

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Jahresbericht 2018



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger
Jahresbericht 2018



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

IMPRESSUM

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Haidingergasse 1 | 1030 Wien
www.hauptverband.at

Konzept und Produktion | Öffentlichkeitsarbeit HVB, Astrid Kleber

Grafik | Heinzle&Partner, Markus Mair

Fotos | Lisi Specht

Druck | Ferdinand Berger GmbH | 3580 Horn

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen im Jahresbericht 2018
gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Mai 2019

INHALTSVERZEICHNIS

Der Hauptverband	04
Vorwort	06
Grundsatz- und Rechtsangelegenheiten	09
Grundsatzangelegenheiten	10
Rechtsangelegenheiten	15
PR und Kommunikation	18
Unsere Vertragspartner	23
Ärzte	24
Medikamente	29
Weitere Vertragspartner	33
Leistungen für Versicherte	37
Gesundheitsförderung und Prävention	38
Leistungs-, Versicherungs- und Beitragswesen	44
Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung	48
Internationale und Europäische Angelegenheiten der Sozialversicherung	54
Der Hauptverband in Zahlen	59
Finanz- und Rechnungswesen	60
Trägerübergreifendes Controlling	63
Statistik und Business Intelligence	66
Unsere Mitarbeiter/-innen	71
Lehrlingsausbildung, Akademie, Personal und Dienstrecht	72
Gebäudemanagement	78
IT-Management und EDV-Organisation	81

Der Hauptverband

Die österreichische Sozialversicherung wird seit ihrer Errichtung – mit Ausnahme der Zeit von 1939 bis 1947 – nach dem Prinzip der Selbstverwaltung durchgeführt. Selbstverwaltung bedeutet, dass der Staat bestimmte ihm obliegende Verwaltungsaufgaben jenen Personengruppen überträgt, die daran ein unmittelbares Interesse haben. Aus Vertreterinnen und Vertretern dieser Personengruppen sind Verwaltungskörper zu bilden, denen die dem Staat gegenüber weisungsfreie Durchführung des betreffenden Verwaltungsbereichs obliegt. Die Selbstverwaltungsgremien des Hauptverbandes sind:

Trägerkonferenz

Die Trägerkonferenz besteht aus den Obfrauen und Obmännern und dem ersten Stellvertreter der Versicherungsträger sowie drei Seniorenvertretern. So werden die einzelnen Sozialversicherungsträger in die Selbstverwaltung des Hauptverbandes eingebunden.

Die Trägerkonferenz ist das rechtsetzende Organ des Hauptverbandes. Ihr obliegt die Beschlussfassung über

- den Jahresvoranschlag (Budgetrecht),
- den Jahresbericht (bestehend aus dem Rechnungsabschluss und den statistischen Nachweisungen),
- die Satzung, die Mustersatzung, die Musterkrankenordnung und die Mustergeschäftsordnung,
- Richtlinien,
- die Zielsteuerung zur Koordinierung des Verwaltungshandelns der Sozialversicherungsträger,
- ein Leitbild für den Hauptverband.

Verbandsvorstand

Der Verbandsvorstand besteht aus 12 Mitgliedern, die von der Trägerkonferenz über Vorschlag der Interessensvertretungen entsandt werden. Er umfasst:

6 Dienstnehmervertreter

- 5 Mitglieder werden von der Bundesarbeitskammer aus dem Kreis der Dienstnehmer vorgeschlagen
- 1 Mitglied wird von der Gewerkschaft Öffentlicher Dienst vorgeschlagen

6 Dienstgebervetreter

- 5 Mitglieder werden von der Wirtschaftskammer Österreich aus dem Kreis der Dienstgeber vorgeschlagen
- 1 Mitglied wird von der Präsidentenkonferenz der Landwirtschaftskammern Österreichs („Landwirtschaftskammer Österreich“) vorgeschlagen

Der Verbandsvorstand ist das geschäftsführende Organ des Hauptverbandes. Ihm obliegt

- die Wahrnehmung aller Aufgaben, die nicht ausdrücklich der Trägerkonferenz übertragen sind, sowie
- die Vertretung des Hauptverbandes nach außen.

Die Amtsdauer der Verwaltungskörper beim Hauptverband dauert jeweils vier Jahre.

Verbandsmanagement

Das Verbandsmanagement besteht aus dem/der leitenden Angestellten und seinen/ihren höchstens drei Stellvertretern/Stellvertreterinnen. Diese werden vom Verbandsvorstand im Wege einer öffentlichen Stellenausschreibung nach dem Stellenbesetzungsgesetz für eine Funktionsdauer von vier Jahren bestellt. Das Verbandsmanagement führt die Geschäfte des Büros. Es ist an die Weisungen des Verbandsvorstands gebunden und hat diesem regelmäßig zu berichten.

Beratendes Organ des Hauptverbandes

Beirat

Beim Hauptverband ist ein Beirat eingerichtet, der die Anliegen der Versichertengemeinschaft und der Leistungsbezieher wahrnehmen soll. Durch die Einrichtung der Beiräte soll auch im Bereich der Dachorganisation das Ziel einer versichertennahen Verwaltung sichergestellt werden.

Der Beirat setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

einem Vorsitzenden und zwei Vorsitzenden-Stellvertretern, die vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz auf Vorschlag der drei mitgliederstärksten im Bundes-seniorenbeirat vertretenen Seniorenorganisationen zu entsenden sind; einem Vorsitzenden-Stellvertreter, der vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz auf Vorschlag des Bundesbehindertenbeirates zu entsenden ist, und den Vorsitzenden der Beiräte jener Versicherungsträger, die in der Trägerkonferenz vertreten sind.

Der Beirat kann in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung seine Anhörung verlangen. In der Beiratssitzung beschlossene Anträge und Stellungnahmen können im zuständigen Verwaltungskörper eingebracht werden.

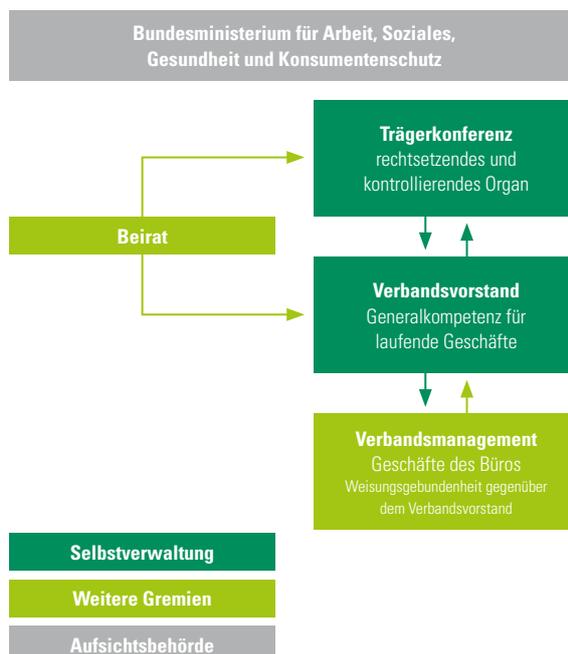
Vertreter des Beirates sind berechtigt, an den Sitzungen der Verwaltungskörper mit beratender Stimme teilzunehmen. Der Beirat hat mindestens einmal jährlich zusammenzutreten. Die Sitzung ist vom Vorsitzenden des Beirates einzuberufen.



Verbandsvorstand des HVB (v. l. n. r.): stv. Vorsitzender Bernhard Achitz, Vorsitzender Alexander Biach, stv. Vorsitzender Martin Schaffenrath



Verbandsmanagement des HVB (v. l. n. r.): Bernhard Wurzer, Josef Probst, Volker Schörghofer, Alexander Hagenauer



Dr. Alexander Biach
Verbandsvorsitzender

Dr. Josef Probst
Generaldirektor



“ Wir bedanken uns ganz besonders bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, aber auch bei unseren Vertragspartnern für ihr Engagement.

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

2018 war für den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein aufregendes und arbeitsreiches Jahr. Die Diskussion um die Neuorganisation der Sozialversicherung und die geplante Übernahme der Beitragsprüfung durch das Finanzministerium haben sämtliche Fachabteilungen gefordert.

Gemeinsam konnten wir einzelne Punkte im Reformvorhaben der Bundesregierung in eine bessere Richtung lenken. Bereits am Weg vom Begutachtungsentwurf zur Regierungsvorlage ist es uns gelungen, zwei hoheitliche Aufgaben zum künftigen Dachverband zurückzuholen: Die Abteilung Vertragspartner Medikamente und die Abteilung für internationale Angelegenheiten werden auch in Zukunft im neuen Dachverband angesiedelt sein. Auch anstelle einer siebenfachen Rotation der Selbstverwaltung konnte eine kontinuierliche Führung in fünf Jahren durchgesetzt werden.

Die Übernahme der Beitragsprüfung durch die Finanzverwaltung wurde im Dezember 2018 im Nationalrat beschlossen und ist am 1. Jänner 2019 in Kraft getreten.

Die Diskussionen waren nicht immer einfach. Medienberichte über Privilegien in der Sozialversicherung konnten durch einen raschen Faktencheck entkräftet werden. Mit mehreren Rechtsgutachten wurde der verfassungsrechtlich definierte Rahmen der Selbstverwaltung ausgeleuchtet und gezeigt, dass der Gesetzgeber hier nicht unreflektiert eingreifen sollte.

Am 15. November 2018 haben wir – trotz allem oder gerade deswegen – unser 70-jähriges Gründungsjubiläum gefeiert. In der Festveranstaltung durften wir zu unserer Überraschung und Freude von Hans-Horst Konkolewsky, dem Generalsekretär der IVSS, der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit, die Ehrenmedaille und -urkunde für herausragende Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit entgegennehmen. Erstmals bekam eine Institution diese Auszeichnung. Ein schönes Geburtstagsgeschenk! Konkolewsky lobte die österreichische Sozialversicherungsorganisation als weltweit vorbildlich und äußerte sich zum bevorstehenden Eingriff des Gesetzgebers verwundert. Es sei schon schwer zu verstehen, warum man etwas, das so gut funktioniert, in Frage stellt, so der IVSS-Generalsekretär vor Journalisten.

Die Erfolge 2018, die Sie in diesem Jahresbericht nachlesen können, zeigen, dass die Expertise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauptverbandes auch in Zukunft notwendig ist, um das exzellente System der sozialen Sicherheit weiterzuentwickeln: für die in Österreich lebenden Menschen.

Alexander Biach
Vorstandsvorsitzender

Josef Probst
Generaldirektor

Timeline

● Jänner

- **Gesundheitsreform**
Umsetzung der ersten Maßnahmen zur 2. Zielsteuerungsperiode
- **Leistungsharmonisierung**
Gleicher Beitrag für gleiche Leistung – Etappe 2
- **CT- und MR-Untersuchungen**
Wartezeiten verkürzt
- **Regelung für Arzneimittelspezialitäten außerhalb des EKO**
EU-Durchschnittspreis als Preisobergrenze

● Februar

- **Online-Serviceportal MeineSV**
60 digitale Versicherungsservices und Apps
- **Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche**
aus dem Rahmen-Pharmavertrag
- **Rollout der e-Medikation**
in Kassenordinationen und Apotheken

● März

- **Behindertensport bewegt!**
Österreichtour mit Informations- und Bewegungstagen
- **Modernste Krebsbehandlung**
Kapazitäten und Einsatzgebiete bei MedAustron erweitert

● April

- **Kinder-Rehabilitation**
Selbstbehalte für Begleitpersonen abgeschafft

● Mai

- **Schule als rauchfreies Vorbild**
Sozialversicherung fördert Tabakprävention in Schulen

● Juni

- **Bewegt im Park**
Kostenloses Bewegungsprogramm geht in den Regelbetrieb
- **Stärkung der Selbsthilfe**
Umsetzung des Förderkonzepts für Selbsthilfeorganisationen
- **Förderung der Lehrpraxen**
als Stärkung der hausärztlichen Versorgung
- **Ausbau der Psychotherapie**
als Sachleistungsversorgung

● Juli

- **Kostenlose professionelle Mundhygiene**
für Kinder und Jugendliche

● August

- **Teambasierte Primärversorgung**
Weiterer Ausbau von Primärversorgungszentren und -netzwerken

● September

- **Leistungsharmonisierung**
Gleicher Beitrag für gleiche Leistung – Etappe 3

● Oktober

- **e-Learning der Sozialversicherung**
für psychiatrische Basisfertigkeiten für Hausärzte
- **Pilotprojekt Jugendgesundheits-Coaches**
Peer Education unter Schülern

● November

- **Kinder- und Jugendgesundheits-symposium**
Inklusion von Kindern mit chronischen Krankheiten
- **70 Jahre Hauptverband**
Jubiläumsbuch zur Geschichte der Sozialversicherung

● Dezember

- **Pilotprojekt 1450 – die telefonische Gesundheitsberatung**
Abgeschlossen. Rollout entwickelt
- **Monatliche Beitragsgrundlagenmeldung**
Startklar für die Umsetzung

01

Grundsatz- und Rechtsangelegenheiten

- // Grundsatzangelegenheiten
- // Rechtsangelegenheiten
- // PR und Kommunikation

Grundsatz-angelegenheiten | GSA

Zu den Kernaufgaben der Abteilung für Grundsatzangelegenheiten (GSA) zählen die Koordination der Gesundheitsreform, die Zusammenarbeit mit der Wissenschaft und die daraus abgeleitete Ausarbeitung von strategischen Positionen, die Konzeptentwicklung und die Koordination von Maßnahmen zur Effizienzsteigerung und Sicherung der langfristigen Finanzierbarkeit, die systematische Analyse von Leistungsentwicklungen in der Sozialversicherung und die Organisation von Veranstaltungen.

Gesundheitsreform

Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021

Wie schon in den vergangenen Jahren hat der Hauptverband bei der Umsetzung der Gesundheitsreform und deren Weiterentwicklung im Jahr 2018 eine wichtige Rolle eingenommen. Nachdem sich die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung im Jahr 2017 mit dem Zielsteuerungsvertrag zur Fortführung der partnerschaftlichen und wirkungsorientierten Zusammenarbeit im Rahmen der Gesundheitsreform bekannt haben, war das Jahr 2018 von der Umsetzung der ersten Maßnahmen der 2. Zielsteuerungsperiode geprägt.

Die Abteilung GSA hat in Zusammenarbeit mit den Trägern und den Fachabteilungen des Hauptverbandes wesentlich an der Umsetzung des Bundes-Jahresarbeitsprogramms 2018 mitgewirkt. In der Fachgruppe Versorgungsstrukturen konnte die Sozialversicherung unter wesentlicher Beteiligung der Abteilung GSA gestaltend mitwirken: Beispielsweise wurde ein Konzept zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin finalisiert, ein Monitoring der Ärztezahlen etabliert, eine Analyse der Sachleistungsversorgung auf Schiene gebracht, eine gemeinsame Sicht auf die verfügbaren Gesundheitsdaten vorbereitet, eine gemeinsame Sichtweise zur Umsetzung der Versorgungsaufträge entwickelt, die Kompetenz-

profile für das Kernteam in der Primärversorgung abgestimmt und neue Evaluierungsstandards für die Primärversorgung vereinbart. Die SV-interne Abstimmung erfolgte durch die Abteilung GSA. Ebenso war die inhaltliche Vorbereitung sowie die SV-interne Koordination im Vorfeld der gesetzlichen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere für den Ständigen Koordinierungsausschuss und die Bundes-Zielsteuerungskommission, ein wesentliches Arbeitsfeld der Abteilung. Eine zentrale Aufgabe war dabei die Sicherstellung des Informationsflusses innerhalb der Sozialversicherung. Zu diesem Zweck stand die Servicestelle Gesundheitsreform den Trägern als Ansprechpartner zur Verfügung. Die Vertretung des Hauptverbandes in den Gesundheitsplattformen der Länder wurde von den Abteilungen GSA und Vertragspartner Spitäler gemeinsam wahrgenommen.



Erfolgsprojekte der Zielsteuerung-Gesundheit

Competence Center

Auch im Jahr 2018 konnten die drei Competence Center Integrierte Versorgung, Transportwesen und Heilbehelfe/Hilfsmittel positiv über die vorgesehenen Projekte und den laufenden Betrieb bilanzieren. Die Rolle der Abteilung GSA dabei ist, sowohl die Abstimmungsprozesse mit den Verwaltungsgremien zu koordinieren als auch sicherzustellen, dass das erarbeitete Wissen in den relevanten Prozessen, u. a. der Gesundheitsreform, zur Anwendung kommt.

Deutsch-österreichische Zukunftswerkstatt

Am 25. und 26. September 2018 trafen sich die Spitzen der Sozialversicherungen aus Österreich und Deutschland zu einem Austausch über aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen. Die Deutsch-österreichische Zukunftswerkstatt findet traditionsgemäß alle zwei Jahre alternierend in Deutschland und Österreich statt. Im Jahr 2018 hat die Steiermärkische Gebietskrankenkasse die Ausrichtung der Tagung in Kooperation mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger übernommen. Im Mittelpunkt der Gespräche stand die Neuausrichtung der Selbstverwaltungen in beiden Ländern.

Sachleistungsversorgung

Um die Grundsätze der Sachleistungsversorgung der Sozialversicherung als Ziel für zukünftiges Handeln klar zu definieren, wurde ein Leitbild erarbeitet. Fünf finale Ziele wurden definiert, bestehend aus den primären Zielen von Gesundheitssystemen – bessere Gesundheit, Kundenzufriedenheit und Schutz vor finanziellem Risiko – erweitert um die Komponenten Nachhaltigkeit und Verantwortung der Sozialversicherung für die soziale Sicherheit als Grundlage der Demokratie. Unter Einbindung der Träger wurden für priorisierte Themenbereiche, in denen im Vorjahr Einschränkungen in der Sachleistungsversorgung festgestellt wurden, Maßnahmen definiert, um diese Einschränkungen zu beheben.

Sozialstaatsenquete

Die in Kooperation mit dem WIFO veranstaltete Sozialstaatsenquete hat sich 2018 mit dem Thema „Selbstverwaltung als Governance-Modell der Zukunft?“ befasst. Zu dem hochaktuellen und komplexen Thema sprachen Professoren aus Deutschland und Österreich sowie der stellvertretende Direktor der Europavertretung der Deutschen Sozialversicherung in Brüssel, Dr. Günter Danner. Dieser vertrat die Ansicht, ein selbstverwaltetes System durch ein staatliches zu ersetzen, wäre, als würde man einen Mercedes wegschmeißen, um sich stattdessen einen Dacia zu kaufen. „Spätestens bei der ersten Urlaubsreise gibt das eine Enttäuschung.“

Die Veranstaltung erfreute sich eines breiten, positiven medialen Echos. Damit konnte das Bewusstsein für die Bedeutung der Selbstverwaltung für das österreichische Sozialsystem, deren Funktionsweise und Vorteile gestärkt werden. „Unser Ziel als Selbstverwaltung im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist es, für die in Österreich lebenden Menschen ein leistungsfähiges, finanzier-

Die Zielsteuerung-Gesundheit ermöglicht uns die Überwindung von Grenzen zwischen den Gesundheitssystempartnern Bund, Länder und Sozialversicherung – eine der größten Herausforderungen unserer Gesundheitspolitik.

Mag. Gerhard Kropik
Hauptverband, Abteilung GSA



Dr. Rainer Thomas
Hauptverband, Direktor

Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann
Geschäftsführer der GÖG
(Gesundheit Österreich GmbH)



“ Der Hauptverband ist ein verlässlicher Partner in der Gesundheitsreform, der mit viel Engagement und Fachkenntnis an der stetigen Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne der Versicherten arbeitet.

bares und solidarisches Sozialversicherungssystem zu erhalten und auszubauen, damit exzellente Versorgung nachhaltig sichergestellt wird“, so Dr. Alexander Biach bei der Pressekonferenz.

Gesundheits-App MedBusters

Die kostenfreie Gesundheits-App MedBusters bündelt evidenzbasierte und somit unabhängige, verständliche und wissenschaftlich fundierte Gesundheitsinformationen in einer mobilen Anwendung. Auf diese Art und Weise wird eine Hilfestellung für die vielen verschiedenen und oftmals unübersichtlichen oder auch falschen medizinischen Informationen angeboten. Entwickelt wurde die App in Kooperation mit dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und dem Projekt *medizin-transparent.at* der Cochrane-Österreich-Zweigstelle an der Donau-Universität Krems. Ziel ist es, Nutzer auf ihrem Weg zu informierten Gesundheitsentscheidungen zu unterstützen und somit ihre Gesundheitskompetenz zu stärken. Im Jahr 2018 wurde die App neu gestaltet und ein dritter Kooperationspartner – IGeL Monitor – hinzugewonnen. Mit einem Release der Version 2.0 ist im zweiten Quartal 2019 zu rechnen.

Förderung der Selbsthilfe

Im Jahr 2016 wurde die Bereitstellung von einer Million Euro pro Jahr zur Förderung der Selbsthilfe beschlossen. In einem partizipativen Prozess unter Beteiligung von Vertretern der Selbsthilfeorganisationen, des Gesundheitsministeriums und des Fonds Gesundes Österreich wurde im Jahr 2017 ein Konzept zur Stärkung der Selbsthilfe erarbeitet, das die Strukturen der Selbsthilfe auf Bundesebene unterstützen soll. Erstmals gibt es eine Förderung für themenspezifische Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene. Zudem wurden eine Förderschiene für den neu gegründeten Bundesverband sowie zusätzliche Förderungen zur Stärkung der regionalen und lokalen Selbsthilfestrukturen etabliert, die 2018 erstmalig ausgeschüttet wurden.

Mit der Einrichtung der Österreichischen Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS) wurde eine Unterstützungsstelle auf Bundesebene geschaffen, die ihre Serviceangebote bedarfsgerecht an der Zielgruppe themenbezogener bundesweiter Selbsthilfeorganisationen ausrichtet.

SV erleben

Um den Versicherten bereits im Schulalter die Sozialversicherung näherzubringen wurde 2018 das Projekt „SV erleben“ in Kooperation mit dem Institut für Wirtschaftspädagogik der WU Wien gestartet. Ziel des Projekts ist die Erstellung von Unterrichtsmaterialien über die Sozialversicherung für die Sekundarstufe 1 und 2. Zusätzlich wurde eine interaktive Webseite mit den Inhalten der Unterrichtsmodule gestaltet. Die Inhalte dieses Kooperationsprojekts werden auch im neu gestalteten Medienraum des Hauptverbandes in der Kundmanngasse zur Anwendung kommen.

Internationale Foren

Bei den Gesundheitsgesprächen des Europäischen Forums Alpbach, die 2018 zum Thema Diversität und Resilienz stattfanden, wurde vom Hauptverband eine Partner-Session unter dem Titel „Disruptive Innovationen im Gesundheits- und Pflegebereich“ veranstaltet. Dabei wurden konkrete Best-Practice-Beispiele zu neuen Technologien und unkonventionellen Denkansätzen zur Verbesserung eines niederschweligen Zugangs im Gesundheits- und Pflegebereich diskutiert. Hierzu zählt etwa eine App zur Unterstützung der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen. Beim European Health Forum Gastein lautete das Jahresthema „Health and sustainable development – bold political choices for Agenda 2030“. Vor diesem Hintergrund organisierte der Hauptverband in Kooperation mit der European Social Insurance Platform (ESIP) und dem belgischen National Institute of Health and Disability Insurance (NIHDI) eine Session zum Thema „Innovative medicines for the good of all – new business models in research funding and cooperation“. Gemeinsam mit europäischen Experten wurde diskutiert, welche neuen Modelle es beim Einsatz öffentlicher EU-Forschungsförderung, insbesondere im Bereich der Entwicklung leistbarer, innovativer Medikamente, in Zukunft braucht.

Wissenschaftskooperationen

Der Hauptverband betreibt Forschung auf dem Gebiet der sozialen Sicherheit, erstellt Gutachten und gibt Stellungnahmen in wichtigen grundsätzlichen Fragen der Sozialversicherung ab. Damit folgt der Hauptverband nicht nur seinem gesetzlichen Auftrag (§ 31 Abs. Z 3 und Z 4 ASVG), sondern trägt auch zur Entwicklung einer evidenzbasierten Entscheidungskultur bei. Im Rahmen der Forschungskooperationen werden wissenschaftliche Grundlagen erarbeitet und Forschungsfragen verschiedenster Disziplinen beantwortet. Die Koordination und inhaltliche Begleitung erfolgt durch die Abteilung GSA. Die Schwerpunktsetzung erfolgt dabei nach strategischen Gesichtspunkten und leitet sich aus den Balanced-Scorecard-Zielen des Hauptverbandes, der Zielsteuerung-Gesundheit und zentralen gesellschaftlichen Zukunftsthemen ab. Einen wesentlichen Bestandteil der Forschungsarbeiten bildet die Veröffentlichung der Ergebnisse, damit diese in einem wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs wirksam werden können.

Derzeitige Kooperationen im Überblick

Institut für Höhere Studien

Jährliche Summer School „Vienna Healthcare Lectures“ und Auftragsarbeiten zu Versorgungsforschung

Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment

HTA-Berichte zu ausgewählten Themen sowie Grundlagenarbeit zur Weiterentwicklung von Health Technology Assessment

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

Beratung, Entwicklung und Evaluation von Gesundheit im Betrieb, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheit im Alter, Wissenschaft und Forschung, Gesundheitskompetenz und Suchtprävention

Verein für Konsumenteninformation

Systematisches Nachvollziehen von Patientenerfahrungen im Gesundheitssystem

Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung

Jährliche Sozialstaatsenquete sowie Auftragsarbeiten zur sozialen Sicherheit durch angewandte empirische Wirtschaftsforschung

Med Uni Graz – Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

Jährliches Symposium zur Primärversorgung, Auftragsforschung zur Allgemeinmedizin und zur Qualität der medizinischen Versorgung

Universität Salzburg – Fachbereich Arbeits- und Sozialrecht; WissensNetzwerk Recht, Wirtschaft und Arbeitswelt

Jährliche Rechtstagung zu relevanten Fragestellungen als Unterstützung zur Umsetzung der Gesundheitsreform

SV-Wissenschaft – Forschung & Lehre der österreichischen Sozialversicherung

Auftragsarbeiten zu rechtlichen Fragestellungen und Gutachten als Unterstützung der Gesundheitsreform

Zentrum für Reform-Implementierung im Sozial- und Gesundheitswesen am Management Center Innsbruck

Stiftungsprofessur für Innovation im Sozial- und Gesundheitswesen. Nationale und internationale Analysen zum Thema Reformarbeit sowie Empfehlungen für das österreichische Sozial- und Gesundheitssystem. Ausbildung künftiger Fachkräfte

Aufbau der Abteilung Health Economics and Policy an der Wirtschaftsuniversität Wien

Stiftungsprofessur. Angewandte und Grundlagenforschung im Bereich Gesundheitsökonomie als unabhängige Unterstützung für gesundheitspolitische Entscheidungen. Ausbildung künftiger Fachkräfte

Rechtsangelegenheiten

Zu den Kernaufgaben der Abteilung zählen legislative Angelegenheiten, allgemeine Rechtsangelegenheiten und Stellungnahmen sowie amtliche Verlautbarungen im Internet und die Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts.

Agenden der Sozialversicherung auf den Weg gebracht

Der überwiegende Teil der Arbeiten der Abteilung betraf allgemeine Rechtsangelegenheiten, wie etwa Rechtsschutzgewährung an Versicherungsträger, Amtshilfe, Datenschutz, Vergaberechtsangelegenheiten und die Befassung mit Verfahren vor dem Verfassungs- und Verwaltungsgerichtshof. Verfahrensgegenstand waren neben allgemein-sozialrechtlichen Fragestellungen insbesondere vergaberechtliche Themen.

Einen Schwerpunkt der Tätigkeiten bildete die Fortführung einer Reihe von Arbeiten, die bereits 2017 bzw. in den vorangegangenen Jahren eingeleitet wurden. Zu nennen sind insbesondere die Umsetzung und die Weiterführung der Gesundheitsreform, wobei unter anderem rechtliche Fragen zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) sowie zu den Primärversorgungseinheiten zu klären waren. Die vorgesehene Ausstattung der e-card mit einem Foto warf insbesondere datenschutzrechtliche Fragen auf und erforderte weiterhin rechtliche Unterstützung.

Die Abteilung war immer wieder in die Vorarbeiten eingebunden, die letztlich zur Erlassung der Verbindlichkeitsverordnung nach § 23 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz führten. Diese Verordnung erklärt erstmals wichtige Teile der Planung im Gesundheitswesen, die bis dahin nur als qualifiziertes Sachverständigengutachten zu berücksichtigen waren, für verbindlich (kundgemacht unter www.ris.bka.gv.at, „Sonstige Kundmachungen, Erlässe“, „Strukturpläne Gesundheit“ Nr. 1/2018). Einen nicht unwesentlichen weiteren Tätigkeitsbereich im Herbst 2018 bildeten die Arbeiten an der Gesetzgebung der Organisations-

reform der Sozialversicherung. Obwohl die Hauptarbeiten im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz stattfanden, kam es doch immer wieder zu Rückfragen und Prüfungsbedarf rechtlicher Natur im Zusammenhang mit organisationsrechtlichen Fragen, die bereits in den vergangenen Reformwellen 1994 (52. ASVG-Novelle) und 2001/2003 (inklusive VfGH-Erkenntnis zum Hauptverband, VfSlg. 17.023) eine Rolle gespielt hatten.

Das Inkrafttreten der europarechtlichen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) mit 25. Mai 2018 erforderte neben der Neuformulierung der Datenschutzverordnung für die Sozialversicherung (SV-Datenschutzverordnung 2018 – SV-DSV 2018, veröffentlicht unter www.ris.bka.gv.at, „Sonstige Kundmachungen, Erlässe“, „Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung“ eine Reihe von Koordinierungsmaßnahmen zwischen den Sozialversicherungsträgern sowie sonstige umfangreiche Anpassungen sowohl in rechtlicher als auch in technischer Hinsicht. Entsprechende Prozesse wie die Erstellung des Verzeichnisses der Verarbeitungstätigkeiten (VVT) und anderer grundlegender Unterlagen nach dem Datenschutzrecht wurden von der Rechtsabteilung initiiert und unterstützt.

Wesentlichen Anteil an der Arbeitskapazität forderten die Beurteilung bzw. Beantwortung rechtlicher Fragestellungen, die sich auch im Vorfeld anderer Normen als der geplanten und nunmehr beschlossenen Neuorganisation der Sozialversicherung ergaben (z. B. Erwachsenenschutz-Anpassungsgesetz für den Bereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz – ErwSchAG BMASGK, Art. 10, § 716 ASVG, BGBl. I Nr. 59/2018).

Die Beantwortung schriftlicher Einzelanfragen, die trotz weitgehender Automatisierung des Auskunftsverfahrens (z. B. Drittschuldnerauskünfte gemäß § 294a Exekutionsordnung, § 89h Gerichtsorganisationsgesetz) zur Klärung von Unstimmigkeiten, „Ausreißerfällen“ usw. nach wie vor an den Hauptverband gerichtet wurden, war ein weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit.

Legislative Angelegenheiten

Im Jahr 2018 wurden eine Reihe von Änderungen des Sozialversicherungsrechts und anderer Rechtsvorschriften bearbeitet, wobei insbesondere die bereits oben angeführten Gesetzesnovellen zu erwähnen sind (ErwSchAG BMASGK, BGBl. I Nr. 59/2018 und Sozialversicherungs-Organisationsgesetz, BGBl. I Nr. 100/2018).

In Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen des Hauptverbandes wurden die Stellungnahmen des Hauptverbandes im Begutachtungsverfahren dieser und anderer Gesetze sowie sonstiger Rechtsvorschriften auf Basis der Stellungnahmen der Sozialversicherungsträger ausgearbeitet (rund 60 Stellungnahmen). Die Stellungnahmen des Hauptverbandes zu Bundesgesetzen sind auf der Homepage des Parlaments unter www.parlament.gv.at abrufbar.

Stellungnahmen

Abgesehen von den bereits genannten Novellen hatte die Abteilung die Stellungnahmen der Sozialversicherung zu parlamentarischen Anfragen über den Vollzugsbereich des Sozial- bzw. Gesundheitsministers zu betreuen. Die Zahl dieser Anfragen hat sich in den letzten Jahren vervielfacht (knapp 60 Anfragen mit bis zu dutzenden Unterpunkten). Stellungnahmen des Hauptverbandes wurden wiederholt weitgehend in die Anfragebeantwortungen der Minister übernommen und sind daher zum Teil auf der Website des Parlaments abrufbar.

Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts (SozDok)

Das Projekt erfüllt die gesetzliche Pflicht des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 4 Z 4 ASVG (ab 1. Jänner 2020: § 30c Abs. 1 Z 13 ASVG). Ziel ist, eine klare Übersicht darüber zu schaffen, was als „Sozialversicherungsrecht“ in Österreich gilt und was nicht (mehr, weil aufgehoben). Eingebunden sind die Rechtsvorschriften der Europäischen Gemeinschaft – diese haben das innerstaatliche Recht bzw. die internationalen Abkommen weitgehend geändert – sowie Judikatur, soweit nicht generell auf vorhandene Datenbanken verwiesen werden kann. Unter dem Titel „Besserer Zugang zum Recht“ verhilft die SozDok zu einem leichteren Einstieg in die sozialversicherungsrechtlichen Regelungswerke. Beim Betrieb dieser Datenbank wird, wie auch in den anderen legislativen Arbeitsbereichen, eng mit den dafür zuständigen Dienststellen des Bundes zusammengearbeitet.



Die Plattform Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts

Amtliche Verlautbarungen im Internet

Das Projekt erfüllt die gesetzliche Pflicht des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 9 ASVG (ab 1. Jänner 2020: § 30a Abs. 4 ASVG). Die nach den Sozialversicherungsgesetzen im Internet zu verlautbarenden Rechtsvorschriften und deren Änderungen bzw. Zusatzvereinbarungen müssen jederzeit ohne Identitätsnachweis und gebührenfrei zugänglich sein sowie ab 1. Jänner 2002 in ihrer verlautbarten Form vollständig und auf Dauer ermittelt werden können. Seit 2009 sind weiters die vertraglichen Beziehungen zwischen Sozialversicherungsträgern und Mitgliedern der Gesundheitsberufe („Gesamtverträge“; §§ 338 ff. ASVG) sowie Gesamtverträge für medizinische Maßnahmen außerhalb der Krankenbehandlung (Vorsorgeuntersuchung, Mutter-Kind-Pass, EDV-Abrechnung, e-card usw.) zu verlautbaren. Ebenso sind etwaige gesamtvertragliche Festsetzungen der Bundesschiedskommission (§ 348 ASVG) und kompilierte Fassungen (§ 645 ASVG bzw. § 675 Abs. 2 ASVG) zu veröffentlichen.

Ab Jänner 2016 sind durch das Sozialrechts-Änderungsgesetz 2015 – SRÄG 2015 (BGBl. I Nr. 162/2015) die amtlichen Verlautbarungen einschließlich der oben genannten Verträge der Sozialversicherung in das Rechtsinformationssystem des Bundes (RIS) integriert, die entsprechenden rechtstechnischen Umstellungsarbeiten wurden in der Abteilung geleistet. Damit sind Satzungen, Krankenordnungen, Richtlinien und andere Normen auf gleicher Ebene zugänglich wie jene des Bundes und der Länder, die seit 2002 erfolgten Kundmachungen wurden migriert. Von der bisherigen Website www.avsv.at erfolgt eine Weiterleitung an das RIS. Die Applikation ist unter www.ris.bka.gv.at, „Sonstige Kundmachungen, Erlässe“, „Amtliche Verlautbarungen der Sozialversicherung“ einem leichteren öffentlich kostenlos im Internet zugänglich. Die organisatorische und technische Betreuung erfolgt weiterhin durch die Abteilung.

Mag. Martin Schiefer
Vergaberechterspezerte

Dr. Josef Souhrada
Hauptverband, Direktor



„ Unsere partnerschaftliche Zusammenarbeit ist innovativ, mutig und freudvoll. Es ist erfüllend, Vergaberecht gemeinsam neu zu denken.

PR und Kommunikation

Die Aufgaben der Stabsstelle PR und Kommunikation reichen von der Entwicklung von PR-Strategien und Kommunikationsinhalten über die öffentlichkeitswirksame Aufbereitung neuer Leistungen bis hin zur Konzeption von Multi-Channel-Kampagnen und zum Coaching der Funktionäre und des Managements bei medialen Kontakten und Auftritten. Hinzu kommt die Koordination und Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern und die Herausgabe der monatlichen Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“.

Influencer werden Markenbotschafter

2017 entschloss sich der Hauptverband, erstmals mit Influencern eine Social-Media-Kampagne zu erarbeiten, die Themen und Angebote der Sozialversicherung an Jugendliche vermittelt. Mit der Fit & Strong-Kampagne konnte eine gute Brand aufgebaut werden, die 2018 weiter genutzt wurde. Die Erfahrungen im ersten Jahr haben gezeigt, dass zwei große Themen bei den Jugendlichen besonders gut ankamen: Fitness und Ernährung. Daraufhin ließ man 2018 gemeinsam mit den beiden Influencern Ali Mahlodji (Co-Gründer der Berufsorientierungsplattform whatchado.com) und Catowbeauty (Lifestyle- und Beauty-Youtuberin) auch „richtige“ Experten (Ernährungsberaterin, Fitnesstrainer, Kinderärztin ...) zu Wort kommen. Als Highlight der Sommersaison switchte die Kampagne Fit & Strong dann sogar ins „echte Leben“ und bot in Kooperation mit dem SV-Projekt „Bewegt im Park“ die Möglichkeit, live an einem Outdoor-Workout mit den Influencern und Experten teilzunehmen.

Mit der Kampagne Fit & Strong wurden hohe Reichweiten in der angestrebten Zielgruppe generiert, vor allem durch die eigenen Kanäle der beiden Influencer, die in Österreich bereits eine große Community aufgebaut haben. Auf diesem Kommunikationskanal kann

nun aufgebaut und können weitere Aktionen gestartet werden.

MeineSV: Fortsetzung der Erfolgsstory

MeineSV, das Online-Serviceportal der Sozialversicherung für über 8,7 Millionen Versicherte, ist die zentrale Stelle im Internet, wenn es um Ihre Sozialversicherung geht. Die derzeit rund 60 Services können zu jeder Zeit und überall in Anspruch genommen werden. Das Serviceportfolio reicht vom Einreichen der Wahlarztrechnung über die Antragstellung zur Selbstversicherung bis hin zur Beantragung der Kostenrückerstattung für Heilbehelfe. Außerdem gibt MeineSV einen Überblick zum Versicherungsdatenverlauf, zu allen Arztbesuchen und zur Höhe des derzeitigen Pensionswerts.



Die neuen Online-Services der Sozialversicherung

Schwerpunkte der Kampagne 2018 waren gezielte Werbemaßnahmen einzelner Services in spezifischen Zielgruppensegmenten wie Familienmanagern, Studierenden, Young Professionals oder Ärzten. Highlights waren u. a. diverse Podcasts zu MeineSV sowie die Ausstrahlung von Spots im ORF-Radio, die Social-Media-Aktion für Familienmanager auf Facebook und Instagram gemeinsam mit der Zeitschrift „miss“, ein Spot zur Wahlarztkostenrückerstattung in Ordinationen oder die Kooperation mit Österreichs Startup- und Innovationsplattform „der Brutkasten“. Zudem wurden zahlreiche Veranstaltungen und Tagungen wie die „Gewinn“-Messe besucht, um den Interessierten die Handy-Signatur, die Voraussetzung für die Nutzung von MeineSV und

zahlreichen weiteren e-Services ist, auszustellen. Fazit: Die Zugriffe auf das MeineSV-Portal und die einzelnen Services haben sich deutlich erhöht: 2018 konnten 2,7 Millionen Zugriffe auf das Portal verzeichnet werden.

MeineSV goes App

Um auch Zielgruppen, die nicht über den PC auf die Services zugreifen, zu erreichen, wurde 2018 auch vermehrt auf Apps gesetzt. Mit der neuen App „MeineSV Check“ ist es seither möglich, den Versicherungsdatenauszug am Smartphone herunterzuladen. Um die Kostenerstattung für Wahlarztrechnungen zu erleichtern, steht die App „MeineSV Cash“ zur Verfügung. Beide Apps wurden im Jahr 2018 über 45.000 Mal downgeloadet.

Elektronisches Kommunikationsservice

2018 wurde das elektronische Kommunikationsservice eKOS mit allen beteiligten Partnern und Stakeholdern aufgesetzt. Um das neue Leistungsangebot der Sozialversicherung sichtbar zu machen, wurden für Patienten und Vertragspartner umfassende Informationsmaterialien wie Folder, Plakate, Aufsteller, Infokärtchen und Sticker erstellt.

Mit eKOS, dem elektronischen Kommunikationsservice, bietet die Sozialversicherung ihren Versicherten ab 2019 ein attraktives Service für e-Zuweisungen an, das darüber hinaus als komplett digitalisierter Prozess auch für Zuweiser und Leistungserbringer viele Abläufe vereinfachen wird. Durch eKOS werden sehr komplexe Vorgänge verschiedener Rollen (Vertragspartner, Sachbearbeiter der Sozialversicherungsträger, Institute/Leistungserbringer, Patienten) vereinfacht und mit einer neuen Datenqualität ausgestattet.

www.sozialversicherung.at/ekos

Customer Experience Design

Auch für die Sozialversicherung haben konsequente Markt- und Kundenorientierung sowie maßgeschneiderte Angebote großen Stellenwert. So wurden in der Kommunikation und der Produktgestaltung von MeineSV und dem elektronischen Kommunikationsservice eKOS erste Erfahrungen mit Methoden des Customer Experience Designs in Form von Customer Journeys gemacht, die auch für weitere Projekte genutzt werden sollen.

Praktische Online-Services für unsere Versicherten: Meine Leidenschaft gilt dem Sprung in die digitale Zukunft!

Katrin Trawnitschek BA
Hauptverband, Marketing



Dr. Peter Autengruber
ÖGB-Verlag, Autor

Dr. Guenther Steiner
Historiker und Autor



“ Sich der Geschichte der Institution „Sozialversicherung“ bewusst zu werden, macht nicht nur stolz, sondern auch dankbar.

Dr. Wilhelm Donner
Hauptverband, Chefredakteur „Soziale Sicherheit“

Wegweisendes Modell 5/10/21

Seit 1. Jänner 2018 gilt für alle 133 Radiologie-Institute mit Kassenvertrag verpflichtend, dass Patienten für eine Untersuchung mit Computertomographie (CT) binnen zehn Tagen, für eine mit Magnetresonanztomographie (MR) binnen 21 Tagen einen Termin bekommen müssen. In begründet dringenden Fällen (z. B. Tumorverdacht) hat die Terminvergabe innerhalb von fünf Tagen zu erfolgen. Und Akutfälle wie Schlaganfallpatienten müssen sofort an die Reihe kommen.

Die Institute sind verpflichtet, die Wartezeiten auf ihrer Homepage zu veröffentlichen und laufend zu aktualisieren. Als besonderes Service, um sich über Wartezeiten besser zu informieren, hat der Hauptverband gemeinsam mit der Gesundheitsplattform netdoktor.at einen sogenannten „Wartezeiten-checker“ eingerichtet. Auf der Internetseite wartezeiten.netdoktor.at kann jeder Versicherte topaktuell erfahren, welches Institut in seiner Wohnortnähe die kürzesten Wartezeiten für CT- bzw. MR-Untersuchungen bietet. Diese Website wurde 2018 von rund 45.300 Nutzern mit rund 137.000 Seitenaufrufen besucht.

Telefonische Gesundheitsberatung 1450

Die unter dem Motto „Wenn's weh tut! 1450“ stehende telefonische Gesundheitsberatung ist eine niederschwellige Erstanlaufstelle bei Gesundheitsfragen und akuten Symptomen. Mit Ende 2018 wurde das Pilotprojekt in den Bundesländern Niederösterreich, Vorarlberg und Wien erfolgreich abgeschlossen. Durch das gemeinsame Service von Bund, Ländern und Sozialversicherung wurden seit dem Beginn im April 2017 insgesamt mehr als 124.000 Anrufe entgegengenommen und rund 92.000 Gesundheitsberatungen durchgeführt. Die von den Projektpartnern mit Unterstützung der Gesundheit Österreich GmbH durchgeführte Evaluierung des Pilotprojekts zeigt eine hohe Bereitschaft, den Empfehlungen der Gesundheitsberatung zu folgen. In etwa 70 Prozent der Fälle wurden die abgegebenen Empfehlungen befolgt. Positive Rückmeldungen von Patienten bestätigen den Bedarf und die ausgezeichnete Akzeptanz der Gesundheitsberatung innerhalb der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund des erfolgreichen Pilotprojekts haben die Projektpartner Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam beschlossen, die telefonische Gesundheitsberatung 1450 in den Bundesländern Niederösterreich, Vorarlberg und Wien in den Regelbetrieb zu überführen und schrittweise in ganz Österreich auszurollen.

Rollout e-Medikation

Anfang 2018 startete der österreichweite Rollout der e-Medikation. Dazu fand am 27. Februar 2018 ein gemeinsames Pressegespräch von Hauptverband, BMASGK und der Österreichischen Ärztekammer mit dem Titel „Startschuss für e-Medikation und weitere e-Services“ statt. Im Rahmen des Forums Alpbach folgte am 21. August 2018 ein weiteres Pressegespräch mit dem Titel „e-Medikation und e-Health weiter auf Vormarsch“. Mittlerweile steht die e-Medikation in den Bundesländern Vorarlberg, Steiermark, Kärnten, Tirol und Salzburg flächendeckend zur Verfügung. Die restlichen Bundesländer folgen 2019.

Um die Prozesse für alle Beteiligten klar darzustellen und diese vom Nutzen der e-Medikation zu überzeugen, haben der Hauptverband und die SVC umfangreiche begleitende Kommunikationsmaßnahmen gesetzt. Im Mittelpunkt standen 21 Informationsveranstaltungen für Ärzte und Apotheker in ganz Österreich. Zusätzlich steht für diese Zielgruppe ein e-Learning-Tool zum Thema ELGA und e-Medikation zur Verfügung; für die Absolvierung und die Beantwortung der Fragen können Fortbildungspunkte erlangt werden. Alle Vertragsordnungen wurden zudem in einem zweistufigen Direct Mailing informiert und mit Foldern und Plakaten für Patienten sowie den gesetzlich vorgesehenen ELGA-Aushängen versorgt. Als zentrale Informationsseite im Internet dient www.chipkarte.at, auf der für Patienten wie auch für Ärzte und Apotheker umfangreiche Informationen veröffentlicht sind, die laufend aktualisiert werden.

Foto auf e-card

Ab 1. Jänner 2020 wird eine neue Generation von e-cards ausgegeben, die auch ein Foto des Versicherten enthält. Der Kartenkörper wird mit zusätzlichen Sicherheitsmerkmalen ausgestattet. Zur Präsentation der neuen e-card fand am 12. November 2018 ein gemeinsames Pressegespräch mit Austria Card, dem Produzenten der neuen e-card, statt.

Festveranstaltung 70 Jahre Hauptverband

Anlässlich der 70-Jahre-Festveranstaltung des Hauptverbandes, die am Abend des 15. Oktober 2018 unter dem Motto #zukunfthatherkunft im Gewerbehause der Wirtschaftskammer Wien stattfand, begrüßten Hauptverbandsvorsitzender Dr. Alexander Biach und Generaldirektor Dr. Josef Probst rund 200 prominente Gäste aus Gesundheit, Wirtschaft und Politik. Die hochkarätigen Gratulanten würdigten die verdienstvollen Leistungen des Hauptverbandes für den österreichischen Sozialstaat. Mit dem General-

Alles im Griff: Jahrelange Erfahrung, fundiertes Wissen über die komplizierten Zusammenhänge der Sozialversicherung sowie Fingerspitzengefühl sind im Umgang mit Medien unerlässlich.

Dieter Holzweber
Hauptverband, Pressesprecher



sekretär der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS), Hans-Horst Konkolewsky, war ein Festredner und profunder Kenner am Wort, der auf die künftigen Herausforderungen für die Sozialversicherungen hinwies. Konkolewsky zeichnete bei diesem Anlass den Hauptverband mit der Verdienstmedaille der IVSS aus – eine besondere Ehrung, die zuvor noch nie einer Organisation verliehen wurde.

Datenerhebung und Medienbetreuung

Seit Jahren betreut die Stabsstelle PR und Kommunikation die Konzeption und die Durchführung von repräsentativen Umfragen. 2018 stand die Betreuung und öffentlichkeitswirksame Vermarktung der Bevölkerungsstudie des Hauptverbandes, die vom Meinungsforschungsinstitut GfK Austria durchgeführt wird, im Zentrum. Weiters erstellte die Stabsstelle wieder laufend Argumentarien und öffentlichkeitswirksame Grundsatzpapiere zu relevanten aktuellen Themen der Gesundheits- und Sozialpolitik. Zur kontinuierlichen Informationsarbeit zählten 43 Presseaussendungen und 22 Pressekonferenzen. Zudem wurden Journalisten, die im Hauptverband Informationen für ihre eigene Berichterstattung über die Sozialversicherung recherchierten, laufend betreut.

Fachpublikation am Puls der Zeit

Im Jahr 2018 erschienen – wie seit dem Gründungsjahr 1948 – jährlich elf Ausgaben der Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ (zehn monatliche Ausgaben und eine Sommerausgabe, worin der gesamte Leistungskatalog aus allen drei Zweigen der österreichischen Sozialversicherung dargestellt wird, als Doppelheft). Der Gesamtumfang betrug im Berichtsjahr fast 550 Druckseiten, davon 24 Seiten „SV Europa“ ein europäisches Nachrichtenmagazin, das von der Europavertretung des Hauptverbandes in Brüssel erstellt wird) und 48 Seiten der Beilage „Health System Watch“ („Verhaltensökonomische Anwendungen im Gesundheitswesen“, („Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen – Nutzung der MRT in Österreich“ und „Patient Reported Outcome and Experience Measures“). Die Fachartikel werden von Autoren verfasst, die zumeist selbst als Experten in Institutionen der österreichischen Sozialversicherung tätig sind. Darüber hinaus enthält die Fachzeitschrift „Soziale Sicherheit“ zahlreiche Analysen, Berichte, Kommentare, Rückblicke auf Veranstaltungen, Literaturbesprechungen, EU-Berichte, Gastbeiträge etc. Ausgewählte Artikel sind auf www.hauptverband.at kostenfrei zugänglich. Die Fachzeitschrift ist über ein Abonnement zu beziehen.

02

Unsere Vertragspartner

- // **Vertragspartner Ärzte**
- // **Vertragspartner Medikamente**
- // **Beziehungen zu weiteren
Vertragspartnern**

Vertragspartner Ärzte | VPA

Zu den Aufgaben der Abteilung VPA zählen die Beziehungen zu niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten, klinischen Psychologen und Psychotherapeuten und die damit zusammenhängenden Gesundheitsthemen und berufsrechtlichen Fragen. Weitere Schwerpunkte sind Angelegenheiten des Mutter-Kind-Passes, die Honorarordnungsverwaltung online, die Koordination der Primärversorgung, die Mitwirkung bei der elektronischen Kommunikation mit den Vertragspartnern sowie bei der Qualitätssicherung der Versorgung von Patienten. Weitere Schwerpunkte betreffen die Zahngesundheit, die psychische Gesundheit, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen sowie die medizinische Lehrpraxis.

Teambasierte Primärversorgung in Österreich

Die teambasierte Primärversorgung mit ihren Primärversorgungseinheiten (PVE) wurde im Jahr 2018 erfolgreich ausgebaut. Mittlerweile gibt es 14 umgesetzte Pilotprojekte in insgesamt vier Bundesländern, die eine umfassende Versorgung für Patienten leisten. Ende 2018 kamen die aktuellsten PVE in Graz, St. Pölten, Schwechat, im Joglland und in Böheimkirchen dazu. In Oberösterreich wurde das erste Primärversorgungsnetzwerk (PVN) gegründet, das PVN Neuzeug-Sierning mit drei Standorten.

Das Interesse an PVE ist groß, sowohl von Patientenseite als auch von Gesundheitsexperten. Je nach Größe behandeln die bestehenden Piloten zwischen 3.000 und 7.000 Patienten im Quartal. Immer wieder kommt es zu Aufnahmestopps – besonders in Ballungszentren. Erste detaillierte Evaluierungen zeigen, dass diese neue Versorgungsstruktur die gewünschte Entlastung des ambulanten Bereichs (Ambulanzen und Facharztbereich) ermöglicht.

Das Feedback ist durchgehend positiv: Ärzte schätzen die Zusammenarbeit mit anderen Kollegen im Team und das Zusammenspiel mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen. So haben sie auch mehr Zeit für ihre Kernaufgaben. Darüber hinaus schätzen sie die verstärkte Work-Life-Balance. Patienten schätzen es, wie gewohnt ihren Hausarzt zu wählen und zusätzlich die Leistungen von unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen, die mit dem Hausarzt zusammenarbeiten, in Anspruch nehmen zu können. Und im Vertretungsfall gibt es trotzdem einen anderen Allgemeinmediziner, der ihre Krankengeschichte kennt. Die längeren Öffnungszeiten sind ebenfalls ein Plus. Das Leistungsspektrum der PVE reicht von der Akutversorgung bis zur Versorgung chronisch Kranker, von der psychosozialen Betreuung bis zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und Prävention.

Der Hauptverband unterstützt diese Versorgungsentwicklung. Der bundesweite Gesamtvertrag zur Primärversorgung mit der Österreichischen Ärztekammer ist auf einem guten Weg. Damit sich Patienten, interessierte Ärzte sowie Jungmediziner entsprechend informieren können, stellt der Hauptverband die Website www.sv-primarversorgung.at zur Verfügung.



Ausbau der Psychotherapie

Der im Juni 2017 von der Trägerkonferenz im Hauptverband beschlossene Ausbau der psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung ist in der Zielgeraden. Geplant war eine Steigerung der Patientenzahlen in den bestehenden Versorgungseinrichtungen von rund 65.000 im Jahr 2015 auf mehr als 78.000 im Jahr 2019. Zusätzlich sollen bis Ende 2019 rund 3.500 Kinder und Jugendliche in multiprofessionellen Einrichtungen versorgt werden können.

Die endgültigen Patientenzahlen für 2017 zeigen bei fast allen Krankenversicherungsträgern eine über den Erwartungen liegende Entwicklung, und die finanziellen Aufwendungen liegen im Trend. Mit 74.957 Patienten wird der Zielwert für das Jahr 2017 (70.572 Patienten) wesentlich übertroffen, was eine Erreichung des finalen Versorgungsziels bereits deutlich früher als Ende 2019 höchst wahrscheinlich macht; auch die Prognose für das gesamte Jahr 2018 legt dies nahe.

Die überproportionale Entwicklung der Patientenzahlen im Verhältnis zu den Aufwendungen ist unter anderem auch auf das lange geforderte und gut angenommene Angebot an Gruppentherapien zurückzuführen. Laufende Qualitätsverbesserungen – der Hauptverband führt dazu einen einschlägigen Arbeitskreis – optimieren das bestehende Angebot in der Psychotherapie.

Patienten können auch außerhalb der Sachleistungsversorgung freiberuflich tätige Psychotherapeuten konsultieren und erhalten dafür einen Zuschuss. Dieser wurde im Jahr 2018 im Zuge der Leistungsharmonisierung bei allen Gebietskrankenkassen auf 28 Euro pro Einzeltherapieeinheit erhöht. Hervorzuheben ist auch das Engagement des Hauptverbandes und der mitarbeitenden Sozialversicherungsträger bei der Ausgestaltung und Umsetzung des österreichischen Gesundheitsziels 9 „Psychosoziale Gesundheit fördern“, bei dem eine zentrale Maßnahme die Erstellung eines „Konzepts für eine gesamthafte Lösung zur Organisation und Finanzierung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“ darstellt, ergänzt durch wissenschaftliche Begleitprojekte. Beispielhaft sei hier die sogenannte „Psychosomatikstudie“ erwähnt, die zeigt, inwieweit Ärzte mit einer Zusatzausbildung in psychosomatischer bzw. psychotherapeutischer Medizin ihre Patienten zielgerichteter behandeln.

Dank unserer bewährten Zusammenarbeit mit den KV-Trägern bauen wir die Patientenversorgung mit unseren Vertragspartnern schon seit Jahrzehnten erfolgreich aus.

Susanne Pleil
Hauptverband, Abteilung VPA



e-card und eKOS für klinische Psychologen

Die Ausrollung der neuen Applikation eKOS (elektronisches Kommunikationsservice) macht es notwendig, auch jene Vertragspartnergruppe an die e-card heranzuführen, die bisher noch keine verwendete: die klinischen Psychologen. Dabei wurden knapp hundert Vertragspartner von der VPA mit tatkräftiger Hilfe der Interessensvertretungen ganz persönlich im direkten Kontakt betreut. Besonderes Interesse der Vertragspartner galt den Informationsveranstaltungen, wo auf Fragen, Bedenken und Wünsche zur e-card und damit verbunden zu eKOS und der Software Epsilon näher eingegangen werden konnte. Somit ist mit Start 2019 gesichert, dass alle klinischen Psychologen für den Vollbetrieb bereit sind.

e-Learning über psychiatrische Basisfertigkeiten für Hausärzte

Jeder zweite Österreicher leidet in seinem Leben einmal an einer psychischen Erkrankung. Depression, Demenz und Alkoholmissbrauch gehören zu jenen Krankheitsbildern, die am häufigsten auftreten. Erster Ansprechpartner für Menschen mit psychischen Problemen ist oft der niedergelassene Allgemeinmediziner. Und es ist auch der Hausarzt, der seine Patienten während einer psychischen Belastungssituation, einer Erkrankung oder nach einer psychiatrischen Rehabilitation weiterbehandelt. Gerade deshalb ist der Austausch zwischen den Fächern Psychiatrie und Allgemeinmedizin sehr wichtig.

Der Hauptverband wandte sich 2018 zum ersten Mal mit einer Fachschulung über psychiatrische Basisfertigkeiten via e-Learning direkt an Hausärzte. In der 75-minütigen Fortbildung sprachen namhafte Experten in fünf Modulen über die Lehrinhalte zu den wichtigsten psychiatrischen Themenbereichen Demenz/Depression/Burnout, somatoforme Störungen/Schmerz, Sucht/Alkohol und Suizidalität. In nur fünf Monaten konnten damit über 1.100 Ärzte (davon zwei Drittel Ärztinnen) erreicht werden. Mit über 50 Kursabsolventen hat das e-Learning bereits die Teilnehmerzahl von zwei Präsenzseminaren überschritten.

Das e-Learning-Programm ist auf www.vielgesundheit.at/fortbildungen/dfp/psychiatrische-basisfertigkeiten abrufbar.

Professionelle Mundhygiene für Kinder und Jugendliche

Seit dem 1. Juli 2018 können alle Kinder und Jugendlichen professionelle Mundhygiene bundesweit einheitlich bei Zahnärzten in Anspruch nehmen. Für die Finanzierung dieser Leistung werden 30 Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Damit konnte in Verhandlungen mit der Österreichischen Zahnärztekammer eine jahrelange Forderung der österreichischen Krankenversicherung zur Verbesserung der Zahngesundheit erfolgreich umgesetzt werden. Diese neue Leistung kann auf Kosten eines Krankenversicherungsträgers bei Kindern und Jugendlichen zwischen dem vollendeten zehnten und dem vollendeten 18. Lebensjahr einmal im Jahr erbracht werden. Jene, die sich laufend in einer kieferorthopädischen Behandlung mit festsitzenden Geräten befinden, können diese Leistung zweimal innerhalb eines Jahres auf Kassenkosten in Anspruch nehmen, wobei zwischen den einzelnen Leistungszeitpunkten mindestens sechs Monate liegen müssen. Das gilt auch bei allen festsitzenden kieferorthopädischen Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen, bei denen kein Anspruch auf Kostenübernahme oder Honorierung der Leistung durch einen Krankenversicherungsträger besteht.

Auch wenn der Vertragszahnarzt grundsätzlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet ist, können zur Erbringung dieser Kassenleistung auch Angehörige der zahnärztlichen Assistenz mit einer Weiterbildung zur Prophylaxeassistentin, entsprechend den jeweils für die Prophylaxeassistentin geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen, herangezogen werden.

Durch die Aufnahme der professionellen Mundhygiene in die bundesweit einheitliche Honorarordnung wird sichergestellt, dass diese Leistung von allen Krankenversicherungsträgern für Kinder und Jugendliche harmonisiert erbracht wird und damit bisher bestehende Leistungsunterschiede obsolet sind.

// Die Kieferorthopädie für Kinder und Jugendliche ist ein bedeutender Fortschritt. Mit dem Hauptverband haben wir dafür den kompetentesten Ansprechpartner.

Dr. Johannes Gregoritsch

Hauptverband, stellvertretender Abteilungsleiter VPA

Mag. Nikolaus Bauer

Rechtsanwalt



DDr. Gunther Tischler

Kieferorthopäde

Dr. Peter Scholz

Hauptverband, Abteilungsleiter VPA

// Unsere Vertragsverhandlungen mit dem Hauptverband erfolgen stets in einem außerordentlich sachlichen und wertschätzenden Klima – so werden Innovationen möglich.

Jugendgesundheits-Coaches

Die Methode der Peer Education ist ein wirkungsvoller und vielfach erprobter Ansatz zur Einbeziehung von Jugendlichen. Freunde und Schulkollegen spielen im Leben von Jugendlichen, neben Eltern und Lehrpersonen, eine entscheidende Rolle. Der Hauptverband hat in Kooperation mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse und dem Umwelt-Bildungs-Zentrum Steiermark ein solches Peer-Education-Pilotprojekt (Start 2017, Laufzeit bis 2018) auf die Beine gestellt. 30 Schüler zwischen 16 und 17 Jahren aus 15 Schulen, die sich zu einem Jugendgesundheits-Coach ausbilden lassen wollten, waren rasch gefunden. In einem dreitägigen Workshop erhielten die künftigen Jugendgesundheits-Coaches umfangreichen Input zu ausgewählten Themen aus den Bereichen Gesundheit, Gesundheitsförderung und -prävention. Außerdem erhielten sie organisatorische Tipps für die Multiplikatorenarbeit. Im Anschluss wurden sie von jeweils zwei Lehrern und der Schulärztin bzw. dem Schularzt an ihren Schulen unterstützt.



Zukünftige Gesundheits-Coaches beim Training

Den Abschluss des Pilotprojekts bildete die Auszeichnungsveranstaltung inklusive Urkundenverleihung am 28. November 2018 in der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse. Insgesamt konnten die 30 Jugendgesundheits-Coaches im Rahmen von verschiedenen Aktionen (Vorträge, Workshops, World-Café usw.) an ihren Schulen und an Fremdschulen 3.700 Schüler erreichen. Durch den Multiplikatoreffekt werden auch Familie und Freunde erfasst, wodurch sich die Reichweite auf über 9.000 Personen erhöht.

Nach der äußerst positiven Evaluierung des Pilotprojekts nimmt die Steiermärkische Gebietskrankenkasse die Ausbildung von Jugendgesundheits-Coaches in den Regelbetrieb auf. Eine flächendeckende Umsetzung von Peer Education in der schulischen Gesundheitsförderung wird in ganz Österreich angestrebt.

Neue Ärzteausbildung in der Lehrpraxis

Seit Juni 2018 verlassen junge Allgemeinmediziner am Ende ihrer Turnusausbildung für sechs Monate das Spital, um in einer Lehr(gruppen)praxis ihre Fertigkeiten abzurunden. Durch die Mitarbeit in der Hausarztpraxis werden für die Jungmediziner Eintrittsschwellen in den Beruf als niedergelassener Hausarzt abgebaut. Die Sozialversicherung profitiert davon, wenn gut ausgebildete Allgemeinmediziner den Schritt ins System wagen und somit für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen. Ebenso der übrige öffentliche Sektor wie Spitäler oder Gebietskörperschaften. Gleichzeitig können Jungärzten durch die Ausbildung in Kassenpraxen wesentliche Themen wie Ökonomie durch RÖK (Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung) und RÖV (Richtlinien über die ökonomische Verschreibweise von Heilmitteln und Heilbehelfen), Disease Management, e-card-Anwendungen und vieles mehr kommuniziert werden.

Alle Systempartner (Sozialversicherung, Bund, Länder, Ärztekammern) haben sich entschlossen, gemeinsam die Ausbildung von Lehrpraktikanten auch finanziell zu fördern. Dazu werden von 2018 bis 2020 rund 25 Millionen Euro aufgewendet. Derzeit stellen Sozialversicherung und Länder mit zusammen zwei Dritteln den Großteil der notwendigen Fördersumme. Den ausbildenden Lehrpraxisinhabern verbleiben nur zehn Prozent der Kosten.

Über die Abteilung VPA läuft die gesamte Abwicklung der Förderungen. Dabei nimmt die Abteilung alle Zahlungen an die Ärztekammern und die Spitäler vor und richtet umgekehrt die Forderungen an die Krankenversicherungsträger. Darüber hinaus übernimmt sie das Monitoring über die Entwicklung und die Bewilligung der neuen Lehrpraxisstellen. Ende 2018 befanden sich 1.110 Allgemeinmediziner in der neuen Turnusausbildung, für sie stehen – sobald sie ihren letzten Ausbildungsschritt in die Lehrpraxis machen – 309 Lehr(gruppen)praxen zur Verfügung.

Vertragspartner Medikamente | VPM

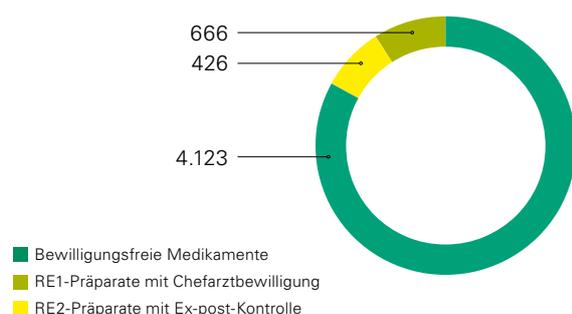
Zentrale Aufgabe der Abteilung VPM ist die Herausgabe des Erstattungskodex, der Abschluss des Apothekergesamtvertrags, die Koordinierung und Information der Krankenversicherungsträger im Heilmittelbereich sowie der Einsatz für Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung der österreichischen Patienten mit hochwertigen Arzneispezialitäten.

Heilmittel

Der Erstattungskodex

Der Erstattungskodex (EKO) wird vom Hauptverband monatsaktuell im Internet verlaublich und einmal jährlich, am 1. Jänner, als Druckwerk aufgelegt. Der EKO enthält jene in Österreich zugelassenen, erstattungsfähigen und gesichert lieferbaren Arzneispezialitäten, die eine therapeutische Wirkung und einen Nutzen für Patienten im Sinne der Ziele der Krankenbehandlung annehmen lassen.

Am 31. Dezember 2018 waren 5.308 Arzneispezialitäten im EKO angeführt. Auf den Grünen Bereich (bewilligungsfreie Medikamente) und den Gelben Bereich des EKO (RE1 betrifft Präparate, die vom Chefarzt im Vorhinein genehmigt werden müssen; RE2 betrifft Präparate, die mit vorgegebener Indikation verschrieben werden und keiner vorherigen Genehmigung bedürfen) verteilten sich diese wie folgt:



Eine Arzneispezialität kann mit unterschiedlichen Packungsgrößen in verschiedenen Bereichen gelistet sein, weshalb die Gesamtzahl nicht direkt aus den einzelnen Bereichen ableitbar ist.

Der Hauptverband stellt den EKO auf folgende Arten zur Verfügung:

Erstattungskodex

Erscheint jährlich mit 1. Jänner als Druckwerk sowie zum Download als PDF unter www.hauptverband.at

Infotool zum Erstattungskodex

Ein stets aktuelles Informationswerkzeug für PC oder Laptop unter www.hauptverband.at und www.erstattungskodex.at

EKO2go – mobile Website und EKO2go-App

Eine Version des Infotools für Smartphones und Tablets, die jeweils den aktuellen Stand des EKO off- und online wiedergibt, unter www.eko2go.at

Elektronischer Erstattungskodex

Datenbasis mit inkludiertem Ökotool für Infotool, EKO2go und Ordinationssoftware unter www.hauptverband.at

Die pharmazeutischen Unternehmen brachten im Jahr 2018 folgende Anträge beim Hauptverband ein:

- 279 Anträge auf Aufnahme in den EKO
- 34 Anträge auf Änderung der Verwendung bereits im EKO angeführter Arzneispezialitäten
- 26 Anträge auf Änderung der Packungsgröße bereits im EKO angeführter Arzneispezialitäten
- 9 Anträge auf Streichung aus dem EKO
- 26 Anträge auf Preiserhöhung bereits im EKO angeführter Arzneispezialitäten

Darüber hinaus hat der Hauptverband 303 Verfahren gestartet.

2018 wurden in Österreich rund 115 Millionen Medikamentenpackungen mit den Krankenversicherungsträgern im extramuralen Bereich verrechnet (Datenquelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung, für Dezember 2018 vorläufige Daten aus dem Heilmittel-Frühwarnsystem BIG). Der Aufwand für Heilmittel betrug für die Krankenversicherungsträger im Jahr 2018 rund 3,21 Milliarden Euro ohne Umsatzsteuer (Datenquelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung, vorläufige Daten für Dezember 2018). Damit entfielen 2018 im Durchschnitt auf jeden der rund 8,73 Millionen Anspruchsberechtigten (Datenquelle: Anspruchsberechtigendatenbank Hauptverband) 13,20 Arzneimittelpackungen

MMag. Jutta Lichtenecker

Hauptverband, Abteilungsleiterin VPM

Univ.-Prof. Dr. Jörg Striessnig

Universität Innsbruck, Institut für Pharmazie,
Vorsitzender der Heilmittel-Evaluierungs-
Kommission (HEK)



“ Eine fundierte fachliche Auseinandersetzung mit innovativen Medikamenten sichert deren rasche Verfügbarkeit für die Versicherten.

mit einem durchschnittlichen Aufwand von je 27,89 Euro (Datenquelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung, vorläufige Daten für Dezember 2018).

Versorgung durch Apotheken

Apotheker sind für die Sozialversicherung ein wertvoller Partner in der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Zum Stichtag 31. Dezember 2018 versorgten 1.370 öffentliche Apotheken und zum Stichtag 1. Juli 2018 853 hausapothekenführende Ärzte die Bevölkerung mit Arzneimitteln.

Der vom Hauptverband mit der Österreichischen Apothekerkammer abgeschlossene bundesweite Gesamtvertrag ist direkt für alle Apotheken wirksam. Dieser regelt die Abgabe von Arzneien, sonstigen Mitteln, Heilbehelfen und Hilfsmitteln auf Rechnung der Krankenversicherungsträger sowie die Rechnungslegung und Bezahlung. Um das Zusammenwirken von Sozialversicherungen und Apotheken zu stärken, haben der Hauptverband und die Österreichische Apothekerkammer im Jahr 2018 drei neue Zusatzvereinbarungen zum Apothekergesamtvertrag abgeschlossen.

Ziel ist es, gemeinsam weitere Schritte im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens zu setzen und so eine Effizienzsteigerung zu erreichen. Konkret werden mit den neuen Zusatzvereinbarungen flankierende Maßnahmen zur Einführung der e-Medikation und des e-Rezepts gesetzt. Zudem wird auch der Datenaustausch zwischen der Österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband vertieft, um eine noch bessere Grundlage für die Versorgungsforschung zu erreichen.

Regelung für Produkte außerhalb des EKO

Der österreichische Gesetzgeber hat 2017 mit der Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (BGBl. I Nr. 2017/49) einen wichtigen Schritt in Richtung der Sicherung der Nachhaltigkeit des österreichischen Gesundheitssystems getan.

Neben weiteren Regelungen gilt seit 1. Jänner 2018 gemäß § 351c Abs. 9a ASVG für Arzneispezialitäten außerhalb des EKO, deren Umsatz auf Kosten der sozialen Krankenversicherung in den letzten zwölf Monaten die Schwelle von 750.000 Euro überstiegen hat, der EU-Durchschnittspreis als Preisobergrenze. Der EU-Durchschnittspreis wird von der beim BMASGK eingerichteten Preiskommission ermittelt. Hintergrund für die Einführung dieser gesetzlichen Preisgrenze war, Ausgaben für nicht im EKO gelistete Arzneispezialitäten zu begrenzen.

Während deren Anteil an den Ausgaben im Jahr 2005 (dem „Geburtsjahr“ des EKO) bei rund 2,5 Prozent lag, stellten die Ausgaben zehn Jahre später bereits rund 12 Prozent dar.

Rahmen-Pharmavertrag

Für die Laufzeit vom 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2018 wurde ein weiterer Rahmen-Pharmavertrag zwischen der österreichischen Sozialversicherung und der pharmazeutischen Industrie sowie dem Großhandel abgeschlossen. Insgesamt unterschrieben, neben den Interessensvertretungen der pharmazeutischen Industrie und des Großhandels, 104 pharmazeutische Unternehmen und sieben Arzneimittelgroßhändler diesen Vertrag. Der Rahmen-Pharmavertrag sah im Jahr 2016 einen Solidarbeitrag in Höhe von 125 Millionen Euro als Zahlung der Pharmaindustrie an die Krankenversicherungsträger vor. Für die Jahre 2017 und 2018 waren die Solidarbeiträge von der tatsächlichen Steigerung der Ausgaben für Arzneispezialitäten abhängig und mit 80 Millionen Euro pro Jahr begrenzt. Zusätzlich wurden über den gesamten Vertragszeitraum Zahlungen von insgesamt rund 6,4 Millionen Euro für die Förderung von Projekten im Bereich Kindergesundheit und Prävention vereinbart.

Arznei & Vernunft

Bei der Initiative Arznei & Vernunft handelt es sich um ein gemeinsames Projekt von Hauptverband, Pharmig, Österreichischer Ärztekammer und Österreichischer Apothekerkammer. Ziel der Initiative ist ein vernünftiger Umgang mit Arzneimitteln (www.arzneiundvernunft.at). 2018 wurde im Rahmen von Arznei & Vernunft eine neue Leitlinie für Ärztinnen und Ärzte sowie eine aktuelle Patientenbroschüre zum Thema Antinfektiva publiziert.

Die Leitlinie richtet sich – auf Basis der verfügbaren Evidenz und unter Berücksichtigung optimierter Patientenversorgung und ökonomischer Vernunft – in erster Linie an Allgemeinmediziner. Sie soll in übersichtlicher Form Hilfestellung für die Verschreibung von Antinfektiva leisten. Außerdem soll sie dazu beitragen, das Wissen und die Betreuungsstrukturen für die Versorgung Betroffener zu optimieren. Der Folder für Patienten klärt über das Krankheitsbild und Präventionsmaßnahmen auf.

Wie immer wurden diese Empfehlungen unter Einbindung von medizinischen Experten und Interessensvertretern aus wesentlichen Bereichen der Gesundheitsversorgung erstellt.

Seit vielen Jahren betreuen wir die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission und leisten damit einen Beitrag zu einer qualitativ hochwertigen Medikamentenversorgung.

Susanne Wanka-Rousil
Hauptverband, Abteilung VPM



Zahl der Heilmittelverordnungen und Heilmittelaufwand, 2014–2017



■ Zahl der Verordnungen ■ Ausgaben in 1.000 €¹⁾
■ Kosten pro Versicherten in €

1) Ohne Umsatzsteuer

Der **Heilmittel-Evaluierungs-Kommission (HEK)** wurden im Jahr 2018 folgende Anträge/Verfahren gemäß VO-EKO zur Empfehlung vorgelegt:

34 Produkte	Roter Bereich – Prüfung der Erstattungsfähigkeit
193 Produkte	Grüner Bereich
105 Produkte	Gelber Bereich
90 Produkte	Verfahren vom Hauptverband gestartet – Änderung der Verschreibbarkeit bzw. Streichung

Im Rahmen ihrer Tätigkeit empfahl die Heilmittel-Evaluierungs-Kommission der Generaldirektion die Aufnahme und Streichung von Arzneispezialitäten sowie die Änderung der Verschreibbarkeit von bereits im EKO angeführten Arzneispezialitäten.

Für 795 Arzneispezialitäten konnten mit den Unternehmen Preisreduktionen vereinbart werden. Die Summe der Einsparungen betrug von Jänner bis Dezember 2018 rund 713 Millionen Euro (Basis Kassenverkaufspreis).

Beziehungen zu weiteren Vertragspartnern | VPS

Die Abteilung Vertragspartner Spitäler (VPS) des Hauptverbandes befasst sich mit den Vertragsbeziehungen zu den öffentlichen Krankenanstalten, den PRIKRAF-Krankenanstalten, den Ambulatorien für Großgeräte, den Kuranstalten und Rehabilitationseinrichtungen und verschiedenen freiberuflichen Gesundheitsdiensteanbietern.

Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten

Über 5,5 Milliarden Euro für die Behandlung in Spitälern

Die Sozialversicherungsträger haben im Jahr 2018 für die Anstaltspflege in landesgesundheitsfondsfinanzierten Spitälern – das sind im Wesentlichen alle Spitäler mit Öffentlichkeitsrecht – etwa 5,64 Milliarden Euro aufgewendet. Damit ist die Sozialversicherung der mit Abstand größte Financier des öffentlichen Krankenanstaltenwesens.

Diese Beträge wurden nach Schlüsseln, die von der Trägerkonferenz beschlossen wurden, von den einzelnen Versicherungsträgern aufgebracht, vom Hauptverband gesammelt und von ihm nach gesetzlich geregelten Kriterien an die neun Landesgesundheitsfonds und die Bundesgesundheitsagentur ausgeschüttet.

Darüber hinaus leisteten die Krankenversicherungsträger noch weitere Zahlungen für Anstaltspflege, etwa an den Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds (PRIKRAF), an die AUVA für die Betreuung in Unfallkrankenhäusern, an weitere Privatspitäler und als Kostenzuschüsse an Versicherte, wenn diese in einem Krankenhaus behandelt wurden, das in keinem Vertragsverhältnis mit dem Versicherungsträger steht.

Krankenanstaltenstatistik

2017 waren in Österreich 271 Krankenanstalten mit insgesamt 64.805 Betten in Betrieb.

Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) ¹⁾

2017 wurden 114 Krankenanstalten (42 Prozent) mit 44.738 Betten (69 Prozent) über Landesgesundheitsfonds finanziert. Dort wurden Patienten im Rahmen von 2.492.797 stationären Aufenthalten (88 Prozent) von insgesamt 2.834.452 betreut (Quelle BMAGSK).

2018 € 5.642.458.802,61 (vorläufig)

2013 € 4.713.410.699,39

2008 € 4.039.808.559,39

2003 € 3.193.573.759,29

Aufwendungen der Sozialversicherungsträger durch den beim Hauptverband eingerichteten Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

¹⁾ Grundlage für die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sind für das Berichtsjahr die 15a-Vereinbarungen „über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ (BGBl. I Nr. 98/2017) sowie „Zielsteuerung Gesundheit“ (BGBl. I Nr. 97/2017).

Beziehungen zu nichtlandesfondsfinanzierten Krankenanstalten PRIKRAF ¹⁾

2017 wurden 30 Krankenanstalten über den PRIKRAF finanziert. 14 der 44 Spitäler, die in der im PRIKRAF-Gesetz angeführten Liste der PRIKRAF-Spitäler aufgezählt sind, haben 2017 keine für die soziale Krankenversicherung relevanten Leistungen erbracht; sechs davon scheinen nicht mehr im Krankenanstaltenkataster des BMASGK auf.

2018 € 120.555.934,81 (vorläufig)

2013 € 105.180.628,08

2008 € 90.207.966,72

2003 € 72.672.834,17

Aufwendungen der Krankenversicherung. Vom Fonds wurden im Berichtsjahr insbesondere Kontrollmechanismen angewendet, um eine effektive und widmungsgemäße Verwendung der Fondsmittel sicherzustellen.

¹⁾ Durch BGBl. I Nr. 5/2001 wurden die Beziehungen zu den nichtlandesfondsfinanzierten Krankenanstalten mit Wirkung ab 2002 völlig neu gestaltet; im Zuge der Umsetzung der neuen 15a-Vereinbarung 2013 wurden die Regelungen im Wesentlichen meritorisch unverändert für die Laufzeit der 15a-Vereinbarungen verlängert.

MedAustron, Flugrettung – Fortsetzung bewährter Kooperationen

Einige der in den Vorjahren bereits eingeführten Kooperationen mit unseren Vertragspartnern konnten im Jahr 2018 fortgesetzt werden.

So wurde beispielsweise die Zusammenarbeit mit dem Krebsbehandlungszentrum MedAustron in Wiener Neustadt vertieft. Da ein weiterer Behandlungsraum eröffnet wurde, konnte die Behandlungskapazität nachhaltig erhöht werden.

Ebenso wurde die erfolgreiche Kooperation mit der Interessensgemeinschaft Notarzthubschrauber (IG-NAH) fortgesetzt. In dieser IG sind sämtliche Betreiber von Notarzthubschraubern in Österreich zusammengefasst. Die abgeschlossene Direktverrechnungsvereinbarung ermöglicht es, dass Anspruchsberechtigte der Sozialversicherung erforderlichenfalls einen Notarzthubschrauber in Anspruch nehmen können, ohne fürchten zu müssen, in diesem sowohl medizinischen wie auch finanziellen Hochrisikobereich finanziell für den Lufttransport in Anspruch genommen zu werden (Ausnahme: die Bergung nach der Ausübung von Sport und Touristik am Berg).

Anton Proksch Institut (API)

Der Hauptverband hat mit dem Anton Proksch Institut (API) als Rechtsträger der Sonderkrankenanstalt Kalksburg Verträge über die ambulante und stationäre Versorgung von Versicherten abgeschlossen. Das API, als anerkannte Einrichtung auf dem Gebiet der Suchtbehandlung, ist an den Hauptverband mit dem Ersuchen um Erhöhung des Tagsatzes und um Abschluss eines neuen Rahmenvertrages herangetreten. Die Erhöhung sei durch die in den letzten Jahren erfolgte Angebotserweiterung bei allen chronischen Suchterkrankungen im Bereich stoffgebundener Süchte (Alkohol, Drogen, Medikamente) und nicht stoffgebundener Süchte (z. B. Spiel-, Online-, Kaufsucht) samt den damit verbundenen psychiatrischen Komorbiditäten dringend notwendig. Die Sozialversicherung unterstützt die notwendige Umstrukturierung dieser international renommierten Einrichtung, die zudem einen dringend notwendig gewordenen Neubau der völlig desolaten Räumlichkeiten plant.

Darüber hinaus wurde auch das Behandlungskonzept wesentlich überarbeitet. Der tagesklinischen und ambulanten Betreuung kommt künftig ein wesentlich höherer Stellenwert zu. Durch die Erhöhung des Tagsatzes kommt es zu keiner Erhöhung der Gesamtausgaben für die Sozialversicherung, da das API gleichzeitig mit einer Reduktion der Betten beginnt.

Ebenso kommt es zu einer Veränderung (Verkürzung) der Aufenthaltsdauer laut Leistungsbeschreibung. Durch die Erhöhung des Tagsatzes werden die Unterschiede bei der Leistungserbringung besser berücksichtigt und kann vor allem auf individuelle Bedürfnisse und Notwendigkeiten der Versicherten deutlich besser eingegangen werden.

Die Einführung eines tagesklinischen Aufenthaltes ermöglicht Versicherten eine neue Form der Therapienutzung, sollten die Lebensumstände des Versicherten diese Form der Behandlung eher bedingen als eine vollstationäre Unterbringung.

Regelung für private CT- und MR-Institute

Für CT- und MR-Untersuchungen in privaten Instituten galt eine Honorarregelung für die Jahre 2014 bis 2018. Vereinbart waren ursprünglich Kostenobergrenzen für die Honorierung. Nach Dafürhalten der Sozialversicherung senken solche Kostenobergrenzen den durchschnittlichen Tarif pro Untersuchung; je mehr Untersuchungen gemacht werden, umso mehr greift diese Regelung, womit für die Versicherungsträger ein „Mengenrabatt“ gegeben ist. Die Institute interpretierten dies aber als eine Begrenzung der Zahl an bezahlten Untersuchungen; Untersuchungen über dem „Kostendeckel“ würden nicht bezahlt.

In der Folge kam es sowohl bei CT- als auch bei MR-Untersuchungen zu langen, oft unzumutbaren Wartezeiten bei den Instituten. Dies führte auch zu großem medialen Aufsehen und Druck auf die Vertragsparteien (Wirtschaftskammer und Versicherungsträger).

Dem öffentlichen Druck folgend wurden in den beiden letzten Jahren der Laufzeit der Honorarregelung (2017 und 2018) die fixen Kostenobergrenzen aufgehoben. Gleichzeitig wurde dem Wartezeitenproblem mit einer vertraglichen Wartezeitenregelung begegnet: Patienten müssen bei allen Radiologie-Instituten mit Kassenvertrag binnen zehn Tagen einen Termin für eine CT-Untersuchung und binnen 21 Tagen einen Termin für eine MR-Untersuchung bekommen, in dringenden Fällen (z. B. bei Tumorverdacht) innerhalb von fünf Tagen.

Weiters wurde eine vertragliche Privatpatientenregelung mit einem ausdrücklichen Diskriminierungsverbot für Kassenpatienten gegenüber Privatpatienten getroffen. Diese Regelungen hatten zur Folge, dass die Wartezeiten zunächst abgebaut werden konnten; im Laufe des Jahres 2018 hat sich die Wartezeiten-situation deutlich entspannt.

KommR Renate Remta-Grieshofer
Geschäftsführende Eigentümerin der
Mare-Unternehmensgruppe

Mag. Alexander Maksimovic
Hauptverband, Abteilungsleiter VPS



“ Über 30 Jahre gelebte partnerschaftliche und äußerst korrekte Zusammenarbeit verbindet die Mare-Unternehmensgruppe mit dem Hauptverband.

Ein wertschätzender, respektvoller Umgang mit unseren Vertragspartnern führt auf beiden Seiten zu einer Win-win-Situation. Vor allem aber profitieren unsere Versicherten!

Mag. Adrian Porsche
Hauptverband, Abteilung VPS



Im Juli 2018 wurde mit dem Fachverband der Gesundheitsbetriebe in der Wirtschaftskammer Österreich ein Ergebnis für eine Regelung ab 2019 erzielt, das in einer Punktation, die von den Verhandlungsleitern unterschrieben wurde, zusammengefasst ist. Wesentliche Punkte dieser Vereinbarung sind:

- Unbefristete Laufzeit der Gesamtverträge; die Verträge gelten jedenfalls bis 31. Dezember 2023; beiderseitiger Kündigungsverzicht
- Die bestehende Regelung über Wartezeiten und Privatpatienten bleibt weiterhin aufrecht
- Verpflichtende Verwendung des elektronischen Kommunikationssystems (eKOS)
- Zielsetzungen für ELGA (elektronische Gesundheitsakte)
- Arbeitsgruppe für Frequenzdämpfung, Leistungs-/Tarifharmonisierung
- Wertsicherung der Tarife durch frequenzabhängige Indexierung auf Basis des Verbraucherpreisindex

Die Inhalte dieser Punktation sind von den Versicherungsträgern in den bilateralen Gesamtverträgen umzusetzen.

Wer eine CT- oder MR-Untersuchung braucht, soll diese auch schnell erhalten. Durch das wegweisende Modell 5/10/20 darf es in ganz Österreich keine langen Wartezeiten mehr geben. Damit liegt Österreich auch europaweit im Spitzenfeld.

03

Leistungen für Versicherte

- // **Gesundheitsförderung
und Prävention**
- // **Leistungs-, Versicherungs- und
Beitragswesen**
- // **Evidenzbasierte wirtschaftliche
Gesundheitsversorgung**
- // **Internationale und Europäische
Angelegenheiten der
Sozialversicherung**

Gesundheitsförderung und Prävention | GFP

Die Stabsstelle GFP im Hauptverband orientiert sich an den österreichischen Gesundheitszielen und der nationalen Gesundheitsförderungsstrategie. Sie sorgt dafür, dass qualitätsvolle Projekte umgesetzt und Programme national ausgerollt werden. Zentrale Themen dabei sind Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit, gesunde Schulen und Betriebe, politikfeldübergreifende Kooperationen für mehr Gesundheit sowie die Stärkung der Gesundheitskompetenz und die Förderung der Bürgerbeteiligung. So leistet der Hauptverband – gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern – seinen Beitrag für mehr gesunde Lebensjahre im Sinne einer abgestimmten Gesamtstrategie.

Schwerpunkt 2018:

Bewegung für mehr Gesundheit

„Bewegt im Park“ – vom Pilotprojekt in den Regelbetrieb

„Bewegt im Park“ (BiP) ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem organisierten Sport, der Lebenswelt Stadt und Gemeinde, den Sportverbänden als Umsetzungspartnern und der Sozialversicherung mit der Idee, niederschwellige Bewegungsangebote im öffentlichen Raum zu schaffen. Es hat das Potenzial, mehr Menschen für Bewegung zu begeistern und durch seine Präsenz im öffentlichen Raum auch jene zu erreichen, die bisher nicht erreicht wurden. Trainerinnen und Trainer der Sportunion, der ASKÖ und des ASVÖ leiten für Interessierte jeden Alters kostenlose und niederschwellige Bewegungskurse im Freien. „Bewegt im Park“ wurde im Zuge eines Pilotprojekts von 2016 bis 2018 jeweils in den Sommermonaten von Juni bis September erfolgreich erprobt. So konnte die Anzahl der an öffentlichen

Plätzen umgesetzten kostenlosen Kurse sowie die Zahl der teilnehmenden Personen über die drei Jahre hinweg kontinuierlich gesteigert werden: Während im Jahr 2016 mit 121 Kursen knapp 14.000 Menschen erreicht werden konnten, waren es 2017 mit 212 Kursen bereits 26.383 und 2018 mit 454 Kursen 57.491 Menschen.

2018 waren 30 Prozent der Teilnehmer Männer und 70 Prozent Frauen. Wie die gleichmäßige Altersverteilung zeigt, bot das vielfältige Kursangebot Bewegungseinheiten für Interessierte jeden Alters. Die externe Evaluierung hat darüber hinaus eine überaus hohe Zufriedenheit der Teilnehmer mit dem Projekt gezeigt (99 Prozent bewerten es mit der Schulnote „sehr gut“). Etwas mehr als die Hälfte (54,3 Prozent) der Befragten gibt an, keine Mitgliedschaft in einem Sportverein zu haben. Davon möchte allerdings mehr als ein Drittel (35,9 Prozent) den Kurs nach „Bewegt im Park“ in einem Verein fortsetzen. Der Anteil der Teilnehmer, die vor „Bewegt im Park“ keinen bzw. nicht regelmäßig Sport betrieben, liegt bei rund 14 Prozent. Von jenen Befragten, die zuvor nicht regelmäßig Sport betrieben haben, geben knapp zwei Drittel an, nach „Bewegt im Park“ auch weiterhin körperlich aktiv sein zu wollen.

Insgesamt hat „Bewegt im Park“ über drei Jahre hinweg knapp 98.000 Mal zur Teilnahme bewegt. Nicht verwunderlich also, dass das Projekt 2019 in den Regelbetrieb überführt werden soll.



Auftaktpressekonferenz: HVB-Vorsitzender Biach, Sportminister Strache, Cesár Sampson und Bundes-Sportorganisations-Präsident Hundstorfer, umringt von BiP-Trainern

„Behindertensport bewegt!“ – Tour 2018

Die strategische Ausrichtung der Sozialversicherung folgt dem Grundsatz, „für ein längeres selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit“ zu sorgen.



Kinder probieren im Rahmen der Tour 2018 die Schwerpunkt-Sportart Rollstuhlbasketball aus.

Es ist unbestritten, dass regelmäßige körperliche Betätigung im Zusammenhang mit einer Vielzahl an positiven gesundheitlichen Effekten steht. Somit haben Bewegung und Sport für jeden Menschen eine wesentliche gesundheitliche Bedeutung. Für Menschen mit Behinderung kommt im Speziellen ein weiterer Nutzen hinzu: die Steigerung der allgemeinen sowie im Besonderen der sozialen Lebensqualität. Rund 20 Prozent aller Österreicher leben mit einer ausgewiesenen Behinderung.

Vor diesem Hintergrund hat sich der Hauptverband mit dem Österreichischen Behindertensportverband (ÖBSV) vernetzt und ein gemeinsames Projekt auf die Beine gestellt: Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger unterstützte in Kooperation mit dem Österreichischen Behindertensportverband im Jahr 2018 unter dem Motto „Behindertensport bewegt!“ eine österreichweite Tour mit entsprechenden Bewegungs- und Informationstagen. Ziel war es, möglichst viele Menschen mit Behinderung für den Behindertensport zu sensibilisieren und dabei zu unterstützen, Sportangebote, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind, in Anspruch zu nehmen.

Angebot und Andrang bei den Tourstopps waren groß, das zeigen die Zahlen: So waren über 2.200 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bei den Veranstaltungen, 70 Trainerinnen und Trainer stellten dabei mehr als 30 Sportarten vor – von Rollstuhlbasketball über Tischtennis bis hin zu Torball für blinde und sehbehinderte Menschen. In Praxiseinheiten konnten die Sportangebote in Mitmachstationen

Bei der Abwicklung der Förderung von über 90 Projekten ist es wichtig, in Balance zu bleiben.

Mag. (FH) Judith Chikhi
Hauptverband, GFP



gleich ausprobiert werden. Fachleute informierten in Theorieeinheiten über die Wichtigkeit von Bewegung und Sport, besonders für behinderte Menschen, und auch über aktuelle Angebote in den Bundesländern.

Gesundheitskompetenz

Gesundheitskompetenz – wir setzen Impulse

Gesundheitskompetenz ist in vieler Munde und Thema gesundheitspolitischer Zielsetzungen. Die Stabsstelle GFP im Hauptverband redet nicht nur darüber, sondern entwickelt laufend Maßnahmen, um die individuelle Gesundheitskompetenz der Versicherten zu stärken und organisatorisch voranzutreiben. Leitfäden für Gemeinden und Schulen, Gesundheits-Coachings und Faktenboxen sind dabei nur einige Beispiele.

Die Stabsstelle GFP bringt regelmäßig die Sozialversicherungsträger zusammen, um gemeinsam am Thema zu arbeiten, voneinander zu lernen und die Weiterentwicklung zu unterstützen. Am 26. September 2018 fand in diesem Sinn der 3. Vernetzungstag der Sozialversicherung zum Thema Gesundheitskompetenz im BVA-Therapiezentrum Buchenberg in Waidhofen/Ybbs statt. In den VAEB-Einrichtungen ist das Thema bereits fixer Bestandteil. Aktuell machen sich auch die BVA, die AUVA und die WGKK auf den Weg, das Thema weiter voranzutreiben und zu implementieren.

www.hauptverband.at/gesundheitskompetenz

Verbesserung der Gesprächsqualität in der Krankenversorgung

Die Qualität von Gesprächen zwischen Gesundheitsfachkräften und Patienten hat einen entscheidenden Einfluss auf die Outcomes der Krankenversorgung. In den letzten 30 Jahren hat eine Vielzahl von Studien gezeigt, dass patientenzentrierte Ansätze der Krankenversorgung und eine effektive Kommunikation im Gesundheitswesen zu signifikanten Verbesserungen führen, u. a. bei der Zufriedenheit und dem physischen und psychischen Wohlbefinden von Patienten und Gesundheitsfachkräften, bei der Mitarbeit von Patienten, bei der Krankheitssymptomatik und dem Behandlungserfolg, aber auch bei der Qualität und Sicherheit der Krankheitsversorgung. Gleichzeitig können sie die Kosten des Gesundheitssystems und die Anzahl medizinisch-juristischer Klagen reduzieren. In Umsetzung der Strategie zur Verbesserung der Gesprächsqualität wurden daher im Auftrag des Hauptverbandes 18 Kommunikationstrainer und Gesundheitsfachkräfte nach dem evidenzbasierten Standard der International Association for Communication in Healthcare (EACH) ausgebildet, damit dieses Wissen in Österreich

zukünftig breit umgesetzt werden kann. Diese Trainer bieten wiederum Kommunikationstrainings spezifisch für Gesundheitsberufe an.

Gute Gesundheitsinformation zur Stärkung der Gesundheitskompetenz

Österreich ist ein Land, in dem es dazugehört, ab und zu ein Glas Bier oder Wein zu trinken. Doch der Weg vom Genuss über die Gewohnheit bis hin zum Problem der Sucht ist kürzer, als viele glauben. Mit dem SV-Ratgeber „Alkohol – zwischen Genuss und Gefahr“ hat der Hauptverband ein fundiertes Nachschlagewerk herausgegeben. Die Autoren Univ.-Prof. Dr. Sergei Mechtcheriakov, Dr. Alfred Uhl und Mag. Lisa Brunner zeigen darin Wege auf, die aus der Alkoholkrankheit herausführen, und Methoden, die verhindern, dass es überhaupt so weit kommt. Die erste Auflage aus dem Jahr 2018 ist bereits vergriffen und wird derzeit nachgedruckt. www.hauptverband.at/alkohol

„Richtig essen von Anfang an!“ – ein Jubiläum

Das zehnjährige Jubiläum von „Richtig essen von Anfang an!“ bietet Anlass, eine Zwischenbilanz zu ziehen und auf das bisher Erreichte zurückzublicken. Das Programm „Richtig essen von Anfang an!“ schafft gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen und gibt Handlungsempfehlungen zur idealen Ernährung von Schwangeren und Kindern bis zum vollendeten zehnten Lebensjahr. „Richtig essen von Anfang an!“ bietet ein umfangreiches Informationsangebot, das bisher eine Million Menschen via Workshops, Broschüren, Plakate, Folder und Downloads in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus wurden auch Multiplikatoren aus Berufsgruppen wie Ernährungswissenschaftlern, Diätologen, Hebammen und Ärzten geschult. Es konnten über 1.200 Fachkräfte in mehr als 160 Fortbildungsveranstaltungen erreicht werden. Die Herausforderung für die Zukunft wird sein, weitere Schritte zu setzen, um auch Wirtschaft und Handel davon zu überzeugen, dass sie ihren Beitrag leisten, damit die gesündere Wahl die einfachere wird.

www.richtigessenvonanfangan.at

Mag. Gudrun Braunegger-Kallinger

Leiterin der Österreichischen Kompetenz- und Servicestelle für Selbsthilfe (ÖKUSS)

Mag. Stefan Spitzbart MPH

Hauptverband, Leiter der Stabsstelle GFP



//

Mag. Beate Atzler MPH

Geschäftsführerin des Instituts für Gesundheitsförderung und Prävention

Dr. Klaus Ropin

Fonds Gesundes Österreich,
Geschäftsbereichsleiter

//

Unterschiedliche Blickwinkel haben und sich trotzdem in eine Richtung bewegen, um ein gemeinsames Ziel zu verfolgen – das zeichnet unsere Kooperation mit dem Hauptverband aus!

Tabakprävention und -entwöhnung

Als wichtige Säule der niederschweligen und kostenlosen Tabakentwöhnung steht in Österreich das Rauchfrei Telefon zur Verfügung. Neben der psychologischen Beratung von Rauchern und Angehörigen stellt es Informationen zur Tabakentwöhnung bereit und vermittelt Beratungsstellen in Österreich. Informationen zum Rauchfrei Telefon sind auch über die Homepage www.rauchfrei.at zugänglich. 2018 wurde ein Fachsymposium zum Thema „Jugend und Rauchen“ organisiert und durchgeführt. Darüber hinaus wurden gezielte Maßnahmen aus der 2016 beschlossenen Strategie der Sozialversicherung zur Tabakprävention 2018 umgesetzt. Beispiele hierfür sind die Verbreitung der Faktensammlung zu Tabakprävention in der Schule, die Erstellung einer Faktensammlung zum Nichtraucherschutz im Betrieb sowie erste Vernetzungstätigkeiten mit dem Österreichischen Hebammengremium.



Plakat zur Rauchfrei-Kampagne „Besser Schluss machen“

Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag

Die Sozialversicherung gründete 2011 gemeinsam mit der Pharmawirtschaft das „Gremium Gesundheitsziele“, um Projekte in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention zu fördern. Die Mittel dafür stammen aus dem Rahmen-Pharmavertrag, über den die Pharmawirtschaft Solidarbeiträge an die Krankenkassen leistet. Rund zwei Millionen Euro stellt das aus Vertretern von Sozialversicherung, Pharmig und PHAGO besetzte „Gremium Gesundheitsziele“ für Projekte zur nachhaltigen Verbesserung von Kindergesundheit jährlich zur Verfügung. Im Jahr 2018 lag der Schwerpunkt auf Kindermedikation und Gesundheitskompetenz. Dank finanzieller Unterstützung aus dem Rahmen-Pharmavertrag können 2019 13 Pilotprojekte dazu starten. Bis Ende 2018 wurden mit den „Gemeinsamen Gesundheitszielen“ bereits 92 Projekte mit insgesamt 12,5 Millionen Euro unterstützt.

www.hauptverband.at/gemeinsamegesundheitsziele

Gesundheitsförderung für Menschen ab 50 Jahren

2018 wurde das Österreichische Netzwerk für Gesundheit und Lebensqualität ab 50 weitergeführt und ausgebaut. Das Netzwerk ist ein Zusammenschluss österreichischer Sozialversicherungsträger, die sich zum Ziel gesetzt haben, gemeinsam die Gesundheit von Personen ab 50 Jahren zu fördern. Die Förderung der Gesundheit soll in qualitativvoller Art und Weise immer weiter ausgebaut werden. Die Vision ist es, ein positives Altersbild zu vertreten und zu verbreiten.

Die Stimme der Patienten im Gesundheitssystem

Selbsthilfegruppen und -organisationen haben eine wichtige Funktion für den sozialen Zusammenhalt und geben Patienten eine bessere Orientierung im Gesundheitssystem. Sie unterstützen Betroffene bei der Krankheitsbewältigung, ermöglichen ihnen, ihre Erfahrungen einzubringen, und verbessern die Gesundheitskompetenz der Betroffenen. Um die wichtige und wertvolle Arbeit der Selbsthilfe zu unterstützen und der Stimme der Patienten auf Bundesebene mehr Gewicht zu geben, haben die Sozialversicherung, das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und der Fonds Gesundes Österreich gemeinsam mit Vertretern der Selbsthilfe und wissenschaftlichen Experten ein Konzept zur öffentlichen Förderung der Selbsthilfe entwickelt. Seit 2018 werden hierbei aus Mitteln der Sozialversicherung Fördermittel zur Stärkung der Selbsthilfe ausgeschüttet. www.hauptverband.at/selbsthilfe



Gudrun Braunegger-Kallinger (ÖKUSS) und HVB-Vorsitzender Biach bei der Pressekonferenz zur Vorstellung des Förderkonzepts Selbsthilfe

Der GFP-Qualitätswürfel – ein Quantensprung in der Qualitätsarbeit und eine stille Revolution für mehr Gesundheitsorientierung und Wirksamkeit

Wie gute und wirksame Gesundheitsförderung gemacht und umgesetzt werden kann, wird viel diskutiert. Die Gesundheitsförderungsstrategie gibt hier zwar Grundsätze vor, die national anerkannt sind, lässt aber in der Operationalisierung viel Spielraum für Interpretation. Es fehlte bisher auch an brauchbaren Instrumenten, die strategischen Vorgaben mit praktischer Umsetzung verbinden. Unter Einbeziehung nationaler und internationaler Experten wurde in der Stabsstelle GFP ein Instrumentarium entwickelt, das das Potenzial hat, die Qualitätsarbeit in der Gesundheitsförderung auf einen neuen Level der Professionalität zu heben: der Qualitätswürfel.



Qualitätswürfel Gesundheitsförderung und Prävention

Dieser Qualitätswürfel ist ein Analyse-, Planungs- und Evaluationsinstrument, bei dessen Anwendung die verschiedenen themenspezifisch relevanten gesundheitspolitischen Strategien mitgedacht werden. Der Qualitätswürfel gewährleistet unter anderem, dass bereits bei der Planung die gewünschten Outcomes berücksichtigt werden. Der Würfel kombiniert den Public Health Action Cycle mit den Qualitätsdimensionen Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Er geht davon aus, dass die verschiedenen Qualitätsdimensionen in jeder Phase des Public Health Action Cycles, also in der Problemdefinition, in der Politik- und Strategieformulierung, in der Umsetzung und in der Evaluation, beachtet werden müssen.

Systeme verstehbar zu machen, für gute Gesundheitsinformationen zu sorgen und die Gesprächsqualität zu verbessern – das ist Teil meiner Arbeit.

Mag. Martin Block BA
Hauptverband, Stabsstelle GFP



Leistungs-, Versicherungs- und Beitragswesen | LVB

Der Aufgabenbereich der Abteilung LVB ist weit gesteckt und umfasst wesentliche Themen aus allen drei Zweigen der Sozialversicherung (Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung) sowie die fachliche Betreuung des Themas Pflegegeld, insbesondere die Erstellung von Auswertungen aus der Pflegegelddatenbank (PFIF). In der Krankenversicherung betrifft das die Bereiche des Melde-, Versicherungs- und Beitragswesens sowie das Leistungsrecht in seinen allgemeinen Ausprägungen.

Leistungsharmonisierung

Gleiche Leistungen für gleiches Geld

Bei der Leistungsharmonisierung geht es darum, Ungerechtigkeiten zu beseitigen. Kein betroffener Versicherter versteht, dass es bei den Krankenversicherungsträgern unterschiedliche Leistungen gibt, also für gleiche Beiträge ungleiche Leistungen für ihn erbracht werden. Dies betrifft insbesondere die unterschiedlichen Zuzahlungen (z. B. FSME-Impfung, Rollstühle, Windeln), Gewährungen (z. B. PSA-Tests, endovaginale Sonographie, Blutzuckerteststreifen, Zahnspangen, Familienzuschläge beim Krankengeld) und Kostenanteile, sprich Selbstbehalten (z. B. bei Transportkosten, Blutzuckermessgeräten).

Die Trägerkonferenz des Hauptverbandes hat daher beschlossen, diese Leistungsunterschiede zu analysieren und zu beseitigen. Im Jahr 2017 wurde bereits in zwei Schritten für 17 der 23 ausgesuchten Leistungsbereiche eine Harmonisierung durch Änderungen der Satzungen der Krankenversicherungsträger vorgenommen. Besonders hervorzuheben ist dabei die Leistungsharmonisierung im Bereich der Zuzahlungen der Versicherten für kieferorthopädische Leistungen sowie beim Zahnersatz.

2018 erfolgte der dritte Schritt in der Umsetzung der Leistungsharmonisierung, insbesondere in den Leistungsbereichen Psychotherapie und Physiotherapie. Außerdem konnte die Mundhygiene für Kinder als Sachleistung eingeführt werden. Insgesamt brachten diese Maßnahmen für die Versicherten eine Leistungsverbesserung in Höhe von 85 Millionen Euro. Im Zuge dieser Leistungsharmonisierung wurden in Erfüllung einer EU-Richtlinie auch Amalgam-ersetzende Füllungen als Sachleistung festgelegt. Zwei Beispiele:

Psychotherapie

Kostenzuschuss Einzeltherapie (60 Minuten)

alle GKK, SVA		€ 21,80
VAEB		€ 28,00
BVA		€ 40,00
SVB		€ 50,00

ab 1.9.2018 alle GKK, alle BKK, VAEB  € 28,00

Bewilligung alle GKK (außer S), SVA, SVB, BVA: ab der 11. Sitzung
S: Mischform
VAEB: ab der 5. Sitzung

Physiotherapie

Kostenzuschuss Einzeltherapie (60 Minuten)

NÖ		€ 13,30
B		€ 16,74
St.		€ 10,21
K		€ 15,33

restliche KV-Träger: Sachleistung, daher kein Kostenzuschuss

ab 1.9.2018 alle GKK, alle BKK  € 16,74

Bewilligung W, B, ÖÖ, K, S, V: ab der 21. Anwendung, jedenfalls ab 7. Sitzung. St: ab der 22. Anwendung unter gewissen Voraussetzungen, sonst ab der 15. Anwendung, jedenfalls ab der 8. Sitzung. T: ab der 15. Anwendung, jedenfalls ab der 8. Sitzung

Neben der Projektleitung obliegt der Abteilung LVB die gesamte Projektarbeit. Dazu gehört die Erfassung der Ist-Situation bei den Krankenversicherungsträgern, die Erarbeitung von Vorschlägen für die Harmonisierung sowie deren rechtliche Umsetzung.

Umsetzung der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung

Mit Jänner 2019 begann der Einsatz der größten Reform des derzeitigen Lohnverrechnungssystems. Mit der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM) wird ein neues Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen geschaffen, das zukünftig rasch und effektiv auf alle gesetzlichen Änderungen reagieren kann. Mit der mBGM werden die monatliche aufsummierte Beitragsnachweisung und die jährliche Zuordnung der Beiträge zum Versicherten in Form einer monatlichen versichertenbezogenen Meldung durch den Dienstgeber zusammengeführt. Durch die Realisierung der mBGM verfügt die Sozialversicherung im Unterschied zur Finanzverwaltung über aktuellste Beitragsgrundlagen der Versicherten.



Mit der modernen Lohnverrechnungsoftware einfacher, schneller und digital

Der anfängliche Umstellungsaufwand ist im Verhältnis zur dauerhaft erzielten Vereinfachung allerdings vergleichsweise gering. Einerseits kommt es zu einer generellen Vereinfachung der Anmeldung zur Sozialversicherung, andererseits kann die künftige monatliche Beitragsgrundlagenmeldung elektronisch synchron mit der ohnedies vorzunehmenden Lohnverrechnung erfolgen.

Aufgrund der in vielen Punkten automatisierten Prozesse wird der Meldeaufwand für Unternehmen deutlich reduziert. Die monatliche Meldung der Beitragsgrundlagen bringt somit eine spürbare Vereinfachung der Lohnverrechnung für alle 360.000 Unternehmen in Österreich und ein effizientes Service für alle Versicherten des Landes. Ein großer Vorteil für die Unternehmen: Allfällige Fehler können gleich erkannt werden, das bedeutet einen erheblich reduzierten Kontrollbedarf seitens der Sozialversicherung. Es wurde damit ein innovatives Melde- und Beitragsverfahren geschaffen, das über die nächste Generation von Versicherten und Dienstgebern hinaus Bestand haben wird.

Die Kollegen der LVB haben den Überblick über alle SV-Leistungen und bei dringenden Anfragen stets Zahlen zur Hand.

Mag. Astrid Kleber

Hauptverband, Öffentlichkeitsarbeit



Mag. Herbert Choholka

Hauptverband, Abteilungsleiter LVB

Mag. Johann Mersits

WGKK, stellvertretender Generaldirektor



“

Der Hauptverband ist ein kompetenter Partner, der effizient, zielorientiert und vor allem lösungsorientiert arbeitet.

Der Abteilung LVB kamen und kommen bei dieser Gesetzesumsetzung Teilprojektleitungen sowie die Mitarbeit bei der Umsetzung zu. Bisher hatte die Abteilung LVB die Aufgabe, das Beitragsgruppenschema zu erstellen. Mit der Einführung der mBGM wird das Beitragsgruppenschema durch ein neues Tarifsysteem abgelöst. Die Abteilung LVB hat nun die Aufgabe, dieses neue Tarifsysteem in seiner Gesamtheit auch unter Berücksichtigung der Qualifikationen im Hauptverband abzubilden und den Standardprodukten sowie den Dienstgebern zur Verfügung zu stellen. Dies erfolgt einerseits in Papierform und andererseits elektronisch. Außerdem ist in der Abteilung LVB der Clearingkoordinator angesiedelt. Die Aufgabe des Clearingkoordinators ist es, die drei beteiligten Standardprodukte im Clearing der Meldungen der Dienstgeber zu koordinieren und das Clearingsystem weiterzuentwickeln.

Koordinierung

Der Abteilung LVB kommen wichtige Koordinierungsfunktionen zu: Ziel ist es, eine einheitliche Vorgangsweise der Sozialversicherungsträger in den umfangreichen Bereichen der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung sicherzustellen. Aus diesem Grund gibt es im Melde-, Versicherungs- und Beitragsbereich mit allen Krankenversicherungsträgern monatlich stattfindende Referentenbesprechungen. Entsprechende Vorgangsweisen gibt es auch im Bereich der gemeinsamen Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA) sowie im Leistungsrecht der Krankenversicherung und Pensionsversicherung.

Eine wesentliche Aufgabe im Rahmen der Koordinierungsfunktion hat die Abteilung auch im Zuge von gesetzlichen Änderungen. Zum einen erfolgt dabei die Mitwirkung im Rahmen des Stellungnahmeprozesses zu Gesetzen, wobei sich die Abteilung auch schon vorweg in allfällige Expertenrunden zur Diskussion und Vorbereitung der Gesetzgebung einbringt. Nach dem Gesetzesbeschluss übernimmt die Abteilung die Aufgabe der Koordinierung der Sozialversicherungsträger.

Erstellung von Rechtstexten und Arbeitsbehelfen

Der Abteilung LVB obliegt auch die Erstellung der Mustersatzung sowie der Musterkrankenordnung und insbesondere auch die Erstellung von einigen wichtigen Richtlinien, die vom Hauptverband zu erlassen sind. Eine jährlich durchzuführende Aufgabe ist auch die Anpassung des Arbeitsbehelfs an die neuen gesetzlichen Gegebenheiten für Dienstgeber und Lohnverrechner zur Ermittlung der Sozialversicherungsbeiträge für Betriebe.

Pflegegelddatenbank

Das Pflegegeld hat den Zweck, pflegebedingte Mehraufwendungen in Form eines Beitrages pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen so weit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen. Die Abteilung LVB erstellt dafür die Auswertungen aus der Pflegegelddatenbank (PFIF) bzw. deren Weiterentwicklung. Auf Basis der Daten aus der Pflegegelddatenbank können die verschiedensten Institutionen und Organisationen statistische Auswertungen zum Pflegegeld anfordern. Außerdem ist diese Datenbank die Basis für die Erstellung der grundlegenden statistischen Auswertungen im Bereich des Pflegegeldes.

Schwerarbeitsliste

Die Abteilung LVB leistet auch die Vorarbeit für die Aufnahme von neuen Berufen in die Schwerarbeitsliste. Dabei werden berufskundliche Gutachten in Auftrag gegeben, die Aussagen zum Kalorienverbrauch eines Berufes treffen. Die vorliegenden Ergebnisse werden mit den Sozialpartnern und Vertretern der Sozialversicherungsträger erörtert und finden nach Zustimmung durch den Ausschuss Alterssicherung Eingang in die Liste der Berufsgruppen mit körperlicher Schwerarbeit.

Erledigungen in Einzelfällen

Insbesondere aus dem Bereich der Kranken- und Pensionsversicherung sind von der Abteilung LVB viele schriftliche und telefonische Anfragen von Sozialversicherungsträgern, aber auch von Versicherungen, Steuerberatern und Vertragspartnern zu Einzelthemen zu beantworten.

Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung | EWG

Die Abteilung EWG beschäftigt sich mit Kernthemen der Gesundheitsversorgung – dem Ist-Zustand, der Zielformulierung, der Veränderung und der Evaluierung. Dazu wird mit wissenschaftlichen Methoden in den Bereichen Epidemiologie und Versorgungsforschung, Planung und Steuerung sowie Qualität im österreichischen Gesundheitswesen gearbeitet. Über Kooperationen mit Universitäten und Forschungseinrichtungen und den Austausch mit den Sozialversicherungsträgern werden die Erkenntnisse zur Umsetzung vorbereitet. Daraus entstanden in den vergangenen Jahren mehr als 200 Publikationen und Folgeprojekte.

Krebserkrankungen im Fokus

Kosteneffektivität eines organisierten Screenings auf kolorektales Karzinom

Ein bundesweites, organisiertes Screening für kolorektale Karzinome (KRK) ist seit längerem auf der gesundheitspolitischen Agenda, machen doch die Karzinome des Kolons und des Mastdarms mehr als 95 Prozent der bösartigen Darmtumore aus. Um eine evidenzbasierte Entscheidung treffen zu können, initiierte die Abteilung EWG gemeinsam mit der UMIT (Private Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik) eine Studie zur Kosteneffektivität eines solchen Vorhabens. Ziel dieser Studie war eine systematische Evaluation hinsichtlich langfristiger Effektivität, möglicher Schäden und der Kosteneffektivität ausgewählter KRK-Screeningstrategien – im Vergleich zu „keinem Screening“ – für Frauen und Männer im Alter von 40 bis 75 Jahren mit durchschnittlichem KRK-Risiko in Österreich.

Dafür wurde ein entscheidungsanalytisches Markov-Zustandsübergangsmodell mit Kohortensimulation entwickelt und validiert. Das Modell bildet den natürlichen Verlauf über den gesamten Lebenszeitraum

ab – vom krebsfreien Zustand über die Entwicklung eines kolorektalen Adenoms und eines Karzinoms bis hin zum Tod. Im Modell wurden Screeningstrategien bezüglich ihres Nutzens, ihres möglichen Schadens und ihrer Kosten evaluiert. In der Analyse für das österreichische Gesundheitssystem wurden evidenzbasierte epidemiologische, klinische und ökonomische Daten aus Österreich sowie Informationen zur Güte der Screeningtechnologien aus internationalen Metaanalysen und Studien verwendet und zusammengeführt.

Schlussfolgerungen in aller Kürze

Organisierte Screeningprogramme mit jährlichem FIT-Test (im Alter von 40 bis 75 Jahren) oder zehnjährlicher Koloskopie (im Alter von 50 bis 70 Jahren) sind am effektivsten bezüglich der Restlebenserwartung. Die Wahl zwischen diesen beiden Alternativen kann von den individuellen Präferenzen und Nutzen-Schaden-Abwägungen der einzelnen Person abhängen. Eine zehnjährliche Koloskopie ist kosteneffektiv und kostensparend im Vergleich zur Strategie „kein Screening“; die Strategie mit jährlichem FIT-Test ist kosteneffektiv im Vergleich zur gFOBT-basierten Screeningstrategie. Diese Ergebnisse könnten dazu beitragen, Entscheidungsträger, Kostenträger, Entwickler klinischer Leitlinien, die Ärzteschaft und Screeningkandidaten bei ihren Entscheidungen zu unterstützen.

Ärzteeinkünfte in Österreich

Daten zu Ärzteeinkommen sind international und national bislang relativ unbekannt. Ziel dieser Studie war es, die ärztlichen Einkünfte aus Haupt- und Nebentätigkeit von selbständigen und unselbständigen Erwerbstätigen deskriptiv darzustellen. Ergebnis: Bei den Vertrags- und Wahlärzten ist zu beobachten, dass §2-Vertragsärzte im Schnitt deutlich höhere Einkünfte als Ärzte mit nur kleinen Kassen erzielen und diese wiederum höhere Einkünfte als Wahlärzte. Fachgruppen mit vergleichsweise hohen Einkünften sind Labor/Pathologie, Radiologie, physikalische Medizin sowie Augenheilkunde/Optomietrie. Vergleichsweise niedrige Einkünfte finden sich in den Fachgruppen Zahn-/Mund-/Kieferheilkunde, Allgemeinmedizin sowie Kinder-/Jugendheilkunde.

Versorgungsanalyse Labor und Pathologie im extramuralen Bereich

Im Bereich der Diagnostik und Behandlung nehmen Labor- und Pathologieleistungen einen hohen Stellenwert ein, weshalb die Routinedaten in diesem Bereich näher analysiert wurden. Im Jahr 2016 entfielen rund elf Prozent aller Aufwendungen für ärztliche Hilfe und der ärztlichen Hilfe gleichgestellte Leistungen der Gebietskrankenkassen auf den Bereich Labor. Im überwiegend städtischen Bereich werden mehr als die Hälfte der Kontakte (59,2 Prozent 2015 und 59,8 Prozent 2016) bei den Fächern für Labor und Pathologie abgerechnet. Am häufigsten wurden „Entnahme von Untersuchungsmaterial zur In-vitro-Diagnostik“, „Hämatologie“ und „Parameter für Niere/Elektrolyte“ im Bereich Labor abgerechnet. Beinahe zwei Drittel der Laborkontakte entfielen auf Frauen.

Management von Hochnutzung

Alle Gesundheitssysteme stehen vor der Herausforderung, dass eine kleine Gruppe aus der Gesamtbevölkerung einen überdurchschnittlich großen Teil der medizinischen Ressourcen und Gesundheitsleistungen in Anspruch nimmt. In einem Bericht des Instituts für angewandte Versorgungsforschung in Berlin werden Versorgungsmodelle beschrieben, die einen effizienteren Umgang mit Hochnutzern ermöglichen und deren Umsetzung grundsätzlich auch im österreichischen Kontext denkbar wäre. Dazu werden verschiedene Ansätze zur Definition und Charakterisierung von Hochnutzern aufgezeigt. Eine strukturierte Literaturrecherche erfasst den Stand der internationalen Forschung bezüglich Interventionen zum Management von Hochnutzung.

Wichtig in diesem Kontext ist die Prävention. Ein Baustein bei der Prävention von Hochnutzungsverhalten sind z. B. Angebote, die den Patienten situationsbedingt bei der Navigation innerhalb des Gesundheitssystems unterstützen. Ein anderer Baustein sind Angebote zur Verbesserung der krankheitsspezifischen Gesundheitskompetenz sowie Selbstmanagement und Selbsthilfegruppen bei Personen mit chronischen Erkrankungen. Eine hohe Bedeutung kommt auch der Stärkung von Primärversorgungsstrukturen und Hausarztpraxen und deren Etablierung als Erstkontakt zu. Fallbeispiele aus anderen Ländern zeigen, dass für bestimmte Zielgruppen das Hochnutzungsverhalten durch Fallmanagement reduziert werden kann. Telemedizinische Strukturen können ein sinnvoller Bestandteil des Fallmanagements sein. Ergebnis: Der Ausbau der integrierten, sektorenübergreifenden und interdiszi-

Mit den Analysen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens tragen wir dazu bei, transparente und gesicherte Entscheidungsgrundlagen zu schaffen.

Tim Teichert MA
Hauptverband, Abteilung EWG



Dr. Timo Fischer

Hauptverband, Abteilungsleiter EWG

Prof. Dr. Marcel Bilger PhD

Wirtschaftsuniversität Wien,
Leiter der Abteilung für
Health Economics and Policy



Der Hauptverband ist in der einzigartigen Lage, die Daten zur Primärversorgung zu analysieren und die Forschung zu unterstützen, die sich mit den zahlreichen Herausforderungen unseres Gesundheitssystems befasst.

plinären Versorgung ist eine unbedingt notwendige Voraussetzung für den effizienteren Umgang mit Patienten, die hochkomplexe Versorgungsbedürfnisse aufweisen.

Festlegung von Kassentarifen

Die Tarife für Leistungen im öffentlichen Gesundheitswesen unterscheiden sich nicht nur aufgrund der nationalen Spezifika, sondern auch aufgrund ihrer Entstehungsgeschichte. Die Abteilung EWG ist gemeinsam mit dem Institut für Höhere Studien (IHS) der Frage nachgegangen, wie die Tarife für Vertragsärzte in einzelnen Ländern festgelegt werden. Die Berechnung der ärztlichen Honorarstruktur basiert grundsätzlich auf vier möglichen Kategorien: Kostenrechnung, aufgewandte Arbeitszeit, historische Beträge oder reine Verhandlungssache. Gerade den ersten beiden, die eine sachliche Fundierung für die Tarifhöhe bieten, wird in Österreich weniger Bedeutung als in den relevantesten Vergleichsländern beigemessen, während die beiden anderen – historische Summen und Verhandlungsmacht – hierzulande die dominierenden Einflüsse zu sein scheinen. Inzwischen kommen in einzelnen Ländern regelmäßig formalisierte Verfahren zur Anwendung, um eine Evidenzbasierung im Leistungskatalog zu erreichen bzw. sie zu verbessern. Österreich gehört jedoch noch mehrheitlich zu jenen Ländern, in denen eine umfassende und regelmäßige Bewertung der aus öffentlichen Geldern finanzierten ambulanten Leistungen nicht stattfindet.

Kontinuierliches/Flash-Glukosemonitoring bei insulinbehandeltem Diabetes mellitus

Die Behandlung der Volkskrankheit Diabetes ist ein wichtiges Thema, dem sich im vergangenen Jahr auch das EUnetHTA (Europäisches Netzwerk für Health Technology Assessment) gewidmet hat. Basierend auf einer narrativen Zusammenfassung des Assessments des EUnetHTA ist kontinuierliches Blutglukosemonitoring bei Patienten mit mehrmaligen täglichen Insulininjektionen oder mit einer Insulinpumpentherapie mit einer Reduktion des HbA1c assoziiert. Die kontinuierliche und die Flash-Blutglukosemessung waren im Vergleich zur Blutzuckerselbstmessung mit einer Reduktion von Hypo- und Hyperglykämien und vermehrter Patientenzufriedenheit bei Diabetes Typ 1 und Typ 2 assoziiert. Die Evidenz aus den zwölf untersuchten Studien ist von moderater bis sehr niedriger Qualität. Weitere qualitativ hochwertige und unabhängige Vergleichsstudien – vor allem bei Kindern und Schwangeren und solche mit Langzeitergebnissen – sind jedoch noch erforderlich.

Krankheitskostenrechnung

Die Mittel, die für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehen, sind begrenzt. Die Allokation der vorhandenen Ressourcen, sprich die Zuweisung knapper Mittel zur bestmöglichen Verwendungsart, nimmt daher einen besonderen Stellenwert ein. Krankheitskostenrechnungen stellen daher eine wichtige Grundlage für politische Entscheidungen dar und bieten datengestützte Informationsgrundlagen. Stehen vergleichbare Zeitreihen zur Verfügung, so können über die Krankheitskostenrechnung auch Aussagen zur Wirksamkeit von Maßnahmen (z. B. Prävention) getroffen werden. Zudem liefern Krankheitskostenrechnungen grundlegende Informationen für HTA-Berichte (z. B. ökonomischer Hintergrund) sowie für gesundheitsökonomische Evaluierungen. Die Abteilung EWG hat dafür grundlegende Begriffe definiert und Erkenntnisse zur Methodik sowie Empfehlungen für eine Vorgehensweise für Österreich dargelegt.

Ökonomische Evaluierung von e-Health-Applikationen in Österreich 2018

Dem Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen, kurz „e-Health“, wird das Potenzial zugesprochen, die Effizienz der Leistungserbringung, den Zugang zu Leistungen sowie die Qualität der Gesundheitsversorgung nachhaltig zu verbessern. Entscheidungsträger stehen jedoch vor der generellen Herausforderung, im stetig wachsenden Angebot jene Innovationen zu identifizieren, die den größtmöglichen Nutzen bei vertretbaren Kosten stiften. Auf Basis der verfügbaren Literatur hat das European Centre for Social Welfare Policy and Research im Auftrag der Abteilung EWG detaillierte Empfehlungen betreffend Perspektive, Vergleichsalternativen, Wahl der Studienmethodik, klinische Effektivität, Modellierung, iterative Technologiebewertung, Zeithorizont und Diskontierung, Kosten und Outcomes, die Methode der Nutzwerthebung sowie die Übertragbarkeit der Studienergebnisse erarbeitet. Es hat sich herausgestellt, dass die spezifischen Charakteristika des Innovationsbündels e-Health in gewissen Bereichen eine Adaption ökonomischer Evaluationsmethodik erfordern. Mit der vorliegenden Studie konnten erste Empfehlungen für die ökonomische e-Health-Evaluierung in Österreich erarbeitet werden.

Durch eine Bündelung von Gesundheitsberufen und Gesundheitsökonomie gewährleisten wir die Integration von interdisziplinärem Wissen in der Sozialversicherung.

Nikoletta Malbaski MA MSc
Hauptverband, Abteilung EWG



Behandlungspfad chronische COPD auf Primärversorgungsebene

Bei der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) handelt es sich weltweit um die dritthäufigste Todesursache. Zur Häufigkeit von COPD in Österreich gibt es keine systematisch erhobenen Daten. Eine epidemiologische Untersuchung in Salzburg im Jahr 2005 ergab jedoch eine Prävalenz von etwa elf Prozent. Die Behandlung der COPD richtet sich nach dem Erkrankungsgrad, die Bandbreite reicht von nichtmedikamentösen Therapien, medikamentösen Therapien und Sauerstoffgabe bis hin zur Lungentransplantation. Zunehmend größere Bedeutung finden pneumologische Rehabilitationsprogramme. Ziel der Studie der Medizinischen Universität Graz war die Entwicklung eines strukturierten Behandlungspfads für die Primärversorgungsebene, basierend auf Empfehlungen aus aktuellen, thematisch relevanten, evidenzbasierten Leitlinien.

Das Ergebnis zeigt, dass die Betreuung von Patienten mit COPD immer eine Zusammenarbeit aller Versorgungsebenen (ambulant, stationär) und Einrichtungen erfordert. Die Hauptverantwortung für die Koordination der Betreuung sollte dabei im Bereich der Primärversorgung liegen. COPD-Behandlungsstrategien umfassen immer medikamentöse Therapien, die um geeignete nichtmedikamentöse Interventionen, vor allem Raucherentwöhnung, ergänzt werden. Patienten mit COPD und einer hohen Symptomlast, eingeschränkter körperlicher Leistungsfähigkeit oder hohem Exazerbationsrisiko sollen auf jeden Fall an einem pneumologischen Rehabilitationsprogramm teilnehmen, ebenso Patienten nach einem stationären Aufenthalt aufgrund einer Exazerbation. Grundsätzlich sollten alle Patienten mit COPD auch außerhalb eines pneumologischen Rehabilitationsprogramms zu regelmäßiger körperlicher Aktivität im Sinne eines gesunden Lebensstils motiviert werden.

Pränatale zytogenetische Screening-Übersicht für den Guideline-Update

In Österreich gibt es ein vielfältiges Angebot an pränatalen Tests, die Hinweise auf fetale Anomalien geben können und nicht Teil der Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen sind. Diese Tests werden schwangeren Frauen regelmäßig angeboten. Die Abteilung EWG machte sich deshalb auf die Suche nach Leitlinien und Konsensus-Statements zum pränatalen zytogenetischen Screening und konnte 13 Leitlinien bzw. Konsensus-Statements ausfindig machen, sowie weitere drei Leitlinien, die Empfehlungen und Voraussetzungen für eine Kostenübernahme des Pränatalscreenings inklusive des zellfreien fetalen DNA-Tests durch das öffentlich finanzierte Gesundheitssystem beinhalten. Pränatalscreening wird in diesem Bericht als (nichtinvasive) pränatale Testung in Abgrenzung zur pränatalen Diagnostik verstanden. Als primäre Screeningmethode wird mehrheitlich ein konventionelles Screening mit Ultraschall und/oder biochemischen Laborwerten aus dem mütterlichen Serum empfohlen. Widersprüchlich dazu wird in Leitlinien festgestellt, dass cfDNA-Tests auch als primäres Screeningverfahren für eine fetale Trisomie 21 bei schwangeren Frauen jeden Alters und jeder Risikogruppe eingesetzt werden können.

Der cfDNA-Test kann als sekundäre Screeningmethode für Trisomien zur Reduktion von invasiver Diagnostik nach auffälligem bzw. intermediärem Combined Test sinnvoll sein. Ein auffälliges cfDNA-Testergebnis muss jedoch immer durch eine invasive Diagnostik (Chorionzottenbiopsie, Amniozentese) bestätigt werden, bevor aus dem Befund eine klinische Konsequenz gezogen wird.

Infrarot-Thermographie im Screening und in der Diagnose von Brustkrebs

Eine verbesserte Genauigkeit der Infrarotkameratechnologie und bessere Computersoftware haben zu einem erneuten Interesse an der Thermographie als potenzieller diagnostischer Methode zur Brustkrebserkennung und als Screeningmethode geführt. Die Thermographie misst die Wärmeabstrahlung der Brust; im Gegensatz zur Mammographie verursacht sie keine Strahlenexposition und ist berührungsfrei.

Für die Brustkrebserkennung wird angenommen, dass eine asymmetrische Temperaturverteilung der Brust auf eine bösartige Veränderung in dieser Region hinweist. Studien zeigen, dass die Sensitivität der Thermographie im Screening von Brustkrebs niedrig ist. Die falsch positive Rate von Thermographie ist in Screeningstudien (Median 31 Prozent) wie auch in Studien im diagnostischen Setting (Median 29 Prozent) annähernd gleich. Das bedeutet, dass Thermographie bei annähernd einem Drittel der Frauen ein falsch positives Ergebnis bringt. Daher kann Thermographie anhand der derzeitigen Datenlage weder als Screeningmethode noch als diagnostische Methode empfohlen werden.

Die Abteilung EWG diskutierte ihre Arbeit regelmäßig in öffentlichen Veranstaltungen:

- Wege zur Patientenzentrierung: Was bringt Versorgungsforschung den Patienten?
- High-Need, High-Cost Patients: Strategien zur besseren Versorgung
- e-Health: Revolution und Evaluation im Gesundheitswesen
- Allgemeinmedizin: Der Spielmacher im Gesundheitswesen
- Alles auf eine Karte: Atlanten im Gesundheitswesen
- Medizin im letzten Lebensabschnitt: Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen und End-of-Life-Therapie

Informationen über die Arbeit der Abteilung EWG finden Sie im Internet unter www.hauptverband.at/EWG.

Internationale und Europäische Angelegenheiten der Sozialversicherung | IESV

Die Abteilung IESV wirkt bei der Modernisierung des internationalen Sozialversicherungsrechts und weiterführend an dessen Umsetzung mit. Darüber hinaus ist sie auch Verbindungsstelle für die Kostenerstattung im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung. Für die innerstaatliche Koordination wurden mit den Sozialversicherungsträgern Arbeitsgruppen gegründet.

Verbindungsstelle Hauptverband

Die weltweite Vertretung für Österreichs Versicherte

Die Abteilung IESV pflegt für den Hauptverband Vereinbarungen mit rund 50 Staaten (EU/EWR-Staaten, Schweiz und Abkommensstaaten) und ist die einzige österreichische Verbindungsstelle in den Bereichen Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung. Der Hauptverband ist auch der zentrale Datenknotenpunkt für den dafür notwendigen elektronischen Datenaustausch. Das betrifft den Bereich der Arbeitslosigkeit ebenso wie jenen für Familienleistungen. Die Abteilung IESV vertritt dabei nicht nur die im Hauptverband zusammengefassten Sozialversicherungsträger, sondern auch andere Institutionen wie die Landesgesundheitsfonds, die Krankenfürsorgeanstalten, den PRIKRAF, den In-vitro-Fertilisations-Fonds oder die Bundes- und Landesstellen im Bereich der Pensionsversicherung. Letztendlich vertritt der Hauptverband weltweit die gesamte österreichische Bevölkerung!

Wenn ein Österreicher im Ausland krank wird, stellt der Hauptverband sicher, dass er auch im Ausland wie in Österreich in der Regel nach dem Sachleistungsprinzip medizinisch betreut wird – und umgekehrt, dass in Österreich erkrankte Ausländer (Touristen, Personen auf Dienstreise, in Österreich

wohnende Pensionisten) behandelt und die Kosten vom ausländischen Träger erstattet werden. So haben unsere ausländischen Partner für Behandlungen in Österreich im Jahr 2018 215 Millionen Euro für rund 338.000 Fälle (Krankenhausbehandlungen, Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten, Medikamente ...) überwiesen. Im Gegenzug zahlte die Sozialversicherung nur 144,9 Millionen Euro für rund 622.000 Fälle ins Ausland. Somit wurde mit rund 70 Millionen Euro das heimische Gesundheitswesen mitfinanziert.

Der Hauptverband ist durch die Abteilung IESV auch bei den Verhandlungen über Abkommen über soziale Sicherheit involviert. Somit sind die Pensionen für Österreicher bei internationalen Berufskarrieren sichergestellt. Darüber hinaus können sie sicher sein, ihre Pensionen im Ausland zu erhalten. So wurden im Jahr 2018 für rund 185.000 Pensionen in EU- bzw. EWR-Staaten rund 581 Millionen Euro überwiesen. Umgekehrt wurden nach Österreich (Stand: Dezember 2017) für rund 240.000 Pensionen über 810 Millionen Euro überwiesen. In Vertragsstaaten wurden mit Stand Dezember 2018 für rund 91.000 Pensionen rund 393 Millionen überwiesen, nach Österreich für rund 10.000 Pensionen rund 28 Millionen Euro.

Aktivitäten und österreichischer EU-Ratsvorsitz 2018

Mehr Flexibilität für Arbeitende und mehr Versicherungsschutz für Urlauber

Um den Schutz der Österreicherinnen und Österreicher weiter auszubauen, unterstützt der Hauptverband das Sozialministerium bei der Reform der europäischen Sozialrechtskoordinierung. Die internationale Sozialversicherung erhöht nicht nur die Flexibilität der Arbeitenden und sichert den Versicherungsschutz bei Urlauben im Ausland ab, sie dient auch der exportorientierten österreichischen Wirtschaft. Die Verfahren zur Entsendung von Arbeitnehmern sind durch sie geregelt, doppelte Beitragszahlungen bleiben den Unternehmen sowie den Versicherten erspart.

Die Aktivitäten im Jahr 2018 im Überblick

Österreichischer EU-Ratsvorsitz 2018

Österreich hat am 1. Juli 2018 zum dritten Mal, nach 1998 und 2006, für sechs Monate den Vorsitz im Rat der Europäischen Union übernommen. Der Vorsitz stand unter dem Motto „Ein Europa, das schützt“. Durch die Vorsitzführung des Hauptverbandes in

- der Verwaltungskommission (Experte),
- dem Rechnungsausschuss und
- dem Fachausschuss für Datenverarbeitung

ist es gelungen, Verbesserungen beim elektronischen grenzüberschreitenden Datenaustausch (EESSI) und beim Rechnungsabschluss zu erzielen:

Reform der Sozialrechtskoordinierung

Die Flexibilität der Arbeitenden wird durch die Erfolge bei den Verhandlungen zu den anzuwendenden Rechtsvorschriften sichergestellt. Um den Schutz der in Österreich Versicherten zu gewährleisten, wurde sichergestellt, dass die Zuständigkeit in den Bereichen Krankheit und Pflege nicht auseinanderfällt. In der Ratsarbeitsgruppe „Sozialfragen“ wurde in 28 Sitzungen die Reform der europäischen Sozialrechtskoordinierung behandelt:

- Verordnung (EG) 883/2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit (Grundverordnung)
- Verordnung (EG) 987/2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) 883/2004 (Durchführungsverordnung)

Abschluss von Vereinbarungen wie z. B.:

- Kostenerstattungsvereinbarungen
- Vereinbarungen über die Nutzung der Europäischen Krankenversicherungskarte für österreichische Versicherte im Ausland
- Kompensationsvereinbarung mit Griechenland

Verbindungsstellenbesprechungen mit den bilateralen Partnern

- Deutschland
- Ungarn
- Griechenland
- Rumänien
- Bulgarien

Innerstaatliche Koordination

Um diese zu gewährleisten und Abstimmungserfolge zu erzielen, erfolgt eine umfangreiche Koordination mit dem Sozialministerium und es wurden folgende Gremien mit den österreichischen Trägern eingerichtet:

- SV-AG Anzuwendende Rechtsvorschriften
- SV-AG Krankenversicherung
- SV-AG Pensionsversicherung
- SV-AG Horizontales
- SV-AG Unfallversicherung

Wir ermöglichen Arbeitenden mehr Flexibilität, sichern den Versicherungsschutz bei Urlauben im Ausland ab und unterstützen die exportorientierte österreichische Wirtschaft.

MMag. Herta Baumann
Hauptverband, stellvertretende
Abteilungsleiterin IESV



Arnaud Emeriau

Präsident der European Social Insurance Platform (ESIP)

Mag. Peter Wieninger

Hauptverband, Abteilungsleiter IESV



“ A crucial
day-to-day
collaboration
for a better
social Europe.

Vertretung Österreichs im Rahmen der Gremien der Europäischen Union

- Verwaltungskommission
- Conciliation Panel
- Fachausschuss für Datenverarbeitung
- Rechnungsausschuss
- Ad-hoc-Gruppen
- Internationales Forum etc.

Mitwirkung bei europäischen Plattformen

- Europäische Plattform zur Bekämpfung nicht angemeldeter Erwerbstätigkeit
- Fraud & Error Plattform
- Network Group European Benefit Fraud

Mitarbeit in internationalen Organisationen

- Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS)
- ESIP (European Social Insurance Platform)

Elektronischer grenzüberschreitender Datenaustausch (EESSI)

Im Rahmen der nationalen Umsetzungsstrategie EGDA („Elektronischer grenzüberschreitender Datenaustausch“) werden papierbasierte Geschäftsprozesse mit dem Ausland in ein flächendeckendes digitales Datenaustauschsystem übergeführt und das europäische System EESSI eingeführt. Die Leistungsmerkmale des neuen Systems sind

- eine schnellere Bearbeitung von Anträgen durch Sachbearbeiter,
- die effektive Berechnung und Auszahlung von Leistungen,
- ein standardisierter Informationsfluss zwischen den Ländern sowie
- eine optimierte Prüfung und Erhebung von Daten.

Der Hauptverband koordiniert in seiner Rolle als Verbindungsstelle bzw. Zugangsstelle die verschiedenen österreichischen Träger mit dem Ziel einer umfassenden Einführung des elektronischen grenzüberschreitenden Datenaustauschs. Technische und fachliche Aufgaben werden soweit wie möglich gebündelt, um eine optimale Steuerung zu ermöglichen und eine Minimierung der Kosten zu erreichen. Über die technische Zugangsstelle („elektronische Poststelle“) in Österreich wird durch den Hauptverband der effektive und sichere elektronische Austausch von Sozialversicherungsdaten mit dem Ausland ermöglicht. Ein wesentlicher Meilenstein der nationalen Umsetzungsstrategie EGDA ist die Verknüpfung aller österreichischen Sozialversicherungsträger, um nach außen als einheitliches Ganzes zu agieren.

Damit können über 99 grenzübergreifende Sachverhalte und Problemstellungen („Geschäftsprozesse“) effektiv und rasch geklärt werden.

Mit der konsequenten Umsetzung des elektronischen Datenaustauschs in Österreich und einer engen Zusammenarbeit mit den wichtigen Partnern in der EU ist es Österreich gelungen, eine Vorreiterrolle in Europa einzunehmen.

Im Rahmen von geförderten Kooperationen (Social Agencies for Future Europe – SAFE) wurden Erfahrungen und Know-how der österreichischen Sozialversicherung eingebracht, die die Effizienz und Zuverlässigkeit von EESSI wesentlich verbesserten. Seit 1. Jänner 2019 ist Österreich gemeinsam mit Slowenien das erste Land der EU mit einem operativen Datenaustausch von Sozialversicherungsdaten über das System EESSI.

Außenstelle in Brüssel

Seit Sommer 2015 hat der Hauptverband ein eigenes Büro in Brüssel. Die Auseinandersetzung mit einer Vielzahl an europapolitischen Vorhaben gehört zum täglichen Geschäft und reicht von Binnenmarktthemen über die soziale Dimension Europas bis hin zu spezifischen sozial- und gesundheitspolitischen Fragestellungen.

Im gesundheitspolitischen Bereich liegt ein besonderer Fokus auf der Gewährleistung eines leistbaren und niederschweligen Zugangs zu innovativen Gesundheitstechnologien. Seit vielen Jahren werden zahlreiche Rahmenbedingungen der Medikamenten- und Medizinprodukteentwicklung – u. a. Forschungsanreize für die Industrie, Marktzulassung, wettbewerbsrechtliche Rahmenbedingungen sowie verfahrensrechtliche Vorschriften zur Preisbildung und Erstattung – auf EU-Ebene entschieden. Von großer strategischer Bedeutung ist aktuell auch ein Gesetzgebungsverfahren zur Institutionalisierung und Harmonisierung der EU-weiten klinischen Bewertung von Gesundheitstechnologien (Health Technology Assessment – HTA), in deren Rahmen der Mehrwert neuer Gesundheitstechnologien für nationale Gesundheitssysteme analysiert wird.

Im Brüsseler Büro sitzt auch die Redaktion des Magazins „SV Europa“, des europäischen Nachrichtenmagazins der österreichischen Sozialversicherung. Dieses Magazin ist online auf www.hauptverband.at/europavertretung abrufbar. Von hier aus wird auch der SV-interne Newsletter „EU-Flash“ zu aktuellen europäischen Entwicklungen aus Sicht der österreichischen Sozialversicherung versandt.

Umsetzung der Abkommen

Internationale Bindungen Österreichs im Bereich der sozialen Sicherheit

Die Abteilung IESV ist auch dafür zuständig, dass alle Abkommen in der Praxis umgesetzt werden. Die nachfolgende Tabelle zeigt internationale Bindungen Österreichs mit fast 50 Staaten. Zusätzlich hat Österreich Regelungen im Verhältnis zu internationalen Organisationen in Form von Abkommen oder Gesetzen getroffen und mit zahlreichen in Österreich ansässigen internationalen Organisationen – insbesondere der UNO – Amtssitzabkommen abgeschlossen.

- 1) Jedoch keine Sachleistungsaushilfe.
- 2) Teilweise Suspendierung des Abkommens zwischen Österreich und dem Kosovo durch BGBl. III Nr. 132/2012 am 6. September 2012, die Bestimmungen über die anzuwendenden Rechtsvorschriften bleiben weiterhin anwendbar.
- 3) Sachleistungsaushilfe nur für Pensionsbezieher.
- 4) Derzeit nur für den griechischen Teil.

Staat	Anzuwendende Rechtsvorschriften	Krankenversicherung	Unfallversicherung	Pensionsversicherung	Arbeitslosenversicherung	Familienbeihilfen
Albanien	•	• ¹⁾	• ¹⁾	•	•	
Australien	•			•		
Belgien	•	•	•	•	•	•
Bosnien und Herzegowina	•	•	•	•	•	
Bulgarien	•	•	•	•	•	•
Chile	•			•		
Dänemark	•	•	•	•	•	•
Deutschland	•	•	•	•	•	•
Estland	•	•	•	•	•	•
Finnland	•	•	•	•	•	•
Frankreich	•	•	•	•	•	•
Griechenland	•	•	•	•	•	•
Großbritannien	•	•	•	•	•	•
Indien	•			•		
Irland	•	•	•	•	•	•
Island	•	•	•	•	•	•
Israel	•	• ¹⁾	•	•	•	•
Italien	•	•	•	•	•	•
Kanada (einschließlich Quebec)	•			•		
Korea	•			•		
Kosovo ²⁾	•					
Kroatien	•	•	•	•	•	•
Lettland	•	•	•	•	•	•
Liechtenstein	•	•	•	•	•	•
Litauen	•	•	•	•	•	•
Luxemburg	•	•	•	•	•	•
Malta	•	•	•	•	•	•
Mazedonien	•	•	•	•	•	
Moldau	•			•		
Montenegro	•	•	•	•	•	
Niederlande	•	•	•	•	•	•
Norwegen	•	•	•	•	•	•
Philippinen	•		• ¹⁾	•		
Polen	•	•	•	•	•	•
Portugal	•	•	•	•	•	•
Rumänien	•	•	•	•	•	•
Schweden	•	•	•	•	•	•
Schweiz	•	•	•	•	•	•
Serbien	•	•	•	•	•	
Slowakei	•	•	•	•	•	•
Slowenien	•	•	•	•	•	•
Spanien	•	•	•	•	•	•
Tschechien	•	•	•	•	•	•
Tunesien	•	• ³⁾	• ¹⁾	•		
Türkei	•	•	•	•		
Ungarn	•	•	•	•	•	•
Uruguay	•			•		
USA	•			•		
Zypern ⁴⁾	•	•	•	•	•	•

04

Der Hauptverband in Zahlen

- // **Finanz- und Rechnungswesen
einschließlich Fondsverwaltung**
- // **Trägerübergreifendes Controlling**
- // **Statistik und Business Intelligence**

// Die aktuelle Zinssituation stellt institutionelle Investoren vor große Herausforderungen. Strategische Zusammenarbeit und partnerschaftlich erarbeitete Lösungen sind gefragt.



Direktionsrat Werner Janker
NÖGKK, Leiter der Finanzabteilung

Mag. Friedrich Hobel
Hauptverband, Abteilungsleiter FIN

Finanz- und Rechnungswesen einschließlich Fondsverwaltung | FIN

Die Finanzabteilung des Hauptverbandes als Finanzdrehscheibe der Sozialversicherung ist für eine Reihe von Verrechnungen zuständig; darüber hinaus werden mit verschiedenen Institutionen wesentliche Zahlungsströme abgerechnet.

Zu den Zahlungsströmen, die von den Bundesministerien über den Hauptverband an die Sozialversicherungsträger weitergeleitet werden, zählen z. B. die Beihilfen nach dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz, Mittel für den Mutter-Kind-Pass, Einhebevergütungen aus der Arbeitslosenversicherung und dem Insolvenz-Entgeltsicherungsgesetz sowie die Mindestsicherung.

Die Sozialversicherungsträger leisten über den Hauptverband Zahlungen an die Bundesministerien für den In-vitro-Fertilisations(IVF)-Fonds und für den Ersatz des Aufwandes für Verfahren in Sozialrechts-sachen. Die Zahlungen der Sozialversicherungsträger für den Gesundheitsförderungsfonds gemäß § 447g ASVG werden vom Hauptverband an die Bundesländer weitergeleitet.

Auch in der zwischenstaatlichen Sozialversicherung erfolgen die Kostenerstattungen im Bereich der Kranken- und Unfallversicherung über den Hauptverband. Dies ermöglicht eine gesamtösterreichische Steuerung und der Hauptverband kann die Träger durch sein umfassendes Know-how in diesem Bereich bei allfälligen Problemen effektiv unterstützen.

Wichtige Abrechnungen, die innerhalb der Sozialversicherung über den Hauptverband erfolgen, sind die Krankenversicherung der Pensionisten, der besondere Pauschbetrag gemäß § 319a ASVG, die Belastungsausgleiche gemäß § 322a und 322b ASVG, das Rehabilitationsgeld und die Abrechnung von Standardprodukten. Darüber hinaus führt die Abteilung FIN noch eine Reihe von Sonderverrechnungen mit den Sozialversicherungsträgern durch.

Die Kernaufgabe der Buchhaltung ist die systematische Erfassung sämtlicher Geschäftsfälle im Rahmen der Betriebstätigkeit des Hauptverbandes. Weiters hat die Abteilung FIN die beim Hauptverband eingerichteten vier Fonds der Sozialversicherung sowie zwei Rechenkreise zu betreuen.

Fonds

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG

Die verfügbaren Mittel des Ausgleichsfonds in Höhe von 344,6 Millionen Euro wurden nach § 447a Abs. 6 ASVG wie folgt verteilt:

Insgesamt (in 1.000 €)	355.975
GKK Wien	122.912
GKK Niederösterreich	34.191
GKK Burgenland	17.679
GKK Oberösterreich	24.799
GKK Steiermark	41.218
GKK Kärnten	82.677
GKK Salzburg	1.668
GKK Tirol	27.720
GKK Vorarlberg	3.111

Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 447f ASVG

Die Sozialversicherungsträger überwiesen an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung insgesamt rund 5.869 Millionen Euro. Der Ausgleichsfonds erhielt darüber hinaus rund 8,3 Millionen Euro gemäß § 447a Abs. 11 Z 1 ASVG.

Der Ausgleichsfonds überwies an die Landesgesundheitsfonds der Länder rund 5.613,7 Millionen Euro und an die Bundesgesundheitsagentur rund 83,6 Millionen Euro.

Wir stehen derzeit vor völlig neuen Herausforderungen. Das System der sozialen Sicherheit in Österreich stellt dennoch etwas Einzigartiges dar. Es ist ein Privileg, daran mitzuwirken und es mitzugestalten.

Christina Roskopf
Hauptverband, Abteilung FIN



Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung gemäß § 447h ASVG

Dem Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung gemäß § 447h ASVG wurden gemäß § 447a Abs. 10 Z 2 ASVG 4,141 Millionen Euro zugeführt. Die Mittel wurden für die bundesweiten Maßnahmen zur Förderung und Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (Gesundenuntersuchungen) und für Maßnahmen der Gesundheitsförderung verwendet. Die verbleibenden Mittel wurden an die Krankenversicherungsträger überwiesen.

Fonds für Zahngesundheit gemäß § 447i ASVG

Dem Fonds für Zahngesundheit gemäß § 447i ASVG wurden gemäß § 80c ASVG 80,0 Millionen Euro vom Bund zugeführt. Die Überweisungen an die Krankenversicherungsträger erfolgten jeweils nach Einlangen der Mittel.

Rechenkreise

Rechenkreis Kassenstrukturfonds

Dem Rechenkreis Kassenstrukturfonds wurden 10,0 Millionen Euro vom Bund zugeführt (BGBl. I Nr. 118/2015). Diese Mittel wurden an die Gebietskrankenkassen überwiesen.

Rechenkreis Pensionsversicherung

Dem Rechenkreis Pensionsversicherung wurden 2.304,4 Millionen Euro zugeführt. Die Überweisungen an die Pensionsversicherungsträger erfolgten jeweils nach Einlangen der Mittel.

Trägerübergreifendes Controlling | TUC

Die Abteilung TUC verantwortete den Prozess der Zielvereinbarungen sowie berichtete über die erreichten Ist-Zustände und mögliche Soll/Ist-Abweichungen mittels der Balanced Scorecard (BSC), entwickelte das Projektmanagementsystem der Sozialversicherung weiter (Project Management Office – PMO) und koordinierte die Bauvorhaben der Sozialversicherungsträger.

Zielsteuerung

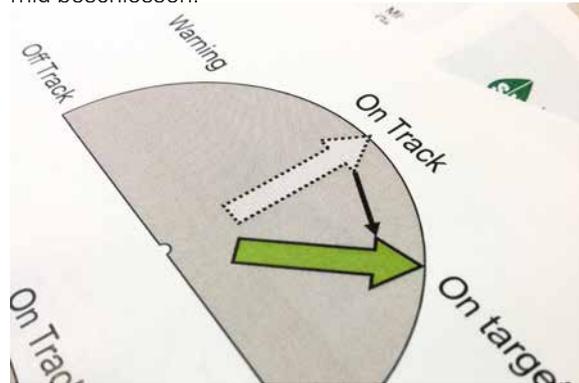
Zielvereinbarungen der Sozialversicherung für die Jahre 2019 bis 2021

Unter konsequenter Beachtung der Grundsätze des Zielfindungsprozesses – aktive Einbindung aller Beteiligten, Konzeption der Sozialversicherungsziele als Bottom-up-Prozess und hohe Transparenz – erfolgte im BSC-Kernteam die Entwicklung eines gemeinsamen Vorschlags für die Ziele der Sozialversicherung für die Jahre 2019 bis 2021. Dem Zielfindungsprozess liegt die im Jahr 2014 umfassend neugestaltete BSC-Struktur zugrunde, die sich im Sinne der Wirkungsorientierung stärker der Fragestellung zuwendet, was die Sozialversicherung über die angebotenen Leistungen bei ihren Leistungsempfängern bewirken will. Die Jahresziele für den Zeitraum 2019 bis 2021 wurden einem kritischen Review unterzogen und, wenn erforderlich, an die aktuellen Entwicklungen bzw. die im Jahr 2018 erzielten Ergebnisse angepasst.

Für die Finanzziele 2019 sind die im Art. 17 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit bzw. im Zielsteuerungsvertrag (Anlage 1.4) angeführten Ausgabenobergrenzen maßgeblich. Die Krankenversicherungsträger haben ihren jeweiligen Gesamtzielwert auf sieben individuelle Teilzielwerte heruntergebrochen und an den Hauptverband gemeldet.

Die Ausgestaltung der operativen Ziele der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes wurde parallel zur Entwicklung der Sozialversicherungsziele

vorgenommen. Die Trägerkonferenz hat in ihrer Sitzung vom 11. Dezember 2018 diesen Vorschlag für die Sozialversicherungsziele 2019 bis 2021 einstimmig beschlossen.



Die Balanced Scorecard ermöglicht eine klare Kommunikation über Ziele und Status.

Monitoring & Evaluierung

Die Abteilung TUC hat zum 15. Februar 2018 bzw. zum 15. August 2018 zeitgleich mit der Erhebung der Daten für die Gebarungsvorschaurechnung ein Monitoring der Finanzziele 2018 durchgeführt und entsprechende Berichte für die Trägerkonferenz und den Vorstand erstellt, die auch die von den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband eingeleiteten Maßnahmen enthalten. Weiters hat die Abteilung TUC einen Evaluierungsbericht „Finanzziele 2017“ erstellt und die Ergebnisse der Trägerkonferenz und dem Vorstand zur Kenntnis gebracht.

Darüber hinaus führte die Abteilung TUC zum Ende des zweiten Quartals 2018 ein Monitoring der Sozialversicherungs- und der Hauptverbandsziele 2018 durch, um die erzielten Fortschritte und Erfolge zu dokumentieren und auf mögliche Zielerreichunggefährdungen hinzuweisen. Die Evaluierung der Sozialversicherungs- und der Hauptverbandsziele 2017 wurde unter Einbindung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes durchgeführt. Über das Ergebnis der Sozialversicherungs-Zielerreichung 2017 wurde die Trägerkonferenz am 24. April 2018 und über die Hauptverbands-Zielerreichung 2017 der Vorstand am 17. April 2018 informiert.

Die Abteilung TUC verantwortete auch die Koordination der Bearbeitung sowie die anschließende Konsolidierung der dem Hauptverband zugeordneten Messgrößen des Monitoringberichts Zielsteuerung-Gesundheit (Berichtsjahr 2017) und des Statusberichts zur Maßnahmenumsetzung zum Stichtag 31. Dezember 2017.

Support für Competence Center

Zur Steuerung und Dokumentation der Tätigkeiten der Competence Center (CC) Heilbehelfe/Hilfsmittel (HBHI), Integrierte Versorgung (IV) und Transportwesen (TW) wurde von der Abteilung TUC ein detailliertes Monitoring bzw. Reporting zu den jeweiligen Arbeitsprogrammen durchgeführt. Dieses basiert auf den jeweiligen Meilensteinplanungen der CC und umfasst einen Diagnose- und – im ersten Halbjahr – einen Prognoseteil in den Dimensionen Kosten und Fortschritt sowie eine zugehörige Kommentierung. Auf Grundlage der Reports wurden zwei Leistungskataloge der CC für Sitzungen der leitenden Angestellten erstellt.

Die zweite wesentliche Supportleistung besteht in der Bearbeitung der betriebswirtschaftlich relevanten Angelegenheiten der CC. Namentlich wurde die Endabrechnung der CC für das Jahr 2017 durchgeführt, die Akontierungszahlungen für das Jahr 2018 festgelegt und die Kalkulation der CC-Stundensätze für das Jahr 2019 erstellt.

Project Management Office

Zu den Kernaufgaben des Project Management Office (PMO), das organisatorisch in die Abteilung TUC eingegliedert ist, zählen die laufende Betreuung und Weiterentwicklung des Projektmanagementsystems (organisatorische Strukturen, Richtlinien, Standards und Methoden zur Initiierung, Planung, Überwachung und Steuerung von Projekten), die Verwaltung der Projektportfolio-Datenbank über beantragte, laufende und abgeschlossene Sozialversicherungs- und Hauptverbandsprojekte sowie die Sicherstellung eines standardisierten und harmonisierten Berichtswesens. Als ergänzendes Instrument zur Unterstützung der strategischen Steuerung und Entscheidungsfindung wurde das Projektcockpit implementiert, das den strategischen, taktischen und operativen Handlungsrahmen von Projektportfolios und Einzelprojekten aufzeigt. Im Rahmen dieser PMO-Funktion wird das Verbandsmanagement laufend über den Status der strategischen Themen und Projekte des Hauptverbandes informiert.

Aufgrund des hohen Stellenwerts von Projektmanagement als Arbeits- und Führungsform innerhalb der Sozialversicherung hat das PMO des Hauptverbandes gemeinsam mit dem PMO der ITSV 2018 zum sechsten Mal die sozialversicherungsweite Netzwerkveranstaltung der Projektmanagement-Community durchgeführt. Diese fand am 7. Juni 2018 in Wien statt, wobei insgesamt rund 96 Personen aus 14 Sozialversicherungsträgern, der ITSV, der SVC, der SVD und dem Hauptverband teilnahmen.

Die Durchführung von Projektmanagementtrainings, in denen über den Projektmanagement-Standard der Sozialversicherung reflektiert wird und die Kursteilnehmer die Konsequenzen ihrer im Rahmen einer Projektsimulation getroffenen Entscheidungen erfahren können, rundet das Aufgabenportfolio des PMO ab. Seit 2014 nahmen an bisher 22 durchgeführten Trainingseinheiten insgesamt 249 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung teil.

Das PMO veranstaltet im Sinne des Erfahrungsaustauschs und Know-how-Transfers laufend Vernetzungstreffen im Hauptverband, sogenannte Projektmanagement-Circles, bei denen Projektleiter sowie am Thema Projektmanagement interessierte Mitarbeiter gemeinsam über ausgewählte Projekte und Projektmanagement-Themen reflektieren. Das PMO gilt im Hauptverband als zentraler Ansprechpartner für alle Fragen rund um das Thema Projektmanagement und unterstützt laufend Projektteams in allen Projektphasen.



Projektorientiertes Arbeiten nimmt in der Sozialversicherung einen hohen Stellenwert ein.

Eigene Einrichtungen und Bauvorhaben

Dem Vorstandsvorstand und dem Verbandsmanagement wurden eine Reihe von Berichten betreffend Anträge auf Zustimmung, Schlussabrechnungen zustimmungspflichtiger Bauvorhaben und Bedarfsprüfungen vorgelegt. Die größten Bauvorhaben, denen der Vorstandsvorstand die Zustimmung erteilte, waren die Errichtung einer Gesundheitseinrichtung in Sitzenberg-Reidling durch die BVA und die Verlegung und Erweiterung der Landesstelle Oberösterreich der BVA in Linz.

Weiters wurden Statistiken zu eigenen Einrichtungen aktualisiert und eine Empfehlung des Hauptverbandes zur Anhebung der Verpflegungskosten in den eigenen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger erarbeitet.

Elektronische Vertragspartnerabrechnung und Zertifizierung von Ärztesoftware

Der Abteilung obliegt die Koordinierung einer Plattform zur elektronischen Vertragspartnerabrechnung, die zwei- bis dreimal pro Jahr zusammentritt. Außerdem obliegt ihr die Organisation des Prozesses zur Zertifizierung von Ärztesoftwareprodukten.

Die aktive Einbindung aller Sozialversicherungsträger in den Prozess der Zielvereinbarungen führt zu einer hohen Akzeptanz, die wichtig für die Umsetzung der Ziele ist.

Mag. Manfred Reiner
Hauptverband,
stellvertretender Abteilungsleiter TUC



Statistik und Business Intelligence | SBI

Die Aufgaben der Abteilung Statistik und Business Intelligence sind u. a. die systematische Aufbereitung, Analyse und Weiterverarbeitung von Daten und Informationen auf dem Gebiet der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung und die Herausgabe statistischer Veröffentlichungen.

Finanzströme, Datenmanagement und Business Intelligence

Ein wichtiges Arbeitsfeld der Abteilung SBI sind Analysen und Berechnungen im Bereich von Finanzdaten und Geldströme in der Sozialversicherung (Konsolidierung der Finanzdaten, Spitalsfinanzierung, Risikostrukturausgleich u. Ä.). Im Rahmen von Business Intelligence werden vorhandene Unternehmens- und Geschäftsdaten der österreichischen Sozialversicherung in relevantes, handlungsanleitendes Wissen transformiert. Neben der Beantwortung von Ad-hoc-Anfragen werden Entscheidungsträgern Standardpublikationen und -auswertungen zur Verfügung gestellt und benutzerfreundliche Auswertetools unter Einsatz von zeitgemäßen Analysemethoden und -werkzeugen entwickelt.

Im Gebiet Datenmanagement erfolgt die Aufbereitung und Auswertung dispositiver Sozialversicherungsdaten. Hier stehen sowohl Stammdaten der Versicherten und Leistungserbringer als auch pseudonymisierte Gesundheitsdaten (Heilmitteldaten, e-card-Konsultationsdaten und vieles mehr) ebenso wie weitere Sozialversicherungsdaten (Pflegegelddaten, Daten der Pensionsversicherung, Arbeitsmarktdaten und SV-Statistiken laut Weisungen) im Fokus.

Die Abteilung liefert mit ihren Arbeiten fundierte Grundlagen für Entscheidungen zur aktiven Gestaltung und Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems. In diesem Zusammenhang steht die Abteilung SBI auch als Ansprechpartner für Anfragen unterschiedlicher Stakeholder zur Verfügung und unterstützt damit den Hauptver-

band der österreichischen Sozialversicherung in einer wissensbasierten Gesellschaft.

Die Abteilung SBI hat im Jahr 2018 unter anderem folgende wichtige Berechnungen durchgeführt:

- Berechnungen der Aufwertungszahl und der Höchstbeitragsgrundlage für das Jahr 2018
 - Die Aufwertungszahl beträgt: 1,029
 - Die monatliche Höchstbeitragsgrundlage beträgt: 5.130 Euro (ASVG) und 5.985 Euro (GSVG, BSVG)
- Berechnung der endgültigen Überweisungen gemäß § 447f ASVG (Krankenanstaltenfinanzierung)
 - Ermittlung des endgültigen Pauschalbeitrages
- Endgültige Aufteilung von 70 Prozent des Pauschalbeitrages
- Endgültige Aufteilung von 30 Prozent des Pauschalbeitrages
- Aufteilungsschlüssel gemäß § 447f Abs.11 Z 2 ASVG
 - Endgültige Aufteilung des Beitrages an die Bundesgesundheitsagentur
 - Endgültige Aufteilung von 75 Millionen Euro an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung
- Errechnung des vorläufigen und des endgültigen Aufteilungsschlüssels in der Krankenversicherung der Pensionisten
- Berechnung des besonderen Pauschalbeitrages sowie des vorläufigen und des endgültigen Aufteilungsschlüssels gemäß § 319a ASVG
- Berechnung des Belastungsausgleichs gemäß § 322a ASVG
- Vorläufige Überweisungen gemäß § 447f ASVG (Pauschalbeitrag) an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung
- Belastungsausgleich REGO
- Vorläufiger und endgültiger Ersatz der Krankengeldaufwendungen für Arbeitslose
- Mindestsicherung, endgültige Abrechnung
- Berechnung der Ausgabenobergrenzen und der Ausgabendämpfungseffekte für die Sozialversicherung gemäß Gesundheits-Zielsteuergesetz

BIG

BIG ist ein fachliches Standardprodukt der Sozialversicherung, das durch einen Beschluss der Trägerkonferenz im Jahr 2006 im Hinblick auf strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen aufgrund der Gesundheitsreform eingerichtet wurde. Zielsetzung von BIG ist es, eine trägerübergreifende Informationsplattform zu schaffen, durch die eine (relativierte) Darstellung der Abweichungen von Zielwerten und somit die Identifikation von Schiefen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens ermöglicht wird. Es sollen potenzielle Handlungsfelder für Maßnahmen im Bereich der Sozialversicherung selbst sowie in den Gesundheitsplattformen aufgezeigt werden.

Arbeiten im Bereich Standardprodukte BIG

- Routinemäßige Aufbereitung und Qualitätssicherung von pseudonymisierten Daten aus dem Gesundheitssystem
- Sozialversicherungsweite Zurverfügungstellung der Daten für Ad-hoc-Auswertungen über Datenbanken und Datenwürfel sowie über eine standardisierte benutzerfreundliche Reportingschiene im Intranet
- Integration von neuen patientenbezogenen Kennzahlen für gesundheitsökonomisch wichtige Fragen
- Aufbereitung der Ärztezahlen in Abstimmung mit allen Krankenversicherungsträgern und der Gesundheit Österreich GmbH und ihre Zurverfügungstellung über Datenwürfel und Webanwendungen
- Heilmittelauswertungsprozess: Der Heilmittelbereich zeichnet sich durch eine besondere Vielschichtigkeit aus, in der jeder Krankenversicherungsträger unterschiedliche Herausforderungen zu bewältigen hat. Um eine standardisierte Ursachenanalyse zu ermöglichen und Entwicklungen bei den Heilmittelkosten einheitlich analysieren zu können, wurde eigens ein Modul entwickelt
- Das BIG-Webportal wurde für Zielsteuerungspartner freigegeben. Einerseits können damit Analysen von stationären Aufenthalten in Fondskrankenhäusern erstellt werden. Andererseits können mit REGIOMED Analysen zur Versorgungssituation im ambulanten Bereich durchgeführt werden
- Durchführung von User-Schulungen und Experten-Workshops
- Routinemäßige Lieferung von Daten für den Rahmen-Pharmavertrag
- Routinemäßige Lieferung von Antibiotika-Daten an das europäische Antibiotika-Register (EARS-Net)

Unsere Mission ist es, relevante Geschäftsdaten in handlungsanleitendes Wissen umzuwandeln.

Alexander Ganjeizadeh

Hauptverband,
stellvertretender Abteilungsleiter SBI



Dr. Peter Huber

WIFO – Österreichisches Institut für
Wirtschaftsforschung

DI Elmar König

Hauptverband, Abteilungsleiter SBI



“ In der Prognosetätigkeit
ist der Hauptverband ein
hochkompetenter und
verlässlicher Partner und
zentraler Datenprovider.

Statistische Datenbank

Als zentrale Dienstleistung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger besorgt die Abteilung SBI die Statistik der Sozialversicherung sowie die Statistik der Pflegevorsorge im übertragenen Wirkungsbereich sowohl nach den Weisungen des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) als auch insoweit, als dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Hauptverbandes notwendig ist. In diesen Zusammenhang gehören auch der Aufbau und die Führung einer Statistikdatenbank.

Derzeit sind für folgende Bereiche vom BMASGK erlassene Weisungen für die Erstellung der statistischen Nachweisungen in Kraft:

- Gesamte Sozialversicherung: Nachweisungen aus der Versicherungsdatei und der zentralen Leistungsdatenbank des Hauptverbandes
- Pensionsversicherung – Monatsstatistik
- Pensionsversicherung – Jahresstatistik
- Unfallversicherung
- Krankenversicherung

Weitere Tätigkeitsbereiche sind die Vertretung des Hauptverbandes und die Mitarbeit in Arbeitsgruppen von Bund und Ländern im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit, die Teilnahme an Fachbeiräten der Statistik Austria sowie der Wissensaustausch und die ergebnisorientierte Zusammenarbeit mit Experten innerhalb und außerhalb der Sozialversicherung, um eine bestmögliche Datenverfügbarkeit zu sichern und die intelligenteste Form der Datennutzung zu unterstützen.

Datawarehouse des Hauptverbandes

Neben den oben genannten Aufgaben und Tätigkeiten betreibt die Abteilung SBI auch das Datawarehouse des Hauptverbandes. In diesem Konnex wurden im Jahr 2018 folgende Tätigkeiten durchgeführt:

- Durch die erfolgreiche Etablierung einer Programmstruktur im Bereich der Leistungsdaten (Leistungsdatenprogramm – LeiDaP) war 2018 erstmals eine Gesamtsteuerungsmöglichkeit im Zusammenhang mit den Leistungsdaten und deren Verwendung möglich. Zudem konnte durch Konsolidierungsmaßnahmen und die Nutzung von bestehenden Synergieeffekten der Arbeitsaufwand im Bereich der Qualitätssicherung und Datenaufbereitung verringert werden, was maßgeblich zu einer Kostenreduktion beigetragen hat.

Hauptinhalte der Tätigkeiten im Rahmen des Programms waren:

- Durchführung der Datenaufbereitungen, Datenqualitätssicherungen und Datenübermittlungen laut Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen
- Durchführung der Datenaufbereitungen und Datenqualitätssicherungen von acht Jahresdatenbeständen der Abrechnungsdaten der Krankenversicherungsträger
- Durchführung der Datenaufbereitungen eines Detailthemas für die gesetzliche Vertragspartneranalyse
- Optimierung der Datenaufbereitungs- und Qualitätssicherungsprozesse
- Gesundheitsberatung 1450: Bei diesem Hauptverbandsprojekt ist die Abteilung SBI für die Komponenten Datawarehouse und Business Intelligence zuständig. Hier wurden die notwendigen Daten zur Evaluierung zur Verfügung gestellt und Web-Auswertungsberichte konzipiert und erstellt
- Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH gemäß Art. 15a B-VG: Abstimmung und Umsetzung der festgeschriebenen Sicherstellung und Weiterentwicklung der Dokumentation bzw. einer gemeinsamen Datenhaltung (Abs. 9)
- Aktive Mitarbeit beim Standardprodukt DWH CC in Projekten der fachlichen Konsolidierung
 - Leitung des fachlichen Teams zur Abstimmung inhaltlicher Anforderungen
 - Projektleitung zur Erstellung einer fachlichen Datawarehouse(DWH)-Themenlandkarte
 - Leitung des fachlichen Projekts zur Vereinheitlichung der Leistungserbringer-Stammdaten
 - Leitung des fachlichen Projekts zur Vereinheitlichung der Anspruchsberechtigten-Stammdaten

Publikationen der Abteilung SBI

Monatlich	
Beschäftigte	Bundesländer, Wirtschaftsklassen, Alter, Nationalität, freie Dienstverträge, geringfügig Beschäftigte
Monatsbericht	Versicherte, Anspruchsberechtigte, Pensionen, Krankenstände, Renten, Bundespflegegeldbezieher
Pflegegeldstatistiken	Bezieher/Anspruchsberechtigte, Stufen, Alter, Bundesland, Entscheidungsträger, Bewegung, Anträge, Zuerkennungen, Ruhen
Beitragsvorschreibungen, Monatsabrechnungen	Fälligkeit an SV-Beiträgen, ASVG, B-KUVG

Quartalsweise	
Vorläufige Gebarungsergebnisse	KV, PV, UV, BPGG, NSchG
Gebarungsvorschaurechnung	KV, PV, UV
Ärztelkosten-Quartalsstatistiken	§2-Kassen, Ärzte, Fälle, Beträge, Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen

Jährlich	
Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen	Überblick über SV-relevante Themen
Handbuch der österreichischen Sozialversicherung	Allgemeine Entwicklung der österreichischen SV
Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung	Statistischer Überblick über die österreichische SV
Versicherte, Pensionen, Renten	Wie Monatsbericht, nur Jahresdurchschnitte
Voranschläge	KV, PV, UV, BPGG, NSchG
Finanzstatistik	Endgültige Gebarung: KV, PV, UV, BPGG, NSchG, SUG
Zusammenstellung der Schlussbilanzen	KV, PV, UV, Reinvermögen
Verwaltungsstatistik	Personalstände, Verwaltungs- und Verrechnungskosten
Statistik über Sozialrechtssachen	Bescheide, Klagen, Erledigungen PV, UV
Krankenversicherungs-Leistungstatistik	Zahnhilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Spital, Krankenstand, Mutterhilfe, Jugendlichen-/Vorsorgeuntersuchungen
Krankenstandsstatistik	Dauer, Alter, Wirtschaftsklassen, Krankheitsgruppen
Zahnhilfestatistik	Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferregulierung
Pensionsjahresstatistik	Stand, Zugang, Abgang, Krankheitsgruppen, Alter, Zugangsalter, Pensionseinkommen, Bundesländer
Unfallversicherungs-Jahresstatistik	Rentenstände, Zugang, Abgang, Bundesländer, Schüler/Studenten, Berufskrankheiten
Einkommensstatistiken	Arbeiter und Angestellte, Dezile, Bundesländer, Bezirke, Wirtschaftsklassen, Alter, Nationalität
Ärztelkosten-Jahresstatistik	Ärzte, Fälle, Beiträge, §2-Kassen und Sondersicherungsträger
Personenbezogene Statistiken	Beschäftigte, Erwerbstätige, Pensionen 1. Juli und 31. Dezember

05

Unsere Mitarbeiter/-innen

- // Lehrlingsausbildung, Akademie,
Personal und Dienstrecht
- // Gebäudemanagement
- // IT-Management und EDV-Organisation

Andrea Kopecky
Hauptverband, Akademie

Dr. Thomas Lipovits
Hauptverband, Akademie

Mag. Oliver Pirkner
Hauptverband, Abteilungsleiter LAPD

Dr. Georg Schwarz
SVB, Abteilungsleiter
Allgemeine Verwaltung



“ Die Aus- und Weiterbildung im Hauptverband hat in den vergangenen Jahrzehnten Großartiges für die Mitarbeiter der Sozialversicherung geleistet. Zudem ist es gelungen, sie den modernen Bedürfnissen anzupassen.

Lehrlingsausbildung, Akademie, Personal und Dienstrecht | LAPD

Dienstrecht

Zu den Kernaufgaben des Bereichs Dienstrecht in der Abteilung LAPD zählen die Betreuung und Verhandlung der Kollektivverträge, die Erstellung dienstrechtlicher Richtlinien, die Betreuung der Prüfungsordnungen, die Gewährung von Rechtsschutz in Dienstrechtsangelegenheiten, die Genehmigung der Dienstpostenpläne der Sozialversicherungsträger und die Zustimmung zu Sonderverträgen, die Erstellung der Einreichungs- und Personalaufwandsstatistik (EPAS), die Auslegung der Dienstordnungen, die Unterstützung der Sozialversicherungsträger in arbeitsrechtlichen Angelegenheiten und die inhaltliche und organisatorische Betreuung des Dienstrechtsausschusses.

Abgeschlossene Verhandlungen

Im Jahr 2018 wurden die 97. bis 99. Änderung der DO.A, die 93. und 94. Änderung der DO.B sowie die 84. und 85. Änderung der DO.C und die 8. und 9. Änderung des Pensionskassenkollektivvertrages mit der Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier – Wirtschaftsbereich Sozialversicherung und der Gewerkschaft vida – Fachbereich Gesundheit verhandelt. Weiters wurden die 4. Änderung der Prüfungsordnung sowie die 6. und 7. Änderung der RLPK akkordiert. Auch waren infolge der 93. Änderung der DO.B Tabellen in der RDPP (10. Änderung) redaktionell anzupassen.

Die markantesten Änderungen waren:

- Schaffung einer Gehaltsgruppe B IVa für Ärzte, die im Gesundheitsverbund der WGKK in Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin oder zum Facharzt stehen
- Einreihung der Ärzte in der Basisausbildung in B V
- Rahmenbedingungen für die Übernahme in den Dienst
- Einführung der Möglichkeit einer Verlängerung der Fristen zur Ablegung der Dienstprüfungen im Falle einer Elternteilzeit auf Antrag für die Dauer der Elternteilzeit, längstens jedoch um zwei Jahre
- Anhebung des Beitragssatzes zur SV-Pensionskasse um jeweils 0,17 Prozentpunkte (1. September 2018 und 2019)
- Ausweitung der Fachzulage (Lehrlingsbetreuung) auf Angehörige der Gesundheitsberufe, die in I B eingereiht sind
- Schaffung einer Einreichungsnorm für Angestellte, die mit der elektronischen Verarbeitung von Dokumenten in Papierform, der Prüfung von Stammdaten sowie der fachlichen und organisatorischen Zuordnung von Dokumenten (Beschlagwortung) befasst sind, in C/I
- Schaffung einer Gefahrenzulage für Angestellte auf Abteilungen für innere Medizin, denen auch die Betreuung der Notfallambulanz obliegt, sowie auf unfallchirurgischen, chirurgischen und Gefäßambulanzen in Höhe von 7,5 Prozent der Zulagenbemessungsgrundlage. Ein Zusatzurlaub gebührt in diesem Fall nicht
- Anpassung der Prüfungsordnung an die Erfordernisse der Datenschutz-Grundverordnung
- Regelungen zur Dienstreise:
 - Erste Wagenklasse über 100 km nur, wenn die Benützung nachgewiesen wird
 - Neubewertung der passiven Reisezeit mit 0,6 Prozent der Zulagenbemessungsgrundlage je Stunde außerhalb der Normalarbeitszeit

- Neubewertung der aktiven Reisezeit mit 0,9 Prozent der Zulagenbemessungsgrundlage je Stunde außerhalb der Normalarbeitszeit. Im Falle der aktiven Reisezeit wird die Normalarbeitszeit mit zehn Stunden festgelegt
- Änderungen im Zusammenhang mit Arbeitszeitregelungen:
 - Für dem AZG unterliegende Angestellte: Schaffung einer BV-Ermächtigung für die Einführung von Durchrechnungsmodellen sowie der Möglichkeit der Übertragung von Zeitguthaben/Zeitschulden in die nächsten Durchrechnungszeiträume
 - Für dem KA-AZG unterliegende Vollzeit- und Teilzeitangestellte: Schaffung einer BV-Ermächtigung über die Möglichkeit der Einführung eines Übertragungsrahmens für Zeitsalden am Ende eines Durchrechnungszeitraums
 - Einführung einer Ausnahme gemäß § 12a ARG für Einrichtungen der VAEB und der OÖGKK sowie Schaffung einer BV-Ermächtigung, die weitere Tätigkeiten im Sinne dieser Bestimmung von der Wochenend- und Feiertagsruhe ausnehmen kann
- Einführung von europarechtskonformen Abschlägen der DO-Pension im Falle der Inanspruchnahme einer Korridor pension (Inkrafttreten 1. Juli 2028)
- Anpassung der Unverfallbarkeitsregelungen an die gesetzlichen Änderungen des Betriebspensionsrechts (BPG)
- Einführung der Berufsbilder Desinfektions-, Labor-, Gips-, Röntgen- sowie Operationsassistent in I B. Personen, die über zwei der genannten Ausbildungen verfügen und entsprechend diesen Ausbildungen im erheblichen Ausmaß verwendet werden, werden in I C eingereiht
- Abschmelzung des Zusatzurlaubs bei Erschwernis- und Gefahrenzulage für Neubestellungen ab 1. Jänner 2019 sowie Wegfall für Neubestellungen ab 1. Jänner 2021
- Anrechnung von Zeiten der Sterbebegleitung gemäß § 14a AVRAG, Zeiten der Begleitung von schwerstkranken Kindern gemäß § 14b AVRAG und Zeiten einer Pflegekarenz gemäß §§ 14c AVRAG und 20 Abs. 4 DO.A für die Einstufung in das Gehaltsschema
- Schaffung einer Zulage für hygienebeauftragte Ärzte
- Begleitregelungen zur Strukturreform 2020 – unter anderem die Festlegung von Zumutbarkeitskriterien für die Änderung von Wegzeiten im Falle eines Dienstortwechsels sowie die Ausdehnung der Kompetenz der betrieblichen Schlichtungskommission zur Abgabe von Empfehlungen zu Kündigungen in Folge von organisatorischen Änderungen aufgrund des SV-OG und ZPFSG.

Rechtsschutz in Dienstrechtsangelegenheiten

Urteil des OLG Wien vom 27. Februar 2018, Geschäftszahl 8 Ra 39/17i:

Das OLG Wien führte aus, dass es sich bei einer Obmann-Verfügung regelmäßig nur um eine vorläufige Maßnahme handle, die der nachträglichen Genehmigung des zuständigen Verwaltungskörpers bedürfe; es sei unzulässig, faktisch jede Entlassung eines Arbeitnehmers einer Angelegenheit, bei der „Gefahr in Verzug“ besteht, gleichzustellen, wenn nicht kurz nach Bekanntwerden des Entlassungsgrunds zufällig eine planmäßige Sitzung eines zuständigen Ausschusses des Vorstands anberaumt ist. Anstelle des Ausschusses könne nach Ansicht des OLG Wien auch der Vorstand selbst einberufen werden.

Aufgrund dieser Entscheidung des OLG Wien wird also, wenn künftig die Notwendigkeit einer Entlassung eines Arbeitnehmers besteht, der Vorstand bzw. das entscheidungsbefugte Organ zu befassen sein. Die Einberufung einer außerplanmäßigen Sitzung des Vorstands bzw. des entscheidungsbefugten Organs sollte innerhalb einer Frist von etwa einer Woche erfolgen. Bis dahin wird der zu entlassende Arbeitnehmer vom Dienst zu suspendieren sein, und zwar ausdrücklich als sichernde Maßnahme und unter Hinweis auf die in Kürze stattfindende Sitzung des entscheidungsbefugten Organs zum Thema der beabsichtigten Entlassung.

Akademie der österreichischen Sozialversicherung

Die Akademie ist das zentrale Aus- und Weiterbildungszentrum für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der österreichischen Sozialversicherung. Die Schwerpunkte liegen neben der allgemeinen und der besonderen Fachausbildung (gemäß Dienstordnung) bei Fortbildungsseminaren, der Grundausbildung ärztlicher Dienst, der Führungskräfteausbildung und der Ausbildung für die gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA).

Überblick und Zahlen zu den wichtigsten Ausbildungsstufen:

Grundausbildung mit Abschlussprüfung

Im Berichtsjahr sind insgesamt 530 Kandidaten zur Grundausbildung mit Abschlussprüfung angetreten. Die Ergebnisse 2018 waren wieder sehr erfreulich: 75 Prozent der Kandidaten haben einen guten bzw. sehr guten Erfolg erreicht.

Allgemeine Fachausbildung

2018 haben 1.734 Personen an den Pflichtmodulen der allgemeinen Fachausbildung teilgenommen. Davon haben 82,58 Prozent die Prüfung bestanden und haben damit auch Zugang zu Dienstposten der Gruppe D.

Besondere Fachausbildung

Alle 199 Kandidaten haben 2018 die Abschlussprüfung dieser intensiven Ausbildung bestanden, wobei rund 55 Prozent die Prüfung mit gutem bzw. ausgezeichnetem Erfolg absolviert haben.

Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben (GPLA)

Zielgruppe dieser gemeinsamen Ausbildung sind Prüfer des Finanzamts und der Gebietskrankenkassen. Die Akademie des Hauptverbandes führt diese Module seit dem zweiten Halbjahr 2013 gemeinsam mit der Bundesfinanzakademie durch. Insgesamt umfasst der von der Sozialversicherung übernommene Teil der Ausbildung 425 Unterrichtseinheiten, wobei die Organisation der Module von der Akademie durchgeführt wird und die jeweiligen Fachtrainer von den Gebietskrankenkassen bereitgestellt werden. An den GPLA-Kursen der Akademie des Hauptverbandes nahmen 2018 254 Mitarbeiter teil.

Grundausbildung für den ärztlichen Dienst

Zielgruppe dieses Lehrgangs sind Ärzte, die nicht in einer Krankenanstalt gemäß § 1 Abs. 6 DO.B beschäftigt sind. Die Ausbildung gliedert sich in drei Module, in denen die Bereiche „Sozialversicherungsrecht“, „Gesundheitsökonomie und Evidence-based Medicine“ sowie „Kommunikation und Konfliktmanagement“ behandelt werden. Der Lehrgang wird zweimal jährlich angeboten, alternierend in Salzburg und Wien. Im Jahr 2018 haben 69 Ärzte Module der Grundausbildung für den ärztlichen Dienst absolviert. Seit 2017 ist diese Ausbildung bei der Akademie der Ärzte als „sonstige Ausbildung“ approbiert, wodurch Ärzte auch DFP-Punkte sammeln können: Für das Modul I werden 21 DFP-Punkte, für Modul II 34 und für Modul III 16 DFP-Punkte vergeben.

Ich schätze den Umgang mit meinen Kollegen und habe viel Freude daran, anderen bei personellen Fragen weiterzuhelfen.

Melanie-Sophie Machac
Hauptverband, Personalstelle



// Dank Hauptverband gibt es die Lehrlingsdreh-scheibe, über die sich alle SV-Träger zu allen Anliegen in der Lehrlingsausbildung austauschen können.



Manuela Vogl
ITSV, stellvertretende
Ausbildungsleiterin

Stefan Sidlo
Hauptverband, Lehrlingsbeauftragter,
Initiator der Drehscheibe Lehrlingsausbildung

Denise Rieglbauer
STGKK, Personaladministration

Lehrlingsausbildung im Hauptverband

Die österreichische Sozialversicherung bildet jährlich rund 300 Lehrlinge in verschiedenen Berufsgruppen aus und ist damit einer der größeren Lehrlingsausbildner Österreichs.

2018 blickte man mit viel Freude und großem Stolz sowohl auf die schulischen Erfolge als auch auf Lehrabschlüsse der bis dato 18 ausgebildeten Lehrlinge. Die hohe Qualität lässt sich auch mit Zahlen belegen: Der Notendurchschnitt der Hauptverbands-Lehrlinge betrug bemerkenswerte 1,02! Im September durfte die Lehrlingsausbildung drei „Neue“ im Lehrlingsteam begrüßen.

Auch was die Qualitätsverbesserung der Lehrausbildung betrifft, nimmt der Hauptverband seine Rolle sehr ernst und unterstützt seine Auszubildenden wie auch seine Ausbilder. Die 2011 gegründete Drehscheibe Lehrlingsausbildung hat ihren Sitz im Hauptverband und koordiniert die Lehrlingsausbildung innerhalb des Gremiums der lehrlingsausbildenden Sozialversicherungsträger und der ITSV. Sie ist z. B. für die Durchführung von Seminaren für Praxisbetreuer und Ausbilder und die Lukrierung von Förderungen für diese Fortbildungsveranstaltungen zuständig. Im Jahr 2018 konnten rund 11.500 Euro an Förderungen bei der Wirtschaftskammer eingeholt werden. Das Bildungsangebot sieht eine Professionalisierung im Umgang mit jungen Menschen vor, um Lehrlinge nicht nur fachlich, sondern auch persönlich bestmöglich zu fördern.

Vom 26. bis 28. März 2018 lud die Drehscheibe Lehrlingsausbildung zum jährlichen Vernetzungstreffen der SV-Lehrlinge im dritten Lehrjahr. Diesem Aufruf folgten rund hundert Teilnehmer, die sich zum Start-up in der Hauptstelle der AUVA trafen, unter ihnen auch vier Azubis der AOK, die zu diesem Zeitpunkt aufgrund des Austauschprogramms Erasmus+ zwischen der österreichischen Sozialversicherung und der AOK Rheinland-Pfalz bei der ÖOGKK und der WGKK ausgebildet wurden.

Eine besondere Würdigung wurde dem Hauptverband am 13. November 2018 zuteil: Bundesministerin Schramböck zeichnete die Organisation mit dem Qualitätssiegel für die Ausbildung junger Menschen aus. Ab sofort darf der Hauptverband das Bundeswappen der Republik Österreich mit dem Zusatz „Staatlich ausgezeichnete Ausbildungsbetrieb“ führen.

Was mir in meinem Lehrbetrieb am besten gefällt: dass ich mich in die Arbeit persönlich einbringen kann.

Vanessa Zwurtschek
Hauptverband, Lehrling



Gebäudemanagement

GebM

Die Abteilung Gebäudemanagement übernimmt zahlreiche Aufgaben, die für einen erfolgreichen Büroalltag unverzichtbar sind – ohne sie würde das Uhrwerk Hauptverband schnell stillstehen. Die größten Herausforderungen im Jahr 2018 waren die Generalsanierung des jahrzehntelang bewohnten Büroturms, die dadurch notwendig gewordene Übersiedlung und die Gewährleistung eines reibungslosen Betriebs im Ausweichquartier.

UNH2.0 – Unser Neues Haus

Das Großprojekt „Generalsanierung des Hauptverbandes“

Die Generalsanierung hat das Ziel, über eine reine Instandhaltungsmaßnahme hinaus neue Maßstäbe betreffend energetische Nachhaltigkeit und zeitgemäße Arbeitswelten zu setzen und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ein angemessenes Erscheinungsbild zu geben. Der düstere Bestandsbau aus den 70er Jahren soll in ein offenes und freundliches Haus mit starken Bezügen zum Stadtraum verwandelt werden.

Das EU-weite zweistufige Vergabeverfahren für die Generaluntersuchung konnte am 21. Dezember 2017 mit Bekanntgabe der Zuschlagsentscheidung zu einem erfolgreichen Abschluss gebracht werden. Nach Ablauf der Stillhaltefrist wurde am 09. Jänner 2018 der Zuschlag an die Bietergemeinschaft HABAU/ÖSTU-Stettin erteilt.

Übersiedlung in das Ausweichquartier

Die Übersiedlung des Hauptverbandes in das Ausweichquartier in der Haidingergasse 1, 1030 Wien, erfolgte plangemäß in der Zeit vom 19. bis 28. Jänner 2018. Die Hauptübersiedlung aller Arbeitsplätze fand am 26./27. Jänner statt. Dabei haben alle „guten Geister“ des Gebäudemanagements angepackt und gemeinsam mit dem Logistikunternehmen für einen sensationell reibungslosen Neustart am

darauffolgenden Montag gesorgt: Der Bürobetrieb konnte am 29. Jänner 2018 sogleich aufgenommen werden. Eine gemeinsam erarbeitete Fibel nützlicher Informationen über das Arbeiten und Lernen erleichterte den Start in die neue Arbeitswelt.

In einer Spendenaktion wurde nicht mehr benötigtes Inventar gegen Selbstabbau und -abholung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abgegeben. Teile der Betriebsküche, Regalanlagen und Aktenschränke sowie verbleibendes Mobiliar wurden über eine Versteigerungsplattform zur Verwertung angeboten. Mit dieser Aktion konnten 4.569,20 Euro an die St. Anna Kinderkrebsforschung übergeben werden. Damit konnte ein erheblicher Teil an Entsorgungskosten eingespart werden. Nach der Übersiedlung erfolgte bis 02.02.2018 die Entrümpelung des Bestandsgebäudes.

Bürobetrieb im Ausweichquartier

Neben den herausfordernden Aufgaben der Generalsanierung und der Planung der zukünftigen Betriebsführung sorgte die Abteilung Gebäudemanagement für einen reibungslosen Büroalltag im Ausweichquartier und unterstützte die operativen Abteilungen durch ein umfangreiches Dienstleistungsservice. Die engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kompensierten bisher mit großem Einsatz die natürlichen Personalabgänge in der Abteilung. 2019 soll die Abteilung aber wieder wachsen, um für die kommenden Aufgaben in „Unserem Neuen Haus“ bestmöglich aufgestellt zu sein.

Bauausführung der Generalsanierung

Am 05. Februar 2018 erfolgte mit der planmäßigen Baufeldübergabe an den Generalunternehmer der Baubeginn. Der Abbruch des Akademiegebäudes fand in Abstimmung mit dem Bezirk und den Behörden im verkehrssarmen Zeitraum der Osterferien (26. bis 30. März 2018) statt, da für den Abbruch und die Montage des Baukrans die gesamte Kundmanngasse gesperrt werden musste. Die Hauptbautätigkeiten 2018 waren Abbrucharbeiten im Bestand, Rohbauarbeiten zur Adaptierung und Ertüchtigung des Bestandes sowie Innenausbauarbeiten bei den Gewerken technische Gebäudeausrüstung, Schlosserarbeiten und Trockenbau. Nach Abbruch der Fassadenteile

// Ein Bauprojekt in dieser Größenordnung ist immer das Resultat einer Teamarbeit, bei der jeder Teilnehmer eine wichtige Rolle spielt. Der Geist einer partnerschaftlichen Zusammenarbeit schwebte vom ersten Tag an über dem Projekt.



Jan Horst

Architekturbüro Chaix et Morel

DI Christian Pichler

Architekturbüro Pichler ZT GmbH

DI Helmut Schöberl

Bauphysikbüro Schöberl & Pöll

DI Markus Göschl

Hauptverband, Abteilungsleiter
Gebäudemanagement

Ulrike Panzenböck

Hauptverband, stellvertretende
Abteilungsleiterin Gebäudemanagement

Kooperative Kommunikation steht für mich an oberster Stelle, um gute Dienstleistungen bieten zu können – im laufenden Betrieb oder bei Großprojekten.

Martina Machacek
Hauptverband, Gebäudemanagement



wurde bis Ende des Jahres die Elementfassade in den Obergeschoßen 4 bis 14 montiert. Für den Zubau des Veranstaltungsbereichs konnten die Rohbauarbeiten bis zur Decke des 1. Obergeschoßes abgeschlossen werden.

Kunst-am-Bau-Wettbewerb

Für die künstlerische Ausgestaltung des generalsanierten Hauses wurde im Juni 2018 ein geladener Wettbewerb durchgeführt. Dabei konnten sechs Künstler ihre Entwurfsideen einreichen. In einer am 16. Oktober 2018 stattfindenden Jurysitzung unter Vorsitz von Mag. Hans-Peter Wipplinger (Direktor des Leopold Museums) wurden die Projektentwürfe von Peter Kogler, Esther Stocker und Michael Kienzer zur weiteren Umsetzung empfohlen. Zurzeit läuft der Abstimmungsprozess mit den Künstlern.

Change-Prozess

Im Rahmen des Change-Prozesses wurden Workshoptermine zur Ausstattung der Regelgeschoße, Sitzungs- und Veranstaltungsräumlichkeiten sowie Bewegungsräume und Lounges organisiert. Die daraus resultierenden Ideen und Anregungen sollen in die Ausstattungsplanung eingearbeitet werden. Einen Beitrag zur Farbgestaltung soll die originale „Farbklaviatur“ von Le Corbusier leisten.

Verhandlungsverfahren zur Vergabe einer Dienstleistungskonzession

Für den Betrieb der Speisenversorgung wurde am 05. März 2018 ein Verhandlungsverfahren eingeleitet. Das Ziel: eine qualitativ hochwertige, leistbare Mittagsverpflegung für die Mitarbeiter sowie gesunde Verpflegung für Sitzungen und Veranstaltungen. Die Erstellung des Leistungsverzeichnisses, des Vertrages sowie der Ausschreibungsbedingungen erfolgte in Zusammenarbeit mit externen Konsulenten aus den Bereichen Küchenplanung und Vergaberecht. Aus vier eingelangten Angeboten wurden drei geeignete Bieter zu Verhandlungsgesprächen eingeladen. Die Angebote wurden von Mitgliedern einer Bewertungskommission anhand der Beurteilungskriterien variable Umsatzpacht, Angebotspreis und Präsentation der Betreiberkonzepte bewertet. Am 02. Oktober 2018 erfolgte die Zuschlagserteilung an die SV (Österreich) GmbH. Der Pachtvertrag über den Betrieb des Mitarbeiterrestaurants wurde am 10. Oktober 2018 unterzeichnet, der Beginn mit 01. Februar 2020 vertraglich festgelegt.

IT-Management und EDV-Organisation | IT-ORG

Zu den Kernaufgaben der Abteilung IT-ORG zählen die Entwicklung von strategischen Zielen, die Planung, Steuerung und Überwachung der Umsetzung der IT-Strategie der Sozialversicherung in der SV-IT-Systemlandschaft, die Sicherstellung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit der IT-Systeme sowie die Identifikation von Verbesserungspotenzialen und die Koordination der Umsetzung der daraus resultierenden Maßnahmen.

IT-Großprojekt

Monatliche Beitragsgrundlagenmeldung

Mit Jänner 2019 begann der Einsatz der größten Reform des derzeitigen Lohnverrechnungssystems. Damit diese fristgerecht starten konnte, wurde 2018 mit der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM) ein neues Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen geschaffen, das zukünftig rasch und effektiv auf alle gesetzlichen Änderungen reagieren kann. Mit der mBGM werden die anlassbezogene Wartung des Versicherungsverlaufs, die monatliche aufsummierte Beitragsnachweisung pro Betrieb und die jährliche Zuordnung der Beiträge zum Versicherten in Form einer monatlichen versichertenbezogenen Meldung durch den Dienstgeber zusammengeführt (aus 3 mach 1).

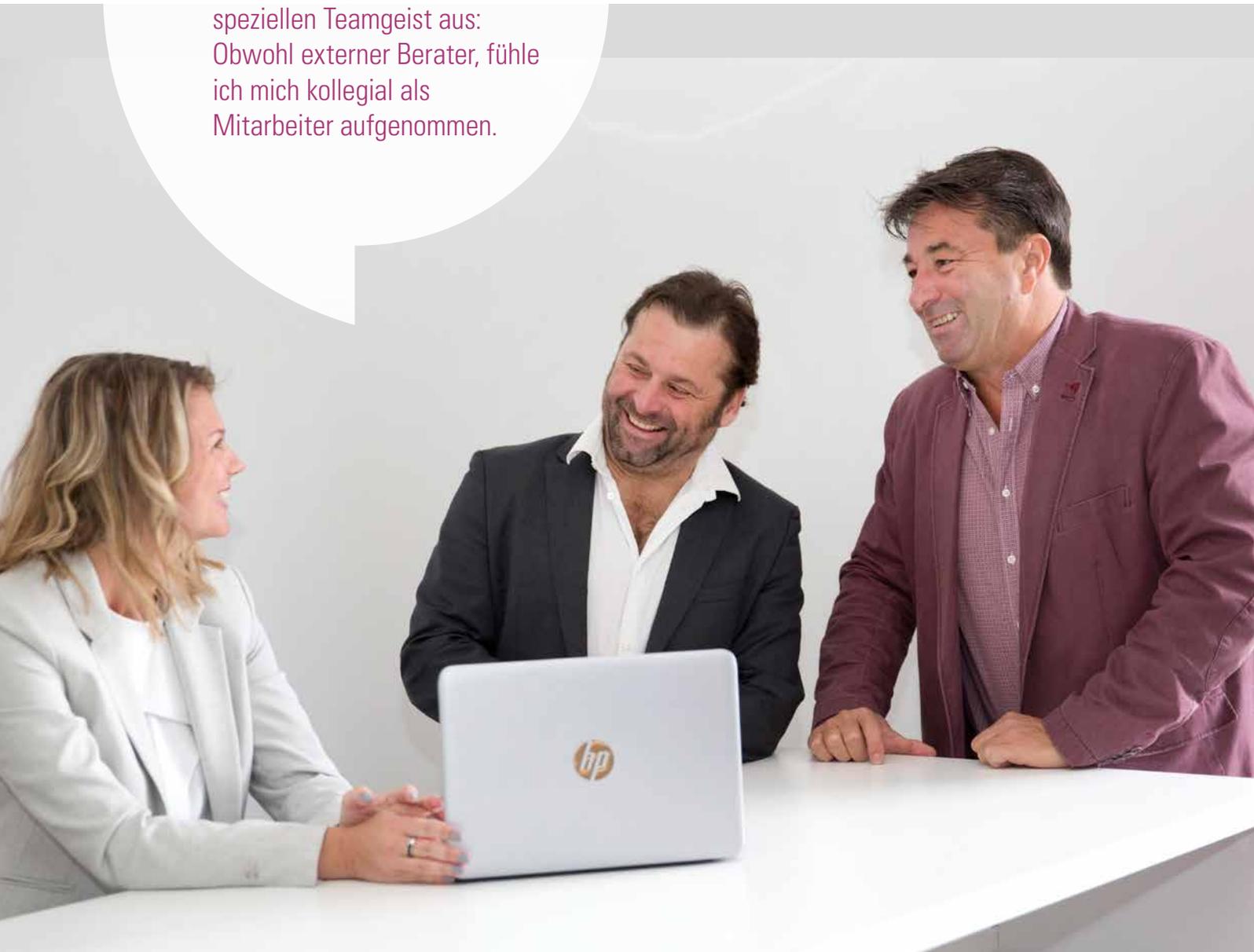
Die gesetzlichen Vorgaben des Meldepflicht-Änderungsgesetzes wurden EDV-technisch mit Jahresende 2017 bereits umgesetzt. Der mit 22. Jänner 2018 begonnene kooperative Einsatz der mBGM führte schrittweise die Lohnverrechnungssystemhersteller, Steuerberater und Dienstgeber an die ab 1. Jänner 2019 rechtsgültig wirksame mBGM heran, um so einen möglichst sanften Umstieg zu gewährleisten.

Das Jahr 2018 stand durch den kooperativen Einsatz ganz im Zeichen der Tests auf verschiedenen Umgebungen mit unterschiedlichen Zielgruppen. Neben den produkteigenen Abnahmetests im Rahmen der eQS wurden folgende zentrale Teststufen bedient:

- Der Systemintegrationstest (SIT) mit den 23 wichtigsten von der mBGM betroffenen Applikationen wurde verwendet, um übergreifende Geschäftsprozesse zu testen.
- Der Lohnsoftwareherstellertest richtete sich an die Hersteller der Lohnsoftwareprodukte und fand großen Zuspruch. Über hundert Teilnehmer testeten die österreichweit installierten Produkte.
- Der Hauptverband richtete eine eigene Testumgebung für die ZVD ein, um Sonderversicherungsträgern sowie den Krankenfürsorgeanstalten die Möglichkeit zu geben, auch die direkten Eingaben in die Versicherungsdatei zu testen.
- Die ITSV richtete eine eigene Performance-Testumgebung ein, um vor allem die MVB-Tagesendverarbeitungen zeitlich zu optimieren.
- Eine Umgebung zum Gesamttest der SV-Clearingsystems wurde erstellt, wo Ablauf und Performancetests stattfanden.
- Von August bis Dezember lief dann noch der Produktionstestbetrieb, um einer guten Mischung von Dienstgebern und Steuerberatern die Möglichkeit zu geben, die mBGM einige Monate lang in einem Parallelbetrieb zu testen.

Von Ende August 2018 bis Jahresende liefen die Schulungen der SV-internen Sachbearbeiter in mehreren Tranchen auf einer gemeinsamen Schulungsumgebung. Von Mitte November 2018 bis Mitte Dezember 2018 erfolgte der Rollout aller SV-Applikationen unter der Leitung des Gesamteinsatzes. Der Rollout und die Installationen verliefen erfolgreich. Ab 1. Dezember 2018 waren die Dienstgeber in der Lage, Meldungen für Zeiträume ab 2019 durchzuführen. Der Jahreswechsel 2018/2019 lief ohne Schwierigkeiten im Bereich der mBGM ab. Mit 2. Jänner 2019 begann die sechsmonatige Stabilisierungsphase.

„ Unsere gemeinsame Arbeit zeichnet sich durch kurze, lösungsorientierte Wege zu Entscheidungen und einen ganz speziellen Teamgeist aus: Obwohl externer Berater, fühle ich mich kollegial als Mitarbeiter aufgenommen.“



Sabine Kollmer BA
Hauptverband, Abteilung IT-ORG

Dr. Gerd Bauer
Leiter des Programms
„Elektronischer grenzüberschreitender
Datenaustausch“

Martin Wacek
Hauptverband, Abteilungsleiter IT-ORG

ELGA

Die Abteilung IT-ORG nahm 2018 an zahlreichen Sitzungen und Besprechungen zum Thema ELGA (elektronische Gesundheitsakte) teil. Inhaltlich lag der Fokus auf dem Rollout von e-Medikation, der in fünf Bundesländern (Vorarlberg, Steiermark, Kärnten, Tirol, Salzburg) plangemäß abgeschlossen werden konnte. Im Dezember 2018 wurde, entsprechend den Vorgaben der ELGA-Verordnung, der Rollout für Oberösterreich begonnen.

e-card

Die e-card stellt im Leistungsbereich die wichtigste Schnittstelle für die effiziente Kommunikation zwischen der Sozialversicherung und dem einzelnen Versicherten dar. Pro Monat werden im Durchschnitt rund 11,2 Millionen Patientenkontakte mittels e-card Stecken über das e-card-System abgewickelt. Seit Einführung der e-card waren das insgesamt 1,64 Milliarden Patientenkontakte. Mit dem Gesetzesbeschluss zur Einführung eines Fotos auf der e-card wurden die Vorarbeiten und Abstimmungen mit den betroffenen Ministerien und den Aufsichtsbehörden aufgenommen.

In verschiedenen e-card-Anwendungen wie eAUM (elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung), DBAS (Dokumentationsblatt-Annahmeservice) und BKF (Brustkrebsfrüherkennung) wurden zahlreiche Verbesserungen umgesetzt.

eSV

In eSV (Standardprodukt der elektronischen Sozialversicherung) wurden eine Reihe von Vorhaben und Änderungen umgesetzt, die folgenden sind beispielhaft: Zentrales Thema war die Weiterentwicklung von MeineSV. Im Serviceportal der österreichischen Sozialversicherung wurden neue Funktionen, Services und Applikationen implementiert. Weiters wurden Vorarbeiten für ein neues Dashboard, das eine personalisierte Ansicht ermöglicht, durchgeführt. Das Serviceportal verzeichnete im Jahr 2018 mehr als 1,2 Millionen Besuche. Insgesamt gab es im Jahr 2018 auf allen Portalen der österreichischen Sozialversicherung mehr als 30 Millionen Besuche.

Rechenzentrum

Auch im Jahr 2018 ist die Vorbereitung auf die Einführung der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM) das dominierende Thema des IT-Managements im Bereich der inneren Verwaltung der Sozialversicherung gewesen. Dem Hauptverband kommt hier mit seinen vorhandenen IT-Systemen und seiner Tochterfirma ITSV GmbH als Betreiberin eine zentrale Rolle als Koordinationsstelle zu. Die integrierten Testumgebungen (ITU) im zentralen Datenspeicher des Hauptverbandes anderen IT-Systemen für Testaufgaben zur Verfügung zu stellen, ist eine zentrale Voraussetzung für die erfolgreiche Einführung der mBGM.

Softwareentwicklung

Einen wesentlichen Aspekt im Bereich Software stellen die Steuerung der Software-Standardprodukte und die Steuerung der zentralen Daten sowie die Ausrichtung auf strategische und zukunftssträchtige Plattformen dar. Der große Schwerpunkt der Softwareentwicklung lag 2018 in der Stabilisierung, Optimierung und Testung der über ein Dutzend mBGM-relevanten Produkte (Implementierungsprojekte) des Hauptverbandes. Die mBGM-Umstellung ist neben der „Jahr-2000-Umstellung“ der weitreichendste Systemumbau seit Beginn der zentralen Datenspeicherung im Jahr 1972. Trotz Verschiebung des Einsatztermins durch den Gesetzgeber im April 2017 wurde der Umbau der betroffenen Produkte zeitgerecht abgeschlossen und somit die mBGM-Readiness der Produkte hergestellt.

8,8 Millionen
aktive e-cards

(mit aufrechtem Versicherungsverhältnis)
sind im Umlauf

11,6 Millionen
Konsultationen

via Stecken der e-card durchschnittlich
pro Monat



Höchste Steckfrequenz:
12. Dezember 2016 mit

778.777
Konsultationen

31 Millionen
produzierte e-cards

seit 2005

Ich stehe gerne allen Mitarbeitern mit Rat und Tat zur Seite, wenn sie Fragen zum elektronischen Schriftverkehr, Intranet und Co. haben.

Maria-Luca Bedy

Hauptverband, Abteilung IT-ORG



Customer Care Center (CuCC)

Das im November 2018 nach der ISO-Norm 18295 zertifizierte Customer Care Center der ITSV GmbH fungiert als Single Point of Contact für telefonische Auskünfte und schriftliche Bearbeitungen von Anliegen der Kunden. Es besteht aus dem SV-Servicecenter, das die Services für den Großteil der Sozialversicherten und Bürger abwickelt, und dem SV-Servicedesk, der hauptsächlich die Anliegen der internen Mitarbeiter der Sozialversicherungsträger behandelt.

SV-Servicecenter

Derzeit werden im SV-Servicecenter des CuCC 20 verschiedene Servicelines in acht Sprachen angeboten, darunter z.B. e-card für Versicherte, elektronische Sozialversicherung (eSV-Portal), Rezeptgebührenobergrenze, elektronische Gesundheitsakte (ELGA), Brustkrebsfrüherkennungsprogramm und viele mehr. Zusätzlich zu den Servicelines werden im SV-Servicecenter die ELGA-Widerspruchsstelle, die Clearingstelle, das Service EGDA („Elektronischer grenzüberschreitender Datenaustausch“) und Safe Docs (Beschlagnahmung archivierter Dokumente) betrieben.

Insgesamt wurden im vergangenen Jahr im SV-Servicecenter insgesamt 388.544 Anrufe entgegen genommen und 93.777 schriftliche Anfragen bearbeitet. In der ELGA-Widerspruchsstelle wurden insgesamt 18.237 Willenserklärungen bearbeitet, die Clearingstelle hat 10.625 Identitätsklärungen vorgenommen, für EGDA wurden 27.256 Kostenforderungen digitalisiert und für Safe Docs 10.210 Dokumente beschlagwortet.

SV-Servicedesk

Hier werden alle Mitarbeiter des Hauptverbandes, der WGKK und der ITSV GmbH sowie die zentral betriebenen Produkte der Sozialversicherung für alle Sozialversicherungsträger und die Produkte für externe Organisationseinheiten (Gemeinden, Bezirkshauptmannschaften, Ministerien usw.) betreut. Im Jahr 2018 wurden im SV-Servicedesk insgesamt 54.984 Anrufe entgegen genommen und 98.727 Tickets eröffnet.





**Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger**

Haidingergasse 1 | 1030 Wien

T +43 (0) 1/711 32-0

www.hauptverband.at