

Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Jahresbericht 2017

sicheres
versorgt.



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger

Jahresbericht 2017



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Unser Einsatz für 8,7



Millionen Versicherte

INHALTSVERZEICHNIS

| | |
|---|------------|
| Der Hauptverband | 06 |
| Vorwort | 08 |
| Blitzlichter 2017 | 10 |
| Grundsatz- und Rechtsangelegenheiten | 12 |
| 1.1 Grundsatzangelegenheiten | 14 |
| 1.2 Rechtsangelegenheiten | 20 |
| Unsere Vertragspartner | 24 |
| 2.1 Ärzte | 26 |
| 2.2 Medikamente | 34 |
| 2.3 Weitere Vertragspartner | 38 |
| Leistungen für die Versicherten | 44 |
| 3.1 PR und Kommunikation | 46 |
| 3.2 Gesundheitsförderung und Prävention | 52 |
| 3.3 Leistungs-, Versicherungs- und Beitragswesen | 58 |
| 3.4 Zwischenstaatliche Sozialversicherung und internationale Angelegenheiten | 64 |
| 3.5 Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung | 70 |
| Der Hauptverband in Zahlen | 76 |
| 4.1 Finanz- und Rechnungswesen | 78 |
| 4.2 Trägerübergreifendes Controlling | 82 |
| 4.3 Statistik | 86 |
| Unsere Mitarbeiter/-innen | 92 |
| 5.1 Dienstrecht | 94 |
| 5.2 SV-Akademie | 96 |
| 5.3 Gebäudemanagement | 98 |
| 5.4 Lehrlingsausbildung | 100 |
| IT-Management & EDV-Organisation | 102 |

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 Musterkrankensatzung 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 Dienstnehmersvertreter

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

6 Dienstgeberversvertreter

- 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.



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

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.

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.

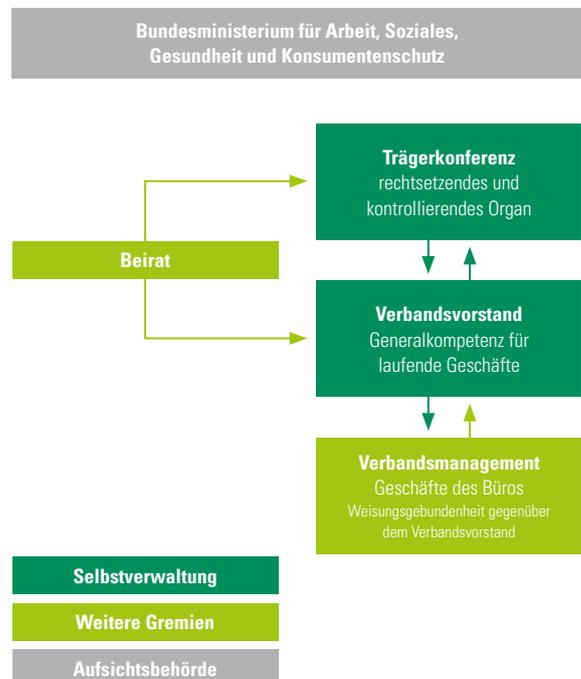
Beratendes Organ des Hauptverbandes

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 versicherten-nahen 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.





Vorwort

2017 war ein spannendes und arbeitsreiches Jahr. Die im Auftrag des Sozialministeriums erstellte und im Sommer vorgelegte umfassende Analyse der London School of Economics (LSE) hat der österreichischen Sozialversicherung ein sehr positives Zeugnis ausgestellt:

- Die Gesundheitsleistungen sind für alle leicht zugänglich. Es gibt kaum einen ungedeckten Behandlungsbedarf.
- Die Zufriedenheit der Österreicherinnen und Österreicher mit der Qualität der Gesundheitsversorgung ist extrem hoch.
- Die Verwaltungskosten der österreichischen Sozialversicherung sind im internationalen Vergleich niedrig.

Die LSE-Studie ¹⁾ hat aber auch Optimierungspotentiale für das österreichische Gesundheitssystem aufgezeigt. Der Hauptverband hat als Dachorganisation der Sozialversicherungen die wichtige Rolle, die Weiterentwicklung voranzutreiben. 2017 haben wir unsere Energie prioritär auf die Leistungsharmonisierung der Krankenversicherung gerichtet und sind die Analyse weiterer Aufgabenbündelungen angegangen.

Auch für unsere Versicherten haben wir wieder wesentliche Verbesserungen erreichen können. Die Ionen- oder Protonenstrahlentherapie wurde für Krebspatienten als Sachleistung vertraglich gesichert. CT- und MRT-Untersuchungen stehen nach langer Diskussion mit akzeptablen Wartezeiten zur Verfügung. Die telefonische Gesundheitsberatung 1450 wurde gestartet und die App MedBusters entwickelt. Diese Gesundheits-App erleichtert es den Versicherten, durch verständliche, evidenzbasierte Gesundheitsinformation eigene Gesundheitsentscheidungen zu treffen.

Um junge Menschen in einer für Lifestyle Erkrankungen besonders bedeutenden Phase direkt zu erreichen, wurde die Social-Media-Kampagne Fit & Strong gestartet und ein Online-Infopoint mit allen kostenlosen Angeboten der Sozialversicherung für Kinder und Jugendliche eingerichtet. Mit dem Abschluss des Vergabeverfahrens für die Kinder- und Jugendrehabilitationszentren wird dieses moderne und umfassende Angebot im gesamten Bundesgebiet sichergestellt.

Die Gesundheitsreform ist in die zweite Zielsteuerungsperiode gestartet. Der Hauptverband hat wieder eine wesentliche Rolle bei der Gestaltung des Zielsteuerungsvertrages 2017–2021 eingenommen. Zu den zentralen Themen zählen unter anderem der weitere Ausbau der Primärversorgung, die Verfügbarkeit von Gesundheitspersonal und der Ausbau der Sachleistungsversorgung.

Das Umsetzungsprojekt zur monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung konnte inhaltlich fertiggestellt werden und geht mit 1. Jänner 2019 in die Umsetzung.

Im Dezember 2017 wurde von der Bundesregierung eine Strukturreform der österreichischen Sozialversicherung angekündigt. Mit einer Umsetzung ist im Jahr 2018 zu rechnen. Wir sind davon überzeugt, dass die Expertise und der Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Hauptverbandes auch in Zukunft einen wesentlichen Beitrag dazu leisten werden, unsere Sozialversicherung für die Menschen gerecht, effizient und effektiv zu gestalten.

Alexander Biach
Vorstandsvorsitzender

Josef Probst
Generaldirektor

1) <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=424>

Seite 62 **Harmonisierung der Kassenleistungen**

Gleiche Leistung für gleiches Geld

Seite 42 **Kürzere Wartezeiten**

Terminvergabemodell 5/10/20 für CT- und MR-Untersuchungen

Seite 39 **Modernste Krebsbehandlung**

Ionen- oder Protonenstrahlentherapie mit der e-card

Seite 27 **Die neue Primärversorgung**

Das Team rund um den Patienten

Blitzli

Seite 40 **Neue Kinderrehabilitation**

Eigene Rehabilitationszentren für Kinder und Jugendliche

Seite 47 **SV goes WhatsApp & YouTube**

Die neue Jugendkampagne Fit & Strong

Seite 30 **SV-Infopoint**

Alle kostenlosen Angebote für Kinder- und Jugendgesundheit auf einen Blick

Seite 50 **Wenn's weh tut! 1450**

Telefonische Gesundheitsberatung

Seite 17 **MedBusters**

Die neue Gesundheits-App der Sozialversicherung

Seite
36 **Medikamentenpaket**
Neue Preisregelungen für
Arzneispezialitäten

Seite
57 **Bewegt im Park**
Kostenlose Bewegungsangebote unter
freiem Himmel

Seite
54 **Frühe Hilfen**
Professionelle Unterstützung
für junge Eltern

Seite
53 **Dialog gesunde Schule**
Lebensraum Schule gesund gestalten

Seite
65 **Internationale Beziehungen**
Hauptverband als Schnittstelle zur Welt

elster 2017

Seite
15 **Gesundheitsreform 2.0**
Zielsteuerungsperiode bis 2021

Seite
32 **Psychische Gesundheit**
25 Prozent mehr Psychotherapie
als Sachleistung

Seite
49 **MeineSV**
Neue Online-Services für Versicherte

Seite
59 **mBGM**
Reform des
Lohnverrechnungssystems

Seite
55 **Gremium Gesundheitsziele**
Partnerschaft für Kindergesundheit
und Prävention

// Grundsatzangelegenheiten
// Rechtsangelegenheiten

1

Grundsatz- und Rechtsangelegenheiten

1.1



Grundsatzangelegenheiten (GSA)

Zu den Kernaufgaben der Abteilung für Grundsatzangelegenheiten 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

Der Hauptverband hat bei der Umsetzung der Gesundheitsreform und deren Weiterentwicklung auch im Jahr 2017 eine wichtige Rolle eingenommen. Nachdem sich die Systempartner Bund, Länder und Sozialversicherung 2016 im Zuge der Verhandlungen zum Finanzausgleich in zwei neuen Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG zur Fortführung der partnerschaftlichen und wirkungsorientierten Zusammenarbeit im Rahmen der Gesundheitsreform bekannt haben, folgte im Jahr 2017 die detaillierte Ausgestaltung der Zusammenarbeit in der zweiten Zielsteuerungsperiode.

Die Abteilung GSA hat in Zusammenarbeit mit den Trägern und den Fachabteilungen des Hauptverbandes wesentlich an den Verhandlungen zum Zielsteuerungsvertrag 2017–2021 mitgewirkt. In neun Verhandlungsrunden der Redaktionsgruppe und nach zahlreichen Abstimmungen in den SV-internen Gremien konnte die Grundlage für die weitere Umsetzung der Gesundheitsreform geschaffen werden: Der Zielsteuerungsvertrag wurde schließlich von der Bundes-Zielsteuerungskommission zur Unterfertigung empfohlen und von allen Reformpartnern unterschrieben. Auf der Grundlage des Zielsteuerungsvertrags wurden in allen neun Bundesländern Landes-Zielsteuerungsübereinkommen abgeschlossen.

Ein Muster dafür wurde von der Grundsatzabteilung erarbeitet und den Trägern zur Verfügung gestellt. Außerdem erfolgen durch die Abteilung GSA die inhaltliche Vorbereitung sowie die SV-interne Koordination im Vorfeld der Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit, insbesondere für den Ständigen Koordinierungsausschuss und die Bundes-Zielsteuerungskommission. Eine zentrale Aufgabe ist dabei die Sicherstellung des Informationsflusses innerhalb der Sozialversicherung. Zu diesem Zweck wurde eine Servicestelle Gesundheitsreform eingerichtet, die den Trägern als Ansprechpartner zur Verfügung steht.

Eine verstärkt gestaltende Rolle nimmt die Abteilung in der neuen Zielsteuerungsperiode durch die Einbindung in die Fachgruppe Versorgungsstruktur wahr. Im umfangreichen Aufgabenportfolio dieser Fachgruppe finden sich sieben operative Ziele sowie fünf laufende Arbeiten aus dem Zielsteuerungsvertrag, die gemeinsam mit den zugeordneten Arbeits- und Projektgruppen abgearbeitet werden. Dazu zählen etwa die Primärversorgung, die Sicherstellung von ausreichend Gesundheitspersonal und der Ausbau der Sachleistungsversorgung. Die Vertretung des Hauptverbandes in den Gesundheitsplattformen der Länder wurde von den Abteilungen GSA und Vertragspartner Spitäler gemeinsam wahrgenommen.

Ziele für die Zukunft

Wissenschaftskooperationen des Hauptverbandes

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. 3 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 Schwerpunkte werden dabei nach strategischen Gesichtspunkten gesetzt und leiten 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 zu Themen aus dem Bereich der sozialen Sicherheit durch angewandte empirische Wirtschaftsforschung |
| Medizinische Universität Graz – Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung | Jährliches Symposium zur Primärversorgung und Auftragsforschung zu Themen aus den Bereichen der Allgemeinmedizin und Verbesserung der Qualität und Effektivität der medizinischen Versorgung |
| Universität Salzburg – Fachbereich Arbeits- und Wirtschaftsrecht (Arbeits- und Sozialrecht) bzw. 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 |
| Aufbau des Zentrums für Reform-Implementierung im Sozial- und Gesundheitswesen am Management Center Innsbruck: Stiftungsprofessur für Innovation im Sozial- & Gesundheitswesen | Geplant sind nationale und internationale Analysen zum Thema Reformarbeit sowie die Aufbereitung von Empfehlungen für das österreichische Sozial- und Gesundheitssystem. Darüber hinaus sollen durch Lehre künftige Fachkräfte ausgebildet werden. |
| Aufbau der Abteilung Health Economics and Policy an der Wirtschaftsuniversität Wien mittels einer Stiftungsprofessur | Geplant sind sowohl angewandte Forschungen als auch Grundlagenforschung im Bereich Gesundheitsökonomie als unabhängige Unterstützung für gesundheitspolitische Entscheidungen. Darüber hinaus sollen künftige Fachkräfte ausgebildet werden. |

Competence Center

In der Effizienzstudie wurden die Competence Center als positives Beispiel der gemeinsamen Investition genannt und der Ausbau empfohlen. Auch im Jahr 2017 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 ist dabei sowohl die Koordination der Abstimmungsprozesse mit den Verwaltungsgremien als auch die Sicherstellung, dass das erarbeitete Wissen in den relevanten Prozessen, unter anderem der Gesundheitsreform, zur Anwendung kommt.

Zukunftswerkstatt

Im September 2017 fand erstmals eine Zukunftswerkstatt Sozialversicherung statt, um Herausforderungen und innovative Zugänge zu diskutieren. Ausgehend von einem gemeinsamen Zukunftsbild ging es um die Fragen, wer unsere Versicherten sind, welche Einstellung sie zum Gesundheitssystem haben und was sie in Zukunft brauchen. Viele neue Impulse kamen aus den Sinusmilieus, von externen Gästen wie Marie Ringler (Ashoka Europa) und Maria Baumgartner (Speedinvest Heroes Consulting GmbH). Im Fokus standen die Abstimmung der Kommunikation auf die Versichertenstruktur, die Weiterentwicklung der digitalen Services, was wir von Startups lernen können und eine bessere Identifikation von Innovationen.

Sachleistungsversorgung (EWG & GSA)

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 der Verantwortung der Sozialversicherung für die soziale Sicherheit als Grundlage der Demokratie. Unter Einbindung der Träger wurden für priorisierte Themenbereiche, in welchen im Vorjahr Einschränkungen in der Sachleistungsversorgung festgestellt wurden, Maßnahmen definiert, um diese Einschränkungen zu beheben.

Gesundheits-App MedBusters

Die neue 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.

Förderung der Selbsthilfe (GFP & GSA)

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 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 wurde eine Förderschiene für den in Gründung befindlichen Bundesverband sowie zusätzliche Förderungen zur Stärkung der regionalen und lokalen Selbsthilfestrukturen etabliert.

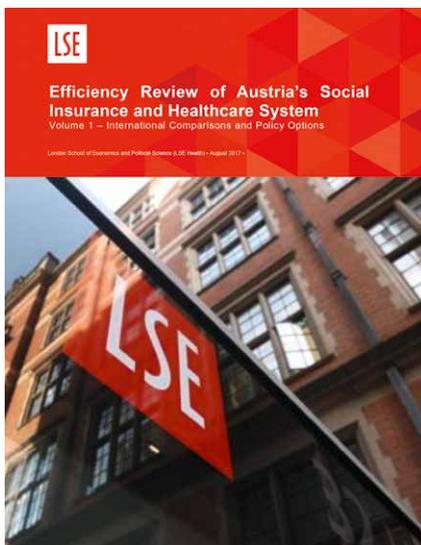
Internationale Foren

Bei den Gesundheitsgesprächen des Europäischen Forums Alpbach, die 2017 zum Thema Konflikt und Kooperation stattfanden, wurde vom Hauptverband eine Partner-Session zu „guter Gesundheitsinformation – Ziel der Gesundheitspolitik und Konfliktfeld?“ veranstaltet und bei einer Pressekonferenz mit Gesundheitsministerin Pamela Rendi-Wagner die MedBusters-App und die online abrufbaren Factsheets der Faktenbox der Fachöffentlichkeit präsentiert. Beim European Health Forum Gastein wurde unter dem Titel „Health in all politics – a better future for Europe“ vom Hauptverband in Kooperation mit der European Social Insurance Platform und weiteren europäischen Partnern ein Short Forum zum Thema „Access to vital and innovative medicines. Addressing challenges of intellectual property rights“ organisiert.

Analyse

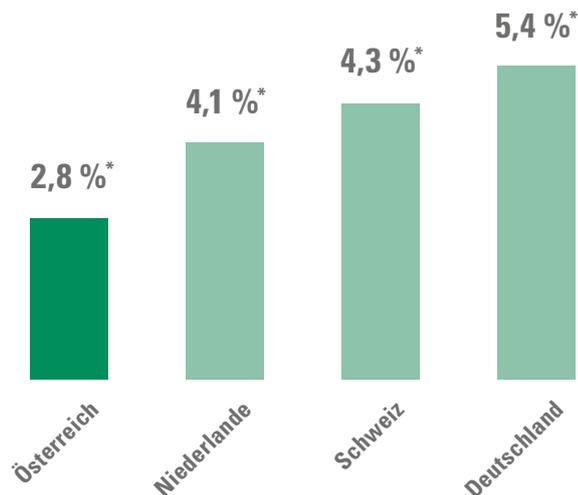
Handlungsoptionen aus der Effizienzstudie

Ende 2016 hat die Bundesregierung beschlossen, eine Studie zur Überprüfung der Effizienz des österreichischen Sozialversicherungs- und Gesundheitssystems erstellen zu lassen. Um einen unvoreingenommenen Blickwinkel von außen sicherzustellen, wurde damit die London School of Economics and Political Science (LSE) beauftragt. Die GSA koordinierte die umfangreiche Übermittlung von Informationen und Daten der Sozialversicherungsträger zur Erstellung der Studie. Im August 2017 wurde sie dann der Öffentlichkeit vorgestellt.



Die Effizienzstudie der LSE hat gezeigt: Die gesundheitliche und soziale Versorgung in Österreich funktioniert gut. Das Gesundheitswesen in Österreich sichert 8,8 Millionen Menschen einen Zugang zu Leistungen auf hohem Niveau. Österreich ist im internationalen Vergleich das Land mit der geringsten Rate an ungedecktem Bedarf in der Gesundheitsversorgung. Der Anteil der Verwaltungskosten der Sozialversicherung an den Gesundheitsausgaben beträgt 2,8 Prozent, damit steht Österreich dank Pflichtversicherung und Selbstverwaltung besser da als Länder mit vergleichbaren Systemen wie beispielsweise die Niederlande, Belgien und die Schweiz. In Deutschland sind die Verwaltungskosten mehr als doppelt so hoch, wie die OECD gezeigt hat.

Verwaltungskosten der Krankenkassen im internationalen Vergleich



* Anteil an den Gesamtausgaben, Quelle: OECD

Die Abteilung GSA hat die Ergebnisse der Studie gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern analysiert und einen Prozess zur Ableitung von Maßnahmen begleitet. Insgesamt wurden 14 Teilprojekte für eine Detailanalyse aufgesetzt.

Die zwei wichtigsten Maßnahmen in der Folge der Studie waren die Fortführung der Leistungsharmonisierung im Bereich der Krankenversicherung sowie eine Potentialanalyse zur Bündelung von Aufgaben innerhalb der Sozialversicherung.

Die Potentialanalyse zur Bündelung von Aufgaben wird in der Folge strategisch von der Abteilung GSA begleitet.

» Österreich hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Dass das so bleibt, ist die Motivation für unsere tägliche Arbeit. «

Rainer Thomas

Direktor und Leiter der Grundsatzabteilung
im Hauptverband

1.2



Rechtsangelegenheiten

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

Allgemeine Rechtsangelegenheiten

Agenden der Sozialversicherung auf den Weg gebracht

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

Einen Schwerpunkt der Tätigkeiten bildete weiterhin die Umsetzung und Weiterführung der Gesundheitsreform. Insbesondere rechtliche Fragen zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG), zu den Primärversorgungseinheiten sowie zur vorgesehenen Ausstattung der e-card mit Foto waren zu bearbeiten.

Wesentlichen Anteil an der Arbeitskapazität erforderten vorbereitende Maßnahmen für die Umsetzung der europarechtlichen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), die mit 25. Mai 2018 in Kraft getreten ist. Unter anderem war die Datenschutzverordnung für die Sozialversicherung neu zu formulieren (veröffentlicht im Rechtsinformationssystem des Bundes, Sonstige Kundmachungen – avsv Nr. 79/2018), ein entsprechender Arbeitsentwurf befand sich im Februar 2018 im Begutachtungsverfahren.

Im Bereich der Kinderrehabilitation konnten, nachdem die Vergabeverfahren erfolgreich beendet waren, entsprechende Verträge mit den Betreibern der Einrichtungen geschlossen werden.

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



Hilfreiche Seiten für den juristischen Alltag

Legislative Angelegenheiten

Im Jahr 2017 wurden eine Reihe von Änderungen des Sozialversicherungsrechts und anderer Rechtsvorschriften bearbeitet, wobei insbesondere das Sozialversicherungs-Zuordnungsgesetz – SV-ZG (BGBl. I Nr. 125/2017) und das Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017 – GRUG 2017 (BGBl. I Nr. 131/2017) zu erwähnen sind. 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 (über 50 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 (rund 80 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



Die Plattform Dokumentation des österreichischen Sozialversicherungsrechts

Das Projekt erfüllt die gesetzliche Pflicht des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 4 Z 4 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 Soz-Dok zu leichterem Einstieg in die sozialversicherungsrechtlichen Regelwerke. Beim Betrieb dieser Datenbank wird, wie auch in den anderen legislativen Arbeitsbereichen, eng mit den dafür zuständigen Dienststellen des Bundes zusammengearbeitet.

Amtliche Verlautbarungen im Internet

Das Projekt erfüllt die gesetzliche Pflicht des Hauptverbandes nach § 31 Abs. 9 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 verlaublichen 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 verlaublichen. 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“ öffentlich kostenlos im Internet zugänglich. Die organisatorische und technische Betreuung erfolgt weiterhin durch die Abteilung.

>> Man darf über den Paragraphen
die Menschen nicht vergessen. <<

Josef Souhrada

Direktor im Hauptverband

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

2

Unsere Vertragspartner

2.1



Vertragspartner Ärzte (VPA)

Zu den Kernaufgaben der Abteilung VPA zählen die vertraglichen Beziehungen zu den niedergelassenen Ärzten, Zahnärzten, den klinischen Psychologen und Psychotherapeuten, die damit zusammenhängenden Gesundheitsthemen und berufsrechtlichen Fragen, die Koordination und Unterstützung der flächendeckenden Errichtung von Primärversorgungszentren, die Angelegenheiten des Mutter-Kind-Passes und die Honorarordnungsverwaltung online.

Primary Health Care (PHC)

Der Patient im Mittelpunkt der neuen Primärversorgung

Im Sommer 2017 ist das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten in Kraft getreten. Der VPA wurde die Aufgabe übertragen, den Bereich der Primärversorgungseinheiten im Bereich des Hauptverbandes zu betreuen und innerhalb der Sozialversicherung zu koordinieren. Themenfelder waren insbesondere die Vorbereitung eines Gesamtvertrags mit der Österreichischen Ärztekammer und der Aufbau und das Management von Wissen. Intention des Gesetzgebers ist es, dass zwischen Hauptverband und Österreichischer Ärztekammer bis 31. Dezember 2018 für die ärztlichen Leistungen ein Primärversorgungs-Gesamtvertrag mit Wirksamkeit 1. Juli 2019 abgeschlossen wird. Im Jahr 2017 haben erste Gespräche mit der Österreichischen Ärztekammer stattgefunden.

Hinsichtlich des Wissensaufbaus wurde mit anderen Stakeholdern eine gemeindenahere Primärversorgungseinheit im London besichtigt sowie die in Österreich bestehenden Pilotenrichtungen analysiert. Mit den Trägern findet ein regelmäßiger Informations- und Erfahrungsaustausch im Rahmen einer Wissensmanagementgruppe statt.

In den neuen Primärversorgungseinheiten stehen künftig neben einem Team von Allgemeinmedizinern auch weitere Gesundheitsberufe mit ihrem zusätzlichen Wissen zur Verfügung. Hier können sich Patienten auch wie gewohnt ihren „Hausarzt“ bzw. ihre „Hausärztin“ wählen – jedoch zu deutlich längeren Ordinationszeiten. Das Behandlungsspektrum reicht von Gesundheitsvorsorge über Akutversorgung bis hin zur Rehabilitation und Pflege. Der Vorteil: Im Vertretungsfall gibt es trotzdem einen anderen Allgemeinmediziner, der Patienten und Krankengeschichte kennt.

Seit 2017 gibt es bereits fünf Primärversorgungszentren, die von Patienten auch sehr gut angenommen werden. Bis 2021 sollen insgesamt 75 Primärversorgungseinheiten österreichweit errichtet und unter Einbeziehung der Ärztekammern partnerschaftlich umgesetzt werden.

Eine erste Evaluierung hat gezeigt, dass die PHC-Stammpatienten wesentlich öfter die PHC-Ebene und seltener die Facharztbene und die Spitalsambulanzen aufsuchten und somit eines der Grundziele der Gesundheitsreform tatkräftig umgesetzt wird.

Das Team rund um den Patienten

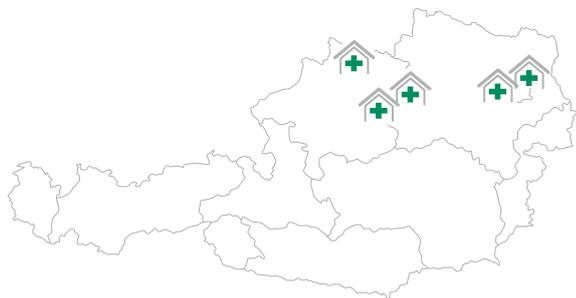


Das Team rund um den Patienten arbeitet wie bisher mit anderen, externen Partnern wie Fachärzten und Zahnärzten, Apotheken, Sozialdiensten, Sozialversicherungsträgern, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Schulen, Gemeinden zusammen.

Die neuen Primärversorgungseinheiten sollen in zwei Strukturformen realisiert werden: als Netzwerk oder als Primärversorgungszentrum. Im ersten Fall schließen sich niedergelassene Allgemeinmediziner und weitere Gesundheitsberufe zu einem Versorgungsnetzwerk zusammen. Ziele sind abgestimmte Öffnungszeiten, eine institutionalisierte Zusammenarbeit und somit eine koordinierte Betreuung der Patienten.

Im zweiten Fall arbeiten freiberufliche oder beim Primärversorgungszentrum angestellte Mediziner gemeinsam mit Pflegekräften, Physiotherapeuten und Co. unter ärztlicher Leitung zusammen. Auch im Primärversorgungszentrum können sich Patienten ihren „Hausarzt“ bzw. ihre „Hausärztin“ frei wählen. Eine umfassende Basisversorgung ist mit gegenseitiger Vertretung und längeren Öffnungszeiten garantiert.

Erfolgreiche Pilotprojekte



Beispiele für die „neue Primärversorgung“ sind in Wien Medizin Mariahilf und PVE Donaustadt sowie in Oberösterreich Primärversorgungszentren in Enns, Marchtrenk und Haslach. In den anderen Bundesländern wird mit Hochdruck an weiteren Projekten gearbeitet. In Medizin Mariahilf gab es Anfang 2017 mit 7.000 Patienten einen Aufnahmestopp. Im Gesundheitszentrum Enns zählte man allein am ersten Ordinationstag 670 Patienten.

Zahngesundheit

Das Leistungspaket für mehr Zahngesundheit wird bestens angenommen

Ein gesundheitspolitischer Meilenstein 2015 war die Einführung der „Gratis-Zahnspange“ als neue kieferorthopädische Versorgung für Kinder und Jugendliche. Die Abteilung VPA hat dazu 2015 die vertragliche Einigung mit der Zahnärzteschaft vorbereitet und für den zeitgerechten operativen Start gesorgt.



Die Gratis-Zahnspange bringt allen Kindern die Chance auf gesunde Zähne.

Für Kinder und Jugendliche gibt es seit dem 1. Juli 2015 bei zahnmedizinischer Notwendigkeit bis zum 18. Lebensjahr zwei neue Leistungen der sozialen Krankenversicherung. Stellt der Kieferorthopäde eine schwere Fehlstellung fest, erfolgt die Behandlung ohne Zu- oder Aufzahlung durch die Eltern.

2016 wurden 40.418 Kinder und Jugendliche mit einer Gratis-Zahnspange kieferorthopädisch behandelt, 28.314 davon sind Neuzugänge. Damit ist das Sachleistungspaket der Sozialversicherung bestens angenommen. Nicht nur die gute Inanspruchnahme ist Anlass für ein positives Resümee: Mit der „Gratis-Zahnspange“ bekommen alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig von ihren sozialen Verhältnissen, die Chance auf gesunde Zähne.

Die Sozialversicherung investierte 2016 rund 76,2 Millionen Euro in die kieferorthopädische Zahnbehandlung von Kindern und Jugendlichen. Es wurden 38.796 Beratungen durchgeführt, 8.457 frühkindliche Behandlungen wurden bei Kindern von sechs bis zehn Jahren und 40.418 Therapien mit festsitzenden Gratis-Zahnspangen bei Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr geleistet. Ebenso erfreulich: 80 Prozent der Leistungen werden mittlerweile

von Vertragszahnärzten und Vertragskieferorthopäden erbracht, denn nur bei diesen sind die Leistungen frei von Zusatzkosten. Zum Vergleich: Vor Einführung der Gratis-Zahnspange im Juli 2015 wurden nur 40 Prozent der kieferorthopädischen Leistungen von Vertragsärzten erbracht.

Im Jahr 2017 konzentrierte sich die Arbeit der Abteilung VPA auf die Koordination der Vorgangsweisen der Versicherungsträger und die Implementierung einer trägerübergreifenden Qualitätssicherung.

Die Erfolgsgeschichte der Gratis-Zahnspange ist aber auch im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderungsstrategie zu sehen: Prävention ist *das* übergeordnete Thema der Sozialversicherung, wenn es um die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen geht. Und Prävention muss dort beginnen, wo der Grundstein für das Erwachsenenalter gelegt wird: im Kindes- und Jugendalter.

Wie kommt man zur Gratis-Zahnspange?



1. Erstberatung

Der Zahnarzt überprüft, ob eine Kieferregulierung notwendig ist, und überweist bei Bedarf an einen Kieferorthopäden.



2. Anspruchsvoraussetzung

Der Vertragskieferorthopäde stellt eine schwere Fehlstellung nach IOTN 4 oder 5 fest.

(IOTN – Index of Orthodontic Treatment Need)



3. Therapie mit Ergebnisqualität

Start der Behandlung ohne Zu- oder Aufzahlungen durch Eltern



4. Behandlungserfolg

Nach Abschluss der Behandlung erfolgt auch die Sicherstellung des Behandlungserfolges durch Retainer.

Kinder- und Jugendgesundheit

Neue Landing-Page „SV-Infopoint Kinder- und Jugendgesundheit“

Wir wissen: Was im Kindesalter versäumt wird, wirkt lange nach, und es braucht viel mehr Einsatz, um es wieder zu ändern. Menschen, die sich in jungen Jahren einen gesunden Lebensstil aneignen, behalten ihn dann oft ein ganzes Leben lang bei. Deshalb hat die Sozialversicherung in der Kinder- und Jugendgesundheit ein Schwerpunktthema gesetzt und bietet ihren Anspruchsberechtigten eine Vielzahl von kostenlosen Angeboten. Damit diese für jeden leicht und überschaubar zugänglich sind, hat der Hauptverband seit Juni 2017 auf seiner Homepage einen „SV-Infopoint Kinder- und Jugendgesundheit“ erstellt. Auf dieser neuen Landing-Page können jetzt alle kostenlosen Angebote der Sozialversicherung übersichtlich abgerufen und Kontakte zu den Ansprechpartnern in wenigen Klicks hergestellt werden.



Mit wenigen Klicks zu allen kostenlosen Angeboten der Sozialversicherung

Mutter-Kind-Pass

Die Aufwendungen für Mutter-Kind-Pass-Leistungen sind den Krankenversicherungsträgern zu zwei Dritteln vom Bund zu ersetzen. Aufgabe der Abteilung VPA ist es, die Abrechnung gegenüber dem Bund durchzuführen und die Akontierungsleistungen des Bundes an die Krankenversicherungsträger aufzuteilen.

Family-APP

Eltern von heute wollen mobil und „smart“ sein – das gilt auch für Gesundheitsinformationen für ihre Kinder. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat gemeinsam mit dem Bundesministerium für Familien und Jugend die Familien-App neu gestaltet. Zum einen bekommen Eltern und interessierte Personen praxisnahe Unterstützung bei der Erziehung und im Familienalltag mit zahlreichen Serviceleistungen und Ratschläge für Schwangerschaft, Geburt und das Leben mit Kindern. Auch wichtige Telefonnummern für Notfälle sind in der App gespeichert. Über eine Verlinkung zur neuen Landing-Page „SV-Infopoint“ werden Informationen über die vielfältigen und zahlreichen Projekte der Sozialversicherung der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

Auf diesem modernen Tool kann man jetzt mehr als 160 kostenlose Gesundheitsangebote der Sozialversicherung zu Bewegung, Ernährung, psychischer Gesundheit, Zahngesundheit, aber auch zu Gesundheitskompetenz oder für Schulprojekte auf einen Blick erfassen – und sofort nutzen!

Jugendgesundheitscoaches

Die Methode der Peer Education ist ein wirkungsvoller und vielfach erprobter Ansatz zur Einbeziehung von Jugendlichen. Eine flächendeckende Umsetzung von Peer Education in der schulischen Gesundheitsförderung und -prävention kann wesentlich dazu beitragen, mit ausgewählten Schülern (Role Models) im Rahmen eines Peer-Trainings in Kontakt zu kommen, Gesundheitsprobleme anzusprechen und gemeinsam Lösungen für Maßnahmen in der Schule zu entwickeln. Der Hauptverband hat in Kooperation mit der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse 2017 begonnen, ein solches Peer-Education-Pilotprojekt auf die Beine zu stellen. In diesem Prozess werden 15 Schulen sowie 4.500 Schüler und deren Lehrpersonen direkt zum Thema „Gesundheit, Gesundheitsförderung und -prävention“ über einen Zeitraum von 18 Monaten angesprochen. Nach einer Evaluierung soll ein Rollout in ganz Österreich angestrebt werden.

Beziehungen zu den Vertragsärzten

Die Abteilung VPA hat auch im Jahr 2017 die Versicherungsträger bei Vertragsverhandlungen mit den Ärztekammern unterstützt, insbesondere durch Übermittlung von Zahlenmaterial und Best-Practice-Beispielen aus Honorarvereinbarungen. Eine weitere Aufgabe der Abteilung VPA ist es, die Ärztegesamtvträge der Krankenversicherungsträger der Selbstverwaltung des Hauptverbandes zur Beschlussfassung vorzulegen. In diesem Zusammenhang erfolgt eine umfassende Berichterstattung.

Honorarordnungsverwaltung online

Die Honorarordnungsverwaltung online (HONO) ist eine Datenbank, in der die Leistungspositionen der Krankenversicherungsträger erfasst und vergleichbare Leistungspositionen auf die Metahonorarordnung des Hauptverbandes übergeleitet werden. Früher nur auf den Arztbereich beschränkt, umfasst die HONO mittlerweile auch die Leistungspositionen aus den Bereichen Ambulatorien/Institute, nichtärztliche Gesundheitsberufe, dem Zahnbereich sowie den Bereichen Heilbehelfe/Hilfsmittel und Transportwesen.

Die Metahonorarordnung wurde von der Abteilung VPA mit dem Zweck aufgebaut, eine österreichweit einheitliche Darstellung sämtlicher Honorarordnungs- oder Vertragspositionen der Krankenversicherungsträger zu ermöglichen. Die Metahonorarordnung wird laufend gewartet und weiterentwickelt und ist der SV-Basiskatalog für den Katalog ambulanter Leistungen (KAL) des Gesundheitsministeriums.

Juristische Unterstützung der Krankenversicherungsträger

Im Bedarfsfall werden die Krankenversicherungsträger rechtlich von der Abteilung VPA unterstützt, und zwar durch Beantwortung einzelner Anfragen, durch die Vorbereitung der Gewährung von Rechtsschutz durch den Hauptverband in einem Verfahren oder durch Umfragen und Koordinierung der Stellungnahmen der einzelnen Träger in einem Verfahren; ad hoc kann auch ein juristischer Arbeitskreis einberufen werden. Dieser Arbeitskreis, der regelmäßig abgehalten wird, hat zahlreiche sozialversicherungsinterne Fragestellungen aus dem Vertragspartnerrecht zum Gegenstand.

Ärztzahlenentwicklung

Österreich ist das Land mit einer der höchsten Ärztedichte im EU-28-Schnitt. Wenn von „Ärztmangel“ in Österreich gesprochen wird, dann kann es sich nur um organisatorische Mängel oder Verteilungsprobleme handeln. Der Spitalsbereich in Österreich ist im Vergleich zur ambulanten Betreuung durch niedergelassene Haus- und Fachärzte weltweit gesehen überdimensioniert. Die kontinuierliche Ausweitung der neuen Primärversorgungseinheiten und des fachärztlichen Bereichs soll für eine bessere ambulante Betreuung sorgen und dafür, dass in Zukunft weniger Patienten stationär in Spitälern aufgenommen werden müssen.

So viele Ärzte versorgen 1.000 Einwohner (Entwicklung 1970–2017)

| | | |
|------|--|-------------------------------------|
| 1970 |  1,7 | Einwohner 7.467.086 Ärzte 12.438 |
| 1980 |  2,2 | Einwohner 7.549.433 Ärzte 16.685 |
| 1990 |  3,0 | Einwohner 7.677.850 Ärzte 23.097 |
| 2000 |  3,9 | Einwohner 8.011.566 Ärzte 30.871 |
| 2010 |  4,8 | Einwohner 8.361.069 Ärzte 40.103 |
| 2015 |  5,1 | Einwohner 8.629.519 Ärzte 44.002 |
| 2017 |  5,2 | Einwohner 8.773.686 Ärzte 45.596 |

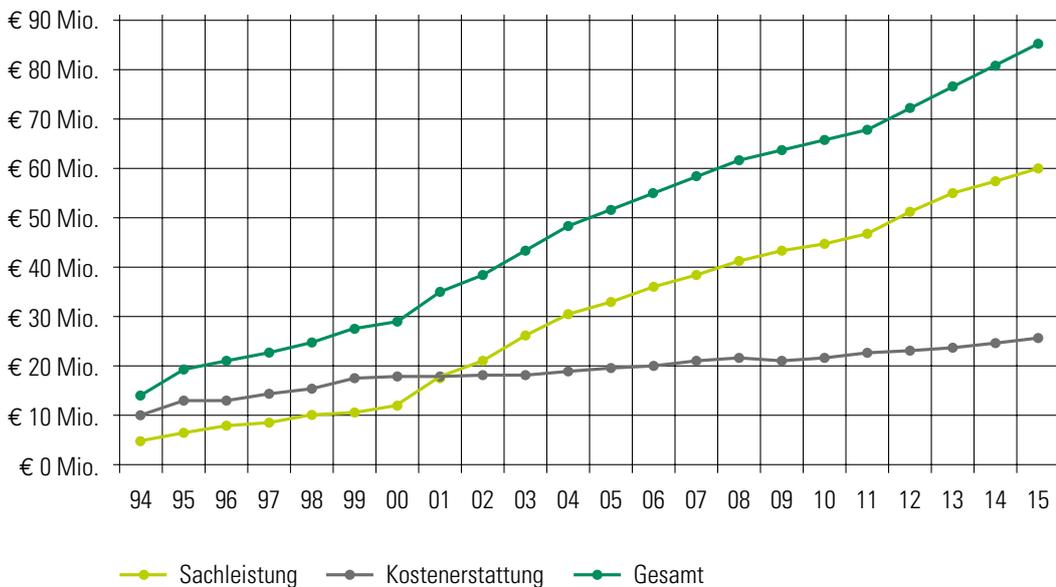
Psychische Gesundheit

Psychotherapie wird als Sachleistung erweitert

Das Arbeitsprogramm der Bundesregierung 2017 sieht bis 2020 einen Ausbau der psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung um ein Viertel vor. Die Sozialversicherung nahm den Regierungsauftrag zum Anlass, auf Basis der bestehenden Versorgungslage, welche von den Krankenversicherungsträgern im Übrigen einem ständigen Verbesserungsprozess unterzogen wird, Ausbaupotentiale in quantitativer und qualitativer Hinsicht auszuloten und ein Ausbaukonzept vorzulegen.

An mehreren Lehrgängen nahmen über 400 Allgemeinmediziner teil. Aufgrund des hohen Bedarfs wurde beschlossen, die Ausbildung als e-Learning-Modul österreichweit, nachhaltig den Ärzten zur Verfügung zu stellen. In Form von Experteninterviews sowie Zusatzinformationen wird derzeit unter der Ägide der VPA ein informatives und abwechslungsreiches e-Learning-Modul erstellt, das zusätzlich für den Erwerb von DFP-Punkten zertifiziert wird.

Entwicklung der Aufwendungen für Psychotherapie



Der Hauptverband hat in seinem Bericht vom Juni 2017 festgehalten, dass mit einer Steigerung der Patientenzahlen in den bestehenden psychotherapeutischen Sachleistungsversorgungen von rund 65.000 im Jahr 2015 auf mehr als 78.000 im Jahr 2019 zu rechnen ist. Bis zum Jahr 2019 sollen zusätzlich rund 3.500 Kinder und Jugendliche in multiprofessionellen Einrichtungen versorgt werden können. Ergänzend dazu arbeiten die Krankenversicherungsträger laufend an Qualitätsverbesserungen.

Im Rahmen der „Strategie psychische Gesundheit“ wurde auf Initiative der Abteilung VPA ein Ausbildungsmodul für eine fokussierte Ausbildung der Allgemeinmediziner in Diagnostik und Triage psychischer Krankheiten erstellt und gemeinsam mit der Wiener Ärztekammer durchgeführt.

e-card für Vertragspsychologen

Für die Abteilung VPA sind die erzielten Verhandlungsergebnisse mit dieser Vertragspartnergruppe als vorbildhaft für die Gesundheitsdienstleister zu bewerten. Die Gruppe wird nach einer intensiven Testphase im Jahr 2016 ab 2017 bis Ende 2018 schrittweise an das e-card-System samt allen relevanten Applikationen angeschlossen.

Durch die Einbeziehung in das elektronische Bewilligungs- und Antragservice (eKOS) werden für die Leistung der klinisch-psychologischen Diagnostik für die Patienten völlig papierlose Konsultationsprozesse möglich.

>> Der Sozialversicherung ist die psychische Gesundheit der Bevölkerung und die Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen ein großes Anliegen.<<

Peter Scholz

Leiter der Abteilung Vertragspartner Ärzte
im Hauptverband

2.2



Vertragspartner Medikamente (VPM)

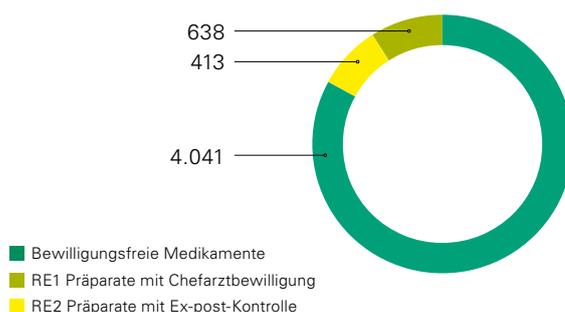
Eine Kernaufgabe der Abteilung VPM ist die Herausgabe des Erstattungskodex, der die gültige, transparente Grundlage für die Regelerstattung von Medikamenten im niedergelassenen Bereich ist. Eine weitere Kernaufgabe ist der Abschluss des Apothekergesamtvertrags, der bundesweit für alle öffentlichen Apotheken gilt.

Heilmittel

Der Erstattungskodex

Der Erstattungskodex (EKO) wird jährlich am 1. Jänner vom Hauptverband als Druckwerk aufgelegt und 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 2017 waren 5.178 Arzneispezialitäten im EKO angeführt. Auf den Grünen Bereich (bewilligungsfreie Medikamente) und den Gelben Bereich des Erstattungskodex (RE1 betrifft Präparate, die vom Chefarzt im Vorhinein genehmigt werden müssen; RE2 betrifft Präparate, die mit vorgegebener Indikation verschrieben keiner vorherigen Genehmigung bedürfen) verteilen 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 optimiert sein Informationsangebot und 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 2017 folgende Anträge beim Hauptverband ein:

- 301 Anträge auf Aufnahme in den EKO
- 19 Anträge auf Änderung der Verwendung bereits im EKO angeführter Arzneispezialitäten
- 17 Anträge auf Änderung der Packungsgröße bereits im EKO angeführter Arzneispezialitäten
- 20 Anträge auf Streichung aus dem EKO
- 69 Anträge auf Preiserhöhung bereits im EKO angeführter Arzneispezialitäten

Darüber hinaus hat der Hauptverband 178 Verfahren gestartet.

2017 wurden in Österreich rund 117 Millionen Medikamentenpackungen mit den Krankenversicherungsträgern im extramuralen Bereich verrechnet (Datenquelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung). Der Aufwand für Heilmittel betrug für die Krankenversicherungsträger im Jahr 2017 rund 3,13 Milliarden Euro ohne Umsatzsteuer (Datenquelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung). Damit entfielen 2017 im Durchschnitt auf jeden der rund 8,68 Millionen Anspruchsberechtigten (Datenquelle: Anspruchsberechtigtenbank Hauptverband) 13,47 Arzneimittelpackungen mit einem durchschnittlichen Aufwand von je 26,75 Euro (Datenquelle: Maschinelle Heilmittelabrechnung).



Im EKO sind alle Medikamente aufgelistet, die von den Kassen bezahlt werden.

Versorgung der Bevölkerung durch Apotheken

Apotheker sind für die Sozialversicherung ein wertvoller Partner in der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Zum Stichtag 1. Jänner 2017 versorgten 1.362 öffentliche Apotheken und zum Stichtag 1. Juli 2017 866 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.

Rechtliche Änderungen am österreichischen Arzneimittelmarkt

Das Medikamentenpaket

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

In der im März beschlossenen Novelle des ASVG wurden vier Themenblöcke umgesetzt:

- Geänderte Preisabschläge bei der Aufnahme in den EKO für Generika und Biosimilars
- Eine Regelung für Produkte außerhalb des EKO, die in den letzten zwölf Monaten einen Umsatz mit der sozialen Krankenversicherung von über 750.000 Euro (Basis FAP) erzielt haben
- Eine geänderte Vorgehensweise der Preiskommission bei der Feststellung der EU-Durchschnittspreise
- Das sogenannte „Preisband“ für bestimmte wirkstoffgleiche Produkte im Grünen Bereich des EKO

Anstatt der bislang gültigen einheitlichen Regelung für alle wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukte wurde der notwendige Preisabschlag für die Aufnahme des ersten Biosimilars in den EKO reduziert und die Abschläge für Generika im Gegenzug etwas erhöht. Für Produkte außerhalb des Erstattungskodex, deren Umsatz auf Kosten der sozialen Krankenversicherung in den letzten zwölf Monaten die Schwelle von 750.000 Euro übersteigt, gilt ab 1. Jänner 2018 der EU-Durchschnittspreis als Preisgrenze. Die Regelung betreffend die Ermittlung des EU-Durchschnittspreises wurde adaptiert. Neben einer wiederholten Ermittlung des EU-Durchschnittspreises sind auch gesetzliche Rabatte in anderen Mitgliedsstaaten bei der Ermittlung zu berücksichtigen.

Ungerechtfertigte Preisunterschiede bestimmter wirkstoffgleicher Produkte im Grünen Bereich des EKO sollen durch ein sogenanntes Preisband bereinigt werden. Der Höchstpreis der wirkstoffgleichen Arzneispezialitäten durfte maximal 30 Prozent über dem Preis der günstigsten Arzneispezialität desselben Wirkstoffs liegen. Die vertriebsberechtigten Unternehmen mussten die Packungspreise bis zum 1. Oktober 2017 auf einen Preis innerhalb des Preisbands senken. Bei nicht fristgerecht durchgeführter Preissenkung wurden die Arzneispezialitäten vom Hauptverband mit schriftlicher Entscheidung per 1. Februar 2018 aus dem EKO gestrichen.

Zahl der Heilmittelverordnungen und Heilmittelaufwand, 2013–2016



1) Ohne Umsatzsteuer

Der **Heilmittel-Evaluierungs-Kommission** wurden im Jahr 2017 folgende Anträge/Verfahren gemäß VO-EKO zur Empfehlung vorgelegt:

| | |
|--------------|---|
| 18 Produkte | Roter Bereich – Prüfung der Erstattungsfähigkeit |
| 198 Produkte | Grüner Bereich |
| 155 Produkte | Gelber Bereich |
| 66 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 1.568 Arzneispezialitäten konnten mit den Unternehmen Preisreduktionen vereinbart werden. Die Summe der Einsparungen betrug von Jänner bis Dezember 2017 rund 119,12 Mio. Euro (Basis Kassenverkaufspreis).

Arznei & Vernunft

Neue Leitlinie und Patientenbroschüre für Osteoporose

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).

2017 wurde im Rahmen von *Arznei & Vernunft* eine neue Leitlinien für Ärzte sowie eine aktuelle Patientenbroschüre zum Thema Osteoporose publiziert. Osteoporose, auch als „Knochenbruch-Krankheit“ bekannt, ist ein Volksleiden: In Österreich sind etwa eine halbe Million Menschen davon betroffen. Osteoporose ist oftmals der Grund für einen Oberschenkelhalsbruch. Häufig sind auch Wirbelsäule und Unterarmknochen davon betroffen. Begünstigt wird Osteoporose durch hormonelle Veränderungen in den Wechseljahren; drei Viertel der Betroffenen sind Frauen. Ausreichend Kalzium in der Ernährung sowie Bewegung können Osteoporose vorbeugen; im Fall einer Erkrankung ist eine medikamentöse Therapie erforderlich.

In den letzten Jahren erweiterten eine Reihe neuer Substanzen bzw. Substanzklassen die Therapiemöglichkeiten, wodurch die Wahl geeigneter Medikamente immer komplexer wird. Die Leitlinie richtet sich daher – 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 das Management von Osteoporose-Patienten 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.

2.3



Beziehungen zu weiteren Vertragspartnern (VPS)

Die Abteilung 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.

Med Austron

Modernste Krebsbehandlung mit der e-card

Nach mehreren Verhandlungsrunden haben sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und das in Wiener Neustadt (NÖ) ansässige Krebsbehandlungszentrum EBG MedAustron GmbH am 2. Juni 2017 auf einen Vertrag zur Kostenübernahme für innovative Krebsbehandlungen (Ionen- und Protonenstrahlentherapie) geeinigt. Damit ist sichergestellt, dass Patienten deren Tumore sich in der Nähe strahlenempfindlicher Organe befinden, diese Bestrahlung mit ihrer e-card ohne Zuzahlung in Anspruch nehmen können.

Der Vertrag wirkt rückwirkend ab 1. Jänner 2017, bereits durchgeführte und laufende Behandlungen für Versicherte sind damit auch erfasst. Die durchschnittlichen Behandlungskosten – sowohl für Protonen- wie auch für Ionenbestrahlungen – belaufen sich auf durchschnittlich 33.000 Euro. Ab 2019 werden diese mit dem Verbraucherpreisindex (VPI) valorisiert. Wenn Patienten aus medizinischen Gründen während einer Behandlung nicht täglich heimkehren können, übernimmt MedAustron die Kosten von Übernachtung und Verpflegung. Der Patient hat lediglich eine Kostenbeteiligung von 15 Euro pro Tag zu tragen (Kinder sind überhaupt davon ausgenommen). Die Bevorzugung von Privatpatienten ist verboten. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Sozialversicherung ist die Empfehlung eines unabhängigen Tumorboards,

das sicherstellt, dass einem Krebspatienten die optimale Behandlung zuteilwird, etwa in Spitälern. Die Sozialversicherung ist berechtigt, eine weitere medizinische Expertise zur Behandlungsnotwendigkeit einzuholen. Die Wartezeiten bei MedAustron sind transparent im Internet zu publizieren.



Innovative Ionen- und Protonenstrahlentherapie für Krebspatienten

Bis dato wurden rund 100 Patienten in vergleichbaren ausländischen Einrichtungen behandelt und von der Sozialversicherung finanziert. Nunmehr konnte diese innovative Behandlung auch im Inland sichergestellt werden.

Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen

Ein neues Leistungsangebot und mehr Lebensqualität für Kinder und deren Eltern

Zur Umsetzung der Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen wurde ab Ende Juli 2015 bis Juli 2017 ein EU-weites, zweistufiges Vergabeverfahren nach dem Bestangebotsprinzip durchgeführt. Im aktuellen Reha-Plan ist der Bedarf an Kinderrehabilitationszentren für ganz Österreich in vier Versorgungszonen mit elf Indikationsgruppen und insgesamt 343 Betten für Kinder und Jugendliche (zuzüglich 50 Betten für Angehörige) vorgesehen. 2017 konnte das Vergabeverfahren mit Zuschlagserteilung für alle Betten beendet werden. Damit sind die Rehabilitationszentren für Kinder komplett – und Realität geworden!



Die neue Reha ist abgestimmt auf die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen.



Der Kinderlokomat sorgt in der Klinik Judendorf-Straßengel für Bewegung

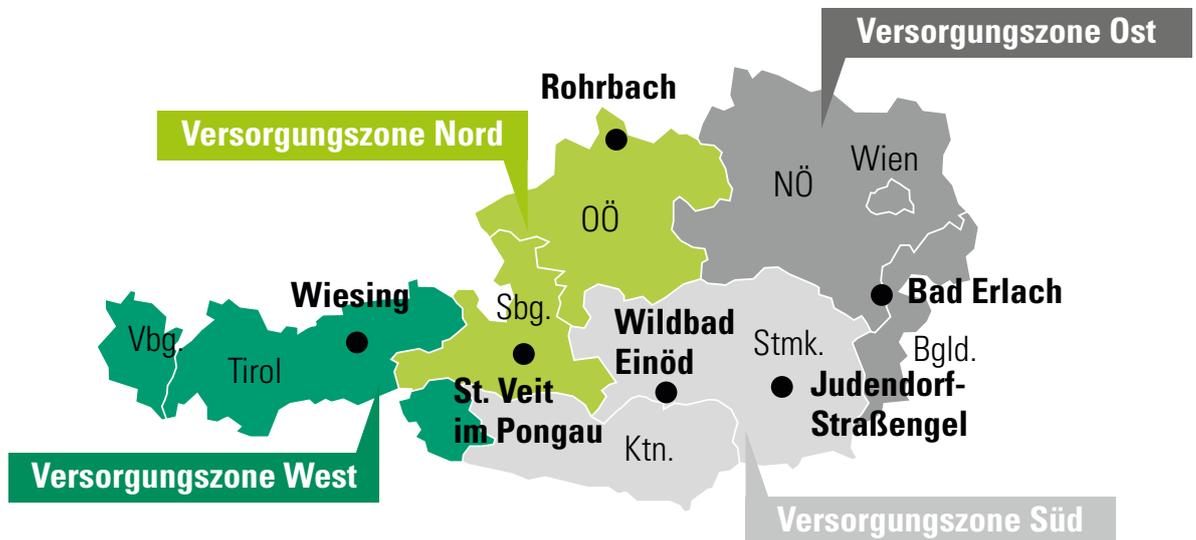
Die Einführung von Kinderrehabilitation ist ein Meilenstein für die Sozialversicherung. Zum einen ist es wichtig, dass Kinder jetzt die gleichen Voraussetzungen vorfinden, wie sie für Erwachsene schon längst normal sind. Die Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen soll sowohl körperliche als auch psychische und soziale Aspekte berücksichtigen. Dazu gehören auch Schulunterricht sowie Freizeitgestaltung. In der Regel begleitet ein Elternteil das Kind bei der Rehabilitation. Bei kleineren Onkologie-Patienten ist vorgesehen, dass die ganze Familie mitkommen kann.

Zum anderen wird auch die bis dato übliche Trennung der Zuständigkeiten für angeborene oder erworbene Störungen beendet. Ziel ist es, künftig einen unbürokratischen Zugang zur Rehabilitation für Kinder und Jugendliche zu bieten. Der „Single Point of Service“ für die Antragstellung für Kinder bzw. Eltern ist der jeweilige Sozialversicherungsträger.

Die Bewilligung erfolgt nach österreichweit einheitlichen Kriterien. Dieser niedrigschwellige Zugang ist ein Herzstück der Gesundheitsreform. Der Hauptverband hat bei der Umsetzung des neuen Angebots auch völlig neue Wege beschritten. Erstmals wurden medizinische Leistungen – in diesem Fall für den wichtigen Bereich der Kinderrehabilitation – über ein Vergabeverfahren ausgeschrieben. In einem ersten Schritt hat der Hauptverband die Qualifikationskriterien der Anbieter überprüft, in einem zweiten Schritt ist mit Hilfe einer unabhängigen Bewertungskommission nach medizinischen Kriterien der Bestbieter ausgewählt worden. Der Maßstab für die Zuschlagsentscheidung wurde in einem Mix aus Qualität, Preis und Fertigstellungszeitraum angelegt.

Zur Historie: Nach der Versorgungszone Süd (Ende Juli 2016), der Versorgungszone Nord (Mitte November 2016) und der Versorgungszone Ost (Ende Dezember 2016) konnte mit dem Zuschlag in Tirol (Juli 2017) der Bedarf laut Reha-Plan und somit die Vollversorgung erfüllt werden. Mit der Vergabe aller Standorte wurde österreichweit ein neues Angebot an Betreuung und Lebensqualität für erkrankte Kinder und auch für deren Eltern und Angehörige geschaffen. Zur Ausgangslage: Rund 5.000 Kinder in Österreich sind so schwer krank oder behindert, dass sie eine Rehabilitation brauchen. Bis dato gab es jedoch hierzulande keine speziellen Kinderrehabilitationseinrichtungen. Kranke Kinder wurden für eine Rehabilitation entweder gemeinsam mit Erwachsenen betreut oder mussten nach Deutschland ausweichen. Bis 2019 sollen alle Einrichtungen in Betrieb sein.

Kinderrehabilitation in Österreich und deren Standorte



| | Indikation | Betten | Betreiber |
|----------------------------------|--|--------------------|---|
| Wiesing | Mobilisierende Reha Psychosoziale Reha | 22 15 | SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH |
| St. Veit im Pongau | Reha für Krankheiten des Stoffwechselsystems und des Verdauungsapparats Familiensorientierte Nachsorge nach Kreislauferkrankungen | 12 20 + 50* | VAMED/SALK |
| Rohrbach | Mobilisierende Reha Herz-Kreislauf-/pulmologische Reha Psychosoziale Reha | 36 17 24 | hospitals Projektentwicklungsges.m.b.H. |
| Wildbad Einöd | Herz-Kreislauf-/pulmologische Reha Psychosoziale Reha | 28 24 | SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH |
| Judendorf- Straßengel | Mobilisierende Reha | 31 | Mare-Gruppe |
| Bad Erlach | Mobilisierende Reha Psychosoziale Reha | 67 47 | hospitals Projektentwicklungsges.m.b.H. |

*1) Betten für Angehörige

Untersuchungen mit Großgeräten

Wegweisendes Modell 5/10/20 für CT- und MR-Untersuchungen

Für Computertomographie- und Magnetresonanztomographie-Untersuchungen in privaten Instituten konnte der Hauptverband mit der Wirtschaftskammer Österreich vertragliche Regelungen für die Jahre 2014 bis 2018 vereinbaren. Die Umsetzung in die regionalen Gesamtverträge der einzelnen Krankenversicherungsträger wurde Ende 2014 abgeschlossen. Diese Vereinbarung enthält Regelungen zu Kostenbegrenzungen für CT- und MRT-Untersuchungen. Während die Sozialversicherung argumentiert, dass es sich bei Kostenbegrenzungen um Rabattregelungen handelt und bei Erreichung dieser Grenze laut Vertrag alle medizinisch indizierten Untersuchungen weiter durchzuführen sind, interpretierten die Institute dies als „Deckelung“ der Zahl an Untersuchungen, wobei ihrer Ansicht nach diese nicht mehr durchzuführen sind, da sie nicht mehr honoriert werden.

MR-Untersuchung binnen 20 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 Vertragsambulatorien sind verpflichtet, die durchschnittlichen Wartezeiten über die Homepage mit monatlicher Aktualisierung bekanntzugeben. Darüber hinaus ist es einem Radiologie-Institut mit Kassenvertrag auch nicht gestattet, einen Privatpatienten vorzuziehen, der freiwillig Zuzahlungen machen würde, um schneller einen Termin zu bekommen.“

Humangenetische Untersuchungen

In der Bundesgesundheitsagentur wurde vereinbart, als Pilotprojekt für humangenetische Untersuchungen eine gemeinsame Finanzierung prädiktiver Untersuchungen auf Mutationen des Brust- bzw. Eierstockkrebsgens (BRCA) vorzusehen. Sechs öffentliche Krankenanstalten bzw. MedUni-Kliniken sollen die entsprechenden Untersuchungen und Beratungen durchführen. Die Finanzierung erfolgt zu gleichen Teilen durch Mittel der Krankenversicherung und der Länder.



Vorgaben für kurze Wartezeiten bei CT- und MR-Untersuchungen

In der Folge kam es für die Versicherten zu unzumutbar langen Wartezeiten für die Untersuchungen. Verschärft wurde die Situation dadurch, dass Institute kürzere Wartezeiten gegen Privatzahlungen anboten. Durch den Druck der Öffentlichkeit und der politischen Vorgabe an die Vertragspartner, rasch eine Lösung zu erzielen – verbunden mit dem Hinweis, dass bei Nichteinigung eine gesetzliche Regelung denkbar sei – kam es zu neuerlichen Verhandlungen zwischen der WKO und dem Hauptverband. Das Ergebnis kann sich sehen lassen: Ab Jahresbeginn gilt für alle 133 Radiologie-Institute mit Kassenvertrag verpflichtend, dass Patienten für eine CT-Untersuchung binnen zehn Tagen, für eine

Kostenfreier Zugang zur Hebammenhilfe für alle Mütter

Ab dem 1. Jänner 2017 gibt es den kostenfreien Zugang zur Hebammenhilfe für alle Mütter. Das hat der Hauptverband mit dem Österreichischen Hebammengremium (ÖHG) im Rahmen der Mutterchaftsleistungen nach dem ASVG konzipiert und ausverhandelt. Konnten bisher Mütter eine Nachbetreuung im Wochenbett nur dann in Anspruch nehmen, wenn sie das Spital frühzeitig (vor dem vierten Tag nach der Entbindung) verlassen haben, so können jetzt alle Mütter Hebammenhilfe bis zur achten Woche kostenfrei bei Vertragshebammen in Anspruch nehmen. Das ist gut und sinnvoll, kommt es doch oft vor, dass sich in der ersten Zeit mit dem Baby Fragen und Probleme ergeben. Die Hebammenhilfe ist dann eine wirkliche Entlastung.

Die dreijährigen Vorarbeiten haben zu einem sehr positiven Resultat geführt: Mit Beginn 2017 trat eine Neuregelung der Vergütungen in Kraft. Eckpunkt dabei ist eine schrittweise Anhebung der Tarife für Hausbesuche und Ordinationen bis 2020. Dazu kommt eine Strukturpauschale als Abgeltung der Mehraufwendungen der für eine Direktverrechnung erforderlichen administrativen Arbeitsschritte insbesondere auch für die Vorbereitung der elektronischen Abrechnung mit der SV sowie weiteren Tätigkeiten im Zusammenhang mit vertraglichen Verpflichtungen. Für 2016 wurden Nachzahlungen vereinbart. Die Tarife gelten mindestens bis 31. Dezember 2020.

Ein Novum wird auch die Kostenübernahme der Hausgeburt (bei sich zu Hause oder in der Hebammenpraxis) durch die Kassen sein. Damit verbunden ist auch die vertragliche Regelung der Rufbereitschaft.

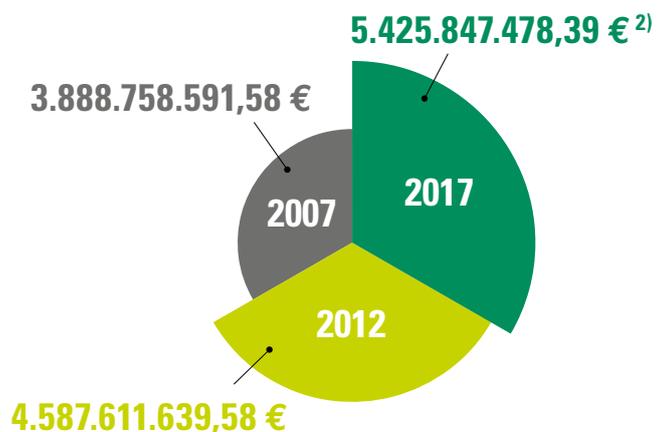
Mit BGBl. I Nr. 197 vom 26. September 2013 wurde das Kinderbetreuungsgeldgesetz dahingehend geändert, dass eine Hebammenberatung als neue Mutter-Kind-Pass-Leistung normiert wurde. Im Kindergeldbetreuungsgesetz ist weiters geregelt, dass zwischen dem Hauptverband und dem Österreichischen Hebammengremium ein Gesamtvertrag abzuschließen ist, der die Durchführung dieser Leistung sowie deren Vergütung regelt. Der ursprünglich mit drei Jahren (bis 28. Februar 2017) befristete Vertrag wurde unverändert um zwei Jahre bis 28. Februar 2019 verlängert.

Krankenanstaltenstatistik

2016 waren in Österreich 273 Krankenanstalten mit insgesamt 64.838 Betten in Betrieb.

Landesgesundheitsfondsfinanzierte Krankenanstalten (Fondskrankenanstalten) ¹⁾

2016 wurden 117 Krankenanstalten (43 %) mit 45.224 Betten (70 %) über Landesgesundheitsfonds finanziert. Dort wurden Patienten im Rahmen von 2.535.796 stationären Aufenthalten (88 %) von insgesamt 2.869.854 betreut (Quelle BMASGK).

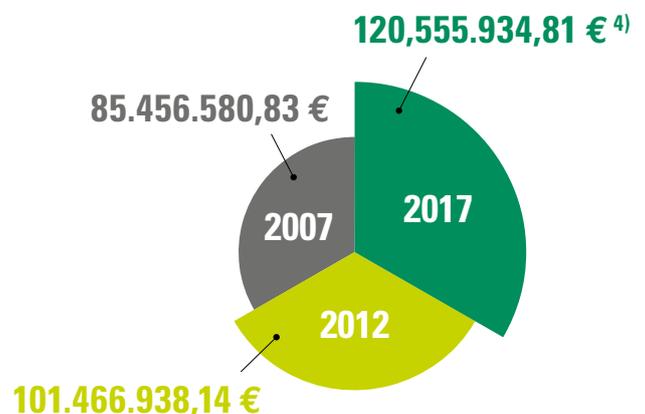


1) Grundlage für die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den landesgesundheitsfondsfinanzierten Krankenanstalten sind für das Berichtsjahr die 15a-Vereinbarungen „über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens“ (BGBl. I Nr. 98/2017) sowie „Zielsteuerung Gesundheit“ (BGBl. I Nr.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

2) Vorläufige Zahlen

Beziehungen zu nicht landesfondsfinanzierten Krankenanstalten – PRIKRAF ³⁾

2016 wurden 44 Krankenanstalten über den PRIKRAF finanziert. Vom Fonds wurden im Berichtsjahr insbesondere Kontrollmechanismen angewendet, um eine effektive und widmungsgemäße Verwendung der Fondsmittel sicherzustellen.



3) Durch BGBl. I Nr. 5 / 2001 wurden die Beziehungen zu den nicht landesfondsfinanzierten 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.

4) Vorläufige Zahlen

- // PR und Kommunikation**
- // Gesundheitsförderung und Prävention**
- // Leistungs-, Versicherungs- und Beitragswesen**
- // Zwischenstaatliche Sozialversicherung und Internationale Angelegenheiten**
- // Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung**

3

Leistungen für Versicherte

3.1



PR und Kommunikation

Die Aufgaben der Stabsstelle PR und Kommunikation reichen von der Entwicklung von PR-Strategien und Kommunikationsinhalten, Marketing und Kommunikationsmanagement über die öffentlichkeitswirksame Aufbereitung neuer Leistungen, die Koordination und Kommunikation mit Agenturen und Schnittstellen bis hin 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“.

Fit & Strong

Die neue Jugendkampagne der Sozialversicherung

Mit ihrer Jugendkampagne Fit & Strong betrat die Sozialversicherung Neuland und richtete sich 2017 erstmals direkt an Jugendliche von 14 bis 17 Jahren. Ein innovativer Ansatz, der notwendig ist, um Kunden von morgen zu erreichen. Auf der neuen Landing-Page www.fitandstrong.at waren Jugendliche selbst die Hauptdarsteller.

Mit Catowbeauty und Ali Mahlodji konnten zwei prominente „Influencer“ gewonnen werden, die genau wissen, was Jugendliche von heute beschäftigt und wie man sie anspricht. Social Media sind für den Hauptverband eine gute Möglichkeit, um mit jungen Menschen ins Gespräch zu kommen und sie so überhaupt das erste Mal mit der Sozialversicherung in Kontakt zu bringen.

Die 16-jährige Catowbeauty ist eine der erfolgreichsten österreichischen Youtuberinnen und erreicht mit ihren Videos, in denen sich viel um Fitness, Bewegung, aber auch um alltägliche Themen wie bessere Schulnoten dreht, regelmäßig mehrere zehntausend jugendliche Seher.

Ali Mahlodji, der Mitgründer der Berufsorientierungsplattform Whatchado, ermutigt dort Schülerinnen und Schüler, ihren eigenen Weg zu gehen. Um Jugendlichen auch wirklich authentischen Content zu bieten, wurde gemeinsam mit den beiden Influencern das Konzept der Kampagne erarbeitet und mit WhatsApp und YouTube die von Jugendlichen am meisten genutzten Social Networks für die Kampagne genutzt. Und die Zahlen können sich sehen lassen: Mit Ende 2017 verzeichnete die Plattform www.fit-and-strong.at 21.000 Besuche, 290.000 Video-Views, 1.800.000 Impressions und 775 Anmeldungen auf WhatsApp.



Ali Mahlodji und Catowbeauty, Influencer der Fit-&Strong-Kampagne

Der Hauptverband engagiert sich gemeinsam mit seinen Trägern auf unterschiedlichen Ebenen und in zahlreichen Initiativen, die dazu beitragen, bei jungen Menschen das Bewusstsein für einen gesunden Lebensstil zu steigern. Seit 2015 werden dazu österreichweit zahlreiche Projekte und Programme umgesetzt. Anlässlich der Schwerpunktwochen zur Kinder- und Jugendgesundheit vom 23. Oktober bis 3. Dezember 2017 veranstaltete die Öffentlichkeitsarbeit ein Pressefrühstück, bei dem Experten Einblicke in unterschiedliche Initiativen gaben. Dabei stand die Social-Media-Kampagne Fit & Strong ebenso im Fokus wie die sehr gut angenommenen Frühen Hilfen für junge Eltern, das Rauchfrei-Telefon und die Jugendplattform feel-ok.at.

Mit dem „Wartezeitenchecker“ schneller zum Untersuchungstermin

Nach langen Verhandlungen im Frühjahr 2017 haben Sozialversicherung und Wirtschaftskammer kürzeren Wartezeiten bei CT- und MRT-Untersuchungen vereinbart (siehe Seite 42). Die Radiologie-Institute wurden zudem 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 „Wartezeitenchecker“ eingerichtet. Auf der Internetseite wartezeiten.netdoktor.at kann jetzt jeder Versicherte topaktuell erfahren, welches Institut in seiner Wohnortnähe die kürzesten Wartezeiten für CT- bzw. MRT-Untersuchungen bietet.



Der web crawler findet die kürzesten Wartezeiten für CT- und MR-Untersuchungen

Vorstellung des neuen Präsidiums

Am 9. Mai 2017 hat der Vorstand des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger einstimmig Alexander Biach zu seinem

neuen Vorsitzenden gewählt. Er trat damit die Nachfolge von Ulrike Rabmer-Koller an, die kurz nach Ostern ihren Rücktritt erklärt hat. Biachs Stellvertreter blieben mit Bernhard Achitz und Martin Schaffenrath unverändert. Mit Alexander Biach bekam der Hauptverband einen Chef, der das System der Sozialversicherung von innen kennt und als bekennender Sozialpartner gilt. Bei der am selben Tag von der Öffentlichkeitsarbeit organisierten Pressekonferenz, die Biach gemeinsam mit Achitz, Schaffenrath und Ingrid Reischl, der Vorsitzenden der Trägerkonferenz, bestritt, präsentierte er sich mit Aussagen zu den „gemeinsamen Zielen der Sozialpartner“ und zur „Umsetzung einer partnerschaftlichen Gesundheitsreform“ als Teampartner.

Datenerhebung

Seit Jahren betreut die Stabsstelle PR und Kommunikation die Konzeption und die Durchführung von repräsentativen Umfragen zu aktuellen Themen, die die Sozialversicherung betreffen. Im Zentrum stand dabei auch im Jahr 2017 die Betreuung und öffentlichkeitswirksame Vermarktung der Bevölkerungstudie des Hauptverbandes, die vom Meinungsforschungsinstitut GfK Austria durchgeführt wird. Auf Initiative der Stabsstelle wurde im Jahr 2017 das Umfragespektrum erweitert. Erstmals wurde vom 11. Jänner bis 10. Februar 2017 unter 285 niedergelassenen Ärzten mit Kassenvertrag und 140 Turnusärzten eine repräsentative Umfrage in Auftrag gegeben und abgeschlossen. Diese brachte insbesondere im Bereich der beruflichen Erwartungen der Jungmediziner äußerst interessante Ergebnisse.

Medienbetreuung

Auch 2017 erstellte die Stabsstelle PR und Kommunikation laufend Argumentarien und öffentlichkeitswirksame Grundsatzpapiere zu relevanten aktuellen Themen der Gesundheits- und Sozialpolitik. Die Stabsstelle verfasste weiters 44 Presseaussendungen und führte 20 Pressekonferenzen zu aktuellen Anlässen durch. Zudem werden Journalisten, die im Hauptverband Informationen für ihre eigene Berichterstattung über die Sozialversicherung recherchieren, laufend betreut.

Sozialversicherung auf einen Klick

Bewerbung von MeineSV

MeineSV ist ein Leuchtturmprojekt für Innovation und Digitalisierung in der Sozialversicherung. Im April 2015 hat der Hauptverband das Online-Serviceportal für die Versicherten freigeschaltet, 2017 wurde es weiterentwickelt, sodass man jetzt durch die Authentifizierung mittels Handysignatur zum zuständigen SV-Träger weitergeleitet wird. Weiters traten die BVA und die SVB bei, sodass nun alle SV-Träger mit Ausnahme der AUVA an MeineSV teilnehmen.

Insgesamt lassen sich 58 Versicherungsservices mittels Computer, Tablet oder Smartphone nutzen. Laut einer Kundenzufriedenheitsanalyse des Hauptverbandes waren 2017 die meistgenutzten Services die Rückerstattung für Wahlarztrechnungen (47 Prozent), die Einsicht ins Pensionskonto (42 Prozent) und der Abruf der Versicherungsdaten (40 Prozent).

2017 wurde das Bewerbungsprojekt mit allen an MeineSV beteiligten SV-Trägern erfolgreich aufgesetzt und die erste von zwei „Werbe-Wellen“ durchgeführt. „Das geht jetzt online!“ lautet der Slogan der MeineSV-Kampagne, die Versicherte dazu motivieren soll, Services der Sozialversicherung online in Anspruch zu nehmen. Durch die Bewerbung von MeineSV wird das Image der Sozialversicherung als modern, kundenfreundlich und effizient gestärkt und die allgemeine Bekanntheit in der Öffentlichkeit sowie die Nutzung von MeineSV gesteigert. Die verschiedenen Leistungen der Online-Services auf www.meineSV.at und deren Nutzen werden aktiv und gezielt beworben sowie zielgruppenspezifisch kommuniziert. Neben der Bewerbung von MeineSV und den Online-Services wird auch für die Handysignatur geworben, welche Voraussetzung für die Nutzung von MeineSV sowie etliche weitere Services in Österreich ist. So wurde beispielsweise auf der „Gewinn“-Messe in Wien nicht nur beraten und für MeineSV geworben, sondern auch vor Ort Handysignaturen ausgestellt.

Schwerpunkte in der Bewerbung lagen stark auf digitalen Maßnahmen, einerseits auf den Social Media und andererseits auf der Erreichung der relevanten Zielgruppen über die Online-Bewerbung des Portals. So konnte die Facebook-Seite für MeineSV im Dezember 2017 online gehen und auch die Bewerbung mittels Online-Bannern auf zahlreichen Websites gestartet werden.

Besonders großen Anklang fand die „Polsterkampagne“ auf Facebook. Laufend erschienen hier neue Bilder von Unterstützern quer durch alle Organisationen der Sozialversicherung. Die Userzahlen von MeineSV stiegen ebenfalls laufend an: Im Schnitt besuchten monatlich zwischen 80.000 und 100.000 Versicherte das Portal. 2017 konnte MeineSV stolze 844.886 Besuche verzeichnen (im Jahr 2016 waren es 493.630 Besuche).



Der grüne Polster als prägnantes Zeichen für die neuen Online-Services auf MeineSV

Die Kampagne zur Bewerbung von MeineSV hat der Sozialversicherung ein modernes und sympathisches Gesicht gegeben und schaffte damit in weiten Teilen der Bevölkerung Sichtbarkeit für die zahlreichen Leistungen, die hier täglich erbracht werden.

Wenn's weh tut! 1450

Ausgezeichnete Bilanz der telefonischen Gesundheitsberatung

Anfang 2017 fiel der Startschuss für die Pilotphase der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Vorarlberg. Bereits Ende des Jahres konnte eine sehr gute Bilanz gezogen werden: Insgesamt mehr als 46.000 Anrufe mit rund 33.500 Gesundheitsberatungen zeigen, dass die Bevölkerung in den betreffenden Bundesländern die telefonische Gesundheitsberatung ausgezeichnet angenommen hat.

Wenn's sticht – 1450.
Die schnelle Hilfe am Telefon.

Mitten am schönsten Nachmittag kommt ihr Kind auf Sie zugefallen, zeigt Ihnen einen Bienenstich, der ordentlich anschwillt. Was tun?
Rufen Sie 1450 an! Sie erhalten sofort eine Gesundheitsberatung.

Sofort am Telefon helfen Ihnen medizinisch geschulte Fachkräfte und geben Ihnen Empfehlungen. Nutzen Sie den neuen kostenlosen Gesundheitsdienst, die schnellste medizinische Beratung Österreichs. Rufen um die Uhr, sieben Tage die Woche.

Hallo! 1450
die Gesundheitsnummer

Ein Service von Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, dem Land Niederösterreich und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherung

Wir unterstützen die öffentlichen Stellenstellen in der österreichischen Poststelle gemäß ihrem Tarif.
Für einen Anruf zahlen Sie nichts. Ihre Daten werden geschützt.
www.1450.at

Die Gesundheitsnummer 1450 soll sich als Wort-Bild-Marke in das Bewusstsein einprägen.

Die unter dem Motto „Wenn's weh tut! 1450“ stehende telefonische Gesundheitsberatung ist eine niederschwellige Erstanlaufstelle bei Gesundheitsfragen und akuten Symptomen. Speziell geschultes diplomiertes Krankenpflegepersonal lotst jeden Anrufer durch ein von Experten entwickeltes medizinisch-wissenschaftliches und international bewährtes Abfragesystem, schätzt die Dringlichkeit des Anliegens ein und gibt dann Verhaltensempfehlungen ab. Dabei wird auch der Wohnort des Anrufers berücksichtigt und mit Informationen über Ärzte in der Nähe und Öffnungszeiten verknüpft.

Damit bietet der Dienst nicht nur schnelle Hilfe bei akuten Symptomen, sondern auch eine Orientierung im Gesundheitswesen.

Eine erste Analyse zeigt: Durchschnittlich 14 Minuten dauert die Gesprächszeit für eine telefonische Gesundheitsberatung. Aus den insgesamt 33.500 Beratungen – die Spanne reichte von Insektenbissen über Bauchschmerzen, Erbrechen und gesundheitliche Probleme bei Kindern bis zu Rücken- und Zahnschmerzen – konnten mit Hilfe der klinischen Abfrageprotokolle, die sich seit Jahren in vielen Institutionen und Ländern wie England, Australien und den USA bewährt haben, knapp 4.000 Notfälle herausgefiltert werden. Diese wurden direkt an eine Rettungsorganisation übergeben. Den übrigen Anrufern gab 1450 die Sicherheit, dass ihr Problem nicht akut ist und eine spätere Behandlung, z. B. beim Hausarzt, zielführender ist. Damit ist 1450 eine Serviceleistung, die den Versicherten oft nächtliche Fahrten in ein Klinikum und unnötige Belastungen für z. B. bettlägerige Menschen erspart.

Das qualitätsgesicherte und protokollgestützte Abfragesystem, das hinter der telefonischen Gesundheitsberatung steht und als sogenannter „Fragebaum“ durch das Auskunftsgespräch führt, wurde vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach einer internationalen öffentlichen Ausschreibung erworben. Knapp ein Jahr nach dem Start hat das internationale Expertensystem, das von einem Team von Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Fachkräften speziell für Österreich „austrifiziert“ wurde, seine Feuerprobe erfolgreich bestanden.

Die Stabsstelle PR hat mit vier Pressekonferenzen die neue Leistung der telefonischen Gesundheitsberatung 1450 öffentlichkeitswirksam aufbereitet.

Soziale Sicherheit

Fachpublikationen am Puls der Zeit

Im Berichtsjahr 2017 erschienen elf Ausgaben der Fachzeitschrift Soziale Sicherheit (zehn monatliche Ausgaben sowie die alljährliche Sommerausgabe als Doppelheft, worin der gesamte Leistungskatalog aus allen drei Zweigen der österreichischen Sozialversicherung dargestellt wird).

Der jährliche Gesamtumfang betrug über 560 Seiten, davon 24 Seiten „SV-Europa“ (Beiträge bzw. News eines europäischen Nachrichtenmagazins seit dem Jahr 2016, das von der Europavertretung des Hauptverbandes in Brüssel erstellt wird) und 48 Seiten der Beilage „Health System Watch“ (soziale Ungleichheit und Gesundheit, mehrfache chronische Erkrankungen als Herausforderung der Zukunft – Modelle der integrierten Versorgung aus der europäischen Praxis sowie medizinische Versorgung in Pflegeheimen).

- Zu Jahresbeginn 2017 wurde unter anderem über „Cloudworking“ und die Zukunft der Erwerbsarbeit bzw. der sozialen Sicherung, das Thema einer im Hauptverband stattgefundenen Sozialstaats-enquete, berichtet.
- In der Februar-Ausgabe wurde neben der Darstellung personenbezogener Statistiken auch über den Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich sowie über den 50-Punkte-Plan der Bundesregierung zur Integration von Asylberechtigten informiert.
- In der März-Ausgabe wurde unter anderem das erste Primärversorgungszentrum in Enns (OÖ) vorgestellt und der Export von Sozialleistungen auf europäischer Ebene durch eine Expertise aus dem Arbeits- und Sozialrecht thematisiert.
- Im Mittelpunkt der April-Ausgabe stand unter anderem die geplante Gesundheitsreform sowie ein historischer Rückblick auf Reinhold Melas, den ersten Generaldirektor des Hauptverbandes.
- In der Mai-Ausgabe wurden die Gebarungsergebnisse der österreichischen Sozialversicherung präsentiert und eine zweiteilige Bestandsaufnahme und Analyse der Vertragsärzte in Österreich begonnen.
- Die Juni-Ausgabe setzte die Analyse der Vertragsärzte fort und informierte über das Rentenniveau in Deutschland.

- In der September-Ausgabe wurden die Patientenrechte erörtert, die auch das Thema der Deutsch-Österreichischen Sozialrechtsgespräche waren. Darüber hinaus wurde der Gesundheitszustand älterer Erwerbstätiger einem Vergleich unterzogen.
- Die Oktober-Ausgabe thematisierte die Bekämpfung von Betrug und Irrtum im internationalen sozialversicherungsrechtlichen Bereich und setzte das Thema der Patientenrechte bei Behandlungsfehlern fort.
- Die November-Ausgabe hatte die Ergebnisse der Effizienzstudie der London School of Economics zur österreichischen Sozialversicherung zum Inhalt und brachte ein Interview mit dem Verbandsvorsitzenden Dr. Alexander Biach.
- Die Kinder- und Jugendgesundheit bzw. ein Symposium zu diesem Thema standen im Mittelpunkt der Dezember-Ausgabe.

Darüber hinaus wurde laufend über Ereignisse im Rahmen der Sozialversicherung sowie aktuelle Entwicklungen in Österreich und Europa berichtet.

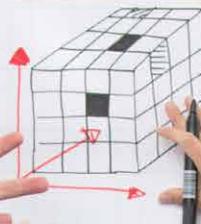


Die Soziale Sicherheit erscheint elfmal pro Jahr mit einer Sommerausgabe als Doppelband.

3.2

Weg der Mikrostruktur

Mehr Wirksamkeit durch Qualität



- SV-Strategie
- Träger-Strategie
- operative Umsetzung

Ursus

ZPV



Gesundheitsförderung und Prävention (GFP)

Die GFP im Hauptverband orientiert sich an den österreichischen Gesundheitszielen und der nationalen Gesundheitsförderungsstrategie und trägt dafür Sorge, dass qualitätvolle Projekte umgesetzt und Programme national ausgerollt werden. Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit, gesunde Lebenswelten wie Schulen und Betriebe und politikfeldübergreifenden Kooperationen für mehr Gesundheit sind dabei die zentralen Themen. Der Hauptverband leistet so gemeinsam mit den Sozialversicherungsträgern seinen Beitrag für mehr gesunde Lebensjahre im Sinne einer abgestimmten Gesamtstrategie.

Schulische Gesundheitsförderung

Service Stelle Schule – eine Erfolgsgeschichte

Der Lebensraum Schule stellt aus Sicht der Sozialversicherung ein wichtiges Feld der Gesundheitsförderung dar. Kinder und Jugendliche leiden zunehmend unter gesundheitlichen Belastungen, wobei die Auslöser vielfältig sind. Beunruhigend sind beispielsweise die Entwicklungen in Hinblick auf gesundheitliche Risikofaktoren wie Rauchen, falsche Ernährung und mangelnde Bewegung. Gesundheitsförderung in der Schule heißt, die gesundheitlichen Einflüsse so zu gestalten und zu verändern, dass sie sich auch im außerschulischen Umfeld möglichst positiv auswirken.

Mit der Etablierung der „Service Stelle Schule“ der sozialen Krankenversicherung im Jahr 2006 wurde im Wirkungsbereich der sozialen Krankenversicherung ein wichtiger Schritt gesetzt, Gesundheit in Schulen zu thematisieren und Schüler und Lehrer dabei zu unterstützen, den Lebensraum Schule gesund zu gestalten. Die Servicestellen sind in acht Gebietskrankenkassen angesiedelt und werden von der BVA, der AUVA und der SVB mit zielgruppenspezifischen Angeboten unterstützt. Die Angebote sind kostenlos und wurden in den vergangenen Jahren

zentral ausgebaut. Das Angebot der Servicestellen ist breit gestreut: Von der Beratung und Begleitung der Schulen bei der Implementierung von Gesundheitsförderung im Schulalltag bis hin zu sehr niederschweligen Maßnahmen wie unterstützende Materialien und Broschüren ist für jede Schule etwas dabei. Hier zwei erfolgreiche Initiativen, die 2017 durchgeführt wurden:

Dialog Gesunde Schule: „Mobbing – alle gegen mich?“

Am 16. Oktober 2017 fand der „Dialog Gesunde Schule“, eine Veranstaltungsreihe des Hauptverbandes und der „Service Stellen Schule“ der Wiener Gebietskrankenkasse unter dem Titel „Mobbing – alle gegen mich?“ statt. Ziel war es, alle im Lebensraum Schule Beteiligten (Lehrer, Schüler, Eltern und nicht unterrichtende Personen) ins Gespräch zu bringen. Die rund 120 Teilnehmer waren sich einig, dass Mobbing vielfältige negative Auswirkungen auf die betroffenen Schüler, deren Schulleistungen und psychosoziale Gesundheit hat. Diese Erkennt-

nisse wurden im Zuge der Vorträge aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Den Abschluss stellte eine Improtheater-Vorstellung dar. Zwei Schauspielerinnen haben schon während der Vorträge und Workshops Eindrücke gesammelt, diese auf ihre Weise interpretiert und improvisiert wiedergegeben. So ist es ihnen gelungen, ein doch sehr ernstes Thema auch von einer etwas anderen Seite aufzugreifen und die Teilnehmer mit einem positiven Gefühl nach Hause zu entlassen.



Dialog Gesunde Schule – der Hauptverband bringt Lehrer, Schüler und Eltern miteinander ins Gespräch.

Schule bewegt gestalten: die bewegungsfreundliche Schulraumberatung

Wie wichtig es ist, regelmäßige Bewegung in den Schulalltag zu integrieren, ist jeder Schule wohl bewusst. Doch was tun, wenn der entsprechende Raum dafür fehlt? Die „Service Stellen Schule“ haben daher bereits 2014 im Auftrag des Hauptverbandes auf diese Herausforderung reagiert und das Projekt „Schule bewegt gestalten“ für Volksschulen ins Leben gerufen. Kernbestandteil des Angebots ist eine bewegungsfreundliche Schulraumberatung, die helfen soll, bis dato ungenützte Bewegungsräume und Flächen im Innen- und Außenbereich zu entdecken und nutzbar zu machen.

Im Jahr 2017 wurde das Angebot erweitert und auf die Schulen der Sekundarstufe 1 angepasst. Mittlerweile konnten bereits mehr als 500 Schulen mit diesem Angebot unterstützt werden.

Frühe Hilfen: Evaluation bestätigt großen Nutzen

2015 wurde als gemeinsame Initiative von Bund, Ländern und Sozialversicherung mit dem Auf- und Ausbau von regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken begonnen. Frühe Hilfen unterstützen Eltern, um schwierige Situationen in der ersten Zeit mit ihren Kindern (bis drei Jahre) zu bewältigen. Gesundes Aufwachsen in einer fördernden Umgebung ist eine wichtige Ausgangsbasis für den weiteren Lebensweg. Mittlerweile werden 63 politische Bezirke von 23 Netzwerken abgedeckt und 1.381 Familien begleitet.

Die Umsetzung der Frühen Hilfen von 2015 bis Frühjahr 2017 wurde durch zwei externe Evaluationen begleitet. Die vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH.at) bereitgestellte Dokumentation zu den begleiteten Familien (FRÜDOK) zeigt, dass es den Netzwerken gelingt, die gewünschten Zielgruppen zu erreichen: Alleinerziehende Eltern, armutsgefährdete Familien und Familien mit Migrationshintergrund sind im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (teilweise deutlich) überrepräsentiert; Frühe Hilfen werden aber von Familien aus allen Bevölkerungsgruppen in Anspruch genommen, die entsprechenden Belastungen aufweisen.

Die Evaluation ergab eine sehr hohe Zufriedenheit der begleiteten Familien mit dem Angebot und einen wahrgenommenen Nutzen auf sehr vielen Ebenen (Entwicklung der Kinder, psychosoziale Gesundheit der Bezugspersonen, Reduktion von Ängsten und Überforderung, Stärkung der Erziehungskompetenz und der Eltern-Kind-Bindung, Verbesserung des Familienklimas etc.).

Eine vom NZFH.at durchgeführte Kosten-Nutzen-Analyse bestätigt anhand von Fallvignetten die internationale Evidenz, dass Frühe Hilfen einen hohen Return on Investment haben – das Kosten-Nutzen-Verhältnis im Lebensverlauf liegt bei den untersuchten Fallbeispielen bei 1:16 bis 1:25 – wenn auch langfristige Nutzen berücksichtigt wird.

Kindergesundheit und Prävention

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. Die Intention der Vertragspartner ist es, durch innovative Maßnahmen und Projekte der Öffentlichkeit, aber auch anderen Partnern im Gesundheitswesen und der Politik die Handlungsnotwendigkeiten in den Bereichen Kindergesundheit und Prävention aufzuzeigen.

Bis Ende 2017 wurden mit den „Gemeinsamen Gesundheitszielen“ bereits 79 Projekte mit insgesamt 10,6 Millionen Euro unterstützt. Jährlich sind rund zwei Millionen Euro reserviert, um Kindergesundheit und Prävention zu fördern.

Mittlerweile konnten bereits 26 spannende Projekte abgeschlossen werden. Darunter ein Projekt der Styria vitalis, das sich mit der kultursensiblen Kariesprävention für Kinder mit Migrationshintergrund beschäftigte. Im Rahmen dieses Projekts wurden unter anderem kultursensible Informationsblätter in verschiedenen Sprachen für sieben- bis zehnjährige Kinder sowie für Eltern, Kinderärzte, Sozialarbeiter, Lehrpersonen und andere Interessierte erstellt. Diese Informationsblätter sind bis heute noch in Verwendung. Das Institut für Suchtprävention entwickelte ein Projekt zur Alkoholsuchtprävention für Lehrlinge. Aufgrund der guten Erfahrungen und des großen Interesses von Betrieben wird auch dieses Projekt weitergeführt.

Im Jahr 2017 wurde der Förderschwerpunkt auf Maßnahmen zur Stärkung der psychischen Gesundheit gelegt. Zu diesem Schwerpunktthema konnten 16 Projekte aus der Forschung und Praxis mit einer größtenteils bundesweiten Reichweite gefördert werden. Hier einige Beispiele:

- Das Forschungsprojekt „Psychische Gesundheit in der Welt der Smartphones“ des IfGP hat sich zur Aufgabe gemacht, den negativen Einfluss der Smartphone-Nutzung auf die psychische Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu untersuchen und ein Konzept zur altersgerechten Medien-erziehung zu entwickeln.

- Das Forschungsprojekt „Partizipative Begleitforschung zu Frühen Hilfen“ der Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH entwickelt Handlungsempfehlungen für die zukünftige Implementierung einer österreichweiten partizipativen Begleitforschung zu den Frühen Hilfen – und überprüft sie auf deren Machbarkeit.
- Das Praxisprojekt „Voll im Leben – voll im Ich“ des Vereins für prophylaktische Gesundheitsarbeit, das sich mit der Verbesserung der Gesundheitskompetenz von Kindern und Jugendlichen befasst.
- Die Johannes Kepler Universität Linz erforscht in einem geförderten Projekt die Einstellung von österreichischen Jugendlichen und Erwachsenen zu Menschen mit chronischen psychischen Beeinträchtigungen wie Schizophrenie, Depression und Alkoholismus. Durch die gewonnenen Kenntnisse und Ideen zur Entstigmatisierung können wirksame und zielgerichtete Maßnahmen zur Stigmareduktion erarbeitet werden.
- Mit der Aufklärungskampagne „Eltern pflegen ist kein Kinderspiel“ machen die Johanniter auf die Situation von pflegenden Kindern aufmerksam. Zum einen ein wichtiger Beitrag zur Aufklärung der Bevölkerung, zum anderen eine Grundlage für den Aufbau von kinder- und familienorientierten Hilfsprogrammen.



So leistungsfähig können zwei Partner im Gesundheitswesen sein: Robin Rumler, Vizepräsident der Pharmig, und Alexander Hagenauer, stellvertretender Generaldirektor im Hauptverband – Mitglieder im Gremium Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag.

Fünf Jahre Gesundheitsziele Österreich

Große Ziele können nur gemeinsam bewältigt werden. Ein großes Ziel ist es, dass jeder die gleichen Chancen auf Gesundheit bekommt. Diesbezügliche Lösungen können aber nur dann wirksam werden, wenn alle Player im Gesundheitssystem ihre Bemühungen bündeln, Partnerschaften für mehr Gesundheit eingehen und gemeinsam an einem Strang ziehen. Beim Festakt „5 Jahre Gesundheitsziele Österreich“ am 10. Mai in der Nationalbibliothek zogen das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger gemeinsam mit anderen Partnern Bilanz über die letzten fünf Jahre der Zusammenarbeit, thematisierten aber auch aktuelle Herausforderungen und gaben einen Ausblick auf die kommenden Jahre.

Richtig essen von Anfang an!

Seit bereits neun Jahren gibt das Projekt „Richtig essen von Anfang an“ Handlungsempfehlungen zur besseren Ernährung von Schwangeren und Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr. 2017 lässt sich seine Verbreitung anhand von 300.000 Broschüren, 500.000 Downloads auf der eigenen Homepage und Workshops für rund 30.000 Teilnehmer messen.

„Food Jungle“ – moderner Wegbegleiter durch den Ernährungsdschungel

„Food Jungle“ heißt das Handyspiel, das Kinder von elf bis 14 Jahren motiviert, sich gesund und ausgewogen zu ernähren – und das in Zukunft sogar in den Unterricht Einzug halten soll. Begonnen hat alles mit einem Schulprojekt, bei dem sich 18 Schüler der Neuen Mittelschule Leibnizgasse gemeinsam mit IBM-Experten an die Entwicklung der App machten. So wurden Designvorschläge erarbeitet, erste Programmierschritte gemacht, Quizfragen entwickelt, Spielgeräusche aufgenommen und dabei auch sichergestellt, dass die Gaming-App für andere Jugendliche attraktiv ist. Positiver Nebeneffekt: In den Workshops, die über das gesamte Schuljahr hindurch stattfanden, haben die Schüler auch viel über gesundes Essen gelernt.

Das Handyspiel enthält viele praktische und jugendgerecht aufbereitete Ernährungsempfehlungen. Gemeinsam mit didaktisch aufbereitetem Unterrichtsmaterial soll „Food Jungle“ Pädagogen in Zukunft

auch bei der Vermittlung von Ernährungsgrundlagen im Unterricht unterstützen. So können Fakten und naturwissenschaftliche Experimente spielerisch erlernt und das Bewusstsein für eine ausgewogene Ernährung auch bei jungem Publikum geschaffen werden.



Die guten Geister hinter der App: Stefan Spitzbart (HVB), Isabella Gassama-Luschin (IBM) und Stephanie Stürzenbecher (HVB)

Ratgeber Frühstück: Mit voller Kraft in den Tag!

Schulkinder, die nicht frühstücken, erleiden oft bereits gegen 9 Uhr einen Leistungseinbruch. Viele Eltern und Kinder können in der Früh nichts essen, weil sie keinen Hunger verspüren. Hinzu kommt, dass man unter Umständen noch (zu) müde ist und es oftmals auch an Zeit mangelt. Dazu kommt noch die Frage: Welches Frühstück? Essen soll Freude bereiten und das Wohlbefinden steigern. Die OÖ Gebietskrankenkasse hat im Auftrag des Hauptverbandes aus diesem Grund einen „Ratgeber Frühstück“ für einen gesunden Start in den Tag entwickelt.



Ein gesundes Frühstück ist der ideale Start in den Tag.

Zehn Jahre Österreichischer Fehlzeitenreport

Der österreichische Fehlzeitenreport – breit getragen von der Unterstützung durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, die Wirtschaftskammer und die Arbeiterkammer – feierte 2017 sein zehnjähriges Jubiläum. Er stellt einen alljährlichen Fixpunkt zur fundierten Betrachtung der krankheitsbedingten Fehlzeiten dar. Schwerpunktthema 2017 war „die alter(n)sgerechte Arbeitswelt“. Dabei wurden Herausforderungen und notwendige Kernelemente zur Gestaltung einer alter(n)sgerechten Arbeitswelt dargestellt.

„Bewegt im Park“ – eine Erfolgsstory geht in die zweite Runde



Kostenlose Bewegungskurse für Interessierte jeden Alters

2016 wurden mit „Bewegt im Park“ erstmals kostenlose Bewegungsangebote in acht Bundesländern organisiert. Die Initiative bringt sportliche Bewegung direkt ins Lebensumfeld der Menschen und zeigt, wie einfach man Gesundheit in den Alltag integrieren kann. Trainer der Sportunion und des ASVÖ leiten kostenlose und niederschwellige Bewegungskurse im Freien für Interessierte jeden Alters. Am 12. Juni 2017 ging Bewegt im Park im Rahmen einer gemeinsamen Auftaktveranstaltung von Hauptverband, dem Sportministerium, der Bundes-Sportorganisation und den österreichischen Sportdachverbänden in die zweite Runde. Ziel war es, noch mehr Menschen zu erreichen. 2017 konnten über den Sommer über 200 Kurse umgesetzt und damit mehr als 26.300 Menschen erreicht werden.

Faktenbox

Dass es mit der Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung nicht besonders gut steht, wurde bereits im Jahr 2012 im Rahmen einer EU-Studie sichtbar. Mit den Faktenboxen und Med-Busters (siehe Seite 17) setzte der Hauptverband im Rahmen der Alpbacher Gesundheitsgespräche einen nächsten Schritt im Rahmen eines Gesamtkonzeptes, um die Kompetenz der Versicherten zu stärken. Dabei konnten Wissen und Know-how unserer Partner aus Deutschland und Österreich genutzt und Synergien geschaffen werden.

Mit der Faktenbox können Versicherte Nutzen und Risiken von medizinischen Behandlungen, Früherkennungen oder Nahrungsergänzungsmitteln besser abwägen und auf dieser Grundlage besser ihre persönliche Entscheidung treffen. Die grafisch aufbereiteten Factsheets der Faktenbox sind ein kompaktes Informationsformat im Web, um geprüftes medizinisches Fachwissen auf verständliche Weise zu vermitteln. Beide Angebote der Sozialversicherung zu Gesundheitsfragen sind kostenlos online abrufbar.

Dialogwoche Alkohol 2017

660.000 Österreicher konsumieren Alkohol in einem gesundheitsgefährdenden Ausmaß. Die vielfachen gesundheitlichen und sozialen Problematiken, die infolge von riskantem und problematischem Alkoholkonsum entstehen, betreffen aber nicht nur die konsumierende Person, sondern auch das soziale Umfeld, den Arbeitsplatz, Bildungseinrichtungen und den Freizeitbereich. Zwischen 15. und 21. Mai 2017 stellte sich ganz Österreich im Rahmen der Dialogwoche des Hauptverbandes die Frage: Wie viel ist zu viel? Im Zuge der ersten Österreichischen Dialogwoche Alkohol wurde bei über 220 Veranstaltungen im ganzen Land ohne Tabus und offen über Alkohol gesprochen und 24.000 Menschen erreicht. Der Hauptverband konnte hier einen wichtigen Beitrag zur Alkoholprävention leisten.

3.3



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.

Einfacher, schneller und digital

Umsetzung der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung

Mit Jänner 2019 wird das derzeitige Lohnverrechnungssystem umgestellt – es handelt sich um die bisher größte Reform in diesem Bereich. Mit der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM) wird ein Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen geschaffen, das zukünftig auf alle gesetzlichen Änderungen rasch und effektiv 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.

Bisher wurden diese Meldungen einerseits monatlich vorgenommen (Beitragsnachweis), andererseits mussten Arbeitgeber einmal jährlich die Beitragsgrundlagen nachweisen. So konnte immer nur rückwirkend die korrekte Berechnung der SV Beiträge nachvollzogen werden. Die Summe der monatlichen Beitragsnachweise des abgelaufenen Jahres wurde dann mit der Gesamtsumme der Beitragsgrundlagen abgeglichen, die der Dienstgeber zu melden hatte.

Je komplexer die Gesetzgebung im Bereich der Sozialversicherungen allerdings wurde, desto mehr Probleme brachte die jährliche Meldung und Überprüfung mit sich. Zuletzt war es so, dass die rückwirkende Überprüfung der Daten bis in den Oktober des Folgejahres dauerte. Erst dann konnte im Einzelfall z. B. zuverlässig über konkrete Pensionsansprüche der Versicherten Auskunft gegeben werden.

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.

Unternehmen können sich daher nach der Einführungs- und Umstellungsphase auf eine in vielen Punkten automatisierte und damit deutliche reduzierte Meldevielfalt einstellen. Einmal umgesetzt bringt die monatliche Meldung der Beitragsgrundlagen 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 Bestand haben wird.

Die Abteilung LVB wird bei dieser Umstellung Teilprojekte leiten und an der Umsetzung mitarbeiten. Bisher hatte die Abteilung LVB die Aufgabe, das Beitragsgruppenschema zu erstellen. Mit der Einführung der mBGM wird das Beitragsgruppenschema durch ein neues Tarifsystem abgelöst. Der Abteilung LVB kommt dabei die Aufgabe zu, dieses neue Tarifsystem in seiner Gesamtheit auch unter Berücksichtigung der Qualifikationen im Hauptverband abzubilden und den Standardprodukten sowie den Dienstgebern zur Verfügung zu stellen. Dies wird einerseits in Papierform und andererseits elektronisch erfolgen.

Umstellung auf eine **monatliche Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM)** für die Berechnung von Sozialversicherungsbeiträgen



bleibt
gleich



Vorteile:

Dienstnehmer

- aktuelle Beitragsgrundlagen
- konkrete Pensionsberechnung
- effizienter Versicherungsservice

Dienstgeber

- zeitnahes Abrechnungsverfahren
- einfachere Nachverrechnung
- umfassende Meldereduktion

Lohnverrechnung

- automatisierte Systeme
- synchron mit Lohnverrechnung
- reduzierte Meldevielfalt

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 für das 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 Gesetzwerdung 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 Arbeitsbehelfes 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 bzw. Organisationen statistische Auswertungen zum Pflegegeld anfordern. Außerdem ist diese Datenbank die Basis für die Erstellung der grundlegenden statistischen Auswertungen im Bereich des Pflegegeldes.

Schwerarbeitsliste

Der Abteilung LVB obliegt auch die Vorarbeit für die Aufnahme von neuen Berufen in die sogenannte 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 eine sogenannte „Berufsliste“.

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 Versicherten, Steuerberatern und Vertragspartnern zu Einzelthemen zu bewältigen.

Gleiche Leistungen für gleiches Geld

Leistungsharmonisierung

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 erbracht werden.

Erster Schritt: In einer Trägerkonferenz (Sitzung aller Sozialversicherungsträger) am 13. Juni 2017 ist es gelungen, für elf der 23 Leistungsbereiche einen einstimmigen Harmonisierungsbeschluss herbeizuführen. Das heißt, alle Krankenversicherungsträger haben zugestimmt, die Vorgaben der Mustersatzung und Musterkrankenordnung in den kommenden Monaten im Rahmen ihrer jeweiligen Generalversammlungen für ihren Träger zu beschließen. Diese Regelungen traten mit 1. Oktober 2017 in Kraft. Ab Herbst 2017 heißt es bei den Krankenversicherungsträgern in diesen elf Bereichen: „Gleiche Leistung für alle Menschen“. Einzelne berufsgruppenspezifische Ausnahmen bleiben bestehen, sofern sie sinnvoll und auf höherem Niveau sind (z. B. Zuschuss für Zeckenimpfungen bei Bauern).

In der Trägerkonferenz vom 3. Oktober 2017 wurde der nächste Schritt in der Leistungsharmonisierung von allen KV-Trägern einstimmig beschlossen. Von wesentlicher Tragweite für die Versicherten sind hier die nunmehr umzusetzenden Leistungsharmonisierungen in den Bereichen „kieferorthopädische Behandlungen“ und „unentbehrlicher Zahnersatz“ sowie „Kontaktlinsen“, da es hier bisher die größten Unterschiede bei den KV-Trägern gab. Im Berichtsjahr ist es somit gelungen, für 17 der 23 vorweg definierten Leistungsbereiche eine Harmonisierung durch Änderungen der Satzungen der Krankenversicherungsträger vorzunehmen.

Insgesamt brachten diese Maßnahmen für die Versicherten eine Leistungsverbesserung in Höhe von 45 Millionen Euro.

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.

3 Beispiele:

Zeckenschutzimpfung

Zuschüsse

| | | |
|------------------------------|---|--------|
| WGKK |  | € 2,00 |
| VGKK |  | € 3,62 |
| NÖGKK, OÖGKK, TGKK |  | € 3,63 |
| SGKK, BGKK, STGKK, KGKK, SVA |  | € 3,70 |

ab 1.10.2017 alle KV-Träger  € 4,00

(Andere, höhere Zuschüsse bleiben bestehen, z. B. BVA € 16,00.)

Transportkosten

Selbstbehalte

BGKK, STGKK, KGKK, TGKK  € 11,20 (2-fache Rezeptgebühr)

OÖGKK, SGKK  € 5,85 (1-fache Rezeptgebühr)

WGKK **Mischsystem**
(1-/2-fache Rezeptgebühr)

NÖGKK, VGKK, VAEB, BVA, SVA, SVB **kein Selbstbehalt**

ab 1.1.2018 alle KV-Träger **kein Selbstbehalt**

+ einheitliche Definition Transporte (SVA, SVB: gesetzlich nicht möglich)

Zuzahlung für unentbehrlichen Zahnersatz

Selbstbehalte

WGKK, NÖGKK, BGKK, STGKK  50 %
KGKK, TGKK, SVA

VGKK  40 %

VAEB  30 %

SGKK, OÖGKK, SVB  25 %

BVA  10 %

ab 1.1.2018 alle KV-Träger  25 %

» Die Leistungsharmonisierung
ist ein klarer Beweis dafür,
wie beweglich die
Sozialversicherung ist. «

Alexander Biach

Vorstandsvorsitzender im Hauptverband



3.4



Internationale und Europäische Angelegenheiten der Sozialversicherung (IESV)

Die Abteilung IESV wirkt beim Abschluss und bei der Modernisierung von Abkommen über soziale Sicherheit und auch weiterführend an deren 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, 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 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, auf Dienstreise, in Österreich wohnende Pensionisten) behandelt und die Kosten durch den ausländischen Träger erstattet werden.

So haben unsere ausländischen Partner für Behandlungen in Österreich im Jahr 2017 246,3 Millionen Euro für rund 470.000 Fälle (Krankenhausbehandlungen, Behandlungen bei niedergelassenen Ärzten, Medikamente ...) überwiesen. Im Gegenzug zahlte die Sozialversicherung nur 133,3 Millionen Euro für rund 570.000 Fälle ins Ausland. Somit wurde mit über 110 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 aus dem Ausland zu erhalten. So wurden im Jahr 2017 für rund 180.000 Pensionen in EU- bzw. EWR-Staaten rund 545 Millionen Euro überwiesen. Umgekehrt wurden (Stand Dezember 2016) für rund 240.000 Pensionen über 790 Millionen Euro nach Österreich überwiesen. In Vertragsstaaten wurden mit Stand Dezember 2017 für rund 90.000 Pensionen rund 380 Millionen überwiesen, nach Österreich für rund 10.000 Pensionen rund 28 Millionen Euro.

Abkommensverhandlungen 2017

Mehr Flexibilität für Arbeitende und mehr Versicherungsschutz für Urlauber

Um den Schutz der Österreicherinnen und Österreicher weiter auszubauen, unterstützt der Hauptverband das Sozialministerium bei bilateralen Verhandlungen und ist auch österreichweit für deren Umsetzung verantwortlich. 2017 gab es entsprechende Gespräche mit China und Japan. Diese Abkommen erhöhen nicht nur die Flexibilität der Arbeitenden und sichern den Versicherungsschutz bei Urlauben im Ausland ab, sie dienen auch der exportorientierten österreichischen Wirtschaft. Die Verfahren zur Entsendung von Arbeitnehmern sind durch diese Abkommen geregelt, doppelte Beitragszahlungen bleiben den Unternehmen erspart.

Die Aktivitäten im Jahr 2017 im Überblick

Mitwirkung beim Abschluss und der Modernisierung von Abkommen über soziale Sicherheit

- Japan
- China

Abschluss von Vereinbarungen wie z. B.

- Kostenerstattungsvereinbarungen
- Vereinbarungen über die Nutzung der europäischen Krankenversicherungskarte für österreichische Versicherte im Ausland

Verbindungsstellenbesprechungen mit den bilateralen Partnern

- Brasilien
- Bulgarien
- Deutschland
- Montenegro
- Rumänien
- Slowakei
- Slowenien
- Vierseitiges Verbindungsstellentreffen (Deutschland, Liechtenstein, Schweiz)

Innerstaatliche Koordination

Um diese zu gewährleisten und Abstimmungserfolge zu erzielen, wurden folgende Gremien mit den österreichischen Trägern eingerichtet:

- SV-AG Anzuwendende Rechtsvorschriften
- SV-AG Krankenversicherung
- SV-AG Pensionsversicherung
- SV-AG Horizontales
- Jour fixe mit der AUVA

€

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 Platform)
- European Network Group Benefit Fraud

Mitarbeit in internationalen Organisationen

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

€

Mitwirkung an europäischen Projekten

- Im Rahmen von SAFE (Social Agencies for Future Europe) unterstützen 13 Institutionen aus elf europäischen Ländern die Europäische Kommission bei wesentlichen Vorarbeiten zur Einführung des grenzüberschreitenden Datenaustausches im Sozialversicherungsbereich (EESSI), wobei der Hauptverband die Leitung wesentlicher Teilprojekte überhat.
- Im Rahmen von EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information) werden die papierbasierten grenzüberschreitenden Prozesse in Europa in einen flächendeckenden elektronischen Datenaustausch übergeführt. Der Hauptverband sorgt dafür, dass Österreich hier eine Vorreiterrolle einnimmt und dass das System die Interessen der österreichischen Sozialversicherung berücksichtigt.

Außenstelle in Brüssel

Der Hauptverband im Zentrum des internationalen Geschehens

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. Die Räumlichkeiten befinden sich in unmittelbarer Nähe des Europäischen Parlaments, im sogenannten „Maison Européenne de la Protection Sociale“, das auch zahlreiche andere Institutionen aus dem Sozialversicherungs- und Gesundheitswesen beherbergt. Dazu zählen insbesondere die Organisation ESIP (European Social Insurance Platform), ein Zusammenschluss gesetzlicher Sozialversicherungsinstitutionen, in dem der Hauptverband schon vor der Einrichtung der Europavertretung Mitglied war, sowie die Europavertretungen der deutschen und französischen Sozialversicherung, mit denen der Hauptverband sehr eng kooperiert.

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 – unter anderem 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 sozialversicherungsinterne Newsletter „EU-Flash“ zu aktuellen europäischen Entwicklungen aus Sicht der österreichischen Sozialversicherung versandt.



Vertreten den Hauptverband in Brüssel: (v. l.) Stefan Obermüller, Martin Meissnitzer und Konrad Stockinger.



Das Maison Européenne de la Protection Sociale befindet sich in unmittelbarer Nähe des Europäischen Parlaments.

Abkommensverhandlungen 2017

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 der Republik Österreich und der Bundesrepublik Jugoslawien über soziale Sicherheit im Verhältnis zwischen der Republik Österreich und der Republik Kosovo durch BGBl. III Nr. 132/2012 am 6. September 2012, die Bestimmungen über die anzuwendenden Rechtsvorschriften bleiben weiterhin anwendbar.
- 3) Derzeit nur für den griechischen Teil.

| Staat | Anzuwendende Rechtsvorschriften | Krankenversicherung | Unfallversicherung | Pensionsversicherung | Arbeitslosenversicherung | Familienbeihilfen |
|--------------------------------|---------------------------------|---------------------|--------------------|----------------------|--------------------------|-------------------|
| 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 | • | • ¹⁾ | • ¹⁾ | • | | |
| Türkei | • | • | • | • | | |
| Ungarn | • | • | • | • | • | • |
| Uruguay | • | | | • | | |
| USA | • | | | • | | |
| Zypern ³⁾ | • | • | • | • | • | • |

>> Trotz der Unterschiede
in den einzelnen Systemen
der Sozialversicherung
in jedem Land funktioniert
die Zusammenarbeit
sofern sich gut. <<

Peter Wieninger

Leiter der Abteilung für Internationale und
Europäische Angelegenheiten

3.5



Evidenzbasierte wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG)

Die Abteilung EWG beschäftigt sich mit Versorgungsforschung und mit der (Struktur-, Prozess- und Ergebnis-)Qualität im österreichischen Gesundheitswesen. Eine weitere Kernaufgabe ist die Analyse und das Design von Anreizmechanismen, um eine qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Dabei orientiert sich das Aufgabenspektrum der Abteilung EWG an den Vorhaben der Zielsteuerung-Gesundheit (z. B. nach dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag) und an der Balanced Scorecard der Sozialversicherung.

Kindergesundheit im Fokus

Antibiotikaverbrauch im niedergelassenen Bereich

Antibiotika sind Medikamente zur Behandlung bakterieller Infektionen und zählen zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln im niedergelassenen Bereich. Es sind vor allem akute Erkrankungen wie Infekte der Atemwege, die häufig mit Antibiotika behandelt werden, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen. Die Frage der Angemessenheit der Versorgung und damit einhergehend eines rationalen Antibiotikaeinsatzes ist jedoch nur schwer beurteilbar. Mit der Untersuchung der regionalen Variabilität kann man sich dieser Fragestellung der Über- oder Unterversorgung nähern.

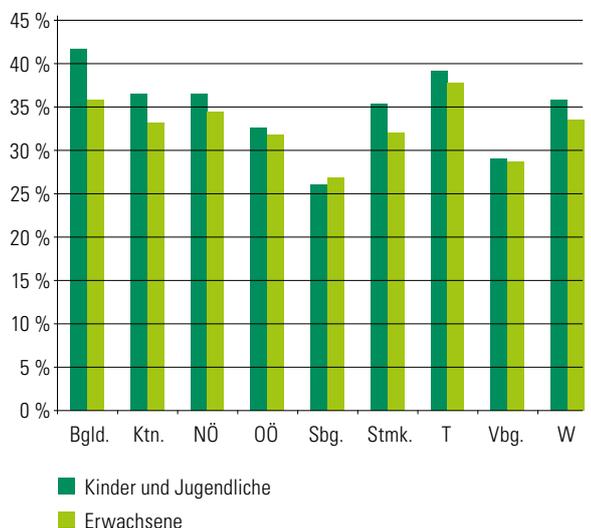
Für die Analysen wurden Personen berücksichtigt, die im Jahr 2015 in Österreich anspruchsberechtigt waren. Die Grundgesamtheit bildeten 8.506.913 Anspruchsberechtigte (51 Prozent weiblich), davon 1.674.489 (20 Prozent Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre). Es wurden Versorgungsprävalenzen berechnet, definiert als der Anteil Anspruchsberechtigter, die im Bezugszeitraum mindestens eine entsprechende Verschreibung erhalten haben. Auf dieser Basis wurden regionale Unterschiede mit Fokus auf Kinder und Jugendliche dargestellt und mittels eines synthetischen sozioökonomischen Indikators aus Einkommen und Ausbildung Zusammenhänge analysiert.

Im Ergebnis haben im Jahr 2015 rund 33 Prozent der Anspruchsberechtigten mindestens eine Antibiotika-Verschreibung bekommen. Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre erhielten mit 35 Prozent häufiger Antibiotika als der Durchschnitt. Kinder im Vorschulalter (bis sechs Jahre) bekamen mit 42 Prozent deutlich häufiger Antibiotika verschrieben als Kinder und Jugendliche von sieben bis 19 Jahren mit 31 Prozent. In allen Bundesländern war eine höhere Versorgungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen im Vergleich zu den Erwachsenen zu erkennen, ausgenommen die Bundesländer Salzburg und Vorarlberg. Bei Kleinkindern bis zwei Jahre fanden sich die höchsten Versorgungsprävalenzen in Wien mit 45 Prozent, die niedrigsten in Salzburg mit 27 Prozent. Die höchsten Versorgungsprävalenzen fanden sich bei Kindern (bis sechs Jahre) in den politischen Bezirken Mattersburg (57 Prozent) und Völkermarkt (56 Prozent), die niedrigsten in den Bezirken Wien-Innere Stadt (25 Prozent) sowie Salzburg-Stadt (27 Prozent).

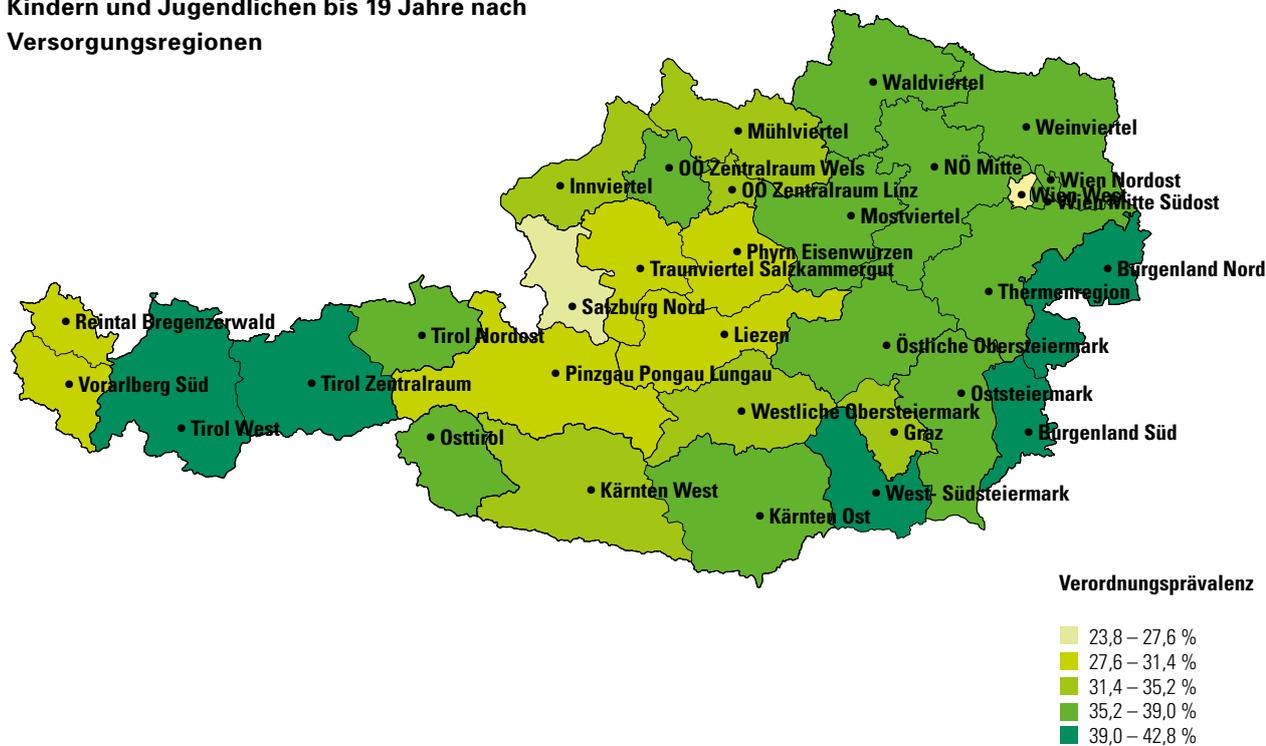
Die Analyse der regionalen Variabilität von Antibiotikaverordnungen mit Fokus auf Kinder und Jugendliche auf Ebene der Versorgungsregionen und der politischen Bezirke zeigte deutliche regionale Unterschiede. Die Ursachen für regionale Variabilitäten sind

anhand der vorliegenden Daten schwer zu identifizieren. Es gibt aber Hinweise, dass vor allem sozial schwächer gestellte Personen häufiger Antibiotika verschrieben bekommen. Eine Korrelation zwischen sozioökonomischen Faktoren und Verordnungsprävalenzen war jedoch nicht nachweisbar. Ein weiterer Grund für regionale Unterschiede könnten unterschiedliche Versorgungsstrukturen sein. In den österreichischen Daten konnte kein Zusammenhang zwischen der Ärztedichte und den Verordnungsprävalenzen, dargestellt für politische Bezirke, hergestellt werden. Weitergehende Analysen nach Indikationen und Altersgruppen könnten helfen, die bestehende regionale Variabilität, die Hinweise für eine Über- und Fehlversorgung aufzeigt, besser zu erklären. Die fehlenden Diagnosen und damit einhergehend die Unmöglichkeit von Diagnosen-bezogenen Auswertungen stellen eine Limitation dieses Berichtes dar.

Antibiotikaverordnungsprävalenzen nach Bundesland für Kinder und Jugendliche und Erwachsene 2015



Antibiotikaverordnungsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahre nach Versorgungsregionen



Umfrageanalyse

Patientenerwartungen an die fachärztliche Versorgung

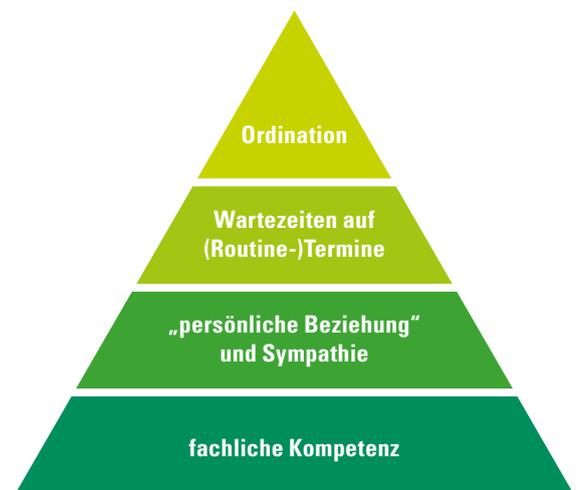
Qualitative Interviews mit Personen aus Tirol und dem Burgenland zeigten, dass Fachärzten im Bereich der medizinischen Versorgung ein hoher Stellenwert beigemessen wird. Dabei unterschieden die Befragten zwischen Fachärzten, die aufgrund von Routineuntersuchungen in Anspruch genommen werden (z. B. Gynäkologen, Urologen, Zahnärzte, Augenheilkunde, Internisten etc.), und jenen, die anlassbezogen aufgrund von akuten Beschwerden aufgesucht werden (z. B. Orthopäden, HNO-Fachärzte). In akuten Fällen wird eine schnelle, kompetente Behandlung erwartet, wohingegen bei regelmäßigen Kontrollbesuchen insbesondere auch die persönliche Beziehung und eine möglichst ganzheitliche Betrachtung der Patienten essentiell sind.

Im akuten Krankheitsfall ist die Terminvergabe bei Fachärzten unter der Woche weitgehend unproblematisch. Es besteht der Wunsch nach mehr niedergelassenen Fachärzten mit Ordinationszeiten an Wochenenden. Wartezeiten auf einen Termin bei Fachärzten stellen für die meisten Personen kein Problem dar, solange es sich um Routineuntersuchungen handelt. Kontinuität in der Versorgung wird sehr geschätzt und ein Fachärzteswechsel nach Möglichkeit vermieden. Die Vernetzung bzw. Zusammenarbeit der Fachärzte wird generell befürwortet. Je nach Altersgruppen zeigten sich unterschiedliche Erwartungen an die fachärztliche Versorgung. Grundsätzlich ist für die jungen Patienten die fachliche Kompetenz des behandelnden Arztes zentral. In der mittleren und höheren Altersgruppe spielt daneben die ausreichende Zeit für Kommunikation und persönliche Beziehung genauso wie Wartezeiten auf Termine und die Atmosphäre in der Ordination eine wesentliche Rolle.

Ein Drittel der Befragten gab an, dass die Kontaktaufnahme zum Facharzt infolge einer Überweisung vom Hausarzt erfolgte. Routinemäßig kontaktierte Fachärzte werden direkt und ohne Überweisung konsultiert. Als Auswahlkriterien für die Kontaktaufnahme zu einem speziellen Facharzt wurden persönliche Empfehlungen angeführt.

Zusammenfassend: Die Befragten wünschen sich mehr niedergelassene Fachärzte mit Kassenvertrag und dass die Kosten für medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen von den Krankenkassen übernommen werden. Fachärztliche Kompetenz, Gewissenhaftigkeit, genaue Aufklärung sowie Information zu Diagnose und bezüglich Wartezeiten, Gespräche sowie Vertrauen werden als zentral angesehen. Die persönliche Beziehung zum bzw. die Sympathie gegenüber dem Facharzt, Erreichbarkeit bzw. Entfernung der Praxis zum Wohnort sind ebenfalls von Bedeutung. Wartezeiten in der Ordination stellen dann ein Problem dar, wenn sie nicht transparent sind. Der vorherrschende Zeitdruck der Fachärzte wurde kritisiert. Soziale Unterschiede zwischen Patientengruppen werden als problematisch erachtet, wenn diese offensichtlich sind. In diesem Fall wird eine zeitliche und räumliche Trennung von Privat- und Kassenpatienten gewünscht.

Rangordnung der Erwartungen an Fachärzte



Nomen est omen: Patienten erwarten vom Facharzt Fachkompetenz, Gewissenhaftigkeit und genaue Aufklärung.

Visiten in der Allgemeinmedizin

Die Anzahl der Visiten, die von den einzelnen Vertragspartnern der Gebietskrankenkassen erbracht werden, unterscheidet sich stark. Dieses Projekt gibt einen Überblick über das Leistungsgeschehen im niedergelassenen Bereich, im Speziellen der Allgemeinmedizin. Die Auswertungen umfassen den Anteil der visitenabrechnenden Vertragspartner in der Allgemeinmedizin, die Verteilung der Leistungserbringung sowie die durchschnittliche Visitenanzahl pro Vertragspartner.

Versorgungsanalyse

Zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und qualitätsgesicherten Versorgung erhebt der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger regelmäßig Daten über die Anzahl der Vertragsärzte in Österreich, um so ihre zeitliche Entwicklung wiederzugeben sowie die ambulante vertragsärztliche Versorgung bundesweit darstellen und analysieren zu können.

Entwicklung der Vertragsärzte 2005–2015 – Update

Zwischen 2005 und 2015 kam es in Österreich zu einem leichten Anstieg der Anzahl der sogenannten §2-Vertragsärzte, wobei Ende 2015 die Fachgebiete Allgemeinmedizin, Frauenheilkunde und innere Medizin am stärksten vertreten waren. Bei der Analyse der Gruppenpraxen stellte sich heraus, dass deren Anzahl von 2011 bis 2015 angestiegen ist und dass die meisten Vertragsärzte in Gruppenpraxen im Bereich der Allgemeinmedizin, der Radiologie und der inneren Medizin zu finden waren.

Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen erfolgt vorwiegend durch Leistungen von Allgemeinmedizinern (Visiten), Pflegepersonen, Physio- und Ergotherapeuten, Psychotherapeuten und Logopäden. Fachärzte sind in deutlich geringerem Ausmaß beteiligt. Die Herausforderungen für die medizinische Versorgung in Pflegeheimen sind wenig konkret erfassbar, eine Aussage zur fachärztlichen Versorgung ist nur begrenzt möglich.

Tumorfeldtherapie bei Glioblastom

Bei Patienten mit einem neu diagnostizierten Glioblastom zeigt die TTF-Therapie plus Temozolomid eine statistisch signifikant höhere generelle Überlebenszeit von 19,6 Monaten gegenüber alleiniger Temozolomid-Therapie mit 16,6 Monaten. Die TTF-Therapie plus Temozolomid zeigt mit 7,1 Monaten in Bezug auf die mittlere progressionsfreie Überlebenszeit ebenfalls ein statistisch signifikantes Ergebnis gegenüber alleiniger Temozolomid-Therapie von vier Monaten. In diesem Patientenkollektiv wurden keine Ergebnisse zur Lebensqualität berichtet.

Primärversorgung Älterer

Die Inanspruchnahme der Allgemeinmedizin steigt bei Personen im Alter zwischen 70 und 80 Jahren und nimmt mit höherem Alter wieder ab. Die Inanspruchnahme von Fachärzten ist regional unterschiedlich. Die Facharztinanspruchnahme unterscheidet sich nicht nach sozioökonomischen Kriterien mit Ausnahme der inneren Medizin, die Personen mit geringer sozial bedingter Gesundheitsbelastung häufiger in Anspruch nehmen.

Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit

In diesem Projekt wurden die Leistungsdichte und die Versorgungswirksamkeit im Zusammenhang mit den im Österreichischen Strukturplan Gesundheit 2017 festgelegten Grundlagen für die Versorgungsaufträge im niedergelassenen Bereich untersucht. Als Grundlage für diese Ist-Stand Analyse der Leistungsdichte und Versorgungswirksamkeit dienen die Abrechnungsdaten der österreichischen Sozialversicherung.

Wirksamkeit von Massage

Für die in die Analyse inkludierten Indikationen zeigen sich die Evidenz bzw. die darauf beruhenden Leitlinien-Empfehlungen inkonsistent bzw. besteht die Wahrscheinlichkeit, dass weitere Studien besserer Qualität zu anderen als den bisher verfügbaren Ergebnissen kommen. Für ein generelles Leistungsangebot ohne Einschränkung auf bestimmte Indikationen ist nach derzeitiger Evidenzlage davon auszugehen, dass Massage als Krankenbehandlung in Kombination mit Bewegungstherapie eine bessere Wirksamkeit erzielen kann als ohne Bewegung.

Decision Support for Health Policy and Planning

Das Projekt beinhaltet die Tätigkeiten, die im Rahmen der Forschungskoooperation mit dem den Competence Centers for Excellent Technologies (COMET) erbracht wurden. Nähere Informationen dazu finden Sie unter www.dexhelp.at.

Pränatale Testung – Guidelines und Testgenauigkeit

Derzeit wird der NIPT (Non-Invasive Prenatal Test) nicht als Screeningtest empfohlen. Hintergrund ist, dass der NIPT davon abhängig ist, ob und wieviel fetale DNA im mütterlichen Blut verfügbar ist, sowie eine bessere Performance bei männlichen Feten zeigt (möglicherweise durch die bessere Abgrenzung von der mütterlichen DNA). Er bietet daher nicht die Sicherheit eines Karyotyping und kann ihn nicht ersetzen.

Pränatale Testung – ein gesundheitsökonomisches Modell

Es wurde ein entscheidungsanalytisches Modell erstellt und drei unterschiedliche Screening-Strategien zur Erkennung von Aneuploidien miteinander verglichen: (1) die aktuelle klinische Praxis mittels Combined Test, (2) der NIPT als nachgeschaltete Ergänzung zum Combined Test und (3) der NIPT als primäre Screening-Strategie. Die Endpunkte des Modells sind „Fehlgeburt“ oder „keine Fehlgeburt“ nach invasiver Testung (Chorionzottenbiopsie oder Amniocentese) und als Effekt wurde die „Anzahl der gescreenten Schwangeren“ ohne Fehlgeburt definiert.

Bindegewebsmassage

In den inkludierten Studien zur Behandlung von Fibromyalgie, PAVK, chronischem Nackenschmerz/ Spannungskopfschmerz und chronischer Konstipation konnte durch Bindegewebsmassage nur der Druckschmerz bei Nackenschmerzen signifikant gelindert werden. Alle anderen Endpunkte waren nicht unterschiedlich im Vergleich zur jeweiligen Kontrollgruppe.

Aufgrund der Art der Studien und deren methodischer Qualität ist es wahrscheinlich, dass weitere Studien hoher Qualität das Ergebnis dieser Arbeit zur Bindegewebsmassage verändern können.

Fragebogenentwicklung für Primärversorgungseinheiten

Der entwickelte Fragebogen zur Erhebung der Qualitätsindikatoren für österreichische Primärversorgungseinrichtungen kann in der Routine im Rahmen einer Evaluation oder eines Monitorings als Diskussionsgrundlage eingesetzt werden. Es ist jedoch nicht empfehlenswert, die mit dem Fragebogen erhobenen Qualitätsindikatoren und Faktoren als Basis für folgenreiche Entscheidungen heranzuziehen (z. B. Pay-for-Performance-Honorierungsmodell für eine Primärversorgungseinrichtung auf Basis der Zielerreichung der Qualitätsindikatoren).

Für die Entwicklung eines Patienten-, Team- und Facharztfragebogens zur Erhebung von Qualitätsindikatoren für österreichische Primärversorgungseinrichtungen wurde im Rahmen einer Literaturrecherche nach vorhandenen Fragebögen oder anderen Erhebungsinstrumenten gesucht, welche die entsprechenden Qualitätsindikatoren abfragen. Sofern es möglich war, wurde die Abfrage der Qualitätsindikatoren mit bereits existierenden Fragen aus diesen Fragebögen abgedeckt. Auf Basis dieser Ergebnisse wurden die Fragebögen adaptiert.

Patientenmotive zum Besuch einer Spitalsambulanz

Die Patienten sehen ihren besten Nutzen in guter Erreichbarkeit, langen Öffnungszeiten auch zu Tagesrandzeiten, hoher Behandlungskompetenz, einer ausreichenden Ausstattung mit Geräten, einem multiprofessionellen Team und auch in der Möglichkeit, im Zuge der Behandlung kurzfristig notwendige zusätzliche Diagnostik und Therapie „aus einer Hand“ durchführen zu können. Dieses Angebot kann vor allem von Primärversorgungseinheiten erbracht werden.

EWG im Internet

Informationen über Arbeiten der Abteilung EWG und EWG-Veranstaltungen finden Sie auf der Website www.hauptverband.at/EWG. Dort kann man auch den EWG-Newsletter für laufende Fachinformationen abonnieren.

// Finanz- und Rechnungswesen
// Trägerübergreifendes Controlling
// Statistik

4

Der Hauptverband in Zahlen

4.1



Finanz- und Rechnungswesen einschließlich Fondsverwaltung (FIN)

Die Finanzabteilung des Hauptverbandes ist die Finanzdrehscheibe der Sozialversicherung. Hier erfolgt die standardisierte Aufteilung von Finanzmitteln auf die Sozialversicherungsträger, Länder, Ministerien und ausländischen Verbindungsstellen. Kernaufgaben sind unter anderem die systematische Erfassung sämtlicher Geschäftsfälle im Rahmen der Betriebstätigkeit für den Hauptverband und die bei ihm eingerichteten vier Fonds und zwei Rechenkreise.

Periodikum

Der Rechnungsabschluss des Hauptverbandes

Der Rechnungsabschluss des Hauptverbandes besteht aus Erfolgsrechnung und Schlussbilanz. Darüber hinaus führt der Hauptverband für die e-card, für die Leistungsverrechnung ITSU sowie für ELGA Verrechnungskonten. Die Verrechnungskonten werden mit den Sozialversicherungsträgern abgerechnet. Daraus ergibt sich, dass die Ergebnisse dieser Abrechnungen auch in den Rechnungsabschluss des Hauptverbandes einfließen und bilanzmäßig (über Forderungen/Verbindlichkeiten Verbandsbeitrag) darstellbar werden.

Für das Jahr 2017 waren die im Folgenden dargestellten Beträge durch den Verbandsbeitrag zu decken:

Hauptverband

€ 32.009.210,-

Verrechnungskonto e-card

€ 13.653.160,-

Verrechnungskonto Leistungsverrechnung ITSU

€ 16.710.280,-

Verrechnungskonto ELGA

€ 3.634.250,-

Fonds

Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen gemäß § 447a ASVG

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

| Insgesamt (in 1.000 €) | 344.563 |
|------------------------|---------|
| GKK Wien | 119.465 |
| GKK Niederösterreich | 33.595 |
| GKK Burgenland | 16.150 |
| GKK Oberösterreich | 24.486 |
| GKK Steiermark | 45.949 |
| GKK Kärnten | 72.329 |
| GKK Salzburg | 1.383 |
| GKK Tirol | 29.290 |
| GKK Vorarlberg | 1.916 |

Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 447f ASVG

Die Sozialversicherungsträger überwiesen an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung insgesamt rund 5.488,1 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 5.412,8 Millionen Euro und an die Bundesgesundheitsagentur rund 83,6 Millionen Euro.

Fonds für Vorsorgeuntersuchungen (Gesundenuntersuchungen) und Gesundheitsförderung gemäß § 447h ASVG

Dem Fonds 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 2.385,4 Millionen Euro zugeführt. Die Überweisungen an die Pensionsversicherungsträger erfolgten jeweils nach Einlangen der Mittel.

» Solide Finanzen schaffen
soziale Sicherheit
auch für künftige Generationen.«

Friedrich Hobel

Leiter der Abteilung Finanz- und Rechnungswesen
im Hauptverband

4.2



Trägerübergreifendes Controlling (TÜC)

Die Abteilung TÜC 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.

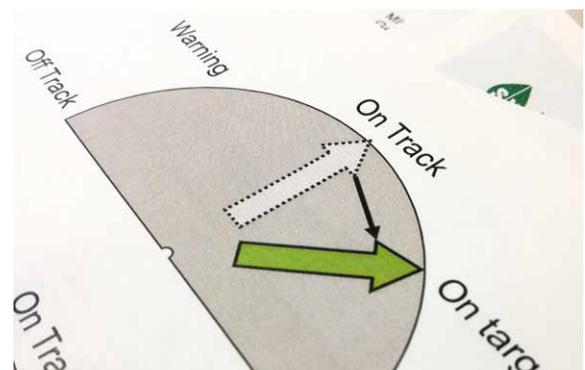
Zielsteuerung

Zielvereinbarungen der Sozialversicherung für die Jahre 2018 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 Vorschlages für die Ziele der Sozialversicherung für die Jahre 2018 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 bei ihren Leistungsempfängern über die angebotenen Leistungen bewirken will. Die Jahresziele für den Zeitraum 2018 bis 2021 wurden einem kritischen Review unterzogen und gegebenenfalls an die aktuellen Entwicklungen bzw. die im Jahr 2017 erzielten Ergebnisse angepasst.

Für die Finanzziele 2018 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 20. Dezember 2017 diesen Vorschlag für die Sozialversicherungsziele 2018 bis 2021, der dem Vorstandsvorsitzenden in seiner Sitzung am 5. Dezember 2017 vorgelegt wurde, einstimmig beschlossen. Im Rahmen des Abstimmungsgesprächs mit dem BMASGK am 24. Jänner 2018 wurden die Sozialversicherungsziele 2018 bis 2021 um Themen aus dem aktuellen Regierungsprogramm ergänzt und in der Trägerkonferenz am 12. Februar 2018 beschlossen.



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

Monitoring & Evaluierung

Das TUC hat zum 15. Februar 2017 bzw. zum 15. August 2017 zeitgleich mit der Erhebung der Daten für die Gebarungsvorschaurechnung ein Monitoring der Finanzziele 2017 durchgeführt und entsprechende Berichte an die Trägerkonferenz und den Verbandsvorstand erstellt, die auch die von den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband eingeleiteten Maßnahmen enthalten. Weiters hat das TUC einen Evaluierungsbericht „Finanzziele 2016“ erstellt und die Ergebnisse der Trägerkonferenz und dem Verbandsvorstand zur Kenntnis gebracht.

Darüber hinaus führte das TUC zum Ende des zweiten Quartals 2017 ein Monitoring der Sozialversicherungs- und der Hauptverbandsziele 2017 durch, um die erzielten Fortschritte und Erfolge zu dokumentieren und auf mögliche Zielerreichungsgefährdungen hinzuweisen. Die Evaluierung der Sozialversicherungs- und der Hauptverbandsziele 2016 wurde unter Einbindung der Sozialversicherungsträger und des Hauptverbandes durchgeführt. Über das Ergebnis der Sozialversicherungs-Zielerreichung 2016 wurde die Trägerkonferenz am 25. April 2017 und über die Hauptverbands-Zielerreichung 2016 der Verbandsvorstand am 4. April 2017 informiert.

Das TUC zeichnete für die Befüllung der dem Hauptverband zugeordneten Messgrößen des B-ZV Monitoring I/2017 verantwortlich. Zudem wurden Vorarbeiten in Hinblick auf das Monitoring des Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021 geleistet.

Support 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 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 die zugehörige Kommentierung. Auf Grundlage dieser Reports wurden zwei Leistungskataloge der CC für die leitenden Angestellten erstellt.

Die zweite Supportleistung besteht in der Bearbeitung der betriebswirtschaftlich relevanten Angelegenheiten der CC. Namentlich wurden die Endabrechnung für das Jahr 2016, die Akontierungszahlungen für das Jahr 2017 und die Kalkulation der

CC-Stundensätze für das Jahr 2018 erstellt. Bei der Erarbeitung der CC-Arbeitsprogramme für das Jahr 2018, die in der Sitzung der Trägerkonferenz vom 20. Dezember 2017 beschlossen wurden, unterstützte die Abteilung TUC im Bedarfsfall.

Project Management Office

Zu den Kernaufgaben des Project Management Office (PMO), das organisatorisch in das 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.



Projektorientiertes Arbeiten nimmt in der Sozialversicherung einen hohen Stellenwert ein.

Aufgrund des hohen Stellenwerts von Projektmanagement als Arbeits- und Führungsform innerhalb der Sozialversicherung hat das PMO des Hauptverbandes gemeinsam mit dem PMO der ITSU 2017 zum fünften Mal die sozialversicherungsweite Netzwerkveranstaltung der Projektmanagement-Community durchgeführt. Diese fand am 4. Mai 2017 in Wien statt, wobei insgesamt rund 85 Personen aus 14 Sozialversicherungsträgern, ITSU, SVC, SVD und dem Hauptverband teilnahmen.

Die Durchführung von Projektmanagement-Trainings, 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. 2017 nahmen an drei Trainingseinheiten insgesamt 32 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Sozialversicherung teil.

Das PMO veranstaltet im Sinne des Erfahrungsaustausches und Know-how-Transfers laufend Vernetzungstreffen im Hauptverband, sogenannte PM-Circles, bei denen Projektleiterinnen und 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.

Eigene Einrichtungen und Bauvorhaben

Dem Verbandsvorstand und dem Verbandsmanagement wurden eine Reihe von Berichten betreffend Anträge auf Zustimmung, Schlussabrechnungen zustimmungspflichtiger Bauvorhaben und Bedarfsprüfungen vorgelegt. Die größten Bauvorhaben, denen der Verbandsvorstand die Zustimmung erteilte, waren die Erweiterung und der Umbau des Rehabilitationszentrums „Austria“ in Bad Schallerbach durch die BVA und die Erweiterung der Hauptstelle in Salzburg durch die Salzburger Gebietskrankenkasse.

Die Grundsätze für die Bedarfsprüfung und das Zustimmungsverfahren vom Hauptverband gemäß § 31 Abs. 7 ASVG und Parallelbestimmungen wurden überarbeitet und durch den Verbandsvorstand beschlossen. Dabei wurde ein Prozess zur Koordination und Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger festgelegt. Durch diese Koordinierungsmaßnahme sollen nicht nur mögliche Synergien gefunden, sondern auch verpflichtend umgesetzt werden.

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

Elektronische Vertragspartnerabrechnung und Zertifizierung von Ärztesoftware

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

4.3



Statistik und Business Intelligence (SBI)

Im Jahr 2017 wurden aus strategischen Überlegungen jene Organisationseinheiten, die sich mit Daten und Statistiken befassen, zusammengelegt und aus der Abteilung Statistik und dem Team BIG die Abteilung Statistik und Business Intelligence gegründet. Aufgaben der Abteilung sind unter anderem 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 Statistik und Business Intelligence 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 auch Standardpublikationen und -auswertungen Entscheidungsträgern zur Verfügung gestellt und benutzerfreundliche Auswertetools unter Einsatz von zeitgemäßen Analysemethoden und -werkzeugen entwickelt.

Im Gebiet Datenmanagement erfolgt die Aufbereitung und Auswertung dispositiver SV-Daten. Hier stehen sowohl Stammdaten der Versicherten und der Leistungserbringer als auch pseudonymisierte Gesundheitsdaten (Heilmitteldaten, e-card-Konsultationsdaten u. v. m.) ebenso wie weitere SV-Daten (Pflegegeldaten, 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 Statistik und Business Intelligence auch als Ansprechpartner für Anfragen unterschiedlicher Stakeholder zur Verfügung und unterstützt damit den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung in einer wissensbasierten Gesellschaft.

Statistische Datenbank

Als zentrale Dienstleistung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger besorgt die Abteilung Statistik und Business Intelligence die Statistik der Sozialversicherung sowie die Statistik der Pflegevorsorge im übertragenen Wirkungsbereich sowohl nach den Weisungen des Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz als auch insoweit, als dies zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Hauptverbandes notwendig ist. In diesem Zusammenhang gehört auch der Aufbau und die Führung einer Statistikdatenbank mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung.

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

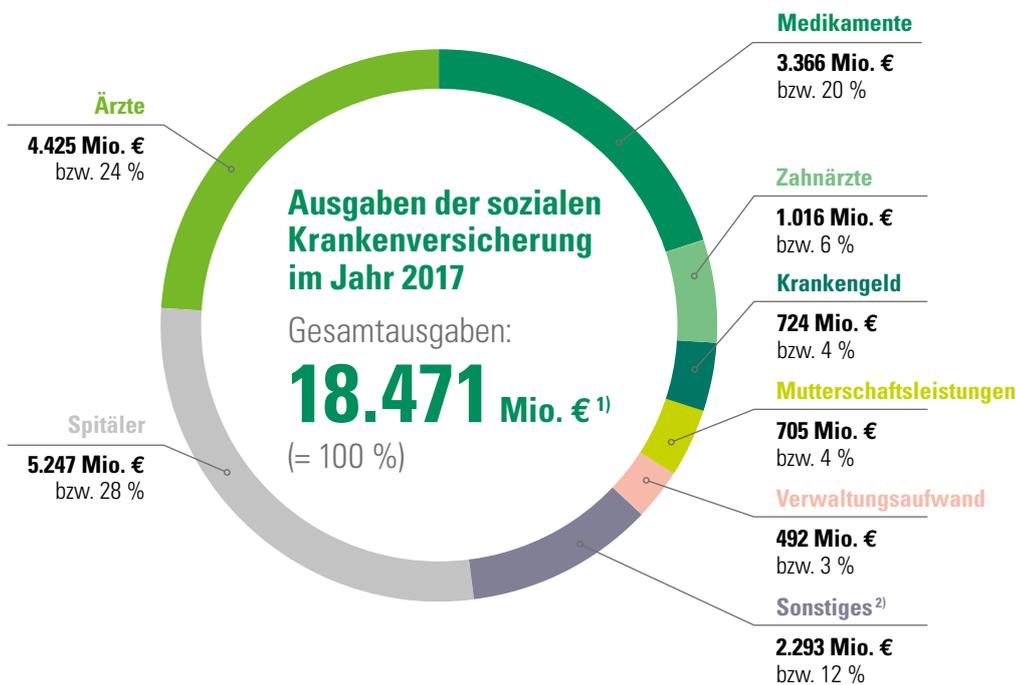
- Gesamte SV; Nachweisungen aus der Versicherungsdatei und der zentralen Leistungsdatenbank des Hauptverbandes (Neufassung; Stand: Jänner 2011)
- Pensionsversicherung – Monatsstatistik (Stand: Jänner 2011)
- Pensionsversicherung – Jahresstatistik (Neufassung; Stand: Jänner 2006)
- Unfallversicherung (Neufassung; Stand: Jänner 2008)
- Krankenversicherung (Stand: Jänner 2012)

Ein weiterer Tätigkeitsbereich ist die Vertretung des Hauptverbandes und die Mitarbeit in Arbeitsgruppen und 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.

Die Abteilung SBI hat im Jahr 2017 folgende wichtige Berechnungen durchgeführt:

- Berechnungen der Aufwertungszahl und der Höchstbeitragsgrundlage für das Jahr 2017
 - Die Aufwertungszahl 2017 beträgt: 1,024
 - Die monatliche Höchstbeitragsgrundlage beträgt: 4.980 € (ASVG) und 5.810 € (GSVG, BSVG)
- Berechnung der endgültigen Überweisungen gemäß § 447f ASVG (Krankenanstellenfinanzierung) für das Jahr 2015
 - 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 Krankenanstellenfinanzierung
- 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 Krankenanstellenfinanzierung für das Jahr 2017
- Belastungsausgleich REGO für das Jahr 2015
- Vorläufiger und endgültiger Ersatz der Krankengeldaufwendungen für Arbeitslose
- Mindestsicherung, endgültige Abrechnung für das Jahr 2015
- Berechnung der Ausgabenobergrenzen und der Ausgabendämpfungseffekte für die SV gemäß Gesundheits-Zielsteuergesetz

Gebahrung der österreichischen Sozialversicherung 2017



1) Vorläufige Zahlen.

2) Rehabilitationsgeld, medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung, Transportkosten, Abschreibungen etc.

BIG

Seit 2017 ist BIG, ein fachliches Standardprodukt der Sozialversicherung, welches durch einen Beschluss der Trägerkonferenz im Jahr 2006 im Hinblick auf strukturelle Änderungen im Gesundheitswesen aufgrund der Gesundheitsreform 2005 eingerichtet wurde, in der Abteilung Statistik und Business Intelligence angesiedelt. Zielsetzung von BIG ist es, eine Informationsplattform zu schaffen, durch die eine (relativierte) Darstellung der Abweichungen von Zielwerten und somit die Identifikation von Schief-lagen in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens ermöglicht wird. Es sollen potentielle Handlungsfelder für Maßnahmen im Bereich der Sozialversicherung selbst sowie in den Gesundheits-plattformen aufgezeigt werden.

Weitere Arbeiten im Bereich BIG

- Routinemäßige Aufbereitung und Qualitätssicherung von pseudonymisierten Daten aus dem Gesundheitssystem
- SV-weite 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 in den BIG-Webmodulen
- Leitung des fachlichen Teams im STP DWH CC zur Abstimmung inhaltlicher Anforderungen sowie Leitung des fachlichen Projekts zur Vereinheitlichung der Leistungserbringer-Stammdaten für alle SV-DWHs
- Erstellung HONO Cubes mit den Frequenz- und Umsatzdaten der Abrechnungsdaten der Gebietskrankenkassen für die Jahre 2014 bis 2016
- KAL: Koordinierung und Durchführung der KAL-Datenmeldung an das Ministerium
- Erstellung Planungstool: Ein Bericht der versorgungsrelevanter Daten aus dem stationären und ambulanten Bereich für eine gewählte Fachgruppe und Region aufbereitet zusammenfasst – ein BSC-Ziel 2017

Datawarehouse

Neben diesen Tätigkeiten betreibt die Abteilung SBI auch das Datawarehouse des Hauptverbandes. In diesem Bereich wurden im Jahr 2017 folgende Tätigkeiten durchgeführt:

- Durchführung einer europaweiten Ausschreibung betreffend die Unterstützung der Datenverarbeitung durch externe Dienstleister
- Migration (Insourcing) der bis dato externen Datenverarbeitung in die ITSV
- Organisatorische Konsolidierung aller Leistungsdatenthemen in das Programm LeiDaP
- Lieferung der ambulanten Leistungsdaten laut dem Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen ans BMASGK
- 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).
- 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.
- Aufbereitung der Ärztezahlen in Abstimmung mit allen KV-Trägern und der Gesundheit Österreich GmbH
- Anspruchsberechtigten-Stammdaten: Erstellung einer neuen Datenquelle für Stammdaten von Anspruchsberechtigten durch die Fusion von ZPV- und KVA-DB-Informationen
- Erhöhung der Performance der Datenwürfel: Im Zuge mehrerer Workshops mit Microsoft und Infor konnte die Performance der Datenwürfel erhöht werden.
- Durchführung von User-Schulungen und Experten-Workshops
- Routinemäßige Lieferung von Daten für den Rahmenpharmavertrag
- Routinemäßige Lieferung von Antibiotika-Daten an das europäische Antibiotika-Register (EARN-Net)

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, MuKiPa, VU |

| 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 |
| Krankenversicherung-Leistungstatistik | Zahnhilfe, Heilmittel, Heilbehelfe, Spital, Krankenstand, Mutterhilfe, Jugendlichen-/ Vorsorgeuntersuchungen |
| Krankenstandsstatistik | Dauer, Alter, Wirtschaftsklassen, Krankheitsgruppen |
| Zahnhilfestatistik | Zahnbehandlung, Zähnersatz, Kieferregulierung |
| Pensionsjahresstatistik | Stand, Zugang, Abgang, Krankheitsgruppen, Alter, Zugangsalter, Pensionseinkommen, Bundesländer |
| Unfallversicherung-Jahresstatistik | Rentenstände, Zugang, Abgang, Bundesländer, Schüler/Studenten, Berufskrankheiten |
| Einkommensstatistiken | Arbeiter und Angestellte, Dezile, Bundesländer, Bezirke, Wirtschaftsklassen, Alter, Nationalität |
| Ärztelkosten-Jahresstatistik | Ärzte, Fälle, Beträge, §2-Kassen und Sondersicherungsträger |
| Personenbezogene Statistiken | Beschäftigte, Erwerbstätige, Pensionen, 1. Juli und 31. Dezember |

- // Dienstrecht
- // SV-Akademie
- // Gebäudemanagement
- // Lehrlingsausbildung

5

Unsere Mitarbeiter/-innen

5.1



Dienstrecht (DRA)

Zu den Kernaufgaben der Abteilung für Dienstrecht zählen die Betreuung und Verhandlung der Kollektivverträge, die Erstellung dienstrechtlicher Richtlinien, die Betreuung der internen Prüfungsordnungen, die Gewährung von Rechtsschutz in Dienstrechtsangelegenheiten, die Genehmigung der Dienstpostenpläne der SV-Träger und die Zustimmung zu Sonderverträgen, die Erstellung der Einreihungs- und Personalaufwandsstatistik (EPAS), die Auslegung der Dienstordnungen, die Betreuung der Dienstrechtsexperten und die inhaltliche und organisatorische Betreuung des Dienstrechtsausschusses.

Abgeschlossene Verhandlungen

Im Jahr 2017 wurden die 95. und 96. Änderung der DO.A, die 91. und 92. Änderung der DO.B sowie die 82. und 83. Änderung der DO.C und die 6. und 7. Änderung des Pensionskassenkollektivvertrags mit der Gewerkschaft der Privatangestellten, Druck, Journalismus, Papier – Wirtschaftsbereich Sozialversicherung und der Gewerkschaft vida – Fachbereich Gesundheit verhandelt. Weiters wurden die 3. Änderung der Prüfungsordnung sowie die 4. und 5. Änderung der Pensionskassenrichtlinie akkordiert.

Die markantesten Änderungen waren:

- Betriebliche Wiedereingliederung – lineare Gestaltung des Wiedereingliederungsbonus
- Fahrtkostenzuschuss – Abstellen auf den Pendlerrechner des Finanzministeriums
- Schaffung einer Fachzulage für Lehrlingsbetreuer
- Anhebung des Beitragssatzes zur SV-Pensionskasse um 0,17 Prozentpunkte; Verkürzung der Wartezeit auf sechs Monate; Anrechnung der Beitragserhöhung auf die Gehaltsrunde für das Jahr 2019 (minus 0,1 Prozent des vereinbarten Prozentsatzes)
- Flexibilisierung der Vordienstzeitenanrechnung
- Flexibilisierung der Blockzeit- und Teilzeit-Sabbatical-Regelungen
- Stärkung der Regelungen betreffend die Übernahme in den Dienst

Infolge der Rechtsänderungen im Pensionskassenkollektivvertrag und in der Pensionskassenrichtlinie wurde die 3. Änderung des Pensionskassenvertrags mit der Sozialversicherungspensionskasse AG abgeschlossen.

Rechtsschutz in Dienstrechtsangelegenheiten

Der Europäische Gerichtshof hat im Vorabentscheidungsverfahren in der Rechtssache C 539/15 am 21. Dezember 2016 die Unionsrechtskonformität von § 40 Abs.3 DO.A bestätigt, nach dem die Verweildauer in der Bezugsstufe 1 fünf Jahre und in den folgenden Bezugsstufen jeweils zwei Jahre beträgt. Die Kollektivvertragsparteien haben somit mit der 80. Änderung der DO.A (Beschlussfassung: Dezember 2004 / Inkrafttreten: 1. Jänner 2010) in Reaktion auf die Entscheidung des EuGH in der Rechtssache Hütter(C 88/08) in diesem Punkt eine sachgerechte und diskriminierungsfreie Anrechnungsregelung geschaffen.

Die dem Urteil des Europäischen Gerichtshofes folgende Entscheidung des Obersten Gerichtshofes (9 ObA 165/16d) erging am 26. Jänner 2017.

5.2



Die 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 bei Fortbildungsseminaren, der Grundausbildung ärztlicher Dienst, der Führungskräfteausbildung und der Ausbildung für die gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben.

Das Dienstprüfungswesen besteht aus der Grundausbildung mit Abschlussprüfung, der allgemeinen sowie der besonderen Fachausbildung. Hier ein kurzer Überblick über die Anzahl der Prüfungskandidaten und die Ergebnisse.

Grundausbildung mit Abschlussprüfung

Im Berichtsjahr sind insgesamt 531 Kandidaten zur Grundausbildung mit Abschlussprüfung angetreten. Die Ergebnisse 2017 übertrafen wiederum die Vorjahresergebnisse: 97 Prozent der Kandidaten haben einen guten bzw. sehr guten Erfolg erreicht (2016 waren es 74 Prozent).

Allgemeine Fachausbildung

2017 haben 202 Personen die allgemeinen Fachausbildung abgeschlossen. Davon haben 84,5 Prozent der Kandidaten die Prüfung bestanden.

Besondere Fachausbildung

Die Anzahl der Prüfungskandidaten im Jahr 2017 umfasste 163 Kandidaten. Diese intensive Ausbildung wurde von allen Teilnehmern bestanden, wobei rund 64 Prozent die Prüfung sogar mit gutem bzw. ausgezeichnetem Erfolg absolviert haben.

Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben

Zielgruppe dieser gemeinsamen Ausbildung sind Prüfer des Finanzamtes und der Gebietskrankenkassen. Die Akademie führt diese Module seit dem zweiten Halbjahr 2013 gemeinsam mit der Bundesfinanzakademie durch. Insgesamt beträgt der von der SV übernommene Teil der Ausbildung 425 Unterrichtseinheiten, wobei die Organisation der Module durch die Akademie durchgeführt wird und die jeweiligen Fachtrainer von den Gebietskrankenkassen bereitgestellt werden. An den GPLA-Kursen der Akademie des HVB nahmen 2017 256 Mitarbeiter teil.

Grundausbildung für den ärztlichen Dienst nun DFP-approbiert

Zielgruppe dieses Lehrganges sind Ärztinnen und Ärzte, die nicht in einer Krankenanstalt gemäß § 1 Abs. 6 DO.B beschäftigt sind. Der Lehrgang wird zweimal jährlich angeboten, alternierend in Salzburg und Wien. Im Jahr 2017 wurde diese Ausbildung auch erfolgreich bei der Akademie der Ärzte als „sonstige Ausbildung“ approbiert, wodurch Ärztinnen und Ärzte auch DFP-Punkte sammeln konnten: Für das Modul I werden 21 DFP-Punkte, für Modul II 34 und für das Modul III 16 DFP-Punkte gebucht.

5.3



Gebäudemanagement (HausOrg)

Nicht nur für das erfolgreiche Gelingen der gegenwärtigen Aufgaben übernimmt das Gebäudemanagement zahllose unverzichtbare Aufgaben, ohne die das Uhrwerk Hauptverband sehr schnell stillstehen würde. Die Abteilung musste auch verstärkt an die Zukunft denken, denn die Generalsanierung des jahrzehntelang bewohnten Büroturms und die dadurch notwendige Übersiedlung in ein Ausweichquartier stellten eine Herausforderung dar.

Generalsanierung des Hauptverbandes

Für den Standort in der Kundmanngasse wurde mit August der Baubewilligungsbescheid rechtskräftig erwirkt. Ein Baumfällgenehmigungsbescheid lag dem Projektteam mit 31. Juli 2017 vor.

Die Generaluntersuchung wurde im Rahmen eines zweistufigen Verhandlungsverfahrens gemäß Bundesvergabegesetz durchgeführt und am 13. März 2017 mit Veröffentlichung der Teilnahmeunterlagen eingeleitet. Bei der Erarbeitung der Eignungs- und Zuschlagskriterien wurde besonders auf KMUs, Sozialdumping bzw. faire Vergaben Rücksicht genommen. Nach einem zweistufigen Vergabeverfahren und intensiven Exklusivverhandlungen mit dem Bestbieter konnte am 21. Dezember 2017 die Zuschlagsentscheidung für die Bietergemeinschaft ÖSTU-Stettin/Habau getroffen werden.

Bauvorbereitende Maßnahmen

Als bauvorbereitende Maßnahmen für die Generalsanierung des Hauptverbandes führte die Stadtarchäologie Wien gemeinsam mit der Novetus GmbH archäologische Grabungen vom 15. Oktober bis 10. November 2017 am Baugrundstück durch. Auf einer Fläche von knapp 1000 Quadratmetern wurden Schächte und Gruben aus dem 1. Jahrhundert v. Chr. zu Tage gebracht. Weiters wurde keltische und römische Keramik gefunden. Die Funde verblieben zur weiteren Bearbeitung im Depot der Stadtarchäologie

Wien. 2019 sollen alle Grabungen am Rochusmarkt in einem populärwissenschaftlichen Buch in der Reihe „Wien Archäologisch“ veröffentlicht werden.

Logistik- und Übersiedlungsplanung

Eine Übersiedlung ist immer ein komplexer Vorgang. Wenn es sich um eine Übersiedlung in einer Größenordnung von rund 350 Mitarbeitern handelt, ganz besonders. Das Gebäudemanagement hat für den gesamten Umzug in das Ausweichquartier einen Grobbelegungsplan erarbeitet und diese mit dem Verbandsmanagement in mehreren Runden final abgestimmt. Danach erfolgten mit den Abteilungen Detailbelegungsgespräche. Zeitgleich wurde sämtliches Inventar am Bestandsgebäude erhoben. Am 13. Juni 2017 wurde das Vergabeverfahren zur Suche eines geeigneten Logistikunternehmens für die Übersiedlungstätigkeiten gestartet. Aus vier Bietern, die teilgenommen haben, wurde am 17. August 2017 das Logistikunternehmen H. Fuchs GesmbH mit den erforderlichen Agenden beauftragt.

Im Rahmen einer Mitarbeiterveranstaltung am 11. Dezember 2017 wurden alle Kollegen über den Ablauf der Übersiedlung informiert. Die Hauptübersiedlung aller Arbeitsplätze fand am Wochenende zum 26./27. Jänner 2018 statt. Dabei haben alle „guten Geister“ des Gebäudemanagements angepackt und für einen sensationell reibungslosen Neustart am darauffolgenden Montag in der Haidingergasse 1 gesorgt.

5.4



Lehrlingsausbildung im Hauptverband

Die österreichische Sozialversicherung bildet jährlich rund 300 Lehrlinge in verschiedenen Berufsgruppen aus und ist damit einer der größeren Lehrlingsausbildner Österreichs. 2007 begann der Hauptverband mit der Lehrlingsausbildung für Bürokaufleute und Verwaltungsassistenten.

Top-Lehrbetrieb mit Top-Lehrlingen

2017 blickte man im Hauptverband auf zehn Jahre Lehrlingsausbildung zurückblicken. Ein Jubiläum, das mit viel Freude und großem Stolz begangen wurde. Sowohl die schulischen Erfolge als auch die Lehrabschlüsse der bis dahin 16 ausgebildeten Lehrlinge konnten sich sehen lassen. Der Notendurchschnitt von 2007 bis 2017 betrug durch die Bank 1,2. Sechs Lehrlinge haben ihre Lehrabschlussprüfung mit Auszeichnung, sechs Lehrlinge mit gutem Erfolg und vier Lehrlinge mit Erfolg bestanden. Aber auch der Hauptverband hat sich während dieser Zeit zu einem Top-Lehrbetrieb gemauert, wofür er mit dem gleichnamigen Wiener Qualitätssiegel ausgezeichnet wurde. Im Jahr 2017 waren im Hauptverband fünf Lehrlinge in Ausbildung, davon einer in integrativer Berufsausbildung.

Die Ausbildung von Lehrlingen ist sowohl für Unternehmen als auch für Lehrlinge selbst eine besondere Herausforderung. Auf beiden Seiten bestehen Erwartungen, aber auch Fragen, Wünsche und sogar Zweifel, ob die Ausbildungszeit „gewinnbringend“ und erfolgreich sein wird. Was die Qualitätsverbesserung der Lehrausbildung betrifft, nimmt der Hauptverband seine Rolle sehr ernst und unterstützt seine Auszubildenden wie auch seine Ausbilder vorbildlich.

Ein jährlicher Fixpunkt ist das dreitägige Vernetzungstreffen zwischen den Lehrlingen der Sozialversicherungsträger, der ITSV und des Hauptverbandes.

2017 fand es in Stubenberg in der Steiermark statt. Dabei konnten die Teilnehmer an einem Workshop teilnehmen, der die Persönlichkeitsförderung in den Bereichen Selbstvertrauen, Selbstmotivation, kreatives Denken und Teamgeist zum Thema hatte.

Lehrlingsausbildnern und Praxisbetreuern der Sozialversicherung steht seit 2011 die Drehscheibe Lehrlingsausbildung zur Seite. Dieses Gremium hat seinen Sitz im Hauptverband, der auch die Abwicklung der Seminare übernimmt. Das Bildungsangebot sieht eine Professionalisierung im Umgang mit jungen Menschen vor, um sie nicht nur fachlich, sondern auch persönlich bestmöglich zu fördern. 2017 wurden in diesem Rahmen mehrere Seminare durchgeführt, in denen 85 Mitarbeiter geschult wurden, die in der Lehrlingsausbildung tätig sind. Darüber hinaus haben Experten des Hauptverbandes und des BFI Wien 2012 gemeinsam den ISO-zertifizierten Lehrlingscoach entwickelt, um den Lehrlingsausbildnern des Landes das benötigte Rüstzeug zur Hand zu geben. Die Sozialversicherung war auch die erste Organisation in Österreich, die in diese Zusatzqualifikation investierte; bis 2017 hat sie 24 Diplome vergeben.

Insgesamt zeigt sich, dass die Lehrlingsausbildung im Hauptverband ein erprobtes und sehr erfolgreiches Ausbildungsmodell ist, das uns hoffentlich auch in den kommenden Jahren viele neue, bestens ausgebildete Kolleginnen und Kollegen schenken wird.

// IT-Management & EDV-Organisation

6

IT-Management & EDV-Organisation

6.1



IT-Management & 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-System-Landschaft, die Sicherstellung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit der IT-Systeme sowie die Identifikation von Verbesserungspotentialen und die Koordination der Umsetzung der daraus resultierenden Maßnahmen.

IT-Großprojekt

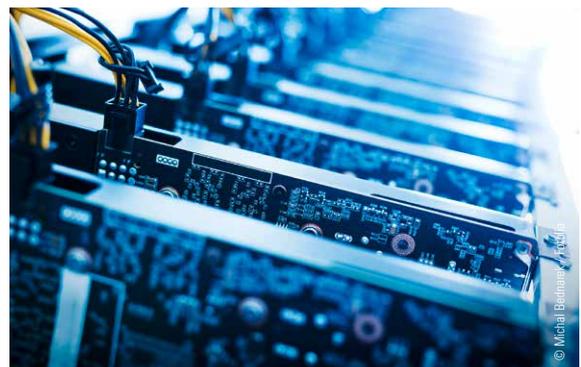
Monatliche Beitragsgrundlagenmeldung

Die monatliche Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM) ist der größte IT-Umbau im Bereich der Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen-Applikationen, der seit der Inbetriebnahme der zentralen Versicherungsdatei in den 70er Jahren vorgenommen wurde.

Da eine Abbildung der geänderten Beitragsgrundlagen auch in den zentralen Datenspeichern notwendig ist, mussten nicht nur die Meldeschiene, sondern auch die Datenspeicherung geändert werden, was auch auf die Leistungssysteme Einfluss hat. Insgesamt waren 65 IT-Applikationen zeitgleich zu ändern. Durch den Beschluss des kooperativen Einsatzes im April 2017 kamen zusätzliche Aufgaben auf die IT der Sozialversicherung zu. Ursprünglich war ein zeitlich sehr begrenzter Big-Bang-Einsatz mit verteilter Schulung geplant. Der kooperative Einsatz verlangte von den Umsetzungsverantwortlichen eine Streckung des Einsatzzeitraums um ein Jahr. Zusätzlich musste ein völlig neu gestalteter Lohnsoftwareherstellertest konzipiert und umgesetzt und der für die mBGM konzipierte Systemintegrationstest (SIT) um ein Jahr verlängert werden. Das bedingte durch die inhaltliche Reduktion der Tests auf Trägerseite den Aufbau einer zentralen Schulungsumgebung. Diese Aufgaben mussten zusätzlich neben der unveränderten Entwicklungsleistung konzipiert und aufgebaut werden, da alle zentralen

IT-Applikationen der Sozialversicherung mit Ende 2017 einsatzbereit sein sollten.

Die IT der Sozialversicherung hat diese herausfordernden Aufgaben im Hinblick auf Nachhaltigkeit konzipiert und umgesetzt. Die im Zuge der mBGM aufgebauten Strukturen im Bereich Test und Schulung sollen weiter betrieben werden. Die entsprechenden lokalen Strukturen bei den Trägern sollen abgebaut und gemeinsam die im Zuge der mBGM erfolgreich angewandten zentralen gemeinsamen Tests und Schulungen ausgebaut werden. Dadurch werden nachhaltig schlankere Strukturen geschaffen und Doppelgleisigkeiten vermieden.



Digitalisierung macht das Gesundheitswesen schneller und individueller.

Aufstockung der Ressourcen im Rechenzentrum

Die Vorbereitung auf die Einführung der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung war das dominierende Thema des IT-Managements im Bereich der inneren Verwaltung der Sozialversicherung. 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. Dafür hat die ITSV GmbH zusätzliche Systemressourcen in den beiden standortredundanten Produktiv-Rechenzentren geschaffen. Dazu gehörten der Ausbau der Business-Server-Plattform, zusätzlicher Platz für Daten im redundant ausgelegten Storage und eine Erhöhung der Bandbreiten im hochverfügbaren CNSV (Corporate Network der Sozialversicherung). Um den stetig steigenden Bedrohungspotentialen von Kriminellen aus dem Internet entgegenzuwirken, wurde im Rechenzentrum der ITSV GmbH eine weitere IT-Sicherheitskomponente installiert und verbessert, die Schadsoftware erkennen und blocken soll.

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 2017 in Entwicklung und Test der über ein Dutzend mBGM-relevanten Produkte (Implementierungsprojekte) des Hauptverbandes. Der Fokus lag auf der Einhaltung der gesetzlichen „mBGM-Readiness“ mit 31. Dezember 2017. 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.

Customer Care Center (CuCC)

Das CuCC 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, welches 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 18 verschiedene Servicelines in acht Sprachen im SV-Servicecenter des CuCC angeboten, darunter z. B. die e-card für Versicherte, die elektronische Sozialversicherung (eSV-Portal), die Rezeptgebührenobergrenze, die elektronische Gesundheitsakte (ELGA), das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm und viele mehr. Zusätzlich zu den Servicelines werden die ELGA-Widerspruchsstelle, die Clearingstelle und das Service EGDA (elektronischer grenzüberschreitender Datenaustausch) im SV-Servicecenter betrieben.

Im Jahr 2017 wurden im SV-Servicecenter insgesamt 384.223 Anrufe entgegengenommen und 84.101 schriftliche Anfragen bearbeitet. In der ELGA-Widerspruchsstelle wurden insgesamt 8.216 Willenserklärungen bearbeitet, die Clearingstelle hat 13.574 Identitätsklärungen vorgenommen und für EGDA wurden 37.141 Kostenforderungen digitalisiert.

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. 2017 wurden im SV-Servicedesk insgesamt 51.363 Anrufe entgegengenommen und 99.567 Tickets eröffnet.

e-card

Die wichtigste Schnittstelle für die effiziente Kommunikation zwischen der Sozialversicherung und dem einzelnen Versicherten im Leistungsbereich stellt die e-card 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 1,37 Milliarden Patientenkontakte.

Mit der gesetzlichen 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:

MeineSV: Mit der Inbetriebnahme des „Gemeinsamen Portals“ wird die Serviceauswahl der Versicherten in Abhängigkeit von ihren Versicherungsansprüchen personalisiert aufbereitet. Eine Trägerauswahl ist nur mehr in Fällen von mehrfachen Versicherungsansprüchen (bei bestimmten Serviceaufrufen) erforderlich.

Die Einführung des Formulargenerators in eSV: Im Anschluss an die technische Implementierung wurde 2017 die Umsetzung der Online-Formulare in „MeineSV“ aufgenommen.

ELGA

Die Arbeiten in ELGA (der elektronischen Gesundheitsakte) waren vor allem durch die Teilnahme an Besprechungen und Sitzungen geprägt. Ein inhaltlicher Fortschritt bei ELGA war mangels des Systemumfeldes (fehlende Verordnung für den Rollout von e-Medikation, die erst im Oktober 2017 erlassen wurde; keine budgetäre Bedeckung seitens der Systempartner für eine Überarbeitung der Gesamtarchitektur u. Ä.) nicht möglich.

8,7 Mio.
aktive e-cards

(mit aufrechtem Versicherungsverhältnis)
sind im Umlauf

11,2 Mio.
Arztkonsultationen

via Stecken der e-card durchschnittlich
pro Monat



Höchste Steckfrequenz:
12. Dezember 2016 mit

778.777
Konsultationen

110 Mio.
e-card-Steckvorgänge

wurden im Jahr 2017 abgewickelt

IMPRESSUM**Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger**

Haidingergasse 1 | 1030 Wien
www.sozialversicherung.at

Produktion | Öffentlichkeitsarbeit HVB, Astrid Kleber

Grafik | Heinze&Partner, Markus Mair

Fotos | Lisi Specht, Fotolia, Pixabay

Druck | Gerin Druck GmbH

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen im Jahresbericht 2017
gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

**Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger**

Kudmangasse 21 | 1031 Wien
T +43 (0) 1/711 32-0
F +43 (0) 1/711 32-3777
www.hauptverband.at