

findet man hier alle Angebote, Projekte und Hilfestellungen, die von den Sozialversicherungsträgern zur Verfügung gestellt werden. Einfach konzipierte Texte bringen die Informationen näher, und über direkte Links findet man schnell und unkompliziert die entsprechenden Kontaktmöglichkeiten und gelangt zu

weiterführenden, das Thema ausführlich erläuternden Texten der entsprechenden Sozialversicherungsträger. Somit kann jeder, der Information oder Hilfe benötigt, über eine zentrale, niederschwellige Anlaufstelle diese auch schnellstmöglich und unkompliziert aufrufen.

*Katrin Trawnitschek (Hauptverband)*

# Gesundheitsberatung 1450

## Digitalisierung und Telemedizin

Digitalisierung und Telemedizin leisten durch die Unterstützung der Dienstleistungserbringung im Gesundheitswesen mittels Informations- und Kommunikationstechnologien einen zunehmend wichtigen Beitrag für ein modernes, bürgerorientiertes Gesundheitswesen. Indem Telemedizin die Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen ermöglicht, ohne dass der Patient und die medizinische Fachkraft in einem unmittelbaren physischen oder zeitlichen Kontakt miteinander befinden, kann der Zugang zur medizinischen Versorgung für viele Menschen erheblich vereinfacht werden.

## Gesundheitsberatung 1450

Vor diesem Hintergrund wird das Projekt zur telefonischen Gesundheitsberatung 1450 gemeinsam von den Kooperationspartnern Bund, Ländern und Sozialversicherung umgesetzt. Mit der Gesundheitsberatung 1450 wird ein telemedizinisches Erstkontakt- und Beratungsservice angeboten, das rund um die Uhr erreichbar ist. Es hilft Patientinnen und Patienten, die richtige Stelle für eine adäquate Gesundheitsversorgung zu finden, und unterstützt die Entlastung von primär kostenintensiven Versorgungsstrukturen. Hierbei berät erfahrenes, spezifisch ausgebildetes medizinisches Fachpersonal unter Nutzung eines medizinischen Expertensystems die Patienten und bietet so eine einheitliche und qualitätsgesicherte Information. Vom April 2017 bis Ende des Jahres 2018 wurde der Betrieb der Gesundheitsberatung 1450 zunächst in einer Pilotphase in den Bundesländern Niederösterreich, Vorarlberg und Wien durchgeführt. Dabei konnte bereits eine Win-win-Situation sowohl für Patienten als auch für Ärztinnen und Ärzte erzielt werden (Abbildung 1).

## Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeiten des Hauptverbandes

Auf Basis eines Beschlusses der Bundes-Zielsteuerungskommission wurde im Jahr 2019 mit der Implementierung der Gesundheitsberatung 1450 in ganz Österreich begonnen. Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten wurden dabei unter den Kooperationspart-

nern Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam abgestimmt und aufgeteilt. Der Bund zeichnet insbesondere für die Bereitstellung der Rufnummer 1450 und einen gemeinsamen Außenauftritt verantwortlich. Die Bundesländer führen die telefonische Gesundheitsberatung durch einen Betreiber des jeweiligen Landes durch und bewerben aktiv das neue Service.

Wichtige und umfangreiche Aufgaben wurden bzw. werden durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wahrgenommen. Hierzu zählen insbesondere die Übernahme der Gesamtprojektkoordination und die Bereitstellung des medizinischen Expertensystems (inklusive Schulungen), das die Grundlage der telefonischen Gesundheitsberatung bildet. Zudem hat der Hauptverband statistische Aus-

**Abbildung 1: Win-win-Situation für Patienten und Ärzte**

### Vorteile für Patientinnen und Patienten

- Service ist freiwillig, kostenfrei und rund um die Uhr verfügbar
- Qualitätsgesicherte medizinische Beratung reduziert Unsicherheit in der Versorgung
- Vermeidung medizinisch nicht notwendiger Ambulanzbesuche oder Arztkontakte (Vermeidung unnötiger Wege- und Wartezeiten)

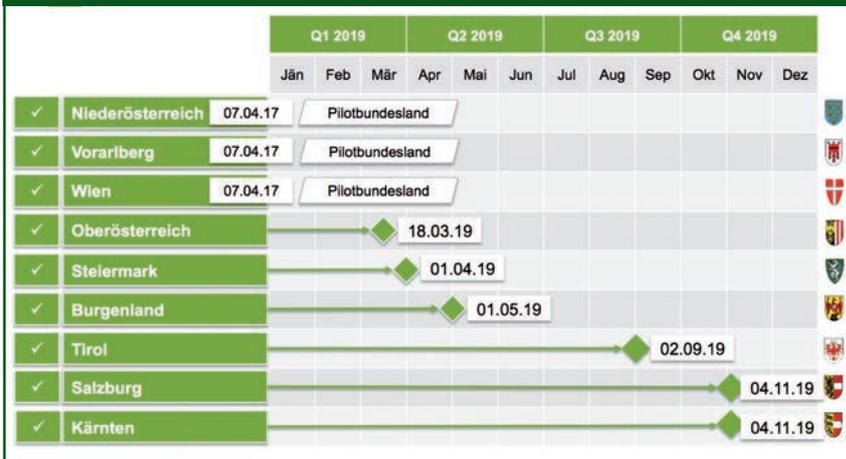
### Vorteile fürs Gesundheitssystem, Ärztinnen und Ärzte

- Entlastung spezifischer Versorgungsstrukturen von sog. Bagatellfällen
- Unterstützt Fokussierung auf Kernkompetenzen
- Unterstützt Reduzierung von Kosten im System

**Abbildung 2: Aufgabenverteilung Rolloutprojekt**



**Abbildung 3: Beginn Regelbetrieb – Termine**



wertungen entwickelt, mit denen die Wirksamkeit der Gesundheitsberatung überprüft werden kann. Nicht zuletzt obliegt dem Hauptverband die Aufgabe, künftige Weiterentwicklungen der Gesundheitsberatung voranzutreiben.

Abbildung 2 gibt einen Überblick über die Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten zwischen den Kooperationspartnern.

**Implementierung in ganz Österreich erfolgreich abgeschlossen**

Die Ausweitung der Gesundheitsberatung 1450 in ganz Österreich konnte nach nur zehn Monaten erfolgreich abgeschlossen werden. Schrittweise wurde das Service in den einzelnen Bundesländern in Betrieb genommen. Mit 4. November 2019 wurde die Gesundheitsberatung zuletzt in Kärnten und Salzburg umgesetzt (Abbildung 3).

**Erkenntnisse aus den statistischen Auswertungen des Hauptverbandes**

Die vom Hauptverband durchgeführten statistischen Auswertungen zeigen eine stetig wachsende Zahl an Anrufen. Insgesamt gingen bis Ende Oktober 2019 ca. 266.000 Anrufe bei der Gesundheitsberatung 1450 ein. Beratungsgespräche unter Verwendung des medizinischen Expertensystems wurden in ca. 187.000 Fällen durchgeführt. In den restlichen Gesprächen wurden u. a. Auskünfte zu Öffnungszeiten von diversen Arztpraxen und Apotheken erteilt, teilweise wurde auch nach geöffneten Arztpraxen und Apotheken in der Nähe des Anrufers gefragt.

Eine Auswertung der häufigsten Symptome zeigt, dass es gelungen ist, die richtige Zielgruppe anzusprechen (sogenannte Bagatellfälle, die häufig keine Behandlung durch ambulante Strukturen benötigen: Erbrechen, abdominale Schmerzen, Rückenschmerzen, Brustschmerz sowie Kopfschmerzen).

Eine Analyse der am häufigsten empfohlenen Versor-

gungsorte macht zudem deutlich, dass der Schwerpunkt mit ca. 60 Prozent klar im niedergelassenen Bereich liegt. Auch dies trägt zu einer Entlastung von ambulanten Versorgungsstrukturen bei.

**Beitrag des Hauptverbandes zur Nutzung von Synergien**

Im Zusammenhang mit der Erstellung von statistischen Auswertungen trägt der Hauptverband auch wesentlich dazu bei, Synergien durch die Wiederverwendung bestehender Strukturen zu nutzen.

Die für einen sicheren und ordnungsgemäßen Datentransfer erforderliche Anbindung des von den Bundesländern eingesetzten Expertensystems an das *Data Warehouse* des Hauptverbandes wurde über die sogenannte Datendrehscheibe des Hauptverbandes durchgeführt. Diese wurde zur automatisierten und sicheren Abwicklung der Datenkommunikation zwischen Versicherungsträgern, dem Hauptverband und externen Stellen eingerichtet. Alle beteiligten Stellen kommunizieren dabei nur mit einem Partner (der Datendrehscheibe des Hauptverbandes), was die Abläufe sowohl technisch als auch organisatorisch erheblich vereinfacht und sehr stabil macht.

Um eine den Datenschutzanforderungen entsprechende Übertragung von Daten aus der telefonischen Gesundheitsberatung sicherzustellen, wird die vom Hauptverband geführte Pseudonymisierungsstelle genutzt. Diese dient zur Pseudonymisierung personenbezogener Daten über Diagnosen und Leistungen aus dem stationären und ambulanten Bereich. In allen statistischen Auswertungen werden dementsprechend ausschließlich pseudonymisierte Daten verwendet.

**Weiterentwicklung der Gesundheitsberatung 1450**

Nach dem Abschluss der bundesweiten Implementierung kommt der Weiterentwicklung der Gesundheitsberatung 1450 erhöhte Bedeutung zu. Hierzu zählen u. a. eine mögliche Erweiterung um eine Beauskunftung zu Medikamenten oder eine Nutzung von weiteren Ansätzen zur Digitalisierung. Ein wichtiges Thema ist dabei auch eine weitere Steigerung des Bekanntheitsgrades des Service in der Be-



völkerung. Als eine konkrete Maßnahme hierzu hat der Hauptverband sehr rasch die Nutzung der e-card zur Bewerbung der Gesundheitsberatung 1450 umgesetzt. Neu ausgestellte e-cards enthalten ab sofort einen entsprechenden Hinweis.

Eine Maßnahme, die einmal mehr die wichtige Rolle des Hauptverbandes als Treiber und Koordinator des gemeinsamen Erfolgsprojekts von Bund, Ländern und Sozialversicherung belegt.

Mag. Carsten Grethe (ITSV)

# Teambasierte Primärversorgung in Österreich – bundesweiter Gesamtvertrag wurde abgeschlossen

Primärversorgungseinheiten (PVE) bieten ein breites Spektrum an Versorgung für Patienten

## Der Weg zum Gesamtvertrag (und darüber hinaus)

Ein Weg bis zum Gesamtvertrag hat mehr als fünf Jahre gedauert:

- Konzept „Rund um den Hausarzt“ der Bundeszielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung (2014);
- 1. April 2015: Der erste PVE-Pilot eröffnet in Wien-Mariahilf;
- Bundeszielsteuerungsvertrag mit „Zielsteuerung-Gesundheit“ der Jahre 2017 bis 2020 mit der Festlegung der Anzahl der PVE mit 75 bis zum Jahr 2021;
- Primärversorgungsgesetz (2017) mit den Grundlagen und Eckpfeilern zu PVE;
- Im Jahr 2019 sind es insgesamt 16 PVE in vier Bundesländern (Wien, Oberösterreich, Steiermark, Niederösterreich);
- Und nun der bundesweite Gesamtvertrag zwischen Österreichischer Ärztekammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger – 2019 (= ein Rahmenvertrag);
- Regionale Vereinbarungen zu Honorierung und weiteren Ausgestaltungselementen (genaue Öffnungszeiten etc.) – Abkommen sind teilweise bereits vor dem Gesamtvertrag vorhanden, zum Beispiel in Niederösterreich und Oberösterreich;
- Erste regionale Vereinbarungen unter dem Regime des Gesamtvertrages in Salzburg, Wien und NÖ;
- Weitere PVE in der Umsetzung, zum Beispiel Linz-Mitte, Raabtal-Burgenland, Tennengau-Salzburg sowie zwei weitere in Wien.

## Inhalte des neuen bundesweiten Gesamtvertrages

Der bundesweite Gesamtvertrag zur Primärversorgung ist als Rahmenvertrag zu verstehen, er gibt die Eckpunkte (basierend auf den gesetzlichen Bestim-

*Eine Primärversorgungseinheit (PVE) ist „... die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“<sup>1</sup>*

mungen) zur neuen teambasierten Primärversorgung vor – ein PVE soll als solches vom Bodensee bis zum Neusiedlersee erkennbar sein – er lässt aber genügend Raum für regionale Ausgestaltung, um auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und den in den PVE arbeitenden Berufsgruppen eingehen zu können.

- Neu: ein verpflichtender Versorgungsauftrag (= Leistungsspektrum) für jede PVE österreichweit (basierend auf dem ÖSG – Bund, Länder, Sozialversicherung [!]);
- Verpflichtende Servicequalitätskomponenten: Öffnungszeiten Montag bis Freitag, oft von 7 bis 19 Uhr, jedenfalls bei drei Arztstellen: Korridor 40 bis 50 Wochenstunden;
- Eine an den „Regionalen Strukturplan Gesundheit“ (RSG) gebundene Stellenplanung;
- Grundsätze und Ziele der Honorierung sind vereinbart: Grundpauschale, Fallpauschale, Einzelleistungen. Details: unterschiedliche Ausgestaltung auf Landesebene möglich (Evaluierung nach fünf Jahren);
- Ausführliche Qualitätssicherungskriterien, zum Beispiel Disease-Management-Programme, Teilnahme an Qualitätszirkel usw.;
- Diagnosedokumentation – ein bereits europaweit etablierter Standard wird nun auch bei uns umgesetzt.

<sup>1</sup> 15a-Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen – Begriffsbestimmung Artikel 3.9.

**Abbildung 1: Erweitertes Team – PVA**

**Berufsgruppen in einer PVE**

**ÄrztInnen und andere Gesundheits- und Sozialberufe in einer PVE**

In der neuen Primärversorgung sind zum ersten Mal in institutionalisierter Form ÄrztInnen und weitere Gesundheits- und Sozialberufe unter einem Dach oder in einem Netzwerk vereint. Im **Kernteam** der Primärversorgungseinheit (PVE) arbeiten mindestens drei ÄrztInnen der Allgemeinmedizin mit Angehörigen der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege zusammen, dies wird ergänzt durch OrdinationsassistentInnen, sowie allenfalls einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Kinder- und Jugendheilkunde. Orts- und bedarfsabhängig können weitere Gesundheitsberufe verbindlich und strukturiert hinzugezogen werden, im Sinne eines „erweiterten Teams“. Diese Berufsgruppen können u. a. umfassen: Hebammenhilfe, klinische Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Diätologie sowie Sozialarbeit.



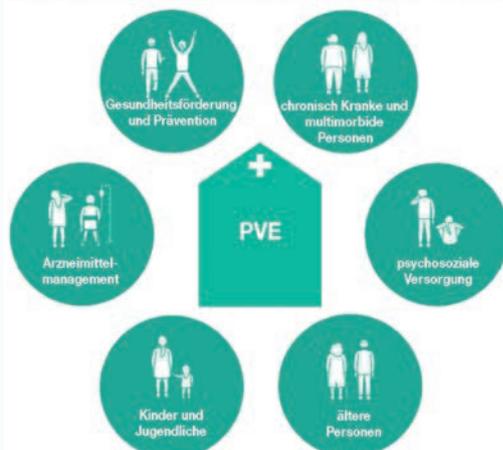
**Vorteile der PVE und des bundesweiten Gesamtvertrags**

1. Besserer und verpflichtender Versorgungsauftrag, auch abgestimmt zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung;
2. Ausführliches Patientengespräch, Akut- und Grundversorgung (inklusive kleiner chirurgischer Eingriffe), Hausbesuche, Prävention und Gesundheitsförderung, besondere Versorgungsaufträge für:
  - a. Kinder und Jugendliche (insbesondere psychische Störungen, Hausbesuche, Langzeitversorgung),
  - b. ältere Menschen (Demenz, Koordination mit Sozialberufen),
  - c. chronisch Kranke (kontinuierliche Begleitung von der Diagnose über Schmerzmanagement, Wundbehandlung, Therapien, Disease-Management-Programme, Schulung, Empowerment für einen selbstbestimmten Umgang mit Erkrankungen).
3. Öffnungszeiten
  - a. Mindestöffnungszeiten Montag bis Freitag mindestens 40 bis 50 Stunden (bei drei Ärztinnen bzw. Ärzten),
  - b. Terminmanagement, nach Möglichkeit online-Terminbuchung,
  - c. ganzjährige Öffnungszeiten.
4. Stellenplanung
5. Als Teil der regionalen Strukturpläne Gesundheit (und damit auch mit dem Spitalsbereich) in den Bundesländern
6. Honorierung
  - a. neue Modelle mit Anreizen, Patientinnen und Patienten mit hohem Betreuungsaufwand zu versorgen,
  - b. Spitäler entlasten,
  - c. andere Gesundheitsberufe einbinden,
  - d. weniger Bürokratie durch bessere Pauschalierungen,

**Abbildung 2: Die Kernkompetenzen von PVE sind**

Eine PVE hat entsprechend **breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kernkompetenzen** aufzuweisen und dies insbesondere für folgende PatientInnengruppen bzw. Aufgaben:

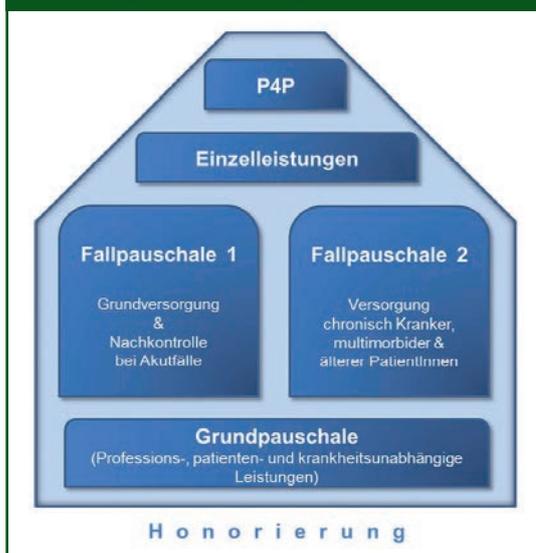
Versorgung von Kindern und Jugendlichen; älteren Personen; chronisch kranken und multimorbiden PatientInnen; psychosozialer Versorgung; Arzneimittelmanagement; Gesundheitsförderung und Prävention.



- Ein breites Spektrum an Aufgaben wird in jeder PVE erbracht – vom Neusiedlersee zum Bodensee.
- Diese **Basisaufgaben** umfassen die folgenden Bereiche:
- ✓ Ambulante Grundversorgung und Verlaufskontrolle bei Akutfällen allgemein
  - ✓ Akutversorgung und Verlaufskontrolle bei komplexen Fällen
  - ✓ Langzeitversorgung chronisch Kranker und multimorbider PatientInnen
  - ✓ Besondere Versorgungsanforderungen bei Menschen mit psychischen Störungen
  - ✓ Besondere Versorgungsanforderungen bei Kindern und Jugendlichen
  - ✓ Besondere Versorgungsanforderungen bei alten Menschen
  - ✓ Rehabilitative Therapie
  - ✓ Palliativversorgung
  - ✓ Prävention & Gesundheitsförderung
  - ✓ Familienplanung und Schwangerschaftsberatung

- e. Anschubfinanzierung durch Bund und Länder, teilweise Gemeinden,
- f. günstige Kreditmöglichkeiten über Europäische Investitionsbank (350 Millionen Euro Gründerinitiative gemeinsam mit heimischen Kreditinstituten).
- 7. Administration bzw. Management durch PVE-Manager erledigen (ebenfalls Finanzierung durch die Sozialversicherung möglich)
- 8. Ordinationsbedarf wird unterstützt
- 9. Qualitätssicherung
  - a. insbesondere integrierte Versorgungsprogramme (Disease-Management-Programme wie etwa „Therapie aktiv“ bei Diabetes)
- 10. Dokumentation: Diagnosekodierung
- 11. Unterstützung bei der Gründung: durch die Sozialversicherung und die Ärztekammer; auch durch *pve.gv.at*, die neue Webseite von Bund, Ländern und Sozialversicherung, die Jungärzte bei der Gründung von PVE helfen sollen.

Abbildung 3: Honorierungsmodell für das PVE



**Das Konzept PVE – wer arbeitet mit wem und welche Leistungen erhält der Patient?**

Folgende Berufsgruppen sind vertreten:

- Mindestens drei Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und Ordinationsassistenten;
- Dazu kommt das erweiterte Team: je nach regionalen Bedarf Vertreter der folgenden Berufsgruppen (siehe Abbildung 1).

**Honorierung bzw. Finanzierung**

Honorierung für die teambasierte PVE grundsätzlich – wie folgt – laut gesetzlichen Bestimmungen und Gesamtvertrag – die genaue Ausgestaltung erfolgt regional (siehe Abbildung 3).

Die Grundpauschale enthält im Wesentlichen die Kosten für das PVE-Add-On (inklusive Kosten für das Kernteam: Pflege, Ordinationsassistenten) und geben den Ärztinnen bzw. Ärzten eine gewisse Planungssicherheit. Die Fallpauschalen sind abhängig von der Anzahl der Patientinnen und Patienten und erlauben daher eine gewisse Steuerung der Einnahmen.

Das erweiterte Team, das heißt die anderen Gesundheitsberufe, werden derzeit auf tatsächlich erbrachter Stundenbasis durch die Krankenkassen honoriert.

Die Länder beteiligen sich an der Finanzierung der PVE, insbesondere betreffend die Anschubfinanzierung sowie bei Pflege, Diätologie und Sozialarbeit (nicht Sozialversicherungskompetenz). Die Verrechnungen sind von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich.

Für die Gründung stehen ab Herbst 2020 sehr attraktive Kreditmöglichkeiten durch die Europäische Investitionsbank in Zusammenarbeit mit heimischen Banken zur Verfügung (sehr lange Laufzeit!).

**Derzeitiger Stand der Ausrollung und die nächsten Schritte**

Die teambasierte Primärversorgung mit ihren PVE wurde im vergangenen Jahr erfolgreich ausgebaut. Mittlerweile gibt es 16 umgesetzte Projekte in insgesamt vier Bundesländern, die eine umfassende Versorgung für Patientinnen und Patienten leisten (siehe Grafik). In Oberösterreich wurde das erste Primärversorgungs-Netzwerk in Neuzeug-Siering gegründet, das an drei Standorten für Patientinnen und Patienten wohnortnahe da ist.

In Umsetzung sind derzeit weitere Standorte, zum Beispiel in Oberösterreich (Linz-Mitte), ein Netzwerk im südlichen Burgenland (Raabtal), weitere Netzwerke in Niederösterreich – dort gibt es derzeit Interessentensuche. Die anderen Bundesländer haben auf regionaler Ebene wichtige Vorarbeiten zwischen der Krankenkasse und Ärztekammer geleistet und können nun rasch nach Abschluss des Gesamtvertrages regionale Vereinbarungen treffen und erste PVE gründen. In Tirol will man sich in einem ersten Schritt eher auf Netzwerke konzentrieren, während Kärnten

Tabelle 1: Primärversorgungseinheiten in Österreich

Bundesland	Anzahl PVE	Ort	Geplant (gem. RSG)	Zielwert 2021
Burgenland	1	Minihof-Libau/Mogersdorf/Neuhaus am Klausenbach (PVN Raabtal)	–	3
Kärnten	–	–	6	5
Niederösterreich	3	Böheimkirchen, Schwechat, St. Pölten	14	14
Oberösterreich	4	Haslach, Enns, Marchtrenk, Neuzeug-Siering (PVN)	25	13
Salzburg	–	–	5	5
Steiermark	5–2	Graz: St. Leonhart und Gries, Weiz, Voralpe, Gratwein-Straßengel, Eisenerz, Mariazell	30	11
Tirol	–	–	–	6
Vorarlberg	–	–	3	3
Wien	3	Mariahilf, Donaustadt, Meidling	36	16
<b>Österreich</b>	<b>16+2</b>		<b>119</b>	<b>75</b>



© Andrey Popov - Fotolia.com

als ersten Schritt Zentren in und um Villach und Klagenfurt ins Auge fasst.

In Oberösterreich wurde zwischen Land, Krankenkasse und Ärztekammer bereits eine Zielsetzung über das Jahr 2021 hinaus vereinbart: Bis zum Jahr 2025 soll es 25 PVE in Oberösterreich geben.

### Erwartung an die Versorgungsauswirkung

Je nach Größe behandeln die bestehenden Pilot-Projekte in etwa zwischen 3.000 und 7.000 Patienten pro Quartal. Ziel ist es, mit den 75 PVE österreichweit zehn Prozent der Bevölkerung zu versorgen, ein weiterer Ausbau ist vorgesehen.

Im Schnitt arbeiten zwischen drei und fünf Ärztinnen und Ärzten in PVE – hochgerechnet auf 75 PVE macht das 300 bis 400 Allgemeinmediziner, mögliche Kinderärzte noch nicht mitgerechnet.

Erste detaillierte Evaluierungen (aus Wien) zeigen, dass die gewünschte Entlastung des ambulanten Bereichs (Ambulanzen und Facharztbereich) durch diese neue Versorgungsstruktur möglich wird.

Aus anderen Ländern ist bekannt, dass die Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams eine verbesserte Patientenversorgung bei (mittelfristig) niedrigeren Kosten für das System im Ganzen bedeutet (Entlastung Fachärzte und Spitalsambulanzen)

### Attraktivierung der Allgemeinmedizin

PVE sind ein äußerst attraktives Konzept, um Allgemeinmediziner in den niedergelassenen Bereich zu bringen bzw. dort zu halten (Teamarbeit, geteilte Verantwortung, Work-Life-Balance) – Stichwort Attraktivierung der Allgemeinmedizin. In Weiz (Steiermark) und Haslach (Oberösterreich) konnten durch die Entstehung von PVE Stellen besetzt werden, die zuvor trotz mehrmaliger Ausschreibung nicht besetzt werden konnten. Das Modell ist auch attraktiv für Jungärzte.

Von Seiten der Ärztinnen und Ärzte, die in diesen PVE arbeiten, bekommt die Sozialversicherung auch bereits sehr gutes Feedback. Sie schätzen dort die Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen und Kollegen im Team, das Zusammenspiel mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen sowie die faire und absehbare Honorierung (mit Pauschalanteilen). Damit haben sie auch mehr Zeit für ihre Kernaufgaben und ihre Patientinnen sowie Patienten.

### Positives Feedback von Patienten

Die Patienten schätzen es, wie gewohnt ihren Hausarzt zu wählen und zusätzlich die Leistungen von unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufen, die mit dem Hausarzt zusammenarbeiten, in Anspruch nehmen zu können. Und im Vertretungsfall gibt es trotzdem einen zusätzlichen Allgemeinmediziner, der die Patienten sowie deren Krankengeschichte kennt. Die längeren Öffnungszeiten sind ebenfalls ein Vorteil. Das Leistungsspektrum der PVE reicht von der Akutversorgung bis hin zur Versorgung chronisch Kranker sowie von psychosozialer Betreuung bis hin zu gesundheitsfördernden Maßnahmen und Prävention. Teamarbeit und gemeinsame Patientenbetreuung werden großgeschrieben – sowohl in PVE als auch in Netzwerken.

## Mental Health in All Policies

Auf all diesen Ebenen setzt die österreichische Sozialversicherung – insbesondere seit der Berichterstellung im Jahr 2011 zur „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“ – vermehrt Zeichen für die notwendige Gleichbehandlung von psychischer Gesundheit (bzw. deren Erhaltung) und Krankheit mit der im österr. Gesundheitssystem sehr gut behandelten Physis der Menschen. Auch besteht verstärkt

Handlungsbedarf: Etwa wegen vermehrt psychisch auffälliger Jugendlicher oder steigender Krankenstände und Frühpensionierungen auf Grund psychischer Probleme. Und es geht auch um Prävention.

„Keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit“ – mit diesem Schwerpunkt wurde etwa mit dem Pharmarahmenvertrag vom Hauptverband bewusst an bestehenden gesundheitspolitischen Strategien an-

gesetzt und eine breite Palette von Projekten in den Bundesländern gefördert.

Alexander Biach dazu: „Nicht nur individuelle Lebensumstände bestimmen unsere Psyche. Auch die Familie und unsere anderen sozialen Beziehungen sowie Kultur und Umwelt sind von großer Bedeutung – nur ein Beispiel: Präventive Projekte an Schulen sind gerade angesichts von Hass im Netz und Mobbing sehr wichtig“.

### Gesundheitspolitische Strategien

Unter den Auspizien des österreichischen Gesundheitszieles 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ werden vom Hauptverband aktuell mehrere gemeinsame Aktivitäten mit dem Gesundheitsministerium und der „Gesundheit Österreich GmbH gesetzt“ – z. B. die Erarbeitung von Konzepten für die psychotherapeutische und psychologische Versorgung und das unter besonderer Berücksichtigung von Best-Practice-Modellen (z. B. Wiener Projekt „Alkohol. Leben können.“).

### Zur psychischen Versorgung

Die allgemeinmedizinischen Praxen in Österreich sind die Hauptaufstellung bei psychischen Problemen. Mehr als 100.000 Patienten werden jährlich von den Psychiatern betreut. Vorrangige Ziele der Sozialversicherung im ärztlichen Bereich waren die qualitativen Leistungsverbesserungen – etwa mit der Honorierung von vermehrter „Gesprächsmedizin“. Hervorzuheben ist auch das im Jahr 2018 vom Hauptverband zur Verfügung gestellte und in der Ärztefortbildung approbierte e-learning-tool „Psychiatrische Basisfertigkeiten in der allgemeinmedizinischen Praxis“.

Neben dem Aufbau der kinder- und jugendpsychiatrischen ambulanten Betreuung war dem Hauptverband auch die Versorgungsschiene der psychischen Rehabilitation für Kinder und Jugendliche besonders wichtig. Mittlerweile gibt es mehrere stationäre Einrichtungen, in denen hochspezialisierte multiprofessionelle Hilfe angeboten wird.

Auch für Erwachsene ist über die letzten Jahre unter Federführung der Pensionsversicherungsanstalt der psychische Rehabilitationsbereich – sowohl stationär als auch ambulant – enorm ausgebaut worden.

### Spezielles zur Psychotherapie

Der im Juni 2017 von der Trägerkonferenz im Hauptverband beschlossene Ausbau der Sachleistungsversorgung ist in der Zielgeraden. Geplant war, deutlich mehr Patienten zu versorgen – im Jahr 2015 waren es rund 65.000, Ende 2019 sollten dann mehr als 78.000 Patienten betreut werden.

Die Patientenzahlen für das Jahr 2018 zeigen eine über den Erwartungen liegende Entwicklung (78.238),

welche den Zielwert für dieses Jahr (74.000) wesentlich übertrifft – und die im Laufe des Jahres 2019 gemeldeten Zahlen belegen, dass der Ausbau der Psychotherapie über die Erwartungen hinaus realisiert wird.

Im Übrigen optimieren laufende Qualitätsverbesserungen – insbesondere beim Zugang zur Psychotherapie – das bestehende Angebot.

Patienten können auch außerhalb der Sachleistungsversorgung freiberuflich tätige Psychotherapeuten konsultieren und erhalten dafür einen Zuschuss. Dieser wurde im Jahr 2018 im Zuge der Leistungsharmonisierung bei allen Gebietskrankenkassen auf 28 Euro pro Einheit einer Einzeltherapie erhöht.

Abschließend sei erwähnt, dass sich der Hauptverband auch im Bereich der klinischen Psychologie zunehmend engagiert – so garantiert der soeben aktualisierte Vertrag mit der Berufsvertretung den Patienten eine hochqualitative klinisch-psychologische Diagnostik. Inwieweit vermehrt klinisch-psychologische Interventionen für Patienten zur Anwendung kommen können, wird aktuell im Rahmen der oben erwähnten Forschungsprojekte erhoben.

Alexander Biach: „Für die psychische Gesundheit sind eine Vielzahl von Wirkfaktoren ausschlaggebend. Die Sozialversicherung will ihre Verantwortungen wahrnehmen, ganz besonders dann, wenn jemand erkrankt ist. Wir erkennen die gesellschaftliche Verantwortung sowie das Tabu und Stigma bei psychischen Problemen. Mich freut es daher, dass die Sozialversicherung die Thematik umfassend sieht und in allen einschlägigen Arbeitskreisen zum Gesundheitsziel ‚Psychische Gesundheit‘ vertreten ist, sogar bis hin zur Kompetenzgruppe ‚Entstigmatisierung‘“.

Für die Sozialversicherung bleibt die gesunde Psyche ihrer Versicherten jedenfalls ein Anliegen.

Dr. Johannes Gregoritsch (Hauptverband)



© Mediteraneo - Fotolia.com

# Lehrpraxis in Kassenordinationen

*Wenn es um die medizinische Versorgung der Versicherten mit hochwertigen Gesundheitsleistungen geht, dann ist kaum etwas wichtiger, als gut ausgebildete Ärztinnen und Ärzte im Kassenvertrag zu haben.*



© apops – Fotolia.com

## Praxis im Spital?

Schon bisher konnten junge Ärztinnen und Ärzte einen Teil ihrer Ausbildung auch in einer Ordination absolvieren, in den meisten Fällen war es aber kaum möglich, dies mit dem Turnus im Krankenhaus in Einklang zu bringen. Dadurch entgingen ihnen wertvolle Erfahrungen im niedergelassenen Bereich, und für viele wurde die Hürde, den Schritt in die Selbstständigkeit zu wagen, noch höher. Ein noch größeres Problem war aber, dass den jungen Ärztinnen und Ärzten die Arbeit in der Ordination direkt mit den Patienten und die Zusammenarbeit mit praxisnahen Kassenärztinnen und -ärzten fehlte. Gerade Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner ausschließlich im Spital statt auch in Hausarztpraxen auszubilden, zeigte, dass da etwas im System in die falsche Richtung lief. Für die angehenden Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, gleichsam das Rückgrat der Primärversorgung für die Versicherten, ging die Ausbildung an ihrer zukünftigen Kernaufgabe vorbei.

## Lehrpraxis für Allgemeinmediziner

Erst mit der Novelle zur Ärzteausbildung wurde Abhilfe geschaffen, und seit Juni des Jahres 2018 verlassen nun junge Medizinerinnen und Mediziner am Ende ihrer Turnusausbildung für sechs Monate das Spital, um in einer Lehr(gruppen)praxis ihre Fertigkeiten abzurunden. Für angehende Allgemeinmediziner ist diese Lehrpraxis sogar verpflichtend. Nachdem die gesetzlichen Voraussetzungen geschaffen wurden, schloss der Hauptverband mit der Österreichischen Ärztekammer einen Gesamtvertrag, um eine hochqualitative Ausbildung gerade für angehende Hausärztinnen und Hausärzte sicherzustellen. Die Sozialversicherung stellt nun mit ihren Kassenpraxen den Hauptteil aller allgemeinmedizinischen

Ausbildungsstätten. Erfahrene Kassenärztinnen und -ärzte sorgen mit ihrem Engagement und ihren weitreichenden Kenntnissen für wertvolles Wissen der Turnusärzte. Niemand kann besser vermitteln, was es bedeutet, täglich Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern und Bedürfnissen in einer hausärztlichen Praxis zu versorgen.

## Lehrpraktikanten als zukünftige Kassenärzte

Was kann sich ein Krankenversicherungssystem Besseres wünschen als Jungmedizinerinnen und -mediziner, die von der Pike auf gelernt haben, wie die Versorgung in der Kassenpraxis funktioniert, und die Herausforderungen einer Hausarztpraxis meistern können? Man denke an die Sicherheit im Patientengespräch, die Bedeutung von Gesundheitsförderung und Prävention oder die Betreuung chronisch kranker Menschen in Disease-Management-Programmen.

Mit der Ausbildung in Kassenpraxen soll den fast fertigen Allgemeinmedizinern ihre Berufswahl bestätigt werden und Mut gemacht werden, sich nach Ende ihrer Ausbildung um einen Kassenvertrag zu bewerben. Gleichzeitig können durch die Ausbildung von Jungärzten in Kassenpraxen für die Sozialversicherung wesentliche Themen wie Disease-Management, Ökonomie durch die Richtlinien ökonomischer Krankenbehandlung (RÖK) und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln und Heilbehelfen (RÖV), e-card-Anwendungen u. v. m. kommuniziert werden.

Nicht nur die Sozialversicherung, sondern auch der übrige öffentliche Sektor – Spitäler, Gebietskörperschaften – profitiert davon, wenn gut ausgebildete Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner den Schritt ins System wagen und somit für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen.

# Anstellung von Ärzten bei Kassenärzten

Schon lange bestand in der Ärzteschaft der Wunsch, auch im niedergelassenen Bereich die Anstellung von Ärzten bei Ärzten zuzulassen. Bisher war es den niedergelassenen Ärzten nur möglich, einen Lehrpraktikanten in ihren Ordinationen aufzunehmen. Viele Ärztinnen und Ärzte haben sich in den letzten Jahren darum verdient gemacht, jungen Turnusärztinnen und -ärzten eine fundierte Ausbildung zu gewährleisten. Aber erst durch eine Gesetzesnovelle Anfang des Jahres 2019 ist es nun auch erlaubt, dass bereits fertig ausgebildete Ärzte, also „zur selbständigen Berufsausübung berechnete“ Ärzte, von niedergelassenen Ärzten angestellt werden können. Als Patient begegnete man angestellten Ärzten bislang vor allem in Krankenanstalten und Ambulatorien, nun wird das auch in den Kassenordinationen möglich sein.

## Gesamtvertrag

Der Gesetzgeber hat nämlich nicht nur ein paar grundlegende Voraussetzungen für die Anstellung festgelegt, sondern auch dem Hauptverband und der Österreichischen Ärztekammer ermöglicht, einen Gesamtvertrag für den Einsatz von angestellten Ärzten in Kassenpraxen zu schließen.

## Mehrwert für die Patienten

Mit einem besonderen Fokus auf die Patienten drängte der Hauptverband in dieser Regelung darauf, dass vor allem die Versorgung verbessert werden sollte. Den Patienten sollen dort, wo Bedarf besteht, mehr Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen und die Ordinationen sollen länger geöffnet haben. Zusätz-

lich kann auch kurzzeitiger Bedarf, wie z. B. bei langen Wartezeiten oder Engpässen, auf diese Art abgedeckt werden. Natürlich kann sich der Patient mit der Garantie der freien Arztwahl weiterhin seinen Arzt aussuchen und die regelmäßigen Anwesenheitszeiten aller Ärztinnen und Ärzte werden für ihn transparent dargestellt.

## Möglichkeiten für Kassenärzte

Eine faire und klare Regelung soll aber auch für Kassenärztinnen und -ärzte Rechtssicherheit schaffen und ihnen neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit eröffnen. Im Laufe eines ärztlichen Berufslebens kann es immer wieder zu Zeiten kommen, wo sich Bedürfnisse ändern. Besteht der Wunsch, im Arbeitsleben einmal kürzerzutreten, so ist das für Kassenärzte mit der Anstellung eines zweiten Arztes möglich. Ebenso kann, bei gegebenem Bedarf, durch den Ausbau einer Stelle mehr Zeit und Angebot für die Patienten geschaffen werden.

## Anstellung als Angebot

Auch bei den Nicht-Kassenärzten bestand schon lange der Wunsch nach Alternativen zu einer Anstellung im Krankenhaus. Manchmal ist es die Suche nach Teilzeitmöglichkeiten während der Familienzeit oder zur Fortbildung, vielleicht auch die Vorbereitung auf die eigene Selbständigkeit. Diese Ärztinnen und Ärzte sind nun eingeladen, in den Kassenordinationen mit ärztlichem Sachverstand und dem nötigen Engagement für eine gute Versorgung unserer Versicherten und ihrer Angehörigen zu sorgen.

# E-Learning – psychiatrische Basisfertigkeiten in der hausärztlichen Praxis

Nahezu jeder zweite Österreicher leidet in seinem Leben einmal an einer psychischen Erkrankung. Meistens gehen Menschen mit psychischen Problemen zuerst zu ihrem Hausarzt. Der Hauptverband bietet nun sein bewährtes Fortbildungsprogramm für Allgemeinmediziner erstmals als e-Learning an.

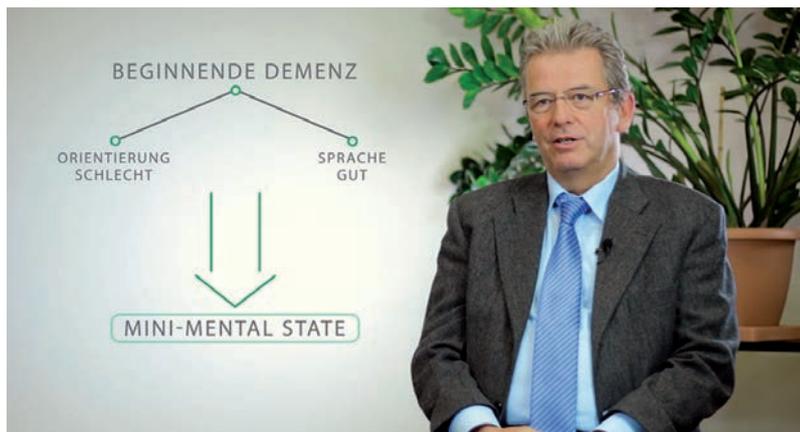
## Psychiatrische Basisfertigkeiten in der hausärztlichen Praxis

Durch das e-Learning der Sozialversicherung wird den Ärztinnen und Ärzten spezifisches Wissen angeboten und den Betroffenen eine zielgenaue Versorgung ermöglicht. In der 75-minütigen Fortbildung

sprechen namhafte Expertinnen und Experten über die Lehrinhalte zu den fünf wichtigsten psychiatrischen Themenbereichen: Demenz, Depression, Sucht/Alkohol, somatoforme Störungen/Schmerz und Suizidalität. So wird eine schnelle und gezielte Hilfe durch frühzeitige Diagnostik, Triage und Behandlung begünstigt.

## Umsetzung als e-Learning

Die Umsetzung als e-Learning bietet den Vorteil, die Lehrinhalte nachhaltig und österreichweit zu verbreiten. Damit können sowohl zeit- als auch ortsunabhängig wichtige Inhalte zum Thema Erkennen und



Prim. Univ.-Prof. DDr. Peter Fischer (psychiatrische Abteilung im SMZ Ost) behandelt im e-Learning das Thema Demenz.

Behandeln psychischer Erkrankungen abgerufen und bearbeitet werden. Das e-Learning ist insbesondere auch DFP-approbiert, sodass die Ärztinnen und Ärzte Diplomfortbildungspunkte für ihr DFP-Konto lukrieren können.

### Erfolg

Im letzten Jahr konnten mit dem e-Learning „Psychiatrische Basisfertigkeiten in der hausärztlichen Praxis“ bereits über 1.700 Ärztinnen und Ärzte, davon zwei Drittel Frauen, erreicht werden. Mit über 80 Kursabsolventinnen und -absolventen hat das e-Learning bereits die Teilnehmerzahl von vier Präsenzseminaren überschritten.

Mag. Petra Rubik (Hauptverband)

## Hebammen

### a) Hebammenbeistandsgesamtvertrag

Der zuletzt zwischen dem Hauptverband und dem Österreichischen Hebammengremium abgeschlossene Gesamtvertrag wurde mit Oktober des Jahres 2004 wirksam und gilt unbefristet. Mit Beginn des Jahres 2017 trat eine Neuregelung der Vergütungen in Kraft. Eckpunkt ist dabei eine schrittweise Anhebung der Tarife für Hausbesuche und Ordinationen bis 2020, zudem eine Strukturpauschale als Abgeltung der Mehraufwendungen der für eine Direktverrechnung erforderlichen administrativen Arbeitsschritte, insbesondere auch für die Vorbereitung der elektronischen Abrechnung mit der Sozialversicherung sowie weitere Tätigkeiten im Zusammenhang mit vertraglichen Verpflichtungen. Die Tarife gelten mindestens bis 31. Dezember 2020.

Darüber hinaus wurden Verbesserungen bei den Leistungen im Zusammenhang mit Hausgeburten vereinbart sowie eine Abgeltung der Rufbereitschaft bei Hausgeburten und das damit verbundene ausdrückliche generelle Verbot von Privatzahlungen für eine Rufbereitschaft.

### b) Mutter-Kind-Pass-Leistung

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 darüber hinaus geregelt, dass zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und dem Österreichischen Hebammengremium ein Gesamtvertrag abzuschließen ist, der die Durchführung dieser Leistung sowie deren Vergütung regelt. Der ursprünglich bis 28. Februar 2017 befristete Vertrag wurde unverändert um zwei Jahre bis 28. Februar 2019 verlängert.

Aufgrund der Bestimmung des § 716 Abs. 7 ASVG letzter Satz wurde eine Weiterwirkung dieses Vertrags zu unveränderten Konditionen bis zum 31. Dezember 2019 beschlossen. Eine neuerliche Verlängerung des Vertrags zu im Wesentlichen unveränderten Konditionen um weitere zwei Jahre bis zum 31. Dezember 2021 wurde in Aussicht genommen.

## Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie

Leistungen werden durch freiberuflich tätige Therapeuten erbracht, darüber hinaus in Instituten unter ärztlicher Leitung, aber auch in Krankenanstalten.

In einzelnen Bundesländern bestehen Verträge mit den freiberuflichen Therapeuten und Instituten. Diese Verträge werden durch die Träger selbst abgeschlossen; Gesamtverträge, die der Hauptverband schließt (z. B. mit Ärzten), gibt es in diesen Bereichen nicht, zumal es auch keine gesetzliche Interessenvertretung

für diese Berufe gibt. Sozialversicherungsintern wurde durch Fachexperten ein Musterkatalog für physikalische Leistungen erarbeitet; dieser Musterkatalog wurde an alle Sozialversicherungsträger mit der Empfehlung ausgesendet, bei Vertragsverhandlungen mit den Leistungsanbietern die Empfehlungen des Musterkatalogs umzusetzen.

Es ist die Linie der Sozialversicherung, die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe zu forcieren und eine

verstärkte Sachleistungsstruktur aufzubauen. In einem ersten Schritt wurden die satzungsmäßigen Kostenzuschüsse der Sozialversicherungsträger für die Inanspruchnahme von Wahltherapeuten bei jenen Trägern, die keine Verträge abgeschlossen haben, bundesweit harmonisiert. Die Vertreter der Gesundheitsberufe haben ihr Interesse an einer verstärkten Vertragsstruktur bekundet und haben diesbezüglich im Hauptverband mit dem Verbandsvorsitzenden Dr. Alexander Biach erste Gespräche geführt. Als weiterer Schritt sind Verhandlungen mit den Vertretern der Berufsgruppen geplant mit dem Ziel einheitlicher bundesweiter Rahmenverträge.

© Photographeeu - Fotolia.com



## Gesamtverträge für ambulante Untersuchungen mit Großgeräten

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

In der Folge kam es sowohl bei CT- als auch bei MR-Untersuchungen zu langen, oft unzumutbaren Wartezeiten bei den Instituten. Dies führte auch zu großem medialen Aufsehen und Druck auf die Vertragsparteien (Wirtschaftskammer und Versicherungsträger). Dem öffentlichen Druck folgend, wurden in den beiden letzten Jahren der Laufzeit der Honorarregelung (2017 und 2018) die fixen Kostenobergrenzen aufgehoben. Gleichzeitig wurde dem Wartezeitenproblem mit einer vertraglichen Wartezeitenregelung begegnet (maximal zehn Tage für eine CT-Untersuchung, maximal 21 Tage für eine MR-Untersuchung). Darüber hinaus wurde eine vertragliche Privatpatientenregelung mit einem ausdrücklichen Diskriminierungsverbot für Kassenpatienten gegenüber Privatpatienten getroffen. Diese Regelungen hatten zur Folge, dass die Wartezeiten abgebaut werden konnten; im Laufe des Jahres 2018 hat sich die Wartezeitensituation deutlich entspannt. Eine jüngste Erhebung im Sommer 2019 hat ergeben, dass die vertraglichen Wartezeiten bis auf einzelne Ausnahmen eingehalten worden sind. Im Juli des Jahres 2018 wurde mit dem Fachverband

der Gesundheitsbetriebe in der Wirtschaftskammer Österreich ein Ergebnis für eine Regelung ab dem Jahr 2019 erzielt. Wesentliche Punkte dieser Vereinbarung sind:

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

© Robert Kneschke - Fotolia.com



- Wertsicherung der Tarife durch frequenzabhängige Indexierung auf Basis des Verbraucherpreisindex (VPI)

Es wurde festgelegt, die Inhalte dieser Punktation in den bilateralen Gesamtverträgen umzusetzen. Diese Umsetzung in den Trägerverträgen setzte noch Gespräche mit den Landeswirtschaftskammern bzw.

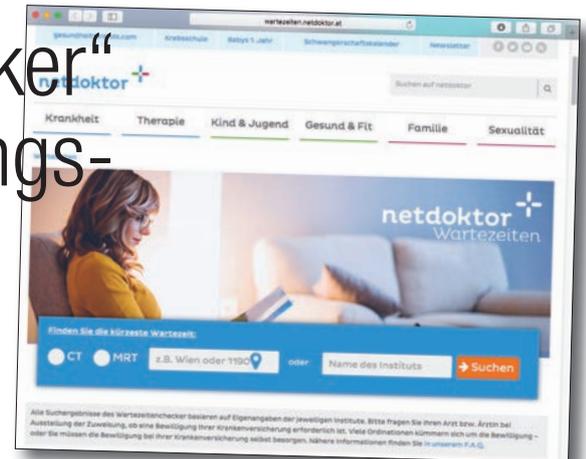
dem Fachverband der Gesundheitsbetriebe voraus. Im Laufe des Jahres 2019 konnten diese Gespräche abgeschlossen werden. Eine Beschlussfassung der akkordierten Verträge durch die Gremien des Hauptverbandes ist noch für Dezember 2019 vorgesehen.

*Robert Hummel (Hauptverband)*

## Mit dem „Wartezeitenchecker“ schneller zum Untersuchungstermin beim Radiologen!

Computer-Tomographien (CT) und Magnetresonanz-Untersuchungen (MR) sind aus der modernen medizinischen Diagnostik nicht mehr wegzudenken und haben in den letzten Jahren stark an Bedeutung gewonnen. Das lange Warten der Patientinnen und Patienten auf solche Untersuchungen war zu Jahresende 2017 vorbei. Nach intensiven und zähen Verhandlungen haben sich am 28. März 2017 die Radiologen und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger auf eine Lösung geeinigt. Demnach wurden die bislang bestehenden Obergrenzen der Ausgaben für CT- und MR-Untersuchungen (also die sogenannten „Deckelungen“) aufgehoben. Ab dem Jahr 2018 konnte damit jeder Patientin und jedem Patienten ein MR-Untersuchungstermin innerhalb von 20 Arbeitstagen und ein CT-Untersuchungstermin innerhalb von zehn Arbeitstagen angeboten werden, bei medizinisch dringlichen Fällen (wie etwa Patienten mit Verdacht auf eine Krebsdiagnose) sogar innerhalb von fünf Arbeitstagen. Ob ein Fall medizinisch dringlich ist, sollte im direkten Gespräch zwischen dem zuweisenden Arzt und dem Radiologie-Facharzt geklärt werden. Mit diesen Wartezeiten liegt Österreich damit europaweit im Spitzenfeld.

Dass durch dieses Maßnahmenbündel auch jenes Problem wegfallen würde, das in den Jahren davor in der Öffentlichkeit für den meisten Ärger gesorgt hatte, dass sich nämlich immer mehr Patienten gezwungen sahen, privat für MR-Untersuchungen zu zahlen, wenn sie die langen Wartezeiten nicht hinnehmen wollten, hat sich nicht ganz erfüllt. Zwar wurde als Sofortmaßnahme zwischen den Radiologie-Instituten und den Krankenkassen bzw. dem Hauptverband vereinbart, dass es zu keiner Ungleichbehandlung von Patienten kommen soll und dass die Privatzahlung nicht dazu führen darf, einen schnelleren Termin als ein Kassenpatient zu bekommen, viele Institute bieten „ihren“ Patientinnen und Patienten aber nach wie



vor einen schnelleren Termin mit einem sogenannten Privat-Gerät an.

Dabei haben sich die Radiologie-Institute ab 1. Juli 2017 zur vollen Transparenz der Wartezeiten bekannt, indem sie sich verpflichtet haben, ihre Wartezeiten auf deren Homepages via Internet möglichst einfach zugänglich zu veröffentlichen.

Aus diesem Grund hat der Hauptverband in Kooperation mit dem größten Online-Gesundheitsportal [www.netdoktor.at](http://www.netdoktor.at) einen Wartezeitenchecker für CT- und MRT-Untersuchungen eingeführt. Konkret können Patientinnen und Patienten mit diesem Internetservice nach einer Zuweisung durch ihre Ärztin bzw. ihren Arzt zu einer Computertomographie bzw. einer Magnetresonanztomographie umgehend feststellen, welches radiologische Institut in ihrer Umgebung die kürzeste Wartezeit hat.

Und so geht es mit wenigen Klicks schneller zum Termin!

- Den Weblink [www.netdoktor.at/wartezeitenchecker](http://www.netdoktor.at/wartezeitenchecker) im Internet aufrufen;
- Anklicken, ob eine Zuweisung für eine CT- oder eine MRT-Untersuchung vorhanden ist;
- Wohnort bzw. Postleitzahl angeben! Falls bekannt, den Namen eines radiologischen Institutes in der Umgebung eingeben, um sich über dessen aktuelle Wartezeit direkt informieren zu wollen;
- Als Suchergebnis werden alle Institute in der Umgebung mit Name, Adresse, Weblink und Entfernung zum Wohnort präsentiert. Dieses Suchergebnis kann dann mit wenigen Klicks nach den aktuellen Wartezeiten sortiert werden.

*Dieter Holzweber (Hauptverband)*

# MedAustron – 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“ im Jahr 2017 auf einen Vertrag zur Kostenübernahme für innovative Krebsbehandlungen geeinigt. Damit ist sichergestellt, dass Patienten, deren Krebstumoren in der Nähe von strahlenempfindlichen Organen liegen, mit ihrer e-card ohne Zuzahlung die optimale Behandlung in Form einer Ionen- oder Protonenstrahlentherapie in Anspruch nehmen können.

Der Vertrag ist rückwirkend ab 1. Jänner 2017 in Kraft getreten, bereits durchgeführte und laufende Behandlungen für Versicherte wurden damit auch erfasst. Die durchschnittlichen Behandlungskosten für eine Protonen- oder Ionenbestrahlung belaufen sich auf rund 33.000 Euro. Ab dem Jahr 2019 werden diese mit dem Verbraucherpreisindex valorisiert.

Wenn Patienten aus medizinischen Gründen während einer Behandlung nicht täglich heimkehren können, übernimmt MedAustron die Kosten von Übernachtung und Verpflegung. Dem Patienten verbleibt le-

diglich eine Kostenbeteiligung von 15 Euro pro Tag. Kinder sind von der Kostenbeteiligung ausgenommen. Voraussetzung für die Kostenübernahme durch die Sozialversicherung ist die Empfehlung eines unabhängigen Tumorboards, wodurch sichergestellt wird, dass einem Krebspatienten die optimale Behandlung zuteilwird, so etwa in Spitälern. Die österreichische Sozialversicherung ist berechtigt, eine weitere medizinische Expertise zur Behandlungsnotwendigkeit einzuholen. Die Wartezeiten bei MedAustron sind transparent im Internet zu publizieren. Die Bevorzugung von Privatpatienten ist verboten.

Dadurch, dass im Jahr 2018 ein weiterer Behandlungsraum eröffnet wurde, konnte die Behandlungskapazität nachhaltig erhöht werden. Im Jahr 2018 wurden etwa 165 sozialversicherte Patientinnen und Patienten in Wiener Neustadt behandelt.

Mitte des Jahres 2019 wurde mit der Bestrahlung durch Kohlenstoffionen begonnen. Damit wurden weitere Einsatzgebiete dieser aufwendigen Behandlungsform erschlossen.

*Mag. Alexander Maksimovic (Hauptverband)*

## Diabetikerversorgung im Disease-Management-Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“



### Diabetes mellitus in Österreich

Diabetes mellitus ist eine ernstzunehmende chronische Erkrankung mit hoher Prävalenz. In Österreich sind rund 500.000 bis 800.000 Menschen an Diabetes mellitus erkrankt, was sieben bis elf Prozent der Gesamtbevölkerung entspricht (fünf bis sieben Prozent Diagnostizierte und zwei bis vier Prozent geschätzte Undiagnostizierte).<sup>1</sup> Davon entfällt der größte Teil auf den Typ-2-Diabetes.

Typ-1-Diabetiker werden in Österreich vorwiegend in Diabetesambulanzen in Krankenanstalten behandelt und Typ-2-Diabetiker vor allem von Hausärzten oder auch Internisten im niedergelassenen Bereich betreut. Diabetes mellitus kann unbehandelt zu massiven Folgeerkrankungen bis hin zum frühzeitigen Tod führen.

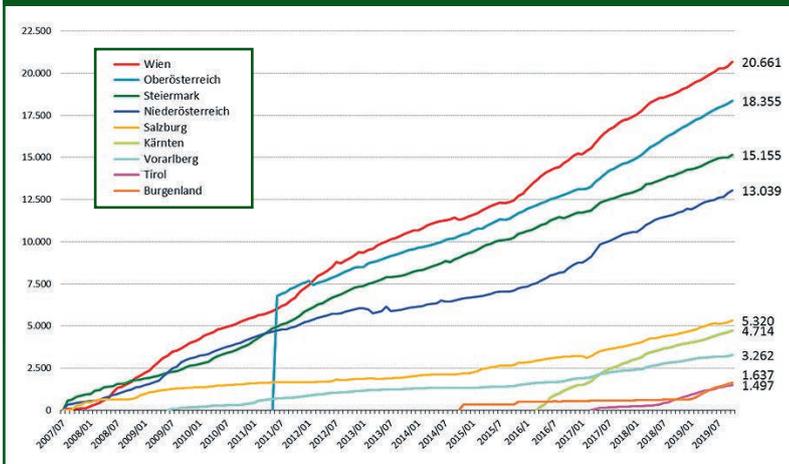
Diabetiker haben unter anderem ein erhöhtes Risiko für Herzinfarkte, Schlaganfälle, diabetische Nieren- und Augenerkrankungen oder das diabetische Fußsyndrom.

### Das Disease-Management-Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ der österreichischen Sozialversicherung

Um Patienten mit Diabetes mellitus bestmöglich versorgen zu können, hat die österreichische Sozialversicherung bereits im Jahre 2007 reagiert und ein Disease-Management-Programm (DMP) für die strukturierte Langzeitbetreuung von Menschen mit Typ-2-Diabetes entwickelt. Das DMP „Therapie Aktiv – Diabetes im Griff“ wird heute bundesweit angeboten und steht den

<sup>1</sup> Österreichischer Diabetesbericht 2017.

**Abbildung 1: Patientenzuwachs seit Implementierung des DMPs 2007<sup>5</sup> nach Bundesländern (Stand 1.11.2019)**



**Tabelle 1: Steigerung der Teilnehmerzahlen im Jahr 2019 (Stand November 2019)<sup>6</sup>**

	Stand Ende 2018	Aktueller Stand	Steigerung 2019	in Prozent
Ärztinnen/Ärzte	1.729	1.817	88	5,1
Patientinnen/Patienten	75.725	83.640	7.915	10,5

Patienten kostenlos zur Verfügung. Es wird federführend von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) als Partnerträger des Competence Centers Integrierte Versorgung (CCIV) der österreichischen Sozialversicherung betrieben, die für die österreichweite Koordination verantwortlich ist.

„Therapie aktiv“ soll durch eine strukturierte Diabetesversorgung das Risiko für diabetesbezogene Folgeerkrankungen und deren Komplikationen (wie Niereninsuffizienz, diabetische Neuropathie oder Amputationen) senken, die Mortalität reduzieren und die Lebensqualität der Patienten verbessern. Die vermeidbare Sterblichkeit liegt bei Diabetikern in Österreich über dem Durchschnitt der EU-28-Länder.<sup>2</sup> Verglichen mit Nicht-Diabetikern weisen Diabetespatienten zudem eine deutlich verminderte Lebensqualität auf.

### Ziele des DMP

#### „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“<sup>3</sup>

- Motivation zur aktiven und eigenverantwortlichen Mitarbeit der „Therapie Aktiv“-Patienten,
- Erreichung einer optimalen Blutzuckereinstellung,
- Steigerung der Lebensqualität,
- Vermeidung von Nebenwirkungen der Therapie,
- Reduktion des erhöhten Risikos für Komorbiditäten und Mortalität,

<sup>2</sup> Österreichischer Diabetesbericht 2017.

<sup>3</sup> Leitlinie Diabetes mellitus 2019, Kurzfassung, ÖDG Wien.

<sup>4</sup> Homepage „Therapie aktiv“, Zahlen und Fakten. <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/?contentid=10007.791399&viewmode=content>; abgerufen am 13.11.2019.

<sup>5</sup> STGKK Graz, Stand November 2019.

<sup>6</sup> STGKK Graz, Stand November 2019.

<sup>7</sup> Evaluierungsbericht DMP „Therapie aktiv“, Medizinische Universität Graz 2015. <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.649643&version=1519316820>; abgerufen am 25.11.2019.

- Vermeidung oder Verzögerung von Folgeschäden und Spätfolgen wie Erblindung, Nierenversagen, Nervenschädigung und diabetischem Fußsyndrom,
  - Senkung des Schlaganfall- und Herzinfarkttrisikos.
- „Therapie aktiv“-Ärzte werden speziell geschult und bieten eine strukturierte Diabetesbetreuung an. Das Patientenmanagement beinhaltet die Behandlung mithilfe von evidenzbasierten Behandlungspfaden, das gemeinsame Festlegen von Zielvereinbarungen und das Ausfüllen eines Dokumentationsbogens, der als Checkliste für die diabetesrelevanten Kontrolluntersuchungen und Zielvereinbarungen dient. Die teilnehmenden Patienten erhalten regelmäßige Kontrolluntersuchungen der wichtigsten Werte, zahlreiche Informationsmaterialien zu ihrer Krankheit und das Angebot einer Patientenschulung. Die Gruppenschulungen behandeln vielfältige Themen rund um den Diabetes mellitus Typ 2 und sollen den Patienten helfen, ihre Erkrankung zu verstehen und sie dazu befähigen, sich aktiv an deren Therapie zu beteiligen.

### Entwicklung der Teilnehmerzahl

„Therapie aktiv“ wird mittlerweile in allen Bundesländern angeboten. Mit Stand November 2019 nahmen bereits 83.637 Patienten und 1.817 Ärzte daran teil.<sup>4</sup>

Die Teilnahmeraten von Patienten und Ärzten steigen erfreulicherweise kontinuierlich.

Im Vergleich zum Vorjahr konnte im Jahr 2019 eine Steigerung der Anzahl der teilnehmenden Ärzte um 5,1 Prozent und eine Erhöhung der eingeschriebenen Patienten um 10,5 Prozent erreicht werden.

### „Therapie aktiv“ wirkt – Evaluierungsergebnisse des Programms

Im Jahr 2015 wurden die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen von „Therapie aktiv“ durch die Medizinische Universität Graz wissenschaftlich untersucht. Im Vergleich zur Kontrollgruppe zeigten sich hinsichtlich Mortalität und Gesamtkosten deutliche Vorteile für die DMP-Patienten.<sup>7</sup> Anfang des Jahres 2019 wurde die weiterführende Evaluierung publiziert, in welcher der Beobachtungszeitraum für die bestehende Kohorte von vier auf acht Jahre verlängert worden war. In der Langzeitbeobachtung konnten die positiven Ergebnisse in Bezug auf Mortalität und Gesamtkosten bestätigt werden: Das Sterberisiko war in der DMP-Gruppe um über 25 Prozent niedriger als in der Kontrollgruppe (22,06 versus 29,65 Prozent). Auch bei diabetespezifischen Folgeerkrankungen wie Herzin-

farkt und Schlaganfall zeigten sich signifikante Vorteile für die Patienten von „Therapie aktiv“ (siehe Tabelle 2). Die Analyse der mittleren jährlichen Gesamtkosten (bestehend aus Arzteigenkosten, stationären Kosten, Heilmittel- und Transportkosten) ergab einen Kostenvorteil von jährlich ca. 1.000 Euro pro „Therapie aktiv“-Patient (9.858,70 EUR versus 10.898,90 EUR). Die Kostendifferenz kam in erster Linie durch die niedrigeren stationären Kosten in der DMP-Gruppe zustande.<sup>11</sup>



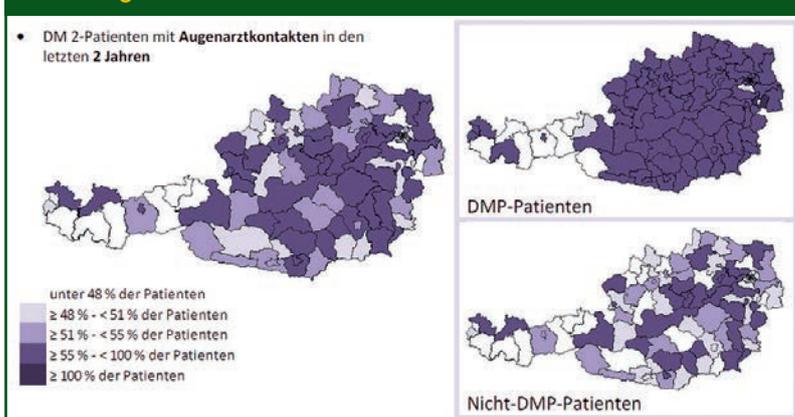
**Tabelle 2: „Therapie aktiv“ – acht Jahre Follow-up von Diabetes-Typ-2-Patienten; DMP-Gruppe und Kontrollgruppe im Vergleich<sup>8</sup>**

Acht Jahre Follow-up	DMP-Gruppe in Prozent	Kontrollgruppe in Prozent	DMP-Gruppe um Prozent geringer
Mortalität	22,06	29,65	25,6
Herzinfarkt	3,90	4,54	14,1
Schlaganfall	6,48	7,71	16,0

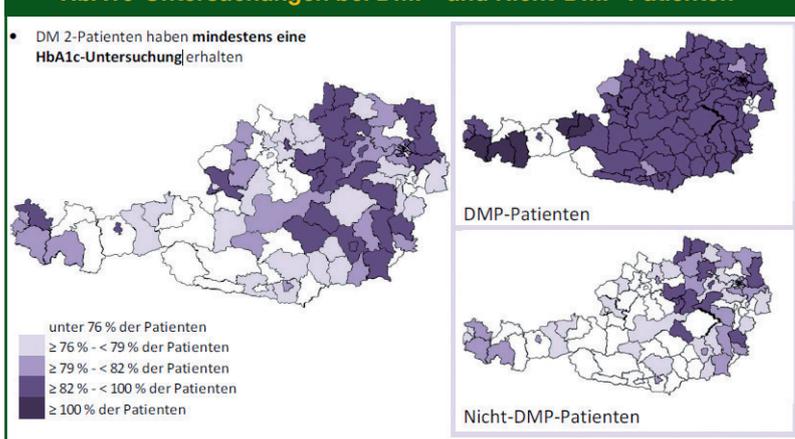
**Ergebnisse in LEICON**

LEICON ist ein modular aufgebautes gesundheitsökonomisches Analysetool, das von der NÖGKK mit der OÖGKK und VAEB entwickelt wurde und betrieben wird. Basierend auf Abrechnungsdaten von 13 österreichischen Krankenversicherungsträger (neun Gebietskrankenkassen, SVA, SVB, BVA und VAEB) wird jedes Jahr eine Auswertung zu Diabetes mellitus Typ 2 erstellt. Im kürzlich erschienenen LEICON Management Summary 2017 wurden niedrigere Gesamtkosten und eine höhere Prozessqualität für DMP-Patienten im Vergleich zu Nicht-DMP-Patienten beschrieben. Hinsichtlich der Versorgung mit Augenarztkontakten in den letzten zwei Jahren oder Patienten mit mindestens einer HbA1c-Untersuchung im Jahr) ergaben sich durchgehend Vorteile für die Teilnehmer des DMP.<sup>12</sup>

**Augenarztkontakte von DMP- und Nicht-DMP-Patienten<sup>9</sup>**



**HbA1c-Untersuchungen bei DMP- und Nicht-DMP-Patienten<sup>10</sup>**



**Ausblick**

Das Disease-Management-Programm „Therapie aktiv – Diabetes im Griff“ wird kontinuierlich weiterentwickelt und evaluiert. Derzeit werden zum Beispiel nach dem diesjährigen Erscheinen der überarbeiteten Leitlinie „Diabetes mellitus“ der Österreichischen Diabetesgesellschaft (ÖDG) die Behandlungspfade von einer Arbeitsgruppe aus Hauptverband, Österreichischer Diabetesgesellschaft und STGKK überarbeitet und aktualisiert.

Wie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag<sup>13</sup> als Ziel formuliert, ist die Sozialversicherung ständig bemüht, die Teilnahmeraten der Patienten und Ärzten am Programm zu erhöhen. Das verpflichtende Angebot des DMP wurde daher auch in dem im Jahr 2019 abgeschlossenen PVE-Gesamtvertrag festgeschrieben.

Die Sozialversicherung arbeitet weiterhin mit großem Engagement daran, die Teilnahmezahl von Ärzten und Patienten am Programm zu erhöhen und dieses nach dem aktuellsten medizinischen Stand weiterzuentwickeln.

Die Gesundheit und die Bedürfnisse unserer Versicherten stehen dabei im Mittelpunkt und oberstes Ziel ist es, Diabetespatienten ein längeres Leben bei guter Gesundheit zu ermöglichen!

*Dr. Lena Gloeckner (Hauptverband)*

8 Verändert nach: Advertorial der WGKK, in: Hausarzt informativ, Juni 2019.  
 9 LEICON Management Summary Diabetes mellitus Typ 2, NÖGKK, OÖGKK, VAEB 2017.  
 10 LEICON Management Summary Diabetes mellitus Typ 2, NÖGKK, OÖGKK, VAEB 2017.  
 11 Evaluierungsbericht DMP „Therapie aktiv“, Medizinische Universität Graz 2019. <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.678802&version=1562140359>; abgerufen am 25.11.2019 und Advertorial der WGKK, in: Hausarzt informativ, Juni 2019.  
 12 LEICON Management Summary Diabetes mellitus Typ 2, NÖGKK, OÖGKK, VAEB 2017.  
 13 Bundeszielsteuerungsvertrag (BZV) 2017 [https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/6/CH3973/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag\\_2017-2021\\_urschrift.pdf](https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/2/8/6/CH3973/CMS1501063225561/zielsteuerungsvertrag_2017-2021_urschrift.pdf); abgerufen am 20.11.2019.



© Falkenauge - Fotolia.com

# Transportwesen und Flugrettung

tungswesens.<sup>3</sup> Dies liegt daran, dass der Bereich historisch gewachsen ist und die Höhe der Kostenersätze in den vergangenen Jahrzehnten eher das Ergebnis von Verhandlungsgeschick als von Bedarfsplanung oder Eckkostenberechnungen war.

Analog zur verschobenen Finanzierungsteilung ist auch die landläufige Meinung der Bevölkerung zumeist, dass die Sozialversicherung für das Rettungswesen zuständig sei. Diese Meinung wird auch durch Medienberichte suggeriert, oft liest man Schlagzeilen wie „Kasse zahlt Flugtransport nicht“.

## Ausgangssituation

Das Rettungswesen ist kompetenzrechtlich Landessache. Aus diesem Grund ist dieser Leistungsbereich sehr föderalistisch geregelt und die Finanzierung sowie die Zuständigkeiten auf viele Stakeholder aufgeteilt.

Die Sozialversicherung ist gesetzlich verpflichtet, Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen einen Kostenersatz für durchgeführte Transporte zu leisten. Zu diesen Voraussetzungen zählen unter anderem:

- Gehunfähigkeit (die Benutzung eines öffentlichen Verkehrsmittels ist auch mit einer Begleitperson nicht möglich),
- Transport in die nächstgelegene geeignete Behandlungseinrichtung.

Im Bereich der Flugrettung gelten darüber hinaus folgende Kriterien:

- Lebensgefahr (NACA IV bis VI),
- Transport auf dem Landweg nicht zu verantworten,
- ärztliche Bescheinigung der Notwendigkeit,
- Anerkennung durch die Kasse (Chefarztpflicht).

Die Finanzierung des Rettungswesens sollte der verfassungsmäßigen Systematik zufolge grundsätzlich zum großen Teil durch die Länder und Gemeinden erfolgen, der Anteil der Sozialversicherung sollte geringer sein. Dies einerseits aufgrund der Beschränkung der Sozialversicherung auf die Transportstrecke – laut geltender Rechtsprechung handelt es sich nur dann um einen Transport, wenn Versicherte transportiert werden, somit ist die Sozialversicherung nicht für Leerstrecken ohne Versicherte an Bord zuständig<sup>1</sup> – und andererseits aufgrund der Tatsache, dass die Vorhaltung verhältnismäßig teuer ist als der Einsatz – Berechnungen zufolge machen zum Beispiel in der Flugrettung die Vorhaltekosten (das sind die Kosten für Bereitschaftsdienste) in etwa 70 Prozent der Gesamtkosten eines Stützpunktes aus, die restlichen 30 Prozent entfallen auf die Einsätze.<sup>2</sup>

In der Praxis trägt die Sozialversicherung in etwa die Hälfte der Gesamtkosten des österreichischen Ret-

## Entwicklung

Das Transportwesen fällt in die Kompetenz des Fachbereiches „Versorgungsmanagement 2“ der Österreichischen Gesundheitskasse und umfasst den gewerblichen Bereich der Krankenbeförderung mit Taxiunternehmen, den Krankentransport, den Rettungsdienst und die Notfallrettung durch Rettungsorganisationen sowie die Flugrettung.

Die größten Herausforderungen in diesem Vertragspartnerbereich stellten in den letzten Jahren die Frequenzentwicklung, die auf Veränderungen in der Krankenhauslandschaft und demografische Entwicklungen zurückzuführen ist, sowie die vielschichtigen gesetzlichen Zuständigkeiten und Finanzierungsströme dar. In beiden Bereichen setzt sich das Competence Center Transportwesen (CC TW) erfolgreich für eine Verbesserung der Position der Sozialversicherung ein. Zielvorgabe dabei war immer eine Optimierung der Systemeffizienz im Sinne einer hochwertigen und flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung bei möglichst geringem Einsatz von Ressourcen.

Als Erfolge sind exemplarisch eine Verschiebung der Finanzierungsanteile und der Abschluss einer bahnbrechenden, österreichweiten Vereinbarung im Bereich der Flugrettung anzuführen.

Insbesondere bei der Vereinbarung zur Direktverrechnung im Bereich der Flugrettung wurde der Fokus auf eine bestmögliche Sachleistungsversorgung der Versicherten ohne finanzielle Belastungen gelegt.

## Flugrettung – vertragliche Situation

Von Gesetz wegen können die Sozialversicherungsträger in ihren Satzungen bestimmen, unter welchen Voraussetzungen – und damit in welcher Höhe – Transportkosten übernommen werden. Dabei sind auch

<sup>1</sup> OLG Wien, 19.1.2005, 9 Rs 141.

<sup>2</sup> Rechnungshof 2012, Flugrettung mit Schwerpunkten in den Ländern Salzburg und Tirol, S. 135.

<sup>3</sup> Rechnungsabschlüsse der Länder, Erfolgsrechnungen der Sozialversicherungsträger.

Tarife festgelegt, die bei Fehlen einer vertraglichen Regelung zur Geltung kommen.

In den Jahren von 1984 bis 1995 bestand eine solche vertragliche Regelung zwischen Hauptverband und ÖAMTC. Durch den Wegfall dieser Vereinbarung bestand seit dem Jahr 1995 ein vertragsloser Zustand, wodurch für die österreichischen Sozialversicherungsträger ausschließlich die Tarife der (Muster-)Satzung relevant waren.

Durch den vertragslosen Zustand herrschte große Unsicherheit für die Versicherten. Da seitens des Bundes und der Länder keine Bedarfsplanung existierte und keine Beschränkungen bestanden, konnten mehrere Flugrettungsunternehmen Standorte eröffnen. Im Jahr 1987 bestanden 13 Standorte des BMI und des ÖAMTC.<sup>4</sup> Aktuell betreiben sieben Unternehmen insgesamt 39 Hubschrauber.

Während bei den Hubschraubern des „Christophorus Flugrettungsvereins“ (ÖAMTC) meist moderate Forderungen an Betroffene gestellt wurden und die Möglichkeit einer Lösung über den Schutzbrief oder einen Unterstützungsfonds bestand, waren die Forderungen der privaten, gewinnorientierten Betreiber meist deutlich höher und kaum am Kulanzweg lösbar. Somit bestand neben dem Gesundheitsrisiko für Betroffene auch noch das Risiko von Kosten in Höhe von mehreren Tausend Euro.<sup>5</sup> Auch wenn Betroffene den Hubschrauber nicht selbst alarmiert hatten, sondern zum Beispiel der Liftbetreiber, konnte eine Forderung kaum abgewendet werden.

### Das Ende des vertragslosen Zustandes

Der Leistungsbereich der Flugrettung in Österreich unterlag seit dem Jahr 1995 keiner vertraglichen Regelung, was zu Unsicherheiten für die Bevölkerung führte. Im Jahr 2015 konnte durch das CC TW eine Vereinbarung erarbeitet und mit den Stakeholdern abgestimmt werden, womit sich der 20 Jahre dauernde vertragslose Zustand schließlich beenden ließ.

Im Jahr 2014 schlossen sich alle Flugrettungsbetreiber Österreichs zur „Interessensgemeinschaft Notarzt-Hubschrauber“ (IG NAH) zusammen. Geschlossen trat die IG NAH an den Hauptverband heran. In einem Positionspapier wurden dabei die Vorstellungen der Betreiber zur Gestaltung der weiteren Zusammenarbeit festgehalten. Unter anderem enthielt das Positionspapier ein Ersuchen um eine Tarifvalorisierung, die bereits seit mehreren Jahren ausgeblieben war. Auch auf der Seite der Sozialversicherungsträger wurde eine Verhandlungsposition erarbeitet.

In den darauffolgenden Monaten wurde in mehreren

Gesprächsrunden die Verhandlungsposition der Sozialversicherungsträger mit den Flugrettungsbetreibern diskutiert und versucht, eine gemeinsame Sichtweise zu erarbeiten. Die Gespräche waren von einem außerordentlich sachlichen Klima geprägt. Von beiden Seiten wurde die Wichtigkeit des Themengebiets betont und das Interesse an einer gemeinsamen Lösung im Sinne der Betroffenen in den Mittelpunkt gestellt.

Der Abschluss des Prozesses konnte im Juli 2015 mit der Unterzeichnung der Vereinbarung durch die verantwortlichen Vertreter des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Flugrettungsbetreiber erreicht werden. Die Vereinbarung umfasst einige zentrale Eckpunkte, die davor zum großen Teil undenkbar waren:

- Erstmals sind alle Flugrettungsbetreiber Österreichs in einer Vereinbarung zusammengefasst;
- keine finanzielle Belastung der betroffenen Personen, mit einer einzigen Ausnahme: Sport und Tourismus in alpinem Gelände – in diesem Bereich sind 95 Prozent über eine private Zusatzversicherung abgesichert;<sup>6</sup>
- Kostentragung nur bei Lebensgefahr;
- Alarmierung durch eine betreiberunabhängige, überregionale Leitstelle anhand eines standardisierten Abfrageschemas;
- Verzicht der Sozialversicherung auf die chefärztliche Ex-post-Bewilligung;
- Einrichtung einer Clearingstelle zur Beilegung etwaiger Ungereimtheiten.

Die Erfolgsgeschichte im Bereich der Flugrettung wird im Jahr 2020 durch eine neue Vereinbarung fortgesetzt.

### Resümee

Das Transportwesen unterliegt einem stetigen Wandel. Als Tor zum Gesundheitswesen wirken sich Bevölkerungsentwicklung und Veränderungen der Behandlungslandschaft unmittelbar auf das Transportwesen aus. Die Politik ist gefordert, darauf entsprechend bedarfsgerecht zu reagieren.

Seitens der Sozialversicherung bestehen die Herausforderungen weiterhin in der Abgrenzung der gesetzlichen Zuständigkeiten und der Sicherstellung der Finanzierbarkeit. Zusätzlich sind harmonisierende Maßnahmen im Zuge der Kassenfusion im Sinne der Versicherten umzusetzen. Im Bereich der Flugrettung wurde dabei bereits Pionierarbeit geleistet.

Dieser Weg soll nun gemeinsam weiterverfolgt und auch für den bodengebundenen Transport im Sinne der Versicherten umgesetzt werden.

*Mag. Markus Trauner (NÖGKK)*

<sup>4</sup> Zirwig 2008, Die Flugrettung in Österreich, S. 11.

<sup>5</sup> „Im Bereich der Flugrettung befinden sich Versicherte in einem zweifachen Hochrisikobereich, einem medizinischen und einem finanziellen“ (GD Dr. Josef Probst).

<sup>6</sup> <https://www.oeamtc.at/thema/flugrettung/verrechnung-von-christophorus-einsaetzen-und-patienten-fragebogen-16181442>, Stand 15.11.2019.