen. Auf einer unzulänglichen Datenbasis kann kein korrektes und nutzbringendes Analyse- und Berichtswesen entwickelt werden.

### **4.5.1      Expertengruppe Medizinische Qualitätskontrolle – medQK**

#### **4.5.1.1    Ziele und Aufgaben**

In der Steiermark ist seit Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eine „Expertengruppe Medizinische Qualitätskontrolle“ (medQK) etabliert. Die medQK hat beratende, begleitende und konzepterstellende Funktion gegenüber der Geschäftsstelle in Fragen der ordnungsgemäßen medizinischen Dokumentation der Diagnose- und Leistungsberichte.

Ziel der Expertengruppe ist die Etablierung und Weiterentwicklung eines umfassenden Programms zur Sicherung der Datenqualität. Wesentliche Aufgabe ist es, das Dokumentationsverhalten in den Krankenanstalten zu vereinheitlichen und damit eine Vermeidung von Fehl-, Über- oder Untercodierungen herzustellen.

Die gleiche Interpretation und Anwendung des Diagnose- und Leistungskataloges sowie die Berücksichtigung der Erläuterungen des Medizinischen Dokumentationshandbuchs soll eine korrekte, ordnungsgemäße LKF-Mittelverteilung sowie nachvollziehbare Diagnose- und Leistungsberichte für alle Fondskrankenanstalten sicherstellen.

#### **4.5.1.2    Mitglieder**

Die medQK setzt sich aus sieben Mitgliedern zusammen:

Für drei Mitglieder hat die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., für zwei Mitglieder haben die sonstigen Rechtsträger von Fondskrankenanstalten, für je ein Mitglied die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und die Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion) des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung das Nominierungsrecht.

Nominierte Mitglieder:

Univ.-Doz. Prim. Dr. Günther FORCHE	Krankenhaus der Elisabethinen Graz
Mag. Dr. August GOMSI (Vorsitzender)	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
Univ.-Prof. Dr. Peter KÖLTRINGER	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz Eggenberg
Dr. Adolf PINEGGER	Stmk. Gebietskrankenkasse
DDr. Susanna KRAINZ	Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Prim. Dr. Wolfgang SCHELLNEGGER	Landeskrankenhaus Voitsberg
Univ.-Prof. Dr. Josef SMOLLE	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie

### 4.5.1.3 Arbeitsschwerpunkte 2006:

#### Analyse zur LKF-Einstufung 2006

In einer Analyse wurde mit Hilfe einer Kombination von SAPS und TISS-Werten versucht, Auffälligkeiten zu verifizieren.

#### Auffälligkeitsanalyse über die MBDS-Daten der Steiermark

Die Expertengruppe „Medizinische Qualitätskontrolle“ beschäftigte sich bereits in den letzten Jahren mit der Analyse von auffälligen Datensätzen in den Diagnose- und Leistungsberichten (MBDS) der Krankenanstalten. Ziel war es, zu prüfen, ob für routinemäßige Datenüberprüfungen anhand statistischer Datenanalysen eine möglichst genaue Vorfilterung auffälliger Datensätze zu erhalten ist, und dies in weiteren Prüfschritten zu evaluieren. Im geeigneten Fall sollte ein schnelles, einfaches Verfahren mit größtmöglicher Treffsicherheit zur Kenntlichmachung auffälliger Datensätze entwickelt werden. Dazu gab es bereits einen Vorschlag für statistische Auffälligkeitsanalysen von Univ.-Prof. Dr. Karl-Peter Pfeiffer.

Nach diesen Vorarbeiten wurde bei Professor Pfeiffer eine Auffälligkeitsanalyse über die MBDS-Daten der Steiermark für das Jahr 2004 in Auftrag gegeben. Ziel der Auswertung von Prof. Pfeiffer ist es, auf statistischem Wege Auffälligkeiten herauszufiltern. Dazu ermittelt Prof. Pfeiffer die Abweichung diverser Merkmale vom Mittelwert der Steiermarkdaten, wobei ein Merkmal als „auffällig“ klassifiziert wird, wenn es bezogen auf das Gesamtkollektiv eine geringe Wahrscheinlichkeit hat. Für den definierten Stichprobenraum 2004 wurde das Merkmal MaxMEL-Score ist gleich 4 herangezogen. Dieses besagt, dass zumindest eine der codierten MEL besonders unwahrscheinlich ist.

In einem nächsten Schritt wurde von den Häusern, die einen überdurchschnittlich auffälligen MaxMEL-Score aufwiesen, eine Stichprobe durchgeführt.

Diese Datensätze wurden von externen Prüfarzten beurteilt. Bei unklaren Fällen wurden Arztbrief und/oder OP-Bericht angefordert.

Insgesamt wurden 170 Datensätze nach vorher festgelegten Überprüfungs- und Beurteilungskriterien begutachtet. Für 72 Datensätze wurden zusätzliche Unterlagen verlangt.

Im Pool der Datensätze mit schwerwiegendem Mangel ergab sich bei genauerer Darstellung ein Spektrum unterschiedlicher Qualitätsnuancen und Fehlerquellen. Man findet auf der einen Seite Datensätze, die grundsätzlich sehr genau und gut codiert waren, aber auf Grund eines einzigen Fehlers der oben genannten Kriterienliste als fehlerhaft einzustufen waren, auf der anderen Seite aber auch Datensätze, bei welchen wesentliche Teile der Diagnose- und Leistungsdaten fehlerhaft waren bzw. zur Gänze fehlten.

Es fanden sich Fehler aus allen Bereichen der Verschlüsselung, bevorzugt:

### **Auswahlfehler**

- **qualitativ:** es wurde eine falsche Hauptdiagnose, medizinische Einzelleistung ausgewählt
- **quantitativ:** es wurde unvollständig ausgewählt bzw. Diagnosen/Leistungen gänzlich vergessen

### **Codierfehler**

- Diagnosen wurden einer falschen ICD-Schlüsselnummer zugeordnet.
- Codierregeln wurden nicht beachtet.

### **Gesamtergebnis:**

Von den 170 überprüften Datensätzen wurden 73 Datensätze (42,9 %) als in Ordnung beurteilt, 97 Datensätze (57,1 %) wurden als mangelhaft eingestuft.

Davon wurden 85 (50 %) mit einem schwerwiegenden Mangel und 12 (7,1 %) mit einem geringgradigem Mangel beurteilt.

Von den 85 mit einem schwerwiegenden Mangel beurteilten Datensätzen führten 32 (18,8 %) zu einer Beeinflussung der LKF-Bepunktung im Sinne einer Übercodierung oder Undercodierung des vorliegenden Datensatzes.

Bedingt durch die LKF-Struktur zeigen grundsätzlich Codierfehler in den operativen Fächern (zum Beispiel medizinische Einzelleistung vergessen) weit größere Auswirkungen auf die LKF-Bepunktung als Codierfehler in den konservativen Fächern.

Bereinigt man die mit einem schwerwiegenden Mangel beurteilten Datensätze um die 31 Datensätze mit einem schwerwiegenden Mangel auf Grund eines systematischen Fehlers (18,2 %), ergibt sich eine Anzahl von 54 Datensätzen mit einem schwerwiegenden Mangel (31,8 %).

Wie schon in vorangegangenen Analysen aufgezeigt, bestätigt diese Analyse, dass die „Pfeiffer’schen Auswertungen“ in der Lage sind, Auffälligkeiten hinsichtlich der Merkmale „korrekte Hauptdiagnosencodierung“, „Leistungs-Diagnosenplausibilität“ sowie „systematische Auffälligkeiten“ im vorliegenden Datensatz zu erkennen.

Eine Prüfung der Leistungs- und Diagnosencodierung auf Vollständigkeit, Richtigkeit und Korrektheit (Übereinstimmung mit dem Arztbrief) und damit verbundene mögliche Fehl-, Über- oder Untercodierungen (z. B. OP-Frequenzen) sind allein damit nicht durchführbar und müssen durch eine Einsichtnahme in den Arztbrief oder OP-Bericht ergänzt werden.

In den meisten Fällen reichte die alleinige Zuhilfenahme des Arztbriefes oder die Kombination mit dem dazugehörigen OP-Bericht aus, um vermutete Codierauffälligkeiten bestätigen oder entkräften zu können. Nur in wenigen Fällen wäre eine zusätzliche Information aus der Krankengeschichte oder einem Intensivbericht notwendig gewesen, um einen Datensatz zu plausibilisieren.

Da die Struktur und der Informationsgehalt der angeforderten Arztbriefe sehr unterschiedlich waren, erleichterte oder erschwerte dies die Nachvollziehbarkeit stationärer Aufenthalte im einen oder anderen Fall beträchtlich. Für die Überprüfung der Codierqualität war die Arztbriefinformation aber meist ausreichend.

### **Zusammenfassung:**

Bei der Beurteilung der Ergebnisse ist zu bedenken, dass die ausgesuchten und beurteilten Datensätze aus einer auf Codierauffälligkeiten stark vorselektierten Datensatzauswahl stammen.

Die Überprüfung der durch die „Pfeiffer’sche Auswertung“ vorselektierten Datensätze zeigte zu einem hohen Prozentsatz Fehlercodierungen bezüglich der überprüften Datenqualitätsmerkmale.

Von den mit einer Fehlercodierung behafteten Fällen führte nur rund ein Drittel zu einer Beeinflussung der LKF-Bepunktung im Sinne einer Übercodierung oder Untercodierung des vorliegenden Datensatzes.

Die medQK ist der Meinung, dass diese Auffälligkeitsanalyse eine spezielle Form der Datenüberprüfung darstellt und einen Teil routinemäßiger Überprüfungen abdecken kann. Es werden systematische Fehler in der Codierung sehr gut aufgezeigt, dennoch ist eine generelle Aussage zur Codierqualität auf Hausebene nicht so leicht zu treffen. Von Seiten der medQK wurde empfohlen, die auffälligen Häuser zu kontaktieren und über die Ergebnisse zu informieren.

Eine umfassende Prüftätigkeit der Datenqualität muss einerseits individuelle Formen der Fehlersuche und Verbesserungen der Auffälligkeitsanalysen beinhalten, wie sie auch die „Pfeiffer’schen Auswertungen“ darstellen. Um globalere Aussagen über die Datenqualität von Krankenanstalten und Abteilungen treffen zu können, ist eine ergän-

zende Vorgehensweise und Methodik, wie zum Beispiel das Ziehen von Zufallsstichproben, zu wählen.

Als nächster Schritt soll daher eine statistisch aussagekräftige Zufallsstichprobe festgelegt werden, um in dieser Form weitere Überprüfungen und Bewertungen durchführen zu können.

### **4.5.2 Medizinische Datenqualität – Warnings**

Um Erfassungsmängel bei der Datenerhebung rechtzeitig feststellen und beseitigen zu können, sind im LKF-Scoring-Programm routinemäßige Plausibilitätskontrollen vorgesehen. Im Wesentlichen gliedern sich die Plausibilitätsprüfungen in formale und in medizinische Prüfungen. Die formalen Plausibilitätsprüfungen umfassen den Bereich von Datenstrukturen und Wertebereiche (z. B. gültiges Datum).

Die medizinischen Plausibilitätsprüfungen gehen von einer logischen Verknüpfung mehrerer Informationen eines/r Patienten/in aus. Das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend hat eine Reihe von medizinischen Plausibilitätsprüfvorschriften festgelegt. So sind derzeit zum Beispiel die Diagnosen und Leistungen in Bezug auf Alter und Geschlecht des Patienten/der Patientin zu prüfen (Entbindung bei männlichem Geschlecht unplausibel). Die Leistungen werden darüber hinaus in Bezug auf erbrachte Leistungsanzahl, in Bezug auf die beim jeweiligen Krankenhausaufenthalt dokumentierten Diagnosen (Hauptdiagnose bzw. Zusatzdiagnosen) und in Bezug auf weitere am Patienten bzw. an der Patientin erbrachte Leistungen (Kombinationen von Leistungen) geprüft.

Werden Plausibilitätskriterien verletzt, kommt es zum Auftreten einer Fehler- (Error) oder Warnmeldung (Warning). Diese sind sodann vom Krankenhaus und in weiterer Folge von den Krankenanstaltenträgern zu prüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Fälle, die mit einem Errorhinweis versehen sind, können nicht abgerechnet werden.

Da Medizinische Plausibilitätsprüfungen nur einen Teil der „Medizinischen Wirklichkeit“ abbilden können, sind einzelne Fehler- und Warnmeldungen Ausdruck dieser medizinischen Varianz und Normierung. Wenn sich nach genauer Prüfung ein Fall als korrekt herausstellt, ist es möglich, diesen Fall zu akzeptieren und abzurechnen.

Von der medQK wurde eine Warningrate von maximal 1,5 % der Gesamtfallzahl pro Haus festgelegt. Seitens der Geschäftsstelle wurden die Rechtsträger darüber informiert.

Im Jahr 2006 ist es gelungen die Warningrate in der Steiermark im Vergleich zu den Vorjahren deutlich zu senken. Die Zeitreihe in der Tabelle auf Seite 67 zeigt eine Reduktion gegenüber 2004 mit 3,2 %, 2005 mit 4,0 % auf 1,6 % im Jahr 2006. Dies ist sowohl auf verbesserte EDV-Ausstattungen und verbesserte Organisationsstrukturen (Dokumentationsteam) in der Datenerfassung der Häuser als auch auf nachdrücklichere Kommunikation der Geschäftsstelle zurückzuführen.

Ergänzend sei erwähnt, dass die Höhe der Warningrate von Haus zu Haus und dort selbst von Abteilung zu Abteilung sehr unterschiedlich ist. Ein Großteil der Abteilungen und Häuser weisen sehr geringe Warningraten auf.

An dieser Stelle möchten wir uns ganz besonders bei all jenen MitarbeiterInnen der Fondsspitaler bedanken (ÄrztInnen, Verwaltungspersonal), die sich tagtäglich, in unterschiedlichster Art und Weise, um eine bestmögliche Datenqualität bemühen.

<b>Entwicklung der Warningrate 2004–2006</b>			
<b>KANR</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
LKH Bad Aussee	0,3 %	2,2 %	2,5 %
LKH Bruck/Mur	0,7 %	0,9 %	0,2 %
LKH Feldbach	1,3 %	4,0 %	2,4 %
LKH Fürstenfeld	2,4 %	3,4 %	2,6 %
LKH Hörgas-Enzenbach	0,8 %	0,2 %	0,5 %
LKH – Univ.-Klinikum Graz	8,9 %	11,6 %	3,6 %
Geriatrisches KH Graz			0,2 %
KH BHB Marschallgasse	1,6 %	0,2 %	0,0 %
KH Elisabethinen	0,1 %	0,0 %	0,4 %
LSF Graz	1,3 %	0,4 %	0,3 %
KH BHB Eggenberg	0,6 %	0,2 %	0,3 %
LKH Hartberg	0,1 %	0,1 %	0,2 %
NTZ Kapfenberg	1,7 %	0,8 %	1,3 %
LKH Leoben	3,0 %	2,3 %	5,5 %
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	0,3 %	4,2 %	0,1 %
LKH Bad Radkersburg	0,1 %	0,0 %	0,0 %
LKH Rottenmann	0,6 %	0,1 %	0,1 %
DKH Schladming	2,1 %	0,4 %	0,2 %
LKH Stolzalpe	4,2 %	0,4 %	0,6 %
LKH Voitsberg	0,2 %	0,3 %	0,7 %
MKH Vorau	2,0 %	1,4 %	0,2 %
LKH Wagna	0,1 %	0,1 %	0,0 %
LKH Weiz	0,1 %	0,1 %	0,6 %
LKH Deutschlandsberg	1,2 %	0,7 %	0,0 %
LKH Judenburg-Knittelfeld	1,0 %	4,1 %	3,3 %
LKH Graz West	0,5 %	1,3 %	1,1 %
<b>Steiermark</b>	<b>3,2 %</b>	<b>4,0 %</b>	<b>1,6 %</b>

Zukünftig soll eine Gesamtwarningrate für die Steiermark von unter 1,5 % erreicht werden. In einzelnen Warninggruppen ist eine deutlich niedrigere Rate anzustreben.



## **4.6 Strukturplanung/ÖSG**

### **Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG)**

Die Bundesgesundheitskommission hat im Dezember 2005 die erste Fassung des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) 2006 beschlossen. Der ÖSG 2006 hat den seit 1997 gültigen Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP), aktualisierte Version 2003, als verbindliche Planungsgrundlage abgelöst.

Bis Mitte 2006 wurden Weiterentwicklungs- und Ergänzungsarbeiten in Abstimmung mit allen Beteiligten durchgeführt, sodass die Bundesgesundheitskommission am 28. Juni 2006 den weiterentwickelten ÖSG 2006 beschließen konnte. Dabei wurde vereinbart, dass bis Ende 2006 als Voraussetzung für die verbindliche Umsetzung eine Einigung über die – dem Sachlichkeitsgebot entsprechende – Transformation der Qualitätskriterien für alle nicht landesfondsfinanzierten bettenführenden Krankenanstalten erfolgen soll. Diese Transformation ist auf Basis der Arbeiten der PRIKRAF-Arbeitsgruppe sowie des von der Bundesgesundheitsagentur eingerichteten Ausschusses weitgehend abgeschlossen und soll im ersten Halbjahr 2007 der Bundesgesundheitskommission vorgelegt werden.

### **4.6.1 Ausgestaltung des ÖSG**

Der ÖSG ist – entsprechend Artikel 4 der Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens – die verbindliche Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur. Der ÖSG stellt die Rahmenplanung für Detailplanungen auf regionaler Ebene und/oder auf Ebene einzelner Bereiche der Gesundheitsversorgung im stationären und im ambulanten Bereich sowie im Rehabilitationsbereich und an den Nahtstellen zum Pflegebereich dar. Der ÖSG ist als sektorenübergreifender, qualitätsbasierter Leistungsangebotsplan auf Ebene von 32 Versorgungsregionen und vier Versorgungszonen konzipiert und leitet damit eine bedarfsorientierte, integrative regionale Rahmenplanung ein.

Der ÖSG 2006 umfasst den stationären Akutbereich mit Planungshorizont 2010 sowie die Darstellung des Iststandes der Versorgungsstruktur im nicht akutstationären Bereich der Krankenanstalten, im ambulanten Bereich (Spitalsambulanzen, niedergelassener Bereich und selbstständige Ambulatorien), im Rehabilitations- sowie im Pflegebereich auf Ebene der Versorgungsregionen und Versorgungszonen. Verbindliche Qualitätskriterien stellen einen integrierenden, wesentlichen Bestandteil der Planungsaussagen dar. Die Leistungsangebotsplanung inklusive Qualitätskriterien für den nicht akutstationären Bereich der Krankenanstalten, den ambulanten Bereich, den Rehabilitationsbereich bis zu den Nahtstellen zum Pflegebereich wird kontinuierlich – sobald die jeweils dafür notwendigen Datengrundlagen zur Verfügung stehen – definiert und in den ÖSG integriert werden.

Über den ÖSG werden auf Bundesebene grundsätzliche Planungsaussagen festgelegt. Diese Rahmenvorgaben lassen – im Sinne der subsidiären Verantwortung der Länder – eine entsprechende, dynamische Gestaltungsfreiheit für Detailplanungen auf der regionalen Ebene zu, sodass die jeweils vorhandenen Versorgungsstrukturen optimal genutzt werden können. Entscheidend ist dabei, dass alle ÖsterreicherInnen mit gleichwertig hoher Qualität behandelt werden, sowohl unabhängig von ihrem Wohnort als auch unabhängig von Standort und Art der leistungserbringenden Einrichtung. Der integrative Ansatz ist eine Weichenstellung für Verlagerungen zwischen den verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens als Basis für die Umsetzung weiterer Schritte der Gesundheitsreform.

Damit ist ein entscheidender Paradigmenwechsel in der Gesundheitsplanung eingeleitet worden: Die herkömmliche – nicht immer aufeinander abgestimmte – Kapazitätsplanung einzelner Teilbereiche der Versorgung wird durch eine gemeinsame, einheitliche Rahmenplanung abgelöst, die auf der Methodik der Leistungsangebotsplanung basiert. Die Planung umfasst somit erstmals das gesamte Gesundheitswesen und erfolgt integriert. In diesem Sinn geht der ÖSG grundlegend von der isolierten Betrachtung des Krankenhauses ab, wie sie im ehemaligen Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP) enthalten war.

Der ÖSG wird durch das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur laufend weiterentwickelt und aktualisiert. Die daraus resultierenden Ergebnisse werden mit den Ländern und der Sozialversicherung akkordiert, bei Bedarf umgesetzt und in den ÖSG übernommen.

## 4.6.2 Umsetzung in der Steiermark

In ihrer Sitzung am 6. Juli 2006 wurde der Gesundheitsplattform über die Beschlusslage zum ÖSG berichtet und ein Szenario für die Umsetzung auf Landesebene dargestellt.

In einem Projekt „Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSGSt) 2010“ sollen die Vorarbeiten des ÖSG konsequent weiterentwickelt und auf die Steiermark transformiert werden. Dieses Projekt soll über die im ÖSG 2006 vorgesehenen Inhalte hinausgehen, da hier auch Planungsaussagen zum ambulanten Bereich, zum Rehabilitationsbereich, zur Alten- und Langzeitversorgung sowie zur Verbesserung des Nahtstellenmanagements (NSM) getroffen werden sollen, während sich der ÖSG in den einzelnen Versorgungssektoren auf die Analyse des Istzustands beschränkt. Insofern sollen durch das Projekt „Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark 2010“ weiter reichende Perspektiven in Richtung der künftig im Rahmen des bundesweiten ÖSG auf Ebene der Versorgungsregionen zu konkretisierenden Planung eröffnet werden.

Für das Projekt „Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSGSt) 2010“ wurden folgende Zielsetzungen festgelegt:

Gewährleistung einer möglichst gleichmäßigen und bestmöglich erreichbaren, aber auch einer wirtschaftlich und medizinisch sinnvollen Versorgung mit entsprechender Qualitätssicherung (z. B. durch die im Rahmen des ÖSG 2006 definierten Vorgaben).

Entlastung der Akut-Krankenanstalten durch Minimierung der Krankenhaushäufigkeit und der Belagsdauer auf das medizinisch notwendige Maß (durch Forcierung tagesklinischer Leistungserbringung bzw. durch Nutzung der durch den medizinischen Fortschritt eröffneten Perspektiven) sowie weiterer Akutbettenabbau.

Gewährleistung einer raschen, lückenlosen sowie medizinisch und ökonomisch sinnvollen Behandlungskette für alle PatientInnen durch Verbesserung des Nahtstellenmanagements (Sicherstellung des Informationstransfers und des nahtlosen Übergangs zwischen den leistungs anbietenden Einrichtungen).

### **4.7 Zonenkonferenzen**

Der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2006 (ÖSG 2006) sieht in seiner Konzeption für die Weiterentwicklung nach dem 30.6.2006 unter anderem auch vor, dass auf der Ebene der Versorgungszonen bis zum 30.6.2007 „Zonenkonferenzen“ eingerichtet werden, um überregionale länderübergreifende Planungen abstimmen zu können.

Für die Versorgungszone Süd (Steiermark, Kärnten und südliches Burgenland) wurde daher bereits am 7.9.2006 in der Steiermark gemeinsam die erste Zonenkonferenz abgehalten.

Organisatorisch wurde vereinbart, dass die Zonenkonferenz Süd mindestens zweimal pro Jahr einberufen werden soll. Der Veranstaltungsort wechselt halbjährlich zwischen den Bundesländern.

Neben der Konstituierung standen folgende Themen zur Diskussion bzw. wurden folgende Ergebnisse erzielt:

- Um eine gemeinsame Planung der Gesundheitsleistungen auch tatsächlich aufnehmen zu können, werden die beteiligten Bundesländer der Versorgungszone Süd an einer Verbesserung der Datenqualität arbeiten.
- Alle drei Bundesländer geben die Absichtserklärung ab, dass als erster Schritt für jene Krankenhausstandorte an den Ländergrenzen eine Abstimmung des medizinischen Leistungsangebotes zur Umsetzung des ÖSG erfolgen wird. Diesbezüglich fanden bilaterale Gespräche zur grenzübergreifenden Abstimmung im stationären Bereich sowohl zwischen Steiermark und Kärnten als auch zwischen Steiermark und Burgenland statt. Ebenso konnten auf Grund dieser Gespräche Initiativen gesetzt werden, die zu einer Verbesserung der Notfallkoordination zwischen der KRAGes (Burgenland) und der KAGes (Steiermark) geführt haben, wenn auch die über den Bund angestrebte verbindliche Leitstelle noch fehlt.
- Die Zusammenarbeit in Hinblick auf die Weiterentwicklung der Ausbildung zu den Gesundheitsberufen wird verstärkt werden.

## 4.8 Sonstige Aktivitäten der Geschäftsstelle

Zusätzlich zu den oben dargestellten Tätigkeiten war und ist die Geschäftsstelle in immer stärker werdendem Ausmaß in die Mitwirkung der Arbeitsgruppen auf Bundesebene eingebunden. Dazu zählen beispielhaft die

- Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen
- Arbeitskreis LKF-Wartung und Weiterentwicklung
- Arbeitsgruppe Datenqualitätssicherung der Länder
- Medizinischer Länderbeirat
- Unterarbeitsgruppe Intensiv
- Unterarbeitsgruppe Zukunftsperspektiven
- Länderexpertenkonferenzen zu Fragen der Krankenanstaltenfinanzierung
- Unterarbeitsgruppe ÖSG – Strukturqualitätskriterien und Berechtigungsmatrix
- Wissenschaftlicher Beirat „System of health accounts“ (Gesundheitsausgaben)
- Projektbeirat „Interdisziplinäre Bettennutzung im vollstationären Bereich und in Tageskliniken“
- Arbeitsgruppe beim Hauptverband betreffend elektronische Datenmeldungen
- Arbeitsgruppe Bürokratieabbau (intramurale und extramurale Unterarbeitsgruppen)

Die Vor- und Nachbereitungen zu diesen Sitzungen, die Mitwirkung in denselben sowie Transformationen auf Landesebene stellen eine große Herausforderung bei der gegebenen Personalausstattung dar.

## Anhang 1: Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten

Sämtliche Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten 2006						
Rechtsträger	Stationär	Ambulant	Dialyse	Ausländer-Einzelverrechnung		Stand: 30.4.2007 Summe
				Ambulant	Dialyse	
Steiermärkische Kranken- anstaltengesellschaft mbH	535,023.020,41	41,496.941,00	3,830.415,67	90.881,89	–	580,441.258,97
Geriatrische Gesundheitszentren Stadt Graz	1,372.551,67	–	–	–	–	1,372.551,67
Konvent der BHB Graz-Marschallgasse	18,372.215,95	310.536,00	560.264,08	4,24	–	19,243.020,27
KH der Elisabethinen GesmbH	18,679.053,40	409.766,00	–	71,18	–	19,088.890,58
Konvent der BHB Graz-Eggenberg	13,239.503,17	496.311,00	–	4,44	–	13,735.818,61
NTZ Kapfenberg GesmH	4,448.725,39	117.397,00	–	–	–	4,566.122,39
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen (DKH Schladming)	7,209.694,10	543.129,00	259.320,25	58.520,06	46.779,00	8,117.442,41
Kongregation der Schwestern von der Unbefleckten Empfängnis Marias Vorau (MKH)	7,758.280,95	225.920,00	–	–	–	7,984.200,95
<b>Summe</b>	<b>606,103.045,04</b>	<b>43,600.000,00</b>	<b>4,650.000,00</b>	<b>149.481,81</b>	<b>46.779,00</b>	<b>654,549.305,85</b>

## Anhang 2: Bilanz 2006

### GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK BILANZ ZUM 31. DEZEMBER 2006 (STAND: 30. APRIL 2007)

Aktiva	2006 EUR	2005 TEUR	Passiva	2006 EUR	2005 TEUR
<b>I. Guthaben bei Kreditinstituten</b>			<b>I. Fondsgebundene Beiträge</b>		
1. Guthaben Hypo-Landesbank Steiermark	44,912.346,54	36.707	1. Fondsgebundene Beiträge	2,505.021,87	0
<b>II. Forderungen</b>			<b>II. Rückstellungen</b>		
1. Forderungen USt-Anteile	0,00	1.063	1. Projektmittel	6,171.499,55	713
2. Beiträge des Bundes / Bundesgesundheitsagentur:			2. Ausländische GastpatientInnen stationär	10,945.669,63	7.461
Beiträge gemäß § 57 Abs. 3 Z. 2 KAKuG	773.040,00	773	3. Ausländische GastpatientInnen ambulant	1.228,58	1
Beiträge gemäß § 57 Abs. 3 Z. 3 KAKuG	2,927.697,50	2.928		<u>17,118.397,76</u>	<u>8.175</u>
Beiträge gemäß § 57 Abs. 3 Z. 4 KAKuG	3,884.301,00	4.032	<b>III. Verbindlichkeiten</b>		
Vorweganteile gemäß § 59 Abs. 6 Z. 1 KAKuG	1,090.000,00	1.090	1. Umsatzsteueranteile	299.225,10	0
3. Beiträge der Sozialversicherungsträger	130,821.144,98	125.859	2. Abgeltung für stationäre Leistungen	160,869.505,03	151.804
4. Ausländische GastpatientInnen	10,945.669,63	6.528	3. Abgeltung für ambulante Leistungen	12,091.242,00	11.814
5. Forderungen an KA aus § 27 a Abs. 2 KAKuG	1,305.136,56	1.296	4. Investitionszuschuss	0,00	3.938
6. Regresse	3.392,35	0	5. Großgeräte	0,00	1.062
7. Beihilfe nach GSBG 1996	21,213.794,34	18.862	6. Strukturmittel	2,315.000,00	1.925
	<u>172,964.176,36</u>	<u>162.431</u>	7. Reformpoolmittel intramural	73.296,51	0
			8. Kostenbeitrag gemäß § 27 a Abs. 2 KAKuG	1,305.136,56	1.296
			9. Projekte	80.734,52	197
			10. Beihilfenäquivalent Ausl. GastpatientInnen	740,25	66
			11. Beihilfe nach GSBG 1996	21,213.794,34	18.862
			12. Refundierung SVA	4.428,96	0
				<u>198,253.103,27</u>	<u>190.963</u>
<b>Summe Aktiva</b>	<b>217,876.522,90</b>	<b>199.138</b>	<b>Summe Passiva</b>	<b>217,876.522,90</b>	<b>199.138</b>

## Anhang 3: Gewinn- und Verlustrechnung – Teil 1

<b>GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK</b>				
<b>Gewinn- und Verlustrechnung zum 31. Dezember 2006</b>				
Stand: 30. April 2007				
	2006 EUR		2005 TEUR	
<b>I. Haupterträge gemäß Artikel-15a-B-VG-Vereinbarung</b>				
1. Umsatzsteueranteile Bund	34,014.641,20		32.769	
Umsatzsteueranteile Länder	22,796.536,00		21.961	
Umsatzsteueranteile Gemeinde	15,421.892,00		14.857	
Summe Umsatzsteueranteile		72,233.069,20		69.587
2. Beiträge des Bundes / Bundesgesundheitsagentur:				
Beiträge gemäß § 57 Abs. 3 Z. 2 KAKuG	3,092.160,00		3.092	
Beiträge gemäß § 57 Abs. 3 Z. 3 KAKuG	11,710.790,00		11.711	
Beiträge gemäß § 57 Abs. 3 Z. 4 KAKuG	15,669.071,00		15.686	
Vorweganteile gemäß § 59 Abs. 6 Z. 1 KAKuG	4,360.000,00		4.360	
Summe Zusätzliche Bundesmittel		34,832.021,00		34.849
3. Mittel der Sozialversicherung				
Pauschalbetrag der Sozialversicherung	517,004.331,19		496.892	
Kostenanteile/Kostenbeiträge	4,180.313,31		4.099	
Zusätzliche SV-Mittel für Geriatr. KH Graz	1,100.000,00		0	
Summe Mittel der Sozialversicherung		522,284.644,50		500.991
4. Zusätzliche Landesmittel	35,400.000,00	35,400.000,00	0	0
5. Zusatzmittel aus FAG 2005–2008	9,927.454,03	9,927.454,03	10.897	10.897
6. Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs. 2 KAKuG	1,305.136,56	1,305.136,56	1.296	1.296
<b>Summe Haupterträge</b>		<b>675,982.325,29</b>		<b>617.620</b>
<b>II. Nebenerträge</b>				
1. Ausländische GastpatientInnen stationär	5,915.777,59		2.889	
2. Erlöse ausländischer GastpatientInnen ambulant	150.078,78		132	
3. Erlöse ausländischer GastpatientInnen ambulante Dialysen	46.779,00		42	
4. Regresse	705.558,69		701	
5. Beihilfe nach GSBG 1996	70,429.462,32		66.801	
<b>Summe Nebenerträge</b>		<b>77,247.656,38</b>		<b>70.564</b>
<b>III. Sonstige Erträge</b>				
1. Zinserträge	1,154.438,13		686	
2. AusländerInnen 1994 –1996	6.491,34		2	
3. Refundierung Spesen	120,00		0	
4. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	21.873,08		419	
<b>Summe Sonstige Erträge</b>		<b>1,182.922,55</b>		<b>1.107</b>
<b>IV. Summe Ordentliche Erträge</b>		<b>754,412.904,22</b>		<b>689.291</b>

## Anhang 3: Gewinn- und Verlustrechnung – Teil 2

<b>GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK</b>				
<b>Gewinn- und Verlustrechnung zum 31. Dezember 2006</b>				
Stand: 30. April 2007				
	2006 EUR		2005 TEUR	
<b>V. Vergütungen an Fondskrankenanstalten</b>				
1. LKF-Abgeltungen (Fondszahlungen)				
stationär	-606,103.045,03		-544.628	
ambulant	-48,250.000,00		-47.000	
ausländ. GastpatientInnen ambulant	-149.481,81		-131	
ausländ. GastpatientInnen amb. Dialysen	-46.779,00		-41	
Summe LKF-Abgeltungen		-654,549.305,84		-591.801
2. Investitionsförderung				
Investitionszuschuss	0,00		-11.815	
Großgeräte	0,00		-3.185	
Summe Investitionsförderung		0,00		-15.000
3. Kostenanteile/Kostenbeiträge	-4,180.313,31		-4.099	
4. AusländerInnen 1994–1996	-6.491,35		-2	
5. Beihilfe nach GSBG 1996	-70,429.462,33		-66.801	
Summe 3.–5.		-74.616.266,99		-70.901
<b>Vergütungen an Fondskrankenanstalten</b>		<b>-729,165.572,83</b>		<b>-677.702</b>
<b>VI. Zahlungen für den Kooperationsbereich (Reformpool)</b>				
1. Reformpoolmittel intramural	-2,766.318,51		0	
<b>Reformpoolmittel intramural</b>		<b>-2,766.318,51</b>		<b>0</b>
<b>VII. Struktur-, Projekt- und Planungsmittel</b>				
1. Strukturmittel	-9,260.000,00		-7.700	
2. Projekt-, Planungs- und Beratungsmittel	-281.677,02		-1.000	
<b>Struktur-, Projekt- und Planungsmittel</b>		<b>-9,541.677,02</b>		<b>-8.700</b>
<b>VIII. Sonstige Leistungen</b>				
1. Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs. 2 KAKuG	-1,305.136,56		-1.296	
2. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	-170.631,38		-419	
3. Refundierung SVA	-4.428,96		0	
4. Abschreibung Forderungen Ausl. GastpatientInnen	-10.782,22		-5	
5. Kontoführungsspesen	-211,84		0	
<b>Sonstige Leistungen</b>		<b>-1,491.190,96</b>		<b>-1.720</b>
<b>IX. Summe Ordentliche Aufwendungen</b>		<b>-742,964.759,32</b>		<b>-688.122</b>
<b>X. Betriebsergebnis</b>		<b>11,448.144,90</b>		<b>1.169</b>
<b>XI. Auflösung und Zuführung von Rückstellungen</b>				
1. Auflösung von Rückstellungen				
RSt. Projektmittel	281.677,02		0	
RSt. ausl. GastpatientInnen stationär	5,045.161,51		0	
RSt. ausl. GastpatientInnen ambulant	631,61		5	
<b>Rückstellungsaufösungen</b>		<b>5,327.470,14</b>		<b>5</b>
2. Zuführung zu Rückstellungen				
Projektmittel	-5,740.000,00		0	
RSt. ausl. GastpatientInnen stationär	-8,529.364,59		-1.173	
RSt. ausl. GastpatientInnen ambulant	-1.228,58		-1	
<b>Rückstellungsbildungen</b>		<b>-14,270.593,17</b>		<b>-1.174</b>
<b>XII. Zuführung Fondsgebundene Beiträge</b>		<b>-2,505.021,87</b>		<b>0</b>
<b>XIII. Fondsjahresergebnis</b>		<b>0,00</b>		<b>0</b>



**Anhang 4: Fondskrankenanstalten in der Steiermark** (Stand 31.12.2006)

Rechtsträger			Systemisierte Betten
Krankenanstalt	Adresse		
<b>Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH</b>			
LKH Bad Aussee	Grundlseer Straße 230	8990 Bad Aussee	74
LKH Bruck/Mur	Tragösser Straße 1	8600 Bruck an der Mur	344
LKH Feldbach	Ottokar-Kernstock-Straße 18	8330 Feldbach	253
LKH Fürstenfeld	Krankenhausgasse 1	8280 Fürstenfeld	118
LKH Hörgas-Enzenbach	Hörgas 68	8112 Gratwein	180
LKH – Univ.-Klinikum Graz	Auenbrugger Platz 1	8036 Graz	1.595
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz	Wagner-Jauregg-Platz 1	8053 Graz-Neuhart	787
LKH Hartberg	Krankenhausplatz 1	8230 Hartberg	207
LKH Leoben	Vordernberger Straße 42	8700 Leoben	549
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	Grazer Straße 63–65	8680 Mürzzuschlag	152
LKH Bad Radkersburg	Dr.-Schwaiger-Straße 1	8490 Bad Radkersburg	116
LKH Rottenmann	St. Georgen 2–4	8786 Rottenmann	191
LKH Stolzalpe	Stolzalpe 38	8852 Stolzalpe	229
LKH Voitsberg	Conrad-von-Hötzendorf-Straße 31	8570 Voitsberg	150
LKH Wagna	Pelzmannstraße 18	8435 Wagna	157
LKH Weiz	Franz-Pichler-Straße 85	8160 Weiz	76
LKH Deutschlandsberg	Radlpaßstraße 29	8530 Deutschlandsberg	219
LKH Judenburg-Knittelfeld	Oberweggasse 18	8750 Judenburg	316
LKH Graz West	Göstinger Straße 22	8020 Graz	256
<b>Konvent der Barmherzigen Brüder Graz</b>			
KH Barmherzige Brüder Graz-Marschallgasse	Marschallgasse 12	8020 Graz	272
<b>Krankenhaus der Elisabethinen GmbH</b>			
KH der Elisabethinen Graz	Elisabethinergasse 14	8020 Graz	193
<b>Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg</b>			
KH Barmherzige Brüder Graz-Eggenberg	Bergstraße 27	8020 Graz	288
<b>Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg GmbH</b>			
Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg	Anton-Buchalka-Straße 1	8605 Kapfenberg	70
<b>Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen</b>			
Diakonissen-KH Schladming	Hochstraße 450	8970 Schladming	108
<b>Kongregation der Schwestern von der Unbefleckten Empfängnis</b>			
Marien-KH Vorau	Spitalstraße 101	8250 Vorau	126
<b>Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz</b>			
Geriatrisches KH Graz (AG/R-Einheiten)	Albert-Schweitzer-Gasse 36	8020 Graz	75

### **Anhang 5: Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik**

#### **Systemisierte Betten**

Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die durch sanitätsbehördliche Bewilligung festgelegt sind.

#### **Tatsächlich aufgestellte Betten**

Betten (inklusive Tagesklinikbetten), die im Berichtsjahr im Jahresdurchschnitt oder mindestens sechs Monate aufgestellt waren, unabhängig davon, ob sie belegt waren oder nicht. Funktionsbetten, wie z. B. Dialysebetten, postoperative Betten im Aufwachraum, Säuglingsboxen der Geburtshilfe u. Ä., zählen nicht zu den tatsächlich aufgestellten Betten.

#### **Stationäre PatientInnen**

Die stationären PatientInnen eines Zeitraums werden in der KA-Statistik mit folgender Formel berechnet:  $(\text{Aufnahmen} + \text{Entlassungen} + \text{Verstorbene}) : 2$  [bei Belagsdaueräquivalent bis einschl. 28 Tage] bzw.  $(\text{Aufnahmen} + \text{Entlassungen} + \text{Verstorbene} + \text{vom Vorjahr Verbliebene}) : 2$  [bei Belagsdaueräquivalent über 28 Tage]

#### **Belagstage**

Summe der Mitternachtsstände der PatientInnen im Berichtsjahr. Die Anzahl der Belagstage insgesamt wird aus den Diagnose- und Leistungsberichten errechnet.

#### **Durchschnittliche Verweildauer**

Durchschnittliche Verweildauer pro PatientIn (Belagstage/stationäre PatientInnen).

#### **Ambulante PatientInnen (anstelle des bisherigen Begriffs „Ambulanter Fall“)**

Anzahl der während des Kalenderjahres (Berichtsjahres) auf den einzelnen nicht bettenführenden Hauptkostenstellen behandelten, nicht stationären PatientInnen.

Zu zählen sind – unabhängig vom Krankheitsbild – die Erstbesuche von nicht stationären PatientInnen auf den einzelnen nicht bettenführenden Hauptkostenstellen. Die Erfassung stellt allein auf die Zahl der Erstbesuche der auf den einzelnen nicht bettenführenden Hauptkostenstellen behandelten PatientInnen ab.

#### **Frequenzen an ambulanten PatientInnen**

Anzahl der Besuche von ambulanten PatientInnen (physischen Personen) auf einer nicht bettenführenden Hauptkostenstelle pro Kalenderjahr (Berichtsjahr).

Als Frequenz ist zu zählen, wenn der Besuch des/der ambulanten Patienten/in zum Zweck einer Untersuchung/Behandlung oder eines medizinischen Beratungsgesprächs erfolgt.

## Anhang 6: LDF-Pauschale – Darstellung der Einzelkomponenten

KA-Name	Leistungskomponente		Tageskomponente		Pkte. BDOG überschr.		Intensivpunkte		Mehrleist.-Zuschlag		Pkte. Spez. L. Ber.		Punkte Total
LKH Bad Aussee	875.682	15,1 %	4,005.921	69,0 %	599.902	10,3 %	242.158	4,2 %	83.436	1,4 %	0	0,0 %	5,807.099
LKH Bruck/Mur	11,553.422	21,5 %	28,361.046	52,7 %	2,775.327	5,2 %	4,803.864	8,9 %	5,024.437	9,3 %	1,301.094	2,4 %	53,819.190
LKH Feldbach	6,072.234	20,4 %	19,707.321	66,4 %	1,520.436	5,1 %	1,742.400	5,9 %	605.979	2,0 %	53.550	0,2 %	29,701.920
LKH Fürstenfeld	2,661.205	20,4 %	7,180.307	55,1 %	1,117.354	8,6 %	916.776	7,0 %	1,063.533	8,2 %	100.350	0,8 %	13,039.525
LKH Hörgas-Enzenbach	1,997.209	14,0 %	8,033.298	56,5 %	1,616.973	11,4 %	732.592	5,2 %	52.723	0,4 %	1,791.930	12,6 %	14,224.725
LKH – Univ.-Klinikum Graz	55,230.542	21,7 %	119,619.430	47,0 %	14,906.446	5,9 %	35,201.712	13,8 %	26,039.599	10,2 %	3,380.297	1,3 %	254,378.026
Geriatrisches KH Graz										0,0 %	2,097.445	100,0 %	2,097.445
KH BHB Marschallgasse	6,452.449	23,9 %	15,968.295	59,0 %	1,944.231	7,2 %	1,188.825	4,4 %	1,496.289	5,5 %	0	0,0 %	27,050.089
KH Elisabethinen	6,965.178	25,1 %	14,179.239	51,1 %	966.261	3,5 %	624.360	2,3 %	4,232.038	15,3 %	766.274	2,8 %	27,733.350
LSF Graz	2,219.727	4,2 %	31,837.049	59,9 %	12,066.024	22,7 %	376.096	0,7 %	1,009.008	1,9 %	5,637.803	10,6 %	53,145.707
KH BHB Eggenberg	1,389.665	7,1 %	14,076.449	71,9 %	4,087.115	20,9 %	0	0,0 %	12.865	0,1 %	0	0,0 %	19,566.094
LKH Hartberg	3,265.966	15,8 %	13,968.060	67,5 %	1,629.515	7,9 %	1,583.584	7,7 %	209.735	1,0 %	24.750	0,1 %	20,681.610
KH Kapfenberg	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	6,461.532	100,0 %	6,461.532
LKH Leoben	12,095.223	18,3 %	38,028.898	57,6 %	4,221.152	6,4 %	8,089.538	12,2 %	2,794.570	4,2 %	832.921	1,3 %	66,062.302
LKH Mürzzuschlag-Mariazell	1,011.010	9,7 %	6,895.990	66,0 %	1,692.641	16,2 %	814.071	7,8 %	38.734	0,4 %	1.800	0,0 %	10,454.246
LKH Bad Radkersburg	4,325.275	22,9 %	10,537.141	55,8 %	731.219	3,9 %	266.380	1,4 %	3,018.720	16,0 %	0	0,0 %	18,878.735
LKH Rottenmann	2,380.378	12,7 %	10,803.747	57,6 %	1,329.665	7,1 %	1,888.750	10,1 %	378.982	2,0 %	1,960.590	10,5 %	18,742.112
DKH Schladming	2,103.050	19,3 %	7,504.765	68,8 %	809.431	7,4 %	366.588	3,4 %	109.587	1,0 %	6.750	0,1 %	10,900.171
LKH Stolzalpe	6,135.387	22,4 %	15,327.461	55,9 %	1,995.717	7,3 %	314.675	1,1 %	3,647.983	13,3 %	17.550	0,1 %	27,438.773
LKH Voitsberg	1,797.636	14,0 %	9,220.228	71,8 %	966.201	7,5 %	672.700	5,2 %	181.019	1,4 %	0	0,0 %	12,837.784
MKH Vorau	1,740.193	15,5 %	6,547.530	58,2 %	470.063	4,2 %	278.208	2,5 %	73.675	0,7 %	2,139.585	19,0 %	11,249.254
LKH Wagna	2,724.169	16,7 %	11,045.893	67,9 %	912.279	5,6 %	1,306.195	8,0 %	281.159	1,7 %	0	0,0 %	16,269.695
LKH Weiz	2,044.011	21,2 %	6,815.222	70,6 %	573.350	5,9 %	0	0,0 %	218.031	2,3 %	0	0,0 %	9,650.614
LKH Deutschlandsberg	3,407.843	17,0 %	13,965.776	69,7 %	1,328.136	6,6 %	936.512	4,7 %	393.644	2,0 %	0	0,0 %	20,031.911
LKH Judenburg-Knittelfeld	5,404.861	17,1 %	19,259.481	61,0 %	2,517.085	8,0 %	3,022.545	9,6 %	914.718	2,9 %	437.335	1,4 %	31,556.025
LKH Graz West	4,936.616	16,7 %	16,486.530	55,8 %	2,138.317	7,2 %	3,495.804	11,8 %	2,482.983	8,4 %	900	0,0 %	29,541.150
Steiermark	148,788.931	18,3 %	449,375.077	55,4 %	62,914.840	7,8 %	68,864.333	8,5 %	54,363.447	6,7 %	27,012.456	3,3 %	811,319.084

**Abkürzungsverzeichnis**

<b>Abkürzung</b>	<b>Bezeichnung</b>
AG/R	Akutgeriatrie/Remobilisation
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
DMP	Disease Management Programm
EBM	evidenzbasierte Medizin
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
FAG	Finanzausgleichsgesetz
GFSt	Gesundheitsfonds Steiermark
GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren Graz
GKK	Gebietskrankenkasse
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich – Beihilfengesetz
GWF	Gewichtungsfaktor
HL7	Health Level 7 – internationaler Standard für den Austausch von Daten zwischen Computersystemen im Gesundheitswesen
IGV	Integrierte Versorgung
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise – ist eine Initiative mit dem Ziel, die medizinische Bild- und Datenverarbeitung weiter zu standardisieren und zu harmonisieren
KA	Krankenanstalt
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KA/KB	Kostenanteile/Kostenbeiträge im Sozialversicherungssystem
KH	Krankenhaus
KRAGes	Burgenländische Krankenanstalten-Ges.mbH.
LDF	Leistungs- und Diagnosenfallpauschale
LGBI	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
MBDS	Minimum Basic Data Set
MEL	Medizinische Einzelleistung
NTZ	Neurologisches Therapiezentrum Kapfenberg
OP	Operation
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PRIKRAF	Privater Krankenanstaltenfinanzierungsfonds
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SAPS	Simplified Acute Physiology Score
SKAFF	Steiermärkischer Krankenanstalten-Finanzierungsfonds
Stmk.	Steiermärkisch(er)
SV	Sozialversicherung
TISS	Simplified Therapeutic Intervention Scoring System
UGB	Unternehmensgesetzbuch
z. B.	zum Beispiel

