



# Health System Watch

## Analyse der Reformpool-Aktivität in Österreich: Wie viel Reform ist im Reformpool?

Thomas Czypionka, Gerald Röhrling\*

### Zusammenfassung

In unserer Untersuchung zeigte sich ein sehr differenziertes Bild des Reformpools. Nach zögerlichem Beginn in den Jahren 2005 und 2006 erfuhr er 2007 einen Aufschwung, der aber wieder abzuflauen droht. Im Jahr 2008 wurden lediglich neun Projekte beschlossen, und bis März 2009 kam bisher nur ein einziges dazu. Insgesamt ist festzustellen, dass sich ein Großteil der Projekte mit Integrierter Versorgung beschäftigt; beispielsweise mit Disease-Management-Programmen (DMP) für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2, Schlaganfall oder koronarer Herzkrankheit. Eine Gegenüberstellung der ursprünglich maximal zur Verfügung stehenden Reformpool-Mittel pro Jahr (ein Prozent der intra- und extramuralen Ausgaben) illustriert, dass österreichweit lediglich rund 16 Prozent der möglichen Gelder ausgeschöpft wurden. Die ersten gesichteten Evaluierungsberichte stellen eine große Bandbreite dar, was die Qualität der Evaluierung betrifft. In nur wenigen Fällen fanden bisher Überlegungen bezüglich eines Regelbetriebes/einer Regelfinanzierung statt. Die größten Probleme des Reformpools sehen wir in seiner Anreizstruktur: Für die Kostenträger stellen die Projekte Zusatzbelastungen zum laufenden Budget dar, sodass die Dotierung im Zweifelsfall niedriger ausfällt. Hinzu kommt, dass Land und Sozialversicherung teilweise gegenläufige Interessen haben, sodass gesamthaft sinnvolle Projekte am mangelnden Interesse der einen oder anderen Seite scheitern können. Das Ziel, die allokativen Effizienz zu erhöhen, wurde bisher nicht erreicht. Das deutsche System der Anschubfinanzierung zur Integrierten Versorgung mit dedizierten Mitteln könnte als Vorbild für eine sinnvolle „Reform des Reformpools“ dienen.

### Einleitung

Seit der Einführung des sogenannten Reformpools im Jahre 2005 erfolgt auf den unterschiedlichsten Ebenen und Bereichen des österreichischen Gesundheitssystems eine mehr oder weniger lebhaft diskutierte Diskussion über die Sinnhaftigkeit und den angestrebten Nutzen dieses Instruments. Diese Ausgabe des „Health System Watch“ hat sich zum Ziel gesetzt, ein umfassendes und korrektes Bild der Reformpool-Aktivitäten für Österreich zu zeichnen, insbesondere aber auch auf bereits bestehende Evaluierungsergebnisse der Projekte hinzuweisen. Dazu wurde seitens des IHS – in Kooperation mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – ein standardisierter Fragebogen konzipiert, der Mitte Februar 2009 an alle neun Landesgesundheitsfonds via E-Mail verschickt wurde. Der Fragebogen wurde von sieben Fonds ausgefüllt retourniert; der Burgenländische und der Steiermärkische Gesundheitsfonds übermittelten Projektinformationen, die halfen, die Reformpool-Aktivitäten in den beiden Bundesländern zu skizzieren. Ein seitens des IHS auf Basis dieser Informationen ausgefüllter Fragebogen wurde abschließend von den Verantwortlichen der beiden Gesundheitsfonds freigegeben.<sup>1</sup> Um eine Qualitätssicherung zu gewährleisten wurden die Fragebögen von den beiden Vertretern des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger in den Gesundheitsplattformen gesichtet. Wir haben die Ergebnisse ausgewertet und diskutieren sie im Folgenden in ihrem gesundheitspolitischen Zusammenhang.

\* Beide: Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon, Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon: +43/1/599 91-127, E-Mail: thomas.czypionka@ihs.ac.at. Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar im Internet unter: <http://www.ihs.ac.at>.

<sup>1</sup> Wir möchten uns an dieser Stelle ausdrücklich für die Auskunftsbereitschaft sowie die Mitarbeit der Angestellten aller neun Landesgesundheitsfonds bedanken!

Zusammenfassung

Einleitung





## Historischer Abriss Reformpool

### **Historischer Abriss Reformpool**

Im Zuge der Gesundheitsreform 2005 kam es in Österreich zur Definition des Kooperationsbereichs innerhalb der Landesgesundheitsfonds, welcher jene Aufgaben umfasst, die zwischen dem intra- und extramuralen Bereich abzustimmen sind – der Finanzierungstopf für diesen Überschneidungsbereich wird als „Reformpool“ bezeichnet. Der Fokus lag dabei auf der Förderung von gemeinsam durch Sozialversicherungsträger und Land vereinbarten Strukturveränderungen und Projekten, den sogenannten Reformpool-Projekten. Vordergründiges Ziel der Projekte sollten Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Sektor sein, von denen die Hauptfinanziers – Sozialversicherung und das jeweilige Land – beide profitieren. Für den Kooperationsbereich sollten Mittel für die Jahre 2005 und 2006 in der Höhe von mindestens einem Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich und für die Jahre 2007 und 2008 Mittel in der Höhe von mindestens zwei Prozent der Gesamtmittel für den intra- und extramuralen Bereich bereitgehalten werden.<sup>2</sup> Diese Mittel waren jedoch von Anfang an virtuell, standen also nicht dediziert für Projekte zur Verfügung, sondern stellten theoretische Obergrenzen dar. Mitte des Jahres 2005 wurden seitens der Bundesgesundheitsagentur Leitlinien für den Reformpool publiziert, die sich insbesondere mit Zielen, Eignung, Dokumentation, Evaluierung und Institutionalisierung eines regelmäßigen Informationsaustausches auseinandersetzen. Nach Formierung der Landesgesundheitsfonds und Bestellung der Gesundheitsplattformen als deren oberste Organe erfolgten die ersten Aktivitäten in Oberösterreich Ende des Jahres 2005.

Mitte des Jahres 2008 wurden im Zuge der neuen Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013 eine Weiterentwicklung sowie ein Ausbau des Kooperationsbereichs vom Nationalrat beschlossen. War zuvor primär angedacht, Projekte zu fördern, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra- und extramuralen Bereich zur Folge haben, sollen nun nach aktueller Vereinbarung auch explizit Projekte der Integrierten Versorgung<sup>3</sup> bzw. Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs durchgeführt werden. Im Gegensatz zur Vereinbarung aus dem Jahre 2005 wurde der Passus der maximal auszuschöpfenden Mittel gestrichen und ausschließlich die Formulierung „die Mittel sind vorzusehen“ verwendet; an der virtuellen Finanzierung hat sich somit aber nichts geändert.

Die Leitlinien der Bundesgesundheitsagentur für den Reformpool wurden überarbeitet und im Mai 2008 neu veröffentlicht.<sup>4</sup> Neben einer kurzen Definition der unterschiedlichen Typen von Reformpool-Projekten wird nun explizit darauf hingewiesen, dass „parallel zum Projektverlauf eine Dokumentation durchzuführen ist“ und dass im Rahmen des Evaluierungskonzepts „eine Darstellung einer allfälligen Übergangsförderung und die Bekanntgabe von Evaluierungsintervallen“ vorzunehmen sind. Die Eignungs- und Auswahlkriterien für Reformpool-Projekte der überarbeiteten Leitlinien 2008 entsprechen im Wesentlichen jenen der Version 2005. Neben den Leitlinien der Bundesgesundheitsagentur existieren in fünf Bundesländern (Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol, Wien) noch zusätzlich Richtlinien für den Reformpool, erlassen seitens des Landesgesundheitsfonds. Diese definieren landesspezifische Sonderregelungen für die Einreichung von Projekten bzw. für den Projektverlauf. Beispielsweise wird in Oberösterreich ein eigener Projektverlauf zugrunde gelegt:<sup>5</sup> So gliedert sich das Verfahren zur Einreichung eines Reformpool-Vorhabens in drei Phasen, vgl. Abbildung 1: Phase 1 sieht

2 Vgl. Artikel 26 Mittel für den Kooperationsbereich (Reformpool) der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005–2008, Juli 2005, [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/3/2/6/CH0717/CMS1104315559331/bgb\\_l\\_15a-vereinbarung\\_2005.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/3/2/6/CH0717/CMS1104315559331/bgb_l_15a-vereinbarung_2005.pdf).

3 Insbesondere soll die Versorgung von Diabetes- und Schlaganfallpatienten, von Patienten mit koronarer Herzkrankheit oder mit nephrologischen Erkrankungen unterstützt sowie Projekte zum Entlassungsmanagement forciert werden, vgl. BMGFJ: Reformen aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15 a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008–2013, [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/1/CH0717/CMS1211801668459/artikel\\_reform\\_des\\_oesterreichischen\\_gesundheitswesens\\_08\\_gaendert20080620.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/2/7/1/CH0717/CMS1211801668459/artikel_reform_des_oesterreichischen_gesundheitswesens_08_gaendert20080620.pdf).

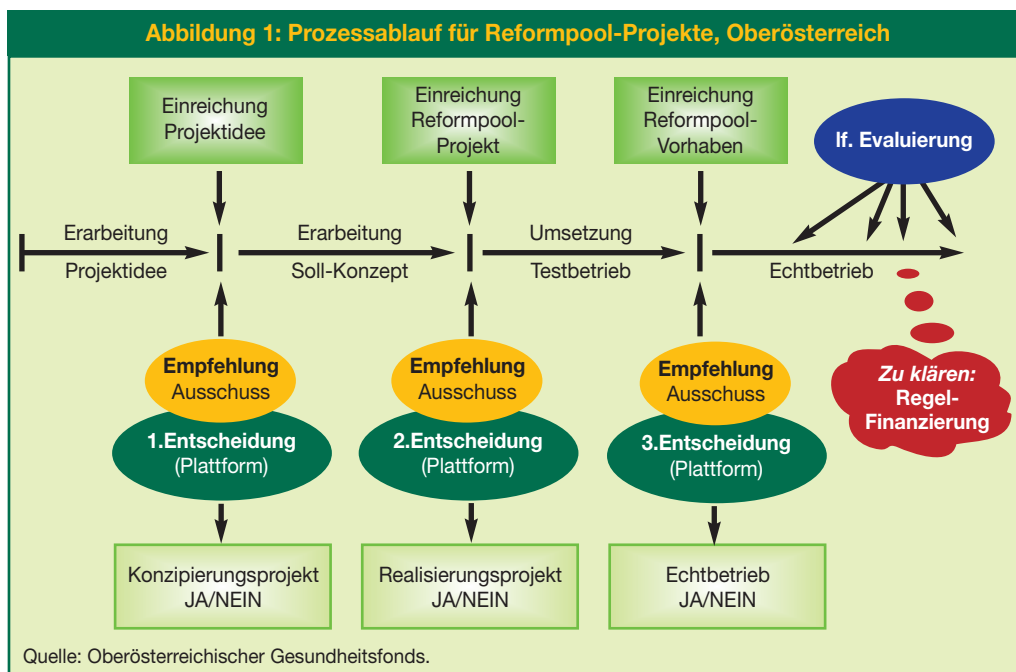
4 Vgl.: BMGFJ: Leitlinien für den Kooperationsbereich (Reformpool), Mai 2008. [http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/9/3/9/CH0971/CMS1218715626902/reformpool-leitlinien\\_\(mai\\_2008\)\\_endg\\_.pdf](http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/attachments/9/3/9/CH0971/CMS1218715626902/reformpool-leitlinien_(mai_2008)_endg_.pdf)

5 Vgl. Richtlinie für den Reformpool, Oberösterreichischer Gesundheitsfonds, Stand 22.10.2008.





die Einreichung einer Projektidee vor, was grundsätzlich durch jedem Systemteilnehmer erfolgen kann, wobei ein Rechtsanspruch auf Bearbeitung jedoch ausgeschlossen ist. Kosten, welche für die erste Formulierung der Projektidee anfallen (z. B. Beraterkosten), hat der Projektwerber selber zu tragen. Wird eine Projektidee von der Gesundheitsplattform für eine weiterführende Bearbeitung freigegeben, wird der Projektwerber eingeladen, ein Konzipierungsprojekt aufzusetzen (Phase 2a). Die Kosten für Konzipierungsprojekte werden ebenfalls nicht über den Reformpool finanziert – die aufgewendeten Personalressourcen trägt jeder Beteiligte für sich selber. Das Konzipierungsprojekt endet mit der Übergabe eines Abschlussberichts an die Geschäftsführung des Gesundheitsfonds, inklusive einer Einreichung als Reformpool-Projekt; in dieser schlagen die Antragsteller die Umsetzung des Konzepts vor. Beschließt die Gesundheitsplattform die Weiterführung der Projektarbeit, wird gemeinsam von Geschäftsführung und Projektwerber ein Realisierungsprojekt aufgesetzt (Phase 2b). Realisierungsprojekte enden ebenfalls mit der Abgabe eines Abschlussberichts, der zwingend eine Evaluierung der prognostizierten Effekte zu beinhalten hat. Angeschlossen an den Abschlussbericht wird ein „Reformpool-Vorhaben“ eingereicht, in dem der Projektwerber den Echtbetrieb vorschlägt. Unter der Voraussetzung, dass die Gesundheitsplattform die Umsetzung der Projektergebnisse in den Echtbetrieb beschließt, erfolgt eine Vorbereitung für den Start des Echtbetriebs seitens der Geschäftsführung des Gesundheitsfonds sowie des Projektverantwortlichen (Phase 3). Eine laufende Evaluierung des Echtbetriebs hat stattzufinden. Der Prozessablauf für Reformpool-Projekte in Oberösterreich sieht auf den ersten Blick kompliziert aus, bringt aber den Vorteil mit sich, dass die Projektplanung und -umsetzung durch die Einforderung von Konzepten, Zwischenberichten und Evaluierungen einem ständigen Monitoring unterworfen ist, welches sich positiv auf die finale Umsetzung in den Regelbetrieb auswirken könnte.



## Status quo der Projekte: März 2009

Die ersten Beschlussfassungen für Reformpool-Projekte in den Gesundheitsplattformen erfolgten im Jahr 2006 in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark, vgl. Tabelle 1. Im Laufe des Jahres 2007 wurden in vier weiteren Bundesländern Projekte beschlossen, ehe auch Vorarlberg als letztes Bundesland im Oktober 2007 den Beschluss zu zwei Projekten fasste. Insgesamt gibt es zurzeit 43 beschlossene Reformpool-Projekte, wobei quantitativ die Steiermark mit zehn Projekten am „aktivsten“ ist. In allen Bundesländern werden gerade Projekte durchgeführt. Eine Ausnahme stellt Kärnten dar, dort sind bereits drei

Status quo  
der Projekte:  
März 2009







Projekte abgeschlossen – zurzeit erfolgt die Ausarbeitung eines Detailkonzepts für ein Projekt namens „Ambulatorium für nuklearmedizinische Diagnostik“, welches in der nächsten Plattform-sitzung (Juni 2009) präsentiert werden soll.

Insgesamt ist festzustellen, dass sich ein Großteil der Projekte mit Integrierter Versorgung beschäftigt: Dabei handelt es sich vor allem um Disease-Management-Programme (DMP) für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 (alle Bundesländer)<sup>6</sup>, Projekte zur Versorgung von Schlaganfallpatienten (Oberösterreich, Steiermark, Tirol, Wien), von Patienten mit koronarer Herzkrankheit (Niederösterreich, Steiermark) oder nephrologischen Erkrankungen (Steiermark). Darüber hinaus gibt es auch Projekte, die sich mit Entlassungs-/Nahtstellen-/Case- und Caremanagement (Burgenland, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg, Wien) auseinandersetzen. Jener Projekttyp, der in der letzten 15a-Vereinbarung zur Finanzierung und Organisation des österreichischen Gesundheitswesens neu für mögliche Reformpool-Projekte aufgenommen wurde, nämlich Pilotprojekte zur sektorenübergreifenden Finanzierung des ambulanten Bereichs, werden zurzeit nur in der Steiermark (MR Institut Stolzalpe) durchgeführt und in Vorarlberg angedacht.

Die generelle Ausrichtung sowie die Ziele und Zielgrößen der Reformpool-Projekte gestalten sich unterschiedlich: So haben einige Projekte ausschließlich die Ambition, eine bis dato fehlende Versorgungsstruktur im Gesundheitswesen regional auf- bzw. auszubauen. Beispielsweise ist das primäre Ziel des Projekts „Kinder- und Jugendpsychiatrisches Beratungszentrum Eisenstadt“ der Aufbau eines flächendeckenden, ambulant versorgenden Systems der Kinder- und Jugendpsychiatrie für das Nordburgenland. In Kärnten wiederum ging es im Zuge eines Projekts darum, eine flächendeckende extramurale Versorgung mit Logopädinnen und Logopäden zu schaffen. Andere Projekte wiederum sind primär danach ausgerichtet, Qualitätsverbesserungen für die Patienten in Hinblick auf Gesundheitszustand und Zufriedenheit zu erzielen.

Bei derartigen Projekten ist natürlich zu hinterfragen, ob diese den Anforderungen eines reformpoolfinanzierten Projekts genügen – inwieweit sich also zum Beispiel Vorteile für das Land und die Sozialversicherung (Effizienzkriterium) ergeben oder die mengen- und kostenmäßige Bewertbarkeit des Status quo und des Status post (Evaluierbarkeit) durchzuführen ist. In Hinblick auf allokativen Effizienz würde es genügen, wenn der Saldo im extra- und intramuralen Bereich eine Einsparung ergibt, auch wenn in dem einen oder anderen Bereich zusätzliche Kosten anfallen, auch wenn dies in den Leitlinien strenger formuliert ist, indem Einsparungen sowohl für Land als auch Sozialversicherung angestrebt werden. In der Praxis scheint es in erster Linie so, dass der intramurale Sektor entlastet wird, während im extramuralen Bereich Mehrkosten anfallen. Die Entlastung im Bereich der Spitäler soll durch eine Reduktion der akut-stationären Aufnahmen und der spitalsambulanten Patienten erreicht werden. Ferner ist es Ziel einiger Projekte, die Verweildauer in den Spitälern zu reduzieren sowie Wiederaufnahmeraten zu minimieren. Freilich kann dies auch umgekehrt der Fall sein, insbesondere bei Projekten, die in der langen Frist gesundheitliche Vorteile bringen und dadurch den extramuralen Bereich um zahlreiche Arztbesuche und Medikamentenkosten pro Fall entlasten.

In zeitlicher Hinsicht brauchte der Reformpool offensichtlich eine Zeitlang, bis das Instrument überhaupt genutzt wurde. Im Jahr 2005 startete nur ein einziges Projekt, im Jahr 2006 wurden österreichweit 13 Projekte beschlossen. Das aktivste Jahr, was die Beschlussfassungen angeht, war das Jahr 2007 mit 26 Projektbeschlüssen. Im Jahr 2008 wurden hingegen nur mehr neun Projekte beschlossen, und 2009 kamen bisher nur zwei<sup>7</sup> dazu. Zusammen mit der momentanen wirtschaftlichen Entwicklung ist anzunehmen, dass daher die Reformpool-Aktivität in den nächsten Jahren eher wieder abnehmen wird. Dies ist umso bedauerlicher, als dringend Ansätze benötigt werden, um Effizienzreserven zu heben.

6 In Vorarlberg befindet sich ein DMP-Diabetes-mellitus-Typ-2-Projekt samt vorhandenem Konzept in Vorbereitung und wurde in der Plattform-sitzung Ende April 2009 beschlossen.

7 Das DMP in Vorarlberg ist von unserer Befragung noch nicht erfasst, aber hier mitgezählt.



## Reformpool- Mittel

### Reformpool-Mittel

Das budgetierte Geldvolumen für die einzelnen Reformpool-Projekte unterscheidet sich je nach Bundesland erheblich. Bis jetzt flossen in der Steiermark mit rund 17,2 Millionen Euro die meisten Reformpool-Gelder, wobei das Projekt „Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2006 bis 2008“

**Tabelle 2: Budgetierte Mittel der Reformpool-Projekte**

	Gesamt (budgetiert)	Land	Sozialver- sicherung	Sonstiger Finanzier	Laufzeit	Gesamt (budgetiert) pro Jahr	1% der intra- und extra-mura- len Mittel 2003 <sup>7)</sup>
	In Euro	In Prozent	In Prozent	In Prozent	In Monaten	In Euro	In Euro
Diabetes „Modell Burgenland“	k. A.	k.A.	k.A.	k.A.	-	-	
Dickdarmkrebsvorsorge „Burgenland gegen Dickdarmkrebs“ <sup>1)</sup>	217.526	67	0	33	80	32.629	
Kinder- und Jugendpsychiatrisches Beratungszentrum Eisenstadt	2.276.250	k.A.	k.A.	k.A.	78	350.192	
Entlassungsmanagement/Case Management	k.A.	k.A.	k.A.	k.A.	-	-	
<b>Burgenland (insgesamt)</b>	<b>2.493.776</b>	<b>k.A.</b>	<b>k.A.</b>	<b>k.A.</b>		<b>382.821</b>	<b>3.440.000</b>
Diabetiker-Schulungen	700.000	50	50	0	24	350.000	
Palliativ-Versorgungs-Konzept	767.000	100	0	0	13	708.000	
Verbesserung der Versorgung mit freiberufl. LogopädInnen	225.000	100	0	0	12	225.000	
<b>Kärnten (insgesamt)</b>	<b>1.692.000</b>	<b>79</b>	<b>21</b>	<b>0</b>		<b>1.283.000</b>	<b>9.220.000</b>
Zentrale Interdisziplinäre Aufnahmestation Horn	4.496.737	k.A.	k.A.	k.A.	24	2.248.368	
Onkologische Versorgung	352.126	k.A.	k.A.	k.A.	24	176.063	
Kardiologische Versorgung	447.410	k.A.	k.A.	k.A.	24	223.705	
DMP Diabetes mellitus Typ 2 – Therapie aktiv	722.464	k.A.	k.A.	k.A.	24	361.232	
Integrierte Hospiz- und Palliativversorgung in NÖ	6.534.488	k.A.	k.A.	k.A.	24	3.267.244	
Aufnahme- und Entlassungsmanagement	540.764	k.A.	k.A.	k.A.	24	270.382	
<b>Niederösterreich (insgesamt)<sup>2)</sup></b>	<b>13.093.989</b>	<b>k.A.</b>	<b>k.A.</b>	<b>k.A.</b>		<b>6.546.995</b>	<b>21.120.000</b>
Integrierte Versorgung Schlaganfall	2.500.000	50	50	0	60	500.000	
Diabetikerbetreuung OÖ	4.700.000	50	50	0	60	940.000	
Fit 4 life – Versorgung verhaltensauffälliger Kinder und Jugendlicher	2.400.000	65	35	0	36	800.000	
<b>Oberösterreich (insgesamt)</b>	<b>9.600.000</b>	<b>54</b>	<b>46</b>	<b>0</b>		<b>2.240.000</b>	<b>19.310.000</b>
Präoperative Befundung	144.410	50	50	0	36	48.137	
Therapie aktiv – Diabetes im Griff	493.902	40	60	0	24	246.951	
Case- und Care-Management im Tennengau	190.300	67	33	0	36	63.433	
<b>Salzburg (insgesamt)</b>	<b>828.612</b>	<b>48</b>	<b>52</b>	<b>0</b>		<b>358.521</b>	<b>7.970.000</b>
DMP „Therapie Aktiv“	3.746.600	54	46	0	30	1.498.640	
Herz.Leben	1.417.500	54	46	0	36	472.500	
Hospiz und Palliativeinrichtungen	9.469.780	54	46	0	36	3.156.593	
IV Koronare Herzkrankheit	587.000	54	46	0	38	185.368	
Nephrologische Versorgung	100.500	54	46	0	21	57.429	
NSM Großraum Graz	318.000	54	46	0	30	127.200	
IV Schlaganfall	422.500	54	46	0	31	163.548	
Rückenschmerz.ade	545.000	54	46	0	18	363.333	
TeleUlcus	297.000	54	46	0	30	118.800	
MR Stolzalpe	302.400	50	50	0	70	51.840	
<b>Steiermark (insgesamt)</b>	<b>17.206.280</b>	<b>54</b>	<b>46</b>	<b>0</b>		<b>6.195.252</b>	<b>18.400.000</b>
Heilmittel an der Schnittstelle	60.000	50	50	0	48	15.000	
Disease Management Programm-Diabetes mellitus Typ 2	95.000	50	50	0	48	23.750	
Integrierter Patientenpfad /Behandlungspfad Schlaganfall <sup>3)</sup>	270.000	37	37	26	48	67.500	
Palliativ- und Hospizversorgung Tirol	140.000	50	50	0	36	46.667	
Onkologie in der freien Praxis	15.000	50	50	0	24	7.500	
<b>Tirol (insgesamt)<sup>4)</sup></b>	<b>580.000</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>12</b>		<b>160.417</b>	<b>10.620.000</b>
Mobiles Palliativteam	494.000	70	30	0	36	164.667	
Mobile Kinderkrankenpflege <sup>5)</sup>	420.000	92	8	0	36	140.000	
Entlassungsmanagement <sup>6)</sup>	1.450.000	91	9	0	48	362.500	
<b>Vorarlberg (insgesamt)</b>	<b>2.364.000</b>	<b>87</b>	<b>13</b>	<b>0</b>		<b>667.167</b>	<b>4.630.000</b>
PIK – PatientInnenorientierte integrierte Krankenbetreuung	2.501.892	50	50	0	24	1.250.946	
AKH Kinderordination	179.683	50	50	0	12	179.683	
SMZO Versorgungsebene Allgemeinmedizin	410.239	50	50	0	12	410.239	
DMP Diabetes II	75.000	50	50	0	24	37.500	
Integrierte Versorgung Schlaganfall Phase I	906.562	50	50	0	6	906.562	
<b>Wien (insgesamt)</b>	<b>4.073.376</b>	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>0</b>		<b>2.784.930</b>	<b>35.400.000</b>
<b>Österreich (gesamt), Gesamtsummen bzw. durchschn. Laufzeit</b>	<b>51.932.033</b>				<b>34</b>	<b>20.619.102</b>	<b>130.110.000</b>

1) Sonstiger Finanzier ist die Österreichische Krebshilfe Burgenland.

2) Sämtliche Budgetwerte beziehen sich ausschließlich auf die Jahre 2007 und 2008.

3) Sonstiger Finanzier ist der Tiroler Gesundheitsfonds.

4) In den Projekten „DMP-Diabetes-mellitus-Typ-2“ und „Onkologie in der freien Praxis“ sind die ärztlichen Leistungen und Medikamentenkosten nicht im Projektbudget inkludiert.

5) In der ersten Phase (10/2007 bis 12/2008) des Projekts finanzierte die Sozialversicherung 20 % mit.

6) für Ärzte: 250.000, für Krankenpflege: 1.200.000; für Ärzte SV 50 % und Land 50 %; für Krankenpflege Land 100 %

7) Gemäß den Werten basierend auf den Leitlinien 2005.

**Anmerkungen:**

**Oberösterreich:** Für Konzeptionsprojekte werden keine Geldmittel verwendet. Die aufgewendeten Personalressourcen trägt jeder Beteiligte für sich selber. Kosten, welche für die erste Formulierung der Projektidee anfallen (z. B. Beraterkosten) hat der Projektwerber selber zu tragen und sind daher in obiger Tabelle nicht enthalten.

**Quelle:** Landesgesundheitsfonds (IHS Befragung 2009).

mit rund 56 Prozent den Großteil der Mittel in der Steiermark „verschlingt“, vgl. Tabelle 2. Bei einer Normierung der Gelder bezogen auf ein Jahr zeigt sich, dass aktuell in der Steiermark rund sechs Millionen Euro aus dem virtuellen Reformpool-Topf finanziert werden müssen. Eine Gegenüberstellung der ursprünglich maximal zur Verfügung stehenden Mittel (ein Prozent der intra- und extramuralen Ausgaben 2003) illustriert, dass auch im Falle der Steiermark lediglich

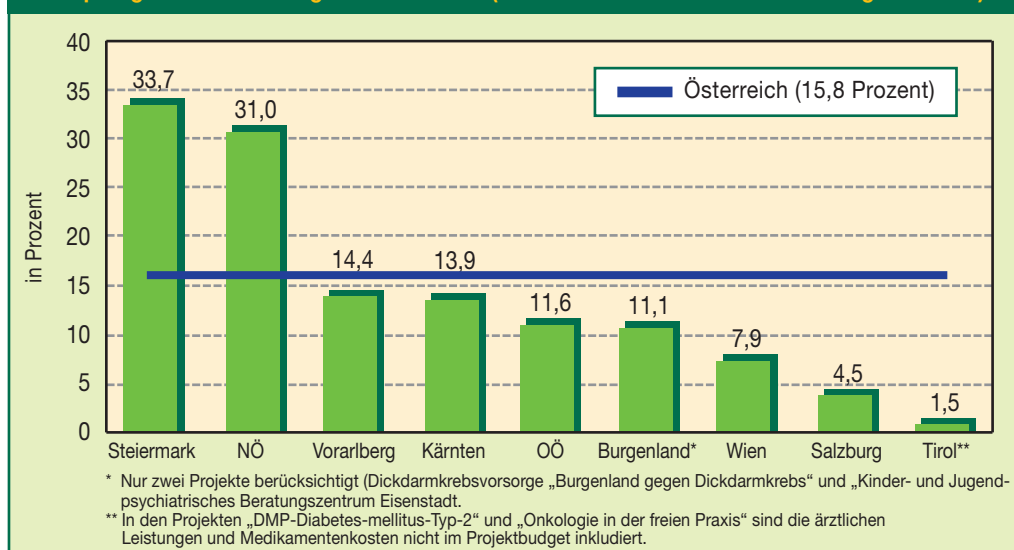




rund 34 Prozent dieser Mittel ausgeschöpft sind, vgl. Abbildung 2. In Tirol und Salzburg werden gar nur 1,5 bzw. 4,5 Prozent der angedachten Gelder für Reformpool-Aktivitäten verwendet. Der Hauptgrund, warum doch ein sehr geringes Geldvolumen für Reformpool-Projekte „in die Hand genommen wird“, ist in der generellen Konzeption des Reformpools zu suchen. Die Mittel stehen nur fakultativ und nicht dediziert für Projekte zur Verfügung, sodass der Anreiz für die Kostenträger besteht, eher wenige Projekte zu beschließen, da die Kosten im Rahmen der laufenden Budgets gedeckt werden müssen und sich diese Ausgabenpositionen durch die Projekte (anders als bei der IV-Initiative in Deutschland, siehe unten) nicht verringern. Aus Gesprächen mit potenziellen Projektwerbern wurde deutlich, dass Projekte oftmals gar nicht eingereicht werden, da die Antragsteller wissen, dass die Mittel der Landesgesundheitsfonds aufgrund der begrenzten Budgets nicht bereitgestellt werden.

In der oft asymmetrischen Verteilung der zukünftigen Lasten und Nutzen hat die derzeitige Finanzierungsform noch einen weiteren großen Nachteil, über den Kostendruck im Jetzt hinaus. Denn durch die Projektionen möglicher Einsparungen oder Mehrkosten in dem einen oder anderen Bereich wird auch die Bereitschaft beeinflusst, ein Projekt überhaupt mitzufinanzieren. Da die Mittel nicht bereits a priori für Projekte reserviert sind, besteht der Anreiz, Projekte selbst dann nicht durchzuführen, wenn sie für das gesamte Gesundheitswesen allokativer Verbesserungen brächten, weil der für die Zukunft zu erwartende Impact auf das eigene Budget negativ ist.

**Abb. 2: Durchschnittlich budgetierte Reformpool-Mittel pro Jahr, in Prozent der ursprünglich maximal vorgesehenen Mittel (1% der intra- und extramuralen Ausgaben 2003)**



Quelle: Landesgesundheitsfonds (IHS Befragung 2009).

## Andere Länder, andere Anreize: Das Beispiel Deutschland

Bereits 1989/90 gab es in Deutschland einen ersten Anlauf zur sektorenübergreifenden Versorgung, der allerdings an unüberbrückbaren Differenzen der Stakeholder, insbesondere der Ärzte und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, scheiterte. Im Jahr 1993 wurden daher zunächst Teilbereiche wie die vor- und nachstationäre Behandlung sowie ambulantes Operieren im Krankenhaus klarer geregelt (§ 115 a und b SGB V). Im Jahr 1995 forderte der damalige Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in einem Sondergutachten<sup>8</sup> nicht nur Verbesserungen im Gesetz, sondern weit umfassendere Maßnahmen zur Verbesserung der Koordination und Integration der Versorgung.

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 wurde daher versucht, dieser Forderung nachzukommen, indem die Gesetzgebung zur Integrierten Versorgung beschlossen wurde (§ 140 a-d SGB V). Das

**Andere Länder,  
andere Anreize:  
Das Beispiel  
Deutschland**

<sup>8</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung 2000. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit, Baden-Baden 1995.



Echo war jedoch sehr verhalten. Den Stakeholdern war zwar die Möglichkeit gegeben worden, die Versorgung besser zu integrieren, aber es gab aus ihrer subjektiven Sicht kaum Anreize, den Status quo zu verändern, selbst wenn dies Vorteile für den Patienten gebracht hätte. Mit der Gesundheitsreform 2004 wurde daher die zwingende Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgehoben, die sich in der Vergangenheit eher konservativ verhalten hatten, sowie das System der Anschubfinanzierung geschaffen. Jede Krankenkasse konnte zur Förderung der integrierten Versorgung jeweils Finanzmittel in Höhe von einem Prozent der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen pro Jahr einbehalten und über integrierte Versorgungsverträge ausschütten. Innerhalb von drei Jahren nicht verwendeten Finanzmittel wurden wieder der Gesamtvergütung zugeführt. Seit die gesetzlich verankerte Anschubfinanzierung zur Verfügung stand, stieg das Interesse der Akteure im Gesundheitswesen, Projekte umsetzen, stark an (Anzahl der IV-Verträge: Quartal I/2005: 613 – Quartal IV/2008: 6183; Vergütungsvolumen: Quartal I/2005: 237 Millionen Euro – Quartal IV/2008: 803 Millionen Euro).<sup>9</sup>

Die Dotierungsvorgabe des Reformpools ähnelt auf den ersten Blick dem deutschen System der Anschubfinanzierung. Allerdings sind die Anreize in Deutschland gänzlich anders. Zum einen liegen die Mittel sowohl für den extra- als auch den intramuralen Bereich bei den Kassen, es gibt also nicht zwei getrennte Finanziere, die von Projekten in unterschiedlichem Maße betroffen sein können und daher unterschiedliche Interessen verfolgen. Zweitens haben die Kassen das Recht, diese Mittel aus den herkömmlichen Verträgen zu kürzen: Es galt ja bisher im niedergelassenen Bereich der Einheitliche Bewertungsmaßstab, also Relativgewichte für ärztliche Leistungen, auf die ein fixes (und dann eben gekürztes) Budget verteilt wurde. Ähnliches betraf die Zielbudgets im intramuralen Bereich. Sowohl niedergelassene Ärzte als auch Spitäler waren also durch die deutsche Anschubfinanzierung dazu angehalten, das „verlorene“ Geld durch Ausarbeitung und Teilnahme an integrierten Versorgungsverträgen wieder „hereinzuholen“, ein Mechanismus, der in Österreich nicht greifen kann.

Freilich hat die deutsche Anschubfinanzierung nicht ausschließlich vorbildliche Projekte hervorgebracht.<sup>10</sup> Gerade die deutschen Kassen haben im Wettbewerb zudem auch ein Interesse, marketingwirksame Programme ungeachtet ihres Patientennutzens anbieten zu können. Jedoch ist zu überlegen, ob die Vielfalt an Projekten nicht notwendig war, um auch neue Herangehensweisen hervorzuheben. Mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung zu Beginn des Jahres 2009 wird ohnehin die Übernahme in die Regelfinanzierung viele Verträge wieder auflösen und zu einer Bereinigung führen. Allerdings sind nachhaltige Ideen wie beispielsweise das Projekt „Gesundes Kinzigtal“<sup>11</sup> entstanden, die für Deutschland, aber auch Österreich interessante Anknüpfungspunkte liefern können.

## **Einsparungspotenziale**

Wie schon zuvor erwähnt steht bei einigen Projekten nicht eine potenzielle Kostenersparnis, sondern primär eine Qualitäts- und Versorgungsverbesserung im Mittelpunkt. Die aktuelle Befragung zeigt auch, dass nicht in allen Bundesländern dezidiert zu erwartende Einsparungspotenziale aufgrund der Reformpool-Projekte berechnet wurden – im Burgenland, in Tirol und in Vorarlberg wurden keine derartigen Berechnungen durchgeführt. In Niederösterreich ergeben sich Einsparungspotenziale für die Jahre 2006 und 2007 bei drei von sechs Projekten; es sind dies die Projekte „Interdisziplinäre Aufnahmestation Horn“ (rund zwei Millionen Euro), Kardiologische Versorgung (rund 71.000 Euro) und Aufnahme- und Entlassungsmanagement (rund 23.000 Euro). Bei den übrigen Projekten in Niederösterreich wurde in den beiden Startjahren ein Verlust verzeichnet, wobei laut aktueller Prognoserechnung sich positive Effekte ab den Jahren 2009 („DMP Diabetes mellitus Typ 2“) bzw. 2010 („Integrierte Hospiz- und Palliativversorgung in NÖ“) einstellen. In Oberösterreich wird beim Projekt „Diabetikerbetreuung Oberösterreich“ von einem Einsparungspotential von rund 900.000 Euro jährlich ausgegangen, beim

9 Quartalsberichte der Registrierungsstelle nach §140d.

10 Wir wollen uns hier auf die Unterschiede in der Anreizwirkung beschränken. Eine ausführlichere Diskussion der Vor- und Nachteile des deutschen Programms würde den Rahmen an dieser Stelle sprengen.

11 Nähere Informationen auf der Website [www.gesundes-kinzigtal.de](http://www.gesundes-kinzigtal.de)







Projekt „Fit for Life“ von rund 1,4 Millionen Euro pro Jahr. In Wien konnte ein Einsparungspotenzial für die Projekte „PIK – Patientenorientierte integrierte Krankenbetreuung“ (rund 1,1 Millionen Euro für 2008), „DMP Diabetes mellitus Typ 2“ (rund 220.000 Euro für 2009), „AKH Kinderordination“ (rund 14.000 Euro) und „SMZO Versorgungsebene Allgemeinmedizin“ (rund 10.000 Euro) identifiziert werden. Das Projekt „Integrierte Versorgung Schlaganfall Phase I“ weist kein Einsparungspotenzial auf. In der Steiermark wurden bei fünf von neun Projekten Einsparungsmöglichkeiten quantifiziert. Das Projekt „Hospiz- und Palliativeinrichtungen 2006 bis 2008“ soll Einsparungen bis zu 10 Millionen Euro über die gesamte Projektlaufzeit bringen, „Herz.leben“ rund 1,4 Millionen Euro, „Nephrologische Versorgung“ rund 400.000 Euro, „Nahtstellenmanagement Großraum Graz“ rund 370.000 und „IV Schlaganfall“ rund 195.000 Euro. Es bleibt abzuwarten, inwieweit sich diese Abschätzungen in den Evaluierungsberichten der einzelnen Projekte wiederfinden.

Grundsätzlich ist der Versuch, bei Unterversorgung Verbesserungen zu schaffen, durchaus sinnvoll. Allerdings besteht die Gefahr, dass anders als konzipiert Reformpool-Mittel nicht zur Steigerung der allokativen Effizienz eingesetzt werden, weil für Projekte, in denen Einsparungen nicht angedacht sind, die Beteiligten leichter zu gewinnen sind. Umgekehrt kann dies jedoch dazu führen, dass insgesamt nur relativ wenige Reformpool-Projekte durchgeführt bzw. Mittel bereitgestellt werden, wenn für die Zahler keine monetären Vorteile zu erkennen sind.

## Erste Evaluierungsergebnisse

In einigen Bundesländern haben noch keine (Zwischen-)Evaluierungen der Projekte stattgefunden, so im Burgenland, in Salzburg und in Tirol. In allen anderen Bundesländern wurde bereits begonnen zu evaluieren bzw. stehen auch schon erste Evaluierungsergebnisse – zum Teil auch in Berichtsform – zur Verfügung. Folgend seien exemplarisch einige (Zwischen-)Evaluierungsergebnisse präsentiert:

Mit Beginn des Jahres 2008 erfolgte in **Niederösterreich** der Startschuss für die ersten Evaluierungen von Reformpool-Projekten. Für alle Projekte (mit Ausnahme des Projekts „Onkologische Versorgung“<sup>12</sup>) liegen bereits erste (Zwischen-)Evaluierungsberichte vor:

Im Zuge der Evaluierung des Projekts „Interdisziplinäre Aufnahmestation Horn“ wurde im Landeskrankenhaus Waldviertel Horn-Allentsteig eine deutliche Reduktion der Belagstage sowie der Aufnahmen festgestellt. Zudem konnte in den umliegenden Krankenhäusern aufgrund der Wirksamkeit der interdisziplinären Aufnahmestation kein Nachfrageanstieg beobachtet werden. Im extramuralen Bereich kam es bei Allgemeinmedizinerinnen zu einem Absinken der Inanspruchnahme, bei niedergelassenen Internisten, Neurologen und Radiologen hingegen erhöhten sich Frequenz und Kosten. Die ökonomische Bewertung der Wirksamkeit der interdisziplinären Aufnahmestation erfolgte mit den beiden Rechenmodellen „Reformpool-Manager“<sup>13</sup> und „AHB-200“<sup>14</sup> und wies gesamtökonomische Einsparungen von rund 1,4 Mio. Euro für das Jahr 2006 und rund 900.000 Euro für das Jahr 2007 aus. Somit lagen die Einsparungen insgesamt mit rund 2,4 Millionen Euro sogar über den Erwartungen von rund zwei Millionen Euro. Die durchgeführte Patientenbefragung zeigte eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot; 95 Prozent der Befragten würden die Aufnahmestation weiterempfehlen. Die zuweisenden niedergelassenen Ärzte schätzen sowohl Qualität als auch Umfang der in der interdisziplinären Aufnahmestation erbrachten Leistungen als „eher gut“ bzw. „sehr gut“ ein. Gleichzeitig gaben auch drei Viertel der befragten Ärzte an, keine negativen wirtschaftlichen Auswirkungen durch die interdisziplinäre Aufnahmestation zu verspüren.

Für das Projekt „Integrierte Hospiz- und Palliativversorgung in Niederösterreich“ zeigt der Zwischenevaluierungsbericht, dass aus gegenwärtiger Sicht der gesamtökonomische Nutzen eindeutig erzielbar ist. Es wird davon ausgegangen, dass das Gesamtprojekt mit dem Jahr 2012 positiv bilanziert, sprich die kumulierten Synergien die kumulierten Kosten übersteigen. Die neu

12 Aufgrund der geringen Anzahl an in das Projekt eingeschriebenen Patienten wurde das Projekt nicht evaluiert, sondern wird im 1. Halbjahr 2009 neu aufgesetzt.

13 Siehe Abschnitt „Controllinginstrument Reformpool-Manager“.

14 Dient zur ökonomischen Bewertung von Belagstageeinsparungen.



geschaffenen Strukturen finden bei den Betroffenen sowie den Angehörigen breite Zustimmung. Im Bundesland **Oberösterreich** fanden für die beiden Projekte „Integrierte Versorgung Schlaganfall“ sowie „Diabetikerbetreuung OÖ“ erste Zwischenevaluierungen statt:<sup>15</sup> Die Zwischenevaluierung des Projekts „Integrierte Versorgung Schlaganfall“ (Mai 2008) gliederte sich grundsätzlich in zwei Teilevaluierungen:<sup>16</sup> zum einen in eine Ergebnisevaluierung und zum anderen in eine Prozessevaluierung. Im Zuge der Ergebnisevaluierung wurden Abrechnungsdaten aus dem stationären Bereich (LKF-Daten) und Daten einer projektinternen Onlinedatenbank für den fortlaufenden Vergleich der Schlaganfallentwicklung bei den Patienten herangezogen; weiters wurden unter Zuhilfenahme der im Projekt erhobenen Daten die Outcome-relevanten Prozessgrößen gesucht.<sup>17</sup> Im Fokus der Prozessevaluierung, die mit Hilfe qualitativer Interviews<sup>18</sup> erfolgte, stand die Umsetzung von Maßnahmen.

Im Rahmen der Ergebnisevaluierung erfolgte eine Analyse der Veränderung von bestimmten Zielvariablen während des Projektzeitraums (LKF-Daten): Als Indikatoren wurden die Prozessgrößen „Durchführung einer Thrombolyse“, „Zahl der durchlaufenen Abteilungen bis zur Stroke Unit“ und „Kodierung“ und als Outcomeparameter wird die Krankenhaussterblichkeit herangezogen. Zur Identifikation der Outcome-relevanten Prozessgrößen wurde die relative Zustandsverbesserung<sup>19</sup> verwendet, wobei als Einflussvariable im Wesentlichen die Transportzeit, Übergabequalität durch die Rettung, Aviso durch die Rettung, Bildgebung, Dauer bis zur ersten Bildgebung, Lyse, Zahl der Komplikationen sowie demografische Patientendaten (Alter, Geschlecht, Diagnose) berücksichtigt wurden.

Im bisherigen Projektverlauf zeigten sich ein leichtes – statistisch nicht signifikantes – Absinken der Mortalität, eine Zunahme der Behandlungen an Stroke Units sowie eine Verbesserung der Codierqualität. Ein Einfluss auf die stationäre Verweildauer konnte bis dato nicht festgestellt werden. Mit Hilfe der Onlinedaten konnte bestätigt werden, dass sowohl Alter als auch Multimorbidität bei der Aufnahme die Determinanten für Behandlungserfolge bilden. Als wesentliche Einflussgrößen im stationären Bereich wurden die Durchführung einer Thrombolyse und die Anzahl der Komplikationen identifiziert.

Die Prozessevaluierung zeigt, dass – im stationären Bereich sowie im Bereich der Krankentransporte – mit dem Projekt Chancen bezüglich schnittstellenübergreifender und interdisziplinärer Zusammenarbeit verbunden werden. Durch Information und Aufklärung, über gezielte Medienkampagnen und Informationsveranstaltungen zum Thema Schlaganfall und die Dokumentation im Zuge des Projekts wurde laut Angaben der Projektleitung auch die Bewusstseinsbildung in der Bevölkerung und der medizinischen Versorgungslandschaft stark angestoßen. Durch regelmäßige Datenrückspiegelungen an die Prozesspartner soll eine Steigerung der Avisoquote bei Schlaganfallpatienten erzielt werden, zur Verbesserung der spitalsinternen Abläufe sollen Ergebnisberichte an die Schlaganfallverantwortlichen übermittelt werden.

Im Zuge der Evaluierung des Projekts wurde folgender Handlungsbedarf offengelegt: Die Gespräche mit den Prozesspartnern zeigten, dass – insbesondere bei den dokumentierenden und behandelnden Ärzten – laufender Informationsbedarf über die Maßnahmen, deren Umsetzung und den Projektfortschritt besteht. Die Interviews im Rahmen der Prozessevaluierung hatten laut Projektleitung auf das Projekt unterstützende Wirkung, da auch jene dokumentierenden Ärzte, die bislang weniger in das Projekt eingebunden waren, aber trotzdem mit Maßnahmen konfrontiert waren, die Gelegenheit hatten, ihre Anregungen zu deponieren. Ziel ist im Weiteren mit Hilfe von speziellen Maßnahmen, wie beispielsweise einer Dokumentationshonorierung und Datenprüfung, die Qualität der erhobenen Daten weiter zu steigern und den Prozesspartnern bestmögliche Datengrundlagen für eine interdisziplinäre und fächerübergreifende Kom-

15 Wir bedanken uns insbesondere bei den Projektleitern Herrn Andreas Eckschlager (Integrierte Versorgung Schlaganfall) und Frau DI Birgit Otruba (Diabetikerbetreuung OÖ), beide von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, für die Informationen bezüglich der Projektevaluierungen.

16 Das Evaluierungskonzept für das Projekt „Integrierte Versorgung Schlaganfall“ wurde in Zusammenarbeit mit der Johannes Kepler Universität (JKU) Linz erstellt; die Durchführung der Evaluierung erfolgte durch das Institut für Soziologie (JKU).

17 Bei der Ergebnisevaluierung wurden im Zuge der Primär- und Sekundärdatenanalyse multivariate Analyseverfahren eingesetzt.

18 Die qualitativen Interviews basierten auf einer Inhaltsanalyse.

19 Gemessen mit Hilfe des Barthel-Index (B) und des Rankin Scale (RS).





munikation zu liefern. Generell kann festgehalten werden, dass sich der Großteil der Verantwortlichen der beteiligten Einrichtungen klar zur Qualitätssicherung in der Schlaganfallbehandlung bekennt.

Der Zwischenevaluierungszeitraum für das Projekt „Diabetikerbetreuung OÖ“ erstreckte sich vom 2. Quartal 2006 bis zum 4. Quartal 2007; die Evaluierung konnte Ende September 2008 abgeschlossen werden. Es wurden all jene Patienten erfasst, die in diesem Zeitraum in die strukturierte Diabetesbetreuung aufgenommen wurden und mindestens drei Quartale „durchlebten“ (Verumgruppe). Als vergleichbare Kontrollgruppe wurde eine Stichprobe aus der Grundgesamtheit der Diabetiker in Oberösterreich herangezogen. Für jeden extramuralen Kostenbereich (ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe/Hilfsmittel, Krankentransporte) sowie für Arbeitsunfähigkeit (Krankengeld) erfolgte die Berechnung der durchschnittlichen Kosten je Quartal; im intramuralen Bereich wurden neben den Kosten auch Aufenthalte und Belagstage ausgewertet. Die Kennzahlen der Verumgruppe wurden einerseits im Vergleich zur Kontrollgruppe und andererseits über die Zeit (nach Aufnahme in die Betreuung) mit Hilfe statistischer Tests analysiert. Als Datenbasis diente im extramuralen Bereich die Folgekostendatenbank (FOKO) der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, im intramuralen Sektor wurden LKF-Daten des Landesgesundheitsfonds Oberösterreich verwendet. Um den Datenschutz zu gewährleisten, erfolgte eine Anonymisierung.

In der Gesamtkostendarstellung konnte ein leichter Vorteil der Verumgruppe gegenüber der Kontrollgruppe festgestellt werden. Absolut betrachtet lagen die Kosten der Verumgruppe um 12 Euro (pro Patient und Quartal) unter jenen der Kontrollgruppe; diese Differenz konnte während der Betreuung auf 49 Euro erhöht werden. Intramural stiegen die Kosten während der Betreuung in der Kontrollgruppe deutlicher an; auch das Niveau der Kontrollgruppe lag höher als in der Verumgruppe. Die Analyse der wichtigsten medizinischen Parameter zeigt, dass in der Verumgruppe nach einem Jahr der Betreuung nahezu bei allen Kennzahlen (z. B. BMI, Cholesterin etc.) eine leichte Verbesserung eingetreten ist. Für die nächste Evaluierung des Projekts – geplant 2010 – wird zurzeit das Evaluierungskonzept überarbeitet.

In **Vorarlberg** liegen seit Oktober 2008 für die beiden Projekte „Mobile Kinderkrankenpflege“ und „Mobiles Palliativteam“ erste Zwischenevaluierungsberichte vor:

Grundlage des Zwischenberichts zur mobilen Kinderkrankenpflege sind die vom Projektträger (Connexia – Gesellschaft für Gesundheit und Pflege GmbH) übermittelten Dokumentationen sowie Ergebnisse einer Befragung der Eltern der betreuten Kinder und zuweisenden bzw. behandelnden Ärzte. Die Befragung und Auswertung der Daten wurde von der Geschäftsstelle des Landesgesundheitsfonds Vorarlberg durchgeführt. Die Analysen der Grunddaten beziehen sich auf den Zeitraum Oktober 2007 bis August 2008, jene der Leistungen der mobilen Kinderkrankenpflege auf den Zeitraum Dezember 2007 bis August 2008. Einige Evaluierungsergebnisse seien an dieser Stelle kurz zusammengefasst:<sup>20</sup>

- ◆ Es wurde von einem jährlichen Bedarf der zu betreuenden Kinder in Vorarlberg von 45 bis 60 Kindern ausgegangen; diese Bedarfseinschätzung kann mit 53 betreuten Kindern in elf Monaten als richtig klassifiziert werden. Hauptindikation für die Betreuung durch die mobile Kinderkrankenpflege stellt die Versorgung von Frühgeborenen und von Kindern mit genetischen Erkrankungen dar.
- ◆ Im Beobachtungszeitraum führte die mobile Kinderkrankenpflege 1.444 Einsätze durch, wobei knapp 80 Prozent Hausbesuche darstellten. Laut Konzept der mobilen Kinderkrankenpflege soll sich das Projekt auf ganz Vorarlberg beziehen; tatsächlich lag der Schwerpunkt der Herkunft der betreuten Kinder in der nördlichen Landeshälfte.
- ◆ Nach Einschätzung der betreuenden diplomierten Kinderkrankenschwestern konnte in mehr als drei Vierteln der Fälle durch die Versorgung der mobilen Kinderkrankenpflege eine frühere Entlassung aus dem Spital erreicht werden bzw. in etwas mehr als der Hälfte der Fälle ein Spitalsambulanzenbesuch verhindert werden. Bei 20 abgeschlossenen Betreuungen wurde eine Vermeidung von durchschnittlich 11,2 Krankenhaustagen pro betreutes Kind errechnet.

20 Vgl. Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg: Mobile Kinderkrankenpflege, Zwischenbericht für den Zeitraum Oktober 2007 bis August 2008, Oktober 2008.



- ◆ Der prognostizierte Stundenaufwand der mobilen Kinderkrankenpflege wurde nur leicht überschritten. Rund die Hälfte des Zeitaufwandes fällt in den Bereich der Grundpflege und der medizinischen Pflege sowie jeweils ein Viertel auf begleitende Maßnahmen und Wegzeiten. Im Durchschnitt wurde jedes Kind rund einmal pro Woche etwa eine Stunde betreut.
- ◆ Insgesamt wurden im Zuge der Evaluierung 28 zuweisende bzw. behandelnde Ärzte<sup>21</sup> interviewt, wobei rund die Hälfte aus dem niedergelassenen Bereich und die andere Hälfte aus dem Spitalsbereich kam. Zusammenfassend lässt sich aufgrund der Erhebung festhalten, dass die befragten Ärzte die mobile Kinderkrankenpflege als durchwegs sehr wertvoll und positiv beurteilen und eine Weiterführung befürworten.
- ◆ Die Befragung der 22 Elternpaare zeigt insbesondere, dass bei der Bewertung der Unterstützung und der Entlastung durch die mobile Kinderkrankenpflege sehr gute Werte erzielt wurden. Als noch verbesserungsfähig wurden die Anzahl und Dauer der Hausbesuche genannt; auch die Information im Spital über die mobile Kinderkrankenpflege und die dortige Entlassungsvorbereitung könnten umfassender sein.

Auch für das Projekt „Mobiles Palliativteam“ liegt ein erster Zwischenevaluierungsbericht vor. Datenbasis ist die vom Projektträger (Caritas) dem Landesgesundheitsfonds übermittelte Dokumentation. Zusammenfassend lässt sich festhalten:<sup>22</sup>

- ◆ Die angestrebte Betreuungsfrequenz von etwa 100 Patienten konnte im Beobachtungszeitraum (fünf Monate) mit rund 30 Patienten nicht erreicht werden.<sup>23</sup> Nach Auskunft der Projektleitung hielt sich das Palliativteam mit Einsätzen vor Ort bewusst zurück und setzte insbesondere auf telefonischen Support. Aufgrund der vorliegenden Daten kann jedoch noch von Leistungsreserven ausgegangen werden.
- ◆ Bezüglich der Ziele, betreffend die Senkung der durchschnittlichen Belagsdauer von Patienten der Palliativstation des LKH Hohenems, die außerhalb des stationären Aufenthalts eine Betreuung durch das Palliativteam erfahren, die Reduktion bzw. Vermeidung von stationären Wiederaufnahmen und Ein-Tages-Aufenthalten sowie das Sterben zu Hause, wird im Zwischenbericht aufgrund noch fehlender Daten keine Aussage getroffen.
- ◆ Das Projektziel, ein gewisses Ausmaß an Schulungs- und Informationsveranstaltungen abzuhalten, konnte im Untersuchungszeitraum erfüllt werden. Abzuwarten ist, ob durch die Steigerung des Bekanntheitsgrades des mobilen Palliativteams die Nachfrage nach spezifisch medizinischen Veranstaltungen (z. B. Schmerzpumpenschulungen) steigen wird.
- ◆ Entgegen den festgelegten Rahmenbedingungen, dass die Leistungen des Palliativteams in erster Linie nur von den niedergelassenen Ärzten und Hauskranken- bzw. Heimpflegepersonal abgerufen werden, erfolgte die Mehrzahl der Anfragen direkt durch die Angehörigen der Patienten und durch den Patienten selbst (rund 44 Prozent).<sup>24</sup> Etwa die Hälfte dieser Anfragen hatte einen Patientenkontakt des Palliativteams zur Folge.
- ◆ Über 80 Prozent der Anfragen betrafen die Kernaufgaben des Palliativteams, nämlich die Unterstützung und Beratung im medizinischen und pflegerischen Bereich. Sowohl Einsätze mit als auch ohne Patientenkontakt stiegen seit April 2008 an, sodass davon auszugehen ist, dass sich die Inanspruchnahme des Palliativteams mit Fortdauer des Projekts noch erhöhen wird. Rund 62 Prozent der Patienten waren/sind von einer onkologischen Erkrankung betroffen.
- ◆ Laut Dokumentation des Palliativteams konnten die Hauptziele des Reformpool-Projekts, nämlich die Lebens- und Betreuungsqualität von Palliativpatienten<sup>25</sup> zu verbessern und die Palliativstationen in Spitälern<sup>26</sup> zu entlasten, erreicht werden.

Vor Überführung des Projekts „Hospiz- und Palliativversorgung“ in die Regelfinanzierung wur-

21 Fachärzte für Kinder- und Jugendheilkunde bzw. Ärzte in Ausbildung zum Facharzt.

22 Vgl. Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg: Mobiles Palliativteam, Zwischenbericht für den Zeitraum Februar bis Juni 2008, Oktober 2008.

23 Ziel ist, pro Jahr etwa 240 Patienten zu betreuen.

24 Grund dafür ist laut Projektleitung der Umstand, dass in vielen Fällen ein Spital, ein niedergelassener Arzt oder die Hauskrankenpflege die Angehörigen an das Palliativteam verwiesen hat.

25 Bei knapp 47 Prozent der Patienten konnte eine Symptomlinderung vor Ort erzielt werden.

26 Bei rund 17 Prozent der Patienten konnte eine Akutaufnahme in ein Spital verhindert werden, bei rund einem Fünftel konnte der Übergang von stationärer zu ambulanter Behandlung unterstützt werden.





de in der **Steiermark** durch Joanneum Research eine Evaluierung der finanziellen Verschiebungspotentiale der mobilen Palliativteams am Beispiel Graz durchgeführt:<sup>27</sup> In einer retrospektiven Untersuchung wurde anhand anonymisierter Daten des mobilen Palliativteams das Inanspruchnahmeverhalten der betreuten Patienten in den letzten beiden Lebensmonaten analysiert. Etwas mehr als die Hälfte der mobil Betreuten nahmen Leistungen mehr als 30 Tage in Anspruch; nur etwas mehr als jeder Vierte der Betreuten wurde länger als 60 Tage mobil betreut. Weiters standen sowohl Verrechnungsdaten der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse als auch die stationären Aufenthalts- und Abrechnungsdaten zur Verfügung, wobei mit Hilfe eines *matched-pair*-Verfahrens aus den stationären Daten Patienten mit gleichen Charakteristika (Altersverteilung, Geschlecht, Primärdiagnose beim letzten stationären Aufenthalt) gezogen wurden. In der Folge konnte eine Vergleichsgruppe zur Berechnung monetärer Nettoeffekte dargestellt werden. Es zeigte sich, dass die mobile Palliativbetreuung in den letzten beiden Monaten kostenneutral gegenüber der primär stationär stattfindenden Palliativbetreuung ist – geringe Kostenreduktionen wurden als nicht signifikant ausgewiesen. Insgesamt zeigt sich, dass in erster Linie der stationäre Sektor und als Kostenträger damit der Gesundheitsfonds entlastet wird, wohingegen die soziale Krankenversicherung eher mit höheren Kosten rechnen muss. Aufgrund nicht verfügbarer Daten konnten qualitative Faktoren der mobilen Palliativbetreuung nicht analysiert werden.

Seit August 2008 liegt auch der Abschlussbericht für das Schulungsprojekt in **Kärnten** für Typ-2-Diabetiker vor:<sup>28</sup> Bis Juni 2008 wurden im Zuge dieses Projekts 2.033 Patienten erstgeschult, wobei es für rund 760 Patienten auch Follow-up-Dokumentationen gibt – im Gefolge der Nachschulung, vereinbarungsgemäß sechs Monate nach der Ersts Schulung. Tatsächlich erfolgte die Nachschulung im Mittel nach 8,1 Monaten; die Nachschulungsrate nach zwölf Monaten (inklusive sechs Monate Toleranzzeit) reduzierte sich kontinuierlich auf rund 40 Prozent. Insgesamt bieten 31 Einrichtungen (primär niedergelassene Ärzte) Schulungen in allen politischen Bezirken Kärntens an. Auffallend ist, dass betreffend der teilnehmenden Einrichtungen eine hohe Fluktuation festzustellen ist: Lediglich neun Einrichtungen der früheren Projektjahre boten wieder Schulungen an, 17 Schulungsstandorte haben sich zur Gänze zurückgezogen. Die Ursachen hierfür sind nicht bekannt. Die Versorgungsrate in den einzelnen Bezirken weist eine hohe Streuung auf: Im Bezirk Völkermarkt wurden knapp 20 Prozent der geschätzten potenziell Schulbaren erreicht, im Bezirk St. Veit an der Glan lediglich zehn Prozent.<sup>29</sup> Der Evaluierungsbericht konstatiert leider auch, dass es im letzten Projektjahr zu einer Qualitätsreduktion der übermittelten Dokumentationen gekommen ist, nachdem zu Beginn ein hohes Qualitätsniveau der Daten festgestellt worden war. Hinsichtlich der medizinischen Ergebnisse aus den Follow-up-Untersuchungen zeigt sich beispielsweise, dass die Baselinecharakteristik der erstgeschulten Patienten jener in anderen Bundesländern entspricht und es zu einer Verbesserung in der Einstellung bei allen Stoffwechselfparametern kam. Defizite zeigten sich in der Rate der Augen- und Fußuntersuchungen, sodass eine neuerliche Schulung der Ärzte empfohlen wurde.

Die von uns gesichteten Evaluierungsberichte stellen gleichzeitig eine große Bandbreite dar, was die Qualität der Evaluierung betrifft. Während einige Projekte eine sehr professionelle Operationalisierung der Projektvariablen vornehmen und sehr transparent darlegen, welche Ergebnisse das Projekt erbracht hat, bleiben andere vergleichsweise einfach in ihrer Darstellung und statistischen Auswertung. Ohne eine gute (begleitende) Evaluierung ist es jedoch schwer, über die Sinnhaftigkeit einer Übernahme in die Regelfinanzierung zu entscheiden. Es stellt sich außerdem die Frage, inwieweit mangelnde Evaluierung nicht auch Ergebnis mangelnder Operationalisierung während des Projektverlaufs ist. Hier wären Verbesserungen in der Projektsteuerung angebracht.

27 Vgl. Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH, Institut für medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement: Mobiles Palliativteam Graz, im Auftrag des Gesundheitsfonds Steiermark, Graz, April 2008.

28 Vgl. Joanneum Research Forschungsgesellschaft mbH, Institut für medizinische Systemtechnik und Gesundheitsmanagement: Kärntner Schulungsprojekt für Typ-2-Diabetiker, im Auftrag der Kärntner Gebietskrankenkasse, August 2008.

29 Es werden jedoch auch in den Spitälern Wolfsberg, Klagenfurt, St. Veit an der Glan und Hermagor Schulungen angeboten, die nicht im Rahmen dieses Projekts erfolgen, sodass in diesen Bezirken die Schulungs-/Versorgungsrate höher sein dürfte.



## Regelbetrieb/Regelfinanzierung

### Regelbetrieb/Regelfinanzierung

Übergeordnetes Ziel nach Abschluss eines Reformpool-Projekts und positiver Evaluierung ist die Überleitung der Maßnahmen und Aktivitäten in eine Regelfinanzierung. Darunter ist eine Finanzierungslösung zu verstehen, die unabhängig von der Mittelbereitstellung über den Reformpool, beispielsweise über das Land oder die Sozialversicherung, erfolgt. Neu dazu in den Leitlinien der Bundesgesundheitsagentur aus dem Jahre 2008 ist, dass schon im Zuge des Evaluierungskonzepts auch eine Darstellung einer allfälligen Übergangsförderung erfolgen soll.

**Tabelle 3: Überlegungen zur Überleitung der Projekte in den Regelbetrieb/die Regelfinanzierung**

<b>Burgenland</b>	Bei allen vier Projekten im Burgenland ist ein etwaiger Regelbetrieb bzw. eine Regelfinanzierung noch offen, da alle Projekte noch laufen.
<b>Kärnten</b>	Bei allen drei Kärntner Projekten ist ein Regelbetrieb/eine Regelfinanzierung beabsichtigt. Im Falle der Diabetiker-Schulungen ist eine Kostenteilung je zur Hälfte durch Land und Sozialversicherung vorgesehen. Beim Palliativ-Versorgung-Konzept werden die gesamten Kosten vom Kärntner Gesundheitsfonds (KGF) getragen und im Zuge des Projekts zur Versorgung mit freiberuflichen LogopädInnen hat die Kärntner Gebietskrankenkasse (KGKK) acht Kassenverträge für freiberuflich tätige LogopädInnen ausgeschrieben.
<b>Niederösterreich</b>	Derzeit ist ein Entscheidungsfindungsprozess im Gange, wie mit den Reformpool-Projekten weiter vorgegangen werden soll. Eine Entscheidung soll bis zum Ende des 1. Halbjahres 2009 getroffen werden.
<b>Oberösterreich*</b>	Bzgl. des Projekts „IV Schlaganfall“ gab es in der Gesundheitsplattform OÖ keine Beschlüsse hinsichtlich Echtbetrieb und Regelfinanzierung; eine Fortführung mit Fokus auf Evaluierung und Datenqualität wurde festgelegt. Das Projekt „Diabetikerbetreuung OÖ“ soll in den Regelbetrieb übergeführt werden, wobei die Finanzierung über die Sozialversicherung erfolgt. Für einige (Konzipierungs-)Projekte gibt es zum Teil Konzepte, für andere ist die Überleitung in den Regelbetrieb noch offen.
<b>Salzburg</b>	Bei allen drei Projekten in Salzburg ist ein etwaiger Regelbetrieb/eine Regelfinanzierung noch offen, da alle Projekte noch laufen.
<b>Steiermark</b>	Für das Projekt „Hospiz- und Palliativversorgung“ wird die Regelfinanzierung so aussehen, dass das Land bzw. der Gesundheitsfonds sämtliche Kosten der mobilen Palliativteams und der Palliativkonsiliardienste übernimmt und der sozialen Krankenversicherung je mobil betreuten Patienten einen gewissen Betrag überweist. Die Hospize werden ausschließlich durch den Fonds bezahlt, da es sich hier um den Sozial/Pflegebereich handelt. Weiters ist ein Regelbetrieb/eine Regelfinanzierung für die beiden Projekte „IV Koronare Herzkrankheit“ und „IV Schlaganfall“ geplant. Für das DMP „Therapie Aktiv“ ist ein Regelbetrieb/eine Regelfinanzierung noch offen. Für die Projekte „Herz.Leben“ und das „NSM Großraum Graz“ ist kein Regelbetrieb/keine Regelfinanzierung vorgesehen. Beim Projekt „Nephrologische Versorgung“ werden die im Endbericht vorgeschlagenen Umsetzungsschritte in nächster Zukunft diskutiert und finanziell bewertet.
<b>Tirol</b>	Bei den Projekten „Heilmittel an der Schnittstelle“ und „DMP Diabetes mellitus Typ 2“ ist ein Regelbetrieb finanziert durch die Krankenversicherungsträger vorgesehen, bei „Onkologie in der freien Praxis“ hingegen noch offen. Bei den Projekten „Integrierter Patienten-/Behandlungspfad Schlaganfall“ und „Palliativ- und Hospizversorgung Tirol“ ist keine Überleitung in einen Regelbetrieb/Regelfinanzierung vorgesehen; es wird primär eine Strukturverbesserung beabsichtigt.
<b>Vorarlberg</b>	In Vorarlberg soll das Projekt „Mobile Kinderkrankenpflege“ in den Regelbetrieb übergeführt werden; das Projekt wird bis Ende 2011 fortgeführt, zunächst mit Kostenaufteilung zwischen Land und Sozialversicherung, dann mit ausschließlicher Finanzierung durch das Land. Bei den Projekten „Mobiles Palliativteam“ und „Entlassungsmanagement“ ist ein Regelbetrieb/eine Regelfinanzierung noch offen.
<b>Wien</b>	Dazu gibt es noch keine Aussagen und Überlegungen zur Umsetzung.

\* Bezüglich der Überführungen in einen Regelbetrieb soll im Jahr 2009 eine grundsätzliche Einigung zwischen Land und Sozialversicherung erfolgen, welche in weiterer Folge auf alle Reformpool-Projekte angewendet wird.

Quelle: Landesgesundheitsfonds (IHS-Befragung 2009).

Tabelle 3 zeigt, dass in den wenigsten Fällen schon Überlegungen bezüglich eines Regelbetriebes einer Regelfinanzierung im Anschluss an den Abschluss der Projekte und der Evaluierungen stattgefunden haben. Zum einen liegt dies nach Auskunft der Gesundheitsplattformen daran, dass die Projekte noch im Laufen sind, eine Evaluierung noch ausständig ist und somit eine Fortführung der Programme und Aktivitäten noch unklar ist. Zum anderen besteht auch die Ver-





pflichtung einer Darstellung der Übergangsförderung im Evaluierungskonzept erst seit der letzten Leitlinienrevision, sodass augenscheinlich derartige Überlegungen bei Projekteinreichungen vor 2008 hintangestellt wurden. Dies ist insofern bedauerlich, als die Projekte nicht Selbstzweck sind und nach Projektlaufzeit einfach enden sollten. Überlegungen zur Regelförderung wären daher auch ohne entsprechende Vorgaben sinnvoll und wünschenswert gewesen.

## **Controllinginstrument Reformpool-Manager**

Um das Controlling und die Evaluierung wie in den Leitlinien vorgegeben zu erleichtern, wurde im Rahmen eines Projekts mit Beginn Juli 2006 das EDV-Tool „Reformpool-Manager“ entwickelt, welches seit Herbst 2007 zur Verfügung steht. Daran beteiligt waren die Niederösterreichische und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, der NÖGUS und der Oberösterreichische Gesundheitsfonds sowie der Hauptverband der Sozialversicherungsträger. Das Tool wurde eigens für die Abwicklung von Reformpool-Projekten und in Hinblick auf deren Erfordernisse entwickelt. Das webbasierte Programm besteht aus den drei Modulen „Planung“, „Monitoring“ und „Berichtswesen“.

Diesen Modulen können Datenbankinhalte aus LEICON, FOKO und den Gesundheitsfonds, aber auch weiter nicht vordefinierte Inhalte hinterlegt werden. Auch die demografisch-geografische Struktur und deren Entwicklung ist implementiert. Auf dieser Basis können im Planungsmodul für den geografischen Wirkungsbereich die Projektelemente qualitativ und quantitativ definiert und abgebildet sowie deren Entwicklung prognostiziert werden. Zu jeder Maßnahme werden dabei die Akteure und deren betroffene Leistungen angegeben (z. B. DMP-Diabetes-mellitus-II-Betreuung/Facharzt für Augenheilkunde/Augenhintergrunduntersuchung), sowohl aus vorgegebenen Positionen wie auch frei definiert. Zusätzlich werden die administrativen Projektkosten angegeben. Im Monitoring-Modul werden die Ist-Werte eingegeben und mit den Soll-Werten und deren Projektionen aus der Planung abgeglichen, sodass ein Eingriffsnotwendigkeit jederzeit erkannt werden kann. Das Berichtswesen stellt eine Reihe von Auswertungen dar, die im Rahmen der Planung und des Managements hilfreich sind, wie Break-Even-Analyse und Kapitalwertberechnung.

Neben diesen Funktionalitäten gibt es auch über unterschiedliche Berechtigungen und die Webbasierung die Möglichkeit, standortunabhängig anderen Personen Informationszugriff zu gewähren, was bei der Implementierung ähnlicher Projekte in einem anderen Bundesland sinnvoll sein kann.

Aus unserer Sicht<sup>30</sup> ist der Reformpool-Manager ein guter Ansatz, ein standardisiertes Planungs-, Controlling- und Berichtswesen für die Reformpool-Projekte aller Bundesländer zu erreichen. Die Zugänglichkeit zum Tool und seine Handhabbarkeit sind hinreichend einfach. Der Nutzen besteht weiters darin, dass die Projektverantwortlichen „gezwungen“ sind, ihre Projektziele zu operationalisieren und gemäß den Grundsätzen des Projektmanagements in einzelne Elemente zu strukturieren. An sich ist das Tool sehr ausgereift. Erweiterungsmöglichkeiten sehen wir vor allem darin, dass im quantitativen Bereich nicht nur mit bloßen Kostengrößen, sondern auch mit Nutzwerten oder monetär bewertetem Nutzen gearbeitet werden kann.

## **Erfahrungsaustausch mit anderen Bundesländern**

Wie schon zuvor erwähnt, gibt es in mehreren Bundesländern gleich oder ähnlich ausgerichtete Projekte. Es liegt daher nahe, sich die Frage zu stellen, ob es zwischen den einzelnen Bundesländern Kooperationen gibt oder ein Erfahrungsaustausch stattfindet. Durch funktionierende Informationsflüsse könnten so beispielsweise in der Vorbereitung der Projekte Zeit und Kosten gespart, mögliche Problemfelder identifiziert und aus den Erfahrungen gelernt werden. Im Rahmen des DMP „Therapie Aktiv“<sup>31</sup> für Diabetes mellitus Typ 2 gibt es zwischen

**Controlling-  
instrument  
Reformpool-  
Manager**

**Erfahrungsaustausch mit  
anderen  
Bundesländern**

30 Wir danken den Projektverantwortlichen in der NÖGKK (Mag. (FH) Martin Robausch) und der OÖGKK (Ing. Mag. Udo Feyerl) für die Demonstration des Programms.

31 Vgl. <http://diabetes.therapie-aktiv.at/>



einzelnen Bundesländern Kontakte und Informationsaustausch. Auch im Zuge der Projekte zur Integrierten Versorgung Schlaganfall findet ein Erfahrungsaustausch statt, zum Beispiel zwischen Nieder- und Oberösterreich, der Steiermark und Wien.

Einen Erfahrungsaustausch gibt es auch im Bereich der präoperativen Diagnostik (Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg) sowie beim Projekt „Heilmittel an der Schnittstelle“ zwischen Tirol und Vorarlberg. Diese Kontakte sind zweifellos sinnvoll, weil leider in der Konzeption des Reformpools zwar der Informationsaustausch, aber nicht von vornherein eine Zusammenarbeit vorgesehen ist, sodass die Gefahr besteht, „das Rad neu zu erfinden“. Darüber hinaus wäre es in einigen Fällen vielleicht sinnvoller, wenn zunächst auf bundeslandübergreifender Ebene „templates“ entwickelt würden, die dann in den Bundesländern nur angepasst werden, sodass ein Teil der Fixkosten nur einmal anfällt. Im derzeitigen System besteht die Gefahr, dass aufgrund der Kosten, die ein Projekt verursacht, die Bereitschaft sinkt, diese Erkenntnisse anderen kostenlos zugänglich zu machen. Die Abstimmung und Zusammenarbeit bei den Diabetes-mellitus-Projekten kann als Positivbeispiel hervorgehoben werden und könnte als Vorbild für andere Bereiche dienen.

### **Fazit**

#### **Fazit**

Die bisherige Aktivität in Sachen Reformpool ist sehr differenziert zu betrachten. Nach einem zögerlichen Beginn in den Jahren 2005 und 2006 erfuhr der Reformpool 2007 einen Aufschwung, der aber schon wieder abzuflauen droht. In der Steiermark beispielsweise wurden Reformpool-Projekte als eine Chance betrachtet die Zusammenarbeit zwischen Land und Sozialversicherung zu forcieren und das Leistungsgeschehen zu verändern. Daher wurden zu Beginn viele Projekte gestartet, trotz zum Teil mangelnder Vorbereitung. Die geplanten Termine konnten oft nicht eingehalten werden und wurden daher verlängert. In der Steiermark werden nach Auskunft des Gesundheitsfonds in absehbarer Zukunft vermutlich keine neuen klassischen Reformpool-Projekte beschlossen werden. Es bestehen große Unterschiede zwischen den Bundesländern, was ihre Aktivität betrifft, insgesamt werden aber, die Ein-Prozent-Vorgabe zugrundegelegt, nur rund 16 Prozent der möglichen Mittel aufgewendet.

Inhaltlich befinden sich einige sehr interessante Projekte in Abwicklung oder sind bereits abgeschlossen. Insgesamt spielt aber offenbar das Effizienzkriterium eine untergeordnete Rolle, sodass auf Kostenseite nur wenig Bewegung zu erwarten sein wird. Das zentrale Ziel, die allokativen Effizienz zu erhöhen, wurde durch den Reformpool in seiner derzeitigen Ausgestaltung bisher nicht erreicht. Zu wenige Überlegungen finden auch in Hinblick auf die Übernahme in die Regelfinanzierung statt. Der Evaluierung und dem Projektcontrolling wird oft zu wenig Augenmerk geschenkt, und es ist bedauerlich, dass der Reformpool-Manager noch keine weitere Verbreitung gefunden hat.

Die größten Probleme des Reformpools sehen wir in seiner Anreizstruktur. Für die Kostenträger stellen die Projekte Zusatzbelastungen zum laufenden Budget dar, sodass die Dotierung im Zweifelsfall niedriger ausfällt. Hinzu kommt, dass Land und Sozialversicherung teilweise gegenläufige Interessen haben, sodass insgesamt sinnvolle Projekte am mangelnden Interesse der einen oder anderen Seite scheitern können. Für die Leistungsanbieter wiederum besteht eher ein Interesse an Projekten, die in Richtung höheren Ressourcenverbrauchs gehen. Alle drei Aspekte sehen wir im deutschen System der Anschubfinanzierung zur integrierten Versorgung besser gelöst. Zudem wäre eine umfassendere, institutionalisierte Zusammenarbeit sinnvoller als die bloße Vorgabe zum Informationsaustausch zwischen den Landesgesundheitsfonds.

Erfreulich ist, dass trotz der aus unserer Sicht reformbedürftigen Struktur des Reformpools einige sehr interessante Projekte entstanden sind, und die vielfach verlangte Transparenz in der Verwendung öffentlicher Mittel von den Landesgesundheitsfonds im Rahmen unserer Untersuchung auch gelebt wurde.

