

Dr. Josef Probst
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Prioritätensetzungen im österreichischen Gesundheitswesen

Personenbezogene Bezeichnungen beziehen sich auf Frauen und Männer gleichermaßen. Einfachheitshalber wurde die männliche Form gewählt.

Politische Debatte und theoretische Überlegungen

A) Struktur des Gesundheitssystems

Das österreichische Gesundheitswesen wird im Wesentlichen von der (gesetzlichen) Sozialen Krankenversicherung getragen. Es handelt sich dabei um eine auf dem Solidaritätsprinzip basierende Pflichtversicherung, die grundsätzlich an die Erwerbstätigkeit gebunden ist (aber auch Angehörige, Pensionisten, Arbeitslose einbezieht). Die Finanzierung erfolgt überwiegend durch einkommensabhängige Beiträge. Die Krankenversicherungsträger sind Körperschaften öffentlichen Rechts. Durch das Prinzip der Pflichtversicherung ist gesetzlich festgelegt, welcher Träger für welchen Versicherten zuständig ist. Dabei besteht neben der historisch gewachsenen berufsständischen Gliederung auch eine territoriale Gliederung für Arbeitnehmer (Gebietskrankenkassen). Die österreichische Sozialversicherung ist nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert.

Im österreichischen Sozialversicherungsrecht ist der Versicherungsfall der Krankheit definiert als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der Krankenbehandlung notwendig macht (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, § 120 Abs. 1). Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (ASVG, § 133 Abs. 2).

Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung in Österreich umfassen:

- Die ärztliche Versorgung im primären Sektor, einschließlich physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlung, sowie psychotherapeutische Behandlung (§ 135 ASVG)
- Heilmittel (Arzneimittel), (§ 136 ASVG)
- Heilbehelfe, Hilfsmittel (§ 137 ASVG, § 154 ASVG)
- Zahnbehandlung, Zahnersatz (§ 153 ASVG)

- Krankenhausversorgung (§ 144 ASVG und folgende)
- Medizinische Hauskrankenpflege (§ 151 ASVG)
- Krankengeld (§ 138 ASVG und folgende)
- Mutterschaftsleistungen (§ 157 ASVG und folgende)
- Medizinische Rehabilitation (§ 154 a ASVG)
- Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung (Kuren) (§ 155, § 156 ASVG)
- Früherkennung von Krankheiten und Gesundheitsförderung (§ 154 b, 132 a, b ASVG)
- Fahrtspesen und Transportkosten als Nebenleistungen.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist die Dachorganisation aller Träger und erfüllt Koordinierungs- und Dienstleistungsfunktionen. Die Leistungen der sozialen Krankenversicherung werden in der Regel als Sachleistungen erbracht. Der Spitalsbereich ist im wesentlichen im Eigentum der Bundesländer und zu etwa 50 % steuerfinanziert, der restliche Finanzierungsanteil wird von der Sozialversicherung aufgebracht, ohne dass diese maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung des Spitalssektors in Österreich hat. Der ambulante Bereich (vertragsärztlicher Bereich) wird von der Sozialversicherung gesteuert (Bedarfsplanung, unterschiedliche Honorarordnungskataloge). Die Erstattungspolitik im Medikamentenbereich wird vom Hauptverband als Dachorganisation der Sozialversicherung gesteuert (Einkaufspolitik: Prioritäten, Preise).

B) Probleme

Auch das österreichische Gesundheitssystem ist mit Finanzierungsproblemen konfrontiert. Der größte Zahler im System (mit rund 50 % der gesamten Gesundheitsausgaben) ist die soziale Krankenversicherung.

Laut Statistik Austria betrug im Jahr 2002 der Anteil der Gesamtgesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt 7,7 %, der Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben lag bei 5,4 % des BIP. Das den Berechnungen der Statistik Austria zugrunde liegende VGR-Konzept unterschätzt jedoch die tatsächlichen Gesundheitsausgaben und wird daher auch demnächst revidiert. Laut Institut für Höhere Studien (IHS) lag der tatsächliche Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP im Jahr 2002 bei 9,1 %. Auch wenn man berücksichtigt, dass in der Gesundheitsausgabenstatistik noch Präzisierungsbedarf besteht, kann man sehen, dass der Anteil der privat finanzierten Gesundheitsleistungen in Österreich im internationalen Vergleich relativ hoch ist.

Trotz hoher Privatfinanzierung weisen die Rechnungsabschlüsse der Krankenkassen steigende Verluste aus. Laut Gebarungsvorschaurechnung werden die Defizite in den nächsten beiden Jahren bis über 600 Mio. EUR ansteigen, das würde ein Defizit von mehr als 5 % der Erträge bedeuten¹. In der politischen Diskussion über die Konsolidierung der Finanzen der sozialen Krankenversicherung ist die Diskussion über Selbstbehalte ein ständiger Begleiter.

Während die Einnahmen der sozialen Krankenversicherung (im Wesentlichen auf das Erwerbseinkommen bezogene Beiträge) langsamer wachsen als das Bruttoinlandsprodukt, steigen die Ausgaben für Versicherungsleistungen weitaus rascher als das BIP. Hier sind insbesondere die Kosten für die Medikamentenversorgung hervorzuheben, die zu den größten Ausgabenpositionen gehören und in den letzten Jahren mit der dreieinhalbfachen Geschwindigkeit der Beitragseinnahmen gewachsen sind.

Außerdem haben in Österreich in den letzten Jahren gesetzliche und politische Maßnahmen der Bundesregierung die soziale Krankenversicherung zusätzlich finanziell belastet.

¹ Das derzeit im österreichischen Nationalrat behandelte Maßnahmenpaket ist dabei nicht berücksichtigt.

C) Diskussion zur Prioritätensetzung

Eine breite, institutionalisierte Diskussion zur expliziten Prioritätensetzung im Gesundheitswesen wird in Österreich nicht geführt. Eine gesamtheitliche Systematik von Gesundheitszielen und Steuerungsverantwortung fehlt. Die Mehrheit der Politiker und Experten ist der Ansicht, dass eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in einem reichen Land wie Österreich auch weiterhin leistbar ist. Bevor man mit einer Rationierungsdebatte beginnt, sollten alle Anstrengungen auf eine weitere Verbesserung der Systemeffizienz gerichtet werden. Niemand bestreitet, dass in vielen Bereichen des Gesundheitssystems noch Produktivitätssteigerungspotential vorhanden ist. Die eben erst beschlossenen Reformen im österreichischen Gesundheitswesen gehen daher in diese Richtung. Vor allem wird eine bessere Koordination des stationären und ambulanten Sektors angestrebt.

In Österreich erfolgt kein strukturiertes Horizon-Scanning, aufgrund dessen Prognosen zur Innovationsentwicklung im Gesundheitswesen gemacht werden könnten. Dies wäre die Grundvoraussetzung für eine ex ante Bewertung von Prioritäten.

Prioritätensetzung auf der MAKROEBENE:

Gesetzliche und politische Maßnahmen haben die soziale Krankenversicherung in den letzten Jahren zusätzlich belastet.

Beitrags- und Selbstbehaltserhöhungen, die eigentlich der finanziellen Kassensanierung dienen sollten, haben die Belastungen nicht kompensiert. Eine Berechnung des Hauptverbandes ergibt für die Jahre 2001 bis 2004 aufgrund gesetzlicher bzw. politischer Maßnahmen eine Nettobelastung der Krankenversicherungsträger von insgesamt rund 300 Millionen Euro.

Ein Thema der Reformdiskussion ist die Frage nach – fairen und sozial verträglichen – zusätzlichen Finanzierungsmöglichkeiten für das System. Auch dazu gibt es aktuelle politische Vorschläge, die allerdings zum Teil umstritten sind. Die geplante Erhöhung von Selbsthalten (Rezeptgebühr und Spitalkostenbeitrag) wird von der Opposition abgelehnt, weil diese Verschiebung der Finanzierungslast von der Allgemeinheit hin zu den Kranken dem Grundsatz der solidarischen Finanzierung widerspricht. Erst kürzlich hat eine Auswertung der Kärntner Gebietskrankenkasse ergeben, dass nur 1,7 % der Versicherten 25 % des Kassenaufwandes verursachen, 7 % der Versicherten benötigen bereits 50 % des Kassenaufwandes, 25 % der Versicherten verursachen 80 % der Kosten². Dies ist erneut ein Beleg für den international anerkannten Grundsatz, 20 % der

² A. Wurzer, R. Robinig, J. Rodler; Selbstbehalte – eine Bestandsaufnahme zur Orientierungshilfe, KGKK 2004, S 92 f

Bevölkerung 80 % der Gesundheitsausgaben verursachen.³ Daraus kann man ableiten, dass die Einhebung von Selbstbehalten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen vor allem eine kleine Gruppe von schwer kranken Menschen trifft, die aber dafür mit voller Härte.

Im aktuellen politischen Gesetzespaket ist nun statt der Rezeptgebührenanhebung eine Kürzung der Zuschüsse seitens der Krankenkassen zu Brillen und Kontaktlinsen enthalten. Dies bedeutet eine Erhöhung des Selbstbehaltes für Brillen und Kontaktlinsen von 23 Euro im Jahre 2004 (bei entsprechender Aufwertung 24,20 Euro im Jahr 2005) auf 72,60 Euro im Jahr 2005, also eine Mehrbelastung von 48,40 Euro für den Versicherten für 2005.

Die Kostenübernahme für Trifokalbrillen wurde gänzlich gestrichen. Durch diesen Wegfall der Kostenübernahme entstehen dem Versicherten Mehrkosten in der Höhe von 170 Euro. Ohne eine strukturierte Diskussion wurde die Gruppe der Heilmasseure vor kurzem in die Gruppe der Leistungserbringer für ärztliche Hilfe aufgenommen. Dies dient wohl mehr der Versorgung der Masseure als der, der Patienten.

Seit einigen Jahren ist die soziale Krankenversicherung gesetzlich verpflichtet in einen Fonds zur Finanzierung der künstlichen Befruchtung einzuzahlen und die Leistungsabwicklung zu organisieren.

Im Medikamentenbereich gibt es bereits seit langem eine systematische Prioritätensetzung seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger. (Vergleiche hierzu auch Pharmac in Neuseeland).
Detailinformationen entnehmen Sie bitte dem Kapitel „Von der Theorie zur Praxis“.

Prioritätensetzung auf der MESOEBENE:

³ E. Huber und K. Langbein, Die Gesundheitsrevolution, Berlin 2004, S. 29

Im Bereich der **Ärzteversorgung** erfolgt eine unsystematische Prioritätensetzung im Form einer Steuerung durch Stellenpläne und unterschiedliche Honorarordnungen (Fachgebietszuordnungen, Abrechnungslimitierungen und Degressionen).

Der **Spitalsbereich**, der in Österreich im Kompetenzbereich der Bundesländer liegt, zeichnet sich durch Überkapazitäten, bei trotzdem gegebenen Engpässen (Bereich der Dialyse, Warteschlangen bei Hüftoperationen) aus. Am Beispiel der Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung wird im Kapitel „Von der Theorie zur Praxis“ auf die EBM-orientierte Überarbeitung medizinischer Leistungsbereiche eingegangen.

Prioritätensetzung auf der MIKROEBENE:

Eine Beeinflussung der Entscheidungen im Einzelfall soll durch Projekte wie Arznei und Vernunft erfolgen. Dieses Projekt begann als Empfehlung für stufenweise medikamentöse Therapie für maßgebliche Krankheitsgruppen. Zuletzt wurde eine umfassende Leitlinie für Diabetes Typ II entwickelt. Für die Leitlinienerzeugung existiert eine normierte, qualitätsgesicherte Vorgehensweise.

D) Auf welche Weise sollte eine Prioritätensetzung umgesetzt werden?

Die Frage, ob wir uns alle sinnvollen medizinischen Angebote noch leisten können, kann redlicherweise erst gestellt werden, nachdem alle Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung und zur Mittelaufstockung ausgeschöpft sind. In Österreich herrscht die Ansicht vor, dass diese Situation in absehbarer Zeit nicht eintreten wird. Die in manchen Entscheidungsbereichen vorhandenen „conflicts of interests“ der beauftragten Berater sind einer sinnvollen Prioritätensetzung vielfach nicht förderlich. Dies betrifft auch die Frage der Rationierung bestimmter Gesundheitsleistungen. Donald Light formulierte diese Problematik wie folgt: „Wir behaupten, dass das Konzept der Rationierung in einem weitgehenden Ausmaß ein rhetorisches Konstrukt ist: Es formuliert einen Zusammenhang zwischen Verteilungsentscheidung und Ressourcen, der dazu dienen kann, bestimmte Interessen gegen andere zu unterstützen“. ⁴

⁴ Light DW, Hughes D. Introduction; A sociological perspective on rationing: power, rhetoric and situated practices. *Sociology of Health and illness* 2001, 23:551-9

In der Realität werden Diskussionen über Prioritäten im österreichischen Gesundheitswesen jedoch einerseits von Außen, durch die Leistungserbringer eingebracht. Dies erfolgt meist, wenn neue medizinische Verfahren oder Geräte im angebotsinduzierten Gesundheitsmarkt etabliert werden sollen. Das Projekt MedAustron zur Etablierung einer Einrichtung zur Krebstherapie mit Photonen und Leichionen wurde sogar leistungsrechtlich im allgemeinen Sozialversicherungsgesetz verankert. Auf der anderen Seite erfolgt ein Diskurs über Prioritätensetzung durch Erkennen von Defiziten oder Problemen, wie beispielsweise die personelle Unterbesetzung in geriatrischen Anstalten oder Defizite im Bereich der Dialysestationen.

Persönliche Position:

Auf der Makroebene ist ein wichtiges Thema im Zusammenhang mit der Prioritätensetzung die Festlegung von Gesundheitszielen. Bisher haben in Österreich nur einzelne Bundesländer explizite Gesundheitsziele festgelegt, dies wäre auch auf nationaler Ebene dringend erforderlich. Neben der Erarbeitung konkreter Gesundheitsziele müssen auch klar messbare Indikatoren festgelegt und für eine regelmäßige unabhängige Evaluierung der Zielerreichung gesorgt werden. Dazu wäre es nötig, ein unabhängiges Institut für Planung und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einzurichten.

Um eine Priorisierung vornehmen zu können, muss versucht werden, den Versorgungsbedarf zu objektivieren. Eine wichtige Voraussetzung dafür ist eine professionelle Gesundheitsberichterstattung.

Zur Orientierung beim Thema Prioritäten für Österreich sollten folgende Kriterien herangezogen werden:

- Effektivität (Eine finanzierte Leistung sollte auch einen Nutzen haben)
- Gerechtigkeit (Die Finanzierung von Leistungen sollte eine faire Aufteilung öffentlicher Ressourcen beinhalten)
- Akzeptanz
- Effizienz (das Verhältnis eines in definierter Qualität vorgegebenen Nutzens zu dem eingesetzten Aufwand soll gegeben sein)⁵

⁵ vgl. Prioritising Health Services, A background paper for the National Health Committee, <http://www.nhc.govt.nz>

Voraussetzung für eine sinnvolle Prioritätensetzung ist daher die Nutzung von EBM und HTA, eine systematische Versorgungsforschung, die evaluiert ob die Leistungen die Menschen auch erreichen, eine öffentliche Diskussion und Beteiligung sämtlicher Stakeholder (Versicherte, Selbsthilfegruppen, Pflege- und Medizinberufe, Zahler, etc.) sowie eine transparente gesundheitsökonomische Bewertung.

Ziel ist es, die sinnvollen medizinischen Maßnahmen von den kaum oder gar nicht wirksamen Maßnahmen zu trennen, und so dazu beizutragen, dass die sinnvollen Maßnahmen für alle zur Verfügung gestellt werden können. Teure, spezifische Leistungen sollten nur für spezifische Patientengruppen angeboten werden, die diesen Zusatznutzen auch benötigen. Den Sport, mit Kanonen auf Spatzen zu schießen, kann sich kein Gesundheitssystem leisten.

Zur Identifizierung von Rationalisierungspotentialen und zur Sicherung der Qualität der Gesundheitsleistungen wäre ein regelmäßiges und transparentes Benchmarking aller Leistungsanbieter anzustreben.

Die Wirtschaftlichkeit des Systems könnte auch durch ein Überdenken der Bezahlungssysteme erhöht werden, sowohl im stationären als auch im niedergelassenen Bereich. Die Organisation des Gesundheitswesens und die Einkommen der Beteiligten haben einen großen Einfluss darauf, was mit den vorhandenen finanziellen Mitteln „eingekauft“ werden kann. Ehe die Notwendigkeit der Rationierung behauptet wird, gilt es die Organisation des Gesundheitssystem und der dort stattfindenden Dienstleistungen zu prüfen und auch zu sehen, ob die Einkommen der Dienstleister als fair betrachtet werden können.⁶

⁶ vgl. M.A. Narath, Das Gespenst der Rationierung in reichen Ländern – ein Gespenst eben. In: Die (Miss)Wirtschaft mit der Gesundheit – Rationierungsdiskussionen im Gesundheitswesen. Hrsgb.: Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau, Graz 2002

Von der Theorie zur Praxis

Im Folgenden werden einige Beispiele zur Prioritätensetzung in der österreichischen Praxis ausgeführt.

MAKROEBENE:

Krankenhaussektor

Die Verantwortung für den Spitalsbereich liegt in Österreich bei den einzelnen Bundesländern. Die Finanzierung wird über eigene Landesfonds geregelt.

Im Jahr 2002 betragen die Endkosten der Fondskrankenanstalten 7,8 Milliarden Euro. Während der Löwenanteil aus den Mitteln der Sozialversicherung stammt, sind neben den Ländern auch noch andere wesentliche Finanzierungsträger (Bund, Gemeinden, Private Krankenversicherungen, Patienten) für die Mittelaufbringung verantwortlich.

Trotz der Tatsache, dass der Anteil der Sozialversicherung am Gesamtbudget der Krankenanstaltenfinanzierung wesentlich stärker gewachsen ist als jener der Länder ist das Stimmengewicht der Sozialversicherung in den neun Länderfonds deutlich unterrepräsentiert.

Österreich hat zu viele Betten (6 Akutbetten pro 1.000 Einwohner in Österreich, 4 Akutbetten pro 1.000 Einwohner EU 25)⁷ dies führt zu einer Spitalshäufigkeit, die 50 % über dem europäischen Durchschnitt liegt (Aufnahmen in Akutkrankenhäusern in Österreich: 28,6 pro 100 Einwohner, EU 25: 18,1 pro 100 Einwohner)⁸

Die sektorale Finanzierung soll in der derzeitigen Gesundheitsreform durch organisatorische Maßnahmen gegengesteuert werden: Bundesgesundheitsagentur, Landesgesundheitsplattformen.

Bereich Medikamente:

Prioritätensetzung im Medikamentenbereich hat Tradition in Österreich (Positivliste, Einschränkung der Verschreibbarkeit auf bestimmte Indikationen, auf bestimmte Facharztgruppen, etc.). Mit den Pro-Kopf-Ausgaben liegt Österreich im Jahr 2000 im Durchschnitt der EU. Dem Hauptverband und den Krankenversicherungsträgern ist es zwar seit dem Jahr 2000 in Kooperation mit den Partnern im Gesundheitswesen gelungen, dass die jährlichen Aufwendungen für Heilmittel im internationalen Vergleich halbwegs vertretbare Zuwachsraten aufwiesen (2000 + 2,7 %; 2001 + 4,8 %, 2002 +

⁷ WHO, Health for all Database, Datenbasis 2002

⁸ WHO, Health for all Database, Datenbasis 2002

7,2 %), trotzdem liegen sie deutlich über den Zuwächsen im Einnahmenbereich. Konsolidierungsmaßnahmen waren daher notwendig. Im Jahre 2003 fanden daher intensive Gespräche zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Pharmawirtschaft (pharmazeutische Industrie/Depositeure, Arzneimittelgroßhandel, Apotheken) statt, mit dem Ziel, 2003 bis 2006 in einem Korridor zwischen 3 und 4 % zu stabilisieren (Erwartungswert ohne Maßnahmen: 7 bis 9 %).

Am 10. November 2003 wurde schließlich eine politische Vereinbarung zwischen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und Pharmawirtschaft abgeschlossen, die als Kernstück u.a. folgende Maßnahmen enthielt:

1. Preis und Spannensenkungen in der Höhe von 120 Mio. Euro (- 5 %)
2. Maßnahmen mit nachhaltiger Wirkung (neues Heilmittelverzeichnis mit Boxensystem inkludierend chefarztpflichtige Medikamente, Möglichkeiten Medikamentengruppen auszuschreiben, Meldung des Patentablaufes durch die Industrie, neue Generikaregelung, elektronischer Workflow)
3. Neugestaltung der Chefarztpflicht (prior authorisation) nach dem Motto: es läuft das Rezept und nicht der Patient.

Auch für den Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel ist im Hauptverband ein Fachbeirat eingerichtet, der die Qualität und Preisangemessenheit neuer Produkte prüft.

MESOEbene:

Einrichtungen, Instrumente sowie konkrete Beispiele der Sozialversicherung zur Priorisierung im Gesundheitswesen:

Balanced Scorecard der Sozialversicherung – Ein Instrument der Sozialversicherung zur Ziel, Strategie- und Prioritätensteuerung

In der österreichischen Sozialversicherung fand in den letzten Jahren eine intensive Auseinandersetzung mit modernen Managementkonzeptionen statt. Die dezentralen – aus berufsständischen sowie föderalen Gesichtspunkten heraus gewachsenen – Strukturen selbstständiger Versicherungsträger legen ein Zurückkrängen der Regelerorientierung (bürokratisches Prinzip) zugunsten einer Ziel- bzw. Ergebnisorientierung von den organisatorischen Voraussetzungen her, nahe.

Das BSC-System der Sozialversicherung umfasst 16 Sozialversicherungsträger der Sparten Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung⁹ sowie den Hauptverband, der neben seiner Aufgabe als Koordinator zentrale Dienstleistungen erbringt. In dieser durch unterschiedliche Aufgabenstellung, Größe etc. stark heterogen geprägten „Trägerlandschaft“ ist die BSC eine Möglichkeit, ein Gerüst zur Verdeutlichung von Strategien sowie Prioritäten und gemeinsam erzeugter Synergien zu entwickeln.

Das Gesetz sieht eine Abstimmung der sozial- und gesundheitspolitischen Ziele mit der Politik vor, die Kombination der BSC mit finanziellen Zielerreichungszuschüssen aus einem gesetzlichen Zwangsdahlensmodell wurde vom Verfassungsgerichtshof aufgehoben.

EBHVB – Evidenzbasierte Medizin im Hauptverband

Der umfassende gesetzliche Leistungsauftrag sieht vor, eine ausreichende, zweckmäßige, jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreitende, Krankenbehandlung zu gewährleisten. Daher erarbeitet die Organisationseinheit EBHVB, angesiedelt im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Grundlagen für die Bewertung von medizinischen Dienstleistungen.

Eine der ersten umfassenden Arbeiten war die evidenzbasierte Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung in Österreich.

Die Arbeitsweise von EBHVB baut auf den Methoden von Evidence-Based-Medicine (EBM) und Health Technology Assessment (HTA) auf.

Die Arbeitsweise von EBHVB hält sich grundsätzlich im Interesse der Patienten an folgende Maximen:

⁹ 9 GKK als reine KV-Träger; AUVA und PVA als reine UV- bzw. PV-Träger; VAdöB, VAdöE, BVA, SVAdgW und SVB als Träger mit mehreren Sparten

- Der Wissensgewinn erfolgt weisungsunabhängig und frei von parteilichen Einflussnahmen. Unsere Mitarbeiter zeichnen sich durch ihre fachliche Offenheit aus.
- EBHVB definiert sich als interner Dienstleister im Gesundheitssystem und erleichtern durch sein kundenfreundliches Service die fachliche Kommunikation nach innen und außen.

Bereich Vorsorgeuntersuchung:

Die bisher durchgeführte Vorsorgeuntersuchung (VU-alt) wurde im Jahr 1974 eingeführt und seit damals im Wesentlichen nicht verändert. Die Zahlen zur alten Vorsorgeuntersuchung zeigen ein ausbaufähiges Interesse der Menschen an der Früherkennung von möglichen Krankheiten. Im Jahr 2003 haben im Schnitt etwa 12,4 Prozent der anspruchsberechtigten Personen die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen – und das mit einem deutlichen West-Ost-Gefälle. Berücksichtigt man, dass im Durchschnitt die Österreicher nur alle 3 Jahre zur Vorsorgeuntersuchung gehen, erreicht man ein Zielpublikum von knapp 40 Prozent.

Im Jahr 2001 gab es etwa 710.000 Vorsorgeuntersuchungen (nur Basisprogramm), 2002 waren es etwa 750.000 und im Jahr 2003 waren etwa 800.000 Menschen bei der Vorsorgeuntersuchung. Eine steigende Tendenz ist also deutlich erkennbar.

Die Modifizierung der Vorsorgeuntersuchung baut auf einer aktuellen, international wissenschaftlich gesicherten Basis auf. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer haben gemeinsam ein medizinisches Programm erarbeitet, das in Effektivität und Effizienz dem aktuellen Stand der internationalen Medizin entspricht und einen nachweislichen Gesundheitsnutzen für die österreichische Bevölkerung und vor allem auch für den Einzelnen erbringen soll. Zweifelhafte Verfahren, mit einer ungünstigen Nutzen-/Risikorelation, wurden dezidiert ausgeschlossen.

Es wurden die internationalen Screeningprogramme und die zugrundeliegenden Studien sowie internationale Screening-, EBHC-Experten konsultiert: Finnland, Holland, GB, Deutschland, Schweiz, Neuseeland, Australien, Kanada und USA.

Das neue Programm zur Vorsorgeuntersuchung baut auf einem EBM-basierten Verfahren auf. Die Entscheidung für die Aufnahme oder Ablehnung eines Vorsorgezieles in das neue Programm erfolgte nach zwei anerkannten Verfahrensweisen: UK National

Screening Committee, US amerikanische Preventive Service Task Force (USPSTF3). Bei diesen Verfahren wird mittels einer hochwertigen Methodologie der Nutzen eines Screeningprogramms geprüft.

Innovationsprojekte der österreichischen Sozialversicherung

Um den wachsenden Anforderungen im Gesundheitswesen gerecht zu werden hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 12 Innovationsprojekte zur strategischen Weiterentwicklung sowie zur Prioritätensetzung innerhalb der österreichischen Sozialversicherung ausgeschrieben.

Krankenanstaltenfinanzierung ab 2005

Die Inhalte dieses Innovationsprojektes lagen in der Weiterentwicklung der Krankenanstaltenfinanzierung in Österreich, einer effizienten Ressourcenallokation, einer Verbesserung der Planung im Krankenhaussektor, einer Analyse der Optimierungspotenziale in den Fondskrankenanstalten durch Auslagerung und Schnittstellenmanagement, einer kritischen Betrachtung sämtlicher Krankenanstaltenfinanzierungsmodelle, strategischer Analyse bezüglich zukünftiger Entscheidungsstrukturen sowie einer Analyse der Steuerungsmöglichkeiten (z.B. Verbesserte Steuerung der Patientenströme) im österreichischen Krankenanstaltensektor.

Aufbau eines Beitragscontrolling

Aufbau eines Systems zur periodischen Effizienzmessung und Evaluierung der Zielerreichung im Bereich des Beitragswesens.

Aufbau eines Leistungscontrolling

Die Inhalte dieses Innovationsprojektes waren die

- Definition von Effizienz- und Effektivitätsparametern eines Gesundheitssystems bezogen auf die Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes
- Erstellung einer Kosten/Nutzen-Analyse (Input-Output-Betrachtung)

- Definition eines Krankheitsbild-bezogenen Benchmarkings
- Definition eines SOLL-Behandlungsprozesses nach den Kriterien der modernen Medizin
- Ermittlung der Kosten des SOLL-Behandlungsprozesses
- Simulation der monetären und qualitativen Auswirkungen des SOLL-Behandlungsprozesses (Finanzbedarf für die soziale Krankenversicherung bzw. Nutzen für den Patienten)

Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention

Das Innovationsprojekt „Zukunftskonzept Gesundheitsförderung und Prävention“ umfasst mehrere Teilprojekte:

- Präventions- und Gesundheitsförderungsplan
- Gesundheitsberichterstattung
- Verhaltensbezogene Gesundheitsförderungsprojekte (Risikofaktor Rauchen, Risikofaktor Adipositas)
- Verhaltensbezogene Gesundheitsförderungsprojekte (Setting Schule, Setting Betrieb)
- Vorsorgeuntersuchung neu

Qualität im Gesundheitswesen

Die Ergebnisse dieses Projektes sind:

Für die Versicherten:

- Verbesserung der Versorgungs- und der Servicequalität
- Transparenz und Information bezüglich der angebotenen Leistung

Für die Vertragspartner:

- Hilfestellung und Information zur Erbringung qualitativ hochwertiger Leistung und Umsetzung von Qualitätsmanagement in ihren Einrichtungen
- Optimierung der Behandlungsabläufe im Sinne einer effizienten und effektiven Leistungserbringung

Für die Versicherungsträger:

- Einkauf qualitätsgesicherter Leistungen für den Versicherten
- Standardisierung der Leistungserbringungsniveaus
- Effizienter und optimierter Ressourceneinsatz

Teilprojekte sind: Metamodell Qualität, Entwicklung eines Codesystemes für die ambulante Versorgung, Softwareunterstützung für die Qualitätsarbeit von Ärzten, Entwicklung eines Systems zur Unterstützung der Medikamentenverschreibung, Gesundheitsinformationssysteme für Patienten.

Modell Diseasemanagement

Im Rahmen dieses Projektes wird eine Richtlinie für Disease Management Programme in Österreich, mit Ausarbeitung aller wesentlichen Komponenten auf Basis des internationalen Wissensstandes, für die Erstellung von Einzelprogrammen, erstellt. Als erstes Ergebnis wurde ein umsetzungsreifes Disease Management Modell für Diabetes Typ 2 erstellt.

Neumodellierung des Leistungsbereiches Zahngesundheit

Dieses Projekt befasst sich mit folgenden Inhalten:

- Darstellung des IST-Zustandes bei niedergelassenen Zahnärzten und in den Zahnambulatorien
- Aufzeigen aktueller und zeitgemäßer Leistungen bzw. Behandlungsmethoden
- Neugestaltung des Sachleistungsumfanges
- Neugestaltung der bundeseinheitlichen zahnärztlichen Honorarordnung

- Definition von neuen bzw. verbesserten Controllingmechanismen zur Steuerung der Behandlungskosten
- Vorschläge für später durchzuführende Maßnahmen der Versicherungsträger

Zukunftskonzept Heilbehelfe/Hilfsmittel

Dieses Projekt dient der Definition einer bundesweit einheitlichen Nomenklatur für alle Heilbehelfe/Hilfsmittel die sowohl für Tarife aus auch für die Abrechnung als Basis dient. Weiters umfasst dieses Projekt die technische Realisierung eines Positionskatalogs für den gesamten SV-Bereich sowie die statistische Auswertung anhand des Positionskatalogs.

Versorgungskonzept Psychotherapie

Aufgrund einer Analyse der regional unterschiedlichen Versorgungsmodelle in Österreich soll ein Idealkonzept für psychotherapeutische Versorgung erarbeitet werden.

Innovationsprojekt Tarifmodelle im Transportwesen

Ziel:

Festlegung von Qualitätsstandards und die Erarbeitung von alternativen Tarifmodellen im Bereich der Krankentransporte, Dämpfung der Ausgabensteigerung.

Innovationsprojekt Optimierung der Beschaffungsvorgänge

Dabei geht es um die Vereinheitlichung und Optimierung der Beschaffungsprozesse der Sozialversicherungsträger sowie um Kooperation in den Bereichen Verwaltung und Facility Management.

Innovationsprojekt Entwicklung zur lernenden Organisation

Es soll ein sozialversicherungsspezifischer Ansatz der „Lernenden Organisation“ geschaffen werden, der auf die unterschiedlichen Entwicklungsstände der Träger Rücksicht nimmt. Außerdem soll ein Handbuch der Lernenden Organisation für das österreichische Sozialversicherungssystem erarbeitet werden.

Rehabilitationsplan der österreichischen Sozialversicherung:

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat im April 2003 das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) mit der Erstellung eines Rehabilitationsplans beauftragt, dessen Endergebnis nunmehr offiziell vorliegt. Hauptziel dieses Werks ist die Darstellung der Kapazitäten der medizinischen Rehabilitation in ganz Österreich sowie die Abschätzung des Bedarfs an Rehabilitationseinrichtungen für die Planungshorizonte 2005 und 2010. Der Rehabilitationsplan 2004 orientiert sich in seiner Methodik am Österreichischen Krankenanstalten- und Großgeräteplan (ÖKAP/GGP). Ausgangspunkt für die

Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation war das Rehabilitationskonzept der österreichischen Sozialversicherung aus dem Jahr 1999. Der Rehabilitationsplan 2004 soll mit seinen Überlegungen und Ergebnissen im österreichischen Gesundheits- und Sozialsystem unter Beachtung der Bedürfnisse der sozialversicherten Patienten und ihrer Angehörigen möglichst effizient umgesetzt werden. Aus diesem Grund wurde auch eine Präambel samt Glossar dem Plan vorangestellt, um zu dokumentieren, dass die Sozialversicherungsträger zwar den Rehabilitationsplan 2004 verbindlich beachten sollten, aber nach ihren Leistungsmöglichkeiten und der medizinischen Weiterentwicklung flexibel agieren können.

Ausgangslage für den Rehabilitationsplan 2004 sind die stationären Kapazitäten in den sozialversicherungseigenen- sowie in den Vertragspartnereinrichtungen. Auch die gegenwärtig von den SV-Trägern beschickten Einrichtungen in den Nachbarstaaten wurden bei der Bestandsanalyse berücksichtigt. Das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) hat gemeinsam mit dem Hauptverband bei den SV-Trägern eine Erhebung des Antrags- und Erledigungsgeschehens durchgeführt, aus der Informationen hinsichtlich der Anzahl der Anträge, der Ablehnungen, der bewilligten Aufenthalte sowie der im Berichtsjahr tatsächlich durchgeführten Aufenthalte gewonnen werden konnten. Basierend auf dieser Datensammlung wurde ein Simulationsmodell zur Bedarfsschätzung erstellt. Die Ergebnisse dieser Bedarfsschätzung wurden für die Jahre 2005 und 2010 - gegliedert in vier Versorgungszonen - dargestellt. In der Hauptvariante ergibt sich insgesamt ein zusätzlicher Bettenbedarf von ca. 320–350 Betten, vor allem in der Neurorehabilitation.

Im Bewusstsein des Fehlens gesetzlicher Grundlagen wurden auch allfällige Möglichkeiten einer ambulanten Rehabilitation ausgelotet. Während die Darstellung der stationären Kapazitäten nach Indikationen gegliedert ist, orientieren sich die Ausführungen zur ambulanten Rehabilitation an einem interdisziplinären Zugang im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Für 2005 wird ein Defizit von 109 ambulanten Rehabilitationsplätzen festgestellt, das 2010 auf 269 Plätze ansteigen würde.

Einen weiteren Themenschwerpunkt im Rehabilitationsplan 2004 bilden die seitens des ÖBIG gemeinsam mit Rehabilitationsexperten aus der Praxis erarbeiteten Standards und Richtlinien bezüglich Strukturqualitätskriterien. Diese enthalten indikationsspezifische Empfehlungen hinsichtlich der personellen, räumlichen und technischen Ausstattung sowie der anzubietenden Diagnostik und des generellen Leistungsangebots in Rehabilitationszentren.

Während der Arbeiten zum Rehabilitationsplan 2004 wurden vorhandene Defizite im Bereich der medizinischen Rehabilitation wieder evident: Die Schnittstellen der

Rehabilitation zu angrenzenden Bereichen, wie zum Beispiel der Remobilisation oder Pflege, sind nicht genau definiert, was immer wieder zu Abgrenzungsproblemen führt.

Der Rehabilitationsplan 2004 kann nur dann seine volle Wirkung entfalten, wenn die medizinisch und therapeutisch erforderliche Ergebnisqualität in der medizinischen Rehabilitation definiert und verwirklicht wird.

Der „Rehabilitationsplan 2004“ samt Präambel und Glossar kann von der Homepage des Hauptverbandes unter www.sozialversicherung.at heruntergeladen werden.