



**GESUNDHEITSPLATTFORM**  
Steiermark

Jahresbericht  
**2008**





**GESUNDHEITSPLATTFORM**  
Steiermark

Jahresbericht  
**2008**



## **Impressum**

### *Herausgeber und Medieninhaber*

Gesundheitsfonds Steiermark  
Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark  
Friedrichgasse 9, 8010 Graz  
e-mail: [gfst@stmk.gv.at](mailto:gfst@stmk.gv.at)  
Homepage: [www.gesundheitsfonds.steiermark.at](http://www.gesundheitsfonds.steiermark.at)

### *Redaktion*

Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark  
Gesamtkoordination: Mag.<sup>a</sup> (FH) Lydia Springer

### *Layout*

CONCLUSIO PR Beratungs Gesellschaft mbH, Graz  
[www.conclusio.at](http://www.conclusio.at)

### *Fotos*

Cassini, Comstock, FH Joanneum (Gsell)

### *Druck*

Medienfabrik, 8020 Graz

VORWORT DER VORSITZENDEN	6
VORWORT DER GESCHÄFTSFÜHRUNG	7
CHRONIK	8
<b>1 DER GESUNDHEITSFONDS</b>	<b>9</b>
1.1 Grundlagen	9
1.2 Aufgaben der Gesundheitsplattform	10
1.3 Mitglieder der Gesundheitsplattform	10
1.4 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform	13
1.5 Beirat gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz	15
1.6 Wirtschafts- und Kontrollausschuss	16
1.7 Gesundheitskonferenz	16
1.7.1 „PatientInnensicherheit“ als Thema der 3. Steirischen Gesundheitskonferenz	16
1.7.2 3. Steirische Gesundheitskonferenz – „sicher ist sicher. Dialog PatientInnensicherheit“	17
1.7.3 Ausblick auf zukünftige Aktivitäten	18
1.8 Fachbeirat für Frauengesundheit	18
<b>2 DIE GESCHÄFTSSTELLE</b>	<b>21</b>
<b>3 FINANZEN UND LEISTUNGEN</b>	<b>24</b>
3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds Steiermark	24
3.1.1 Einnahmen 2008	24
3.1.2 Mittelverwendung 2008	26
3.2 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung	29
3.2.1 Der LKF-Kernbereich	29
3.2.2 Der LKF-Steuerungsbereich	30
3.3 Leistungsdaten 2008	31
<b>4 AKTIVITÄTEN 2008</b>	<b>38</b>
4.1 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark	38
4.1.1 Reformpoolprojekte	38
4.1.2 Sonstige Projekte	44
4.2 Gesundheitsziele Steiermark	47
4.3 Entwicklung eines Strategiekonzepts zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen	49
4.4 Medizinische Datenqualität	51
4.4.1 ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle – medQK	51
4.4.2 Datenqualitätstreffen der Bundesländer	52
4.4.3 Errors und Warnings	53
4.5 Strukturplanung	54
4.5.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark	54
4.5.2 ÖSG Weiterentwicklung	54
4.6 Gesundheitsinformationssystem Steiermark (GeISt) – Weiterentwicklung	55
4.7 Zonenkonferenzen	56
4.8 Sonstige Aktivitäten	56
<b>5 VERZEICHNISSE</b>	<b>58</b>
5.1 Tabellenverzeichnis	58
5.2 Abbildungsverzeichnis	58
5.3 Abkürzungsverzeichnis	59
<b>6 ANHANG</b>	<b>60</b>
6.1 Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten	60
6.2 Bilanz 2008	61
6.3 Gewinn- und Verlustrechnung	62
6.4 Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2008)	64
6.5 LDF-Pauschalen – Darstellung der Einzelkomponenten	65
6.6 Kenngrößen aus der Krankenanstaltenstatistik	66



LR Mag. Helmut Hirt  
Obmann der StGKK Josef Pessler

*Vorsitzender und Stellvertretender Vorsitzender  
der Gesundheitsplattform Steiermark*

**S**trukturelle Veränderungen und PatientInnensicherheit: Das waren die Themen, mit denen sich die Gesundheitsplattform Steiermark in ihrem dritten Jahr vorrangig beschäftigt hat. So wurde im April der Regionale Strukturplan Gesundheit (RSG) beschlossen – ein Meilenstein für eine künftig noch besser abgestimmte, gut geplante intra- und extramurale Versorgung aller Steirerinnen und Steirer. Sowohl demografische Veränderungen als auch der medizinische Fortschritt stellen eine große Herausforderung an das Gesundheitssystem dar, mit dem RSG ist die Steiermark dafür bestens gerüstet. Mit dem Beschluss des Psychiatrieplans in der Gesundheitsplattform im März 2009 wurde ergänzend mittlerweile auch ein fundiertes, langfristiges Konzept zur optimalen psychiatrischen Versorgung für die gesamte Steiermark geschaffen.

Nun geht es an die Umsetzung. Erste Schritte sind zum Beispiel die Inbetriebnahme der ersten vier Dialysebetten am LKH Wagna, womit die Lebensqualität der PatientInnen unter anderem durch kürzere Anfahrtszeiten verbessert werden konnte. Auch die Übernahme der Kosten von WachkomapatientInnen an der Albert Schweitzer Klinik durch den Gesundheitsfonds Steiermark war ein weiterer Umsetzungsschritt des RSG Steiermark und stellt eine wesentliche Entlastung der Angehörigen dar.

Ein erklärtes Ziel des Gesundheitsfonds war seit Beginn auch die optimierte Vernetzung des intra- und extramuralen Bereichs. Wie gut das mittlerweile funktioniert, zeigt unter anderem ein Projekt im Landeskrankenhaus Stolzalpe: Die Untersuchungen am Magnetresonanztomographen werden erstmals sowohl über den intra- wie auch über den extramuralen Bereich finanziert, das Gerät steht den PatientInnen des Krankenhauses, aber auch ambulanten zugewiesenen PatientInnen zur Verfügung.

„sicher ist sicher“ hieß es bei der dritten steirischen Gesundheitskonferenz – denn im Mittelpunkt stand dabei das Thema PatientInnensicherheit. Voraussetzung dafür ist unter anderem ein praktikables Risikomanagement und Fehlermeldesystem, das sowohl die handelnden Personen schützt als auch echte Rückschlüsse zulässt, wie Feh-

ler ähnlicher Art in Zukunft vermieden werden können. Sicherheit und Qualität, sowie Kriterien, mit denen diese im Gesundheitswesen bewertet werden können, sind Themen, die auch langfristig eine große Rolle spielen. Dazu gibt es in der Steiermark zahlreiche Projekte, im Jahr 2008 wurde mit der Erarbeitung einer Qualitätsstrategie für unser Bundesland begonnen. Und Qualität wird auch bei der vierten Gesundheitskonferenz das zentrale Thema sein. Denn wir stehen derzeit vor einer der größten Herausforderungen im Gesundheitssystem: Die Frage ist, wie wir uns in wirtschaftlich angespannten Zeiten weiterhin die hohe Qualität der Versorgung leisten können. Hier heißt es, noch mehr als bisher Synergien zu nutzen, Doppelgleisigkeiten zu vermeiden und die bewährte Zusammenarbeit zwischen den Sozialversicherungen und dem Land Steiermark zu vertiefen.

Wie hoch die Latte in Sachen Qualität in der Steiermark mittlerweile liegt, zeigen viele laufende Projekte; so hat die integrierte Versorgung für SchlaganfallpatientInnen, eines der zahlreichen Reformpoolprojekte, das erklärte Ziel, ein Sicherheitsnetz rund um die Betreuung zu spannen. Das erfolgt über eine Optimierung der Abläufe, aber auch über Datenauswertung, um die Qualität der Versorgung messbar zu machen und sicherzustellen. Ähnliches setzt ein Projekt rund um die bestmögliche Versorgung der steirischen PatientInnen mit koronaren Herzkrankheiten an: Umfassende Informationen sowohl für PatientInnen als auch für die behandelnden ÄrztInnen schaffen Sicherheit, dazu kommt eine Evaluierung, die für die nötige Transparenz der Qualität sorgt – nicht zuletzt besticht dieses Projekt ebenfalls durch seine Nachhaltigkeit, da der Versorgungsprozess ständig verbessert wird.

Ein weiterer Meilenstein im vergangenen Jahr war der Beschluss zur Umsetzung der steirischen Gesundheitsziele. Im Rahmen der Gesundheitsziele wurde auch ein Leitfaden für gesundheitsfördernde Ernährung und Bewegung entwickelt. Sämtliche Mitglieder der Steiermärkischen Landesregierung haben sich verpflichtet, diesen bei künftigen Projekten miteinzubeziehen, denn schließlich werden sowohl Gesundheit, als auch Risikofaktoren für Krankheiten durch fast alle Politik- und Gesellschaftsbereiche beeinflusst.

Ein echtes Beispiel für gelungene Zusammenarbeit, wie sie im Übrigen die gesamte Arbeit des Gesundheitsfonds auszeichnet. Davon zeugt nicht zuletzt auch der gemeinsame Beschluss mit der Ärztekammer zur Finanzierung der freiwilligen Bereitschaftsdienste der niedergelassenen ÄrztInnen.



Dr. Siegfried Marchel  
DI Harald Gaugg

*Geschäftsführung des  
Gesundheitsfonds Steiermark*

In der mit Jänner 2008 in Kraft getretenen Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurden neue Möglichkeiten geschaffen, um Maßnahmen im Bereich der gemeinsamen Planung, Steuerung und Finanzierung im Gesundheitswesen vorzunehmen. Erstmals wurden in dieser Vereinbarung Public Health Grundsätze festgeschrieben. Die Möglichkeiten zur flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität wurde durch Weiterentwicklungen im Bereich der Qualität gestärkt. Weitere Veränderungen betreffen die Regelungen über den Kooperationsbereich.

Die Orientierung an Public Health Grundsätzen stellt im Hinblick auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung einen wesentlichen Schritt für das Österreichische Gesundheitswesen dar, um weg von einer rein krankheitsorientierten Betrachtung des Gesundheitssystems hin zu einer ganzheitlichen Sichtweise zu gelangen. Der Gesundheitsfonds Steiermark bekennt sich zu einer umfassenden Berücksichtigung der Public Health Grundsätze und hat als einen Aufgabenbereich die Koordination der Public Health Agenden der Steiermark übernommen. Nachdem die Gesundheitsziele Steiermark bereits im Jahr 2007 beschlossen und im Rahmen der Regionalkonferenzen einer breiten Öffentlichkeit präsentiert wurden, konnte im Vorjahr mit den ersten Umsetzungsarbeiten im Bereich gesundheitsfördernde Bewegung und gesunde Ernährung begonnen werden.

Die 3. Steirische Gesundheitskonferenz fand im vergangenen Jahr zum Thema „PatientInnensicherheit“ statt und ermöglichte allen Beteiligten im steirischen Gesundheitswesen einen offenen Dialog über dieses hochaktuelle und international bedeutende Thema zu führen. Ausgehend von der Gesundheitskonferenz wurde mit der Erarbeitung einer steirischen Qualitätsstrategie – gemeinsam mit zahlreichen AkteurInnen des steirischen Gesundheitswesens – begonnen. Dabei wird die Verbesserung der PatientInnensicherheit eines der prioritären Ziele der steirischen Qualitätsstrategie darstellen.

Zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs können durch die Neuerungen in der 15a B-VG Vereinbarung Mittel aus dem Reformpool herangezogen werden. In diesem Zusammenhang wurde im vergangenen Jahr von der Gesundheitsplattform das Pilotprojekt zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs hinsichtlich der MR-Leistungen Stolzalpe und die gemeinsame Finanzierung der Dialyse beschlossen.

Entsprechend den Grundsätzen einer gemeinsamen, integrierten und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung im Gesundheitswesen konnten im Jahr 2008 die Arbeiten zum Regionalen Strukturplan Gesundheit abgeschlossen werden. Damit hat die Steiermark als erstes österreichisches Bundesland einen integrierten Regionalen Strukturplan Gesundheit erstellt, der unter Beachtung der demografischen Entwicklung und des technologischen Fortschritts umfassend alle Bereiche der stationären und ambulanten Versorgung sowie die angrenzenden Bereiche wie beispielsweise die Langzeitpflege berücksichtigt.

Das Geschäftsjahr 2008 war somit geprägt von der sektorenübergreifenden Weiterentwicklung des Gesundheitswesens mit dem Fokus auf den Bedarf von Patientinnen und Patienten bzw. der Bevölkerung und der Weiterentwicklung der Qualitätsarbeit – wobei bereits im Jahr 2009 neue Herausforderungen durch die Änderungen im Gesundheitsfondsgesetz auf uns zukommen werden. Wir sind aber überzeugt, dass wir gemeinsam mit unseren Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen auf dem richtigen Weg sind, um eine qualitative und effiziente Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

## Chronik 2008 im Überblick

30. Jänner	Sitzung der medQK
28. Februar	10. Sitzung der Gesundheitsplattform
1. März	Projektstart MR-Stolzalpe
13. März	8. Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
16. April	Kick-Off Projekt „Erarbeitung einer Qualitätsstrategie für das steirische Gesundheitswesen“ 9. Sitzung des Beirats gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz
18. April	3. Zonenkonferenz 2008 (Klagenfurt/Kärnten)
21. bzw. 28. April	11. Sitzung der Gesundheitsplattform
15. Mai	Sitzung der medQK
27. Mai bzw. 2. Juni	9. Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
29. Mai	10. Sitzung des Beirats gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz
2. Juni	1. Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses
5. Juni	12. Sitzung der Gesundheitsplattform
12. Juni	3. Steirische Gesundheitskonferenz
10. Juli	10. Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
26. August	Workshop zum RPP Nahtstellenmanagement mit den Sondersicherungsträgern
25. September	Sitzung der medQK
22. Oktober	4. Zonenkonferenz 2008 (Bad Waltersdorf/Steiermark)
17. November	11. Arbeitssitzung des Fachbeirats für Frauengesundheit
18. November	11. Sitzung des Beirats gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz
27. November	2. Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses 13. Sitzung der Gesundheitsplattform



# 1 DER GESUNDHEITSFONDS

**D**er Gesundheitsfonds Steiermark hat als Gesamtrechtsnachfolger des Steiermärkischen Krankenanstalten-Finanzierungsfonds mit 1. Jänner 2006 dessen gesamten Aufgabenbereich übernommen. Damit verbunden war eine Ausweitung und Neuausrichtung der an den Gesundheitsfonds gestellten Aufgaben.

## 1.1 Grundlagen

In der Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBl. Nr. 68/2005 (Vereinbarung alt), wurde die Errichtung von Landesgesundheitsfonds zur Wahrnehmung von Aufgaben aufgrund dieser Vereinbarung vorgesehen und vom Land Steiermark durch das Steiermärkische Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006 mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2006 umgesetzt. Zur Mitfinanzierung der Fondskrankenanstalten lt. Gesundheitsfonds-Gesetz sowie zur Wahrnehmung weiterer Aufgaben auf Grund der Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens wurde der Gesundheitsfonds Steiermark als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit errichtet.

Gemäß § 3 Gesundheitsfonds-Gesetz hat der Gesundheitsfonds einerseits die in der Vereinbarung festgelegten Aufgaben im Rahmen des Modells der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung und andererseits Aufgaben im Bereich der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens im Landesbereich wahrzunehmen – wie etwa bestimmte in der Vereinbarung festgelegte Aufgaben und die Gewährung von Mitteln für krankenhaushilfsfördernde Maßnahmen, Projekte und Planungen.

Das Steiermärkische Gesundheitsfondsgesetz normiert

- ♦ die Gesundheitsplattform als oberstes Organ sowie
- ♦ die/den Vorsitzende/n der Gesundheitsplattform als weiteres Organ.

Die Gesundheitsplattform besteht aus 21 Mitgliedern. Die Gesundheitsplattform ist von der/dem Vorsitzenden nach Bedarf, jedenfalls aber zweimal jährlich einzuberufen. Sie fasst ihre Beschlüsse mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmgleichheit entscheidet die/die Vorsitzende.

Bei Angelegenheiten des Kooperationsbereiches ist in der Gesundheitsplattform Einvernehmen zwischen dem Land und der Sozialversicherung erforderlich. 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.

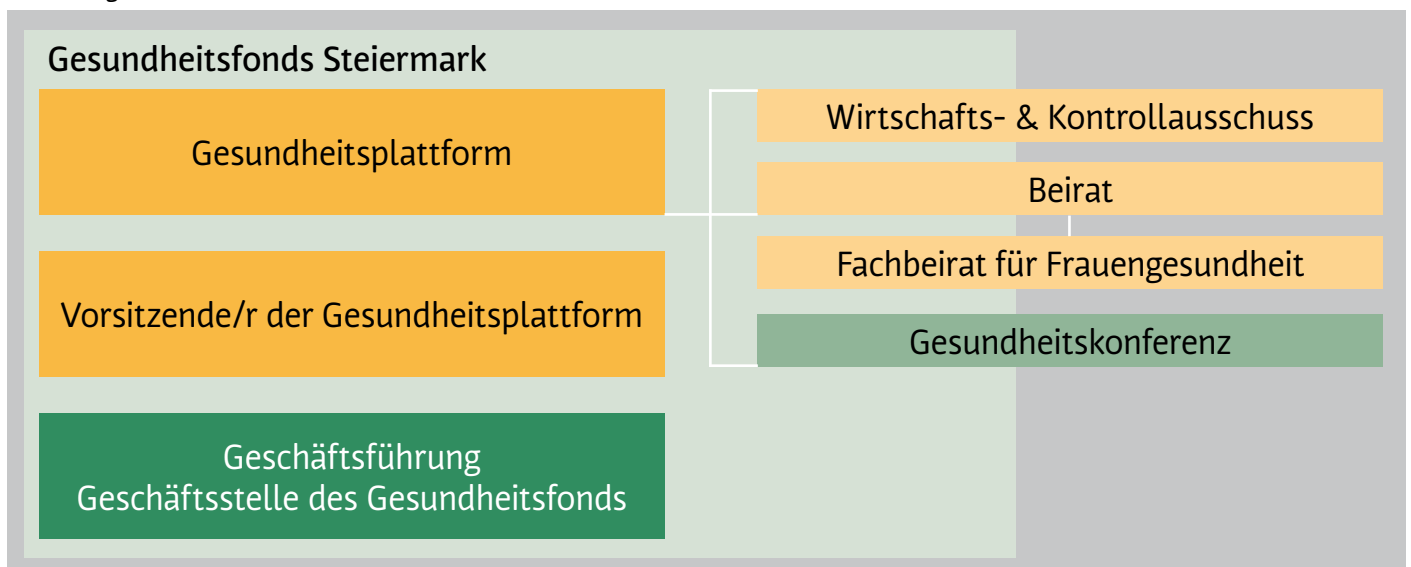
Zur Aufbereitung von Entscheidungsgrundlagen bzw. zur Vorbereitung der Sitzungen der Gesundheitsplattform wurde ein Beirat eingerichtet.

Die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds ist das Amt der Stmk. Landesregierung. Durch die Geschäftseinteilung des Amtes der Steiermärkischen Landesregierung ist die Geschäftsstelle organisatorisch der Fachabteilung 8 A, „Sanitätsrecht und Krankenanstalten“ angeschlossen.

Die Gebarung des Gesundheitsfonds unterliegt der Kontrolle durch den Landesrechnungshof.

Mit 1. Jänner 2008 ist die neue Vereinbarung gem. Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitssystems, LGBl. Nr. 55/2008, in Kraft getreten. Die durch die neu geschlossene Vereinbarung durchzuführenden Adaptierungen des Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetzes werden durch eine gesonderte Novellierung vorgenommen.

Abbildung 1: Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark



## 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 Krankenanstalten-Finanzierung (LKF) 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 Art. 3 und 4 der Vereinbarung) 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 Art. 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 Landesgesetze 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 bzw. der Stellvertreter der bzw. 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 PatientInnen- und Pflegeombudsschaft 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.

Anfang 2006 wurden die Mitglieder und Ersatzmitglieder nominiert. Die Gesundheitsplattform hat sich in der Sitzung am 16. Jänner 2006 konstituiert. Im Jahr 2008 haben sich in der Zusammensetzung folgende Änderungen (kursiv) ergeben:

Tabelle 1: Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark

Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	
Mitglieder	Entsendende Stelle
Mag. Helmut HIRT, Vorsitzender Ing. Erich AMERER Johann BACHER Barbara GROSS Nikolaus KOLLER Mag. <sup>a</sup> Ursula LACKNER	VertreterInnen des Landes
Josef PESSERL, Stellvertretender Vorsitzender <i>Erich LEMLER (bis zur 10. Sitzung am 28.2.2008)</i> <i>Ing. Thomas GEBELL (seit der 11. Sitzung am 21.4.2008)</i> Herbert GRITZNER Ing. Alfred REIDLINGER	Vertreter der SV (StGKK + BKK)
Rudolf MOSER Dr. Wolfgang SEIDL	Vertreter der SV (österreichweite Träger)
Mag. Gerhard EMBACHER	Vertreter des Bundes
Dr. Jörg GARZAROLLI Dr. Martin WEHRSCHÜTZ	Vertreter der Ärztekammer für Steiermark
Prof. Dietmar PILZ	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes
Bernd ROSENBERGER	Vertreter des Städtebundes LG Stmk.
Mag. <sup>a</sup> Renate SKLEDAR	Vertreterin der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
<i>Ernst HECKE (bis zur 10. Sitzung am 28.2.2008)</i> <i>DI Dr. Werner LEODOLTER (seit der 11. Sitzung am 21.4.2008)</i> <i>DI Christian KEHRER (bis zur 10. Sitzung am 28.2.2008)</i> <i>Univ.-Prof. Dr. Michael HÖLLWARTH</i> <i>(bei der 11. Sitzung am 21.4.2008)</i>	Vertreter der KAGes
Dr. Martin PIATY	Vertreter der sonstigen FondsKA

**Tabelle 2: Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark**

### Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark

Ersatzmitglieder	Entsendende Stelle
Mag. Christopher DREXLER Bernhard EDERER Walter KRÖPFL Dr. Michael TRIPOLT Klaus ZENZ	Vertreter des Landes
Mag. <sup>a</sup> Andrea HIRSCHENBERGER Ing. Thomas GEBELL (bis zur 10. Sitzung am 28.2.2008) Hermann TALOWSKI (seit der 11. Sitzung am 21.4.2008) Josef MUCHITSCH Walter ZÖHRER (bis zur 9. Sitzung am 6.12.2007) Hubert HOLZAPFEL (seit der 10. Sitzung am 28.2.2008)	VertreterInnen der SV (StGKK + BKK)
Manfred MAURER DI Kurt VÖLKL	Vertreter der SV (österreichweite Träger)
Mag. Paul DUKARICH	Vertreter des Bundes
Dr. Wolfgang FLORIAN Dr. Wolfgang ROUTIL	Vertreter der Ärztekammer für Steiermark
-	Vertreter des Stmk. Gemeindebundes
Mag. Dr. Gerd HARTINGER	Vertreter des Städtebundes LG Stmk
Mag. <sup>a</sup> Waltraud ENGLER	Vertreterin der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft
Mag. Dr. August GOMSI Dr. Edgar STARZ (bis zur 10. Sitzung am 28.2.2008) Dipl. KHBW Ernst FARTEK (seit der 11. Sitzung am 21.4.2008)	Vertreter der 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 der Gesundheitsplattform je eine Vertreterin/einen Vertreter entsenden. Diese sind nicht Mitglieder im Sinne des § 7 und haben kein Stimmrecht.

**Tabelle 3: Mitglieder ohne Stimmrecht der Gesundheitsplattform Steiermark**

### Mitglieder ohne Stimmrecht der Gesundheitsplattform Steiermark

Mitglieder ohne Stimmrecht	Entsendende Stelle
Ingrid LECHNER-SONNEK	Vertreterin „Die Grünen“
Em. o. Univ.-Prof. Dr. Thomas KENNER	Vertreter der KPÖ
Dr. Ferdinand FELIX (seit der 10. Sitzung am 28.2.2008)	Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger

## 1.4 Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform

Über die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wurden im Jahr 2008 vier Sitzungen der Gesundheitsplattform organisiert und abgewickelt.

Insgesamt wurden 65 Tagesordnungspunkte vorbereitet. Die Gesundheitsplattform fasste 30 Beschlüsse sowie einen Umlaufbeschluss und nahm sieben Berichte zur Kenntnis. Bestandteil jeder Gesundheitsplatfformsitzung waren die Berichte des Vorsitzenden, des stellvertretenden Vorsitzenden sowie der Bericht aus der Sitzung des Beirats, die vor jeder Sitzung der Gesundheitsplattform stattfindet.

Folgende Tagesordnungspunkte wurden von der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossen:

Tabelle 4: Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2008

Sitzungen der Gesundheitsplattform 2008	
<b>10. Sitzung der Gesundheitsplattform am 28. Februar 2008</b>	
Beschluss über die Einstufung besonderer Leistungsbereiche 2008	einstimmig beschlossen
Bericht „Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark“	zur Kenntnis genommen
<b>11. Sitzung der Gesundheitsplattform am 21. bzw. 28. April 2008</b>	
Individuelle Kostenübernahme eines beatmungspflichtigen Wachkomapatienten	einstimmig beschlossen
Beschluss des Regionalen Strukturplans Gesundheit Steiermark	einstimmig beschlossen
Pilotprojekt zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs: MR-Leistungen Stolzalpe	einstimmig beschlossen
Projekt zur Finanzierung von 20 Wachkomabetten in der Albert-Schweitzer-Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz	einstimmig beschlossen
<b>12. Sitzung der Gesundheitsplattform am 5. Juni 2008</b>	
Beschluss über den Rechnungsabschluss 2007	einstimmig beschlossen
Bericht über die Budgetentwicklung des Gesundheitsfonds im Jahr 2008	zur Kenntnis genommen
Beschluss über den Nachtragsvoranschlag für 2008	einstimmig beschlossen
Beschluss über den Bericht der widmungsgemäßen Verwendung der SKAFF-Investitionsmittel 2005	einstimmig beschlossen
Reformpoolprojekt „Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativeinrichtungen in der Steiermark in den Jahren 2006 bis 2008“: Überführung in die Regelfinanzierung	einstimmig beschlossen
Reformpoolprojekt „herz.leben“: Bericht über die Weiterführung des Projekts	zur Kenntnis genommen
Reformpoolprojekt Best-Practise-Modell „Vernetzung teleunterstütztes Management chronischer Wunden (Teleulcus)“: Beschluss über die Verlängerung der Laufzeit	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Erweiterung des Reformpoolprojekts „Therapie Aktiv“ um die Versorgung des diabetischen Fußsyndroms	einstimmig beschlossen
Reformpoolprojekt „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“: Beschluss über die Erweiterung der Budgetmittel und Verlängerung der Laufzeit	einstimmig beschlossen
Reformpoolprojekt „Abklärung und Behandlung Koronarer Herzkrankheiten und/oder Aortenstenose in der Steiermark“: Beschluss über die Erweiterung der Budgetmittel und Verlängerung der Laufzeit	einstimmig beschlossen
Bericht aus der medizinischen Datenqualitätsgruppe (medQK): Ergebnisse über eine Stichprobe auffälliger Datensätze auf neurologischen Abteilungen	zur Kenntnis genommen
Geriatric Benchmarking: Bericht über die Durchführung und Fortsetzung des Projekts	zur Kenntnis genommen
Beschluss über die Fortführung der Finanzierung der Marienambulanz	einstimmig beschlossen
Beschluss über die gemeinsame Finanzierung der Neuzugänge bei der ambulanten Dialyse ab 1.10.2008 durch Land und Sozialversicherung	einstimmig beschlossen

### 13. Sitzung der Gesundheitsplattform am 27. November 2008

Beschluss über die Durchführung des Reformpoolprojekts „Rückenschmerz.ade“	beschlossen
Bericht über den Wirtschafts- und Kontrollausschuss der Gesundheitsplattform am 21.10.2008	zur Kenntnis genommen
Beschluss über die Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung des extramuralen Bereichs in der Steiermark im Jahr 2009	einstimmig beschlossen
Voranschlag 2009	beschlossen
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH: LKH-Univ. Klinikum Graz, Strukturanpassung – Erweiterung des OP-Zentrums: Beschluss über den Antrag auf Mitfinanzierung aus Strukturmitteln 2008	beschlossen
Krankenhaus der Elisabethinen GmbH: Krankenhaus der Elisabethinen Graz – Strukturanpassung Intensivstation/Schmerzmedizin: Beschluss über den Antrag auf Mitfinanzierung aus dem Strukturtopf 2009 und 2010	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Einstufung spezieller Leistungsbereiche 2008 a) Abrechnung medizinischer Einzelleistungen nach dem Tagesklinik-Modell am LKH Hartberg b) Einstufung einer interdisziplinären Intensivereinheit am LKH Voitsberg	einstimmig beschlossen
Beschluss über die LKF-Abrechnung Steiermark 2009	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Finanzierung des „Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche“ aus Projektmitteln	einstimmig beschlossen
Pilotprojekt „Pflegetmediation Hartberg“: Beschluss über die Verlängerung um ein Jahr und weitere Finanzierung	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Umsetzung der Gesundheitsziele Steiermark	einstimmig beschlossen
Bericht über Änderungen und Ergänzungen in laufenden Reformpoolprojekten	zur Kenntnis genommen
Reformpoolprojekt „herz.leben“: Beschluss über die Weiterführung des Projekts	einstimmig beschlossen
Reformpoolprojekt „Nahtstellenmanagement im Großraum Graz“: Beschluss über die Verlängerung der Laufzeit und Erweiterung der Budgetmittel	einstimmig beschlossen
Projekt des Frauengesundheitszentrums „Mütter in Aktion“: Beschluss über die Verlängerung der Laufzeit	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Finanzierung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes	einstimmig beschlossen
Beschluss über die Vorbereitung der nächsten Gesundheitskonferenz	einstimmig beschlossen
<b>Umlaufbeschluss vom 14. Juli 2008</b>	
Einstufung eines speziellen Leistungsbereiches im NTZ Kapfenberg	einstimmig beschlossen

## 1.5 Beirat gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz

Das Gesundheitsfonds-Gesetz sieht die Einrichtung eines Beirates vor, in welchem die Entscheidungsgrundlagen für die Sitzungen der Gesundheitsplattform vorabgestimmt werden. Er setzt sich aus neun Mitgliedern der Gesundheitsplattform zusammen, die sich durch Bevollmächtigte vertreten lassen können:

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

Seit der Sitzung des Beirates am 24.11.2006 nimmt auch die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit als ständige Expertin an den Sitzungen des Beirates teil. Der Beirat tagte im Jahr 2008 drei Mal und hatte die Inhalte der Sitzungen der Gesundheitsplattform zum Thema.

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

Tabelle 5: Mitglieder des Beirates gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz

Mitglieder des Beirates gem. Gesundheitsfonds-Gesetz	
Beiratsmitglieder	Bevollmächtigter
Mag. Helmut HIRT	DI Harald GAUGG
Barbara GROSS	Em. Univ.-Prof. Dr. Horst NOACK
Johann BACHER	Univ.-Prof. Dr. Manfred WALZL
Josef PESSERL	Dr. Siegfried MARCHEL
Herbert GRITZNER	Dr. Robert GRADWOHL
Ing. Alfred REIDLINGER	Prim. Dr. Gert KLIMA
Dipl. KHBW Ernst FARTEK	Dipl. KHBW Ernst FARTEK
Dr. Martin PIATY	Dr. Martin PIATY
Dr. Martin WEHRSCHÜTZ	Dr. Wolfgang ROUTIL
Mag. <sup>a</sup> Sylvia GROTH	

## 1.6 Wirtschafts- und Kontrollausschuss

Im Rahmen der Beschlussfassung zum RSG Steiermark wurde in der 11. Sitzung der Gesundheitsplattform am 28. April 2008 Einigung darüber erzielt, dass ein Gremium zur Gebarungskontrolle eingerichtet werden soll. Im Konkreten wurde Folgendes beschlossen:

*„Zur Prüfung insbesondere der ökonomischen Auswirkungen von Maßnahmen oder geplanten Maßnahmen (zum Beispiel RSG) und zur Kontrolle der Gebarung des Gesundheitsfonds wird ein ständiger Wirtschafts- und Kontrollausschuss der Gesundheitsplattform eingerichtet. Ihm gehören je zwei Vertreter der vom Land Steiermark und der Sozialversicherung nominierten Gesundheitsplattformmitglieder an.“*

Von Seiten des Landes wurden Herr Johann Bacher und Frau LAbg. Mag.<sup>a</sup> Ulrike Lackner, seitens der Sozialversicherung Frau Generaldirektorin Mag.<sup>a</sup> Andrea Hirschenberger und Herr Dr. Wolfgang Seidl nominiert.

Die erste und zugleich konstituierende Sitzung des Wirtschafts- und Kontrollausschusses fand am 2. Juni 2008 statt. Es wurden der Rechnungsabschluss 2007, der Nachtragsvoranschlag 2008, ein Bericht über die Budgetentwicklung des Gesundheitsfonds und ein Antrag des Rechtsträgers des KH der Elisabethinen auf Gewährung eines Zuschusses zum Um- bzw. Neubau der Intensivstation als Vorbereitung auf die Gesundheitsplattform Sitzung am 5. Juni 2008 behandelt.

Gleichzeitig wurden auch die Schwerpunkt-Aufgaben dieses Ausschusses festgelegt:

- ♦ Überprüfung der Voranschläge und der Rechnungsabschlüsse des Gesundheitsfonds
- ♦ Überprüfung der finanziellen und ökonomischen Auswirkungen von Projekten

In der 2. Sitzung am 27. November 2008 wurde nochmals der Antrag des Rechtsträgers des KH der Elisabethinen sowie ein Antrag der KAGes auf Mitfinanzierung der Erweiterung des OP-Zentrums am LKH-Univ.Klinikum Graz geprüft und zur Beschlussfassung in der Gesundheitsplattform empfohlen. Gleichzeitig wurde über die dem Voranschlag 2009 zu Grunde liegende Budgetentwicklung informiert.

## 1.7 Gesundheitskonferenz

### 1.7.1 „PatientInnensicherheit“ als Thema der 3. Steirischen Gesundheitskonferenz

Jede medizinische Behandlung will die Gesundheit der PatientInnen verbessern oder erhalten. Nicht jede medizinische Behandlung führt zu dem gewünschten Ergebnis. Es gibt schwere Krankheiten, die einen Heilungserfolg nicht zulassen. Es gibt Behandlungen, bei denen es zu Komplikationen kommt, die auf die Krankheit selbst zurückzuführen sind oder nicht vermeidbare Folgen der medizinischen Behandlung sind – und schließlich gibt es PatientInnen, die

durch Fehler zu Schaden kommen, die also einen fehlerbedingten Behandlungsschaden erleiden.

PatientInnensicherheit setzt bei dem vermeidbaren unerwünschten Ereignis an. Als vermeidbar gilt es dann, wenn ein Fehler als Ursache identifiziert werden kann. In der Analyse von Fehlern liegt der Schlüssel zur Entwicklung erfolgreicher Vermeidungsstrategien. PatientInnensicherheit will Wege aufzeigen, wie Fehler vermieden oder rechtzeitig korrigiert werden können, so dass sie keinen Schaden bei den PatientInnen anrichten.

PatientInnensicherheit ist ein wesentlicher Bestandteil der Qualität des Gesundheitswesens. Die handelnden Personen im Gesundheitswesen sind hoch motiviert, gut ausgebildet und fühlen sich für PatientInnen verantwortlich – trotzdem kommt es zu unerwünschten Ereignissen, Beinahe-Fehlern, Behandlungsfehlern und nicht selten auch zu Behandlungsschäden.

Internationale Studien zeigen unterschiedliche Ergebnisse über die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse im Gesundheitswesen. Es besteht jedoch Einigkeit darüber, dass ein erheblicher Anteil davon vermeidbar wäre. Zahlreiche Institutionen widmen sich der PatientInnensicherheit. Die WHO und die Joint Commission haben sechs internationale Ziele zur PatientInnensicherheit formuliert, welche die folgenden Schwerpunktthemen behandeln:

1. PatientInnenidentifikation
2. Verbesserung der Kommunikation
3. Medikamentensicherheit
4. Wrong-site Surgery
5. Nosokomiale Infektionen (Krankenhausinfektionen)
6. Sturzprophylaxe

Als Erfolgsgaranten in Sachen Sicherheit gelten die Berücksichtigung systemischer und kultureller Aspekte im Umgang mit Fehlern, die Berücksichtigung des Faktors Mensch sowie die Konzentration auf optimale Teamarbeit. Die Anwendung dieser Strategien im Gesundheitsbereich erhöht zweifellos die PatientInnensicherheit enorm. Ebenso wichtig erscheinen die Kommunikation über PatientInnensicherheit, der Aufbau von Bewusstsein, die Unterstützung der handelnden Personen sowie der betroffenen Personen, die durch Fehler Schaden erlitten haben – aber auch die Vernetzung von Sicherheitsaktivitäten und das Schaffen von Anreizen zur Umsetzung von PatientInnensicherheit sind dabei wesentlich.

Der Umgang mit Fehlern selbst spielt dabei ebenfalls eine zentrale Rolle. Das Ziel sollte daher sein: weg von einer „Name, Shame und Blame“-Kultur – hin zu einem transparenten und angstfreien Umgang mit Fehlern. Schuldzuweisungen erzeugen nur Unmut und Angst, wodurch der Lernprozess erschwert wird. Fehler sollten vielmehr als Lernchance begriffen werden.

Wer Behandlungsschäden vermeiden will, muss die Ursache ihres Entstehens erforschen. Es gilt zu wissen, wann, wo und unter welchen Bedingungen Fehler möglich wur-



den. Aus dieser Perspektive können Fehler eine Werterschöpfung hervorrufen. Die Analyse von Fehlern öffnet den Blick für die kausale Verkettung von Diagnose- und Behandlungsprozessen, an deren Ende ein gewünschtes oder unerwünschtes Behandlungsergebnis steht. Werden aber Menschen dafür bestraft, dass sie Fehler machen, wird dieses wertvolle Potenzial nicht genutzt. Ein grundsätzliches Umdenken ist nötig. All diese Überlegungen gaben Anlass dazu, den Schwerpunkt der 3. Steirischen Gesundheitskonferenz auf das Thema Fehlerkultur zu legen.

### 1.7.2 3. Steirische Gesundheitskonferenz – „sicher ist sicher. Dialog PatientInnensicherheit“

Die 3. Steirische Gesundheitskonferenz stand unter dem Titel „sicher ist sicher. Dialog PatientInnensicherheit“ und fand am 12. Juni 2008 am Flughafen Graz statt. Etwa 250 Personen aus dem intramuralen und extramuralen Bereich der Gesundheitsdienste, Landespolitik und Landesregierung, der Verwaltung auf Landesebene und kommunaler Ebene, von Versicherungen und Kammern, von Bildungs- und Forschungseinrichtungen, Non Profit Organisationen, Berufsverbänden und Selbsthilfegruppen nahmen mit regen Diskussionsbeiträgen aktiv an der Konferenz teil.

Landesrat Mag. Helmut Hirt und Josef Pessler, Obmann der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, gingen in ihren Eröffnungsreden darauf ein, dass Fehler in einem System, das von und mit Menschen gestaltet wird, nicht vermieden werden können. Es muss daher innerhalb des Systems eine Kultur herrschen, in der über Fehler gesprochen werden kann, um daraus auch zu lernen. Für eine solch neue Risiko- und Sicherheitskultur ist Vertrauen die Grundvoraussetzung.

DI Harald Gaugg, Geschäftsführer des Gesundheitsfonds Steiermark, stellte in seinem Referat die Tätigkeiten der Gesundheitsplattform seit der letzten Gesundheitskonferenz vor und nannte das Thema PatientInnensicherheit als ein für die Gesundheitsplattform zentral zu bearbeitendes. Innerhalb einer für die Steiermark zu entwickelnden Qualitätsstrategie soll daher auch das Thema PatientInnensicherheit als zentrale Aufgabe wahrgenommen werden.

Als Hauptreferent konnte Prof. Dr. Dieter Conen, Präsident der Schweizer Stiftung für Patientensicherheit, gewonnen werden. In seinem Vortrag behandelte er die Rolle von Führung und Organisation in einer Risikokultur. Anhand von acht Schritten nannte Conen die notwendigen Voraussetzungen für eine Kultur, in der aus Fehlern gelernt wird, in der es einen Erwartungswert für Fehler gibt und man sich gefährlicher Aktivitäten und der damit verbundenen Risiken bewusst ist. PatientInnensicherheit ist eine Frage des Systems, weniger des einzelnen Akteurs oder der Akteurin. Eine offene Risikokultur setzt Vertrauen voraus, setzt auch voraus, dass mit Fehlern gerechnet wird und diese in die Planung miteinbezogen werden. Leadership fördert eine gelebte Risikokultur durch das Setzen von strategischen Prioritäten, durch das Einbinden von Stakeholdern, durch Kommunikation über PatientInnensicherheit, durch das Festlegen, Überwachen und Kommunizieren von Sicher-

heits- bzw. Qualitätszielen, das Beobachten und Messen dieser Ziele über die Zeit, die Unterstützung von betroffenen und handelnden Personen, die systemweite Koordination von Sicherheitsaktivitäten und die Verbesserung der Systeme und der Reliabilität.

Im Anschluss referierten Univ.-Prof. Prim. Dr. Heinrich Salzer, Vorstand der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Wilhelminenspitals in Wien und die dortige Oberschwester, Barbara Klemensich, über den Weg „Vom Risikofaktor zum Sicherheitsfaktor Mensch“ am Beispiel des Projektes „Human Factors“ am Wiener Wilhelminenspital. Das Projekt beschäftigte sich mit dem Wirken des Menschen am Arbeitsplatz und den damit verbundenen sicherheitsrelevanten Aspekten, wobei die Beteiligung aller MitarbeiterInnen unabhängig von Position und Berufsgruppe auf der Abteilung eine wichtige und herausfordernde Voraussetzung für die Erarbeitung von Veränderungspotentialen war. Operationale Probleme, Fehler von Personen und inadäquate soziale Interaktion standen im Mittelpunkt der Projektarbeit. Als Resümee konnte festgehalten werden, dass eine partnerschaftliche Arbeitsführung die Grundvoraussetzung für eine Kulturveränderung ist. PatientInnensicherheit ist nicht das Ergebnis von hervorragenden Einzelleistungen, Positionen oder Ausbildungsgrad, sondern das Ergebnis von qualitativ hochwertiger Teamarbeit, wertschätzendem Umgang miteinander und Mitübernahme von organisatorischer Gesamtverantwortung.

Mag.<sup>a</sup> Renate Skledar stellte in ihrem Vortrag das Thema PatientInnensicherheit aus Sicht der Steirischen PatientInnen- und Pflegeombudsschaft dar. Anhand eines Beispiels zeigte Skledar die kontraproduktive Suche nach dem/der Schuldigen auf. In Schadensfällen dürfen PatientInnen nicht den Eindruck bekommen, dass etwas „verschwiegen“, „verschleppt“ oder „ignoriert“ wird. Daher muss – ohne Aufforderung – mit ihnen gesprochen und eine individuelle Schadensabklärung angestrebt werden. Als wichtige Grundregeln im Umgang mit Schadensfällen und zur Verbesserung der PatientInnensicherheit nannte Skledar eine offene und angstfreie Schadensabwicklung sowohl für PatientInnen als auch für MitarbeiterInnen. PatientInnen müssen über den Eintritt von Komplikationen oder unerwünschten Ereignissen informiert werden sowie auf interne und externe Beschwerde- und Beratungsstellen hingewiesen werden. Nicht die Frage, wer den Fehler gemacht hat, sondern wodurch der Fehler verursacht wurde, soll im Mittelpunkt stehen.

Univ.-Prof. Dr. Norbert Pateisky, Universitätsklinik für Frauenheilkunde an der Medizinischen Universität Wien, ging in seinem Vortrag „Risikomanagement in Klinik und Praxis“ darauf ein, dass Zertifizierung alleine für PatientInnensicherheit noch nicht reicht. Ergänzend zum Qualitätsmanagement, in dem Abläufe standardisiert werden, muss sich Risikomanagement mit dem Verhalten der Menschen in der Praxis beschäftigen. Vorhersehbare Bereiche können gut standardisiert werden, hier ist Qualitätsmanagement wichtig. Jedoch in unvorhersehbaren Bereichen (z.B. Notfall) gibt es kein Standardverhalten. Dort müssen Mitarbei-

terInnen besser geschult werden, wie man am besten mit solchen Situationen umgeht. Dies ist der Bereich des Risikomanagements. Qualitätsmanagement und Risikomanagement müssen daher eine Einheit bilden. Der Umgang mit dem Human Factor (menschliche Leistungsgrenzen) sowie „nichttechnische“ Fähigkeiten wie Teamwork oder Kommunikation müssen im Risikomanagement beachtet werden, um Fehlerquoten zu reduzieren. 80% der Probleme liegen in Bereichen wie Arbeitsbedingungen, Kommunikation, Hierarchie und Team. Außerdem sind 50% der aktiven Fehler, die gemacht werden, Routinefehler. Pateisky nannte Informationsbeschaffung durch internationale Literatur, externe Sicherheitsaudits und externe Fehlermeldesysteme, Schulung und Training von nichttechnischen Fähigkeiten (NOTECHS) wie Kommunikation, Übergaben, Debriefings, Umgang mit Checklisten und die Anwendung bester vorhandener Lösungen (best solutions), wie sie z.B. von WHO oder Joint Commission vorgegeben werden, als notwendige Voraussetzungen für Veränderungen.

Am Nachmittag hatten die TeilnehmerInnen der Konferenz Gelegenheit in drei parallelen Workshops ausführliche Diskussionen zum Thema zu führen. Workshop 1 behandelte das Thema „Kultur im Umgang mit Fehlern – Handlungsbedarf für alle“, Workshop 2 „Möglichkeiten angewandter PatientInnensicherheit für die Steiermark“ und Workshop 3 „PatientInnensicherheit im niedergelassenen Bereich – Lücken und Möglichkeiten“.

Zum Abschluss wurden die Ergebnisse der Workshops von den ModeratorInnen zusammengefasst und im Plenum berichtet. Weiters trafen sich Mag.<sup>a</sup> Renate Skledar, Dr. Wilfried Kaiba, Obmann Josef Pessler und Landesrat Mag. Helmut Hirt zu einer abschließenden Diskussionsrunde am Podium.

Obmann Josef Pessler ging in seinem Abschlussstatement darauf ein, dass die Frage der PatientInnensicherheit keine vorrangige Frage der Kosten, sondern eine Frage der Kultur sei. Die Frage der Finanzierung sei zwar wichtig, im Vordergrund stehe jedoch der Wille nach Veränderung.

Landesrat Mag. Helmut Hirt sieht als wichtigstes Ergebnis dieser Gesundheitskonferenz den Beginn eines offenen Dialogs über Fehler und den Umgang damit. Ängste konnten abgebaut werden. Daten müssen vergleichbar gemacht werden, wobei dies als Aufgabe des Systemerhalters zu sehen ist. Ziel ist, dass Risikomanagement eine Selbstverständlichkeit für alle wird.

### 1.7.3 Ausblick auf zukünftige Aktivitäten

Die Steiermark setzt auf das Thema Qualität. Im Jahr 2008 erarbeitete der Gesundheitsfonds Steiermark gemeinsam mit den wesentlichen Institutionen des steirischen Gesundheitswesens die Qualitätsstrategie Steiermark. Die PatientInnensicherheit wird ein zentraler Bestandteil dieser Strategie sein.

In diesem Zusammenhang ist die Etablierung eines Preises für Qualität im Gesundheitswesen, der nachhaltige Projekte auch im Bereich der PatientInnensicherheit fördert, geplant.

In unseren Nachbarländern, der Schweiz und Deutschland, haben sich Organisationen gebildet, welche sich eingehend mit der Materie der PatientInnensicherheit beschäftigen. So wurde in der Schweiz beispielsweise die „Stiftung für Patientensicherheit“ gegründet und in Deutschland das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“. Als österreichisches Pendant zu den Institutionen im Bereich der PatientInnensicherheit wurde im Laufe des Jahres 2008 die Plattform PatientInnensicherheit, kurz ANetPas, gegründet.

## 1.8 Fachbeirat für Frauengesundheit

Der Fachbeirat für Frauengesundheit ist ein interdisziplinär arbeitendes Fachgremium zum Thema Frauengesundheit, der den Beirat lt. § 8 Abs. 9 Stmk. Gesundheitsfondsgesetz 2006, LGBl. Nr. 6/2006 dabei unterstützt, seine Aufgaben frauengerecht wahrzunehmen. Österreichweit ist der Fachbeirat für Frauengesundheit das einzige Gremium mit dieser Funktion. Der Fachbeirat hat sich im November 2006 konstituiert.

Ziele des Fachbeirates für Frauengesundheit

- ◆ Berücksichtigung von Frauengesundheit in allen Entscheidungen der Gesundheitsplattform zu gewährleisten
- ◆ Einbringung von Expertise bezüglich Frauengesundheit in die Gesundheitsplattform

Aufgabenbereiche des Fachbeirates für Frauengesundheit

Der Fachbeirat für Frauengesundheit hat die Aufgabe der Beratung, der Begutachtung und der Mitarbeit in allen Projekten und Maßnahmen der Gesundheitsplattform hinsichtlich der

- ◆ Ziele,
- ◆ Zielgruppen,
- ◆ Maßnahmen,
- ◆ Auswirkungen,
- ◆ Qualitätssicherung,
- ◆ Evaluation und
- ◆ wissenschaftlichen Grundlagen.

Die Beratung gewährleistet, dass die Gesundheitsplattform themenorientiert die Auswirkungen der Lebens- und Arbeitsbedingungen von Frauen auf ihre Gesundheit in ihre Entscheidungen mit einbezieht und alle Maßnahmen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Gesundheit von Frauen überprüfen kann.

Der Fachbeirat für Frauengesundheit richtet auch Vorschläge und Empfehlungen an die Gesundheitsplattform.

Der Fachbeirat für Frauengesundheit bringt die Erfahrungen aus der gesundheitlichen Praxis, die Expertise der Fachbeiratsmitglieder und die Ergebnisse der Frauengesundheitsforschung über den Beirat an die Mitglieder der Gesundheitsplattform heran und damit in das steirische Gesundheitssystem ein. Der Fachbeirat für Frauengesundheit stellt seine Fachkompetenz zur Verfügung, um sie in der Arbeit der Gesundheitsplattform wirksam werden zu lassen.

### Arbeitsweise

Die Stellungnahme des Fachbeirates für Frauengesundheit wird in der Sitzung des Beirates mündlich vorgebracht. Eine Vertretung der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds nimmt an den Sitzungen des Fachbeirates für Frauengesundheit teil, die Vorsitzende des Fachbeirates für Frauengesundheit nimmt an den Sitzungen des Beirates teil.

Die Geschäftsstelle stellt administrative Unterstützung bei der Koordination, den Räumlichkeiten, der Organisation und dem Protokoll. Bei Bedarf und Ressourcen stellt der Fachbeirat für Frauengesundheit eine Expertise in den Projektgremien zur Verfügung.

### Zusammensetzung

Die Zusammensetzung des Fachbeirates erfolgt nach folgenden Kriterien:

- ◆ Fachkompetenz Frauengesundheit,
- ◆ Interdisziplinarität,
- ◆ Feldkenntnis,
- ◆ Genderkompetenz und
- ◆ Repräsentanz unterschiedlicher Bereiche.

Die Fachfrauen sind Expertinnen ihres jeweiligen Arbeitszusammenhangs, aber auch persönlich Betroffene, Behandelte und Vertreterinnen der Zielgruppe.

### Kosten

Aufwandsentschädigung und Spesenersatz sind nicht möglich. Entstehende Kosten für Materialien übernimmt die Geschäftsstelle.

### Tätigkeiten 2008

Im Jahr 2008 hat sich der Fachbeirat für Frauengesundheit zu vier Arbeitssitzungen getroffen, alle Anträge an den Gesundheitsfonds Steiermark nach Kriterien der Frauengesundheit analysiert und Empfehlungen zu den Tagesordnungspunkten der drei Sitzungen des Beirates ausgesprochen. Zudem konnten fünf Mitglieder des Fachbeirates für Frauengesundheit an diversen Arbeitssitzungen von Reformpoolprojekten und weiteren Projekten mitarbeiten und ihre Empfehlungen zur Projektumsetzung direkt an die Projektleitungen und Auftraggeber weitergeben.

### Leistungen des Fachbeirates im Jahr 2008

1. Begutachtung und Empfehlung frauengesundheitsspezifischer Aspekte für alle vorgelegten Projektanträge und Zwischenberichte
2. Erarbeitung von Evaluierungskriterien für das Projektmonitoring
3. Themen-Vorschläge für die Steirische Gesundheitskonferenz
4. Div. Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen (Novelle zum PPO-Gesetz, zum Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz)
5. Empfehlungen zum Entwurf des Regionalen Strukturplans Gesundheit

Folgende Projekte wurden durch den Fachbeirat beraten:

#### Reformpoolprojekte:

1. Best-Practise-Modell vernetztes teleunterstütztes Management chronischer Wunden (Teleulcus)
2. Nephrologische Versorgung in der Steiermark
3. Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung

Tabelle 6: Mitglieder des Fachbeirats für Frauengesundheit

Mitglieder des Fachbeirats für Frauengesundheit	
Mitglieder des Fachbeirats	Institution
Mag. <sup>a</sup> Sylvia GROTH, MAS <i>Vorsitzende</i>	Frauengesundheitszentrum
Mag. <sup>a</sup> Gerlinde GRASSER, MScPH	FH JOANNEUM Gesellschaft mbH Kompetenzzentrum für Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsmanagement im Tourismus
DGKS Monika KLAMPFL-KENNY, MPH	Land Steiermark Fachabteilung 8B, Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Dr. <sup>in</sup> Gerhild PAUKOVITSCH-JANDL, MAS	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. KAGes-Management/Vertragspartnermanagement
a.o.Univ.-Prof. <sup>in</sup> Dr. <sup>in</sup> med. Éva RÁSKY, MME	Medizinische Universität Graz Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
Mag. <sup>a</sup> Karin REIS-KLINGSPIEGL	Styria Vitalis
Mag. <sup>a</sup> Bettina SCHRITTWIESER	Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark – Frauenreferat
Die Organisation und Koordination sowie das Protokollwesen erfolgte durch die beiden Mitarbeiterinnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds, Frau Mag. <sup>a</sup> Ulrike Roth und Frau Andrea Buresch.	

Stand Ende 2008

- koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose in der Steiermark
- 4. Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark
- 5. Nahtstellenmanagement im Großraum Graz
- 6. Herz.Leben
- 7. DMP Therapie Aktiv und
- 8. Rückenschmerz.ade

*Sonstige Projekte:*

1. Caritas Marienambulanz
2. Mütter in Aktion (MIA)
3. Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche
4. Pflegemediation Hartberg und
5. Regionaler Strukturplan Gesundheit
6. Videofon

**Empfehlungen des Fachbeirates für Frauengesundheit an den Beirat und an die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds**

1. Geschlechtsspezifische Aufgliederung aller Daten, die in Reformpoolprojekten erhoben und ausgewertet werden
2. Berücksichtigung von Sex und Gender in Zielen, Datenerhebung und -auswertung, Maßnahmen und Evaluation aller Projekte
3. Aufbau von Frauengesundheitskompetenz in den einzelnen Projekten
4. Aufbau von Kompetenz in Gender und Frauengesundheit in der Geschäftsstelle
5. Nutzung von Frauengesundheitsstrukturmaßnahmen (z.B. Qualifizierungsprogramme in Frauengesundheitskompetenz)
6. Berücksichtigung frauengesundheitsbezogener Ziele im SOLL-Konzept und in der Umsetzung
7. Definierte Zielgruppen besser zu erreichen
8. Frauenspezifische Maßnahmen, um Frauen als Zielgruppe besser erreichen zu können
9. PatientInnenorientierte Informationen aus existierenden EBM-basierten Portalen (wie IQWiG <http://www.gesundheitsinformation.de/index.de.html>) beim Aufbau von Web-Informationen der Gesundheitsplattform einzubeziehen
10. Geschlechtersensible bzw. frauengesundheitsorientierte Evaluation und Monitoring der Umsetzung der Gesundheitsziele Steiermark
11. Interprofessionelle Zusammenarbeit, um das Ziel der besseren Kooperation ambulant und stationär erreichen zu können und auch um die Kompetenzen aller Berufsgruppen zu nutzen
12. Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen von sozial benachteiligten Frauen zu berücksichtigen und in Maßnahmen zu adressieren
13. Berücksichtigung sozioökonomischer Aspekte der Zielgruppen in jeder Phase der Projekte, da soziale Benachteiligungen Frauen in besonderer Weise betreffen
14. Zum Thema Regionaler Strukturplan Gesundheit: besonderes Augenmerk auf nachfolgend angeführte Punkte zu legen und diese bei der Angebotslegung einzufordern:

- ♦ Versorgungsbedarf für Frauen und Männer, für behinderte Frauen, für alte Frauen
- ♦ Langzeitfolgen von Gewalt (auch in psychosozialen und psychiatrischen Einrichtungen)
- ♦ Integrierte Versorgung
- ♦ stärkere Hervorhebung bzw. genauere Definition des extramuralen Bereiches
- ♦ Die Berücksichtigung des Genderaspekts sollte in der Präambel des RSG verpflichtend festgeschrieben werden.

Im Strukturaufbau sind unbedingt PatientInnen-Partizipation, Aufklärung über PatientInnenrechte und ein patientInnenbasiertes Rückmeldesystem von Beschwerden vorzusehen.

15. Der Fachbeirat empfiehlt, Nachforderungen hinsichtlich frauen- und geschlechtsspezifischer Daten bei allen Anträgen zu stellen. In den Reformpoolanträgen sollten zusätzlich zu Zielen, Maßnahmen und Auswirkungen auch konkrete geschlechtsspezifische Daten zu Zielgruppe und Personal angeführt werden. Antragsformular, Konzept und Umsetzung der ProjektwerberInnen sollten in ihren geschlechts- und frauenspezifischen Angaben kongruent sein.
16. Die Geschäftsstelle sollte Projektanträge, bei denen Gender- und Frauengesundheitsaspekte fehlen, zurückweisen.
17. Auftrag an die ProjektleiterInnen, dass die Gender-Kompetenz in der Projektstruktur sowie in jeder Projektphase abzudecken ist, andernfalls sollte keine Genehmigung bzw. Auszahlung von Reformpoolmitteln erfolgen.

**Initiativen des Fachbeirates für Frauengesundheit**

1. Empfehlung an die Bundesgesundheitskommission, EUSOMA-Kriterien für Brustzentren in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit aufzunehmen.
2. Frauengesundheitsrelevante Datenabfragen an den Gesundheitsfonds.

**Ausblick**

In der Novelle zum Stmk. Gesundheitsfonds-Gesetz 2006, LGBL. Nr. 6/2006 soll der Fachbeirat für Frauengesundheit verankert werden. Die Novelle tritt Anfang 2009 in Kraft.

## 2 DIE GESCHÄFTSSTELLE

Die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark führt die laufenden Geschäfte des Gesundheitsfonds Steiermark. In diesem Sinne werden die unter Punkt 1.2 bereits genannten Aufgaben der Gesundheitsplattform im Wesentlichen durch die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark erbracht und unterstützt.

Die Leitung der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark wird von zwei Geschäftsführern, DI Harald Gaugg vom Land Steiermark und Dr. Siegfried Marchel von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, wahrgenommen. Diese Geschäftsführung entspricht der Struktur der Gesundheitsplattform und spiegelt das Ziel der Errichtung des Gesundheitsfonds – eine Gesamtverantwortung der Gebietskörperschaften und der Sozialversicherungen für die Finanzierung, Planung und Steuerung der Gesundheitsversorgung wahrzunehmen – wider. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde eine Vielzahl von Aufgaben festgelegt. Diese Aufgaben umfassen drei Kernbereiche:

- ♦ Der *Kernbereich intramural* setzt sich aus den Aufgaben des ehemaligen Landesfonds und jenen neuen Aufgaben zusammen, die in den ausschließlichen Krankenanstaltenbereich fallen.
- ♦ Der *Kernbereich extramural* setzt sich aus den Aufgaben zusammen, die ausschließlich den niedergelassenen Bereich betreffen.
- ♦ Der *Kooperationsbereich* umfasst die zwischen dem extramuralen und dem intramuralen Bereich abzustimmenden Aufgaben, wobei zwischen dem jeweiligen Land und den jeweiligen Sozialversicherungsträgern Einvernehmen herzustellen ist.

Im Jahr 2008 wurden in der Geschäftsstelle Aufgaben unter anderem im Bereich der regionalen Strukturplanung, der Gesundheitsförderung, der Qualitätsarbeit, der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, der Datenqualität, e-Health sowie der Reformpoolprojekte und anderer Projekte wahrgenommen.

Tabelle 7: MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark

MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark	
<b>Geschäftsführung</b>	<b>Assistenz der Geschäftsführung</b>
DI Harald GAUGG Tel. +43 (0)316 877-4854 e-mail: harald.gaugg@stmk.gv.at	Annemarie EHMANN Tel. +43 (0)316 877-5571 e-mail: annemarie.ehmann@stmk.gv.at
Dr. Siegfried MARCHEL Tel. +43 (0)316 877-5567 e-mail: siegfried.marchel@stmk.gv.at	Andrea BURESCH Tel. +43 (0)316 877-5569 e-mail: andrea.buresch@stmk.gv.at
<b>Steuerung und Kooperation</b>	<b>Medizin und Qualität</b>
Mag. Hans-Peter ORTNER Tel. +43 (0)316 877-5577 e-mail: hans-peter.ortner@stmk.gv.at	Dr. Johannes KOINIG Tel. +43 (0)316 877-5547 e-mail: johannes.koinig@stmk.gv.at
Ing. Johannes STROHRIEGEL Tel. +43 (0)316 877-5576 e-mail: johannes.strohriegel@stmk.gv.at	Mag. <sup>a</sup> (FH) Lydia SPRINGER Tel. +43 (0)316 877-5942 e-mail: lydia.springer@stmk.gv.at
Alexandra ZIERLER Tel. +43 (0)316 877-5574 e-mail: alexandra.zierler@stmk.gv.at	Andrea KIENZL Tel. +43 (0)316 877-5573 e-mail: andrea.kienzl@stmk.gv.at
<b>Planung und Public Health</b>	<b>Finanzen und Rechnungswesen</b>
Mag. <sup>a</sup> Christa PEINHaupt Tel. +43 (0)316 877-4829 e-mail: christa.peinhaupt@stmk.gv.at	Sieglinde WINKELMAIER Tel. +43 (0)316 877-5572 e-mail: sieglinde.winkelmaier@stmk.gv.at
Sonja RINNER Tel. +43 (0)316 877-5581 e-mail: sonja.rinner@stmk.gv.at	Michaela SCHRÖTTNER Tel. +43 (0)316 877-5578 e-mail: michaela.schroettner@stmk.gv.at
<b>Rechtsangelegenheiten</b>	<b>Datenverarbeitung</b>
Mag. <sup>a</sup> Ulrike ROTH Tel. +43 (0)316 877-5549 e-mail: ulrike-maria.roth@stmk.gv.at	Ing. Alfred SCHWAB Tel. +43 (0)316 877-5575 e-mail: alfred.schwab@stmk.gv.at

Stand Ende 2008





# 3 FINANZEN UND LEISTUNGEN

## 3.1 Die finanzielle Gebarung des Gesundheitsfonds Steiermark

Das Rechnungsjahr 2008 beginnt am 1. Jänner 2008 und endet am 31. Dezember 2008. Der Rechnungsabschluss wurde mit Stichtag 30. April 2009 erstellt, da bis zum Stichtag sowohl Mittel für das Jahr 2008 zugeflossen sind und auch Zahlungen an die Krankenanstalten für Leistungen des Jahres 2008 getätigt wurden. Die Bilanz sowie die Gewinn- und Verlustrechnung weisen der Vollständigkeit halber zusätzlich die Werte des Jahres 2007 aus.

Nicht verbrauchte Struktur- und Projektmittel 2008 wurden einer entsprechenden Rückstellung zugeführt. Für Stationäre und Ambulante Leistungen wurden gegenüber dem Voranschlag 2007 um 4,1% mehr an Mittel an die Fondskrankenanstalten ausbezahlt. Nicht verwendete Mittel in Höhe von € 25.761.986,15 sind – wie schon im Jahr 2007 – der Kostendeckungsrücklage für „Strukturbedingte Maßnahmen“, zugeflossen. Die Kostendeckungsrücklage ist in der Bilanz ausgewiesen und ist zum Bilanzstichtag € 38.107.218,81 hoch.

Die Bilanz zum 31. Dezember 2008 und die Gewinn- und Verlustrechnung werden im Anhang dargestellt. Die Mittelflussrechnung für das Jahr 2008 ist in Abb. 2 dargestellt.

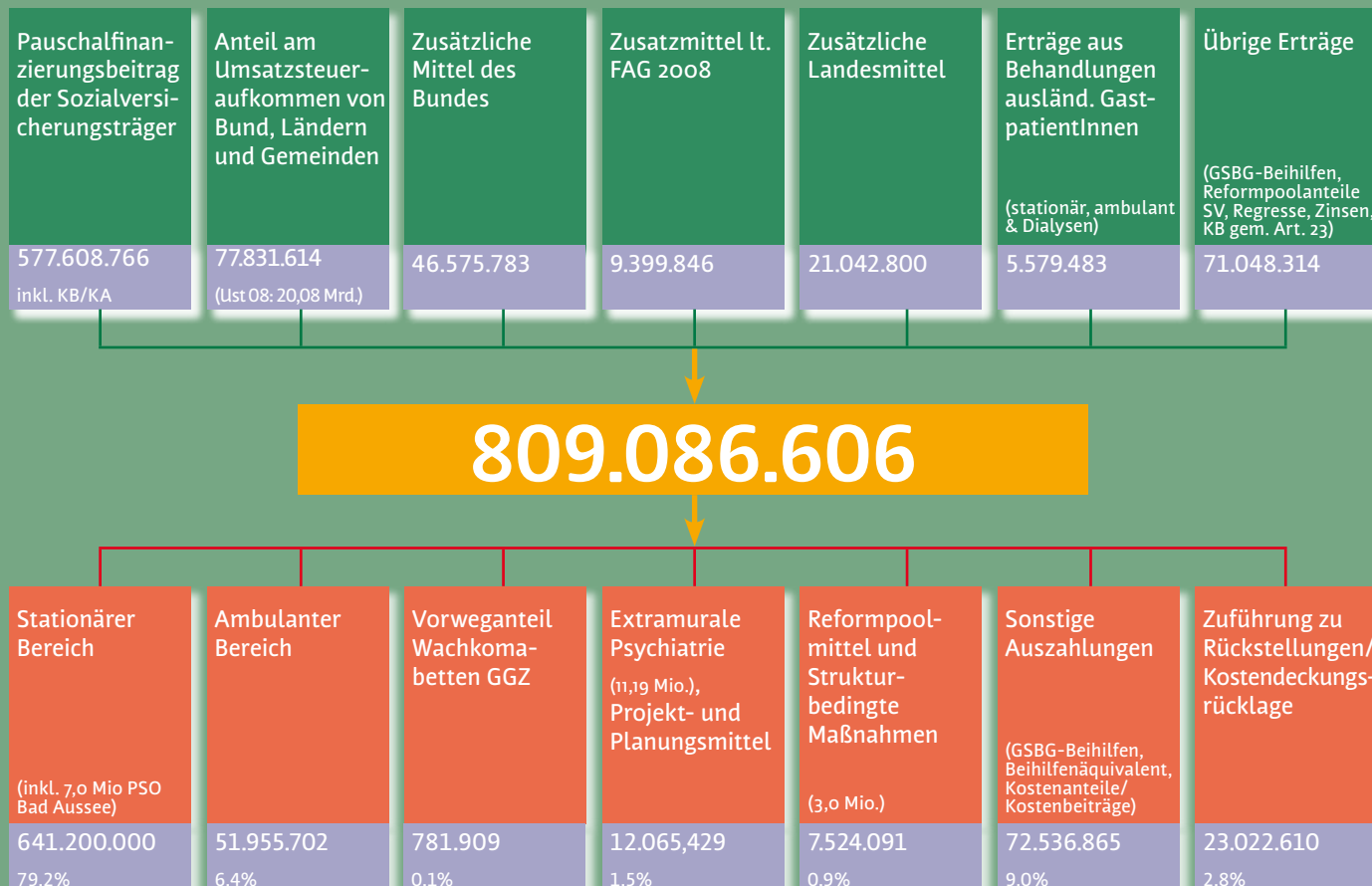
### 3.1.1 Einnahmen 2008

Die Dotierung des Landesgesundheitsfonds ist in der Artikel 15a B-VG-Vereinbarung 2008 bis 2013 geregelt und die Einnahmen setzen sich wie folgt zusammen:

- ◆ Beiträge der Sozialversicherungsträger
- ◆ Umsatzsteueranteile
- ◆ Beiträge des Bundes / Bundesgesundheitsagentur
- ◆ Zusatzmittel laut FAG
- ◆ Zusätzliche Mittel des Landes Steiermark
- ◆ Beihilfe nach GSBG
- ◆ Übrige Erträge (Ausländische GastpatientInnen, Regresse, Zinserträge, Reformpoolprojektanteile SV, KB gem. § 27a Abs 2 KAKuG)

Die Gesamterträge im Jahr 2008 betragen € 820.776.870,22. Davon sind 98,58% oder € 809,09 Mio. ordentliche Erträge. Die Erträge aus der Auflösung der Rückstellungen und der Kostendeckungsrücklage bilden die außerordentlichen Erträge in Höhe von € 11,7 Mio. Gegenüber dem Voranschlag sind rund € 9,8 Mio. mehr an Mittel zugeflossen. Diese Mehreinnahmen ergeben sich aus der Nachzahlung der

Abb. 2 Mittelflussrechnung des Gesundheitsfonds Steiermark 2008



Stand 30.04.2009; EUR



Sozialversicherung für das Jahr 2007 sowie aus den Zinserträgen und den Mehreinnahmen bei den ausländischen GastpatientInnen.

In den *Beiträgen der Sozialversicherungsträger* sind der Pauschalbetrag für 2008 sowie die Nachzahlung der Sozialversicherungsträger für 2007 in Höhe von € 6.232.401,72 enthalten. Weiters die Kostenbeiträge/Kostenanteile in Höhe von € 4.260.403,30, welche von den Krankenanstalten vereinnahmt werden. An zusätzlichen Mitteln für das Geriatrie Krankenhaus der Stadt Graz sind € 2.412.211,-- vom Hauptverband überwiesen worden.

Die *Umsatzsteueranteile* setzen sich aus den Bundes-, Länder- und Gemeindeanteilen zusammen und betragen € 77,8 Mio.

Bei den Beiträgen *des Bundes/der Bundesgesundheitsagentur* sind die Beiträge gemäß § 57 Abs. 3 Z 6 in Höhe von € 11.358.755,25 im Jahr 2008 als sogenannte „neue Mittel“ erstmals geflossen. Gegenüber dem Jahr 2007 sind rund € 13,17 Mio. mehr überwiesen worden.

Die *Zusatzmittel nach dem Finanzausgleichgesetz* betragen € 9.399.846,41.

Die *Zusätzlichen Mittel des Landes* gemäß Artikel 21 Abs. 1 Z 7 der Artikel 15a B-VG betragen € 21.042.800,-- und sind gegenüber dem Jahr 2007 um € 11,35 Mio. gekürzt worden, diese Kürzung entspricht den neuen Bundesbeiträgen.

Bei der *Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) 1996* handelt es sich um die an die Fonds-Krankenanstalten weiterzuleitende Beihilfe. Sie betrug im Jahr 2008 € 66,2 Mio.

**Die Übrigen Erträge beinhalten:**

Einnahmen für *Ausländische GastpatientInnen Stationär* in Höhe von € 5.335.529,51. Unter den für den Zeitraum Jänner bis Dezember 2008 gemeldeten Datensätzen waren 2.205 Fälle, die ausländische GastpatientInnen betrafen

und durch den Landesfonds abgerechnet wurden. Diese 2.205 Fälle wurden mit € 5.149.189,84 bewertet und der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse in Rechnung gestellt. Da es mit den ausländischen Versicherungsträgern unterschiedliche Abkommen über die gegenseitige Verrechnung von Krankenhausleistungen sozialversicherter PatientInnen (Echtkostenersatz, Pauschalabgeltung und Kostenverzicht) gibt, kann der Zeitpunkt, wann diese Leistungen abgegolten werden, nicht abgeschätzt werden. Die vereinnahmten Beträge für ausländische GastpatientInnen werden daher nach Einlangen den laufenden Auszahlungen zugeschlagen.

Für 4.984 *ausländische ambulante GastpatientInnen* wurden wie in den Vorjahren die Daten erhoben, sodass auch hier eine Einzelverrechnung mit den ausländischen Sozialversicherungsträgern durchgeführt werden kann. Insgesamt konnten für ambulante Behandlungen an ausländischen GastpatientInnen € 183.541,54 und € 36.016,48 für ambulant durchgeführte Dialysen vereinnahmt werden.

Die Geschäftsstelle war wie in den Vorjahren mit der administrativen Abwicklung der Abrechnung von ausländischen GastpatientInnen im stationären und ambulanten Bereich beschäftigt. Im Jahr 2008 gab es 210 Anfragen von ausländischen Sozialversicherungsträgern hinsichtlich der Taxierung von Krankenhausleistungen.

**Tabelle 8: Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2002 und 2008**

Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2002 und 2008							
Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Anfragen	200	330	350	270	230	198	210

Die Erträge *Regresseinnahmen* in Höhe von € 697.652,53 sind dem Gesundheitsfonds zugeflossene Mittel aus abgewickelten Regressverfahren inländischer Sozialversicherungsträger.

Von der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds wurden im Jahr 2008 insgesamt 528 Regressanfragen aus dem stationären und ambulanten Bereich bearbeitet.

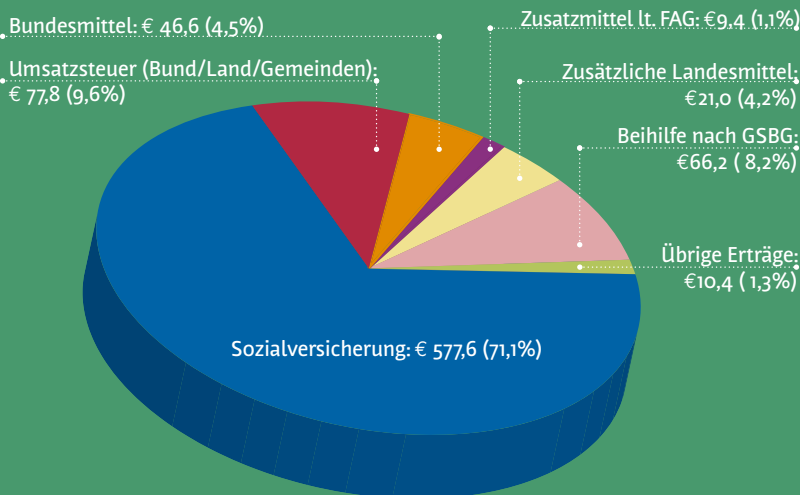
**Tabelle 9: Regressanfragen zwischen 2002 und 2008**

Regressanfragen zwischen 2002 und 2008							
Jahr	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Anfragen	605	600	780	700	574	633	528

Die *Zinserträge* für das Jahr 2008 betragen € 2.599.343,19. Grund war das hohe Zinsniveau im Jahr 2008 sowie die Erträge aus einer 6-monatigen Veranlagung der Kostendeckungsrücklage.

Die Erträge *Reformpoolprojektanteile SV* ergeben sich aus der anteilmäßigen Weiterverrechnung der verwendeten Reformpoolmittel im Jahr 2008 an die Steiermärkische Gebietskrankenkasse auf Rechnung aller Krankenversicherungsträger und betragen € 176.218,52.

**Abb. 3 Einnahmen 2008**



in Millionen Euro

Die Einnahmenposition *Beihilfenäquivalent* gemäß GSBG umfasst das in den Zahlungseingängen für ausländische GastpatientInnen enthaltene Beihilfenäquivalent für ambulante Leistungen, welches monatlich an das Finanzamt für Gebühren und Verkehrssteuern in Wien abgeführt werden muss. Im Jahr 2008 waren es € 24.395,54.

Die *Kostenbeiträge gem. § 27a Abs. 2 KAKuG* sind der periodengerechte Ausweis der von den Fondskrankenanstalten für den Fonds aus diesem Titel pro Verpflegstag eingenommenen Kostenanteile (€ 1,45).

Die ordentlichen Erträge im Jahr 2008 betragen € 809.086.605,87 und sind um € 33.191.088,07 oder 4,28% höher als im Jahr 2007.

### 3.1.2 Mittelverwendung 2008

Die vereinnahmten Mittel des Gesundheitsfonds wurden wie folgt verwendet:

- ♦ Stationäre Vergütungen der Fondskrankenanstalten
- ♦ PSO Bad Aussee
- ♦ Ambulante Vergütungen (inklusive Dialyseleistungen)
- ♦ Wachkomafinanzierung GGZ
- ♦ Struktur-, Projekt- und Planungsfinanzierung
- ♦ Reformpoolfinanzierung Intramural
- ♦ Beihilfe nach GSBG
- ♦ Sonstige Zahlungen (Kostenanteile/KB, Strukturmittel, Beihilfenäquivalent)
- ♦ Rückstellungs-/Rücklagenbildung

Die unten stehende Grafik gibt einen Überblick über die Mittelverwendung des Gesundheitsfonds im Jahr 2008:

Mit € 634.200.000,- wurden 78,4% der vereinnahmten Mittel für die LKF-Abgeltung des *stationären Bereichs* verwendet. Darin enthalten sind auch die Abgeltungen der Leistungen der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz im Bereich der Akutgeriatrie/Remobilisation.

Für die Finanzierung der *Psychosomatik Bad Aussee* wurden € 7.000.000,- an die ROMED Austria Klinik Consulting GmbH als Pauschalfinanzierung überwiesen.

Für *Ambulante Vergütungen* wurden € 51.735.098,-, davon € 4.985.870,- für ambulant durchgeführte Dialysen, dem Voranschlag gemäß an die Rechtsträger überwiesen. Die Verteilung an die einzelnen Fondskrankenanstalten wurde entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform zum LKF-Abrechnungssystem Steiermark 2008 vorgenommen.

Die *Finanzierung von 20 Wachkomabetten* in der Albert Schweitzer Klinik der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz wurde mit Wirksamkeit 1. Mai 2008 bis zum Außerkrafttreten der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG als Vorweganteil beschlossen.

Für die Monate Mai bis Dezember 2008 wurden € 781.909,50 überwiesen.

Für die Finanzierung von *Projekten, Planungen und krankenhausentlastenden Maßnahmen* hat die Gesundheitsplattform € 15,0 Mio. vorgesehen. Davon sind für die Finanzierung der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung im extramuralen Bereich der Steiermark „Extramurale Psychiatrie“ Mittel in Höhe von € 11.192.524 bereit gestellt worden. Dieser Budgetansatz wurde entsprechend dem Beschluss der Gesundheitsplattform in vier Teilbeträgen an die Fachabteilung 8B überwiesen. Für Projekt- und Planungsmittel wurden laut Voranschlag 2008 € 3.807.476,- bereitgestellt. Insgesamt wurden € 872.905,50 ausbezahlt, die sich wie in Tab. 10 dargestellt zusammensetzen:

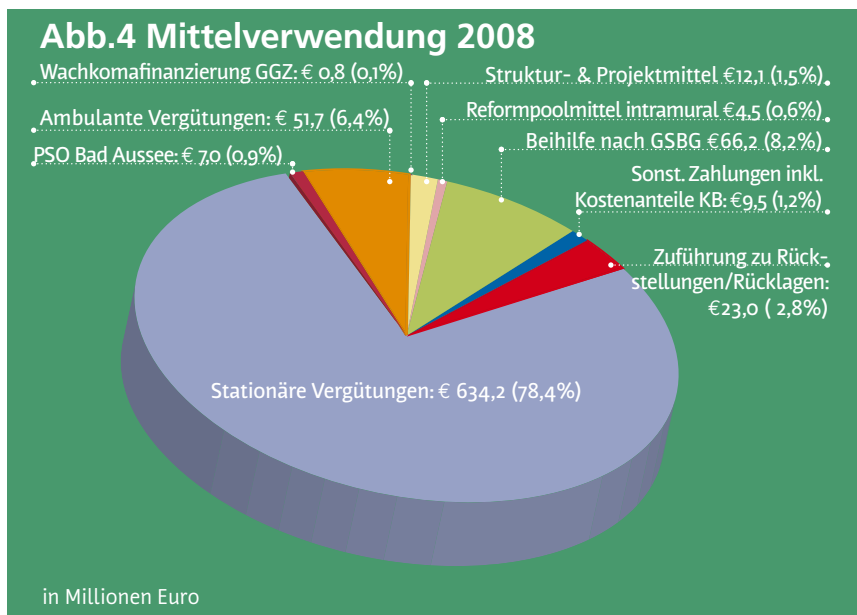


Tabelle 10: Verwendung der Projekt- und Planungsmittel

<b>GelSt:</b>	
Pflichtenhefterstellung	€ 17.438,50
IHS-Studie (Evaluierung)	€ 28.500,00
<b>e-Health:</b>	
e-Radiologie	€ 10.081,20
<b>Gesundheitsförderung:</b>	
Unterstützungsleistungen für die Koordinationsstelle Public Health	€ 60.959,61
MIA – Mütter in Aktion	€ 121.632,89
Österr. Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser, Mitgliedsbeitrag	€ 7.000,00
<b>Gesundheitskonferenz:</b>	
Organisation und Ausrichtung der 3. Gesundheitskonferenz	€ 45.324,10
<b>Gesundheitsziele – Umsetzung:</b>	
Ernährungs- und Bewegungsguidelines	€ 21.030,00
Projekt „Integriertes Gesundheitsmanagement für ältere Menschen“	€ 27.790,74
Projekt „Gemeinsam Essen“	€ 59.523,53
Entwicklung Leitfaden „Bewegung und Ernährung“	€ 20.000,00
<b>Krankenhausentlastende Maßnahmen:</b>	
Marienambulanz	€ 155.241,07
Diabetes in Europe	€ 23.052,36
Benchmarkingsystem für Einrichtungen der AG/R	€ 34.100,00
Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche	€ 8.500,00
Pflegemediation Hartberg	€ 66.155,00
<b>Planungskosten:</b>	
Psychiatrieplan	€ 43.686,78
RSG Steiermark	€ 46.770,72
<b>Qualität und Datenqualität:</b>	
Fehlbildungsregister	€ 20.000,00
Datenqualität und Medizinische Qualitätskontrolle	€ 2.868,26
<b>Sonstige Projekt- und Planungsmittel:</b>	
Jahresbericht 2007	€ 12.956,25
Corporate Design und Kommunikationsberatung	€ 21.049,76
Rechts- und Beratungsaufwand (RA 2007)	€ 1.401,70
Wachkomapatient Behringer	€ 11.464,20
Weiterbildungen	€ 6.000,00
Sonstige Aufwände (z. B. Beirat, Gesundheitsplattform, GF-Treffen)	€ 378,83
<b>Summe</b>	<b>€ 872.905,50</b>

Nicht verbrauchte Projekt- und Planungsmittel wurden einer entsprechenden Rückstellung zugeführt.

Für den *Kooperationsbereich* (Reformpool) – Projekte der Integrierten Versorgung und Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich auf Landesebene zur Folge haben – hat der Gesundheitsfonds im Jahr 2008 Mittel in Höhe von € 7.750.000,- bereitgestellt. Aufgrund von Beschlüssen der Gesundheitsplattform wurden von diesen Mitteln insgesamt € 4.524.090,97 für folgende Vorhaben ausbezahlt, die sich wie in Tab. 11 dargestellt, zusammensetzen.

Die Sozialversicherung übernimmt die anteilmäßigen Kosten der Reformpoolprojekte laut der vereinbarten Aufteilungsschlüssel (Tab. 12).

Die Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereichsbeihilfengesetz ist für den Fonds eine Durchlaufposition. Im Jahr 2008 wurden über den Fonds Beihilfen in Höhe von € 66.229.489,27 an die Fondskrankenanstalten überwiesen.

In den *Sonstigen Zahlungen* sind enthalten:

Für *ambulant* durchgeführte Behandlungen an ausländischen GastpatientInnen konnten € 184.587,25 und für ambulant durchgeführte Dialysen € 36.016,48 an die Krankenanstalten weitergegeben werden.

Als *Strukturbedingte Maßnahme* wurde in der 13. Sitzung der Gesundheitsplattform am 27. November 2008 dem Antrag auf Mitfinanzierung der „Erweiterung des OP-Zentrums am LKH-Univ. Klinikum Graz“ aus den Strukturmitteln des Gesundheitsfonds in Höhe von € 3,0 Mio. zugestimmt.

Die *Kostenanteile/Kostenbeiträge nach ASVG* in Höhe von € 4.260.403,30 und die Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs 2 KAKuG in Höhe von € 1.345.610,42 (€ 1,45 pro Verpflegstag).

Bei der Verrechnung von Leistungen der Fondskrankenanstalten an ausländischen GastpatientInnen sind 10% der eingegangenen Beträge entsprechend den Bestimmungen des GSBG an das Finanzamt für Gebühren und Verkehrssteuern in Wien als *Beihilfenäquivalent* abzuführen. Durch Mehreinnahmen bei den ausländischen

GastpatientInnen mussten € 676.121,68 an das Finanzamt überwiesen werden.

Die Abschreibung Forderung ausländischer GastpatientInnen in Höhe von € 25.187,10 musste auf Grund uneinbringlicher Forderungen vorgenommen werden. Sie resultiert aus Änderungen einerseits der Versichertenzuständigkeit und andererseits der Abrechnungsart. *Kontoführungsspesen* sind in Höhe von € 52,65 angefallen.

Die ordentlichen Aufwendungen betragen € 786.063.996,12 und sind um rund € 20,2 Mio. oder 2,64% höher als im Jahr 2007. Die Gegenüberstellung von ordentlichen Erträgen und ordentlichen Aufwendungen ergibt ein positives Betriebsergebnis von € 23.022.609,75.

*Auflösung und Zuführung von Rückstellungen:*

Die Auflösung der Rückstellungen Projektmittel und Ausländische GastpatientInnen Stationär und Ambulant in Höhe von € 8.690.264,35 steht im Zusammenhang mit der Finanzierung der Projekte und der Weiterverrechnung der Mittel an die Fondskrankenanstalten.

Die Zuführung der Rückstellung Projektmittel in Höhe von € 3.807.476,- sind nicht verbrauchte Projektmittel aus dem Rechnungsjahr. Die Zuführung der Rückstellung Ausländische GastpatientInnen Stationär in Höhe von € 5.143.411,95 stehen in Zusammenhang mit den Forderungen gegenüber ausländischen GastpatientInnen. Insgesamt werden Rückstellungen in Höhe von € 8.950.887,95 gebildet.

Von der im Rechnungsjahr 2007 gebildeten Kostendeckungsrücklage in der Höhe von rund € 15,3 Mio. wurden für die Mitfinanzierung der „Erweiterung des OP-Zentrums am LKH-Univ.Klinikum Graz“ € 3,0 Mio. aufgelöst. Der verbleibende Betrag (nach Berücksichtigung der Zuführung und Auflösung der Rückstellungen/Rücklagen) in Höhe von € 25.761.986,15 wurde der Kostendeckungsrücklage zugeführt. Die Kostendeckungsrücklage beträgt zum Bilanzstichtag € 38.107.218,81.

Tabelle 11: Verwendung der Reformpoolmittel

Verwendung der Reformpoolmittel	Ausgaben 2008
Hospiz- und Palliativversorgung	€ 3.560.808,12
Herz.Leben	€ 152.772,33
Disease Management Programm „Therapie Aktiv“	€ 159.151,31
Integrierte Versorgung „Koronare Herzkrankheit“	€ 208.508,38
Integrierte Versorgung „Schlaganfall“	€ 152.041,80
Integrierte Versorgung Nephrologie	€ 53.478,30
Integrierte Versorgung Nahtstellenmanagement	€ 68.983,81
Medizinische Hauskrankenbehandlung Hartberg	€ 16.500,00
Rückenschmerz.ade	€ 20.431,22
Teleulcus – Best Practise Modell	€ 6.058,90
MR Stolzalpe	€ 125.356,80
Summe	€ 4.524.090,97

Tab. 12: Aufteilungsschlüssel

Landesanteil	SV-Anteil
53,86 %	46,14 %
58,00 %	42,00 %
53,86 %	46,14 %
53,86 %	46,14 %
53,77 %	46,23 %
53,77 %	46,23 %
53,81 %	46,19 %
53,77 %	46,23 %
50,00 %	50,00 %

## 3.2 Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Das System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung dient zur Abrechnung stationärer Krankenhausaufenthalte und unterscheidet zwei Finanzierungsbereiche, den

- ♦ LKF-Kernbereich
- ♦ LKF-Steuerungsbereich

### 3.2.1 Der LKF-Kernbereich

Der LKF-Kernbereich ist bundesweit einheitlich gestaltet und bepunktet. Er basiert auf den leistungsorientierten Diagnosefallgruppen sowie den verschiedenen speziellen Bepunktungsregelungen. Der LKF-Kernbereich wird aufgrund der Erfahrungen aus der praktischen Anwendung seit dem Jahr 1997 kontinuierlich weiterentwickelt, aktualisiert und jährlich einer Revision unterzogen. In den Jahren 1999 und 2000 wurden gemeinsam mit ausgewählten Referenzkrankenhäusern Nachkalkulationen der LDF-Pauschalen durchgeführt, deren Ergebnisse in das Modell 2002 eingeflossen sind. Grundsätzlich soll das LKF-Modell im Kernbereich – abgesehen von aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen – über mehrere Jahre unverändert bleiben. Eine umfassende Weiterentwicklung des LKF-Modells inklusive einer aktuellen Neubewertung der Kalkulationsgrundlagen ist im Jahre 2007 durchgeführt worden und soll mit dem Modell 2009 umgesetzt werden.

Für das *Modell 2008* wurde daher neben einzelnen kleineren Wartungsmaßnahmen nur eine geringfügige Änderung des Tagesklinikmodells durch zusätzlich abrechenbare Leistungen und weitere Reduktion der Tageskomponenten für sonstige 0-Tagesfälle umgesetzt. Parallel dazu wurde eine detaillierte Evaluierung des LKF-Modells durchgeführt und, daraus abgeleitet, die umfassende Weiterentwicklung für 2009 vorbereitet.

Für das *Modell 2008* wurden, wie in Art. 22 Abs. 5 der Vereinbarung nach Artikel 15a B-VG festgelegt, die Änderungen im LKF-Modell auf die aus medizinischer und ökonomischer Sicht notwendigen Wartungsmaßnahmen beschränkt. Dies auch deshalb, um die vereinbarte Kontinuität des LKF-Modells und somit die langfristige Berechenbarkeit und Vergleichbarkeit der LKF-Ergebnisse sicherzustellen.

Die Änderungen und Ergänzungen im LKF-Modell 2008 beschränken sich im Wesentlichen auf folgende Punkte:

- ♦ Aufnahme von neuen medizinischen Leistungspositionen in den Leistungskatalog und in das Fallpauschalensystem (z.B. Linksatriale Katheterablation, Magen-Bypass);
- ♦ Wartung des Kataloges tagesklinisch abrechenbarer Leistungen zur weiteren Förderung der tagesklinischen Leistungserbringung;
- ♦ Reduktion der Bepunktung der sonstigen 0-Tagesfälle ohne Leistungen aus dem tagesklinischen Katalog von 25% auf 20%;
- ♦ Anpassung der Belagsdauerwerte und der Fallpauschalen bei einzelnen leistungsorientierten Diagno-

senfallgruppen auf Basis einer aktuellen Evaluierung der Belagsdauerwerte im LKF-Modell.

Im Zusammenhang mit dem LKF-Leistungskatalog 2008 wurde auch die Aktualisierung der Leistungsmatrix des ÖSG erforderlich, die auf dem LKF-Leistungskatalog 2006 basiert. Im Zuge dieser Wartung wurden folgende Modifikationen durchgeführt:

- ♦ Elimination bzw. Neuaufnahme von Leistungspositionen, die im Leistungskatalog zum LKF-Modell 2008 nicht mehr enthalten sind bzw. neu aufgenommen wurden (dadurch Harmonisierung der Leistungsmatrix mit dem LKF-Modell 2008);
- ♦ Modifikation von Qualitätskriterien zu einzelnen Leistungspositionen;
- ♦ Anpassung der Struktur der Leistungsmatrix an die EDV-technischen Erfordernisse in Richtung einer Integration in das Dokumentations-Tool KDok (Aufteilung bestimmter Informationen auf mehrere Spalten in der LM) sowie entsprechende Modifikation der Legende zur Leistungsmatrix;
- ♦ redaktionelle Korrekturen.

### 3.2.2 Der LKF-Steuerungsbereich

Der LKF-Steuerungsbereich ist länderweise gestaltbar und ermöglicht besondere Versorgungsfunktionen einzelner Krankenanstalten in einem Bundesland bei der leistungsorientierten Mittelzuteilung aus dem Landesgesundheitsfonds zu berücksichtigen. Diese landesspezifische Ausformung des LKF-Systems erfolgt durch die Gesundheitsplattformen.

Der auf Beschluss der Gesundheitsplattform Steiermark festgelegte Steuerungsbereich für die steirischen Fonds-krankenanstalten sieht so aus, dass die im Kernbereich ermittelten LDF-Punkte des LKH-Univ.Klinikum Graz mit einem Faktor von 1,3 und die des LKH Bruck/Mur und des LKH Leoben mit einem Faktor von 1,05 multipliziert werden. Die Mittelzuteilung an die einzelnen Krankenanstalten erfolgt auf Basis der gewichteten Punkte.

Der 2007 durch einen Österreich-Benchmark ermittelte Anpassungsfaktor je Krankenanstalt wurde für 2008 ausgesetzt. Dies deshalb, da in der Evaluierungsgruppe auf Grund der Ergebnisse des Jahres 2007 Übereinstimmung darüber erzielt wurde, dass die Rechtsträger in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle in ausgewählten Bereichen konkrete Maßnahmen zur Eindämmung der Krankenhaus-Häufigkeit setzen werden.

Tabelle 13: Darstellung LKF Fälle und Punkte 2008

Krankenanstalt	LKF-Fälle	Punkte in LKF		GWF	Punkte in LKF gewichtet		Gesamtbetrag
LKH Bad Aussee	3.446	6.230.200	0,76%	1	6.230.200	0,69%	4.386.658,50
LKH Bruck/Mur	20.094	54.707.442	6,69%	1,05	57.442.814	6,38%	40.445.252,40
LKH Feldbach	13.475	30.304.262	3,70%	1	30.304.262	3,36%	21.337.107,90
LKH Fürstenfeld	7.206	14.399.409	1,76%	1	14.399.409	1,60%	10.138.565,50
LKH Hörgas/Enzenbach	6.056	13.978.894	1,71%	1	13.978.894	1,55%	9.842.482,60
LKH-Univ.Klinikum Graz	78.773	254.541.043	31,11%	1,3	330.903.356	36,74%	232.987.710,60
Albert Schweitzer Klinik	2.286	6.765.452	0,83%	1	6.765.452	0,75%	4.763.527,30
KH BHB Marschallgasse	11.172	27.896.628	3,41%	1	27.896.628	3,10%	19.641.902,60
KH Elisabethinen	11.386	26.377.531	3,22%	1	26.377.531	2,93%	18.572.312,60
LSF Graz	14.012	52.398.994	6,40%	1	52.398.994	5,82%	36.893.919,10
KH BHB Eggenberg	8.085	18.725.917	2,29%	1	18.725.917	2,08%	13.184.842,20
LKH Hartberg	10.941	20.560.604	2,51%	1	20.560.604	2,28%	14.476.637,90
NTZ Kapfenberg	581	6.491.727	0,79%	1	6.491.727	0,72%	4.570.798,60
LKH Leoben	28.940	66.829.541	8,17%	1,05	70.171.018	7,79%	49.407.129,20
LKH Mürrzuschlag/Mariazell	5.135	9.571.061	1,17%	1	9.571.061	1,06%	6.738.945,20
LKH Bad Radkersburg	5.486	18.937.657	2,31%	1	18.937.657	2,10%	13.333.927,50
LKH Rottenmann	8.226	17.623.815	2,15%	1	17.623.815	1,96%	12.408.856,70
DKH Schladming	6.209	10.874.351	1,33%	1	10.874.351	1,21%	7.656.586,40
LKH Stolzalpe	8.120	27.451.300	3,35%	1	27.451.300	3,05%	19.328.349,00
LKH Voitsberg	6.149	12.413.893	1,52%	1	12.413.893	1,38%	8.740.571,70
MKH Vorau	6.078	12.721.589	1,55%	1	12.721.589	1,41%	8.957.219,20
LKH Wagna	8.349	17.108.241	2,09%	1	17.108.241	1,90%	12.045.843,10
LKH Weiz	5.244	9.732.288	1,19%	1	9.732.288	1,08%	6.852.464,50
LKH Deutschlandsberg	10.495	19.960.521	2,44%	1	19.960.521	2,22%	14.054.121,90
LKH Judenburg/Knittelfeld	14.989	32.748.783	4,00%	1	32.748.783	3,64%	23.058.285,30
LKH Graz West	10.855	28.939.213	3,54%	1	28.939.213	3,21%	20.375.982,50
<b>Steiermark</b>	<b>311.788</b>	<b>818.290.356</b>	<b>100,00%</b>		<b>900.729.518</b>	<b>100,00%</b>	<b>634.200.000,00</b>

### 3.3 Leistungsdaten 2008

Die Tabellen 14 bis 20 geben einen Überblick über die Leistungsdaten der steirischen Fondskrankenanstalten. Dabei handelt es sich um Basisdaten aus der Krankenanstalten-Statistik sowie um gemeldete Falldaten der Krankenanstalten (MBDS).

Im Anhang werden die jeweiligen Kennzahlen genauer definiert und beschrieben. Seit dem 1. Juli 2006 wird auch die Akutgeriatrie der Albert Schweitzer Klinik über LKF finanziert. Die jeweiligen Zahlen der Albert Schweitzer Klinik werden in den folgenden Tabellen allerdings erst ab 2007 dargestellt.

#### Steiermark Überblick

Tabelle 14 gibt einen Gesamtüberblick der wichtigsten Kennzahlen aller steirischen Fondskrankenanstalten vom Jahr 1998 bis 2008.

**Tabelle 14: Übersicht steirische Fondskrankenanstalten (KA-Statistik)**

Kennzahlen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Systemisierte Betten	8.359	8.208	7.823	7.659	7.480	7.339	7.203	7.154	7.026	7.054	6.994
Tatsächlich aufgestellte Betten	7.700	7.536	7.354	7.198	7.111	7.005	7.030	6.967	6.871	6.908	6.887
Stationäre PatientInnen	272.984	280.629	279.857	284.238	290.202	293.715	302.522	301.000	307.373	311.006	317.642
Belagstage	2.238.633	2.200.012	2.119.870	2.078.063	2.075.588	2.039.918	2.041.830	2.001.855	1.990.073	1.984.428	1.987.483
Durchschnittliche Verweildauer	8,2	7,84	7,57	7,31	7,15	6,95	6,75	6,65	6,48	6,38	6,26
Ambulante Fälle	661.112	643.789	678.203	703.685	761.281	726.542	-	-	-	-	-
Ambulante PatientInnen							883.864	904.677	951.610	976.300	1.031.232
Frequenzen ambulante PatientInnen	2.091.889	2.210.048	2.159.121	2.181.156	2.042.010	2.130.438	2.188.053	2.119.640	1.977.684	1.979.119	2.056.403

## Stationäre PatientInnen

Im Jahr 2008 wurden insgesamt 317.642 stationäre PatientInnen behandelt. Dies entspricht einer Steigerung von 2,13% gegenüber dem Vorjahr. Die größte Zunahme an stationären PatientInnen gab es in der Albert Schweitzer Klinik aufgrund einer Bettenerhöhung auf der Akutgeriatrie/Remobilisation.

Tabelle 15: Stationäre PatientInnen 2008 (KA Statistik)

Krankenanstalt	2006	in %	2007	in %	% 06 auf 07	2008	in %	% 07 auf 08
LKH Bad Aussee	2.994	0,97%	3.591	1,15%	19,92%	3.521	1,11%	-1,94%
LKH Bruck/Mur	20.071	6,53%	20.435	6,57%	1,81%	20.259	6,38%	-0,86%
LKH Feldbach	14.499	4,72%	14.211	4,57%	-1,99%	13.662	4,30%	-3,86%
LKH Fürstenfeld	6.454	2,10%	6.407	2,06%	-0,73%	7.247	2,28%	13,11%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.418	2,09%	6.407	2,06%	-0,17%	6.169	1,94%	-3,71%
LKH-Univ.Klinikum Graz	77.345	25,16%	77.469	24,91%	0,16%	80.717	25,41%	4,19%
Albert Schweitzer Klinik	0	0,00%	1.024	0,33%	0,00%	2.329	0,73%	127,55%
KH BHB Marschallgasse	11.220	3,65%	11.081	3,56%	-1,24%	11.433	3,60%	3,18%
KH Elisabethinen	10.782	3,51%	11.499	3,70%	6,65%	11.729	3,69%	2,00%
LSF Graz	14.033	4,57%	14.406	4,63%	2,66%	14.698	4,63%	2,03%
KH BHB Eggenberg	8.258	2,69%	8.184	2,63%	-0,90%	8.292	2,61%	1,33%
LKH Hartberg	10.491	3,41%	10.952	3,52%	4,39%	11.074	3,49%	1,12%
NTZ Kapfenberg	630	0,20%	613	0,20%	-2,70%	605	0,19%	-1,22%
LKH Leoben	29.142	9,48%	29.742	9,56%	2,06%	29.190	9,19%	-1,85%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	5.777	1,88%	5.184	1,67%	-10,26%	5.184	1,63%	0,00%
LKH Bad Radkersburg	5.359	1,74%	5.462	1,76%	1,91%	5.545	1,75%	1,53%
LKH Rottenmann	8.539	2,78%	8.501	2,73%	-0,45%	8.309	2,62%	-2,25%
DKH Schladming	6.101	1,98%	6.413	2,06%	5,11%	6.490	2,04%	1,21%
LKH Stolzalpe	8.234	2,68%	8.035	2,58%	-2,41%	8.199	2,58%	2,04%
LKH Voitsberg	6.663	2,17%	6.444	2,07%	-3,28%	6.232	1,96%	-3,29%
MKH Vorau	5.397	1,76%	5.486	1,76%	1,66%	6.126	1,93%	11,67%
LKH Wagna	7.970	2,59%	8.107	2,61%	1,72%	8.414	2,65%	3,79%
LKH Weiz	5.368	1,75%	5.231	1,68%	-2,56%	5.277	1,66%	0,89%
LKH Deutschlandsberg	10.761	3,50%	10.677	3,43%	-0,78%	10.619	3,34%	-0,54%
LKH Judenburg/Knittelfeld	13.862	4,51%	14.475	4,65%	4,42%	15.099	4,75%	4,31%
LKH Graz West	11.010	3,58%	10.977	3,53%	-0,30%	11.223	3,53%	2,25%
<b>Steiermark</b>	<b>307.373</b>	<b>100,00%</b>	<b>311.006</b>	<b>100,00%</b>	<b>1,18%</b>	<b>317.642</b>	<b>100,00%</b>	<b>2,13%</b>



**Belagstage**

Die Anzahl der Belagstage ist von 1.984.428 Belagstagen im Jahr 2007 auf 1.987.483 Belagstage im Jahr 2008 gestiegen, was einer Steigerung von 0,15% entspricht. Diese Steigerung ist auf die zuvor erwähnte Vermehrung der AG/R-Betten in der Albert Schweitzer Klinik zurückzuführen.

**Tabelle 16: Belagstage (KA-Statistik)**

Krankenanstalt	2006	in %	2007	in %	% 06 auf 07	2008	in %	% 07 auf 08
LKH Bad Aussee	19.025	0,96%	20.606	1,04%	8,31%	19.125	0,96%	-7,19%
LKH Bruck/Mur	109.538	5,50%	109.515	5,52%	-0,02%	109.972	5,53%	0,42%
LKH Feldbach	70.291	3,53%	70.783	3,57%	0,70%	68.726	3,46%	-2,91%
LKH Fürstenfeld	31.293	1,57%	32.354	1,63%	3,39%	32.924	1,66%	1,76%
LKH Hörgas/Enzenbach	49.621	2,49%	46.513	2,34%	-6,26%	45.803	2,30%	-1,53%
LKH-Univ.Klinikum Graz	441.992	22,20%	431.674	21,75%	-2,33%	443.872	22,33%	2,83%
Albert Schweitzer Klinik	0	0,00%	23.186	1,17%	0,00%	30.771	1,55%	32,71%
KH BHB Marschallgasse	60.191	3,02%	59.262	2,99%	-1,54%	60.997	3,07%	2,93%
KH Elisabethinen	56.116	2,82%	56.635	2,85%	0,92%	56.226	2,83%	-0,72%
LSF Graz	252.438	12,68%	246.475	12,42%	-2,36%	244.487	12,30%	-0,81%
KH BHB Eggenberg	88.263	4,43%	85.763	4,32%	-2,83%	87.806	4,42%	2,38%
LKH Hartberg	58.430	2,94%	55.267	2,79%	-5,41%	47.898	2,41%	-13,33%
NTZ Kapfenberg	24.659	1,24%	24.694	1,24%	0,14%	24.952	1,26%	1,04%
LKH Leoben	150.112	7,54%	150.426	7,58%	0,21%	147.064	7,40%	-2,23%
LKH Müzzzuschlag/Mariazell	38.471	1,93%	36.567	1,84%	-4,95%	36.438	1,83%	-0,35%
LKH Bad Radkersburg	38.369	1,93%	37.766	1,90%	-1,57%	37.728	1,90%	-0,10%
LKH Rottenmann	53.475	2,69%	50.396	2,54%	-5,76%	48.635	2,45%	-3,49%
DKH Schladming	29.606	1,49%	31.752	1,60%	7,25%	31.128	1,57%	-1,97%
LKH Stolzalpe	70.304	3,53%	67.298	3,39%	-4,28%	68.032	3,42%	1,09%
LKH Voitsberg	36.865	1,85%	37.808	1,91%	2,56%	36.623	1,84%	-3,13%
MKH Vorau	34.215	1,72%	34.958	1,76%	2,17%	36.781	1,85%	5,21%
LKH Wagna	42.238	2,12%	42.136	2,12%	-0,24%	41.448	2,09%	-1,63%
LKH Weiz	27.022	1,36%	26.756	1,35%	-0,98%	26.739	1,35%	-0,06%
LKH Deutschlandsberg	54.305	2,73%	50.702	2,55%	-6,63%	49.677	2,50%	-2,02%
LKH Judenburg/Knittelfeld	82.822	4,16%	83.874	4,23%	1,27%	81.868	4,12%	-2,39%
LKH Graz West	71.062	3,57%	71.262	3,59%	0,28%	71.763	3,61%	0,70%
<b>Steiermark</b>	<b>1.990.723</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.984.428</b>	<b>100,00%</b>	<b>-0,32%</b>	<b>1.987.483</b>	<b>100,00%</b>	<b>0,15%</b>

## Durchschnittliche Belagsdauer

Die durchschnittliche Belagsdauer (Belagstage/stationäre PatientInnen) ging um weitere 1,94% zurück und lag damit im Jahr 2008 bei 6,26 Tagen. Damit wird der Trend der letzten Jahre fortgesetzt. Der starke Rückgang der durchschnittlichen Belagsdauer in der Albert Schweitzer Klinik ist auf die Einrichtung von 15 AG/R-Betten, welche in Form einer Tagesklinik geführt werden, zurückzuführen.

Tabelle 17: Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)

Krankenanstalt	2006	2007	% 06 auf 07	2008	% 07 auf 08
LKH Bad Aussee	6,35	5,74	-9,68%	5,43	-5,36%
LKH Bruck/Mur	5,46	5,36	-1,80%	5,43	1,29%
LKH Feldbach	4,85	4,98	2,74%	5,03	1,00%
LKH Fürstenfeld	4,85	5,05	4,15%	4,54	-10,03%
LKH Hörgas/Enzenbach	7,73	7,26	-6,10%	7,42	2,27%
LKH-Univ.Klinikum Graz	5,71	5,57	-2,49%	5,50	-1,31%
Albert Schweitzer Klinik	0,00	22,65	0,00%	13,21	-41,68%
KH BHB Marschallgasse	5,36	5,35	-0,30%	5,34	-0,25%
KH Elisabethinen	5,20	4,93	-5,37%	4,79	-2,67%
LSF Graz	17,99	17,11	-4,89%	16,63	-2,78%
KH BHB Eggenberg	10,69	10,48	-1,95%	10,59	1,04%
LKH Hartberg	5,57	5,05	-9,39%	4,33	-14,29%
NTZ Kapfenberg	39,17	40,32	2,92%	41,24	2,30%
LKH Leoben	5,15	5,06	-1,81%	5,04	-0,39%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	6,66	7,05	5,92%	7,03	-0,35%
LKH Bad Radkersburg	7,16	6,91	-3,42%	6,80	-1,60%
LKH Rottenmann	6,26	5,93	-5,33%	5,85	-1,27%
DKH Schladming	4,85	4,95	2,03%	4,80	-3,14%
LKH Stolzalpe	8,54	8,38	-1,91%	8,30	-0,93%
LKH Voitsberg	5,53	5,87	6,04%	5,88	0,16%
MKH Vorau	6,34	6,37	0,50%	6,00	-5,78%
LKH Wagna	5,30	5,20	-1,93%	4,93	-5,22%
LKH Weiz	5,03	5,12	1,62%	5,07	-0,94%
LKH Deutschlandsberg	5,05	4,75	-5,90%	4,68	-1,49%
LKH Judenburg/Knittelfeld	5,97	5,79	-3,02%	5,42	-6,43%
LKH Graz West	6,45	6,49	0,58%	6,39	-1,51%
Steiermark	6,48	6,38	-1,48%	6,26	-1,94%

## Nulltagesfälle

Der Anteil von Nulltagesfällen an den Gesamtfällen aller steirischen Fondskrankenanstalten betrug im Jahr 2008 insgesamt 9,39%. Im Jahr 2007 lag dieser Anteil noch bei 8,44%.

Tabelle 18: Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt (MBDS, 1. Korrekturmeldung)

Krankenanstalt	Fälle 2006 gesamt	Nulltages- fälle 2006	Anteil 0-Tagesfälle	Fälle 2007 gesamt	Nulltages- fälle 2007	Anteil 0-Tagesfälle	Fälle 2008 gesamt	Nulltages- fälle 2008	Anteil 0-Tagesfälle
LKH Bad Aussee	2.996	143	4,77%	3.587	198	5,52%	3.526	205	5,81%
LKH Bruck/Mur	20.076	1.158	5,77%	20.430	876	4,29%	20.255	743	3,67%
LKH Feldbach	14.495	1.833	12,65%	14.211	1.668	11,74%	13.670	1.664	12,17%
LKH Fürstenfeld	6.451	889	13,78%	6.401	1.018	15,90%	7.251	1.403	19,35%
LKH Hörgas/Enzenbach	6.424	157	2,44%	6.409	116	1,81%	6.161	117	1,90%
LKH-Univ.Klinikum Graz	77.355	11.557	14,94%	77.878	11.263	14,46%	80.705	13.093	16,22%
Albert Schweitzer Klinik	393	0	0,00%	1.035	2	0,19%	2.330	387	16,61%
KH BHB Marschallgasse	11.224	808	7,20%	11.080	786	7,09%	11.428	777	6,80%
KH Elisabethinen	10.784	244	2,26%	11.503	924	8,03%	11.722	1.323	11,29%
LSF Graz	14.048	776	5,52%	14.401	675	4,69%	14.724	718	4,88%
KH BHB Eggenberg	8.260	383	4,64%	8.207	378	4,61%	8.272	405	4,90%
LKH Hartberg	10.502	447	4,26%	10.960	603	5,50%	11.067	832	7,52%
NTZ Kapfenberg	633	0	0,00%	611	2	0,33%	583	0	0,00%
LKH Leoben	29.141	1.992	6,84%	29.744	2.131	7,16%	29.215	1.945	6,66%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	5.768	350	6,07%	5.187	282	5,44%	5.181	310	5,98%
LKH Bad Radkersburg	5.366	209	3,89%	5.456	191	3,50%	5.541	247	4,46%
LKH Rottenmann	8.545	661	7,74%	8.501	673	7,92%	8.315	765	9,20%
DKH Schladming	6.101	563	9,23%	6.406	483	7,54%	6.496	618	9,51%
LKH Stolzalpe	8.237	208	2,53%	8.040	212	2,64%	8.198	175	2,13%
LKH Voitsberg	6.660	411	6,17%	6.439	458	7,11%	6.231	408	6,55%
MKH Vorau	5.391	153	2,84%	5.488	167	3,04%	6.121	199	3,25%
LKH Wagna	7.982	294	3,68%	8.101	493	6,09%	8.421	653	7,75%
LKH Weiz	5.375	257	4,78%	5.231	261	4,99%	5.277	297	5,63%
LKH Deutschlandsberg	10.749	676	6,29%	10.682	659	6,17%	10.626	571	5,37%
LKH Judenburg/Knittelfeld	13.879	1.441	10,38%	14.463	1.522	10,52%	15.101	1.698	11,24%
LKH Graz West	11.007	290	2,63%	10.979	257	2,34%	11.226	278	2,48%
Steiermark	307.842	25.900	8,41%	311.430	26.298	8,44%	317.643	29.831	9,39%

## Tagesklinische Leistungen

Die Anzahl der tagesklinisch erbrachten medizinischen Einzelleistungen (MELs) aus dem LKF-Tagesklinikkatalog ist von 4.127 im Jahr 2007 auf 4.957 im Jahr 2008 gestiegen.

Tabelle 19: Tagesklinische Medizinische Einzelleistungen (MBDS, 1. Korrekturmeldung)

Krankenanstalt	2006	in %	2007	in %	2008	in %
LKH Bad Aussee	0	0,00%	0	0,00%	1	0,02%
LKH Bruck/Mur	274	6,31%	132	3,20%	20	0,40%
LKH Feldbach	123	2,83%	146	3,54%	120	2,42%
LKH Fürstenfeld	234	5,39%	284	6,88%	452	9,12%
LKH Hörgas/Enzenbach	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
LKH-Univ.Klinikum Graz	3.237	74,55%	2.788	67,56%	3.109	62,72%
Albert Schweitzer Klinik	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
KH BHB Marschallgasse	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
KH Elisabethinen	50	1,15%	291	7,05%	589	11,88%
LSF Graz	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
KH BHB Eggenberg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
LKH Hartberg	55	1,27%	98	2,37%	127	2,56%
NTZ Kapfenberg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
LKH Leoben	251	5,78%	196	4,75%	194	3,91%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	4	0,09%	2	0,05%	0	0,00%
LKH Bad Radkersburg	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
LKH Rottenmann	25	0,58%	11	0,27%	86	1,73%
DKH Schladming	18	0,41%	14	0,34%	19	0,38%
LKH Stolzalpe	58	1,34%	48	1,16%	48	0,97%
LKH Voitsberg	0	0,00%	1	0,02%	19	0,38%
MKH Vorau	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
LKH Wagna	1	0,02%	105	2,54%	141	2,84%
LKH Weiz	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
LKH Deutschlandsberg	1	0,02%	0	0,00%	21	0,42%
LKH Judenburg/Knittelfeld	9	0,21%	4	0,10%	2	0,04%
LKH Graz West	2	0,05%	7	0,17%	9	0,18%
<b>Steiermark</b>	<b>4.342</b>	<b>100,00%</b>	<b>4.127</b>	<b>100,00%</b>	<b>4.957</b>	<b>100,00%</b>

**Tatsächlich aufgestellte Betten**

Die Anzahl der tatsächlich aufgestellten Betten betrug 6.908 im Jahr 2007 und 6.887 im Jahr 2008. Das entspricht einer Bettenreduktion von 0,30%.

Tabelle 20: Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)

Krankenanstalt	2006	in %	2007	in %	% 06 auf 07	2008	in %	% 07 auf 08
LKH Bad Aussee	74	1,08%	74	1,07%	0,00%	74	1,07%	0,00%
LKH Bruck/Mur	347	5,05%	346	5,01%	-0,29%	346	5,02%	0,00%
LKH Feldbach	253	3,68%	253	3,66%	0,00%	249	3,62%	-1,58%
LKH Fürstenfeld	120	1,75%	122	1,77%	1,67%	122	1,77%	0,00%
LKH Hörgas/Enzenbach	174	2,53%	167	2,42%	-4,02%	163	2,37%	-2,40%
LKH-Univ.Klinikum Graz	1.531	22,28%	1.552	22,47%	1,37%	1.543	22,40%	-0,58%
Albert Schweitzer Klinik	0	0,00%	75	1,09%	0,00%	90	1,31%	20,00%
KH BHB Marschallgasse	216	3,14%	204	2,95%	-5,56%	210	3,05%	2,94%
KH Elisabethinen	193	2,81%	193	2,79%	0,00%	191	2,77%	-1,04%
LSF Graz	782	11,38%	783	11,33%	0,13%	783	11,37%	0,00%
KH BHB Eggenberg	291	4,24%	291	4,21%	0,00%	288	4,18%	-1,03%
LKH Hartberg	207	3,01%	207	3,00%	0,00%	197	2,86%	-4,83%
NTZ Kapfenberg	70	1,02%	70	1,01%	0,00%	70	1,02%	0,00%
LKH Leoben	552	8,03%	545	7,89%	-1,27%	541	7,86%	-0,73%
LKH Müzzzuschlag/Mariazell	142	2,07%	127	1,84%	-10,56%	126	1,83%	-0,79%
LKH Bad Radkersburg	121	1,76%	116	1,68%	-4,13%	116	1,68%	0,00%
LKH Rottenmann	192	2,79%	185	2,68%	-3,65%	184	2,67%	-0,54%
DKH Schladming	117	1,70%	126	1,82%	7,69%	126	1,83%	0,00%
LKH Stolzalpe	221	3,22%	218	3,16%	-1,36%	218	3,17%	0,00%
LKH Voitsberg	140	2,04%	144	2,08%	2,86%	144	2,09%	0,00%
MKH Vorau	126	1,83%	126	1,82%	0,00%	126	1,83%	0,00%
LKH Wagna	153	2,23%	150	2,17%	-1,96%	152	2,21%	1,33%
LKH Weiz	76	1,11%	76	1,10%	0,00%	76	1,10%	0,00%
LKH Deutschlandsberg	218	3,17%	212	3,07%	-2,75%	203	2,95%	-4,25%
LKH Judenburg/Knittelfeld	308	4,48%	297	4,30%	-3,57%	294	4,27%	-1,01%
LKH Graz West	247	3,59%	249	3,60%	0,81%	255	3,70%	2,41%
Steiermark	6.871	100,00%	6.908	100,00%	0,54%	6.887	100,00%	-0,30%

## 4 AKTIVITÄTEN 2008

### 4.1 Projekte des Gesundheitsfonds Steiermark

Im Jahr 2008 wurden die zahlreich laufenden Projekte (Reformpoolprojekte und sonstige Projekte), die in den vorangegangenen Jahren gestartet wurden, fortgeführt, wobei einige der Projekte im Kalenderjahr 2008 abgeschlossen wurden. Derzeit finden zu diesen die abschließenden Evaluationen statt.

Zusätzlich zu den bereits bestehenden Reformpoolprojekten wurden zwei neue gestartet – „Sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs MR-Leistungen Stolzalpe“ sowie „Rückenschmerz.ade“, für welches bereits im Jahr 2007 ein Vorbereitungsbeschluss gefasst wurde. Einzelheiten über Ziele und Stand der einzelnen Projekte sind den nachfolgenden Projekt-Kurzbeschreibungen zu entnehmen.

#### 4.1.1 Reformpoolprojekte

Die fehlende, ganzheitlich sektoren- und regionenübergreifende Zielsetzung und Planung sowie ein duales Finanzierungssystem mit wenigen Möglichkeiten des Ausgleichs stellen wesentliche Schwächen des österreichischen Gesundheitswesens dar. Für diese Problematik sieht die Vereinbarung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vor, dass Sozialversicherung und Länder Mittel für den Reformpool bereitstellen, aus welchem gemeinsam vereinbarte Strukturveränderungen oder Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intramuralen und extramuralen Bereich zur Folge haben, finanziert werden sollen.

In der derzeit gültigen Art. 15a B-VG-Vereinbarung, die mit 1. Jänner 2008 in Kraft getreten ist, wurde jedoch nicht mehr ein fester Prozentsatz festgelegt, der als Maximalbetrag für Reformpoolprojekte zur Verfügung steht, sondern die erforderlichen Mittel sind im Jahresvoranschlag vorzusehen und von der Gesundheitsplattform zu beschließen.

Die Voraussetzungen für die Zuerkennung von Reformpoolmitteln sind im Wesentlichen gleich geblieben:

- ♦ Land und Sozialversicherung einigen sich im Voraus auf eine Durchführung;
- ♦ Voraussetzung für eine Zuerkennung von Mitteln bei Projekten gemäß Abs. 2, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben, ist eine entsprechende Dokumentation des Status Quo und der Veränderungen des Leistungsgeschehens im intra- und extramuralen Bereich durch die jeweiligen Finanzierungspartner;
- ♦ Zur Überprüfung dieser Voraussetzungen wurde ein Antragsformular entwickelt, das unter anderem auch die Erfüllung der Gender-Kriterien des Antrages feststellen soll.

Für Reformpoolprojekte wurde eine Einschränkung auf folgende Projektinhalte durchgeführt:

- ♦ Projekte der Integrierten Versorgung (insbesondere die Versorgung von Diabetes-PatientInnen, von Schlaganfall-PatientInnen, von PatientInnen mit koronaren Herzkrankheiten, von PatientInnen mit nephrologischen Erkrankungen und das Entlassungsmanagement);
- ♦ Projekte, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben;
- ♦ Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs;
- ♦ Projekte, die bereits während der Laufzeit der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG (BGBl. I Nr. 73/2005) beschlossen wurden; zur Fortsetzung dieser Projekte sind die bereits dafür vereinbarten Mittel bereitzustellen.

#### 4.1.1.1 Ausbau der Nephrologischen Versorgung in der Steiermark

Aufbauend auf der Analyse der nephrologischen Versorgung und Konzeptentwicklung zur Verbesserung der Versorgungssituation von PatientInnen mit terminalem Nierenversagen in der Steiermark durch die Joanneum Research Forschungsgesellschaft (Phase I des Projekts „Nephrologische Versorgung in der Steiermark“) wurde 2008 die Phase II des Projekts durchgeführt. Ziel war die Restrukturierung der nephrologischen Versorgung in der Steiermark.

Folgende Arbeitspakete wurden bearbeitet:

1. Entwicklung klarer Regeln, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Bedingungen PatientInnen mit terminalem Nierenversagen auf die Warteliste für eine Nierentransplantation gesetzt werden. Dies beinhaltet eine Regelung der Verantwortlichkeiten und die Definition medizinischer Richtlinien sowie die Definition eines Ablaufprozesses zur präoperativen Diagnostik.
2. Entwicklung einer verbindlichen Richtlinie, wann und unter welchen medizinischen Aspekten PatientInnen mittels Hämodialyse therapiert werden sollen; Implementierung von Überweisungsempfehlungen im Sinne eines integrierten Versorgungskonzepts; Festlegung eines geeigneten organisatorischen Ablaufs bis zur Bewilligung dieser Therapie.
3. Entwicklung der notwendigen Maßnahmen zur Anhebung des Anteils an PatientInnen mit Peritonealdialyse; verbindliche Festlegung medizinischer Richtlinien; Definition der strukturellen Notwendigkeiten.
4. Fertigstellung eines PatientInnenschulungsprogramms für PatientInnen in der präterminalen Phase (ca. sechs Monate vor endgültigem Nierenversagen) zur Vorbereitung auf eine Nierenersatztherapie und Schaffung der notwendigen strukturellen Voraussetzungen. Ergänzend dazu wird auch Informationsmaterial für die PatientInnen erstellt, das bei den betreuenden ÄrztInnen aufgelegt werden kann.
5. Entwicklung eines Maßnahmenkatalogs zur Forcierung der dezentralen Nachsorge nach einer Nierentransplantation am LKH-Univ.Klinikum Graz.

Die inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Arbeitspakete erfolgte durch FachexpertInnen aus allen relevanten Versorgungsbereichen in der Struktur kleiner Arbeitsgruppen. Das Endergebnis als Darstellung der notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung eines integrierten Versorgungskonzeptes zur nephrologischen Versorgung in der Steiermark soll im ersten Quartal 2009 vorliegen.

#### 4.1.1.2 DMP Therapie Aktiv

Seit Juli 2006 werden für das Disease Management Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 2 „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ Mittel aus dem Reformpool bereit gestellt.

Mit dem DMP soll für PatientInnen mit der gesicherten Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 insbesondere eine Vermeidung von Symptomen der Erkrankung einschließlich der Vermeidung neuropathischer Symptome sowie eine Reduktion des erhöhten Risikos für kardiale zerebrovaskuläre Morbidität und Mortalität einschließlich Amputationen erreicht werden. Ebenso sind die Vermeidung oder die hinauszögerung von diabetesbedingten Folgeerkrankungen wie Sehbehinderung, Niereninsuffizienz oder diabetisches Fußsyndrom Ziele des DMP.

Im Rahmen des DMP werden PatientInnen von geschulten DMP-ÄrztInnen nach definierten Kriterien ausgewählt und in das Programm eingeschrieben. Die Einschreibung in das DMP erfolgt, um eine kontinuierliche Betreuung der PatientInnen sicher zu stellen. Die/der DMP-ÄrztIn erbringt Leistungen im Zuge der Erst- sowie der Weiterbetreuung für die eingeschriebenen PatientInnen. Mit den PatientInnen werden Zielvereinbarungen abgeschlossen. Um eine möglichst hohe Betreuungsqualität für die DMP-PatientInnen zu gewährleisten, haben die ÄrztInnen auch bestimmte strukturelle Voraussetzungen zu erfüllen. Zentrales Element der Qualitätssicherung ist der Dokumentationsbogen. Dieser Dokumentationsbogen enthält anamnestisch-medizinische Parameter sowie Angaben zu Therapie, Zielvereinbarung und Lebensqualität. Die Dokumentation wird durch die/den DMP-ÄrztIn durchgeführt. Der Dokumentationsbogen stellt auch die Grundlage für die Honorierung der DMP-Ärztin/des DMP-Arzt dar. Die Schulung der DMP-ÄrztInnen erfolgt durch die Ärztekammer. Die DMP-Administration wird durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wahrgenommen.

In der 12. Sitzung der Gesundheitsplattform am 5. Juni 2008 wurde die Verlängerung der Laufzeit des Reformpoolprojekts bei gleich bleibenden Projektmitteln bis zum 31.12.2010 beschlossen. Darüber hinaus wurde der Beschluss über die Erweiterung des Projekts um die Versorgung des diabetischen Fußsyndroms gefasst. In einer Unterarbeitsgruppe wurde für den Aufbau von Strukturen zur Versorgung des Diabetischen Fußsyndroms unter der Begleitung des Instituts für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement der Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH ein Konzept erarbeitet. Dieses Konzept sieht ein Versorgungsebenen übergreifendes Modell vor, in dem PatientInnen vom niedergelassenen Bereich nach einheitlichen Kriterien in Diabetische Fußambulanz überwiesen und dort bis zur Abheilung des Ulcus

versorgt werden. Zwischen den Besuchen in der Diabetischen Fußambulanz erfolgt die Wundversorgung durch niedergelassene ÄrztInnen oder die Hauskrankenpflege. Nach Abschluss des Behandlungsfalls in der Diabetischen Fußambulanz erfolgt die Weiterversorgung im niedergelassenen Bereich.

Ende 2008 waren ca. 1.900 PatientInnen sowie 84 ÄrztInnen in das DMP eingeschrieben.

#### 4.1.1.3 Herz.Leben

Kardiovaskuläre und zerebrale Erkrankungen sind die Haupttodesursachen in Österreich und verursachen nicht nur großes menschliches Leid, sondern auch enorme finanzielle Belastungen für das Gesundheitssystem. Einer der modifizierbaren Risikofaktoren für die Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen ist die arterielle Hypertonie. Seit Juli 2006 werden für das Projekt Herz.Leben Mittel aus dem Reformpool bereitgestellt. Das Projekt baut auf einem evaluierten, strukturierten Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm auf, das eine Intensivierung der antihypertensiven Therapie unter aktiver Miteinbeziehung der PatientInnen in ihre Behandlung zum Ziel hat. Durch Information über nicht-medikamentöse und medikamentöse Therapieoptionen sowie durch Anleitung zur eigenständigen Therapiekontrolle mittels regelmäßiger Blutdruckselbstmessungen soll ein bleibender Langzeiteffekt bezüglich der notwendigen Blutdruckeinstellung im Bereich der Normwerte erzielt werden.

Die im Rahmen des Projekts notwendigen Schulungen werden sowohl von ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, niedergelassenen InternistInnen sowie ÄrztInnen in Spitalsambulanzen und Ambulatorien durchgeführt. Im Jahr 2008 haben an 27 Zentren (4 Krankenanstalten, Marienambulanz, Steiermärkische Gebietskrankenkasse und 21 niedergelassene ÄrztInnen) Schulungen stattgefunden. Ab 1. Oktober 2007 wurden die Einschlusskriterien für die PatientInnen geändert, da die ursprünglich erwarteten PatientInnenzahlen nicht erreicht werden konnten. Geschult werden laut Zusatzvereinbarung PatientInnen mit diagnostizierter arterieller Hypertonie mit oder ohne medikamentöse Vortherapie und Blutdruckwerten von 160/95 mm HG und darüber oder Blutdruckwerten von 140/90 mm HG und darüber und einer Risikoklasse laut New Zealand Risk Scale von 15% und darüber.

Aufgrund der nur sehr zögerlichen Entwicklung der PatientInnen-Schulungs-Zahlen im Projekt wurde in der 13. Sitzung der Gesundheitsplattform am 27. November 2008 der einstimmige Beschluss über die Bereitstellung der notwendigen Mittel für die Weiterführung des Projekts vorläufig bis Mitte 2009 gefasst.

#### 4.1.1.4 Hospiz- und Palliativversorgung Steiermark

Ein bedeutendes Element der abgestuften Hospiz- und Palliativbetreuung stellen die mobilen Palliativteams (MPTs) dar. Ihre Aufgabe ist es in erster Linie, schwerkranken PatientInnen in ihrer letzten Lebensphase ein möglichst selbstständiges Leben in gewohntem Umfeld, also außerhalb stationärer Akutversorgung, zu ermöglichen. Ihr Einsatz

findet hauptsächlich im niedergelassenen Bereich statt. Vor der Umsetzung in die Regelfinanzierung wurde daher die Joanneum Research Forschungsgesellschaft beauftragt, eine *Analyse der finanziellen Verschiebungspotentiale*, die durch die Tätigkeit der Mobilen Palliativteams entstehen, am Beispiel Graz durchzuführen.

In der Analyse wurde der Frage nachgegangen, in welchem Ausmaß sich ökonomische Effekte aus der Arbeit mobiler Palliativteams in der Steiermark (in diesem Fall in der Stadt Graz) nachweisen lassen und inwieweit monetäre Verschiebungseffekte zwischen den beiden Kostenträgern stattfinden.

Dazu wurde in einer retrospektiven Untersuchung, anhand der anonymisierten Daten des mobilen Palliativteams in Graz, das Inanspruchnahmeverhalten dieser betreuten Patientinnen und Patienten in den letzten beiden Lebensmonaten untersucht. Hierfür standen zudem sowohl die Verrechnungsdaten der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse, als auch die stationären Aufenthalts- und Abrechnungsdaten zur Verfügung. Anhand eines „matched-pair-Verfahrens“ wurden aus den stationären Daten Patientinnen und Patienten mit gleichen Charakteristika (Altersverteilung, Geschlecht, Primärdiagnose beim letzten stationären Aufenthalt) gezogen, sodass eine Vergleichsgruppe zur Berechnung monetärer Nettoeffekte dargestellt werden konnte. Zudem mussten diese Patientinnen und Patienten zumindest einmal innerhalb des letzten Lebensjahres auf einer Palliativstation betreut worden sein.

Auf Basis der Auswertungen anhand der Interventionskohorte und einer Vergleichskohorte (n=60 je Gruppe) konnte gezeigt werden, dass in Summe in den letzten beiden Monaten die mobile Palliativbetreuung kostenneutral gegenüber der herkömmlich zum Großteil stationär stattfindenden Palliativbetreuung ist. Es zeigt sich jedoch eine deutliche Reduktion stationärer Behandlungskosten um € 1.659 (p=0,035) und ein leichter Anstieg der nicht stationären Kosten um € 285, der jedoch nicht signifikant ist. Die derzeit zur Gänze vom Gesundheitsfonds getragenen Kosten für das mobile Palliativteam betragen je PatientIn für die letzten beiden Monate ca. € 1.290.

Begleitende Analysen mit weiteren Kohorten zeigten, dass die Reduktionen zur Gänze erst im letzten Betreuungsmonat auftreten und dass im vorletzten Lebensmonat, in dem auch mobile Palliativbetreuung durchgeführt wird, diese Betreuung sogar im stationären Bereich kostenintensiver ist. In Summe der letzten beiden Monate überwiegt aber die Reduktion. Weiters zeigt die Analyse, dass nur etwas mehr als die Hälfte der mobil Betreuten diese Leistungen mehr als 30 Tage in Anspruch nahmen und nur etwas mehr als jeder Vierte der Betreuten länger als 60 Tage mobil betreut wurde. Daher ist eine Analyse der letzten beiden Lebensmonate auch auf Grund der darüber hinausgehend sehr gering werdenden Kohortengrößen sinnvoll und angemessen.

Insgesamt zeigt sich deutlich, dass primär der stationäre Sektor und damit der Gesundheitsfonds als Kostenträger

entlastet wird, wogegen die Sozialversicherungen eher (derzeit nicht signifikant) mit höheren Kosten rechnen müssen. Daraus ergibt sich, dass ein Kostenausgleich zwischen diesen beiden Trägern zwei Maßnahmen enthalten sollte:

- ♦ Vollständige Übernahme der Kosten der mobilen Teams durch den Gesundheitsfonds,
- ♦ Zusätzliche einmalige Zahlung des Gesundheitsfonds an die entsprechende Sozialversicherung je mobil betreuter Patientin/betreutem Patienten in noch zu verhandelndem Ausmaß.

Qualitative Faktoren der mobilen Palliativbetreuung wurden mangels verfügbarer Daten nicht untersucht.

#### 4.1.1.5 Integrierte Versorgung für Abklärung und Behandlung Koronarer Herzkrankheit und/oder Aortenstenose in der Steiermark

Als koronare Herzkrankheit bezeichnet man Durchblutungsstörungen der Herzmuskulatur. Ursache dafür sind Verengungen oder Verschlüsse der Blutgefäße im Herzen. Ihre klinischen Manifestationen Herzinsuffizienz, -infarkt und -rhythmusstörungen gelten derzeit als führende Todesursachen im deutschsprachigen Raum. Auch die demografisch bedingte Zunahme der Aortenstenose stellt eine Herausforderung für die Zukunft dar.

Risikofaktoren für eine koronare Herzkrankheit sind Rauchen, Störung des Fettstoffwechsels, Bluthochdruck, Diabetes, Übergewicht, familiäre Belastung sowie bestehende Arterienverkalkung. Männer sind früher – ab dem 65. Lebensjahr – verstärkt gefährdet. Bei Frauen beginnt die Zeit verstärkter KHK-Gefahr ab dem 75. Lebensjahr. Das Leitsymptom der KHK sind Schmerzen in der Brust (Druckgefühl, Engegefühl, Brennen hinter dem Brustbein; Ausstrahlungen sind möglich in den Zahn- und Kieferbereich, in den Rücken sowie in die linke Schulter sowie linke Hand) bei körperlicher Anstrengung, seelischer Belastung oder Kälte. Seltener, aber dennoch nicht ungewöhnlich ist in diesem Zusammenhang Atemnot.

Obgleich die Steiermark in der Versorgung der KHK in den letzten Jahren ein sehr hohes Qualitätsniveau erreicht hat, stellt diese Erkrankung nach wie vor eine Herausforderung für alle Anbieter von Gesundheitsdiensten dar. Ziel ist es, für PatientInnen mit symptomatischer chronisch stabiler koronarer Herzkrankheit (KHK) und/oder Aortenstenose (AST) die bestmögliche Versorgung sicherzustellen. Daraus leiten sich folgende Anforderungen ab:

1. Erkennen der KHK/AST PatientInnen – vor allem bei Frauen – durch die AllgemeinmedizinerInnen;
2. Richtiges Weiterleiten der KHK/AST PatientInnen an FachärztInnen oder Kardiologische Zentren durch die AllgemeinmedizinerInnen;
3. Evidenzbasierte diagnostische Abklärung und Weiterleitung durch FachärztInnen;
4. Evidenzbasierte Veranlassung von Interventionen (PCI, CABG, medikamentöse Therapie) bei PatientInnen mit KHK/AST;



5. Möglichst lückenlose bedarfsgerechte kardiologische Rehabilitation;
6. Adäquate Nachsorge und Langzeitbetreuung durch AllgemeinmedizinerInnen und gegebenenfalls Sicherstellung mobiler Dienste.

Die interne Projektleitung wurde in Kooperation von Land Steiermark und Sozialversicherung wahrgenommen. Diese wurde von einer externen Projektleitung unterstützt. Zudem wirkten im Projekt zahlreiche Kooperationspartner mit.

Das Projekt ist in fünf Phasen gegliedert. Um die Ziele zu erreichen, wurde in der Phase 3 des Projekts die Detailplanung von Maßnahmen, Information, Schulungen, SOPs, Dokumentation und Datenauswertung und die Umsetzungsvorbereitung für den Pilotbetrieb vorgenommen. Dies erfolgte großteils in moderierten Arbeitsgruppen mit definierten Arbeitspaketen in den Arbeitsgruppen „Diagnostik und Behandlung“, „Rehabilitation und Nachsorge“ und „Daten“.

Im November 2008 wurde der Pilotbetrieb des Projekts aufgenommen. In der Pilotphase sollen die erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen zur KHK/AST Versorgung von den PilotpartnerInnen erprobt werden. Dazu werden zahlreiche Arbeitsmittel erstellt (Bevölkerungsinformation, Broschüren für AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen für Innere Medizin, ...). Die in den Broschüren zusammengefassten Informationen stellen Empfehlungen und Entscheidungshilfen zur Abklärung, Therapie und Versorgungskoordination für eine dem Krankheitsbild und den internationalen Leitlinien entsprechende angemessene ärztliche Vorgehensweise dar. In der Information für die Bevölkerung (Folder) wird besonders auf genderspezifische Aspekte in Prävention und Symptomatik der koronaren Herzkrankheit hingewiesen. ÄrztInnen werden ersucht, jeweils die geschlechtsspezifischen Unterschiede in Symptomatik, Diagnostik und Therapie, auf die in den Unterlagen Bezug genommen wird, zu beachten.

*In der Pilotphase wirken mit:* Klinische Abteilung für Herzchirurgie am LKH-Univ.Klinikum Graz, Kardiologisches Zentrum am LKH Graz West, dem LKH Graz West zuweisende ausgewählte Abteilungen für Innere Medizin (KH der Barmherzigen Brüder Graz, KH der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg, LKH Deutschlandsberg, KH der Elisabethinen Graz, LKH Hörgas-Enzenbach, LKH Voitsberg, LKH Wagna), dem LKH Graz West zuweisende ausgewählte niedergelassene FachärztInnen für Innere Medizin, den niedergelassenen FachärztInnen für Innere Medizin zuweisende ausgewählte AllgemeinmedizinerInnen, stationäre kardiologische Reha SKA-RZ St. Radegund, physikalisches Ambulatorium der Stadtwerke Bruck a.d. Mur.

Die Auswertungen zur Pilotphase und die Evaluationsergebnisse sind für den Spätherbst 2009 vorgesehen. Durch die Schulungen konnte ein Großteil der an der Pilotphase mitwirkenden FachärztInnen erreicht werden. Leider ist das bei den AllgemeinmedizinerInnen nicht gelungen. Weitere Ergebnisse liegen zurzeit noch nicht vor.

Im Falle einer positiven Evaluierung des Projektes und der Entscheidung durch die Gesundheitsplattform kann die integrierte Versorgung KHK/AST in der gesamten Steiermark umgesetzt werden.

#### 4.1.1.6 Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark

Als Schlaganfall (auch Zerebraler Insult oder Gehirnschlag) wird eine plötzlich auftretende Durchblutungsstörung des Gehirns bezeichnet. Es handelt sich in der Mehrheit der Fälle um eine akute Mangel durchblutung eines bestimmten Gehirnareals, seltener um eine Gehirnblutung.

Schlaganfälle stehen in der Todesursachen-Statistik nach der koronaren Herzkrankheit und bösartigen Tumoren an dritter Stelle und gehören zu den häufigsten Ursachen von Invalidität im höheren Lebensalter. Jedes Jahr erleiden in der Steiermark rund 6.500 Menschen einen Schlaganfall. Das Risiko steigt mit zunehmendem Lebensalter deutlich an, etwa 50% aller Schlaganfälle ereignen sich in der Altersgruppe der über 75-Jährigen. Aber auch junge Menschen können einen Schlaganfall erleiden.

Das seit März 2007 laufende Reformpoolprojekt „Integrierte Versorgung von SchlaganfallpatientInnen in der Steiermark“ hat als Ziel, eine bestmögliche Versorgung betroffener PatientInnen in der Steiermark zu gewährleisten. Dazu ist es notwendig, beginnend beim Auftreten eines Schlaganfalls den gesamten Versorgungsprozess zu analysieren und Verbesserungsmaßnahmen umzusetzen. Daraus leiten sich sechs Forderungen ab:

1. Erkennen des Schlaganfalls in der Bevölkerung und durch erstversorgende Personen;
2. „Schlaganfall=Notfall“ - bei Verdacht rascher Transport in eine Stroke Unit;
3. Ehest mögliche qualifizierte Erst-Diagnose und entsprechende Akutbehandlung;
4. Unmittelbar anschließende Früh-Rehabilitation für PatientInnen, die von dieser profitieren;
5. Möglichst lückenlose bedarfsgerechte Rehabilitation;
6. Adäquate Nachsorge durch AllgemeinmedizinerInnen und ggf. mobile Dienste sicherstellen.

Die interne Projektleitung wurde in Kooperation von Land Steiermark und Sozialversicherung wahrgenommen. Diese wurde von einer externen Projektleitung unterstützt. Weiters wirkten zahlreiche Kooperationspartner mit, welche auf der Homepage des Projektes nachgelesen werden können.

Das Projekt ist in fünf Phasen gegliedert. Die definierten Aufgaben wurden in den Arbeitsgruppen „Notfallmanagement“, „Diagnostik & Behandlung“, „Rehabilitation“, „Nachsorge“ und „Daten“ bearbeitet. In den einzelnen Arbeitsgruppen wurde eine bestmögliche Vorgehensweise nach Auftreten eines Schlaganfalls mit allen Beteiligten abgestimmt. Dazu wurden zahlreiche Arbeitsmittel zur Verfügung gestellt (Schlaganfallchecklisten, PatientInneninformationsfolder, Plakate, ...). Von 1. Juni 2008 bis Jahresende lief der Pilotbetrieb des Projekts. In der Pilotphase wurden

die erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen zur Schlaganfallversorgung von den PilotpartnerInnen erprobt.

*In der Pilotphase wirkten mit:* Abteilungen für Neurologie mit Stroke Unit (LKH-Univ. Klinikum Graz, Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz, LKH Bruck a.d. Mur, LKH Judenburg-Knittelfeld), Abteilungen für Innere Medizin (LKH Hartberg, LKH Leoben, LKH Rottenmann, LKH Voitsberg), Rotes Kreuz Steiermark sowie die Reha-Einrichtungen für neurologische Rehabilitation der Steiermark, niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen, niedergelassene Neurologinnen, mobile Dienste in der Versorgungsregion 64 (Bezirke Mürzzuschlag, Bruck/Mur, Leoben).

Der Evaluationsbericht wird Ende September 2009 vorliegen. Erste positive Trends lassen sich aus einer steigenden Lyserate für 2008 ableiten. Ebenso wird von einigen PilotteilnehmerInnen eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation angegeben. Die eingetretenen Effekte lassen sich aber erst nach genauer Analyse der Ergebnisse darstellen. Bis zur Entscheidung der Gesundheitsplattform über das weitere Vorgehen wird über die Projektkoordination der Kontakt mit PilotteilnehmerInnen aufrechterhalten.

#### 4.1.1.7 Pilotprojekt zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs: MR-Leistungen Stolzalpe

Lt. Vereinbarung gem. Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, LGBL.Nr. 55/2008, dient der Reformpool der Förderung von Pilotprojekten zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs. Bis zur Entscheidung über eine sektorenübergreifende Finanzierung des ambulanten Bereichs sind für diese Projekte seitens des Landes und der Sozialversicherung die jeweils vereinbarten Mittel einzubringen.

Seit April 2007 ist am LKH Stolzalpe ein Magnetresonanztomograph (MRT) mit offenem System in Betrieb. Da wiederholt im Großgerätebereich aus Kostengründen Verschiebungen zu Lasten der PatientInnen vorgenommen wurden, sollte erstmalig durch ein Pilotprojekt zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs eine einheitliche Abgeltung im ambulanten Bereich (Leistungen der Spitalsambulanz und des extramuralen Bereichs) vorgenommen werden.

Start des Projekts bzw. der sektorenübergreifenden Abgeltung ambulanter Leistungen war der 1. März 2008. Das Projekt soll in dieser Form bis zu einer endgültigen Entscheidung über eine Umstellung des Abrechnungssystems im ambulanten Bereich (Artikel 9 Abs. 4 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG) laufen. Im Rahmen des Projekts werden Leistungen an Versicherten der unter dem Geschäftsausschuss der Stmk. Krankenversicherungsträger zusammengefassten Versicherungsträger zu gleichen Teilen durch die Sozialversicherung und den Gesundheitsfonds abgegolten. Die ambulanten Untersuchungen an PatientInnen, die aus dem niedergelassenen Bereich zugewiesen werden sowie an spitalsambulanten PatientInnen, die bei einer Gebietskrankenkasse eines anderen Bundeslandes versichert sind, werden in diesem Pilotprojekt nicht gesondert abgegolten.

#### 4.1.1.8 Nahtstellenmanagement im Großraum Graz

Im Rahmen des Projekts wurde die Versorgungskoordination am LKH Graz-West und am UKH Graz aufgebaut und sämtliche Vorbereitungsaufgaben am LKH-Univ.Klinikum Graz abgeschlossen. Der Start des Einsatzes der Versorgungskoordination auf den ausgewählten Pilotstationen im LKH-Univ.Klinikum verzögerte sich weiter, sodass der Beginn der Umsetzungs- und Evaluationsphase tatsächlich erst am 1. September 2008 erfolgte. Bedingt durch diese Verzögerung wurde der zeitliche Rahmen dieser Projektphase auf Beschluss der Gesundheitsplattform nunmehr über den 31. Dezember 2008 hinaus verlängert. Gleichzeitig wurde – neben den bereits ausgewählten Pilotstationen – die Umsetzungsphase auf weitere Stationen ausgedehnt. Dies deshalb, um in der Evaluation auf eine breitere Datenbasis aufsetzen zu können. Diese Maßnahmen führten dazu, dass auch die budgetierten Mittel aufgestockt werden mussten.

Als Begleitmaßnahme wurden im Jahr 2008 zwei Workshops mit VertreterInnen der bundesweiten Sonderversicherungsträger durchgeführt, um die unterschiedlichen Instrumente an der Nahtstelle besser kennenzulernen und ihre Wirkungsweisen aufeinander abzustimmen.

#### 4.1.1.9 Rückenschmerz.ade – ein leitlinienorientiertes, interdisziplinäres Behandlungskonzept

Rückenschmerzen zählen auch in Österreich zu den größten Gesundheitsproblemen innerhalb der Bevölkerung. Einerseits bewirken sie bei den betroffenen Personen eine erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität, andererseits führt die hohe Chronifizierungsrate zu hohen direkten und indirekten Kosten, wodurch enorme Belastungen des Gesundheitssystems entstehen.

Das Auftreten von Rückenschmerzen in der erwachsenen Bevölkerung schwankt bei der Jahresprävalenz zwischen 15% und 40%, die Lebenszeitprävalenz liegt bei ungefähr 80%, wobei es eine Unterscheidung hinsichtlich der Ursache in spezifische und unspezifische Rückenschmerzen gibt. Die Prävalenz spezifischer Rückenschmerzen liegt bei 15%, die der unspezifischen bei 85%.

Der Durchführungsbeschluss für das Projekt „Rückenschmerz.ade“ erfolgte durch die Gesundheitsplattform am 27. November 2008. Als Projektpartner konnten die Steiermärkische Gebietskrankenkasse und die Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H gewonnen werden. Die Begleitung des Projekts erfolgt durch die Firma actMC. Das Projekt startet mit Jänner 2009 und soll bis Juni 2010 abgeschlossen sein. Im Wesentlichen sollen dabei die folgenden Ziele erreicht werden:

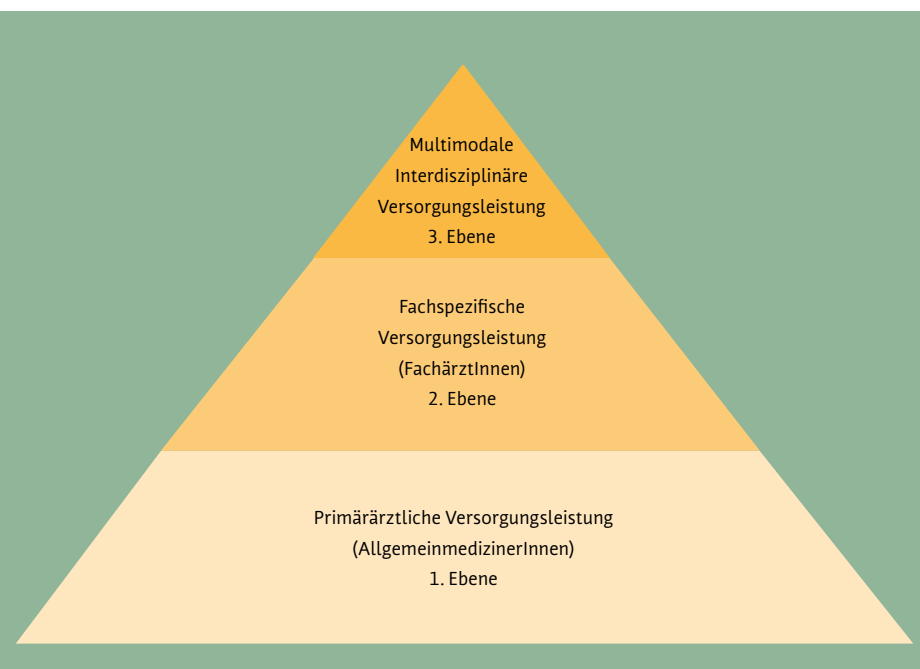
- ♦ Verbesserung des Managements chronischer, unspezifischer Rückenschmerzen im Bezirk Hartberg durch ein leitlinienorientiertes Vorgehen (multimodales Behandlungskonzept)
- ♦ Überprüfung, ob sich die international und national publizierten Leitlinien bewähren und in der Praxis umsetzen lassen
- ♦ Reduzierung der Anzahl der PatientInnen mit chroni-

fiziertem Rückenschmerz

- ◆ Effektivitäts- und Effizienzsteigerung in der Diagnostik und Therapie von Rückenschmerzen durch ein multimodales Diagnostik- und Behandlungsprogramm und dadurch
  - ◆ Reduzierung der Anzahl von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen
  - ◆ Reduzierung stationärer Behandlungstage
  - ◆ Reduzierung der Krankenstandstage und Verhindern bzw. Hinauszögern vorzeitiger Pensionierungen aufgrund verminderter Erwerbsfähigkeit
  - ◆ Rasches Wiedereingliedern in den Arbeitsprozess
  - ◆ Senkung des Medikamentenkonsums (in Folge auch der Arzneimittelkosten),
  - ◆ Reduktion des Einsatzes von Bildgebender Diagnostik
  - ◆ Verringerung der PatientInnenunsicherheit
  - ◆ Steigerung der PatientInnenzufriedenheit und der Lebensqualität
  - ◆ Zufriedenheit der LeistungserbringerInnen

Zur Erreichung der Ziele sollen zunächst jene PatientInnen mit einem bedrohlichen Krankheitsverlauf identifiziert werden und das im Rahmen des Projektes erstellte multimodale Behandlungsprogramm durchlaufen.

Abbildung 5: Versorgungsebenen der Diagnostik und Therapie von RückenschmerzpatientInnen



Zur Vorbereitung des Durchführungsbeschlusses wurde unter anderem ein Gesundheitssurvey erstellt und an insgesamt 12.000 Personen in der Steiermark versandt. Davon wurden 1.969 Fragebögen retourniert, womit eine Rücklaufquote von 16,4% erreicht werden konnte. Eine Anpassungsgewichtung nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und Versicherungszugehörigkeit wurde im Verhältnis zur Allgemeinpopulation der Steiermark bzw. zum Versichertenstand 2006 vorgenommen. Laut der steirischen Rückenschmerzbefragung liegen die Lebenszeitprävalenz

bei 94,5% und die Punktprävalenz bei 65,9%. Der Anteil von PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen (Schmerzdauer länger als 12 Wochen) beträgt 29,8%. Bei 66,8% der Befragten liegt der Hauptschmerz in der unteren Rückenhälfte (LBP – Low Back Pain).

Ende des Jahres 2008 nahmen 19 AllgemeinmedizinerInnen, vier FachärztInnen, sechs PhysiotherapeutInnen sowie jeweils zwei VertreterInnen aus dem LKH Hartberg und MKH Vorau am Projekt teil.

Von Jänner bis Ende Juni 2009 läuft die Phase 1 des Projekts, welche sich aus der Masterplanerstellung, den Umsetzungsarbeiten und Strukturanpassungen zusammensetzt. In dieser Phase werden beispielsweise die Arbeitsgruppensitzungen zur Anpassung der Leitlinien an die regionalen Gegebenheiten abgehalten.

#### 4.1.1.10 Teleulcus – Best Practise-Modell vernetztes teleunterstütztes Management chronischer Wunden

Ziel des Projektes ist eine verbesserte Betreuung von PatientInnen mit chronischen Wunden in einer abgestuften Versorgungsstruktur. Dabei sollen die medizinisch/ pflegerischen und organisatorischen Abläufe dokumentiert werden und ein abgestuftes einheitliches Behandlungskonzept entsprechend internationaler Qualitätsmanagementnormen entwickelt werden.

Als Projektpartner nehmen die Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H, die Steiermärkische Gebietskrankenkasse, die Ärztekammer Steiermark, das Rote Kreuz Steiermark, die Volkshilfe Steiermark, das Hilfswerk Steiermark sowie der Verein Sozialmedizinischer Pflegedienste teil.

Als erster Schritt wurden in der Region Nord-Ost die derzeit angewandten Behandlungsschemata der Krankenanstalten analysiert. Als weiterer Schritt wurde die Zusammenarbeit zwischen den Krankenanstalten LKH Mürzzuschlag-Mariazell, LKH Leoben/Eisenerz und LKH Bruck a.d. Mur, der Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie am LKH-Univ. Klinikum Graz und den extramuralen medizinisch-/pflegerischen Versorgungsstrukturen (niedergelassene AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen, Hauskrankenpflege) neu definiert und soll im Rahmen eines Pilotprojektes auf ihre Praktikabilität geprüft werden.

Aufgrund des verzögerten Starts des Pilotprojektes war es erforderlich, die Zeitstruktur zu adaptieren. In der Sitzung der Gesundheitsplattform vom 5. Juni 2008 wurde die Laufzeit des Projektes bis 31. Dezember 2009 verlängert. Dabei soll der Pilot im März 2009 starten. Ein Evaluationsergebnis wird für Juni 2010 erwartet.

## 4.1.2 Sonstige Projekte

### 4.1.2.1 Aufbau eines Benchmarkingsystems für Einrichtungen der AG/R

Das Projekt „Aufbau eines Benchmarkingsystems für Einrichtungen der AG/R“ wurde im Dezember 2008 abgeschlossen. An dem Projekt beteiligten sich die Gesundheitsfonds der Länder Steiermark, Oberösterreich, Kärnten und das Land Wien. Inhalt des Projekts war es, den Aufbau von Einrichtungen der Akutgeriatrie und Remobilisation (AG/R) in den teilnehmenden Bundesländern mit der Entwicklung eines webbasierten Benchmarkingsystems für Geriatrie zu begleiten.

Ziel war es, mit ExpertInnen der Geriatrie ein offenes Benchmarking mit einer Online-Softwarelösung auf wissenschaftlichem Niveau umzusetzen und dadurch eine möglichst problemlose Integration des Instruments in den Arbeitsalltag zu ermöglichen.

Durch einen offenen Vergleich von PatientInnencharakteristika sowie von Prozess- und Ergebnisqualität innerhalb der teilnehmenden Einrichtungen sollte eine Sicherstellung und Verbesserung der Betreuungsqualität geriatrischer PatientInnen erreicht werden. Das Benchmarkingsystem wurde mit Anfang 2008 freigeschaltet und in der Folge kontinuierlich weiterentwickelt und Anfang 2009 in den Vollbetrieb übergeführt. Es ist über jeden gängigen Webbrowser erreichbar. Bei Projektabschluss nahmen 18 Einrichtungen am Benchmarking teil und es befanden sich rund 4.700 freigegebene Dokumentationsbögen im System.

### 4.1.2.2 Caritas Marienambulanz

Die Gesundheitsplattform Steiermark hat in ihrer Sitzung am 22. März 2007 einstimmig beschlossen, die Aktivitäten der Caritas Marienambulanz als krankenhausentlastende Maßnahmen anzuerkennen und in den Jahren 2007 und 2008 mit Projektmitteln in der Höhe von max. € 150.000,- pro Jahr zu finanzieren. Die Finanzierung für die Jahre 2009 und 2010 wurde in der Plattformsitzung am 5. Juni 2008 beschlossen. Bestandteil der Finanzierungszusage war eine verpflichtende interne Evaluierung. Daher wurde 2008 eine Evaluierung durchgeführt und das Ergebnis am 21. Oktober 2008 präsentiert. In der Folge eine kurze Zusammenfassung dieser Evaluation:

#### *Evaluierungsobjekt - Caritas Marienambulanz*

Gemäß ihrem Leitbild bietet die Marienambulanz seit ihrer Eröffnung im April 1999 eine niederschwellige allgemeinmedizinische Primärversorgung für jene Menschen an, die keine Krankenversicherung haben (In- und AusländerInnen), illegal in Österreich leben und für versicherte Personen (In- und AusländerInnen), die aus den unterschiedlichsten Gründen (Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Scham, Wunsch nach Anonymität, schlechte Erfahrungen, fehlendes Wissen, sprachliche Barrieren, soziale Ungleichheit etc.) die Schwelle in das öffentliche Gesundheitswesen nicht überwinden können. Neben der Beachtung kultureller Aspekte und einem ganzheitlichen biopsychosozialen Behandlungsansatz liegt ein Schwerpunkt der Arbeit in der Marienambulanz auf der Vorbeugung und Früherken-

nung von Krankheiten, bevor sie chronifizieren und nicht nur viel Leid, sondern auch hohe Folgekosten verursachen.

#### *Konzept und Methodik der Evaluierung*

Die Evaluierung diente als ein Instrument zur Qualitätssicherung und kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Das Prinzip der ständigen Qualitätsverbesserung verlangte dabei, dass sich Evaluierung nicht darauf beschränkt, Ergebnisse zu messen, sondern auch Informationen darüber sammelt, wie die Ergebnisse zustande gekommen sind. Untersuchungsgegenstand der qualitätsorientierten Evaluierung ist demnach - ganz im Sinne der Prozessorientierung - die Qualität des Gesamtprogramms.

Durch die Evaluation sollte nicht eine bloße Erhebung oder „Messung“ von Leistungen durchgeführt werden, sondern die diskursive Ermittlung konstruktiver Vorschläge für eine gezielte und optimale Weiterentwicklung der Caritas Marienambulanz zu einem Kompetenz- und Gesundheitszentrum für soziale Randgruppen erarbeitet werden. Es handelt sich somit um eine prozessorientierte formative Evaluation, deren Betonung nicht auf Ergebnissen, sondern auf Entwicklung und Veränderung liegt.

Beim angewandten Evaluierungskonzept handelte es sich um eine Mischung von professioneller Selbstevaluation und Außenevaluation, wobei der kommunikativen Auseinandersetzung zwischen Innen- und Außensicht besondere Bedeutung zukam.

Das Evaluierungskonzept der Caritas Marienambulanz wurde durch folgende Punkte charakterisiert:

- 1) Die Evaluation wird nicht von außen an die Ambulanz herangetragen, sondern die Ambulanz ist selbst verantwortlicher Träger und Initiator der Evaluation.
- 2) Die Ambulanz wird nicht nur evaluiert, sie evaluiert sich auch selbst; ihre Rolle ist keine passive, sondern eine aktive.
- 3) Die Evaluation orientiert sich an den von der Ambulanz (z.B. in einer Klausur) selbst gesetzten Zielen, Strategien, Kriterien und Inhalten. Diese werden im Rahmen des Evaluationsprozesses auch Gegenstand kritischer Reflexion. Die Evaluation ist diskursiv konzipiert, d.h. sie beruht auf einer aktiven kommunikativen Auseinandersetzung zwischen Innen- und Außensicht.

#### *Ergebnisse*

Sowohl die internen als auch die externen Bewertungen fielen äußerst positiv aus. Von den MitarbeiterInnen hoch bewertet wird die Bedeutung der eigenen Arbeit, die Zusammenarbeit und das Arbeitsverhältnis in der Ambulanz, der Entscheidungsfreiraum, Arbeitszeitregelung und die Offenheit der Einrichtung, die authentische und professionelle Führung durch Christine Anderwald und das Kernteam. Verbesserungspotential wird vor allem in der Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitseinrichtungen, im Bereich der psychosozialen Versorgung und im Umgang mit älteren ehrenamtlichen MitarbeiterInnen gesehen. Intern und extern hoch bewertet werden die Strukturqualität

in der neuen Ambulanz, die Finanzierung eines Kernteams und die damit verbundene nachhaltige Verbesserung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Durch die Finanzierung hauptamtlicher MitarbeiterInnen (Kernteam) konnten wichtige Qualitätsverbesserungen in der PatientInnenversorgung umgesetzt werden, z.B. Einrichtung einer Frauensprechstunde und Verlängerung der Psychiatrieordination, Verbesserung der internen und externen Kommunikation, Schulung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, Erstellung eines Ordinationshandbuchs, Erarbeitung von Leitlinien, nationale und internationale Vernetzung.

#### Empfehlungen

- ♦ Explizite Integration der Marienambulanz als niederschwellige Primärversorgungseinrichtung für benachteiligte Gruppen in die steirische Gesundheitsversorgung
- ♦ Finanzielle Absicherung der Marienambulanz aus Mitteln des Gesundheits- und Sozialbereichs
- ♦ Bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Marienambulanz und Regionalisierung

#### 4.1.2.3 Diabetes in Europe

Die Prävalenz von Diabetes mellitus Typ 2 in Europa ist im Steigen begriffen. Die WHO erwartet für 2025 international eine Prävalenz von 5,4% und im Vergleich zum Jahr 2000 37% mehr Erkrankte. Im Bundesländervergleich weist die Steiermark (neben zwei weiteren Bundesländern) die höchsten Diabetes-Sterberaten auf. Die Wirksamkeit von Lebensstilinterventionen zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 ist durch eine Reihe von Präventionsstudien belegt, Lebensstilmodifikationen sind in bislang einer direkten Vergleichsstudie der medikamentösen Prävention überlegen.

Im Rahmen des EU-Projekts "Diabetes in Europe – Prevention Using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional Intervention" (DE-Plan) wurde ein Programm zur Intervention und Steuerung bei Personen mit hohem Erkrankungsrisiko für Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt. Zielgruppe waren Menschen in 13 steirischen „Gesunden Gemeinden“ im Bezirk Deutschlandsberg zwischen 45 und 74 Jahren mit einem erhöhten Risiko, in den nächsten zehn Jahren an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken. Im Sinne einer Integration von Prävention und Versorgung erfolgte eine Anknüpfung an das Reformpoolprojekt Disease Management Programm „Therapie aktiv“ für Diabetes mellitus Typ 2 in der Steiermark, wodurch PatientInnen mit Diabetes mellitus Typ 2 einer frühzeitigen und strukturierten Versorgung im extramuralen Bereich zugeführt und Folgeschäden, Spätkomplikationen und unnötige Doppeluntersuchungen vermieden werden sollen.

Aus einer Befragung der Zielgruppe im Bezirk Deutschlandsberg (Rücklauf 10,49%) konnten aus 13 Gemeinden 180 Risikopersonen gefiltert werden, von denen sich 93 Personen ärztlichen Untersuchungen unterzogen haben. Infolge dieser Untersuchungen wurde bei zehn Personen Diabetes diagnostiziert und an das Projekt Therapie aktiv

verwiesen. 62 Personen nahmen an Intensiv- und Gruppeninterventionen sowie Einzelberatungen teil, die von Präventionscoaches durchgeführt wurden. Vernetzungstreffen sollen die Nachhaltigkeit des Projekts sicherstellen.

Das Projekt wurde von Styria Vitalis durchgeführt und im September 2008 abgeschlossen. Für eine abschließende Beurteilung der Nachhaltigkeit der Intervention soll es 2009 noch eine Follow-Up-Messung bei den TeilnehmerInnen des Projekts geben.

#### 4.1.2.4 Ferien- und Schulungscamps für diabetische Kinder und Jugendliche

Das Ferien- und Schulungscamp wird jährlich für zwei Wochen in den Sommerferien durchgeführt. Die TeilnehmerInnen werden durch ein Team von ExpertInnen der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde Graz (Diabetes Ambulanz) betreut und behandelt. Richtige Einstellung des Diabetes verhindert bzw. verzögert die Spätfolgen. Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, durch die Krankheit oft erschüttert, werden aufgebaut bzw. gestärkt. Durch ständige praxisnahe Schulungen und durch partnerschaftliche Betreuung, vor allem durch die engen Kontakte zwischen TeilnehmerInnen und BetreuerInnen (alle BetreuerInnen, egal ob ÄrztInnen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen oder die betreuenden StudentInnen sind die gesamte Dauer des Camps – 24 Stunden am Tag – anwesend), ist eine deutliche Verbesserung der Behandlungsbereitschaft nachweislich erzielbar.

Das Camp wurde im Zeitraum von 6. – 19. Juli 2008 abgehalten. Insgesamt wurden € 8.500,-- an Gehaltszahlungen für drei ÄrztInnen und drei DGKP an die Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m. b. H. als Dienstgeber refundiert. Im Jahr 2008 wurden 39 Kinder im Rahmen des Ferien- und Schulungscamps betreut.

#### 4.1.2.5 Mütter in Aktion – MIA

Die Bewältigung der Lebensphase der Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft ist stark mit den persönlichen Ressourcen der Frauen, den strukturellen Bedingungen und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verknüpft. Damit diese Einflussfaktoren zu förderlichen Faktoren für die Bewältigung dieser Lebensphase für Frauen werden, werden gezielte Strategien der Gesundheitsförderung in zwei ausgewählten ländlichen Regionen angewendet. Die Zielsetzung des Projektes ist langfristig darauf ausgerichtet, die regionalen Strukturen dahingehend zu verändern, dass Frauen ihre Bedürfnisse in der Phase rund um die Geburt ihrer Kinder den veränderten Lebensbedingungen entsprechend gut abdecken können. Die Frauen sollen in der Bewältigung dieser Lebensphase gestärkt werden und Rahmenbedingungen mitgestalten. Durch die Zusammenarbeit mit ExpertInnen und durch den Aufbau von Kooperationen mit regionalen AkteurInnen soll die psychosoziale und reproduktive Versorgungslage in diesen Regionen verbessert werden. Ziel ist es, dass sich Frauen nachhaltig an den regionalen Strukturen in ihren Gemeinden und Regionen beteiligen und gegebenenfalls neue Strukturen mitentwickeln oder bestehende Strukturen verbessern, welche bereits gute Rahmenbedingungen für Schwangerschaft und Mutterschaft darstellen.

Besonderes Augenmerk wird darauf gelegt, benachteiligte Frauen wie Alleinerzieherinnen, Migrantinnen, Frauen mit Behinderung und ökonomisch schlechter gestellte Frauen zu erreichen.

Maßnahmen für die Umsetzung der Projektziele sind die Schaffung eines Überblicks über die Versorgungslage auf Bezirksebene sowie eine Erhebung der Bedürfnisse aus Sicht betroffener Frauen und ExpertInnen in der Schwangerenvorsorge, Geburtsvorbereitung und Geburt. Zentrales Empowerment der Frauen ist das gemeinsame Arbeiten in einer Frauengruppe pro Projektbezirk. Die Frauen haben die Funktion von Multiplikatorinnen, die in den Frauengruppen gewonnenen Erkenntnisse und Fähigkeiten innerhalb ihrer eigenen sozialen Netze weitergeben und damit wiederum Frauen aktivieren. Es werden Fortbildungen der Teilnehmerinnen der Frauengruppe organisiert und durchgeführt. Darüber hinaus erfolgt persönliches Coaching der Frauen aus den Frauengruppen.

Auf Gemeindeebene werden Müttercafés mit begleitender Kinderbetreuung, Hausbesuche von schwangeren Frauen und Müttern von Babys in ausgewählten Gemeinden sowie die Intensivierung der Kooperationen mit den Gemeinden und relevanten AkteurInnen durchgeführt.

Außerdem werden eine Aktionswoche, ein Vernetzungstreffen zwischen den Frauen und AnbieterInnen von Leistungen für schwangere Frauen und Familien, Runde Tische zum Thema „Kinderbetreuung“ sowie Kleinprojekte durchgeführt.

Im Rahmen des Projekts ist die direkte psychosoziale Unterstützung von Frauen in der Region vorgesehen. Dafür wurden am Beginn des Projektes Gemeinden ausgewählt, in denen wöchentlich Treffpunkte und Sprechstunden angeboten werden. Darüber hinaus wurde mittels eines kurzen Fragebogens die persönliche Situation von allen Frauen, die in den Gemeinden leben und in den vergangenen zwei Jahren ein Kind geboren haben, erhoben. Durch den Aufbau von Kooperationen sollen Strukturveränderungen in der Region bewirkt werden.

Die Projektdurchführung erfolgt durch das Frauengesundheitszentrum. Vom Gesundheitsfonds Steiermark werden seit 1. Oktober 2007 Mittel für das Projekt bereitgestellt, das auch vom Fonds Gesundes Österreich kofinanziert wird.

#### 4.1.2.6 Pflegemediation Hartberg

Das Projekt startete im September 2007 und innerhalb eines Jahres konnten 1.195 Beratungen durch die Pflegemediatorin durchgeführt werden. Dabei kam es mit 31 Familien zu echten Mediationen. Zusätzlich wurden 258 externe Beratungen abgewickelt, d.h. dass Familien nach der Entlassung ihres pflegebedürftigen Angehörigen Hilfe durch die Pflegemediatorin in Anspruch genommen haben.

Durch diese Tätigkeiten konnten zahlreiche Vorteile für das LKH Hartberg festgestellt werden, wovon nur die wesentlichsten an dieser Stelle genannt werden:

- ◆ Entlassungszeitpunkt wird eingehalten – Verweildauerverkürzung
- ◆ Verringerung des Drehtreffektes
- ◆ Qualität der Entlassungsversorgung ist gesichert
- ◆ PatientInnen mit hoher Pflegestufe werden zum gegebenen Zeitpunkt gut versorgt entlassen

Gleichzeitig wurde und wird durch das Institut für Medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement der Joanneum Research Forschungsgesellschaft eine Evaluation durchgeführt. Das Studiendesign dazu wurde so gewählt, dass mit Hilfe einer Kontrollgruppe das Projekt evaluiert wird. Die Kontrollgruppe setzt sich dabei aus PatientInnen zusammen, die ähnliche Eigenschaften aufwiesen wie jene, die im Beobachtungszeitraum nachgeordnete Pflegeunterstützung durch die Pflegemediatorin in Anspruch genommen haben. Zusätzlich soll auch mit einer umfangreichen Fragebogenerhebung die Belastung der pflegenden Angehörigen erhoben werden sowie die Leistungsdaten mit einem Krankenhaus ähnlicher Struktur verglichen werden. Das Ergebnis der Evaluation wird im ersten Quartal 2009 vorliegen.

Auf Grund der überaus positiven Erfahrungen im LKH Hartberg, die sich zum Einen aus einer spürbaren Entlastung von ärztlichem Personal und Pflegepersonal und zum Anderen aus der größtmöglichen Sicherheit für Patientinnen und Patienten ergab, wurde von der Gesundheitsplattform die Weiterführung dieses Projektes im Jahr 2009 beschlossen. Gleichzeitig sollen Überlegungen dahingehend angestellt werden, wie diese Maßnahme auch auf andere Krankenhäuser übertragen werden können.

#### 4.1.2.7 PSO Bad Aussee

Die Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie (PSO Klinik Bad Aussee) hat im Oktober 2006 ihren Betrieb aufgenommen. Insgesamt stehen 100 Betten für PatientInnen zur Verfügung, wovon 25 Betten für Sonderklasse-PatientInnen genutzt werden können. Darüber hinaus existieren 25 Betten für SelbstzahlerInnen und PrivatpatientInnen, welche in einer eigenständigen Gesellschaft geführt werden. Das 21,2 Millionen Euro teure Projekt wurde auf Initiative des Bundes und des Landes Steiermark sowie der Sozialversicherung unter Mitwirkung eines Interuniversitären Fachbeirates ins Leben gerufen und im Rahmen eines „Public-Private-Partnership-Modells“ realisiert. Das Land Steiermark beteiligte sich mit 5,82 Millionen Euro an den Investitionskosten. Der laufende Betrieb der PSO Klinik Bad Aussee wurde bis 31. Dezember 2007 durch die Sozialversicherung und das Land Steiermark finanziert.

Die Steiermärkische Landesregierung fasste am 13. September 2004 den Beschluss, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu schaffen, dass die PSO Klinik Bad Aussee ab dem Jahr 2008 in das System der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung aufgenommen wird. Dies wurde im Zuge der Verhandlungen zur Vereinbarung gemäß Artikel 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (2008 – 2013) berücksichtigt und im Absatz 4 des Artikel 18 heißt es unter anderem, dass „... dem Träger der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und

Psychotherapie auf der Grundlage des Modells der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung vom Gesundheitsfonds Steiermark Zahlungen zu gewähren sind.“ Dem wurde seitens des Gesundheitsfonds Rechnung getragen und im Voranschlag 2008 ein Betrag von 7,0 Millionen Euro für die Vergütung von Leistungen der PSO Klinik Bad Aussee angesetzt. Mit den Zahlungen, die sich auf Grund der gemeldeten Diagnose- und Leistungsberichte in Verbindung mit dem LKF-Modell ergaben, konnte aber bis zum Ende des Jahres nicht die Höhe 7,0 Millionen Euro erreicht werden. Dies vor allem deshalb, da die Leistungen, die in der Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie erbracht werden, im zur Zeit gültigen Modell der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung nicht adäquat abgebildet werden können und nicht alle Mittel zur Krankenanstaltenfinanzierung in der Steiermark über den Gesundheitsfonds fließen. Um die Leistungen der PSO Klinik Bad Aussee im LKF-Modell klar darstellen zu können, ist auch das Resultat der Evaluation des Interuniversitären Fachbeirates abzuwarten. Dazu sollen bis Ende 2009 erste Ergebnisse vorliegen.

Seitens des Gesundheitsfonds Steiermark wurde daher erwogen, die Leistungen der Klinik Bad Aussee – bis zur Integration einer auf einer tatsächlichen Kalkulation beruhenden Bepunktungsregelung psychosomatischer Leistungen im LKF-Modell – über eine Projektfinanzierung abzugelten. Die formelle Voraussetzung dazu wurde durch einen Beschluss der Bundesgesundheitskommission geschaffen, in dem die oben erwähnte Passage der Artikel-15a B-VG-Vereinbarung ausgesetzt wurde. Diese Projektfinanzierung wird auch dadurch ermöglicht, da der Österreichische Strukturplan Gesundheit 2006 – gemäß Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 16.12.2005 – vorsieht, dass „im Rahmen eines Pilotprojektes eine Krankenanstalt für Psychosomatik eingerichtet werden kann, die zu evaluieren ist.“

Nach Beschluss der Gesundheitsplattform, dass diese vorgeschlagene Projektfinanzierung für das Jahr 2008 anzuwenden ist, wurden im Zuge der Endabrechnung 2008 die noch ausstehenden Mittel auf den im Voranschlag festgesetzten Betrag von 7 Millionen Euro an den Rechtsträger der PSO Klinik Bad Aussee überwiesen.

## 4.2 Gesundheitsziele Steiermark

Die Gesundheitsplattform hat am 6.12.2007 die Umsetzung des Gesundheitsziels „Mit Bewegung und Ernährung die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer verbessern“ und ein koordiniertes Vorgehen der Public Health Agenden der Steiermark beschlossen. Für die Sicherstellung eines leistungsfähigen Gesundheitswesens wird es zunehmend von Bedeutung, Gesundheitsförderung und Prävention als integralen Bestandteil des gesamten Versorgungsgeschehens zu betrachten und auch die gesellschaftlichen Bereiche, in denen die Gesundheit der Bevölkerung wesentlich beeinflusst wird, wie beispielsweise der Arbeitsplatz und die Schule, als Handlungsfelder einer umfassenden Gesundheitspolitik wahrzunehmen. Mit dem Beschluss der Gesundheitsplattform werden bis zum Jahr 2013 ent-

sprechende Aktivitäten sichergestellt. Da positive Veränderungen für die Bevölkerung auf Basis von Gesundheitsförderung und Prävention erst mittel- bis langfristig sichtbar werden, ist dadurch ein Grundstein für nachhaltige Strategien für Gesundheitsförderung und Prävention gelegt. Als Hauptumsetzungspartner für die Gesundheitsziele Steiermark wurde „Styria vitalis“ beauftragt.

Ein Schwerpunkt der Umsetzung des Gesundheitsziels „Mit Bewegung und Ernährung die Gesundheit der Steirerinnen und Steirer zu verbessern“ war 2008 der Start des Projekts „gemeinsam essen“.

Viele Menschen essen täglich außer Haus in Betriebskantinen, Schulküchen und anderen *Gemeinschaftsverpflegungseinrichtungen*. Dabei sollte es jeder Steirerin und jedem Steirer möglich sein, sich gesund zu ernähren. Ziel von „gemeinsam essen“ ist daher die Erhöhung der Qualität des Speisenangebotes in der Gemeinschaftsverpflegung unter ernährungsphysiologischen, ökologischen und sozialen Aspekten. Die Kosten sollten dabei weder für die Küchen, noch für die EndverbraucherInnen steigen. Die Zufriedenheit mit dem Speisenangebot sollte erhalten bzw. erhöht werden. Gesundes Essen sollte sowohl für die MitarbeiterInnen der Großküchen sowie deren Kundinnen und Kunden ein wichtiges Thema werden.

Styria vitalis betreut die Küchen bei der Umstellung des Essensangebotes. Das Projekt wird von der FH Joanneum Ges.m.b.H, Studiengang Gesundheitsmanagement im Tourismus, und von ess.art extern evaluiert.

Das Projekt gliedert sich in Diagnosephase, Implementierungsphase, Nachbereitungsphase und die Abschlussphase.

Während der Diagnosephase wird der Ist-Zustand auf vier Ebenen erfasst:

- ♦ Menü-Komponentenanalyse des Speiseplans
- ♦ Erstellung einer Ist-Analyse mit dem Küchenpersonal
- ♦ Erstellung einer Ist-Analyse mit den Stakeholdern im Setting
- ♦ Befragung zur Zufriedenheit der Endverbraucherinnen und Endverbraucher

Nach Rückmeldung der Ergebnisse aus der Diagnosephase werden spezifische, messbare und erreichbare Ziele gemeinsam mit dem Küchenteam erarbeitet.

Während der Implementierungsphase unterstützt Styria vitalis die Einrichtungen, angestrebte Zielsetzungen durch Veränderungsprozesse und Maßnahmen mit Hilfe einer kontinuierlichen Prozessbegleitung zu erreichen. Maßnahmen können z.B. Schulungen des Küchenpersonals, Durchführung von Workshops mit Kundinnen und Kunden, Recherche von alternativen Einkaufsmöglichkeiten, Umgestaltung des Speisesaals, Veränderungen logistischer Abläufe sein.

In der Nachbereitungsphase erfolgt die Evaluation der Zielsetzungen und Aufbereitung der Erfahrungen aus dem

Projektjahr. Gleichzeitig werden die Menükomponentenanalyse und eine Befragung der KundInnenzufriedenheit wiederholt durchgeführt. Die Ergebnisse werden der Einrichtung rückgemeldet und in einer Abschlussveranstaltung den regionalen Medien präsentiert.

Der erste Zyklus startete im September 2008 in folgenden Küchen:

- ◆ Landwehrkaserne St. Michael in der Obersteiermark
- ◆ HBLA für Forstwirtschaft Bruck/Mur
- ◆ Pädagogische Hochschule Graz
- ◆ Kindergarten Walfersam – Kapfenberg
- ◆ Kindergarten Schirnitz – Kapfenberg
- ◆ Volksschule Walfersam – Kapfenberg
- ◆ Jugend- und Familiengästehäuser in Graz und Pöllau

Insgesamt werden in diesen Einrichtungen ungefähr 1.330 Personen jeden Tag teil- bzw. vollverpflegt.

Zukünftig startet das Projekt mit ca. zehn weiteren Zyklen halbjährlich bis 2013, wobei die nachhaltige Implementierung der Maßnahmen in die vorhandenen Küchenstrukturen das wesentliche Ziel ist. Vermehrt werden strukturgleiche Einrichtungen mit gleicher Dachorganisation miteinbezogen, sodass eine vernetzte Umsetzungsstruktur möglich wird. Als Schwerpunkt für 2009 ist geplant, das Projekt in allen steirischen Krankenhausküchen von Fonds-Krankenanstalten sowie in allen land- und forstwirtschaftlichen Fachschulen systematisch und nachhaltig umzusetzen.

Für *ältere Menschen* wurde 2008 ein Projekt konzipiert, in dem Gesundheitsförderung und Prävention, im Konkreten Ernährungs- und Bewegungsmaßnahmen, in die Kernprozesse der Krankenversorgung besser integriert werden sollten. Insbesondere die Rolle und die Leistungen von Krankenhäusern werden im Rahmen dieses Projektes in Hinblick auf ihr Potential für Gesundheitsförderung und Prävention beleuchtet.

In diesem Zusammenhang ist auch die Mitgliedschaft des Gesundheitsfonds beim „Österreichischen Netzwerk für gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ zu erwähnen. Durch diese Mitgliedschaft sollte sichergestellt werden, dass das langjährige Knowhow dieses Netzwerkes für die gesundheitsfördernde Weiterentwicklung der steirischen Krankenversorgungslandschaft genutzt werden kann. Die Umsetzung dieses Projektes (Arbeitstitel: „Integriertes Gesundheitsmanagement“) sollte 2009 in ausgewählten Regionen starten.

Im Rahmen der Koordination der Public Health Agenden lag der Schwerpunkt der Arbeiten 2008 auf der Entwicklung des „Leitfadens gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken“.

Der Leitfaden legt den aktuellen Stand des Wissens in den Bereichen Bewegung und Ernährung dar und soll MultiplikatorInnen und ProjektmacherInnen als wissensbasierte Entscheidungshilfe dienen, richtet sich mit den Verhaltens-

empfehlungen andererseits aber auch an die in der Steiermark lebenden Menschen. Darüber hinaus sollen WissenschaftlerInnen der angewandten Forschung durch die Festlegung von Indikatoren profitieren, die in der Evaluation von Maßnahmen sowie in der Gesundheitsberichterstattung angewendet werden können.

Der Entwicklung dieses Leitfadens liegt ein sozial-ökologisches Verständnis von Gesundheit zugrunde, das in einer ganzheitlichen Betrachtung der Bereiche Bewegung und Ernährung auch ökologische, politische und sektorenübergreifende Aspekte berücksichtigt.

Um den steirischen Leitfaden zu entwickeln, wurde eine Recherche zu Verhaltensempfehlungen, internationalen Politikempfehlungen, Beispielen aus der Praxis und zu Indikatoren durchgeführt. Die Suche der Dokumente zu Verhaltensempfehlungen erfolgte auf Homepages, die von Regierungsorganisationen, öffentlich finanzierten Forschungseinrichtungen, relevanten Berufsverbänden und überstaatlichen Organisationen aus Australien, Kanada, USA und Europa veröffentlicht werden.

Für Maßnahmen auf der Verhältnisebene und diesbezügliche Indikatoren wurden Homepages europäischer Organisationen und der WHO aufgesucht, während nach Beispielen aus der Praxis in europäischen Projektdatenbanken recherchiert wurde.

Zur Diskussion der Rechercheergebnisse und zur Lösung offener Fragen insbesondere resultierend aus widersprüchlichen Aussagen in der Literatur fanden im Mai 2008 ein Workshop mit internationalen und nationalen ExpertInnen sowie eine Konsensuskonferenz mit steirischen ExpertInnen statt. Die Ergebnisse dieses Konsensusprozesses sind die Basis dieses Leitfadens.

Der Leitfaden zu gesundheitsfördernder Bewegung und gesundem Essen ist folgendermaßen gegliedert: Den Empfehlungen auf individueller Ebene folgen zielgruppenspezifische individuumorientierte und nach Lebenswelten differenzierte verhältnisorientierte Maßnahmen sowie abschließend die jeweiligen Indikatoren. Im Besonderen ist darauf hinzuweisen, dass zwar in der Darstellung zwischen Interventionen auf individueller Ebene und auf Verhältnisebene unterschieden wird, in der Umsetzung aber eine Verschränkung von verhältnis- und individuumorientierten Maßnahmen in mehreren Settings und für mehrere Zielgruppen am effektivsten und notwendig ist, um gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen zu fördern und ermöglichen.

2009 wird der Schwerpunkt auf der weiteren Umsetzung der oben skizzierten Projekte sowie auf Maßnahmen liegen, Inhalte des Leitfadens für gesundheitsfördernde Bewegung und gesundes Essen und Trinken, für einzelne Zielgruppen zu konzipieren und umzusetzen.



### 4.3 Entwicklung eines Strategiekonzepts zu Qualitätsthemen im steirischen Gesundheitswesen

Der Gesundheitsfonds Steiermark/die Gesundheitsplattform Steiermark bekennt sich zu einer qualitätsvollen, sicheren, zielgruppenspezifischen, die Aspekte der Frauengesundheit berücksichtigenden, gendergerechten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Um dies zu unterstützen wurde die Qualitätsstrategie für das steirische Gesundheitswesen erarbeitet. Dabei wurde die gesetzliche Möglichkeit der Vereinbarung gem. Art. 15a B-VG genutzt, um auf Landesebene eine Qualitätssicherungskommission (QSK) zu etablieren. Diese soll eine institutions-, sektoren- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ermöglichen, sich der qualitätsrelevanten Fragestellungen annehmen und als Informationsdrehscheibe für alle PartnerInnen des steirischen Gesundheitswesens dienen. Die Vorbereitungsarbeiten zielten darauf ab, die strukturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen zu schaffen, auf deren Basis die erarbeitete Qualitätsstrategie umgesetzt und weiterentwickelt werden kann.

Da Qualitätsarbeit nur unter enger Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen, Sektoren und Berufsgruppen erreicht werden kann, wurden bereits die Vorbereitungsarbeiten für die QSK auf eine breite Basis gestellt.

In einem ersten Schritt wurden die Projektziele festgelegt und das Projekt in drei Phasen gegliedert.

#### Projektziele

- ♦ Zusammenstellung und Aufbereitung existenter Qualitätsaktivitäten in den verschiedenen Sektoren, Organisationen und Berufsgruppen im steirischen Gesundheitswesen, Übersicht der jeweiligen inhaltlichen Eckpunkte und Zielsetzungen, Aufzeigen ähnlicher/überschneidender Themenfelder und der jeweiligen Annäherung an die Thematik;
- ♦ Übersicht über nationale Bestrebungen und Tendenzen insbesondere auch auf Bundesebene (z.B. BIQG), wie z.B. der Umgang mit Registern;
- ♦ Evaluierung von Potentialen für gemeinsame, abgestimmte und/oder ineinandergreifende Aktivitäten, wie z.B. gemeinsame Erarbeitung von Werte-, Anreiz- und Fördersystemen (z.B. gemeinsame Entwicklung und Ausschreibung eines Qualitätsförderpreises);
- ♦ Identifikation von Möglichkeiten für gemeinsame, abgestimmte und/oder ineinandergreifende Indikatoren;
- ♦ Ableitung von Qualitätsbereichen, wo konsensualisiert (Mindest-)Standards für Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität formuliert werden können;
- ♦ Schaffung einer Plattform für den Informationsaustausch in qualitätsrelevanten Fragen und Themen für alle an der PatientInnenversorgung beteiligten Sektoren und Berufsgruppen;
- ♦ Möglichkeiten für eine gemeinsame Qualitätsausrichtung des Gesamtprozesses entlang der Behandlungskette aufzeigen;
- ♦ Darstellung von Wegen einer sektoren- und berufsgruppenübergreifenden Abstimmung von Qualitäts-

Aktivitäten.

Die interne und externe Projektleitung wurde durch ein Projektkernteam und einen Projektbeirat unterstützt. Das Projektorganigramm ist nach Freigabe des Konzepts durch die Plattform auf der Homepage des Gesundheitsfonds nachzulesen.

#### Vorgehensweise

##### *Phase 1: Projektinitialisierung*

Um eine möglichst breite Basis für die notwendigen Erhebungen und Abstimmungen zu gewährleisten, wurden in der Initialisierungsphase mit vielen PartnerInnen im steirischen Gesundheitswesen Einzelgespräche geführt, um die notwendigen Rahmenbedingungen für eine aktive Beteiligung am Projekt zu eruieren.

Nach Aufbau der Projektorganisation und Definition der Rahmenbedingungen und der Projektzielsetzungen einschließlich der Projektabgrenzung (Nicht-Ziele) wurde eine Kick-Off-Veranstaltung mit den ProjektpartnerInnen durchgeführt.

##### *Phase 2: Analyse*

In regelmäßigen Projektkernteam-Workshops wurden die notwendigen Erhebungen definiert und nachfolgend durch die ProjektteilnehmerInnen durchgeführt. Die konsolidierten Daten und Ergebnisse wurden mit allen ProjektpartnerInnen abgestimmt. Im Wesentlichen wurden folgende Aktivitäten durchgeführt:

- ♦ Umfeldanalyse
  - ♦ Analyse der betroffenen/beteiligten Sektoren und Organisationen, GDA's etc. in Bezug auf deren Interessenslagen, Zielsetzungen und Schwerpunkte;
  - ♦ Erhebung der Ressourcen in der Qualitätsarbeit;
  - ♦ Aufbereitung der IKT-Rahmenbedingungen (Informations- und Kommunikationstechnologien);
  - ♦ Aufbereitung der rechtlichen Rahmenbedingungen.
- ♦ Sammlung der wesentlichen steirischen Qualitätsaktivitäten, -initiativen und -programme
  - ♦ Entwicklung einer strukturierten Darstellung der Qualitätsbereiche und -inhalte; Zuordnung der erhobenen Qualitätsaktivitäten; Aufbereitung und Darstellung nach Inhalten (Zielsetzung, Inhalte, Status, erreichte Ergebnisse,...)
- ♦ Aufbereitung eines Überblicks über nationale Bestrebungen und internationale Beispiele von Qualitätskonzepten/-strukturen

##### *Phase 3: Konzeption*

Basierend auf den Erhebungs- und Analyseergebnissen wurde in Projektkernteam-Workshops die Qualitätsstrategie konzipiert und mit allen ProjektpartnerInnen abgestimmt. Im Wesentlichen wurden folgende Aktivitäten durchgeführt:

- ♦ Erarbeitung und Formulierung strategischer Ziele mit dem Projektteam und der strategischen Projektleitung;
- ♦ Festlegung der prioritären Qualitätsbereiche und der möglichen Handlungsfelder (fachlich-inhaltliche Schwerpunkte);

- ◆ Konzeption von Strukturen und Prozessen für die Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren, Institutionen und Berufsgruppen in der Realisierung der konzipierten Qualitätsstrategie;
- ◆ Zusammenstellung der Projektergebnisse zu einem Qualitätskonzept für das Land Steiermark.

### Ergebnisse

#### *Strategische Ziele der Qualitätsstrategie für das steirische Gesundheitswesen*

Zur Erreichung einer hochqualitativen und sicheren Versorgung der Bevölkerung adressiert die Qualitätsstrategie des Gesundheitsfonds Steiermark/der Gesundheitsplattform Steiermark folgende thematische Schwerpunkte:

- ◆ Steigerung der PatientInnen-sicherheit;
- ◆ Verbesserung der Kommunikations- und Informationsstrukturen / e-Health
- ◆ Ausbau adäquater und qualitätsgesicherter PatientInnen-Informationen
- ◆ Weiterentwicklung von Qualitätsindikatoren im Gesundheitsbereich
- ◆ Ausbau der Leitlinienarbeit

#### *Einrichtung einer Qualitätssicherungskommission Steiermark (QSK)*

Die Qualitätssicherungskommission des Gesundheitsfonds Steiermark/der Gesundheitsplattform Steiermark (QSK-Steiermark bzw. kurz QSK) wird bei ihrer Arbeit zu Qualitätsthemen vom Grundgedanken der intersektoralen Zusammenarbeit getragen. Dies drückt sich sowohl in den Zielen und Grundsätzen der Aufgabenwahrnehmung der QSK als auch in deren Aufbau und Zusammensetzung aus.

Die Aufgabenwahrnehmung der QSK ist geprägt von folgenden Grundsätzen und Leitgedanken:

- ◆ Steigerung der PatientInnen-sicherheit;
- ◆ Förderung einer gemeinsamen, sektorenübergreifenden Sicht von Behandlungs- und Ergebnisqualität;
- ◆ Förderung des Informationsaustauschs unter den im Qualitätsbereich tätigen AkteurInnen;
- ◆ Unterstützung und Koordination bestehender Qualitätsaktivitäten der verschiedenen Health Professionals und Gesundheitsorganisationen sowie Qualitätsinitiativen setzen;
- ◆ Verbesserung des Informationsaustauschs von Gesundheitsdiensteanbietern an den Schnittstellen [sowohl innerhalb des „Gesundheitssystems“ als auch zu weiterbetreuenden Einrichtungen des Sozialbereichs wie z.B. (Langzeit-) Pflegeeinrichtungen] und Entwicklung der Grundlagen für eine Verbesserung der integrierten PatientInnenversorgung;
- ◆ Definition von konsensualisierten qualitativen Basisstandards gemeinsam mit allen Berufsgruppen und Sektoren; Berichterstattung über die Einhaltung dieser Standards;
- ◆ Transparent sein für alle PartnerInnen des steirischen Gesundheitswesens und Transparenz schaffen für PatientInnen und ZuweiserInnen;
- ◆ Verstärkte Nutzung von aktuellen Qualitätsströ-

mungen und Qualitätstechnologien wie EbM, HTA und Leitlinienentwicklung.

Der QSK obliegen insbesondere folgende Agenden:

- ◆ Vorbereitung und Initialisierung der Umsetzung
  - ◆ von Standards und Qualitätsvorgaben seitens des BIQG
  - ◆ über die Mindestanforderungen des Bundes hinausgehenden landesweiten Qualitätsvorgaben und Qualitätsindikatoren
- ◆ Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und das Monitoring von Qualitätsindikatoren
- ◆ Vorbereitung, Initialisierung und Koordination der Umsetzungen von Qualitätsaktivitäten und -projekten auf Landesebene. In diesem Zusammenhang hat die QSK ein regelmäßiges Monitoring über wesentliche laufende Qualitätsaktivitäten und -projekte durchzuführen
  - ◆ z.B.: Vorbereitung, Initialisierung und intersektorale/ interinstitutionelle Abstimmung von Aktivitäten im Aufbau und der Weiterentwicklung des Risiko- und Fehlermanagements
- ◆ Beratung der Gesundheitsplattform durch die
  - ◆ Erstellung von Expertisen und Stellungnahmen zu Qualitätsthemen
  - ◆ Einbringung von Vorschlägen und Innovationen zu Qualitätsthemen
  - ◆ Ausarbeitung von qualitätspolitischen Steuerungsmodellen
- ◆ Qualitätsberichterstattung

#### *Mitglieder der QSK-Steiermark*

Die QSK ist ein Gremium von LeistungserbringerInnen und PatientInnenvertreterInnen im Land Steiermark. Über die genannten Institutionen und Berufsgruppen hinausgehende ExpertInnen und VertreterInnen können nach Bedarf in die entsprechenden Arbeitsgruppen integriert werden.

#### *Ausblick*

Das beschriebene Strategiekonzept wurde von der Projektarbeitsgruppe in dieser Form vorgelegt. Zur weiteren Umsetzung der Qualitätsstrategie für das steirische Gesundheitswesen muss das Strategiekonzept in der Gesundheitsplattform beschlossen werden. Danach erfolgt eine breite Kommunikation der Qualitätsstrategie an die LeistungserbringerInnen und -empfängerInnen sowie die Aufnahme der Gespräche zur Nominierung der Mitglieder der QSK. Die Konstitution der QSK ist für den Herbst 2009 geplant. Die Aufnahme der operativen Arbeiten in der QSK (Umsetzung des Arbeitsprogramms) mit Beginn 2010.

## 4.4 Medizinische Datenqualität

Die im Zuge der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) erfassten Daten stellen die Basis für Weiterentwicklungen im stationären Bereich dar. Es handelt sich dabei um Daten, die zum Zwecke der Finanzierung der Leistungserbringung im stationären Bereich erfasst werden und damit die Basis für die Mittelverteilung darstellen. Darüber hinaus sind die LKF-Daten die einzige Datenquelle für Diagnose- und Leistungsberichte im stationären Bereich und werden daher auch für Planungen herangezogen. Aufgrund dieses Umstandes ist es umso deutlicher, dass hier eine möglichst vollständige und richtige Dokumentation vorliegen muss. Die Überprüfung der medizinischen Datenqualität stellt daher eine wesentliche Aufgabe der Gesundheitsfonds dar. Zur Erfüllung dieser Aufgabe arbeitet die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds mit der ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle (medQK) und mit der Datenqualitätsgruppe der Bundesländer zusammen.

### 4.4.1 ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle – medQK

#### 4.4.1.1 Ziele und Aufgaben

Die ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle wurde in der Steiermark mit der Einführung der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung eingerichtet. Diese unterstützt die Geschäftsstelle als beratendes, begleitendes und konzepterstellendes Organ in Fragen der ordnungsgemäßen medizinischen Dokumentation der Diagnose- und Leistungsberichte.

Ziel der ExpertInnengruppe ist die Etablierung und Weiterentwicklung von Methoden zur Sicherstellung der Datenqualität. Dazu werden in den Sitzungen der medQK Vorgangsweisen für Datenqualitätsprüfungen und die daran anschließenden Aktivitäten beschlossen. Ziel dieser Aktivitäten ist die Vereinheitlichung des Dokumentationsverhaltens in den Krankenanstalten zur Vermeidung von Fehl-, Über- oder Unterco-dierungen.

#### 4.4.1.2 Mitglieder der medQK

Die medQK besteht aus sieben Mitgliedern, wobei drei von der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., zwei von den sonstigen Rechtsträgern von Fonds-krankenanstalten, je ein Mitglied von der Steiermärkischen Gebietskranken-kasse und der Fach-abteilung 8B – Gesund-heitswesen (Sanitätsdirek-tion) des Amtes der Steiermärkischen Landes-regierung nominiert wer-den.

#### 4.4.1.3 Arbeitsschwerpunkte 2008

##### Datenqualitätsprüfungen mittels Zufallsstichproben

Ziel dieser Untersuchungen ist die stichprobenartige Überprüfung der Datenqualität der medizinischen Dokumentation in Bezug auf die Diagnose- und Leistungscodierung an Abteilungen steirischer Fondskrankenanstalten. Um eine profunde statistische Grundlage für die geplanten Zufallsstichproben erreichen zu können, wurde Herr Prof. Pfeiffer bereits im Jahr 2007 mit den Grundlagenarbeiten beauftragt. Bemerkenswert war dabei die Feststellung, dass bereits mit einer geringen Stichprobengröße eine statistisch ausreichende Aussage getroffen werden kann.

Bei diesen Prüfungen handelt es sich in erster Linie um eine Überprüfung der Abschlussdokumentation nach den bereits von der medQK in vorangegangenen Prüfungen festgelegten und verwendeten Kriterien, welche in Tabelle 22 dargestellt sind. Dabei wird der Minimal Basic Data Set, kurz MBDS, der zur Abrechnung der Leistungen an den Gesundheitsfonds übermittelt wird, mit der Dokumentation im Arztbrief verglichen.

*Ergebnisse Zufallsstichprobe an Neurologischen Abteilungen*  
Aufgrund der Ergebnisse von Herrn Prof. Pfeiffer hat man sich in der medQK auf die folgende Vorgangsweise für die Durchführung einer Datenqualitätsprüfung an Neurologischen Abteilungen geeinigt:

- ♦ Es wurde eine Zufallsstichprobe von je 30 Aufnahmezahlen der fünf steirischen neurologischen Akutabteilungen (LKH Bruck/Mur, Univ.-Klinikum Graz, LKH Judenburg/Knittelfeld, LSF und BHB Eggenberg) gezogen;
- ♦ Übermittlung der 150 Arztbriefe aus den jeweiligen Krankenanstalten;
- ♦ Beurteilung der Arztbriefe im Vergleich zum MBDS durch die Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark;
- ♦ Diskussion der Ergebnisse in der medQK;
- ♦ Festlegung der weiteren Vorgangsweise in der medQK;

Tabelle 21: Nominierte Mitglieder der medQK für das Jahr 2008

Mitglied	Institution
Mag. Dr. August GOMSI ( <i>Vorsitzender</i> )	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Organisationseinheit Medizinische Versorgungsplanung Organisationseinheit Medizinische Steuerung
Univ.-Doz. Prim. Dr. Günter FORCHE	Krankenhaus der Elisabethinen Graz
Univ.-Prof. Dr. Peter KÖLTRINGER	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg
DDr. <sup>in</sup> Susanna KRAINZ	Fachabteilung 8B - Gesundheitswesen (Sanitätsdirektion)
Dr. Adolf PINEGGER	Stmk. Gebietskrankenkasse
Prim. Dr. Wolfgang SCHELLNEGGER	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Landeskrankenhaus Voitsberg
Univ.-Prof. Dr. Josef SMOLLE ( <i>bis zur Sitzung am 30. Jänner 2008</i> )	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie
Univ.-Prof. Dr. Karlheinz TSCHELIESSNIGG ( <i>ab der Sitzung vom 15. Mai 2008</i> )	Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. Universitätsklinik für Chirurgie
Die Betreuung, Koordination sowie die Mitarbeit in der medQK erfolgt von Seiten der Geschäftsstelle durch Herrn Dr. Johannes KOINIG und Frau Mag. <sup>a</sup> (FH) Lydia SPRINGER	

- ◆ Präsentation der Ergebnisse in der Gesundheitsplattformform.

Die administrative Abwicklung der Zufallsstichprobe wurde Ende 2007 eingeleitet. Das Ergebnis der Prüfung lag Mitte 2008 vor. Nach eingehender Diskussion der Ergebnisse und anschließender Präsentation in der Gesundheitsplattform Steiermark wurden diese an die Träger der betreffenden Krankenanstalten übermittelt.

*Die Ergebnisse der Zufallsstichprobe können wie folgt zusammengefasst werden:*

- ◆ Die Codierung der Hauptdiagnose Schlaganfall war im Allgemeinen sehr gut;
- ◆ Durch systematische Fehler wurden bei einigen Häusern die Ergebnisse negativ beeinflusst (z.B. MR außer Haus nicht codiert, Codierung der Stroke Unit wurde einige Male vergessen,...);
- ◆ Je nach Bewertungskriterien und Fehlerklassifikation sind unterschiedliche Ergebnisse zu erhalten und entsprechend zu interpretieren;
- ◆ Aufgrund der Analyse und Ergebnisse kann der Einsatz automatisierter Codierhilfen ausgeschlossen werden;
- ◆ Generell waren die Arztbriefe gut strukturiert und hatten einen guten Informationsgehalt.

*Vorbereitung einer Zufallsstichprobe Innere Medizin*

Folgendes Procedere wurde für die DQ-Prüfung an Abteilungen für Innere Medizin festgelegt:

- ◆ Auswahl von acht Abteilungen für Innere Medizin per Zufallsgenerator, wobei bei der Auswahl auf ein Verhältnis von 1:3 zwischen Ordensspitäler und KAGes Häuser geachtet wurde. Folgende Häuser wurden dabei zufällig ausgewählt:
  - ◆ LKH Bad Aussee
  - ◆ LKH Hörgas/Enzenbach
  - ◆ Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz Eggenberg
  - ◆ LKH Hartberg
  - ◆ LKH Leoben
  - ◆ MKH Vorau

- ◆ LKH Wagna
- ◆ LKH Judenburg/Knittelfeld

- ◆ Es wurde eine Zufallsstichprobe von je 30 Aufnahmehalten der ausgewählten Abteilungen für Innere Medizin gezogen. Als Datenbasis wurde das 1. Halbjahr 2008 herangezogen;
- ◆ Übermittlung der 240 Arztbriefe aus den jeweiligen Krankenanstalten;
- ◆ Beurteilung der Arztbriefe im Vergleich zum MBDS anhand der in Tabelle 22 dargestellten Prüfkriterien;
- ◆ Diskussion der Ergebnisse in der medQK;
- ◆ Präsentation der Ergebnisse in der Gesundheitsplattformform;
- ◆ Rückmeldung der Ergebnisse an die Träger der Krankenanstalten.

**4.4.2 Datenqualitätstreffen der Bundesländer**

Seit Einführung der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung finden regelmäßig Treffen der Datenqualitätsbeauftragten der Bundesländer statt. An den Treffen nehmen VertreterInnen aller Gesundheitsfonds sowie VertreterInnen des PRIKRAF und des BMG teil. Das Treffen findet zweimal jährlich statt, wobei sich die einzelnen Bundesländer bzw. der PRIKRAF jeweils mit der Ausrichtung abwechseln.

Ziel dieser regelmäßigen Treffen ist ein Informationsaustausch der einzelnen Bundesländer über die Codierpraxis einzelner MELs, Datenqualitätsprüfungen, Prüfungsumfang, Prüfmethode, Auffälligkeiten und die Übertragbarkeit dieser auf andere Bundesländer. Im Jahr 2008 fand das erste Treffen der Datenqualitätsgruppe vom 3. – 4. April im PRIKRAF statt und wurde damit erstmals zweitägig abgehalten. Das zweite Treffen fand am 13. November in Niederösterreich statt.

Tabelle 22: Bewertungskriterien DQ-Prüfungen

Bewertung	Definition	Kriterien
OK	Datensatz in Ordnung	-
GM	Datensatz mit geringgradigem Mangel	ZD falsch/nicht nachvollziehbar ZD vergessen (sofern relevant für den stationären Aufenthalt) HD näher differenzierbar
SM	Datensatz mit schwerwiegendem Mangel	HD falsch/nicht nachvollziehbar HD mit ZD vertauscht HD im MBDS stimmt nicht mit HD in Arztbrief überein MEL falsch/nicht nachvollziehbar/ohne plausible Diagnose MEL-Anzahl falsch MEL vergessen
LKF Relevanz	Hat die vorliegende Codierauffälligkeit eine Auswirkung auf die LKF Bepunktung des entsprechenden Falles	Ja/Nein +/- LKF-Punkte (Unter-/Übercodierung)
Systematische Fehler	Wiederkehrende gleichartige Fehler	Ja/Nein

#### 4.4.3 Errors und Warnings

Im LKF-Scoring-Programm sind routinemäßige Plausibilitätskontrollen enthalten. Ziel dieser Plausibilitätskontrollen ist die rechtzeitige Feststellung und Beseitigung von Mängeln bei der Datenerhebung. Es gibt zwei Arten von Plausibilitätsprüfungen:

*Formale Prüfungen* beziehen sich auf Datenstrukturen und Wertebereich (z.B. gültiges Datum).

*Medizinische Prüfungen* gehen von einer logischen Verknüpfung mehrerer Informationen einer/s Patientin/en aus. Es werden beispielsweise die Diagnosen und Leistungen in Bezug auf Alter und Geschlecht der/des Patientin/en überprüft.

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, kann nach genauer Prüfung ein Fall als korrekt eingestuft und abgerechnet werden. Im Jahr 2008 wurden von der Geschäftsstelle gemeinsam mit den Trägern 26 strittige Errorfälle näher geprüft und davon 25 als korrekt akzeptiert.

#### *Entwicklung der Warningraten*

In der nachstehenden Abbildung wird die Entwicklung der Warningrate zwischen 2004 und 2008 dargestellt. Im Jahr 2006 konnte erstmals ein deutlicher Rückgang der Warningrate verzeichnet werden, welcher sich in den letzten beiden Jahren fortgesetzt hat. Zwar stieg die Warningrate von 0,8% im Jahr 2007 auf 1% im Jahr 2008, trotzdem liegt sie damit immer noch deutlich unter der von der medQK festgelegten Grenze von 1,5%.

Tabelle 23: Entwicklung der Warningrate von 2004 bis 2008

Krankenanstalt	2004	2005	2006	2007	2008
LKH Bad Aussee	0,3%	2,2%	2,5%	0,8%	1,9%
LKH Bruck/Mur	0,7%	0,9%	0,2%	0,3%	0,5%
LKH Feldbach	1,3%	4,0%	2,4%	0,2%	0,4%
LKH Fürstenfeld	2,4%	3,4%	2,6%	0,7%	0,8%
LKH Hörgas/Enzenbach	0,8%	0,2%	0,5%	1,0%	1,3%
LKH-Univ.Klinikum Graz	8,9%	11,6%	3,6%	1,4%	1,8%
Albert Schweitzer Klinik			0,0%	0,0%	0,0%
KH BHB Marschallgasse	1,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
KH Elisabethinen	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
LSF Graz	1,3%	0,4%	0,4%	1,9%	1,5%
KH BHB Eggenberg	0,6%	0,2%	0,3%	0,3%	0,1%
LKH Hartberg	0,1%	0,1%	0,3%	0,3%	0,4%
NTZ Kapfenberg	1,7%	0,8%	0,2%	0,6%	1,0%
LKH Leoben	3,0%	2,3%	1,3%	1,0%	1,4%
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	0,3%	4,2%	5,5%	0,5%	0,1%
LKH Bad Radkersburg	0,1%	0,0%	0,1%	0,4%	0,6%
LKH Rottenmann	0,6%	0,1%	0,0%	0,0%	0,8%
DKH Schladming	2,1%	0,4%	0,1%	0,2%	0,4%
LKH Stolzalpe	4,2%	0,4%	0,2%	0,3%	0,7%
LKH Voitsberg	0,2%	0,3%	0,5%	0,5%	0,2%
MKH Vorau	2,0%	1,4%	0,7%	0,8%	1,0%
LKH Wagner	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,8%
LKH Weiz	0,1%	0,1%	0,0%	0,3%	0,5%
LKH Deutschlandsberg	1,2%	0,7%	0,6%	0,3%	0,4%
LKH Judenburg/Knittelfeld	1,0%	4,1%	3,3%	1,0%	0,9%
LKH Graz West	0,5%	1,3%	1,1%	0,9%	1,4%
Steiermark	3,2%	4,0%	1,6%	0,8%	1,0%

## 4.5 Strukturplanung

### 4.5.1 Regionaler Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark

Die Gesundheitsplattform hat in der Sitzung am 28. April 2008 den Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) beschlossen. Als erstes österreichisches Bundesland hat die Steiermark somit einen integrierten Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) fertig gestellt. Integriert bedeutet alle Bereiche der Akutversorgung umfassend, also die stationäre und ambulante Krankenbehandlung.

Auf Basis des Österreichischen Strukturplans Gesundheit 2006 (ÖSG) sowie der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, hat die Gesundheitsplattform die Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH beauftragt, die Grundlagen für einen Regionalen Strukturplan Gesundheit (RSG) Steiermark zu erarbeiten. Der Schwerpunkt der Planungsarbeiten erfolgte 2007.

Ziel des RSG ist es, die qualitativ und quantitativ optimale Versorgungsstruktur für alle Steirerinnen und Steirer zu sichern – für den intramuralen und den extramuralen Bereich sowie unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung und des medizinisch-technischen Fortschritts.

In die Planungsarbeiten waren alle wesentlichen Stakeholder des steirischen Gesundheitswesens eingebunden. Bereits vorhandene Planungsarbeiten, wie beispielsweise solche der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H., wurden in den Planungen des RSG berücksichtigt. Sämtliche Daten aus dem stationären und ambulanten Bereich sowie aus den angrenzenden Bereichen der Alten- und Langzeitpflege, der extramuralen psychosozialen Betreuung sowie der Rehabilitation standen für die Planungsarbeiten zur Verfügung. Der ambulante fachärztliche Bereich wurde erstmals sektorenübergreifend geplant. Das Leistungsgeschehen in niedergelassenen Praxen und in Krankenhaus-Ambulanzen wurde gemeinsam betrachtet. Für diesen Planungsbereich wurde eine neue Planungsmethodik entwickelt. Darüber hinaus wurde eine Ist-Analyse der Versorgungsstrukturen an der Nahtstelle zur Alten- und Langzeitpflege sowie zur Rehabilitation berücksichtigt.

#### *Wesentliche Inhalte des RSG*

*Die Bevölkerung wird älter – das Versorgungsnetzwerk für ältere Menschen wird dichter*

Im Jahr 2015 werden in der Steiermark rd. 310.000 Menschen 65 Jahre oder älter sein – das entspricht einem Zuwachs von rd. 27.700 über 60-Jährigen im Vergleich zum Jahr 2007. Daher sieht der RSG einen deutlichen Ausbau der Akutgeriatrie und Remobilisation (AG/R) vor, deren Ziel es ist, vor allem ältere Menschen nach schwerwiegenden Krankheiten wie etwa Lungenentzündung, Schenkelhalsbruch o. ä. gezielt so zu behandeln, dass sie nach möglichst kurzer Zeit mit geringst möglicher Betreuung – im Idealfall völlig selbstständig – wieder zu Hause leben

können. Ausgangspunkt der Planungen sind steiermarkweit 5 AG/R-Stationen mit insgesamt 122 Betten im Raum Graz (LKH Hörgas-Enzenbach, Albert Schweitzer Klinik) sowie den LKHs Rottenmann, Mürzzuschlag und Vorau. Diese Zahl wird bis 2015 auf 346 Betten an 10 Standorten aufgestockt werden. Neue AG/R-Stationen wird es in Leoben, Fürstenfeld, Wagna, Voitsberg und Judenburg-Knittelfeld geben. Die Zahl der Betten erhöht sich also um mehr als 200, die Zahl der AG/R-Standorte verdoppelt sich.

#### *Palliativmedizinisches Netz wird dichter*

Als erstes Bundesland bekommt die Steiermark zusätzlich ein dichtes Netz im Bereich Palliativversorgung. An den LKHs Bruck an der Mur und Bad Radkersburg werden mobile Palliativteams bzw. palliative Konsiliarteam entstehen. Palliativ- und Hospizbetten wird es bis 2015 in allen steirischen Regionen geben. Die Kapazitäten werden von 38 auf 72 Betten (+90%) erhöht. Dabei werden vor allem internistische Betten in Palliativbetten umgewandelt.

#### *Intensivmedizin – Lücken werden geschlossen, Kapazitäten erhöht*

Der RSG sieht eine deutliche Steigerung im Bereich der Intensivbetten vor. Das betrifft vor allem das LKH Graz, wo die Anzahl der Intensivbetten bis zum Jahr 2015 fast verdoppelt werden soll. Für die gesamte Steiermark wird es 2015 um 60 Intensivbetten mehr als bisher geben. Gleichzeitig wird es möglich sein, die Zahl der chirurgischen und unfallchirurgischen Betten zu reduzieren, vor allem durch kürzere Verweilzeiten und den Ausbau des Anteils tagesklinischer Versorgung.

#### *Versorgung genau dort, wo sie benötigt wird*

Die Bevölkerungsentwicklung in der Steiermark erlaubt gemeinsam mit dem medizinischen Fortschritt (kürzere Verweildauer, tagesklinische Behandlungen) eine Reduktion der Bettenzahl bei gleichzeitiger Erhöhung der Qualität. Die Zahl der Betten wird von derzeit 6.921 auf 6.693 reduziert, das entspricht einer Verringerung von 3,29%. Es wird also um 228 Betten weniger geben als bisher. Aber es wird die dem Bedarf nach Art und Menge entsprechende Anzahl von Betten genau dort geben, wo sie tatsächlich benötigt werden.

Der Umsetzungshorizont des RSG ist 2015, wobei im Abstand von jeweils ca. zwei Jahren eine Revision stattfinden wird.

### 4.5.2 ÖSG Weiterentwicklung

Die Weiterentwicklung des Österreichischen Strukturplans 2006 im Jahre 2008 erfolgte auf Beschluss der Bundesgesundheitskommission (BGK), und sollte als Ergebnis bis Ende 2008 eine „kleine“ Revision des ÖSG hervorbringen. Diese Revision sollte zumindest beinhalten:

1. Planungsgrundsätze, Ziele und Methoden für den ambulanten Bereich
2. Kapitelergänzungen zum ÖSG-Kapitel 3-Leistungsangebotsplanung und Qualitätskriterien

3. Aktualisierung der Ist-Stände in der Planungsmatrix, der Versorgungsmatrix und der Kapazitätsplanung inkl. Großgeräteplan sowie Anpassung der Leistungsmatrix an den neuen Leistungskatalog des LKF-Modells 2009

Bis zum Jahresende wurden in mehreren Unterarbeitsgruppen und der Arbeitsgruppe für Strukturveränderung die Arbeiten und Ergebnisse der Gesundheit Österreich GmbH diskutiert und akkordiert, sodass zum Jahresende ein abgestimmter Entwurf für einen ÖSG 2008 zur Beschlussfassung für die Bundesgesundheitskommission vorlag.

In diesen Entwurf für den ÖSG 2008 wurden folgende Neuerungen eingearbeitet:

- ♦ Ambulanter Bereich – Kapitelergänzung (ÖSG-Kapitel 2)
  - 2.2.1 Zielvorstellungen und Planungsgrundsätze
  - 2.2.2 Planungsmethoden und Ergebnisse
- ♦ Leistungsangebotsplanung und Qualitätskriterien – Kapitelergänzungen (ÖSG-Kapitel 3)
  - 3.3.3 Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP)
  - 3.3.5 Neurochirurgie (NC)
  - 3.3.9 Psychiatrie (PSY) – Ergänzung um Abhängigkeitserkrankungen
  - 3.3.15 Pulmologie (PUL)
  - 3.6.12 Nephrologie (NEP) (ersetzt Kap. 3.7.1 – Chronische Dialysebehandlung)
- ♦ Aktualisierungen (ÖSG-Kapitel 1 und 4)
  - 1.4 Versorgung 2006/2007 nach Regionen (Aktualisierung der Karten auf Basis der aktualisierten Planungsmatrix)
    - 1.4.1 Planungsmatrix: Ist-Stand 2007 für Akut-Krankenanstalten, extramurale therapeutische, psychologische und psychosoziale Versorgung, Alten- und Langzeitversorgung
    - Ist-Stand 2006 für ambulante ärztliche Versorgung
    - 1.4.2 Versorgungsmatrix: Ist-Stand 2007 für Aufenthalte nach MHG
    - Keine Änderung des Plan-Standes 2010
  - 4. Kapazitätsplanung und Großgeräteplan: Ist-Stand 2007 der Betten nach Fachrichtungen und LAP-Standorte in landesgesundheitsfonds-finanzierten Krankenanstalten
  - Ist-Stand 2007 für alle Großgeräte
  - Keine Änderung des Plan-Standes
- ♦ Redaktionelle Textanpassungen

Schon im Juni 2008 wurde wie jedes Jahr die *Leistungsmatrix* an das neue LKF-Modell angepasst. Die Anpassung war aufgrund des neu strukturierten Leistungskatalogs im LKF-Modell 2009 erheblich umfangreicher als in der Vergangenheit. Die Leistungsmatrix 2009 wurde bereits im Juli 2008 von der BGK beschlossen und auf der Website des BMG veröffentlicht.

## 4.6 Gesundheitsinformationssystem Steiermark (GeISt) – Weiterentwicklung

Das Gesundheitsinformationssystem Steiermark (GeISt) wurde im Jahr 2000 in Betrieb genommen. GeISt enthält wichtige Daten des steirischen Gesundheitswesens in anonymisierter Form, dazu zählen sozioökonomische und demografische Daten sowie die MBDS-Daten des akut-stationären Bereichs und die Folgekostendaten (FOKO-Daten) der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK). Es stellt somit ein wichtiges Instrumentarium zur Analyse des steirischen Gesundheitswesens dar. In den letzten Jahren stagnierten allerdings die Zugriffe, Rückmeldungen blieben weitgehend aus und eine inhaltliche Weiterentwicklung fand daher nur begrenzt statt. Aber auch die technische Überalterung des Systems gab Anlass, über eine entsprechende Weiterentwicklung des Systems nachzudenken.

Das Hauptziel von GeISt ist die Bereitstellung von Routinedaten des Gesundheitswesens in einer nutzerInnenfreundlichen Form, um somit den ExpertInnen ein geeignetes Analyse- und Planungsinstrument zur Verfügung zu stellen.

Im Detail sollen, basierend auf Routinedaten, Informationen für folgende Aufgabenbereiche in einer nutzerInnenfreundlichen Form bereitgestellt werden:

- ♦ die laufende Gesundheitsberichterstattung;
- ♦ ein zeitnahes Monitoring des Gesundheitswesens (z.B. Belagsdauerentwicklung, Fallzahlentwicklung, Anzahl der Leistungserbringung, Wiederaufnahmeraten,...);
- ♦ die Planung und Steuerung des Gesundheitswesens im Hinblick auf eine integrierte Versorgung (z.B. Follow-Up des RSG inkl. Bedarfsanpassungen unter Berücksichtigung der demografischen Entwicklung, Überprüfung des Bedarfs neuer Leistungsangebote,...);
- ♦ die Qualitätssicherung (Qualitätsindikatoren, Datenqualitätsprüfungen);
- ♦ Hilfsmittel für die Lösung von gesundheitsrelevanten Fragestellungen;
- ♦ die Bevölkerung bzw. am Gesundheitsmanagement Interessierte;
- ♦ Evaluierung der Maßnahmen des Gesundheitsfonds Steiermark (z.B. Evaluierung der Reformpoolprojekte).

Für die Weiterentwicklung von GeISt sollen prioritär folgende drei Module zur Verfügung gestellt werden:

- ♦ Modul: Gesundheitsberichterstattung
- ♦ Modul: Monitoring im Gesundheitswesen
- ♦ Modul: Planung und Steuerung im Gesundheitswesen

Die Inhalte dieser drei Module wurden bereits in zwei Arbeitsgruppen-Meetings mit ExpertInnen des Gesundheitswesens diskutiert. Vorrangiges Ziel der Arbeitsgruppen war es zu klären, worin der Mehrwert von GeISt liegt und welche Anforderungen die NutzerInnen an GeISt stellen. Hierzu wurden die Arbeitsgruppenmitglieder mittels Fragebogen befragt und auf den Ergebnissen der Befragung aufbauend zwei Arbeitsgruppenmeetings mit den Mitgliedern der drei Module abgehalten. Die Inputs aus die-

sen Arbeitsgruppen stellen einen wesentlichen Bestandteil des Pflichtenhefts dar. Langfristig gesehen soll eine Steuerungsgruppe für eine nachhaltige Weiterentwicklung des Systems sorgen.

Weiters wurde in der 12. Sitzung der Gesundheitsplattform die Beauftragung einer Evaluierung der Kosten-/Nutzenfrage einer Weiterentwicklung von GeISt durch eine externe Expertise beschlossen. Die Studie wurde beim Institut für Höhere Studien (IHS) beauftragt. Die Ergebnisse können folgendermaßen zusammengefasst werden:

- ◆ Öffentliche Investitionen in Informationssysteme sind sinnvoll und notwendig
- ◆ Die Investition in GeISt stiftet voraussichtlich mehr „Nutzen“ als es kostet
- ◆ Aber: GeISt muss funktionieren  
*Berücksichtigung von Erfolgsfaktoren*
  - ◆ Einbindung aller NutzerInnen
  - ◆ Klare Formulierung von Anforderungen
  - ◆ Entsprechende Planung sowie die Involvierung und Unterstützung durch EntscheidungsträgerInnen
- ◆ GeISt braucht politikrelevante Inhalte und Steuerung durch den Auftraggeber

Die empfohlenen Anpassungen wurden größtenteils bereits umgesetzt. So konnte im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen die Expertise der potentiellen NutzerInnen in die Entstehung von GeISt einfließen. Zudem werden die NutzerInnen auch nach der Implementierung von GeISt in die laufende Weiterentwicklung des Systems eingebunden werden (Steuerungsgruppe, Prozess zur Qualitätssicherung und permanenten Weiterentwicklung von GeISt). Auch ein Beirat wurde bereits vor einem Jahr in Form der e-Health Steuerungsgruppe durch die Gesundheitsplattform beschlossen und eingerichtet.

Die Finanzierung der Weiterentwicklung von GeISt wurde von der Gesundheitsplattform Steiermark durch einen Umlaufbeschluss vom 9. Jänner 2009 beschlossen.

## 4.7 Zonenkonferenzen

Im Jahr 2008 wurden zwei Zonenkonferenzen der Versorgungszone Süd (Steiermark, Kärnten und südliches Burgenland) abgehalten. Diese fanden am 18. April 2008 in Klagenfurt (Kärnten) und am 22. Oktober 2008 in Bad Waltersdorf (Steiermark) statt.

An den Konferenzen nahmen die Landesräte Mag. Helmut Hirt (Steiermark), Dr. Peter Rezar (Burgenland) und Dr. Wolfgang Schantl (Kärnten) (18.4.2008) bzw. Dr. Peter Kaiser (Kärnten) (22.10.2008) teil.

Themenschwerpunkte waren unter anderem:

- ◆ Abstimmung und Information über die Planung und Finanzierung im ambulanten Bereich;
- ◆ FachärztInnenausbildung – wobei vor allem die Ausbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin von den KonferenzteilnehmerInnen sehr kritisch hinterfragt wurde;

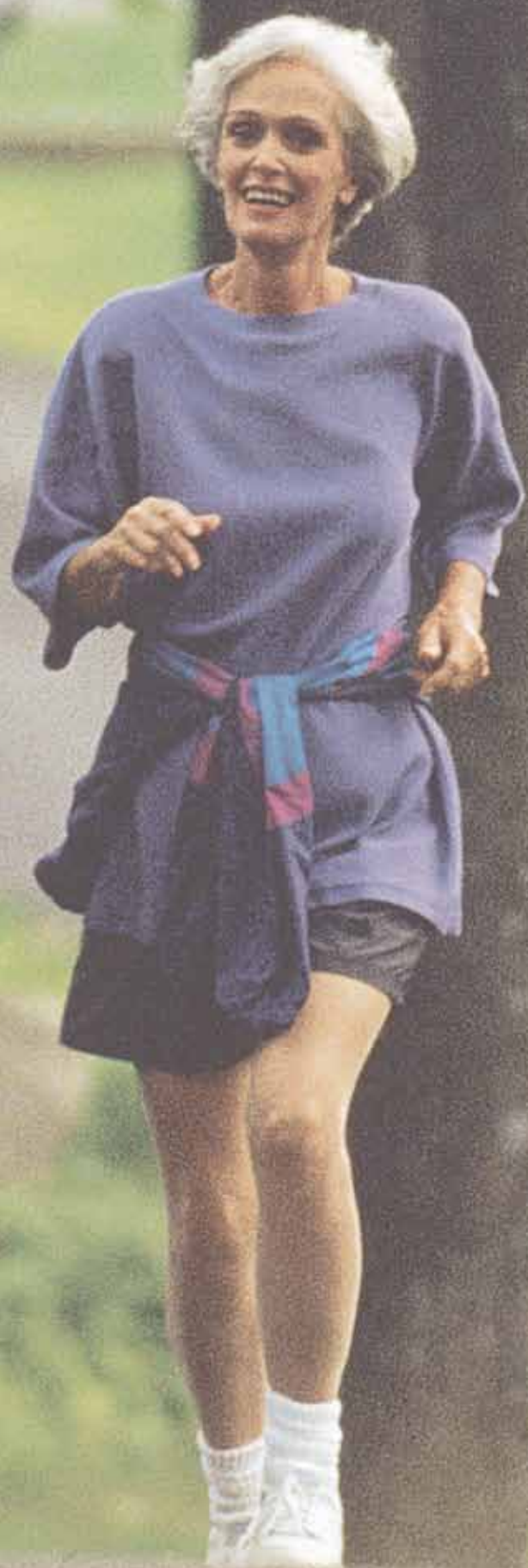
- ◆ Akutbettenversorgung in ausgewählten Bereichen wie Verbrennungsofener, Neurochirurgie, Intensivversorgung und dgl. Es wurde vor allem die Frage erörtert, wie ein zentrales Management für die Zone Süd aufgebaut werden könnte;
- ◆ Weiterentwicklung des Benchmarkingsystems für die Akutgeriatrie/Remobilisation. Ziel wäre eine Drehscheibe zwischen Krankenhaus und Pflege. Steiermark und Kärnten führen die Evaluierung bereits gemeinsam durch. Ergebnisse nach dem Benchmarkingsystem werden auch mit Burgenland ausgetauscht;
- ◆ Psychiatrie – auf diesem Fachgebiet sollen die bilateralen Gespräche zwischen Steiermark und Kärnten verstärkt geführt werden;
- ◆ Grenzüberschreitende Abstimmungen von Leistungsangeboten, wie z.B. der Krankenhäuser Oberwart und Hartberg. Es wird vereinbart, dass Gesundheitsfonds und die jeweils betroffenen Krankenhäuser gemeinsame Gespräche führen;
- ◆ Abstimmung der amtlichen Pflegegebühren, weil bei einigen Tarifen große Differenzen bestehen und diese wiederum zu einer hohen Migration zwischen den Bundesländern der Zone führen.

## 4.8 Sonstige Aktivitäten

Neben den zuvor dargestellten Aufgabenbereichen waren und sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle in diversen Arbeitsgruppen auf Bundesebene eingebunden.

- ◆ Arbeitsgruppe beim Hauptverband betreffend elektronische Datenmeldungen
- ◆ Arbeitsgruppe Bürokratieabbau (intramurale und extramurale Unterarbeitsgruppen)
- ◆ Arbeitsgruppe für Strukturveränderungen
- ◆ Arbeitskreis LKF-Wartung und Weiterentwicklung
- ◆ Datenqualitätstreffen der Bundesländer
- ◆ Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitssystem (DIAG)
- ◆ GÖG – Institutsversammlung
- ◆ Länderexpertenkonferenzen zu Fragen der Krankenanstaltenfinanzierung
- ◆ Medizinischer Länderbeirat
- ◆ Plattform PatientInnensicherheit
- ◆ Projektbeirat „Interdisziplinäre Bettennutzung im vollstationären Bereich und in Tageskliniken“
- ◆ Unterarbeitsgruppe Ambulante Planung
- ◆ Unterarbeitsgruppe Intensiv
- ◆ Unterarbeitsgruppe Leistungsmatrix (ÖSG)
- ◆ Unterarbeitsgruppe ÖSG Personalbedarf
- ◆ Unterarbeitsgruppe ÖSG – Strukturqualitätskriterien und Berechtigungsmatrix
- ◆ Unterarbeitsgruppe Public Health
- ◆ Unterarbeitsgruppe Qualität
- ◆ Unterarbeitsgruppe Zukunftsperspektiven
- ◆ Wissenschaftlicher Beirat „System of health accounts“ (Gesundheitsausgaben)





# 5 VERZEICHNISSE

## 5.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Mitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	11
Tabelle 2: Ersatzmitglieder der Gesundheitsplattform Steiermark	12
Tabelle 3: Mitglieder ohne Stimmrecht der Gesundheitsplattform Steiermark	12
Tabelle 4: Sitzungen und Ergebnisse der Gesundheitsplattform 2008	13
Tabelle 5: Mitglieder des Beirats gemäß Gesundheitsfonds-Gesetz	15
Tabelle 6: Mitglieder des Fachbeirats für Frauengesundheit	19
Tabelle 7: MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle des Gesundheitsfonds Steiermark	21
Tabelle 8: Anfragen ausländischer Sozialversicherungsträger zwischen 2002 und 2008	25
Tabelle 9: Regressanfragen zwischen 2002 und 2008	25
Tabelle 10: Verwendung der Projekt- und Planungsmittel	27
Tabelle 11: Verwendung der Reformpoolmittel	28
Tabelle 12: Aufteilungsschlüssel	28
Tabelle 13: Darstellung LKF Fälle und Punkte 2008	30
Tabelle 14: Übersicht steirische Fondskrankenanstalten (KA-Statistik)	31
Tabelle 15: Stationäre PatientInnen (KA-Statistik)	32
Tabelle 16: Belagstage (KA-Statistik)	33
Tabelle 17: Durchschnittliche Belagsdauer (KA-Statistik)	34
Tabelle 18: Anteil Nulltagesfälle an stationären Fällen gesamt (MBDS, 1. Korrekturmeldung)	35
Tabelle 19: Tagesklinische Medizinische Einzelleistungen (MBDS, 1. Korrekturmeldung)	36
Tabelle 20: Tatsächlich aufgestellte Betten (KA-Statistik)	37
Tabelle 21: Nominierte Mitglieder der medQK für das Jahr 2008	51
Tabelle 22: Bewertungskriterien DQ-Prüfungen	52
Tabelle 23: Entwicklung der Warningrate von 2004 bis 2008	53

## 5.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Struktur des Gesundheitsfonds Steiermark	9
Abbildung 2: Mittelflussrechnung des Gesundheitsfonds Steiermark 2008	24
Abbildung 3: Einnahmen 2008 (in Millionen Euro)	25
Abbildung 4: Mittelverwendung 2008 (in Millionen Euro)	26
Abbildung 5: Versorgungsebenen der Diagnostik und Therapie von RückenschmerzpatientInnen	43

## 5.3 Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Bezeichnung
Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
AG/R	Akutgeriatrie und Remobilisation
Art.	Artikel
AST	Aortenstenose
BGK	Bundesgesundheitskommission
BHB	Barmherzige Brüder
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
CABG	Coronary Artery Bypass Graft
DE	Diabetes in Europe
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson
dgl.	dergleichen
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
DKH	Diakonissen Krankenhaus
DMP	Disease Management Programm
DQ	Datenqualität
EbM	Evidence Based Medicine
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
etc.	et cetera
EUSOMA	European Society of Breast Cancer Specialists
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FH	Fachhochschule
FOKO	Folgekostenprogramm der StGKK
FondsKA	Fondskrankenanstalten
GDA	Gesundheitsdiensteanbieter
GeSt	Gesundheitsinformationssystem Steiermark
GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheit- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GWF	Gewichtungsfaktor
HD	Hauptdiagnose
HTA	Health Technology Assessment
IHS	Institut für Höhere Studien
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie

Abkürzung	Bezeichnung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KA	Krankenanstalt
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
KB	Kostenbeitrag
KDok	Krankenanstalten Dokumentation (Bepunktungsprogramm)
KH	Krankenhaus
KHK	Koronare Herzkrankheit
LAP	Leistungsangebotsplanung
LDF	Leistungs- und Diagnosefallpauschale
LG	Landesgruppe
LGBL	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LKH	Landeskrankenhaus
LM	Leistungsmatrix
LSF	Landesnervenklinik Sigmund Freud
MBDS	Minimal Basic Data Set
medQK	ExpertInnengruppe Medizinische Qualitätskontrolle
MEL	Medizinische Einzelleistung
MHG	MEL- bzw. HD-Gruppe gemäß LKF-Modell
MIA	Mütter in Aktion
MKH	Marienkrankenhaus
MPT	Mobile Palliativ Teams
MR	Magnet-Resonanz
ÖSG	Österreichische Strukturplan Gesundheit
PCI	Percutaneous Coronary Intervention
PRIKRAF	Privater Krankenanstaltenfinanzierungsfonds
PSO	Psychosomatik
QSK	Qualitätssicherungskommission
RSG	Regionale Strukturplan Gesundheit
SKA-RZ	Sonderkrankenanstalt Rehabilitationszentrum
SOP	Standard Operating Procedure
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
Stmk.	Steiermark
SV	Sozialversicherung
WHO	World Health Organization
ZD	Zusatzdiagnose

## 6 ANHANG

### 6.1 Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten

Zahlungen an die Rechtsträger der Fondskrankenanstalten 2008							
Rechtsträger	Stationär	Ambulant	Dialyse	Ausländer		Vorweganteile	Summe
				Ambulant	Dialyse		
Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.	556.852.811,10	44.580.956,00	4.080.197,00	158.478,43	14.609,59		605.687.052,12
Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz	4.763.527,30						4.763.527,30
Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Marschallgasse	19.641.902,60	358.008,00	597.557,40	0,82			20.597.468,82
Krankenhaus der Elisabethinen GmbH Graz	18.572.312,60	415.136,00		4,21			18.987.452,81
Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg	13.184.842,20	487.428,00		0,93			13.672.271,13
Neurologische Therapiezentrum Kapfenberg GmbH	4.570.798,60	150.248,00					4.721.046,60
Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen	7.656.586,40	542.144,00	308.115,60	26.102,86	21.406,89		8.554.355,75
Kongregation d. Schwestern v.d. unbefleckten Empfängnis	8.957.219,20	215.308,00					9.172.527,20
ROMED Austria Klinik C. GmbH, PSO Bad Aussee Pauschalzahlung						7.000.000,00	7.000.000,00
GGZ der Stadt Graz, Wachkomafinanzierung (ab Mai 2008)						781.909,50	781.909,50
	634.200.000,00	46.749.228,00	4.985.870,00	184.587,25	36.016,48	7.781.909,50	693.937.611,23

6.2 Bilanz 2008

Anhang 2: Bilanz 2008

<b>GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK</b>			
<b>Bilanz zum 31. Dezember 2008</b>			
<b>AKTIVA</b>	2008 EUR	2007 TEUR	<b>PASSIVA</b>
<b>I. Guthaben bei Kreditinstituten</b>			2008 EUR
1. Guthaben Hypo-Landesbank Steiermark	47.592.687,77	53.168	15.345
<b>II. Forderungen</b>			
1. Forderungen USt-Anteile	814.665,58	529	3.496
2. Beiträge d. Bundes/Bundesgesundheitsagentur:			10.866
Beiträge gem. § 57 Abs 4 Z 2 KAKuG	773.291,16	773	
Beiträge gem. § 57 Abs 4 Z 3 KAKuG	2.927.394,84	2.928	
Beiträge gem. § 57 Abs 4 Z 5 KAKuG	3.828.719,35		
Beiträge gem. § 57 Abs 4 Z 6 KAKuG	2.839.688,81	3.884	
Vorwaganteile gem. § 59 Abs 6 Z 1 KAKuG	1.090.000,00	1.090	
3. Beiträge der Sozialversicherungsträger	144.122.790,00	137.039	
4. Ausländische GastpatientInnen	9.442.845,29	10.866	2.717
5. Forderungen an KA aus § 27a Abs 2 KAKuG	1.345.610,42	1.323	352
6. Forderungen Krankenanstalten	215.980,47	0	0
7. Forderungen Reformpoolanteile SV	176.218,52	177	1.323
8. Forderungen Projektbeteiligung	0,00	7	236
9. Forderungen Zinserträge	15.000,00	4	11
10. Beihilfe nach GSBG 1996	17.872.081,48	18.737	5
11. Geleistete Anzahlungen	120.285,73	0	18.736
	<u>185.584.571,65</u>	<u>177.357</u>	<u>200.817</u>
<b>Summe AKTIVA</b>	<b>233.177.259,42</b>	<b>230.525</b>	<b>230.525</b>
			14.363
<b>III. Verbindlichkeiten</b>			
1. Abgeltung für stationäre Leistungen	143.064.300,50		165.001
2. Abgeltung für ambulante Leistungen	13.128.258,65		12.436
3. Strukturmittel	2.798.131,00		2.717
4. Reformpoolmittel Intramural	1.750.044,54		352
5. Wachkomafinanzierung GGZ Graz	189.983,80		0
6. Kostenbeitrag gem. § 27a Abs 2 KAKuG	1.345.610,42		1.323
7. Projekte	290.879,99		236
8. Beihilfenäquivalent Ausld. GastpatientInnen	7.202,52		11
9. Refundierung SVA	0		5
10. Beihilfe nach GSBG 1996	17.872.081,48		18.736
	<u>180.446.492,90</u>		<u>200.817</u>
<b>Summe PASSIVA</b>	<b>233.177.259,42</b>		<b>230.525</b>

## 6.3 Gewinn- und Verlustrechnung

### GESUNDHEITSFONDS STEIERMARK GEWINN- UND VERLUSTRECHNUNG 2008

	2008		2007	
	EUR		TEUR	
<b>I. Erträge gemäß Art. 15a B-VG-Vereinbarung</b>				
<b>1. Umsatzsteuer-Anteile:</b>				
Umsatzsteueranteile Bund	36.651.002,66		35.062	
Umsatzsteueranteile Länder	24.563.419,00		23.499	
Umsatzsteueranteile Gemeinden	16.617.192,00		15.897	
<b>Summe Umsatzsteuer-Anteile</b>	<b>77.831.613,66</b>		<b>74.458</b>	
<b>2. Beiträge des Bundes / Bundesgesundheitsagentur:</b>				
Beiträge gemäß § 57 Abs 4 Z 2 KAKuG	3.093.164,66		3.092	
Beiträge gemäß § 57 Abs 4 Z 3 u. 4 KAKuG	11.709.579,34		11.711	
Beiträge gemäß § 57 Abs 4 Z 5 KAKuG	16.054.283,55		15.825	
Beiträge gemäß § 57 Abs 4 Z 6 KAKuG	11.358.755,25			
Vorweganteile gemäß § 59 Abs 6 Z 1 KAKuG	4.360.000,00		4.360	
<b>Summe Zusätzliche Bundesmittel</b>	<b>46.575.782,80</b>		<b>34.988</b>	
<b>3. Mittel der Sozialversicherung</b>				
Pauschalbetrag der Sozialversicherung	570.936.151,72		545.161	
Kostenanteile/Kostenbeiträge	4.260.403,30		4.164	
Zusätzliche SV-Mittel für Geriatr. KH Graz	2.412.211,00		2.273	
<b>Summe Mittel der Sozialversicherung</b>	<b>577.608.766,02</b>		<b>551.598</b>	
4. Zusätzliche Landesmittel	21.042.800,00	21.042.800,00	32.400	32.400
5. Zusatzmittel aus FAG 2005 - 2008	9.399.846,41	9.399.846,41	9.379	9.379
6. Kostenbeiträge gem. Artikel 23	1.345.610,42	1.345.610,42	1.323	1.323
<b>Summe Haupterträge</b>	<b>733.804.419,31</b>		<b>704.146</b>	
<b>II Übrige Erträge</b>				
1. Ausländische GastpatientInnen Stationär	5.335.529,51		5.124	
2. Erlöse ausländische GastpatientInnen Ambulant	183.541,54		142	
3. Erlöse ausländische GastpatientInnen Ambulante Dialysen	36.016,48		50	
4. Regresse	697.652,53		720	
5. Beihilfe nach GSBG 1996	66.229.489,25		63.655	
6. Zinserträge	2.599.343,19		1.858	
7. Reformpoolprojektanteile SV	176.218,52		177	
8. Erträge Vorträge	0,00		1	
9. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	24.395,54		22	
<b>Summe Übrige Erträge</b>	<b>75.282.186,56</b>		<b>71.749</b>	
<b>III. Summe Ordentliche Erträge</b>	<b>809.086.605,87</b>		<b>775.895</b>	

<b>IV. Vergütungen an Fondskrankenanstalten</b>		
1. LKF-Abgeltungen (Fondszahlungen)		
Stationär	-634.200.000,00	-631.674
PSO Bad Aussee	-7.000.000,00	0
Ambulant	-51.735.098,00	-49.697
Wachkomabetten - GGZ	-781.909,50	0
Ausländische GastpatientInnen Ambulant	-184.587,25	-142
Ausländische GastpatientInnen Ambulante Dialysen	-36.016,48	-51
<b>Summe LKF-Abgeltungen</b>	<b>-693.937.611,23</b>	<b>-681.564</b>
2. Kostenanteile/Kostenbeiträge	-4.260.403,30	-4.165
3. Beihilfe nach GSBG 1996	-66.229.489,27	-63.655
Summe 2. - 4.	-70.489.892,57	-67.820
<b>Summe Vergütungen an Fondskrankenanstalten</b>	<b>-764.427.503,80</b>	<b>-749.384</b>
<b>V. Zahlungen für den Kooperationsbereich (Reformpool)</b>		
1. Reformpoolmittel Intramural	-4.524.090,97	-3.046
<b>Summe Reformpoolmittel Intramural</b>	<b>-4.524.090,97</b>	<b>-3.046</b>
<b>VI. Struktur-, Projekt- und Planungsmittel</b>		
1. Strukturmittel	-11.192.524,00	-10.867
2. Projekt- und Planungsmittel	-872.905,50	-637
<b>Summe Struktur-, Projekt- und Planungsmittel</b>	<b>-12.065.429,50</b>	<b>-11.504</b>
<b>VII. Strukturbedingte Massnahmen</b>		
1. Maßnahmen gemäß Art. 1. Abs 1 Z 3	-3.000.000,00	0
<b>Summe Strukturbedingte Maßnahmen</b>	<b>-3.000.000,00</b>	<b>0</b>
<b>VIII. Sonstige Leistungen</b>		
1. Kostenbeiträge gemäß § 27a Abs 2 KAKuG	-1.345.610,42	-1.323
2. Beihilfenäquivalent gemäß GSBG	-676.121,68	-542
3. Refundierung SVA	0,00	-12
4. Abschreibung Forderungen Ausl. GastpatientInnen	-25.187,10	0
5. Kontoführungsspesen	-52,65	-0
<b>Summe Sonstige Leistungen</b>	<b>-2.046.971,85</b>	<b>-1.877</b>
<b>IX. Summe Ordentliche Aufwendungen</b>	<b>-786.063.996,12</b>	<b>-765.811</b>
<b>X. Betriebsergebnis</b>	<b>23.022.609,75</b>	<b>10.084</b>
<b>XI. Auflösung und Zuführung von Rückstellungen</b>		
1. Auflösung von Rückstellungen		
RSt Projektmittel	2.122.905,50	6.171
RSt Ausl. GastpatientInnen Stationär	6.566.313,32	5.198
RSt Ausl. GastpatientInnen Ambulant	1.045,53	1
<b>Summe Rückstellungsaufösungen</b>	<b>8.690.264,35</b>	<b>11.370</b>
2. Zuführung zu Rückstellungen		
Projektmittel	-3.807.476,00	-3.496
RSt Ausländische GastpatientInnen Stationär	-5.143.411,95	-5.117
RSt Ausländische GastpatientInnen Ambulant	0,00	-1
<b>Summe Rückstellungsbildungen</b>	<b>-8.950.887,95</b>	<b>-8.614</b>
<b>XII. Auflösung und Zuführung Kostendeckungsrücklage</b>		
1. Auflösung	3.000.000,00	2.505
2. Zuführung	-25.761.986,15	-15.345
<b>Summe Rücklagenbildungen</b>	<b>-22.761.986,15</b>	<b>-12.840</b>
<b>XIII. Jahresergebnis</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>

## 6.4 Fondskrankenanstalten in der Steiermark (Stand 31.12.2008)

Rechtsträger/Krankenanstalt	Adresse		systemisierte Betten
<b>Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft mbH</b>			
LKH Bad Aussee	Grundlseerstraße 230	8990 Bad Aussee	74
LKH Bruck/Mur	Tragösser Straße 1	8600 Bruck an der Mur	344
LKH Feldbach	Ottokar-Kernstockstraße 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	1.587
Landesnervenklinik Sigmund Freud Graz	Wagner-Jauregg-Platz 1	8053 Graz-Neuhart	787
LKH Hartberg	Krankenhausplatz 1	8230 Hartberg	197
LKH Leoben	Vordernberger Straße 42	8700 Leoben	549
LKH Mürzzuschlag/Mariazell	Grazer Straße 63-65	8680 Mürzzuschlag	134
LKH Bad Radkersburg	Dr. Schwaiger-Straße 1	8490 Bad Radkersburg	116
LKH Rottenmann	St. Georgen 2-4	8786 Rottenmann	190
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	206
LKH Judenburg/Knittelfeld	Oberweggasse 18	8750 Judenburg	297
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	217
<b>Krankenhaus der Elisabethinen GmbH</b>			
KH der Elisabethinen Graz	Elisabethinergasse 14	8020 Graz	197
<b>Konvent der Barmherzigen Brüder 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	Salzburger Straße 777	8970 Schladming	106
<b>Kongregation der Schwestern von der Unbefleckten Empfängnis</b>			
Marien-KH Voralpe	Spitalstraße 101	8250 Voralpe	126
<b>Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz</b>			
Albert Schweitzer Klinik	Albert Schweitzer-Gasse 36	8020 Graz	90
<b>ROMED Austria Klinik Consulting Grundbesitzgesellschaft mbH</b>			
Klinik Bad Aussee für Psychosomatik und Psychotherapie	Sommersbergseestr. 395	8990 Bad Aussee	100



## 6.5 LDF-Pauschalen – Darstellung der Einzelkomponenten

LDF-Pauschalen - Darstellung der Einzelkomponenten										
Krankenanstalt	Leistungskomponente	Tageskomponente	Punkte BDOG überschritten	Intensivpunkte	Mehrleistungs-zuschlag	Punkte Spezielle Leistungsbereiche	Punkte Total			
LKH Bad Aussee	887.658 13,9%	4.552.858 71,6%	528.675 8,3%	308.612 4,8%	85.348 1,3%	0 0,0%	6.363.151			
LKH Bruck/Mur	11.795.483 21,4%	28.529.416 51,8%	2.818.166 5,1%	5.238.440 9,5%	5.376.849 9,8%	1.355.322 2,5%	55.113.676			
LKH Feldbach	6.146.888 20,1%	19.520.627 63,7%	1.553.524 5,1%	2.598.460 8,5%	769.808 2,5%	50.850 0,2%	30.640.157			
LKH Fürstenfeld	2.897.277 20,1%	7.617.683 52,8%	1.223.975 8,5%	894.237 6,2%	1.607.570 11,1%	198.000 1,4%	14.438.742			
LKH Hörgas/Enzenbach	1.982.850 13,9%	7.501.721 52,6%	1.501.963 10,5%	1.507.044 10,6%	49.909 0,4%	1.709.348 12,0%	14.252.835			
LKH-Univ.Klinikum Graz	60.346.751 23,1%	125.031.048 47,9%	13.799.684 5,3%	34.354.153 13,2%	23.783.820 9,1%	3.687.361 1,4%	261.002.817			
Albert Schweitzer Klinik	207.956 3,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	330.456 4,8%	6.333.060 92,2%	6.871.472			
KH BHB Marschallgasse	6.863.953 24,1%	15.909.471 55,8%	1.994.110 7,0%	1.574.815 5,5%	2.152.282 7,6%	0 0,0%	28.494.631			
KH Elisabethinen	7.470.530 27,5%	14.169.806 52,2%	1.003.461 3,7%	669.735 2,5%	2.753.307 10,1%	1.091.612 4,0%	27.158.451			
LSF Graz	2.166.496 3,9%	35.033.592 63,6%	10.874.473 19,7%	373.828 0,7%	1.036.556 1,9%	5.638.998 10,2%	55.123.943			
KH BHB Eggenberg	1.284.034 6,7%	13.755.179 71,6%	4.136.444 21,5%	0 0,0%	25.742 0,1%	0 0,0%	19.201.399			
LKH Hartberg	3.697.076 17,8%	14.293.309 69,0%	938.844 4,5%	1.418.090 6,8%	308.914 1,5%	55.800 0,3%	20.712.033			
NTZ Kapfenberg	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	6.518.922 100,0%	6.518.922			
LKH Leoben	12.251.689 18,2%	37.493.590 55,7%	4.295.327 6,4%	9.415.943 14,0%	2.826.567 4,2%	1.016.601 1,5%	67.299.717			
LKH Mürtzzuschlag/Mariazell	812.623 8,4%	6.443.217 66,8%	1.585.101 16,4%	789.222 8,2%	9.261 0,1%	0 0,0%	9.639.424			
LKH Bad Radkersburg	4.497.138 23,5%	10.696.700 55,9%	708.708 3,7%	313.632 1,6%	2.909.088 15,2%	0 0,0%	19.125.266			
LKH Rottenmann	2.340.909 13,2%	10.258.442 57,9%	1.105.953 6,2%	1.627.990 9,2%	497.313 2,8%	1.882.492 10,6%	17.713.099			
DKH Schladming	2.171.700 19,1%	7.789.859 68,7%	790.642 7,0%	488.694 4,3%	97.326 0,9%	8.100 0,1%	11.346.321			
LKH Stolzalpe	6.256.524 22,6%	15.415.797 55,6%	1.594.508 5,7%	270.134 1,0%	4.180.728 15,1%	16.200 0,1%	27.733.891			
LKH Voitsberg	1.697.087 13,6%	8.774.708 70,2%	1.086.805 8,7%	792.260 6,3%	149.590 1,2%	6.750 0,1%	12.507.200			
MKH Vorau	2.262.659 17,7%	7.461.408 58,3%	493.992 3,9%	322.966 2,5%	251.641 2,0%	2.001.516 15,6%	12.794.182			
LKH Wagna	2.904.394 16,9%	11.406.806 66,2%	808.432 4,7%	1.842.420 10,7%	205.103 1,2%	56.700 0,3%	17.223.855			
LKH Weiz	2.100.076 21,5%	6.844.406 70,0%	602.391 6,2%	0 0,0%	225.612 2,3%	0 0,0%	9.772.485			
LKH Deutschlandsberg	3.561.965 17,7%	13.841.303 68,8%	1.118.851 5,6%	1.152.036 5,7%	439.485 2,2%	9.000 0,0%	20.122.640			
LKH Judenburg/ Knittelfeld	5.831.274 17,7%	20.250.656 61,5%	2.329.500 7,1%	3.101.070 9,4%	959.446 2,9%	482.135 1,5%	32.954.081			
LKH Graz West	4.452.191 14,9%	16.216.963 54,2%	2.210.672 7,4%	4.505.392 15,1%	2.532.869 8,5%	2.700 0,0%	29.920.787			
Steiermark	156.887.181 18,8%	458.808.565 55,0%	59.104.201 7,1%	73.559.173 8,8%	53.564.590 6,4%	32.121.467 3,9%	834.045.177			

## 6.6 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: (Aufnahmen + Entlassungen + Verstorbene): 2 [bei Belagsdaueräquivalent bis einschl. 28 Tage] bzw. (Aufnahmen + Entlassungen + Verstorbene + 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 Diagnosen- und Leistungsberichten errechnet.

### Durchschnittliche Verweildauer:

Durchschnittliche Verweildauer pro PatientIn (Belagstage/stationäre PatientInnen).

### Ambulante PatientInnen

(an Stelle 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 (physischer Personen) auf einer nicht-bettenführenden Hauptkostenstelle pro Kalenderjahr (Berichtsjahr).

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

### Tagesklinische Leistungen

Es handelt sich dabei um ausgewählte operative und ausgewählte nicht-operative stationäre medizinische Einzelleistungen, die innerhalb von 12 Stunden erbracht werden können, wenn

- ◆ grundsätzlich die PatientInnen vorab abgeklärt sind und geplant stationär aufgenommen werden (keine Notfälle),
- ◆ für die PatientInnen ein systemisiertes Bett verwendet wird, wobei Betten der Tagesklinik systemisierte Betten sind,
- ◆ die zu erbringende Leistung dem gültigen, tagesklinischen Leistungskatalog entstammt und
- ◆ die pflegerische ambulante oder stationäre medizinische Nachsorge gewährleistet ist.

#### Voraussetzungen zur Abrechnung tagesklinischer Leistungen:

- ◆ Die Abrechnung von tagesklinischen Leistungen ist durch die Landesgesundheitsplattform bzw. durch den PRIKRAF pro Krankenanstalt zu genehmigen.
- ◆ 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.
- ◆ Abrechenbar sind die operativen und nicht-operativen Leistungspositionen aus dem gültigen tagesklinischen Leistungskatalog.
- ◆ Ein Tagesklinik-Aufenthalt ist grundsätzlich geplant.
- ◆ Aufnahme in die Tagesklinik kann nur bei Anstaltsbedürftigkeit erfolgen und ist mit der Aufnahmeart „K“ im Diagnosen- und Leistungsbericht auszuweisen.
- ◆ Betten der Tagesklinik sind systemisierte Betten. Das Führen einer interdisziplinären Tagesklinik ist möglich. In diesem Fall ist eine eigene Kostenstelle einzurichten. Bei Integration der Tagesklinik je Fachabteilung in die Stationen dieser Abteilung muss keine gesonderte Kostenstelle eingerichtet werden.
- ◆ Auf einem tagesklinischen Bett können auch mehr als ein/e PatientIn pro Tag behandelt und abgerechnet werden.

Tagesklinische Fälle mit Entlassung und nachfolgender Wiederaufnahme am selben Tag sind nur bei entsprechender Begründung im Einzelfall abrechenbar.





**GESUNDHEITSPLATTFORM**  
Steiermark

Jahresbericht  
**2008**