



Hauptverband der  
österreichischen  
Sozialversicherungsträger

Zl. GSA, EWG/18 Jr, Web

Zu Punkt 03  
der Sitzung  
**der Trägerkonferenz**  
am 19. Juni 2018

## BERICHT

Betreff: Strategie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung.

### Management Summary

Im Jahr 2016 wurde entsprechend dem Auftrag der BSC (Ziel Sachleistungsprinzip sicherstellen und weiterentwickeln) ein Beobachtungssystem der Sachleistungsversorgung entwickelt. 2017 wurde zur Bearbeitung der vorgefundenen Probleme eine Strategie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung aufgesetzt. Als erster Schritt wurde dazu von Vertretern von KV-Trägern und des Hauptverbandes als Rahmen für die zukünftige Gestaltung der Sachleistungsversorgung ein Leitbild erarbeitet. Für prioritäre Problemstellungen des Sachleistungsmonitorings sind Lösungsansätze definiert worden. Ergebnisse dieser Arbeiten werden bei den Maßnahmen des operativen Ziel neun des Zielsteuerungsvertrages „Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen“ einfließen.

### 1. Leitbild Sachleistungsversorgung

#### 1.1 Fünf finale Ziele

Aufgesetzt wurde das Leitbild auf bestehenden Strategien und bereits abgestimmten Werten; insbesondere wurden dabei das Zukunftsbild der Sozialversicherung und der Zielsteuerungsvertrag herangezogen. In der wissenschaftlichen Literatur werden als finale Ziele von Gesundheitssystemen

- die Verbesserung der Gesundheit (health status),
- der Schutz vor finanziellen Risiken (financial risk protection) und
- und die Zufriedenheit der Öffentlichkeit (public satisfaction)

angesehen. Diese wurden um die Aspekte Nachhaltigkeit und soziale Sicherheit als Grundlage der Demokratie ergänzt.

### *1.1.1 Bessere Gesundheit für alle Menschen*

Bessere Gesundheit für alle Menschen bedeutet sowohl die Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustands der österreichischen Bevölkerung, als auch die Reduktion einer ungleichen Verteilung von Gesundheit. Bessere Gesundheit umfasst die Erhaltung, Wiederherstellung, Festigung und Verbesserung der Gesundheit. Ziel ist ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen.

### *1.1.2 KundInnenzufriedenheit*

Das Ziel der KundInnenzufriedenheit besteht aus zwei Komponenten: Respekt gegenüber Menschen und KundInnenzufriedenheit im engeren Sinne. Ersteres umfasst den Respekt der Würde (Beachtung von Menschenrechten, Höflichkeit, sensibel sein für potentiell peinliche Momente, Beachtung von Privatsphäre), den Respekt der Autonomie (Recht selbst Entscheidungen zu treffen) und den Respekt der Vertraulichkeit von Gesundheitsdaten. Die KundInnenzufriedenheit im engeren Sinne beinhaltet unter anderem folgende Aspekte: den Versicherten wird rasch Aufmerksamkeit für ihre gesundheitlichen Probleme geschenkt, grundlegende Annehmlichkeiten (wie z.B. saubere Wartezimmer, adäquates Essen in Krankenanstalten), wohnortnahe Versorgung, Wahlfreiheit zwischen AnbieterInnen und die Berücksichtigung (legitimer) Erwartungen und Wünsche der Versicherten und Angehörigen.

### *1.1.3 Finanzieller Risikoschutz*

Finanzieller Risikoschutz meint, dass jede/r einen fairen, leistbaren Beitrag zum Gesundheitssystem leistet, abhängig von den eigenen finanziellen Möglichkeiten. Durch diese Bildung einer Solidargemeinschaft wird der Schutz von finanziellem Risiko im Krankheitsfall realisiert. Eine Absicherung besteht sowohl für den Einkommensausfall als auch für die direkten Krankheitskosten. Über die Sachleistungsversorgung wird sichergestellt, dass bei einer Inanspruchnahme einer hochwertigen Versorgung den Versicherten - auch kurzzeitig - keine substantiellen Kosten erwachsen.

### *1.1.4 Nachhaltigkeit*

Die österreichische Gesetzgebung verspricht den Menschen ein öffentlich finanziertes Gesundheitswesen. Die Kompetenzen sind dabei verfassungsrechtlich auf Bund und Länder aufgeteilt. Der Bund hat zur Erfüllung seines Auftrags die Sozialversicherung eingerichtet. Unsere Aufgabe als Sozialversicherung ist, dieses Versprechen langfristig und nachhaltig einzulösen. Die Menschen müssen darauf vertrauen können, dass die Finanzierung der Gesundheitsversorgung für sie, ihre Kinder und ihre Enkel nachhaltig gesichert ist.

### *1.1.5 Soziale Sicherheit und Demokratie*

In der Verfassung ist das Prinzip der Selbstverwaltung für die Sozialversicherung festgeschrieben. Dadurch sind demokratische Strukturen und die Beteiligung der Versicherten sichergestellt. Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband werden von Selbstverwaltungskörpern geleitet. Darüber hinaus werden die Anliegen der Versichertengemeinschaft und Leistungsbezieher durch Beiräte vertreten. Mitgestaltungsmöglichkeiten und Verantwortungsbewusstsein stärken das Gemeinschaftsgefühl und bilden die Basis für gesellschaftlichen Zusammenhalt. Die Möglichkeiten zur Teilhabe sind in entsprechenden Strukturen sicherzustellen.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Vgl. Rahmengesundheitsziel 5. BMGF (2017).

## 2. Priorisierte Themen

Folgende Themen wurden als prioritär definiert:

- Leistungsumfang bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln
- Ärztliche Hilfe
- Psychotherapie
- Selbstbehalte bei Heilmitteln
- Zahnbehandlung und Zahnersatz
- Kein allgemeiner Versicherungsschutz

Zu diesen Themen wurde je ein Zielvorschlag erarbeitet. Sie wurden jeweils den bereits mit der Thematik befassten Arbeitsgruppen oder Gremien zugewiesen.

### 2.1 Leistungsumfang bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln

Hinsichtlich der Zielsetzung stimmt die Arbeitsgruppe Sachleistungsversorgung mit den von der Arbeitsgruppe HBHI 2020 erarbeiteten Punkten überein. Diese sehen unter anderem die Einführung eines transparenten Produktkataloges, eine Neugestaltung des Aufnahmeprozesses für neue Leistungen sowie die Verbesserung des Vertragspartner-Managements vor. Es soll ein erneuter Vorstoß unternommen werden, eine baldige Umsetzung dieser Ziele zu erreichen.

### 2.2 Ärztliche Hilfe

Hierunter fallen geografische und zeitliche Zugangshürden, die Wahlarztthematik sowie die Diskrepanz zwischen Verordnung und Bewilligung. Die vorgeschlagenen Ziele sollen von den Vertragspartner-Direktoren im Rahmen der Vertragspartner-Strategie diskutiert und näher präzisiert werden. Außerdem soll ein Umsetzungsplan erstellt werden.

### 2.3 Zahnbehandlung und Zahnersatz

Der Leistungskatalog wird von den Versicherten vielfach als nicht zeitgemäß angesehen. Die Behandlung des Themenfeldes wird in einer eigenen AG Zahn erfolgen. Der Leistungskatalog soll in dieser AG gesamthaft diskutiert und Maßnahmen der notwendigen Anpassung erarbeitet werden.

### 2.3 Psychotherapie

Eine umfassende „Strategie Psychische Gesundheit“ zur Verbesserung der Versorgung in diesem Bereich besteht bereits. Außerdem werden im Rahmen der Leistungsharmonisierung Maßnahmen zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung gesetzt. Es werden jedoch noch viele Beschwerden über Mängel bei der Versorgung der psychischen Gesundheit an die Ombudsstellen herangetragen. Die Empfehlung der Arbeitsgruppe Strategie Sachleistungsversorgung lautet daher, die bestehende Strategie im Rahmen der Arbeiten im Projekt Leistungsharmonisierung zu aktualisieren, einen Umsetzungsplan zu erstellen und dabei die im beiliegenden Bericht genannten Anregungen zu berücksichtigen.

## 2.4 Selbstbehalte bei Heilmitteln

Der Selbstbehalt bei den Heilmitteln ist die Rezeptgebühr, die jährlich aufgrund der gesetzlichen Vorgaben zu erhöhen ist. Aufgrund der in den letzten Jahren erfolgten Erhöhung fallen immer mehr Heilmittel unter den Betrag der Rezeptgebühr. Diese Heilmittel werden aber für die Rezeptgebührenobergrenze nicht berücksichtigt; die Versicherten erreichen somit die Rezeptgebührenobergrenze später. Ein weiteres Thema in diesem Bereich ist die Frage der Nichtbefreiung von Pflegeheimbewohnern von der Rezeptgebühr. Lösungsvorschlägen sollen bei den LeistungsreferentInnen der Krankenversicherungsträger diskutiert und erarbeitet werden.

## 2.5 Nicht-Versicherte

Eine umfassende Studie der nicht krankenversicherten Personen wurde vom Hauptverband in Auftrag gegeben. Die erfreulichen Ergebnisse zeigen, dass lediglich eine sehr kleine Anzahl an Personen – im Jahresdurchschnitt 2015 4.000 Personen – über keinen Krankenversicherungsschutz verfügt. Es soll dennoch geprüft werden, ob gezielte Information bestimmter Gruppen von Nöten ist.

# **A N T R A G**

Die Trägerkonferenz möge beschließen:

- Das Leitbild für die Sachleistungsversorgung wird zustimmend zur Kenntnis genommen.
- Die priorisierten Themenbereiche sollen wie dargestellt bearbeitet werden.

Anzahl der Beilagen: 1

# MEMORANDUM

---



## Leitbild und Strategieentwicklung

### Für die Sachleistungsversorgung der österreichischen Sozialversicherung

21. Dezember 2017

Mag.<sup>a</sup> Irene Weberberger<sup>1\*</sup>, Mag. Reinhard Jung<sup>2</sup>  
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger  
1031 Wien, Kundmanngasse 21

<sup>1</sup> Nationale und internationale Grundsatzangelegenheiten (GSA)

<sup>2</sup> Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG), Team Gesundheitsökonomie

\* Kontakt: Tel. 01/ 71132-1421, irene.weberberger@sozialversicherung.at



## Inhalt

1	Präambel.....	1
2	Einleitung.....	2
3	Leitbild Sachleistungsversorgung.....	4
	3.1 Konzeptueller und inhaltlicher Rahmen für das Leitbild .....	4
	3.1.1 Die finalen Ziele von Gesundheitssystemen.....	4
	3.1.2 Die partnerschaftliche Zielsteuerung .....	5
	3.2 Unsere Vision.....	7
	3.3 Konkretisierung der fünf finalen Ziele unserer Vision.....	8
	3.3.1 Bessere Gesundheit für alle Menschen .....	8
	3.3.2 KundInnenzufriedenheit .....	9
	3.3.3 Finanzieller Risikoschutz.....	11
	3.3.4 Nachhaltigkeit.....	12
	3.3.5 Soziale Sicherheit und Demokratie.....	12
	3.4 Mission-Statement.....	13
4	Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung im Zielsteuerungsvertrag.....	14
	4.1 Maßnahmen im operativen Ziel 9 .....	14
	4.1.1 Maßnahme 1 auf Bundesebene: Analyse von Zugangsbarrieren und Ableitung von Maßnahmen.....	14
	4.1.2 Maßnahme 2 auf Bundesebene: Analyse von Wechselwirkungen zwischen vertrags-, wahlärztlichem Bereich und Spitalsbereich.....	16
	4.1.3 Maßnahme 3 auf Bundesebene: Sektorenübergreifendes Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitoring .....	17
	4.1.4 Maßnahme 4 auf Bundesebene: Umsetzungs- und Finanzierungsmodelle für psychotherapeutische Versorgung .....	17
	4.1.5 Maßnahme 1 auf Landesebene: Umsetzung identifizierter Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs sowie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung .....	18
	4.1.6 Maßnahme 2 auf Landesebene: Umsetzung von Terminmanagementsystemen insb. für CT/MR und elektive Eingriffe .....	18



4.1.7	Maßnahme 3 auf Landesebene: Umsetzung von vereinbarten sachleistungssteigernden Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung .....	19
4.2	Weitere Maßnahmen mit indirektem Bezug zur Sachleistungsversorgung.....	19
5	<b>Analyse von Lücken in der Sachleistungsversorgung und abgeleitete Maßnahmen</b> .....	21
5.1	Vorgehensweise.....	21
5.2	Priorisierte Lücken.....	21
5.2.1	Leistungsumfang bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln.....	21
5.2.2	Geographische und zeitliche Zugangshürden bei Ärztlicher Hilfe und Zahnbehandlung und Zahnersatz.....	22
5.2.3	Psychotherapie .....	23
5.2.4	Selbstbehalte bei Heilmitteln .....	24
5.2.5	Leistungskatalog Zahnbehandlung und Zahnersatz .....	24
5.2.6	Kein allgemeiner Versicherungsschutz.....	25
5.2.7	Diskrepanz zwischen Verordnung und Bewilligung .....	25
5.2.8	Wahlarztthematik .....	26
5.2.9	Weitere Themen, die von der Arbeitsgruppe Sachleistungsversorgung zur Behandlung/Diskussion in der Vertragspartnerstrategie empfohlen werden .....	27
5.3	Monitoring .....	27
6	<b>Quellenverzeichnis:</b> .....	28
7	<b>Anhang</b> .....	29
7.1	Gesundheitsziele Österreich.....	29
7.2	Zum Begriff der bedarfsgerechten Versorgung .....	30
7.3	Gesundheitsdialog Mürztal, Versichertenrat der VAEB.....	31
7.4	Sachleistungsmonitoring .....	32
7.4.1	Der Beobachtungsraster als Erhebungsinstrument.....	32



## 1 Präambel

Die Versorgung mit Sachleistungen ist ein wichtiges Element der österreichischen Sozialversicherung. Das vorliegende Leitbild soll als Vision ein Zielbild für die zukünftige Entwicklung der Sachleistungsversorgung darstellen und bei der Erarbeitung neuer sowie Umsetzung bestehender Strategien Berücksichtigung finden. Bei der Entwicklung wurde darauf geachtet, dass das Leitbild im Einklang mit dem Zukunftsbild der Sozialversicherung steht (siehe Abbildung 1). Die größte Bedeutung – gemessen am Anteil der Ausgaben – haben Sachleistungen in der sozialen Krankenversicherung. Aus diesem Grund liegt der Fokus in diesem Papier auf dieser Sparte. Geldleistungen sind nicht Thema dieses Berichtes, da es dafür ein eigenes Monitoring-Projekt gibt.

### Zukunftsbild Sozialversicherung

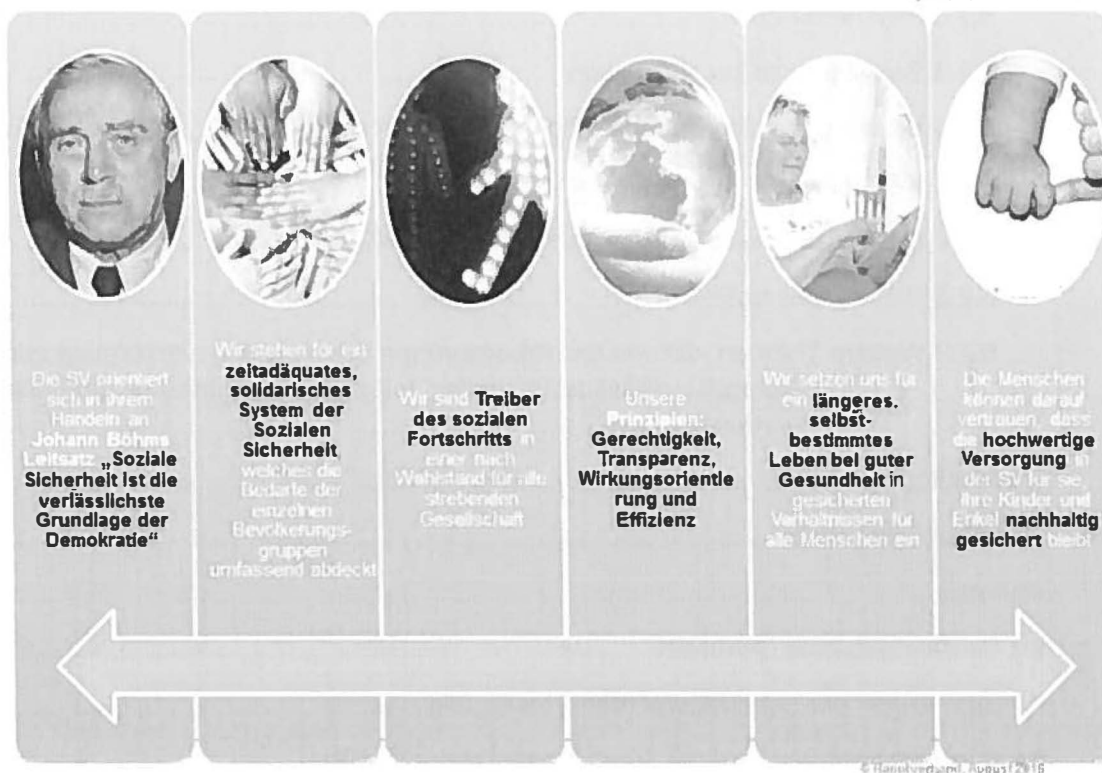


Abbildung 1: Zukunftsbild Sozialversicherung.

Eine weitere Grundlage für das Leitbild stellt der Zielsteuerungsvertrag dar, in dem bereits breit akkordierte Ziele und Werte definiert sind. Das Leitbild soll mit diesen konsistent sein und die in weiterer Folge abgeleiteten Maßnahmen sollen der Erfüllung der Ziele des Zielsteuerungsvertrages dienlich sein.

Voraussetzung für die Gültigkeit des Leitbildes ist eine hinreichend positive Entwicklung der Einnahmen. Sollten wesentliche Einnahmensteile wegfallen, kann dies die Anwendbarkeit des Leitbildes gefährden.





## 2 Einleitung

Das Sachleistungsprinzip ist ein zentrales Element in der sozialen Krankenversicherung in Österreich. In ihrer Balanced Scorecard (BSC) hat sich die Sozialversicherung zum Ziel gesetzt, dieses Prinzip sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Im Jahr 2016 wurde eine Bestandsaufnahme zur Situation der Sachleistungsversorgung durchgeführt. Darauf aufbauend sieht die **BSC der Sozialversicherung für das Jahr 2017** unter dem Ziel „Sachleistungsprinzip sicherstellen und weiterentwickeln“ die Entwicklung einer Strategie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung vor.

Als erster Schritt dieser Strategie soll ein Leitbild entwickelt werden, um einen konsistenten Rahmen für die unterschiedlichen Bereiche der Sachleistungsversorgung zu etablieren. Innerhalb der Sozialversicherung existieren zahlreiche Strategien und Modelle, welche die Ausgestaltung der Sachleistungsversorgung in den jeweiligen Bereichen bestimmen. Einige dieser Strategien werden gerade entwickelt oder überarbeitet. Für die Umsetzung einer umfassenden Strategie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung müssen daher **die unterschiedlichen bestehenden Strategien und Tätigkeiten von Arbeitsgruppen gemeinsam analysiert werden**, inwiefern sie zur Verwirklichung der gemeinsam festgelegten Leitgedanken beitragen. Für Bereiche, in denen 1.) die Sachleistungsversorgung noch nicht dem angestrebten Idealbild entspricht und 2.) aktuell noch keine zufriedenstellende Strategie zur Verbesserung der Situation vorliegt oder entwickelt wird, sollen eigene Strategien entwickelt werden.

Nicht nur innerhalb der Sozialversicherung gibt es Bestrebungen die Sachleistungsversorgung zu verbessern. Auch im **partnerschaftlichen Zielsteuerungssystem** setzen sich die Vertragsparteien in ihrem Zukunftsbild die Stärkung des Sachleistungsprinzips zum Ziel.<sup>a</sup> Dadurch soll das Grundprinzip der Solidarität gefestigt werden. Eine nachhaltig gesicherte Sachleistungsversorgung soll außerdem zum Ausgleich von gesundheitlichen Belastungen beitragen und gleichen Zugang für alle ermöglichen.<sup>b</sup>

Im Bundeszielsteuerungsvertrag findet sich explizit das **operative Ziel 9**, welches **vorsieht zur „Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren“ abzubauen**. Aber auch andere operative Ziele haben indirekt Auswirkungen auf die Sachleistungsversorgung (z.B. der Ausbau von Primärversorgungsmodellen). Diesen Zielen sind wiederum Maßnahmen zugeordnet, die innerhalb der kommenden Zielsteuerungsperiode (2017-2021) umgesetzt werden sollen.

**Ziel dieses Papiers ist die Formulierung eines Leitbildes für die Stärkung der Sachleistungsversorgung der sozialen Krankenversicherung.** Anhand des Leitbilds soll die Entwicklung des aktuellen und zukünftigen Leistungsportfolios der sozialen Krankenversicherung ausgerichtet werden. Unmittelbar soll das Leitbild folgende Funktionen erfüllen:

- Bestehende Strategien sollen hinsichtlich des Ziels „Stärkung der Sachleistungsversorgung“ adäquat beurteilt und gegebenenfalls weiterentwickelt werden (BSC 2017).

<sup>a</sup> Vgl. Artikel 2 (3) ZV.

<sup>b</sup> Vgl. Artikel 3.8 ZV.



## LEITBILD SACHLEISTUNGSVERSORGUNG

---

- Neu zu entwickelnde Strategien sollen sich an diesem Leitbild orientieren (BSC 2017).
- Die gemeinsame (Bund, Länder und Sozialversicherung) Abarbeitung der Maßnahmen im Rahmen des Zielsteuerungsprozesses soll konform mit unserem Leitbild der Sachleistungsversorgung entwickelt werden.



### 3 Leitbild Sachleistungsversorgung

#### 3.1 Konzeptueller und inhaltlicher Rahmen für das Leitbild

##### 3.1.1 Die finalen Ziele von Gesundheitssystemen

Gesundheitssysteme verschiedener Länder können sehr unterschiedlich aufgebaut und organisiert sein. Gemeinsam haben sie, dass sie letztlich bestimmte Zwecke erfüllen müssen, um ihre Existenz zu legitimieren. Die finalen Ziele von Gesundheitssystemen sind

- die Verbesserung der Gesundheit (health status),
- der Schutz vor finanziellen Risiken (financial risk protection),
- und die Zufriedenheit der Öffentlichkeit (public satisfaction).

Andere Ziele, die häufig von der Gesundheitspolitik formuliert werden (z.B. besserer Zugang, Qualität der Versorgung) sind intermediäre Ziele, die letzten Endes diese drei finalen Ziele positiv beeinflussen sollen (vgl. auch Abbildung 3).<sup>a</sup>

Alle drei Ziele haben zwei Dimensionen (siehe Abbildung 2)<sup>b</sup>:

- der durchschnittliche Grad der Zielerreichung
- die Verteilung bzw. Gerechtigkeit der Verteilung.

Ziele	Durchschnittliches Niveau	Verteilung / Gerechtigkeit
Bessere Gesundheit	✓	✓
Finanzieller Risikoschutz	✓	✓
KundInnenzufriedenheit (Responsiveness)	✓	✓

Abbildung 2: Komponenten der drei finalen Ziele von Gesundheitssystemen. Darstellung angelehnt an Murray und Frenk (2000) und Hsiao (2003).

<sup>a</sup> Vgl. Hsiao 2003. Murray und Frenk (2000) haben einen sehr ähnlichen Ansatz. Sie unterscheiden ebenfalls zwischen intermediären Zielen und finalen Zielen (bei ihnen: „instrumentelle“ und „intrinsische“ Ziele). Im Unterschied zu Hsiao (2003) fassen sie das Ziel des „finanziellen Risikoschutzes“ enger und sehen darin nur das Ziel „fairness in financial contribution“. Hsiao (2003) betont hingegen auch den Aspekt der Leistbarkeit von Gesundheitsleistungen. Auf der anderen Seite sehen Murray und Frenk (2000) den Aspekt der Zufriedenheit viel differenzierter, der bei ihnen unter dem Begriff „responsiveness“ behandelt wird. Responsiveness setzt sich aus zwei Bestandteilen zusammen: Erstens „Respekt gegenüber Personen“ (Würde, individuelle Autonomie, Vertraulichkeit) und „KundInnenorientierung“ (rasche Beachtung, grundlegende Annehmlichkeiten, Zugang zu sozialem Support, Wahlfreiheit zwischen AnbieterInnen).

<sup>b</sup> Vgl. Hsiao 2003. Murray und Frenk (2000) sehen im Ziel „fairness in financial contribution“ korrekterweise nicht das durchschnittliche Niveau als Ziel eines Gesundheitssystems. Dadurch, dass die Definition von Hsiao (2003) für den finanziellen Risikoschutz auch die „Leistbarkeit“ umfasst, macht es in seinem Rahmen durchaus Sinn, auch hier das Niveau als eigene Zieldimension zu sehen.

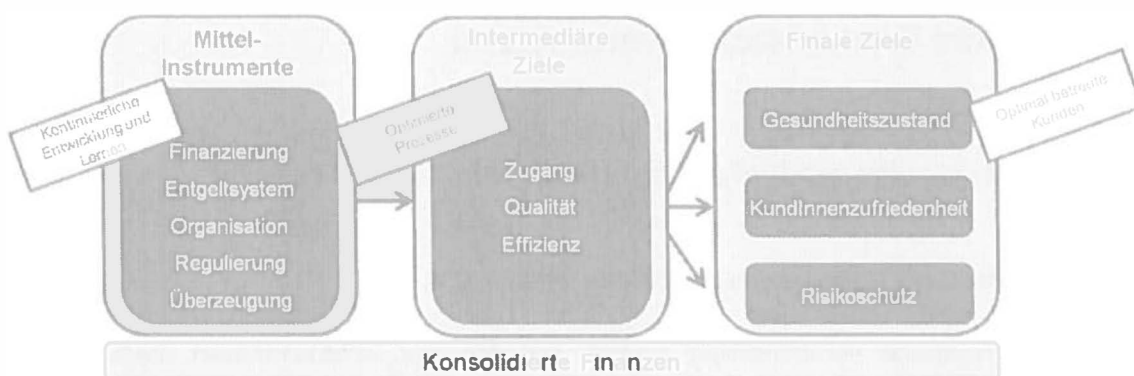


Abbildung 3: Mittelinstrumente, intermediäre und finale Ziele eines Gesundheitssystems. Angelehnt an: Hsiao 2003.

### 3.1.2 Die partnerschaftliche Zielsteuerung

Der Zielsteuerungsvertrag stellt einen weiteren Rahmen dar. Das Leitbild soll konsistent sein mit dem gemeinsamen Zielbild und den gemeinsamen handlungsleitenden Prinzipien (Werten).

#### 3.1.2.1 Gemeinsames Zielbild der Vertragsparteien - Artikel 2 Zielsteuerungsvertrag

„(1) Die Vertragsparteien setzen sich für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich ein.

(2) Sie arbeiten gemeinsam an einem niederschweligen Zugang zu einer qualitativ hochstehenden, bedarfsgerechten und effizienten Gesundheitsversorgung für alle Menschen, die durch ein solidarisches Gesundheitssystem nachhaltig sichergestellt wird.

(3) Das solidarische Gesundheitssystem des 21. Jahrhunderts in Österreich wird den sozialen Grundprinzipien ebenso gerecht wie allen Anforderungen an eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirkungsorientierte Gesundheitsversorgung. Diesem Gesundheitssystem liegen ein zeitgemäßes Versorgungsstufenkonzept und Versorgungsaufträge für die Akteure zugrunde. Das Sachleistungsprinzip wird im ambulanten und stationären Bereich gestärkt.

(4) In einem modernen Gesundheitssystem hat die Erhaltung der Gesundheit einen hohen Stellenwert. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention wird daher forciert. Ebenso wird der umfassenden Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab dem frühest möglichen Zeitpunkt der größtmögliche Stellenwert eingeräumt.

(5) Die kurative Versorgung erfolgt am gemeinsam festgelegten „Best Point of Service“. Damit ist sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen und pflegerischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird.

(6) Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten und ambulante Versorgungsformen stehen zur Verfügung. Aufwendige und komplexe



*Krankenhausleistungen sind an jeweils entsprechend ausgestatteten Krankenhausstandorten konzentriert.*

*(7) Ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement in allen Bereichen des Gesundheitssystems gewährleistet eine größtmögliche Patientensicherheit mit gleichzeitig langfristig positiven Auswirkungen auf die Effizienz.*

*(8) Mehr Transparenz sowie die gestärkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ermöglichen die aktive Beteiligung der Menschen an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen.“*

### **3.1.2.2 Gemeinsame handlungsleitende Prinzipien (Werte) – Artikel 3 Zielsteuerungsvertrag**

Für den Kontext der Sachleistungsversorgung sind insbesondere folgende Passagen relevant:

#### **3.3 Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich und an Public Health**

*„Handlungsleitend für die Zielsteuerung-Gesundheit sind die von der Bundesgesundheitskommission beschlossenen Gesundheitsziele Österreich (...).“<sup>a</sup>*

#### **3.4 Bekenntnis zu Qualität**

*„Die Sicherung und Weiterentwicklung der Versorgungsqualität hat oberste Priorität und erfolgt flächendeckend, bundeseinheitlich, bundesländer-, sektoren- und berufsübergreifend. (...) Die Versorgungsqualität wird als Orientierungshilfe für die Bevölkerung transparent gemacht. (...)“*

#### **3.5 Selbstbestimmung, Bürger- und Patientenorientierung**

*„Die Menschen stehen im Mittelpunkt aller Entscheidungen und Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und werden mit allen zur Verfügung stehenden Instrumenten und Maßnahmen dabei unterstützt, ihre Gesundheit und Lebensqualität selbst mitzugestalten und zu verbessern. Die Vertragspartner berücksichtigen die unterschiedlichen Bedürfnisse von Bevölkerungsgruppen zum Beispiel hinsichtlich Geschlecht und Lebensalter in der Gestaltung der Gesundheitsversorgung. Insbesondere werden die gesundheitsbezogenen Kompetenzen der BürgerInnen gestärkt, um eine aktive Beteiligung der/des Einzelnen an gesundheitsrelevanten Entscheidungen ihren Gesundheitszustand betreffend zu ermöglichen.“*

#### **3.6 Psychische Gesundheit als integraler Bestandteil von Gesundheit**

*„Die Vertragspartner orientieren sich am umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO, der physische, psychische und soziale Aspekte umfasst. (...)“*

#### **3.8 Solidarität und Gerechtigkeit**

*„Die Umsetzung der gemeinsamen Ziele festigt das Grundprinzip der Solidarität im Gesundheitssystem. Eine nachhaltig gesicherte Sachleistungsversorgung trägt zum Ausgleich von gesundheitlichen Belastungen bei und ermöglicht gleichen Zugang für alle.“*

<sup>a</sup> Die relevanten Teile der Gesundheitsziele Österreich sind im Anhang dargestellt.



*Durch eine Stärkung des Sachleistungsprinzips im ambulanten und stationären Bereich wird das Grundprinzip der Solidarität gefestigt.“*

### 3.9 Transparenz und Wirkungsorientierung

*„Die Funktionsweise und die Qualität des Gesundheitssystems sowie gesundheits- und systemrelevante Entscheidungen, Handlungen und Leistungen werden mit höchstmöglicher Transparenz und für die Bevölkerung verständlich und nachvollziehbar dargestellt. (...)“*

## 3.2 Unsere Vision

Unsere Vision für die Sachleistungsversorgung in der sozialen Krankenversicherung beschreibt einen idealen Zustand und das Ziel unserer Aktivitäten. Unsere operativen Ziele und Strategien stellen die einzelnen Teile des Bildes genauer dar.

In unserer Vision sind die drei primären Ziele von Gesundheitssystemen „Bessere Gesundheit“, „Risikoschutz“ und „KundInnenzufriedenheit“<sup>a</sup> bestmöglich erreicht. Gleichzeitig sehen wir unsere Verantwortung gegenüber kommenden Generationen und haben den Anspruch eine nachhaltige Gesundheitsversorgung zu gestalten. Diese vier Ziele sind essentiell für ein nachhaltiges Gebäude der sozialen Sicherheit und sichern eine wichtige Grundlage der Demokratie. „Soziale Sicherheit und Demokratie“ stellt das fünfte finale Ziel unserer Vision für die Sachleistungsversorgung dar. Unsere weiteren (intermediären/instrumentellen) Ziele müssen stets diesen übergeordneten (finalen) Zielen dienen.



Abbildung 4: Die fünf finalen Ziele unserer Vision für die Sachleistungsversorgung der sozialen Krankenversicherung.

- **Bessere Gesundheit:**  
Die soziale Krankenversicherung setzt sich für ein längeres, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen in Österreich ein.
- **KundInnenzufriedenheit:**  
Wir begegnen einander mit Wertschätzung, Fairness und Respekt und stellen die Würde des Menschen in den Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung. Die Menschen

<sup>a</sup> Siehe: Die finalen Ziele von Gesundheitssystemen S. 5



- stehen im Mittelpunkt aller Entscheidungen und Aktivitäten zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung. Wir leben Inklusion und Partizipation.
- **Schutz vor finanziellem Risiko:**  
Wir leisten einen bedeutenden Beitrag, um in einer Gesellschaft zu leben, in der Krankheit für die Betroffenen kein substantielles finanzielles Risiko darstellt. Leistungen können unabhängig von der finanziellen Leistungsfähigkeit in Anspruch genommen werden.
  - **Nachhaltiges System:**  
Ressourcen werden am Bedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dabei gesamtwirtschaftlich verantwortungsvoll eingesetzt. Gesundheits- und zukunftsorientiertes Handeln und kontinuierliches Optimieren des Gesundheitssystems stellen die Versorgung auf hohem Niveau auch für die kommenden Generationen sicher.
  - **Soziale Sicherheit und Demokratie:**  
Nach dem Leitsatz von Johann Böhm ist soziale Sicherheit die verlässlichste Grundlage der Demokratie. Weitere notwendige Elemente eines demokratischen Systems sind Partizipation und Inklusion. Wir tragen zur Aufrechterhaltung der sozialen Sicherheit und der Demokratie maßgeblich bei.

Abbildung 5: Vision für die Sachleistungsversorgung der sozialen Krankenversicherung

### 3.3 Konkretisierung der fünf finalen Ziele unserer Vision

#### 3.3.1 Bessere Gesundheit für alle Menschen

**Bessere Gesundheit für alle Menschen** bedeutet sowohl die Verbesserung des durchschnittlichen Gesundheitszustands der österreichischen Bevölkerung, als auch die Reduktion einer ungleichen Verteilung von Gesundheit. Bessere Gesundheit umfasst die Erhaltung, Wiederherstellung, Festigung und Verbesserung der Gesundheit. Ziel ist ein möglichst langes, selbstbestimmtes Leben bei guter Gesundheit für alle Menschen.

Abgeleitete Ziele sind:

- Die soziale Krankenversicherung versorgt ihre Versicherten und ihre Angehörigen<sup>a</sup> mit wirksamen (effektiven, evidenzbasierten), qualitativ hochwertigen und bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen.
- Die vielfältigen Bedarfe<sup>b</sup> der einzelnen Bevölkerungsgruppen werden umfassend abgedeckt.
- Die Erhaltung der Gesundheit hat einen hohen Stellenwert. Zielgerichtete Gesundheitsförderung und Prävention wird daher vorangetrieben. Es wird der umfassenden Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ab dem frühest-möglichen

<sup>a</sup> Wenn im Weiteren von Versicherten die Rede ist, sind die Angehörigen mit inbegriffen.

<sup>b</sup> Es sind hier objektive bzw. objektivierbare Bedarfe gemeint. Unter dem „objektiven Bedarf“ wird der Bedarf nach Gesundheitsleistungen verstanden, die jemand nach möglichst objektiven Kriterien benötigt. Der objektive Bedarf ist nicht alleine medizinisch/wissenschaftlich determiniert. Er muss auch gesellschaftlich bzw. politisch akzeptiert sein. Außerdem unterliegt er auch in zeitlicher Hinsicht einem Wandel. In der Literatur wird der objektive Bedarf (need) vom subjektiven Bedarf (demand) und der Inanspruchnahme (utilization) unterschieden. Auf dieser Unterscheidung basieren wichtige Konzepte wie jenes der bedarfsgerechten Versorgung bzw. jenes von Unter-, Über- und Fehlversorgung (siehe auch Anhang 7.2).



- Zeitpunkt der größtmögliche Stellenwert eingeräumt. Das Angebot orientiert sich dabei insbesondere an vulnerablen Gruppen.
- Der Zugang zu den Leistungen orientiert sich am gesundheitlichen Bedarf und nicht an sozialem Status, Einkommen, Geschlecht oder Bildungsgrad.
  - Versicherte mit latentem Bedarf<sup>a</sup> an Gesundheitsleistungen, werden, falls es notwendig ist, dabei unterstützt, Leistungen in Anspruch zu nehmen (z.B. proaktives Zugehen auf Versicherte, Bevölkerungsorientierung in der Primärversorgung, aufsuchende Angebote, automatische Einladungssysteme für vulnerable Gruppen). Der realisierte Zugang, d.h. die tatsächliche bedarfsgerechte Inanspruchnahme, wird als ausschlaggebend für die Beurteilung des Erfolgs eines gleichen Zugangs für alle herangezogen<sup>b</sup>.
  - Die Leistungen der Sozialversicherung sind nachweislich wirksam und entsprechen dem aktuellen Stand der Wissenschaft und der Technik. Die Sozialversicherung übernimmt Verantwortung für die Ergebnisqualität der von ihr finanzierten Sachleistungen und entwickelt Strategien, um die Qualität sicherzustellen.
  - Ein umfassendes Qualitäts- und Risikomanagement in allen Bereichen des Gesundheitssystems gewährleistet hohe Patientensicherheit mit langfristig positiven Auswirkungen auf die Effizienz.
  - Unserem Gesundheitssystem liegen ein zeitgemäßes Versorgungsstufenkonzept und Versorgungsaufträge für die Akteure zugrunde.
  - In allen Leistungsbereichen ist eine qualitativ hochwertige und quantitativ ausreichende Versorgung sichergestellt. Multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgungseinheiten und ambulante Versorgungsformen für die fachärztliche Versorgung sind flächendeckend verfügbar.
  - Die kurative Versorgung erfolgt am gemeinsam festgelegten „Best Point of Service“. Damit ist sichergestellt, dass die jeweils richtige Leistung zum richtigen Zeitpunkt am richtigen Ort mit der optimalen medizinischen Qualität gesamtwirtschaftlich möglichst kostengünstig erbracht wird.
  - Verträge mit Leistungsanbietern haben alle fachspezifischen leistungsrechtlichen Ansprüche der Anspruchsberechtigten abzudecken, d.h. Mechanismen zum Ausschließen eines vertragsfreien Raumes vorzusehen.

### 3.3.2 KundInnenzufriedenheit

Das Ziel der **KundInnenzufriedenheit** besteht aus zwei Komponenten: Respekt gegenüber Menschen und KundInnenzufriedenheit im engeren Sinne. Ersteres umfasst den Respekt der Würde (Beachtung von Menschenrechten, Höflichkeit, sensibel sein für potentiell peinliche Momente, Beachtung von Privatsphäre), den Respekt der Autonomie (Recht selbst Entscheidungen zu treffen) und den Respekt der Vertraulichkeit von Gesundheitsdaten. Die KundInnenzufriedenheit im engeren Sinne beinhaltet Aspekte wie, dass den Versicherten rasch Aufmerksamkeit für ihre gesundheitlichen Probleme geschenkt wird, grundlegende Annehmlichkeiten (wie z.B. saubere Wartezimmer, adäquates Essen in Krankenanstalten),

<sup>a</sup> Unter latentem Bedarf versteht man die Kombination aus einem vorliegenden objektiven Bedarf und dem gleichzeitigen Fehlen eines subjektiven Bedarfs. Ziel ist es, eine latente Unterversorgung zu vermeiden.

<sup>b</sup> Hierbei ist darauf zu achten, das Ziel nicht in paternalistischer Weise zu verfolgen und die Präferenzen der jeweiligen Individuen zu akzeptieren.





wohnnaher Versorgung, Wahlfreiheit zwischen AnbieterInnen und die Berücksichtigung (legitimer) Erwartungen und Wünsche der Versicherten und Angehörigen<sup>a</sup>.

Auch bei der KundInnenzufriedenheit ist es das Ziel, sowohl die durchschnittliche Zufriedenheit zu steigern, als auch ungleiche Verteilung zu reduzieren.<sup>b</sup>

Die abgeleiteten Ziele lauten wie folgt:

- Unsere Angebote sind den gesellschaftlichen Erwartungen angepasst und werden laufend weiterentwickelt.
- Mehr Transparenz sowie die gestärkte Gesundheitskompetenz der Bevölkerung ermöglichen die aktive Beteiligung der Menschen an den ihren Gesundheitszustand betreffenden Entscheidungsprozessen.
- Die Sozialversicherung ist eine gesundheitskompetente Organisation. Die Informationen und Prozesse der Sozialversicherung sind für ihre KundInnen leicht verständlich. Die Komplexität des Systems wird, soweit möglich, für die KundInnen reduziert und wenn nötig Orientierungshilfe geboten. Darüber hinaus stehen weitere Hilfestellungen (Case Management) zur Verfügung.
- Das Leistungsspektrum der sozialen Krankenversicherung orientiert sich neben dem objektiven gesundheitlichen Bedarf auch an der Zufriedenheit und den Erwartungen der Versicherten bzw. PatientInnen. Es wird laufend und systematisch – nicht nur an den medizinisch-technischen Fortschritt, sondern auch – an den gesellschaftlich berechtigten Erwartungsstand angepasst<sup>c</sup>.
- Der Zugang zu den Leistungen orientiert sich am gesundheitlichen Bedarf und nicht an sozialem Status, Einkommen, Geschlecht oder Bildungsgrad. Es gibt keine medizinisch ungerechtfertigte Bevorzugung oder Benachteiligung. Sonstige Zugangshürden (räumliche, zeitliche, finanzielle und soziale) sind beseitigt. Das bedeutet konkret: Versorgung möglichst ohne, höchstens mit je nach Krankheitsbild zumutbaren Wartezeiten; zumutbare Wege; keine Kostenbeteiligungen, die zu einer Nicht-Inanspruchnahme einer Leistung führen; Verfügbarkeit von Dolmetschdiensten; Information (auch für vulnerable Gruppen).
- Für die PatientInnen ist der Zugang niederschwellig und für das jeweilige medizinische Problem in angemessener Zeit möglich. Zusätzlich sind Qualität und Erreichbarkeit wichtige Kriterien.
- Es besteht Transparenz in Bezug auf Leistungsspektrum und Zugang. Gründe für Ausnahmen bei der Sachleistungsversorgung werden begründet und kommuniziert.
- Die Versorgung erfolgt in nachvollziehbaren und transparenten Prozessen, am best-point-of-service, auf Basis der bestverfügbaren Evidenz mit dem Ziel der effektiven, abschließenden Behandlung.
- Die Versorgung erfolgt unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Würde der PatientInnen und in wertschätzender, partnerschaftlicher Atmosphäre.

<sup>a</sup> Siehe S. 5 bzw. vgl. Murray und Frenk (2000).

<sup>b</sup> Siehe S. 5 bzw. vgl. Hsiao (2003). Murray und Frenk (2000).

<sup>c</sup> Zahnlücken im sichtbaren Bereich waren noch vor wenigen Jahrzehnten auch im Arbeitsleben gesellschaftlich „akzeptiert“. Zum Thema, dass auch gesellschaftliche und politische Erwartungen eine Rolle für den objektiven Bedarf spielen, siehe Abschnitt 7.2 im Anhang.



- Die Vertraulichkeit von personenbezogenen Daten, insbesondere von Gesundheitsdaten, ist sowohl durch die SV als auch durch Ihre Vertragspartner gewährleistet.
- Das Wissen und die Erfahrungen der PatientInnen sind systematisch und regelmäßig in die Weiterentwicklung der Sachleistungsversorgung einzubeziehen – qualitativ wie quantitativ. Dies erfolgt in einer neu gelebten Form des Austauschs der Versicherten und der Sozialversicherung.
- Die Sozialversicherung übernimmt Verantwortung für die KundInnenzufriedenheit in Bezug auf die von ihr finanzierten Sachleistungen und ihre Serviceleistungen.
- Finanzierungszuständigkeiten, administrative Erfordernisse (Verordnungen und Bewilligungen) und Unterschiede in den Zuständigkeiten (one-face-to-the-customer) werden zwischen den entsprechenden Stellen gelöst. Die KundInnen werden damit nicht belastet.
- Service- und KundInnenorientierung ist durch Präsenz der SV vor Ort in den Regionen gestärkt (direkter Kontakt, dezentraler Zugang).

### 3.3.3 Finanzieller Risikoschutz

**Finanzieller Risikoschutz** meint, dass jede/r einen fairen, leistbaren Beitrag zum Gesundheitssystem leistet, abhängig von den eigenen finanziellen Möglichkeiten. Durch diese Bildung einer Solidargemeinschaft wird der Schutz von finanziellem Risiko im Krankheitsfall realisiert. Eine Absicherung besteht sowohl für den Einkommensausfall als auch für die direkten Krankheitskosten. Über die Sachleistungsversorgung wird sichergestellt, dass bei einer Inanspruchnahme einer hochwertigen Versorgung den Versicherten - auch kurzzeitig - keine substantiellen Kosten erwachsen.

Abgeleitete Ziele sind:

- Die soziale Krankenversicherung bekennt sich zum Ausgleich sozialer, alters- oder geschlechtsbezogener Unterschiede im Gesundheitsrisiko und der finanziellen Leistungsfähigkeit.
- Das Beitragssystem sowie Regelungen zu Kostenbeteiligungen sind fair gestaltet. Fairness bedeutet in diesem Zusammenhang, dass einkommensschwache Personen weniger zahlen müssen als Personen mit höherem Einkommen. Für Personen mit einem sehr geringen Einkommen kann dies bedeuten, dass sie keine Kosten tragen müssen.
- Zuzahlungen, Aufzahlungen usw. der Versicherten sind auf Leistungsbereiche zurückzudrängen, wo sie
  - nachweislich und evidenzbasiert zu Steuerungszwecken notwendig sind
  - in Bezug auf die konkrete Leistung angemessen und nachvollziehbar erscheinen, wie etwa der Wegfall von Opportunitätskosten, z.B. Verpflegskostenbeitrag.
- Abweichungen vom Sachleistungsangebot sind aus allen erforderlichen Perspektiven abzuwägen.
- Zahlungspflichten, die über die finanzielle Leistungsfähigkeit von Versicherten hinausgehen sind strategisch zu verhindern.



### 3.3.4 Nachhaltigkeit

Die österreichische Gesetzgebung verspricht den Menschen ein öffentlich finanziertes Gesundheitswesen. Die Kompetenzen sind dabei verfassungsrechtlich auf Bund und Länder aufgeteilt. Der Bund hat zur Erfüllung seines Auftrags die Sozialversicherung eingerichtet. Unsere Aufgabe als Sozialversicherung ist dieses Versprechen langfristig und nachhaltig einzulösen. Die Menschen müssen darauf vertrauen können, dass die Finanzierung der Gesundheitsversorgung für sie, ihre Kinder und ihre Enkel nachhaltig gesichert ist.<sup>a</sup>

Für die Sachleistungsversorgung lassen sich folgende Ziele ableiten:

- Im Sinne des Konsumentenschutzes setzt sich die Sozialversicherung für eine Zurückdrängung von nicht wirksamen Behandlungsleistungen ein, auch im Privatbereich.
- Obsolete Technologien / Leistungspositionen werden aus dem Portfolio gestrichen oder ersetzt.
- Die Prozesse und Strukturen der Sachleistungsversorgung sind effizient.
- Der Umfang der Bedarfe, für die eine Zuständigkeit der Sozialversicherung besteht, ist gesetzlich definiert. Leistungssystemen sind jedoch Grenzen im Sinne der Nachhaltigkeit immanent.

### 3.3.5 Soziale Sicherheit und Demokratie

Soziale Sicherheit bildet Basis und zentrales Element der Demokratie. Weitere notwendige Elemente eines demokratischen Systems sind Partizipation und Inklusion.

In der Verfassung ist das Prinzip der Selbstverwaltung für die Sozialversicherung festgeschrieben. Dadurch sind demokratische Strukturen und die Beteiligung der Versicherten sichergestellt. Die Sozialversicherungsträger und der Hauptverband werden von Selbstverwaltungskörpern geleitet. Darüber hinaus werden die Anliegen der Versichertengemeinschaft und Leistungsbezieher durch Beiräte vertreten. Mitgestaltungsmöglichkeiten und Verantwortungsbewusstsein stärken das Gemeinschaftsgefühl und bilden die Basis für gesellschaftlichen Zusammenhalt. Die Möglichkeiten zur Teilhabe sind in entsprechenden Strukturen sicherzustellen.<sup>b</sup> Für die Sachleistungsversorgung lassen sich folgende Ziele ableiten:

- Als moderne Verwaltung wird von der Sozialversicherung auf Partizipation zur Stärkung des gegenseitigen Verständnisses und Vertrauens gesetzt. Bei der Planung und Erstellung von Angeboten werden die Versicherten einbezogen. Die breite Umsetzung dieses Ziels stellt einen Schwerpunkt der Etablierung der Sozialversicherung als gesundheitskompetente Organisation dar.<sup>c</sup>
- Meinungen und Wünsche der Versicherten werden in Entscheidungsprozesse einbezogen.

---

<sup>a</sup> Hierbei wird auf den eigenen Handlungsspielraum der sozialen Krankenversicherung abgestellt. Dieser Handlungsspielraum unterliegt Einschränkungen, wie in der Präambel angeführt.

<sup>b</sup> Vgl. Rahmengesundheitsziel 5. BMGF (2017).

<sup>c</sup> Ein bereits lange erprobtes Good Practice Beispiel stellt der Versichertenrat der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau dar; siehe Anhang 7.3.



## LEITBILD SACHLEISTUNGSVERSORGUNG

- Die Sozialversicherungsträger übernehmen Verantwortung für die gesundheitlichen Outcomes und die KundInnenzufriedenheit in Bezug auf die von ihr finanzierten Sachleistungen und ihre Serviceleistungen, für die Wirksamkeit des finanziellen Risikoschutzes und ihr eigenes wirtschaftliches Handeln.
- Mit geeigneten Instrumenten werden Meinung und Erfahrungen der Versicherten in regelmäßigen Abständen erhoben und bei Entscheidungen berücksichtigt bzw. entsprechende Maßnahmen gesetzt.
- Durch zielorientiertes Management, Ziel-Evaluationen sowie ein einheitliches öffentliches Reporting, ist die Rechenschaftspflicht (Accountability) hergestellt.

### 3.4 Mission-Statement

Wir sorgen für besseren Gesundheitsschutz ohne finanzielles Risiko für maximale KundInnenzufriedenheit.



## 4 Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung im Zielsteuerungsvertrag

### 4.1 Maßnahmen im operativen Ziel 9

Das operative Ziel 9 (OZ 9) lautet „**Zur Stärkung der Sachleistungsversorgung örtliche, zeitliche und soziale Zugangsbarrieren abbauen**“. Es betrifft somit unmittelbar die Sachleistungsversorgung. Obwohl die vorgesehenen Maßnahmen auch zu besserer Gesundheit führen, ist das OZ 9 der Zufriedenheit der Bevölkerung zugeordnet.<sup>a</sup> Die Messgröße für das Ziel ist die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung in Österreich.<sup>b</sup>

Für das im Jahr 2016 von der SV durchgeführte Sachleistungsmonitoring wurde ein „Beobachtungsraster“ als analytisches Modell und als Erhebungsinstrument entwickelt und der Erhebung zu Grunde gelegt. Demnach gibt es unterschiedliche Hürden für den Zugang zur Sachleistungsversorgung: Versicherungsschutz, Umfang des Leistungskatalogs, Kostenbeteiligungen, regionale Verfügbarkeit, Wahlmöglichkeiten zwischen Anbietern, weitere Zugangshürden und Wünsche der Versicherten (siehe Abbildung 7 im Anhang/Abschnitt 7.4.1). Das operative Ziel 9 greift aus diesem Analyserahmen drei Dimensionen heraus und fokussiert auf die Zugangsbarrieren zu einem bestehenden Leistungsangebot.

#### 4.1.1 Maßnahme 1 auf Bundesebene: Analyse von Zugangsbarrieren und Ableitung von Maßnahmen

- Maßnahmenbeschreibung:  
*Analyse von Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem und Ableitung von Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs*
- Zeitplan: Juni 2018

##### **Analyse von Zugangsbarrieren:**

Der HVB hat im Jahr 2016 eine Erhebung zum Zustand der Sachleistungsversorgung durchgeführt (siehe Anhang 7.2.). Da der stationäre und der ambulante Spitalsbereich nicht berücksichtigt wurden, ist in diesem Bereich noch eine Analyse vorzunehmen.

##### **Ableiten von Maßnahmen:**

Im Rahmen der AG Sachleistungsstrategie sollen Strategien zur Beseitigung von Zugangsbarrieren in der Sachleistungsversorgung entwickelt werden (siehe Abschnitt 5).

<sup>a</sup> Strategisches Ziel 2 (SZ 2): „Sicherstellen der Zufriedenheit der Bevölkerung durch Optimierung der Versorgungs- und Behandlungsprozesse“. In der Logik von Hsiao (2003) bzw. Murray und Frenk (2000) wäre dies dem finalen Ziel „Zufriedenheit der Öffentlichkeit (public satisfaction)“ bzw. „Responsiveness“ zuzuordnen.

<sup>b</sup> Anteil der österreichischen Bevölkerung, der angibt mit ausgewählten Einrichtungen der medizinischen Versorgung sehr zufrieden oder zufrieden zu sein. Zielwerte: mindestens das Zufriedenheitsniveau von 2016.



## LEITBILD SACHLEISTUNGSVERSORGUNG

Im Folgenden sind jene Themen dargestellt, die von der Sozialversicherung in die jeweiligen Zielsteuerungs-Fachgruppen, insbesondere die Fachgruppe Versorgungsstrukturen, eingebracht werden sollen.

	<b>Eckpfeiler für die Bearbeitung der Maßnahme:</b>	<b>Zeitplan</b>
Analyse allgemein	<p>Der Hauptverband hat im Jahr 2016 eine Erhebung zum Zustand der Sachleistungsversorgung durchgeführt. Dazu wurde ein eigenes Erhebungsinstrument in Form eines Analyserasters zur Untersuchung möglicher Zugangsbarrieren entwickelt (z.B. geografische Verfügbarkeit, Öffnungszeiten, Qualität, Leistungsspektren). Die Sozialversicherung schlägt vor, dass dieser Analyseraster für die Untersuchung der Zugangsbarrieren im spitalsambulanten und stationären Bereich verwendet wird.</p> <p>SV-interne Bemerkung: Wenn der Raster nicht verwendet wird, muss in der FG ein geeignetes Instrumentarium entwickelt werden.</p>	-
Abdeckung Versicherungs- schutz	<p>Obwohl 99,9 Prozent der Bevölkerung krankenversichert sind, kann der fehlende Versicherungsschutz für die verbleibenden 0,1 Prozent kritische Situationen bedingen und gesellschaftlich nicht gewünschte Umstände erzeugen. Es soll eine kritische Prüfung des Versicherungsschutzes bzw. der Versorgungssituation von Nicht-Versicherten stattfinden.</p> <p>SV-interne Bemerkung: SV adressiert das Problem, Zuständigkeit verbleibt beim Bund.</p>	-
Geografische Faktoren	<p>Im Gesundheitswesen bestehen bei der Inanspruchnahme von Leistungen regionale Unterschiede. Versorgungsforschungsprojekte sollen Aufschluss über Unterschiede im Zugang zu Leistungen aufzeigen.</p> <p>SV-interne Bemerkung: Derzeit keine Verpflichtung, dass vereinbarte Stellen von den Vertragspartnern besetzt werden. Ärztekammern sind zwar in die Strukturplanung einbezogen, aber gesetzlich nicht zur Sicherstellung der Versorgung verpflichtet.</p> <p>Die Rolle der Ambulanzen soll in Form von Versorgungsaufträgen definiert werden</p>	-
Analyse: Weitere Zugangs-	<p>Es soll eine Erhebung durchgeführt werden über den Informationsbedarf zum Gesundheitssystem und den unterschiedlichen „(Service-)Angeboten“ (Kosten,</p>	-



## LEITBILD SACHLEISTUNGSVERSORGUNG

hürden	Selbstbehalte, Sachleistung, etc.)	
Maßnahmen: allgemein	Ableitung eines Maßnahmenpakets vor dem Hintergrund der absolut und im internationalen Vergleich sehr geringen „unmet needs“ in Österreich <sup>a</sup>	-
	...	Juni 2018

#### 4.1.2 Maßnahme 2 auf Bundesebene: Analyse von Wechselwirkungen zwischen vertrags-, wahlärztlichem Bereich und Spitalsbereich

- Maßnahmenbeschreibung:  
*Analyse von Wechselwirkungen zwischen vertrags-, wahlärztlichem Bereich und Spitalsbereich und Ableitung von Maßnahmen zur Stärkung der Sachleistungsversorgung*
- Zeitplan: Juni 2018

Bestehende Vorarbeiten: Czypionka, T. (2013): Interdependenzen in der ambulanten medizinischen Versorgung in Österreich. Health System Watch 3, 16 p.

Eckpfeiler für die Bearbeitung der Maßnahme:		Zeitplan
Analyse auf Systemebene	Analyse von Wechselwirkungen auf Bundesebene durch DEXHELPP	-
Aufkommen, Häufigkeit	Quantifizierung von Doppelbeschäftigungen von ÄrztInnen <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personenidentität erheben, d.h. wo ist ein Vertragsarzt z.B. eines KH gleichzeitig Wahlarzt.</li> <li>- Ausmaß an „Überweisungen“ aus Spitalsbereich in Wahlbereich erheben.</li> <li>- SV-interne Bemerkung: Nebenbeschäftigungen sind auch in unserer Dienstordnung nicht ausgeschlossen.</li> </ul>	-
Maßnahmen	Ableiten von Maßnahmen anhand der Analyseergebnisse	-
	...	Juni 2018



## LEITBILD SACHLEISTUNGSVERSORGUNG

#### 4.1.3 Maßnahme 3 auf Bundesebene: Sektorenübergreifendes Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitoring

- Maßnahmenbeschreibung:  
*Etablierung eines sektorenübergreifenden Öffnungszeiten- und Wartezeiten-Monitorings*
- Zeitplan: Dezember 2018

Eckpfeiler für die Bearbeitung der Maßnahme:		Zeitplan
Maßnahme 1	EDV unterstützte Systeme einführen  Regelmäßiges Web-Scraping und standardisierte Auswertung der Öffnungszeiten  SV-interner Kommentar:  Webcrawler: wird eingebracht. Uhrzeitenanalyse der Ambulanzbesuche	
Maßnahme 2	Trennung zwischen Sonderklasse und allgemeine Gebührenklasse bei der Terminvergabe aufheben	-
Maßnahme 3	Bedarfsanalyse nach Versorgungsstufe. Die Ergebnisse sollen in die regionale Planung (RSG) Eingang finden.  SV-interne Bemerkung: Notwendigkeit von Facharztbesuchen analysieren	
Anmerkung	Wartezeiten sind schwer zu monitoren, da die erhobenen Wartezeiten stark von der Methode abhängig sind. Außerdem sind sie durch Leistungserbringer beeinflussbar. Sie sind deshalb laut EuGH kein geeignetes Planungskriterium.	
	...	Dezember 2018

#### 4.1.4 Maßnahme 4 auf Bundesebene: Umsetzungs- und Finanzierungsmodelle für psychotherapeutische Versorgung

- Maßnahmenbeschreibung:  
*Entwicklung von Umsetzungs- und Finanzierungsmodellen für eine bedarfsgerechte, niederschwellig zugängliche psychotherapeutische Versorgung in Österreich aufbauend auf dem seitens der SV-Träger und des HVB erstellten Konzepts für den Ausbau kostenloser Therapieeinheiten österreichweit um ein Viertel*
- Zeitplan: Juni 2017 (Konzept), Dezember 2017 (Modelle)





Eckpfeiler für die Bearbeitung der Maßnahme:		Zeitplan
Vorarbeit	Erstellung Konzept in Zusammenarbeit mit den Trägern und Abnahme durch die Trägerkonferenz; Übermittlung an Bundesregierung	Juni 2017 (Konzept) liegt vor
Analyse	Konzept für Psychotherapieversorgung SV-interne Bemerkung: Siehe Kap. 5.2.3.	
	...	Dezember 2017 (Modelle)
	+ 25% Sachleistungskapazität	2019

#### 4.1.5 Maßnahme 1 auf Landesebene: Umsetzung identifizierter Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs sowie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung

- Maßnahmenbeschreibung:  
*Umsetzung identifizierter Maßnahmen zur Verbesserung des Zugangs sowie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung*
- Zeitplan: Dezember 2020

Ableitung von Maßnahmen → Arbeit der AG (siehe Abschnitt 5)

Eckpfeiler für die Bearbeitung der Maßnahme:		Zeitplan
	Ergebnisse aus Maßnahme 1 auf Bundesebene: Analyse von Zugangsbarrieren und Ableitung von Maßnahmen auf Landesebene umsetzen	-
	- ...	-
	- ...	Dezember 2020

#### 4.1.6 Maßnahme 2 auf Landesebene: Umsetzung von Terminmanagementsystemen insb. für CT/MR und elektive Eingriffe

- Maßnahmenbeschreibung:  
*Umsetzung von Terminmanagementsystemen insb. für CT/MR und elektive Eingriffe bei den Anbietern aufbauend auf den Ergebnissen des Wartezeiten-Monitorings*
- Zeitplan: Juni 2019

Eckpfeiler für die Bearbeitung der Maßnahme:		Zeitplan
Maßnahme 1	EDV unterstützte Terminverwaltungssysteme über e-card	-



## LEITBILD SACHLEISTUNGSVERSORGUNG

	anbieten	
Maßnahme 2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Standardisierte Darstellung definierter Wartezeiten im Internet ohne Zugangsbarrieren</li> <li>2. Auswertung der Wartezeiten</li> <li>3. Analyse von signifikanten Abweichungen</li> <li>4. Erforderlichenfalls Maßnahmen zur Reduktion von Wartezeiten (z.B. Ausweitung von Kapazitäten, Verweis auf freie Kapazitäten, ...)</li> </ol>	-
Anmerkung	SV-interne Bemerkung: Es gibt verschiedene fertige Online-Systeme zur Buchung von Arztterminen. So etwas könnte in den GV gefordert und auch von den Spitälern verlangt werden.	-
	...	Juni 2019

#### 4.1.7 Maßnahme 3 auf Landesebene: Umsetzung von vereinbarten sachleistungssteigernden Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung

- Maßnahmenbeschreibung:  
*Umsetzung von vereinbarten sachleistungssteigernden Maßnahmen in der psychosozialen Versorgung*
  - o sowohl im Rahmen der bestehenden Systeme der Sachleistungsversorgung
  - o als auch im Bereich Mental Health Kinder-/Jugendgesundheit im Rahmen multiprofessioneller Versorgungsstrukturen
- Zeitplan: Dezember 2019

Eckpfeiler für die Bearbeitung der Maßnahme:	Zeitplan
- ...	-
- ...	Dezember 2019

#### 4.2 Weitere Maßnahmen mit indirektem Bezug zur Sachleistungsversorgung

Neben den Maßnahmen unter OP 9 gibt es auch eine Reihe an anderen Maßnahmen, die eher indirekt aktuelle Probleme bei der Sachleistungsversorgung beheben können. Im Folgenden werden nur exemplarisch ein paar Beispiele genannt.

- Primärversorgungsmodelle auf- und ausbauen
- Vorlage ÖSG 2017 inklusive Grundlagen für Versorgungsaufträge und Ausweis der verbindlich zu machenden Passagen gemäß § 23 G-ZG an die B-ZK, danach sukzessive Fertigstellung der Grundlagen für Versorgungsaufträge im ÖSG für sämtliche relevante Fachbereiche und Weiterentwicklungen



- Analyse der Einflussfaktoren (inkl. Arbeitszufriedenheit) auf die Attraktivität der Berufsfelder Allgemeinmedizin, Pflege und allfällig weiterer Gesundheitsberufe und Ableitung entsprechender Maßnahmen



## 5 Analyse von Lücken in der Sachleistungsversorgung und abgeleitete Maßnahmen

### 5.1 Vorgehensweise

Wie in der Einleitung erwähnt sollen für die Entwicklung einer umfassenden Strategie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung **die unterschiedlichen bestehenden Strategien und Tätigkeiten von Arbeitsgruppen überprüft werden.**

1. Dazu wurden in einem ersten Schritt die im Bericht Sachleistungsmonitoring dokumentierten Lücken in der Sachleistungsversorgung in der AG Sachleistungsstrategie diskutiert und ergänzt.
2. Durch die Arbeitsgruppe ist eine Priorisierung der Lücken erfolgt.
3. Für jedes priorisierte Problemfeld wird eingeschätzt,
  - a. ob es bereits Strategien/AG gibt, die sich dem Problem widmen
  - b. ob die bestehenden Strategien/Arbeiten bestehender Arbeitsgruppen mit dem vorliegenden Leitbild konform sind,
  - c. ob vorhandene Strategien und Prozesse ausreichen, um die Lücke zu schließen oder weiterer Handlungsbedarf besteht (Umsetzung mehr Gewicht verleihen? Eine eigene Strategie aufsetzen? Ist Ziel realisierbar?)
4. Für Problemfelder mit fehlender/ nicht ausreichender/ nicht leitbildkonformer Strategie wird die weitere Vorgehensweise zur Schließung der Lücke durch die Arbeitsgruppe Sachleistungsversorgung vereinbart.

In der Gesamtschau ergibt sich eine Sammlung von Teilstrategien bzw. Maßnahmen, die alle unter dem Rahmen des Leitbilds stehen. Diese Arbeiten sollen zur Erfüllung der Maßnahme 1 auf Bundesebene beim operativen Ziel 9 beitragen (siehe Abschnitt 4.1.1) und als Rahmen für die Maßnahme 1 auf Landesebene dienen (siehe Abschnitt 4.1.5).

### 5.2 Priorisierte Lücken

#### 5.2.1 Leistungsumfang bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln

##### **Problemlage:**

- unübersichtliche Rechtslage, unklare Kompetenzen, Unterschiede zwischen Trägern

##### **Derzeitiger Stand:**

Der HVB wurde im Rahmen der Trägerkonferenz am 28. Februar 2017 beauftragt mit der AG HBHI 2020 Produktgruppen festzulegen, die in einem ersten Schritt beispielhaft im Sinne folgender Metaziele zu bearbeiten sind:

1. Stärkung des Sachleistungsprinzips



2. Sicherstellung einer bedarfsorientierten, qualitativ-hochwertigen, wohnortnahen Versorgung mit Heilbehelfen und Hilfsmitteln
3. Entwicklung eines bundesweit transparenten Produktkatalogs HBHI mit Bildung von Haupt- und Untergruppen.
  - a. Tendenzielle Harmonisierung des Leistungsrechts (Leistungsumfang, Honorarposition, Abgabebestimmungen)
  - b. Möglichkeit von regionalen Abweichungen bei argumentierbaren Trägerunterschieden
4. Aufsetzen eines Governance-Prozesses für die Aufnahme neuer Leistungen und Produkte
5. Schaffung von Rechtssicherheit
6. Verbesserung des Vertragspartner-Managements

Weiters wurde die Einrichtung eines Projektlenkungsausschusses festgelegt.

Nach Nominierung der PLA-Mitglieder soll in einem nächsten Schritt eine exemplarische Befüllung des bundesweit transparenten Produktkatalogs mit einigen Produktgruppen stattfinden.

Im Zuge der Abarbeitung der Effizienzstudie wird das CC HBHI zum Thema Aufgabenbündelung einer Detailanalyse unterzogen. Mit ersten Ergebnissen dieser Analyse ist Ende April 2018 zu rechnen.

**Vorschlag der Zuweisung:** Arbeitsgruppe HBHI 2020, in Abstimmung mit dem Teilprojekt im Rahmen der Aufgabenbündelung.

#### **Zielvorschlag der AG Strategie Sachleistungsversorgung:**

Ziel ist eine transparente und kundenfreundliche Neugestaltung des HBHI-Bereichs. Der Prozess zur Aufnahme neuer Produkte in einen künftig bundesweit transparenten HBHI Katalog soll rechtssicher gestaltet werden. Ein einheitlicher transparenter Produktkatalog im Bereich HBHI soll den Rahmen bilden. Eine solide Datenbasis soll standardisierte Auswertungen und Benchmarking ermöglichen. Dieser Zielvorschlag ist im Rahmen der Arbeitsgruppe zu schärfen. Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

### **5.2.2 Geographische und zeitliche Zugangshürden bei Ärztlicher Hilfe und Zahnbehandlung und Zahnersatz**

#### **Problemlage:**

- Nachbesetzungsprobleme bei Vertragsärzten insb. am Land und in einigen Fächern
- Terminwartezeiten in einigen ärztlichen Fachgebieten
- Nicht in allen Bundesländern flächendeckende Versorgung mit Vertragspartnern bzw. eigenen Einrichtungen im Bereich konservierend-chirurgische Zahnbehandlung und Zahnersatz (vertragsloser Zustand in Vorarlberg)

**Derzeitiger Stand:** Die Vertragspartnerstrategie befindet sich in Ausarbeitung durch eine Arbeitsgruppe bestehend aus WGKK, OÖGKK, VGKK, BVA und Hauptverband. Die



## LEITBILD SACHLEISTUNGSVERSORGUNG

Strategie soll umfangreich konzipiert werden und eine Ärztestrategie und eine Vertragspartnerstrategie (WahlärztInnenstrategie, Laborstrategie, Erkenntnisse aus der Effizienzstudie....) enthalten.

**Vorschlag der Zuweisung:** Vertragspartner-Direktoren

**Zielvorschlag der AG Strategie Sachleistungsversorgung:**

1. Sicherstellung der Versorgung der Versicherten. Analyse bestehender ungedeckter Bedarfe
2. Konzept zur Erfüllung offener Bedarfe (Nachbesetzung, andere Versorgungsformen wie beispielsweise mobile Versorgung/ Nurse practitioner, Ambulanzen, Änderung Stellenplan...)

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

### 5.2.3 Psychotherapie

**Problemlage:**

- Lange Wartezeiten auf Sachleistungsversorgung
- Hohe Zuzahlungen (außerhalb der Sachleistungsversorgung)
- Mangel an Information
- Wartezeiten insbesondere bei Zielgruppe Kinder und Jugendliche problematisch

**Derzeitiger Stand:** Erhöhung der Sachleistungskapazität bis 2019 um 25 Prozent wurde am 13. Juni 2017 in der Trägerkonferenz beschlossen.

Als Rahmenkonzept besteht seit 2012 die Strategie psychische Gesundheit mit einem Umsetzungshorizont von 10 Jahren.

**Vorschlag der Zuweisung:** Qualitätsarbeitskreis Psychotherapie

**Zielvorschlag der Arbeitsgruppe Strategie Sachleistungsversorgung:**

Neben der Erhöhung der Sachleistungskapazität sind beim Thema Psychotherapie auch die Verbesserung des Zugangs, der Effektivität, der Effizienz und der Gerechtigkeit sowie allgemein mehr PatientInnenorientierung Ziele der SV.

Aus der IHS-Studie „Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich“ aus dem Jahr 2015 würden sich folgende Zielvorstellungen eignen:

- Update des Status Quo der Umsetzung der Strategie psychische Gesundheit aus dem Jahr 2012.
- Umsetzungsstrategie mit gemeinsamer Zieldefinition für die Strategie psychische Gesundheit erarbeiten.
  - Verbesserung der PatientInnensteuerung sowie einheitliche Kriterien für Assessment und Priorisierung für eine gerechte und transparente Sachleistungsplatzzuteilung. Die Kriterien sollen möglichst objektiv erhoben werden und neben Art und Schwere der Krankheit, sowie Dringlichkeit der Behandlung, auch das soziale Umfeld und die individuelle wirtschaftliche Lage abdecken (Ist dem/der Versicherten eine private Ko-Finanzierung zumutbar?)



- Vermeidung von Fehlkontakten und Erhöhung der Wirksamkeit der Therapie durch Ansätze einer störungsorientierten Methodenauswahl, bessere Beratung (Clearing-Stellen) und dadurch besseres Matching zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn
- Vereinheitlichung der Bewilligungsverfahren, Assessment-Kriterien und Priorisierung der Sachleistungsplatzzuteilung der SV-Träger
- Monitoring der Zielerreichung.

Dieser Vorschlag ist jedenfalls in der Arbeitsgruppe zu konkretisieren.

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

#### 5.2.4 Selbstbehalte bei Heilmitteln

##### **Problemlage:**

1. spätes Erreichen der REGO oder Nicht-Erreichen durch Medikamente mit Preis unter der Rezeptgebühr
2. Nicht-Befreiung von Rezeptgebühr von PflegeheimbewohnerInnen

**Derzeitiger Stand:** neues Thema, noch keine abgeschlossenen Vorarbeiten.

**Vorschlag der Zuweisung:** LeistungsreferentInnen

**Zielvorschlag der Arbeitsgruppe Strategie Sachleistungsversorgung:**

Zur Diskussion:

Zu 1) Finales Ziel: Die Summe der Selbstbehalte für verordnete erstattungsfähige Medikamente, inklusive jener mit Preis unter der Rezeptgebühr, soll 2 Prozent des jährlichen Netto-Einkommens nicht übersteigen.

Zwischenziele: i) Abschätzung des Umfangs des Problems (Anzahl der betroffenen Personen, zusätzlicher Aufwand). ii) Lösungsvorschläge erarbeiten und bewerten (z.B. Daten von E-Medikation nutzen, Daten von Apotheken, Antragstellung).

Zu 2) Änderung der rechtlichen Grundlagen (z.B.: Verankerung in den Pflegegesetzen, dass Rezeptgebühren von Pflegeheimen im Rahmen der Grundbetreuung zu tragen sind.)

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

#### 5.2.5 Leistungskatalog Zahnbehandlung und Zahnersatz

##### **Problemlage:**

- Der Leistungskatalog entspricht in vielen Bereichen nicht den aktuellen Erwartungen der Versicherten. Bsp.: Fehlen von Mundhygiene und Paradontalbehandlung als vollständige Leistung in Honorarordnungen

##### **Derzeitiger Stand:**

In der Trägerkonferenz am 3.10.2017 wurde die Vereinheitlichung der Zuzahlungen und Zuschüsse für kieferorthopädische Geräte sowie die Vereinheitlichung der Indikationen



beschlossen. Beim unentbehrlichen Zahnersatz erfolgte ebenfalls eine Vereinheitlichung der Zuzahlungen.

Mundhygiene für Kinder ist in Diskussion.

**Vorschlag der Zuweisung:** AG Zahn

**Zielvorschlag der Arbeitsgruppe Strategie Sachleistungsversorgung:**

Die AG Sachleistungsversorgung schlägt die Diskussion des Leistungskatalogs im Zahnbereich in einer kleinen Unterarbeitsgruppe der AG Zahn vor, mit der Festlegung von gemeinsamen Zielen zur Behebung/Verbesserung der im Sachleistungsmonitoring-Bericht beschriebenen Lücken.

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

### 5.2.6 Kein allgemeiner Versicherungsschutz

**Problemlage:**

- geringe Anzahl an Betroffenen; potentiell schwer wiegende Konsequenzen
- 99,9% Abdeckung im Vergleich zu 100% bei steuerfinanzierten Gesundheitssystemen

**Derzeitiger Stand:** Endbericht zur „Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich“ liegt vor.

**Vorschlag der Zuweisung:** Projekt Nicht-Versicherte, LVB

**Zielvorschlag der Arbeitsgruppe Strategie Sachleistungsversorgung:** Analyse des Berichts, einleiten entsprechender Maßnahmen. Erster Vorschlag: Aufgabe an die ÖA die entsprechenden Zielgruppen besser zu informieren bzw. Kooperation mit geeigneten Stellen um Informationen weiterzugeben

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

### 5.2.7 Diskrepanz zwischen Verordnung und Bewilligung

**Problemlage:**

- Vom Arzt/der Ärztin verschriebene Behandlungen werden vom chef- und kontrollärztlichen Dienst abgelehnt. Dies führt zu Unmut der Versicherten. Zum Beispiel werden Lymphdrainagen häufig bei Diagnosen verschrieben, bei welchen sie nicht bewilligt werden.
- Vom Arzt/der Ärztin werden Behandlungen in einem Ausmaß verschrieben, das nicht oder nur in seltenen Fällen vom chef- und kontrollärztlichen Dienst genehmigt wird. Zum Beispiel, wenn von ÄrztInnen 10 Einheiten Einzelheilgymnastik verordnet, vom Krankenversicherungsträger aber nur 6 Einheiten bewilligt werden.

**Derzeitiger Stand:** Neues Thema, keine abgeschlossenen Vorarbeiten

**Vorschlag der Zuweisung:** Vertragspartnerstrategie in Abstimmung mit den ChefärztInnen





### Zielvorschlag der Arbeitsgruppe Strategie Sachleistungsversorgung:

- Notwendigkeit ärztlicher Zuweisungen, Verordnungen etc. prüfen z.B. Kontaktlinsen
- Bewilligungen auf Sinnhaftigkeit prüfen
- Aufforderung an (Vertrags)ärztInnen, entsprechend der vertraglichen Leistungen die Verordnungen auszustellen bzw. einen bundesweit einheitlichen Verordnungskatalog zu erarbeiten und umzusetzen.

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

Input für ZS Operatives Ziel 9, Maßnahme 1 Bundesebene.

### 5.2.8 Wahlarztthematik

#### Problemlage:

- Zunahme des Wahlarztsektors
- Nicht an Evidenzbasierung und andere Vorgaben der SV gebunden
- Gleichzeitige Tätigkeit als Spitalsärzte

**Derzeitiger Stand:** (Vorarbeiten im Rahmen der Finanzstrategie bestehen)

Das Thema der Wahlärzte wird im Rahmen der Vertragspartner-Strategie von den VP-Direktoren weiter verfolgt.

**Vorschlag der Zuweisung:** Vertragspartnerstrategie in Abstimmung mit dem Projekt Leistungsharmonisierung.

#### Zielvorschlag der Arbeitsgruppe Strategie Sachleistungsversorgung:

Gemeinsamer Beschluss zum Umgang mit der Wahlarztthematik, Zunahme, Kostenerstattung, klare Definition der Rolle von Wahlärzten im System, klare Kommunikation an Vertragspartner und Versicherte. etc.

Vorschlag erste Schritte:

- Wiederaufgreifen bestehender Konzepte
- Wiedereinsetzen der entsprechenden Arbeitsgruppe
- Erarbeiten einer Umsetzungsstrategie, inklusive adäquater Öffentlichkeitsarbeit
- Gründe für die Entscheidung von Versicherten, einen Wahlarzt oder einen Vertragsarzt in Anspruch zu nehmen, erheben und analysieren
- Aufkommen/Häufigkeit von Überweisung aus Spital an Wahlarztpraxis:
  - Personenidentität erheben. D.h. wo ist ein Vertragsarzt z.B. eines KH gleichzeitig Wahlarzt
  - Ausmaß an „Überweisungen“ aus Spitalsbereich in Wahlbereich erheben

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

Input für ZS Operatives Ziel 9, Maßnahme 2 Bundesebene.



### **5.2.9 Weitere Themen, die von der Arbeitsgruppe Sachleistungsversorgung zur Behandlung/Diskussion in der Vertragspartnerstrategie empfohlen werden**

Neben den aus dem Sachleistungsmonitoring 2016 hervorgegangenen und von der Arbeitsgruppe priorisierten Lücken kamen folgende Themen auf, für die eine Bearbeitung im Rahmen der Vertragspartnerstrategie als sinnvoll erachtet wird:

- Erhebung und Analyse zur Barrierefreiheit von Ordinationen
- EDV unterstützte Terminverwaltungssysteme über e-card anbieten
- Service-Level-Agreements in Bezug auf Qualität, Service, Preis.
- Analyse der medizinischen Notwendigkeit von Facharztbesuchen. Quantifizierung von Bagatellfällen, deren Behandlung in der Primärversorgung erfolgen sollte. Ergebnisse sollen bei der Interpretation der Wartezeiten-Erhebung Berücksichtigung finden.

Die Ergebnisse sollen mit dem vorliegenden Leitbild in Einklang stehen.

### 5.3 Monitoring

Ein Monitoring über die Zielerreichung soll halbjährlich im Wege des BSC-Monitorings stattfinden.



## 6 Quellenverzeichnis:

**Bauer Monika, Füreder Heike 2014:** Versichertenbeteiligung einmal anders: Die VAEB auf neuen Wegen, in: Soziale Sicherheit 01/2014: 44-47.

**BMGF 2017:** Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) 2012, Ausgabe 2017 mit aktualisiertem Vorwort.

**Hsiao William C. 2003:** What is a health system? Why should we care? August 2003.

**HVB 2017:** Sachleistungsmonitoring. Erste Bestandsaufnahme. Unveröffentlichter Projektbericht, korrigierte Version vom 7.3.2017.

**IHS 2015:** Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. Wien: Institut für Höhere Studien.

**Murray Cristopher J.L., Frenk Julio 2000:** A framework for assessing the performance of health systems, in: Bulletin of the World Health Organization 78 (6): 717-731.

**SVR 2014:** Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Juni 2014.

**SVR 2011:** Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III. Über-, Unter-, Fehlversorgung. Gutachten 2000/2001. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. August 2001



## 7 Anhang

### 7.1 Gesundheitsziele Österreich

Artikel 3.3 des ZV schreibt die **Orientierung an den Gesundheitszielen Österreich** vor. Im Folgenden werden jene Textpassagen, die für das Thema „Sachleistungsversorgung“ einen direkten Bezug haben, zitiert<sup>a</sup>.

#### **Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen**

*„(...) Das Gesundheits- und Sozialsystem ist so zu gestalten, dass ein gleicher, zielgruppengerechter und barrierefreier Zugang für alle Bevölkerungsgruppen gewährleistet ist. Schaffung und nachhaltige Sicherstellung des Zugangs für alle zu evidenzbasierten Innovationen im Gesundheitsbereich muss gemeinsames Ziel aller Akteurinnen und Akteure im Gesundheitssystem sein.“*

#### **Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken**

*„Die Gesundheitskompetenz (Health Literacy) ist ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung. Sie soll die Menschen dabei unterstützen, im Alltag eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen, die ihre Gesundheit fördern. Dazu gilt es unter anderem, bei allen Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei benachteiligten Gruppen, die persönlichen Kompetenzen und das Verantwortungsbewusstsein zu stärken, den Zugang zu verständlicher, unabhängiger und qualitätsgesicherter Information zu erleichtern sowie das Bewusstsein für Gesundheitsvorsorge zu fördern. Im Gesundheitssystem soll die Rolle der Patientinnen und Patienten bzw. NutzerInnen und damit auch die Patientensouveränität gestärkt werden. Für die Menschen soll es auf einfache Weise möglich sein, sich im Gesundheits-, Bildungs- und Sozialsystem zurechtzufinden und die Rolle als verantwortliche PartnerInnen im System wahrzunehmen.“*

#### **Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken**

*„Soziale Beziehungen und Netzwerke leisten einen wichtigen Beitrag für Gesundheit und Wohlbefinden - solidarische Gesellschaften sind gesünder. Der soziale Zusammenhalt sowohl innerhalb der als auch zwischen verschiedenen Generationen und Geschlechtern sowie sozioökonomischen und soziokulturellen Gruppen ist für die Lebensqualität in einer Gesellschaft von Bedeutung. Sozialer Zusammenhalt, wertschätzender Umgang mit Vielfalt sowie Mitgestaltungsmöglichkeiten und ein gestärktes Verantwortungsbewusstsein des Einzelnen für die Gesellschaft stärken das Gemeinschaftsgefühl. Sie bilden damit im Zusammenwirken mit entsprechenden Sozialkompetenzen der Menschen eine wichtige Basis für gesellschaftlichen Zusammenhalt und für die Gesundheit der Bevölkerung. Die Pflege von sozialen Beziehungen, ehrenamtliche Tätigkeit und die Teilhabe an*

---

<sup>a</sup> BMGF 2017.



*demokratischen, gemeinschaftlichen Prozessen (soziale Gesundheit) brauchen Zeit sowie entsprechende Strukturen.“*

**Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen**

*„(...) Darüber hinaus ist eine umfassende und für alle zugängliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen sicherzustellen.“*

**Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen**

*„Die Sicherung der Gesundheit der Bevölkerung braucht eine an den Patientinnen und Patienten orientierte, bedarfsgerechte, koordinierte, wirkungs- und prozessorientierte sowie qualitätsgesicherte Versorgung mit Gesundheitsleistungen. Das öffentliche solidarische Gesundheitssystem muss daher nachhaltig abgesichert sein. Prioritäre Anliegen sind das Stärken von Prävention und Vorsorge sowie der primären Gesundheitsversorgung und die Gewährleistung des zielgruppenspezifischen und diskriminierungsfreien Zugangs, insbesondere für benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Integrierte, multiprofessionelle und gesundheitsförderliche Versorgungssysteme und Netzwerkstrukturen leisten einen wichtigen Beitrag zur Qualität, Effektivität und Effizienz. Wirksame Früherkennung, Frühintervention, integrierte Versorgung und das Stärken der Patientenkompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung sind von zentraler Relevanz. Ein zukunftsorientiertes Gesundheitswesen bedarf effizienter und zweckmäßiger Planung, Steuerung und Finanzierung in gemeinsamer Verantwortung auf Basis eines partnerschaftlichen Zielsteuerungssystems. Transparenz und Orientierung an Qualitätszielen sind im Hinblick auf Patientensicherheit und Patientennutzen erforderlich. Entsprechende Kapazitätsentwicklung (Capacity Building) in den Bereichen Public Health, Gesundheitsökonomie, Gender-Medizin, (Bildungs- und Versorgungsforschung) sowie praxisnahe und bedarfsgerechte Ausbildung und kontinuierliche Fortbildung für Gesundheitsberufe sind erforderlich. Gute Arbeitsbedingungen der Gesundheitsberufe können einen wesentlichen Beitrag zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung leisten.“*

## 7.2 Zum Begriff der bedarfsgerechten Versorgung

Unter einer **bedarfsgerechten Versorgung**<sup>a</sup> wird jenes Idealbild verstanden, in dem jede Person in quantitativer und qualitativer Hinsicht jene Gesundheitsleistungen erhält, die entsprechend ihrem objektiven Bedarf einen gesundheitlichen Nutzen erwarten lassen (der die Risiken übersteigt). Das bedeutet, dass sich die bedarfsgerechte Versorgung ausschließlich an der Morbidität einer Person orientiert und nicht von sozialem Status, Einkommen, Geschlecht, Bildungsgrad, Wohnort, Beruf etc. abhängt.

Der **objektive Bedarf** ist als normatives Konzept zu verstehen. Er ist schwer zu operationalisieren und variiert sowohl in zeitlicher als auch in räumlicher Hinsicht (Unterschiede zwischen Ländern). Er unterliegt einem kulturellen Wandel und wird auch vom medizinisch-technologischen Fortschritt beeinflusst. Beispielsweise kann die Entwicklung eines neuen Behandlungsverfahrens dazu führen, dass ein früher allgemein als nicht

<sup>a</sup> Vgl. SVR 2014: 31-36, SVR 2011: 25ff.



behandlungsbedürftig bewerteter Zustand zu einem behandlungsbedürftigen Phänomen wird. Die professionellen bzw. wissenschaftlichen Urteile über die Behandlungsbedürftigkeit bestimmen den objektiven Bedarf nicht alleine. Er muss auch politisch akzeptiert sein.

Auch wenn sich der objektive Bedarf nicht exakt bestimmen lässt, ist er dennoch ein wichtiger Begriff, vor allem in Abgrenzung zum subjektiven Bedarf. Der subjektive Bedarf (auch Bedürfnis oder Nachfrage genannt) entspricht dem subjektiven Wunsch bzw. der Präferenz, eine Leistung in Anspruch zu nehmen. **Auf der Kombination der Begriffe von objektivem Bedarf, subjektivem Bedarf und der Inanspruchnahme baut das Konzept zu Unter-, Über- und Fehlversorgung auf** (siehe Tabelle 1).

		Leistung <sup>a)</sup>		
		wird fachgerecht erbracht	wird nicht fachgerecht erbracht	wird nicht erbracht <sup>b)</sup>
Bedarf	nur objektiver, kein subjektiver Bedarf (latenter Bedarf)	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	(latente) Unterversorgung
	Subjektiver und objektiver Bedarf	bedarfsgerechte Versorgung	Fehlversorgung	Unterversorgung (ggf. Fehlversorgung)
	nur subjektiver, kein objektiver Bedarf	Übersversorgung (ggf. Fehlversorgung)	Übersversorgung und Fehlversorgung	bedarfsgerechte Versorgung

Tabelle 1: Zur Definition von Über-, - Unter- und Fehlversorgung.

a) Annahme: Leistung mit gesichertem gesundheitlichen Netto-Nutzen und angemessener Nutzen-Kosten-Relation

b) Annahme: es wird auch keine alternative Leistung erbracht

Quelle: SVR 2001: 33.

### 7.3 Gesundheitsdialog Mürztal, Versichertenrat der VAEB<sup>a</sup>

Bereits 2011 wurde der halbjährlich stattfindende Versichertenrat gegründet. Er besteht aus 10 bis 15 Versicherten, pensionierten Versicherten und Angehörigen aus der Region Mürztal. Neben der Stärkung des Dialogs mit den Versicherten ist es Ziel des Projekts bedarfs- und zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote in der Region zu schaffen. In den zwei- bis drei-stündigen Treffen haben die Personen die Möglichkeit frei über jene Themen zu sprechen, die sie zu einer breit gefassten Fragestellung beschäftigen. Die angewendete, „dynamic facilitation“ genannte, Moderationsmethode baut darauf durch das bewusste Weglassen von „Grundregeln“ und der Gleichbewertung aller Aussagen, Sichtweisen zu erweitern und Offenheit für unterschiedliche Meinungen zu erzeugen. Wichtig ist dabei die klare Kommunikation und Transparenz wie mit Vorschlägen der Gruppe

<sup>a</sup> Bauer und Füreder (2014).



umgegangen wird. Beim ersten Treffen des Versichertenrats lautete die Fragestellung „Was kann jeder Einzelne und die Sozialversicherung zur Erhaltung gesunder Lebensjahre beitragen?“. Es zeigte sich, dass den Versicherten sowohl Freiwilligkeit und Eigenverantwortung als auch Unterstützungsangebote für Personen mit eingeschränktem Wissen oder Möglichkeiten wichtig sind. Darüber hinaus zeigen die Erfahrungen mit dem Projekt, dass die stärkere Verbindung zur Selbstverwaltung – Arbeit und Prinzipien dieser sind in der Versichertengemeinschaft sehr wenig bekannt - von den Versicherten durchaus gewünscht ist.

## 7.4 Sachleistungsmonitoring

### 7.4.1 Der Beobachtungsraster als Erhebungsinstrument

Zur Erfassung des Zustands der Sachleistungsversorgung wurde der „Beobachtungsraster“ als analytisches Modell und als Erhebungsinstrument entwickelt. Dem Beobachtungsraster wurde ein Modell von Reinhard Busse zu Grunde gelegt, mit dem Einschränkungen der (universellen) Sachleistungsversorgung systematisch abgebildet werden können. Das dreidimensionale Modell stellt Einschränkungen gegenüber einer Vollversorgung („Universal Coverage“) auf den Ebenen

- geschützte Bevölkerung,
- Umfang des Leistungskatalogs und
- Kostenbeteiligungen

dar (vgl. Abbildung 6).

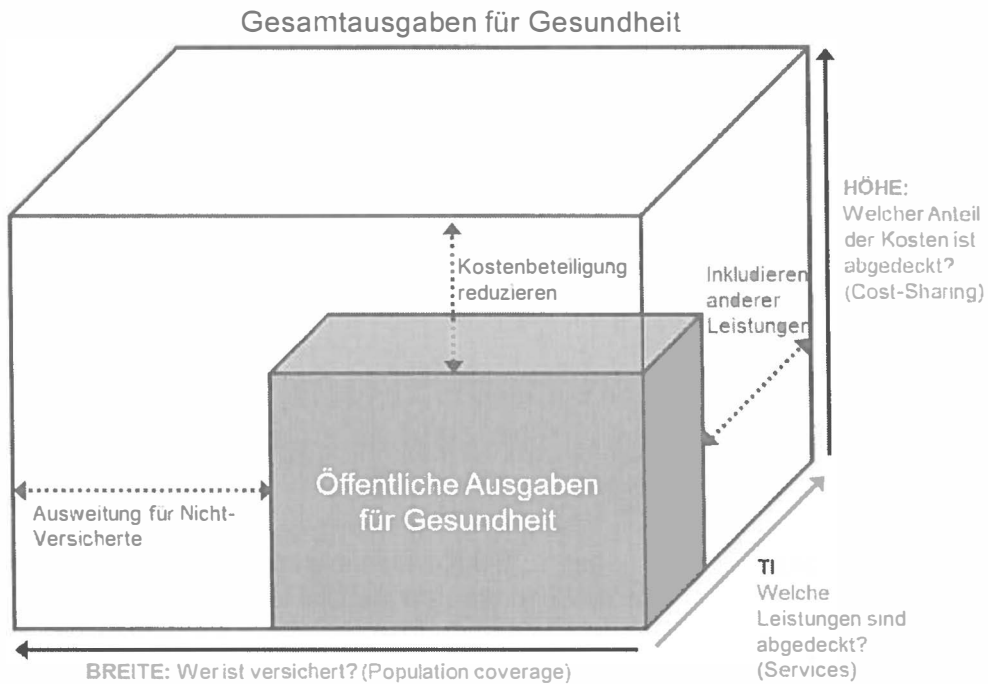


Abbildung 6: Universal Coverage und die drei Dimensionen der Leistungsfinanzierung. Quelle: Eigene Darstellung nach Busse R, Schlette S 2007: 100.

Im verwendeten Modell werden darüber hinaus geografische Faktoren, die Wahlfreiheit der Versicherten zwischen Leistungsanbietern, weitere Zugangshürden (etwa Öffnungszeiten, Sprachbarrieren, etc.) sowie ob die Versicherungsleistungen den Wünschen und Präferenzen der Versicherten entsprechen, analysiert.

Einschränkungen in diesen Bereichen haben zur Konsequenz, dass entweder Leistungen trotz bestehenden Bedarfs nicht in Anspruch genommen werden oder den Versicherten durch den Bedarf an diesen Leistungen ein finanzielles Risiko entsteht (Abbildung 7).



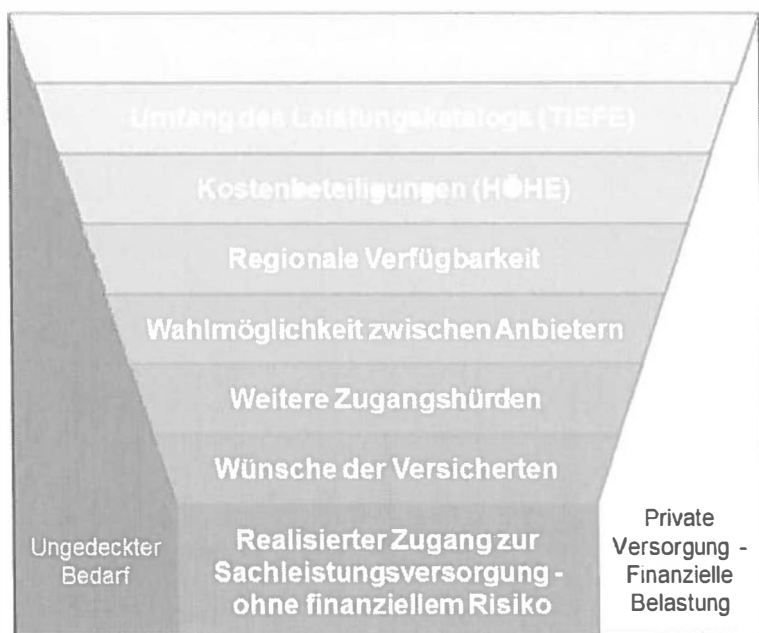


Abbildung 7: Hürden beim Zugang zur Sachleistungsversorgung. Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an: Wörz M et al. 2006: 2 und Busse R 2016.



