

# Medikamentenpaket 2017

Oberstes Ziel der Heilmittelpolitik der Sozialversicherung ist es, kranken Menschen alle für ihre Heilung oder den Erhalt ihrer Lebensqualität notwendigen Medikamente zur Verfügung zu stellen. Gleichzeitig muss der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als Medikamenteneinkäuferin mit den anvertrauten Mitteln wirtschaftlich haushalten, um die größtmögliche Anzahl an Patientinnen und Patienten bestmöglich zu versorgen. Die Balance zwischen angemessener Versorgung und nachhaltiger Finanzierbarkeit des Systems zu finden, erweist sich im Hinblick auf die Medikamentenkostenentwicklung als ständige Herausforderung.

Angesichts des wachsenden Kostendrucks hat der Gesetzgeber im Jahr 2017 mit einer Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG)<sup>2</sup> im Bereich der Medikamente ein vier Themenblöcke umfassendes Paket geschnürt, das zur langfristigen Finanzierbarkeit des solidarischen Gesundheitssystems beitragen sollte, ohne Qualitätseinbußen in Kauf nehmen zu müssen.

## 1. Differenzierte Preisabschläge bei der Aufnahme von wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukten in den Erstattungskodex (§ 351c Abs. 10 Z 1 und Z 2 ASVG)

Wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukte haben ein großes Potenzial, das Arzneimittelbudget nachweislich zu entlasten, um so den viel zitierten „Headroom für Innovation“ zu schaffen. Die in vielen Ländern eingesetzten Strategien zur Förderung der Nachfolgerpolitik, wie z. B. Wirkstoffverschreibung und bzw. oder Generikasubstitution, konnten in Österreich bislang nicht implementiert werden. Vielmehr wurde im Medikamentenpaket ein befristeter Kompromiss gesetzlich verankert, der am bestehenden System der prozentuellen Preisabschläge festhielt.

Anstatt der zuvor gültigen einheitlichen Regelung für alle wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukte wird nun zwischen Generika (chemische Nachfolgeprodukte) und Biosimilars (biologische Nachfolgeprodukte) unterschieden. So wurde z. B. der für die Aufnahme in den Erstattungskodex (EKO) notwendige Preisabschlag für das erste Biosimilar deutlich reduziert (38 statt 48 Prozent) und die Abschläge für Generika im Gegenzug von 48 auf 50 Prozent marginal erhöht.

Diese Regelung stellt ein inhaltliches Abgehen von

den Prinzipien der Verfahrensordnung zur Herausgabe des EKO (VO-EKO) dar, da nicht der medizinisch-therapeutische Nutzen bei der Preisbildung berücksichtigt wird, sondern allfällige Produktions- und Zulassungskosten eine Rolle spielen, die in der Regel bei biologischen Wirkstoffen höher sind.

Die Gültigkeit dieser Neuregelung ist jedoch bis zum 31. Dezember 2021 befristet. Danach tritt die Gleichbehandlung aller Nachfolgeprodukte, entsprechend ihrem medizinisch-therapeutischem Nutzen, wieder in Kraft. Erfahrungen aus der Praxis sowie internationale Beispiele zeigen, dass (auch auf Grund der hohen Ausgangsbasis) Rabatte weit über den gesetzlich verankerten Prozentsätzen möglich sind.

## 2. Regelung für nicht im EKO angeführte Produkte (§ 351c Abs. 9a ASVG)

Die Sozialversicherung ist nicht nur mit Kostentreibern im EKO konfrontiert, sondern auch mit Produkten, die zwar am Markt zugelassen, jedoch nicht im EKO gelistet sind.<sup>3</sup> Die Errungenschaft der Solidargemeinschaft, Medikamente, die dringend von Patientinnen und Patienten gebraucht werden, in jedem Fall zur Verfügung zu stellen, nützen einzelne pharmazeutische Unternehmen gezielt in der Umgehung des EKO aus. Bis 1. Jänner 2018 konnten Unternehmen außerhalb des EKO den Preis ihrer Präparate (ohne rechtliche Vorgaben und Einschränkungen) frei und somit willkürlich festsetzen.

Die Sozialversicherung gab im Jahr 2018 rund 315 Mio. EUR für Arzneispezialitäten aus, die nicht im EKO gelistet sind. Das entspricht rund zehn Prozent des gesamten Budgets. Wie der nachfolgenden Grafik zu entnehmen ist, kam es seit Einführung des EKO konstant zu einer überproportional hohen Ausgabesteigerung für Arzneispezialitäten außerhalb des EKO gemessen an den Gesamtausgaben. Seit dem Jahr 2005 haben sich die Aufwendungen für Arzneispezialitäten außerhalb des EKO mehr als versiebenfacht.

Die Adaptierung dieser strukturellen Schwäche im System stand für die Sozialversicherung im Rahmen des Medikamentenpakets stets an erster Stelle.

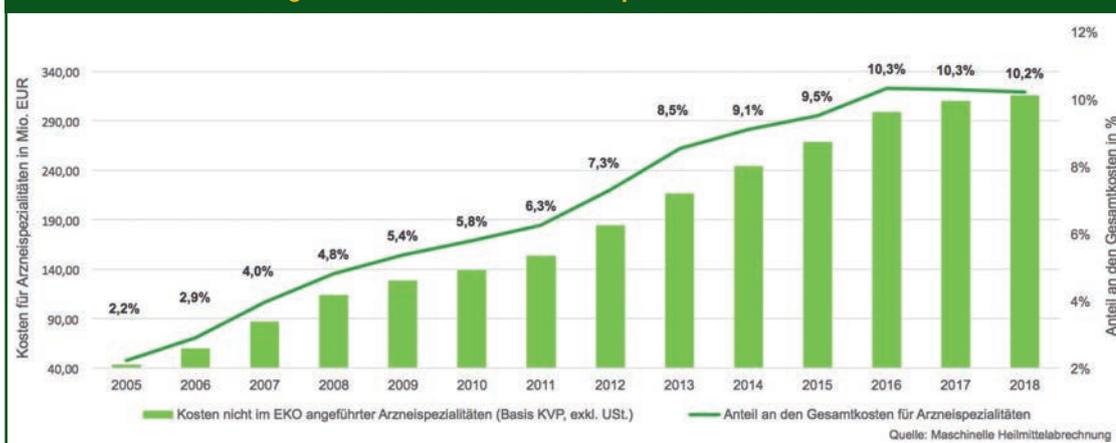
Durch die Gesetzesnovelle gelang es, diesem strukturellen Problem entgegenzuwirken und einen Anreiz für Unternehmen zu schaffen, Medikamente mit therapeutischer Alleinstellung in das Erstattungssystem einzugliedern. Seit 1. Jänner 2018 gilt für Produkte außerhalb des EKO, deren Umsatz auf Kosten der sozialen Krankenversicherung in den letzten zwölf Monaten

1 Die Begriffe Heilmittel, Arzneimittel, Arzneispezialitäten und Medikamente werden synonym verwendet.

2 BGBl. I Nr. 49/2017.

3 Maschinelle Heilmittelabrechnung.

### Entwicklung der Kosten für Arzneimittelspezialitäten außerhalb des EKO



die Schwelle von 750.000 EUR übersteigt (Basis Fabriksabgabepreis – FAP), der EU-Durchschnittspreis als Preisobergrenze.

Mit Stand 1. November 2019 hat der Hauptverband bei 74 Arzneimittelspezialitäten<sup>4</sup> die Überschreitung der 750.000-Euro-Grenze festgestellt und diese der Preiskommission zur Ermittlung der EU-Durchschnittspreise gemeldet. Für 71 Arzneimittelspezialitäten wurde von der Preiskommission bereits ein EU-Durchschnittspreis eruiert. Auf Basis der Verordnungen aus dem Jahr 2018 ergibt sich schätzungsweise ein Rückforderungsanspruch von rund 20 Mio. EUR (Basis FAP).<sup>5</sup>

### 3. Geänderte Vorgehensweise der Preiskommission bei der Feststellung der EU-Durchschnittspreise (§ 351c Abs. 6 ASVG)

Der EU-Durchschnittspreis gilt sowohl im ‚Grünen‘ als auch im ‚Gelben Bereich‘ des EKO als maximale Preisobergrenze. Da Medikamente in den einzelnen EU-Ländern zumeist zeitversetzt – vermutlich entsprechend ihrer Wirtschaftskraft – eingeführt werden, bedeutet dies eine kontinuierliche Änderung im Preisniveau. Darüber hinaus sind die Preise im Markt dynamisch und werden mitunter von der jeweiligen Marktsituation beeinflusst. Dem trägt nun auch die österreichische Regelung Rechnung:

Statt einer einmaligen Feststellung des EU-Durchschnittspreises hat die Preiskommission den EU-Durchschnittspreis nun nach sechs Monaten, nach weiteren 18 Monaten, nach weiteren 24 Monaten und eventuell nach weiteren 18 Monaten zu ermitteln. Darüber hinaus sind bei der Ermittlung auch gesetzliche Rabatte in anderen Mitgliedsstaaten zu berücksichtigen.

Die wiederkehrende Evaluierung des EU-Durchschnittspreises ermöglicht es, auf ökonomische Veränderungen am Markt einzugehen und so das aktuelle Preisgefüge abzubilden.

### 4. Preisband – Regelung für wirkstoffgleiche Nachfolgeprodukte im ‚Grünen Bereich‘ des EKO (§ 351c Abs. 11 ff. ASVG)

Da Österreich mittlerweile das einzige Land in Europa und in der OECD ist, in dem weder Wirkstoffverschreibung noch Generikasubstitution gesetzlich erlaubt ist<sup>6</sup> und daher innerhalb eines Wirkstoffs die Verordnung und Abgabe von Produkten erfolgen kann, die nicht das untere Preisniveau bilden, ergibt sich ein beträchtliches Einsparpotenzial bei gleicher Versorgungsqualität. Eine der Maßnahmen der Gesetzesnovelle war daher das sogenannte „Preisband“, durch das ungerechtfertigte Preisunterschiede als Einmaleffekt bei wirkstoffgleichen Produkten mit gleicher Wirkstoffstärke und Darreichungsform im ‚Grünen Bereich‘ des EKO bereinigt wurden.

Das Verfahren wurde im Jahr 2017 erstmals durchgeführt und wurde im Oktober dieses Jahres zur Nachjustierung ein weiteres Mal angewendet. Die rechtlichen Bestimmungen legen fest, dass in das Preisband wirkstoffgleiche Arzneimittelspezialitäten aus dem ‚Grünen Bereich‘ des EKO einzubeziehen sind, diejenigen die im § 351c Abs. 10 Z 1 ASVG vorgesehenen Preisreduktionen bereits durchlaufen haben (Nachfolgerregelung) oder die nach § 609 Abs. 13 ASVG aus dem Heilmittelverzeichnis in den EKO überführt wurden. Der zulässige Höchstpreis innerhalb der Preisbandgruppen darf maximal 30 Prozent über dem Preis der günstigsten Arzneimittelspezialität desselben Wirkstoffs liegen.

<sup>4</sup> Bei der Umsatzermittlung sind die für Rechnung der Krankenversicherungsträger erzielten Umsätze aller Wirkstoffstärken und Packungsgrößen der betroffenen Arzneimittelspezialität zusammenzurechnen.

<sup>5</sup> Maschinelle Heilmittelabrechnung.

<sup>6</sup> Vogler/Zimmermann/Haasis (2019): PPRI Report 2018 – Pharmaceutical pricing and reimbursement policies in 47 PPRI network member countries. WHO Collaborating Centre for Pricing and Reimbursement Policies, Gesundheit Österreich GmbH sowie OECD (2017), Tackling Wasteful Spending on Health, OECD Publishing.

Obwohl auch im Jahr 2019 – wie schon vor zwei Jahren – die Anwendbarkeit der Preisbandregelung für fast 680 Wirkstoffe geprüft wurde, ist die Anzahl der Preisbandgruppen mit 93 letztlich weniger als halb so groß wie im Jahr 2017. Die Intention der Gesetzesnovelle wurde folglich erreicht, nämlich die Bereinigung ungerechtfertigter Preisunterschiede bei wirkstoffgleichen Produkten.

Im Jahr 2018 belief sich die Ersparnis durch das Preisband auf rund 46 Mio. EUR (Basis Kassenverkaufspreis – KVP). Für das Jahr 2019 kann von einem kalkulierten Einsparpotenzial von rund zwölf Mio. EUR (Basis KVP) ausgegangen werden.<sup>7</sup>

Bei den vom Preisband betroffenen Produkten besteht per Gesetz<sup>8</sup> bis 1. Oktober 2020 keine Möglichkeit,

auf das sich ständig verändernde therapeutische und gesundheitsökonomische Umfeld zu reagieren und über das Preisband hinaus ungerechtfertigte Preisunterschiede zu bereinigen. Für Produkte im ‚Gelben Bereich‘ des EKO, wo das Preisband keine Anwendung findet, wurden allerdings durch strukturierte Überprüfungen durch den Hauptverband ungerechtfertigte Preise und Preisunterschiede ebenso bereinigt, wodurch Einsparungen von über 15 Mio. EUR (Basis KVP) jährlich realisiert werden konnten.<sup>9</sup>

Für die Zukunft gilt es nun, neue Wege zu beschreiben, um die Balance zwischen angemessener Versorgung und nachhaltiger Finanzierbarkeit weiterhin zu gewährleisten.

*MMag. Jutta Lichtenecker (Hauptverband)*

## Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung

Im April des Jahres 2016 stellte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Rahmen einer repräsentativen Umfrage die Frage, welche Maßnahmen aus Sicht der Versicherten besonders wichtig wären. Jede bzw. jeder fünfte Befragte nannte bei freier Nennung den Begriff „Gleichbehandlung“. Dies betrifft vor allem Leistungsunterschiede bei den Zuzahlungen bzw. Selbsthalten der Versicherten in den Bereichen Heilbehelfe und Hilfsmittel, kieferorthopädische Behandlungen und beim unentbehrlichen Zahnersatz. Aber auch bei den durch die Krankenversicherungsträger geleisteten Zuschüssen in diesen Bereichen stehen die Ungleichbehandlungen ins Auge. Darüber hinaus finden sich Leistungsunterschiede auch im Leistungsumfang wieder. So wurden unter anderem die Familienzuschläge zum Krankengeld im Jahr 2016 nur von einer Gebietskrankenkasse gewährt. Derartige Unterschiede verstehen die Versicherten nicht, wenn sie im familiären oder beruflichen Umfeld auf diese ungleichen Leistungen zu sprechen kommen und oftmals direkte Vergleiche zu anderen Krankenversicherungsträgern anstellen konnten. Die aus dieser empfundenen Ungerechtigkeit resultierende Unzufriedenheit gefährdet die Akzeptanz des Sozialversicherungssystems. Der Vorsitzende des Hauptverbandes, Dr. Alexander Biach, hat bereits bei Amtsantritt festgehalten, dass die Versichertengemeinschaft die Gewissheit haben muss, dass sie für das gleiche Geld die gleichen Leistungen erhält.

Das Ziel der Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung bestand darin, derartige Ungerechtigkeiten

im Leistungsrecht in der Versichertengemeinschaft zu beseitigen. Der Anfang galt den satzungsmäßigen Regelungen in der Absicht, diese Bestimmungen zu harmonisieren.

Basierend auf Erhebungsarbeiten bei allen Krankenversicherungsträgern im Jahr 2016 wurden 23 unterschiedliche Leistungsbereiche von unterschiedlicher Granularität und Inhaltstiefe identifiziert und in drei Prioritätskategorien eingestuft. Bei diesen Leistungsbereichen gibt es unterschiedliche Vorgangsweisen der Krankenversicherungsträger hinsichtlich der Höhe der Zuschüsse, der Art des Leistungsumfanges sowie der Höhe der Zuzahlungen bzw. Selbstbehalte.

Im Zuge der Umsetzung des Beschlusses der Trägerkonferenz vom 4. Oktober 2016 hinsichtlich der Harmonisierung von Leistungen in der Krankenversicherung wurde ein organisationsübergreifendes Projekt mit Experten aus dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) eingerichtet. Die Abteilung Leistungs-, Versicherungs- und Beitragswesen in der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung (LVB) aus dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger übernahm die Aufgabe der Projektleitung. Maßgebliche Arbeitspakete des Projektes wurden darüber hinaus von den Vertragspartnerabteilungen aus dem Hauptverband erledigt.

Als Projektziele vereinbart wurden die Analyse trägerspezifischer Unterschiede in den in Betracht kommenden Leistungsbereichen, Definition möglicher Harmo-

<sup>7</sup> Maschinelle Heilmittelabrechnung.

<sup>8</sup> § 705 Abs. 4 ASVG.

<sup>9</sup> Maschinelle Heilmittelabrechnung.

nisierungsziele, Schätzung des Finanzierungsbedarfs für die möglichen Harmonisierungsziele und die Identifikation von Priorisierungskriterien für die Umsetzung der Leistungsharmonisierung.

Im Rahmen der Priorität 1 der Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung wurden am 13. Juni 2017 durch einstimmigen Beschluss der Trägerkonferenz mit Inkrafttreten zum 1. Oktober 2017 acht Leistungsbereiche einer einheitlichen Vorgehensweise zugeführt. Als Instrumente für die Vereinheitlichung dieser acht Bereiche dienten verbindliche Bestimmungen in der Mustersatzung bzw. Musterkrankenordnung, die von den Krankenversicherungsträgern wortgleich in ihre Satzungen bzw. Krankenordnungen übernommen wurden sowie Selbstbindungsbeschlüsse durch die Krankenversicherungsträger für Harmonisierungen, die nicht in Satzung bzw. Krankenordnung zur regeln waren.

Im Zuge der Umsetzung wurden folgende Leistungen harmonisiert: Der Kostenzuschuss für die FSME-Impfung, die Aufnahme der endovaginalen Sonografie in die Verträge mit den Fachärzten/-innen für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wiener und Tiroler Gebietskrankenkasse, die diese Position noch nicht enthielten, die Vereinheitlichung der Höchstgrenze für die Kostenübernahme für Rollstühle, die Anpassung der Abgabemenge von saugenden Inkontinenzprodukten, die einheitliche leistungsrechtliche Qualifikation und Abgabemenge von Blutzuckerteststreifen und *FreeStyle Libre*, die harmonisierte Gewährung von Familienzuschlägen zum Krankengeld auf Basis des Modells der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und die einheitliche Gewährung von Krankengeld nach § 139 Abs. 2b ASVG.

Die Entlastung für die Versicherten durch die Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung für diese acht Leistungsbereiche mit Priorität 1 beläuft sich auf rund 9,23 Millionen Euro pro Jahr.

Die sieben Leistungsbereiche der Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung mit Priorität 2 wurden von der Trägerkonferenz einstimmig am 3. Oktober 2017, mit Inkrafttreten zum 1. Jänner 2018, beschlossen. Auch in diesen Bereichen erfolgte die Vereinheitlichung durch verbindliche Bestimmungen in der Mustersatzung bzw. Musterkrankenordnung, die die Krankenversicherungsträger wortgleich in ihre Satzungen bzw. Krankenordnungen übernahmen, sowie durch vertragliche Adaptierungen.

Von wesentlicher Tragweite für die Versicherten sind hier die unterschiedlichen Zuzahlungshöhen der Versicherten (Selbstbehalte) zu den kieferorthopädischen Leistungen und zu den Leistungen des unentbehrlichen Zahnersatzes zu nennen. Für diese beiden Bereiche wurden diese Zuzahlungen der Versicherten auf 30 bzw. 25 Prozent gesenkt. Darüber hinaus wurde die Einhebung von Selbstbehalten bei der Übernahme der

Transportkosten gestrichen und für die Übernahme von Reise-/Fahrtkosten eine vereinheitlichte Pauschale festgelegt. Im Bereich der Heilbehelfe und Hilfsmittel wurde für Kontaktlinsen und Perücken bei onkologischer Behandlung die Höchstgrenze für die Kostenübernahme harmonisiert und eine einheitliche leistungsrechtliche Qualifikation bei Versorgung mit Flüssigsauerstoff festgelegt.

Die Entlastung für die Versicherten durch die Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung für diese sieben Leistungsbereiche mit Priorität 2 beläuft sich auf rund 35,65 Millionen Euro pro Jahr.

Im Rahmen der Priorität 3 der der Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung wurden am 19. Juni 2018 acht weitere Leistungsbereiche durch einstimmigen Beschluss der Trägerkonferenz mit Inkrafttreten zum 1. September 2019 (die Leistung „Mundhygiene“ mit 1. Juli 2019) einer einheitlichen Vorgehensweise zugeführt. Diese Vereinheitlichungen wurden durch verbindliche Bestimmungen der Mustersatzung bzw. Musterkrankenordnung, die von den Krankenversicherungsträgern wortgleich in ihre Satzungen bzw. Krankenordnungen übernommen wurden, durch Selbstbindungsbeschlüsse durch die Krankenversicherungsträger für Harmonisierungen, die nicht in Satzung bzw. Krankenordnung zur regeln waren, und durch vertragliche Adaptierungen umgesetzt.

Vereinheitlicht wurden die Höhen der Kostenzuschüsse und die Bewilligungsprozesse von Psycho-, Physio-, Ergotherapie und Logopädie sowie sonstige kassen-spezifische Leistungen. Für die Bereiche Hörgeräte und Schuheinlagen wurde ein Grundsatzbeschluss zur einheitlichen Vorgangsweise aller Krankenversicherungsträger gefasst, der in der Folge Grundlage für die Vertragsverhandlungen mit den betroffenen Vertragspartnern war. Der Leistungsumfang im Zahnbereich, der in den Satzungen der Krankenversicherungsträger zu regeln ist, wurde um die Leistungen „Mundhygiene für Kinder und Jugendliche“ und „Amalgamersetzende Füllungen“ (Erfüllung einer EU-Vorgabe) erweitert.

Die Entlastung für die Versicherten durch die Leis-



© M. Schuppich – Fotolia.com

tungsharmonisierung in der Krankenversicherung für die Leistungsbereiche mit Priorität 3 beläuft sich auf rund 50,6 Millionen Euro pro Jahr.

Die Gesamtentlastung der Versicherten durch die Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung für alle 23 Leistungsbereiche beträgt damit rund 85 Millionen Euro (unter Berücksichtigung der Leistung „Amalgamersetzende Füllungen“ sogar 95 Millionen Euro). Neben dem Nutzen für die Versicherten wurde bei der Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung stets darauf geachtet, dass diese nicht zu unkalkulierbaren finanziellen Risiken für einzelne Krankenversicherungsträger führt.

Die Sozialversicherung hat mit dem Abschluss der Leistungsharmonisierung in der Krankenversicherung

für 23 Leistungsbereiche bewiesen, dass sie aus eigener Kraft vieles bewegen kann und der Mensch im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht. Sie hat damit etwas geschafft, was ihr niemand so schnell zugetraut hätte, und dafür gesorgt, dass erhebliche Leistungsunterschiede weitestgehend beseitigt wurden.

Festzuhalten ist, dass Leistungsharmonisierungen positive Bewegung bringen. Sie dienen als Motivation für die Trägerlandschaft, neue und innovative Leistungen zu entwickeln und diese gemeinsam umzusetzen. Die Botschaft der Selbstverwaltung zur Leistungsharmonisierung lautete klar: „Von hier aus gemeinsam weiter nach vorne.“

*Mag. Herbert Choholka (Hauptverband)*

*Kirstin Pressl (Hauptverband)*

# Elektronischer Datenaustausch von Sozialversicherungsdaten – ein Innovationsprojekt des Hauptverbandes

## 1 Einführung

Die wachsende Mobilität der Bürger im EU-Raum sowie der immer größere Kreis an Mitgliedstaaten führen zunehmend zu organisatorischen und technischen Herausforderungen bei der Gewährleistung der sozialen Sicherheit von Personen, die ihr Recht auf Freizügigkeit in der EU wahrnehmen. Um den notwendigen Informationsaustausch zu beschleunigen, wurde auf EU-Ebene die Einführung eines elektronischen Datenaustausches von Sozialversicherungsdaten konzipiert, standardisiert und umgesetzt. Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat im europäischen Kontext wesentlich zu dieser elektronischen Plattform beigetragen und damit das Fundament für ein Innovationsprojekt in Österreich geschaffen.

## 2 Rahmenbedingungen in der Europäischen Union

Wesentliche Grundlage für den elektronischen Datenaustausch ist die Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments vom 29. April 2004. Sie mo-

denisiert die Regeln für die Koordinierung der mitgliedstaatlichen Systeme der sozialen Sicherheit und achtet auf deren Vereinfachung, die allen Beteiligten zugutekommt. Die enthaltenen Rechtsvorschriften ersetzen aber nicht die in den Mitgliedstaaten geltenden rechtlichen Grundlagen, sondern sollen allgemeine europäische Standards wie etwa den allgemeinen Grundsatz der Gleichbehandlung bei der Anwendung nationalen Rechts in allen Bereichen der sozialen Sicherheit sicherstellen.

Die konkreten Rahmenbedingungen für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 wurden durch die Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 festgelegt. Insbesondere wurden die fachlichen und technischen Grundlagen für den Ablauf der Verfahren zur Klärung grenzübergreifender Sachverhalte (siehe Abbildung 1) in unterschiedlichen Sektoren der sozialen Sicherheit festgelegt. Hinsichtlich des elektronischen Datenaustausches wurden konkrete rechtliche Rahmenbedingungen zu Umfang und Modalitäten des Daten-

**Abbildung 1: Klärung eines grenzübergreifenden Sachverhaltes über die EESSI-Plattform**



austauschs zwischen den Trägern, zwischen den betroffenen Personen und den Trägern sowie insbesondere zu Format und Verfahren des Datenaustauschs abgeleitet. Als Konsequenz aus den rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen wurde eine europäische Plattform (Electronic Exchange of Social Security Information, kurz EESSI) für den elektronischen Austausch von Sozialversicherungsdaten geschaffen und damit eine wesentliche Innovation zum Schutz der Rechte von EU-Bürgern forciert. Die Fundamente für eine Umsetzung dieser EESSI-Plattform für den elektronischen Datenaustausch von Sozialversicherungsdaten in Europa wurde unter maßgeblicher Beteiligung des Hauptverbandes geschaffen:

- Der elektronische Datenaustausch findet in einem abgesicherten Netzwerk unter Berücksichtigung der höchsten Sicherheitsstandards statt.
- Der elektronische Datenaustausch erfolgt über verschiedene Geschäftsprozesse, welche in der Folge als „Business Use Cases (BUCs)“ bezeichnet werden.
- Die Fachdaten werden über strukturierte elektronische Dokumente übermittelt, welche in der Folge als „SEDs“ bezeichnet werden.
- Die Kontakt- und Adressinformation wird den Mitgliedstaaten über ein elektronisches Verzeichnis, welches infolge als „Institution Repository“ bezeichnet wird, zu Verfügung gestellt.
- Die Verknüpfung des nationalen Systems mit der EESSI-Plattform erfolgt über eine oder mehrere nationale Zugangsstellen, welche in der Folge als „Access Points“ bezeichnet werden.
- Die zuverlässige Übermittlung der SEDs an den korrekten Empfänger erfolgt vollelektronisch über die EESSI-Plattform der Europäischen Union.

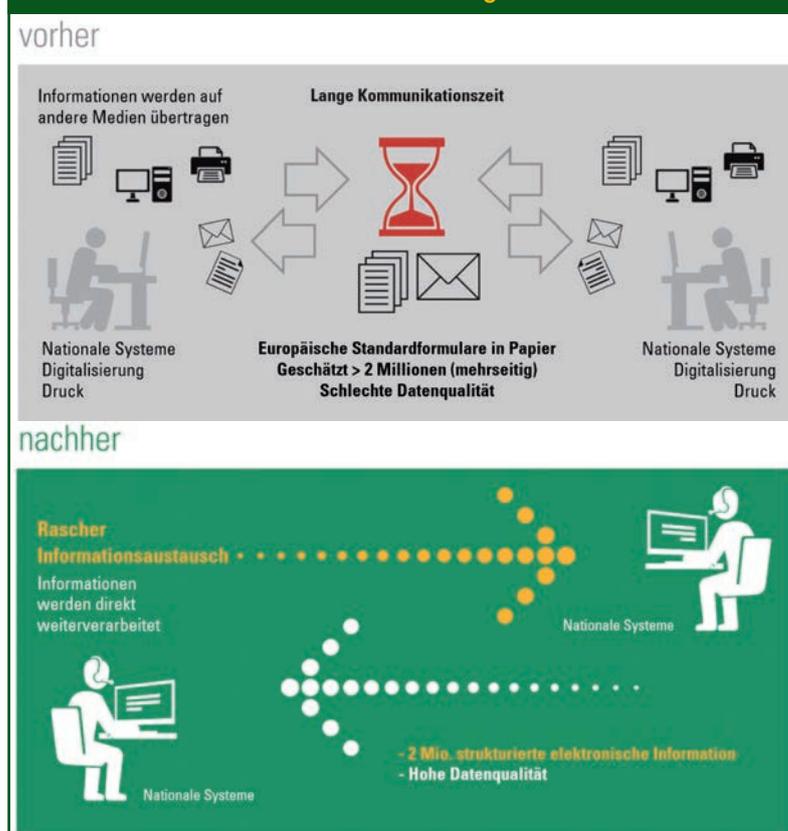
Die Leistungsmerkmale (siehe Abbildung 2) der Plattform-EESSI für den elektronischen Datenaustausch sind

- eine schnellere Bearbeitung von Anträgen durch Sachbearbeiter,
- die effektive Berechnung und Auszahlung von Leistungen,
- ein standardisierter, vollelektronischer Informationsfluss zwischen Ländern,
- eine mehrsprachige Kommunikation dank gemeinsamer strukturierter Dokumente
- sowie eine optimierte Prüfung und Erhebung von Daten.

### 3 Rahmenbedingungen in der österreichischen Sozialversicherung

Die innerstaatliche Rechtsgrundlage für die Rolle des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) und der verschiedenen Institutionen sowie die Umsetzung eines Projekts „Elektronischer grenzüberschreitender Datenaustausch von Sozialversicherungsdaten, kurz EGDA, wurde durch die Novel-

Abbildung 2: Der Informationsaustausch von Sozialversicherungsdaten



lierung des Sozialversicherungs-Ergänzungsgesetzes – SV-EG (im Rahmen des Sozialrechtsänderungsgesetzes 2011) geschaffen (§§4 ff SV-EG). Insbesondere werden die Pflichten des Hauptverbandes hinsichtlich der Festlegung von System, Formaten und Einsatzzeitpunkten definiert.

Im Rahmen der nationalen Umsetzungsstrategie EGDA im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger werden etwa hundert papierbasierte Geschäftsprozesse mit dem Ausland in die europaweite digitale Plattform EESSI übergeführt. Betroffen sind alle Sektoren der sozialen Sicherheit mit insgesamt fast 400 SEDs zu Klärung von grenzübergreifenden Sachverhalten, u. a.

- Klärung des anzuwendenden Rechts („Welcher MS ist rechtlich zuständig?“),
- Klärung des Anspruchs und Bestätigung des Anspruchs von Leistungen der Sozialversicherung in der EU/EFTA und der Schweiz (Anspruch auf Arztbesuche und Akutbehandlung im Ausland),
- zwischenstaatliche Abrechnung von Leistungen im Bereich Krankheit, Pflege, Unfall oder Arbeitslosigkeit (Kostenübernahme von Sachleistungen durch den zuständigen Staat),
- europaweite Pensionsanträge und Austausch von Pensionszeiten (Feststellung von Versicherungszeiten im Ausland und Ermittlung eines Pensionsanspruchs),

- grenzüberschreitende Beitragsbeitreibungen,
- [...].

Der Hauptverband, in seiner zentralen Rolle als Verbindungsstelle (fachlich) bzw. Zugangsstelle (technisch), verknüpft die verschiedenen nationalen Träger auf fachlicher und technischer Ebene und ist zentrale Schnittstelle zwischen der europäischen Plattform EESSI und allen SV-Trägern in Österreich. Verschiedene Aufgaben werden gebündelt, um eine optimale Steuerung der Anbindung an die digitale EESSI-Plattform zu ermöglichen. Als technische Zugangsstelle („Elektronische Poststelle Österreich“) wird der Empfang bzw. die Versendung von Information in Österreich organisiert und technisch ermöglicht:

- (1) Die technische Zugangsstelle ist der technische Endpunkt der Kommunikation zwischen Österreich und den europäischen Partnern.
- (2) Alle nationalen Träger, zuständigen Institutionen und Verbindungsstellen sind die fachlichen Endpunkte der Kommunikation zwischen Österreich und den europäischen Partnern.
- (3) Die technische Zugangsstelle ist der technische „Single Point of Contact“ für die Datenübergabe an bzw. von allen fachlich zuständigen Trägern und Institutionen in Österreich zum Zwecke des internationalen Datenaustausches.

*Eine Koordination und Vernetzung aller betroffenen österreichischen Institutionen durch den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Ein Zusammenspiel aller Beteiligten auf fachlicher und technischer Ebene, um als einheitliches Ganzes im europäischen Kontext zu agieren, ist dabei eine wichtige Voraussetzung.*

Abgeleitet aus den EU-Verordnungen und den im SV-EG festgelegten Aufgaben des Hauptverbandes als Zugangsstelle wird ein umfassender digitaler Datenaustausch in Österreich zwischen Zugangsstelle und Trägern und zuständigen Institutionen festgelegt. Die Festlegung betrifft alle Sektoren der sozialen Sicherheit, insbesondere

- Leistungen bei Krankheit sowie Leistungen bei Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft;
- Altersrenten, Vorruhestandsleistungen und Leistungen bei Invalidität;
- Leistungen an Hinterbliebene und Sterbegeld;
- Leistungen bei Arbeitslosigkeit; Familienleistungen;
- Leistungen bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

Die gesamte Kommunikation zwischen der Zugangsstelle und den österreichischen Trägern und zuständigen Institutionen erfolgt über standardisierte nationale Geschäftsprozesse (BUCs) und strukturierte nationa-

le elektronische Dokumente (SEDs). Neben diesen fachlichen Gesichtspunkten ist die elektronische Adresse des Partners ein entscheidender fachlicher Parameter für den elektronischen Datenaustausch. Dieser Wert für die exakte Adressierung einer elektronischen Nachricht kann über das Verzeichnis der Sozialversicherungsträger in Europa (Institution Repository) ermittelt werden. Die Wartung der Einträge liegt in der Verantwortung der Mitgliedstaaten. Für die österreichischen Einträge ist der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in seiner Rolle als Zugangsstelle und Verbindungsstelle verantwortlich.

Die grundlegenden Rahmenbedingungen des elektronischen Datenaustausches zur Umsetzung wurden gemeinsam mit der Abteilung Internationale und Europäische Angelegenheiten der SV (IESV) im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für 100 BUCs mit 400 SEDs erarbeitet.

Die fachlichen Anforderungen an die Verwaltung der Geschäftsprozesse, die fachlichen Anforderungen an die Bearbeitung von Fachdaten, die Kompetenzen der jeweiligen nationalen und internationalen Träger und zuständigen Institutionen hinsichtlich der Geschäftsprozesse sowie die gewählte technische Architektur mit der Zugangsstelle als „elektronische Poststelle“ für die österreichischen Träger verlangen ein umfassendes Implementierungskonzept auf österreichischer Seite.

*Ein umfassendes Konzept für die Implementierung des elektronischen Datenaustauschs wurde vom Projekt EGDA in Zusammenarbeit mit der Abteilung IT-Organisation (IT-ORG) im Hauptverband und den IT-Services der Sozialversicherung (ITSV) erarbeitet sowie umgesetzt.*

#### 4 Grenzübergreifende Transferleistungen und der elektronische Datenaustausch – ein Fallbeispiel

Krankenbehandlungen im Ausland und die daraus resultierenden zwischenstaatlichen Kostenverrechnungen führen zu einer beachtlichen Anzahl von Geschäftsprozessen zur Abklärung von Sachverhalten in der Sozialversicherung (siehe Abbildung 3). Um eine entsprechende Behandlung, sogenannte Sachleistungen bei Krankheit, Mutterschaft und gleichgestellte Leistungen bei Vaterschaft, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten im EU-Ausland in Anspruch nehmen zu können, muss jeder Bürger den Anspruch auf diese Leistungen im zuständigen Mitgliedstaat nachweisen. Dafür reicht bei Urlaubsreisen oder bei einem vorübergehenden Aufenthalt die Europäische Krankenversicherungskarte (EKVK), welche sich für österreichische Versicherte auf der Rückseite der e-Card befindet. Sobald jedoch der Wohnsitz der Person (= Mittelpunkt

der Lebensinteressen) ins Ausland verlegt wird, muss ein entsprechender formaler Prozess zur Erlangung eines Leistungsanspruchs eingehalten werden.

Das Recht zum Erhalt von Sachleistungen im Wohnortmitgliedstaat muss durch eine Anspruchsbescheinigung bescheinigt werden, welche vom zuständigen Träger ausgestellt wird. Der Antrag dazu kann von der versicherten Person, vom Träger im Wohnortmitgliedstaat oder auf Initiative des Trägers im zuständigen Mitgliedstaat erfolgen. Diese Anspruchsbescheinigung für Sachleistungen im Wohnortmitgliedstaat muss dann im jeweiligen Wohnortmitgliedstaat für die Dauer des Wohnsitzes eingetragen werden.

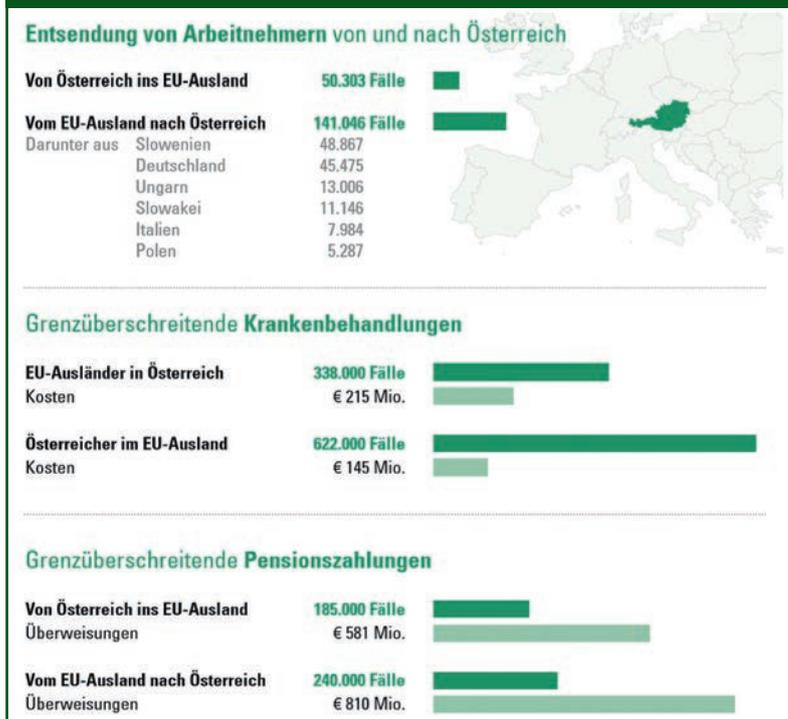
Für den grenzübergreifenden Informationsdatenaustausch hinsichtlich des Erhalts, der Eintragung oder Stornierung dieser Anspruchsbescheinigungen gibt es umfassende fachliche Geschäftsprozesse in der EESSI-Plattform (z. B. S\_BUC\_01, S\_BUC\_01a und S\_BUC\_02).

*All diese BUCs im Bereich rund um die Anspruchsbescheinigung sind über die EESSI-Plattform schon seit Beginn des Jahres 2019 produktiv im Einsatz. Es wurden seit Juli 2019 (Einsatz bei anderen Ländern) 10.363 BUCs mit insgesamt 17.197 SEDs mit 16 Ländern ausgetauscht. Die durchschnittliche Übermittlung von der Zugangsstelle dauert unter zehn Sekunden.*

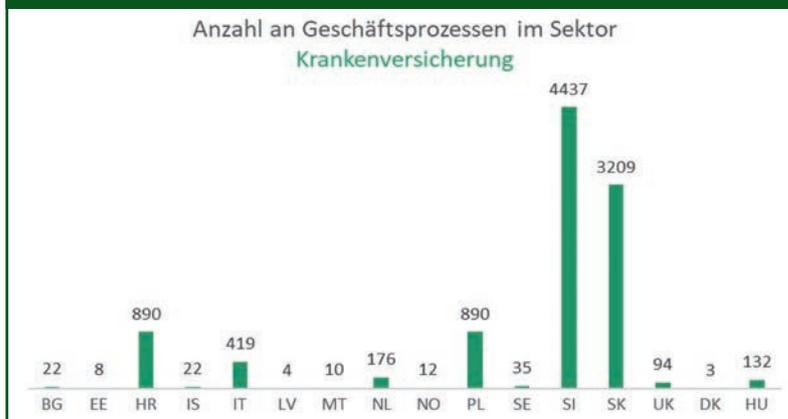
Bei erfolgreicher Eintragung und bzw. oder Ausgabe der Anspruchsbescheinigung als Resultat des grenzübergreifenden Datenaustausches ist eine Person berechtigt, Leistungen der Krankenversicherung im EU-Ausland in Anspruch zu nehmen. Demnach muss einer Person, die sich entweder vorübergehend in einem EU-Mitgliedstaat aufhält oder aber dort wohnhaft ist und eine Sachleistung (wie z. B. eine ärztliche Behandlung, Medikamente, ein Spitalsaufenthalt usw.) im Bereich der Krankenversicherung benötigt, diese Behandlung *unentgeltlich* gewährt werden. Die erbrachte Sachleistung wird als Folge dem zuständigen Mitgliedstaat in Rechnung gestellt. Dafür steht ein eigener, komplexer grenzübergreifender Geschäftsprozess, der S\_BUC\_19, zur Verfügung. Dieser Prozess klärt den Sachverhalt der Kostenerstattung von Sachleistungen der Krankenversicherung zwischen „Gläubiger“ und „Schuldner“. Dies inkludiert Schritte der Beanstandung, Wiedervorlage und Stornierung von Forderungen.

Die Forderung nach Kostenerstattung wird vom Träger im Wohn- bzw. Aufenthaltsmitgliedstaat, welcher die Sachleistungen gewährt hat, an den Träger im zuständigen Mitgliedstaat gestellt. Die Abwicklung dieser Verrechnungsprozesse (Gläubiger, Schuldner) obliegt dabei den Verbindungsstellen der beiden Länder (in Österreich: Dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger). Forde-

**Abbildung 3: Die wichtigsten jährlichen Transferleistungen (2018) von über 100 Leistungen in der Sozialversicherung**



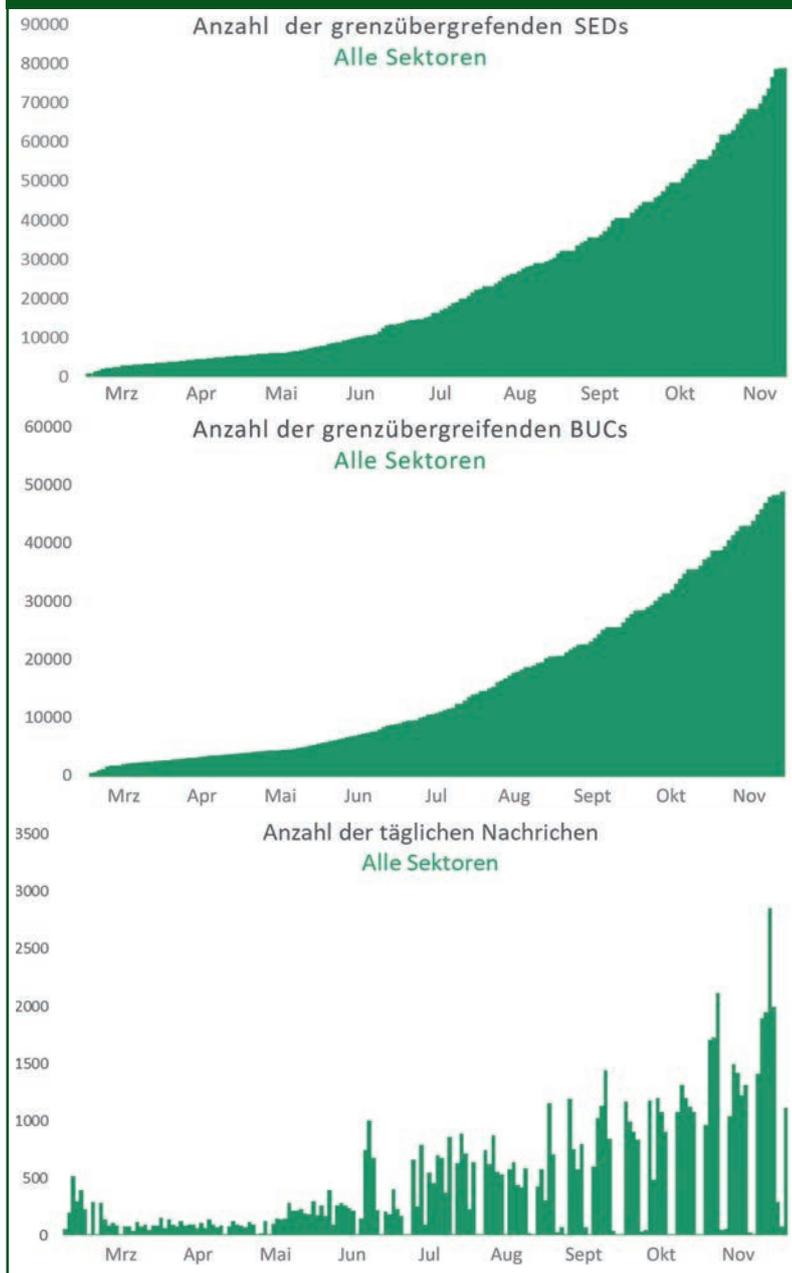
**Abbildung 4: Klärung von grenzüberschreitenden Sachverhalten im Bereich Krankheit über die Plattform EESSI (1.7 –18.11.2019)**



rungen werden nicht auf Basis einzelner Positionen, sondern jeweils als Sammelrechnung übermittelt. Diese Rechnungspakete werden in Österreich sowie auch in vielen anderen Mitgliedstaaten quartalsweise eingereicht. Die Anzahl derartigen Einzelpositionen (individuelle Sachleistung) in einem Paket kann bis zu 150.000 betragen und würde in gedruckter Form eine Höhe von bis zu fünf Metern erreichen. Diese Papierpakete gehören der Vergangenheit an – heute werden die Daten innerhalb von wenigen Sekunden vom Hauptverband an die Partner im EU-Ausland elektronisch übermittelt.

*In den Jahren von 2015 bis 2018 wurden 1,9 Millionen erbrachte inländische Sachleistungen (EU-Ausländer in Österreich) und 1,5 Millionen*

**Abbildung 5: Elektronischer Datenaustausch über die EESSI-Plattform (18.3.–18.11.2019)**



erbrachte ausländische Sachleistungen (Österreicher im EU-Ausland) mit anderen Mitgliedstaaten vereinbart und abgerechnet. Das entspricht der Einsparung eines Papierstapels von mindestens 120 Metern. Die gesamte Summe der Sachleistungen (In- und Ausland) beläuft sich dabei auf über 1,8 Milliarden Euro.

### 5 Fazit

Aufgrund der rechtlichen Rahmenbedingungen ist die Umsetzung des elektronischen grenzüberschreitenden Datenaustausches zur Klärung von grenzübergreifenden Sachverhalten für fast hundert Geschäftsprozesse in allen Bereichen der sozialen Sicherheit zwingend umzusetzen.

*Im Rahmen des EU-Ratsvorsitzes wurde im Dezember 2018 erstmalig der operative Austausch anhand eines Fallbeispiels in der Verwaltungskommission präsentiert. Am 10. Jänner 2019 startete der operative Betrieb und die Salzburger GKK führte die erste Entsendung über die EESSI-Plattform durch. Seit 31. Jänner ist das System im Vollbetrieb und der Nachrichtenaustausch entwickelt sich exponentiell (siehe Abbildung 5).*

Über einen sequenziellen Ansatz zur Anbindung der österreichischen Träger an die europäische Plattform EESSI hat es Österreich geschafft, gemeinsam mit verschiedenen Mitgliedstaaten, insbesondere Slowenien, einen operativen Datenaustausch in allen Sektoren der sozialen Sicherheit zu etablieren. Diese umfassende Umsetzung ist ein Beispiel für eine Innovation bei der Optimierung von Verwaltungsabläufen in der EU, bei den Sozialversicherungsträgern und beim Hauptverband. Die umgesetzten elektronischen Prozesse zur Anspruchsbescheinigung zeigen, dass eine Kette von schlanken elektronischen Prozessen die rasche und effiziente Bereitstellung von Leistungen der Kranken- und Unfallversicherung sicherstellt.

*DI Dr. Gerd Bauer, DI Katharina Hilmar, Karl Talir  
(alle Hauptverband)*

## Die monatliche Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM)

Mit Jänner des Jahres 2019 wurde das seit den Fünfzigerjahren des vorigen Jahrhunderts existierende Lohnverrechnungssystem komplett modernisiert. Mit der monatlichen Beitragsgrundlagenmeldung (mBGM) wird ein neu gestaltetes Melde-, Versicherungs- und Beitragswesen geschaffen, das zukünftig auf alle gesetzlichen Änderungen rasch und effektiv reagieren kann. Mit der mBGM wird die monatliche

aufsummierte Beitragsnachweisung und die jährliche Zuordnung der Beiträge zum Versicherten in Form einer monatlichen versichertenbezogenen Meldung durch den Dienstgeber (DG) zusammengeführt (Abbildung 1).

Das alte Beitragsnachweisungssystem bildet die seinerzeit bestehende „Papierschiene“ auf elektronischem Wege ab und nützt somit die technischen

Fortschritte der modernen EDV-Systeme nicht. Mit der mBGM werden tief greifende Reformen in der Meldepflichtung der Dienstgeber durchgeführt. Doppelgleisigkeiten werden gestrichen, manuelle Tätigkeiten durch automatisierte Prozesse ersetzt und das inzwischen unübersichtliche und unhandlich gewordene, nur auf Papier verfügbare Beitragsgruppenschema wird vom neuen, vereinfachten, elektronisch verfügbaren Tarifsystem abgelöst.

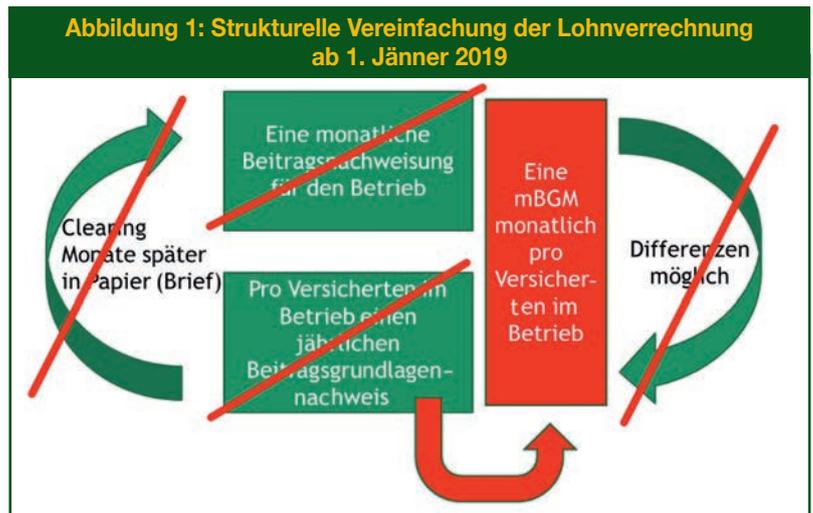
### Das mBGM-Programm im Hauptverband

Von Juni 2015 bis Juni 2019 arbeitete ein zentrales Programm im Hauptverband (HVB) an der Umsetzung der mBGM. Dieses Programm des Hauptverbandes koordinierte 25 Organisations- und 65 Implementierungsprojekte.

Zum Einsatzzeitpunkt waren 360.000 Beitragskonten (Dienstgeber), die von hundert Lohnsoftwareherstellern elektronisch gemeldet werden, umgestellt. Im Zuge der Tätigkeiten wurden 750 Schnittstellen erstellt bzw. adaptiert. Die sehr komplexen Melde-, Versicherungs- und Beitragsapplikationen der Gebietskrankenkassen, der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) wurden für die mBGM komplett neu geschrieben.

Abbildung 2 zeigt eine Übersicht über die betroffenen Systeme.

Das Programmbudget im engeren Sinne betrug 15



Mio. EUR und die EDV-Umsetzungskosten beliefen sich auf 30 Mio. EUR. In der inzwischen durchgeführten Endabrechnung konnte auch ein finanzieller Erfolg erbracht werden. Da die Stabilisierungsphase sehr erfolgreich verlief, konnten geplante Mittel im Bereich Marketing an den Hauptverband und damit an andere Projekte der Sozialversicherung retourniert werden.

### Innovationen der mBGM

Mit der mBGM wird die Sozialversicherung für ihre Versicherten unterjährig auskunftsfähig, schafft mit dem neuen Tarifsystem ein verständliches, zukunfts-sicheres Abrechnungsverfahren für den Dienstgeber

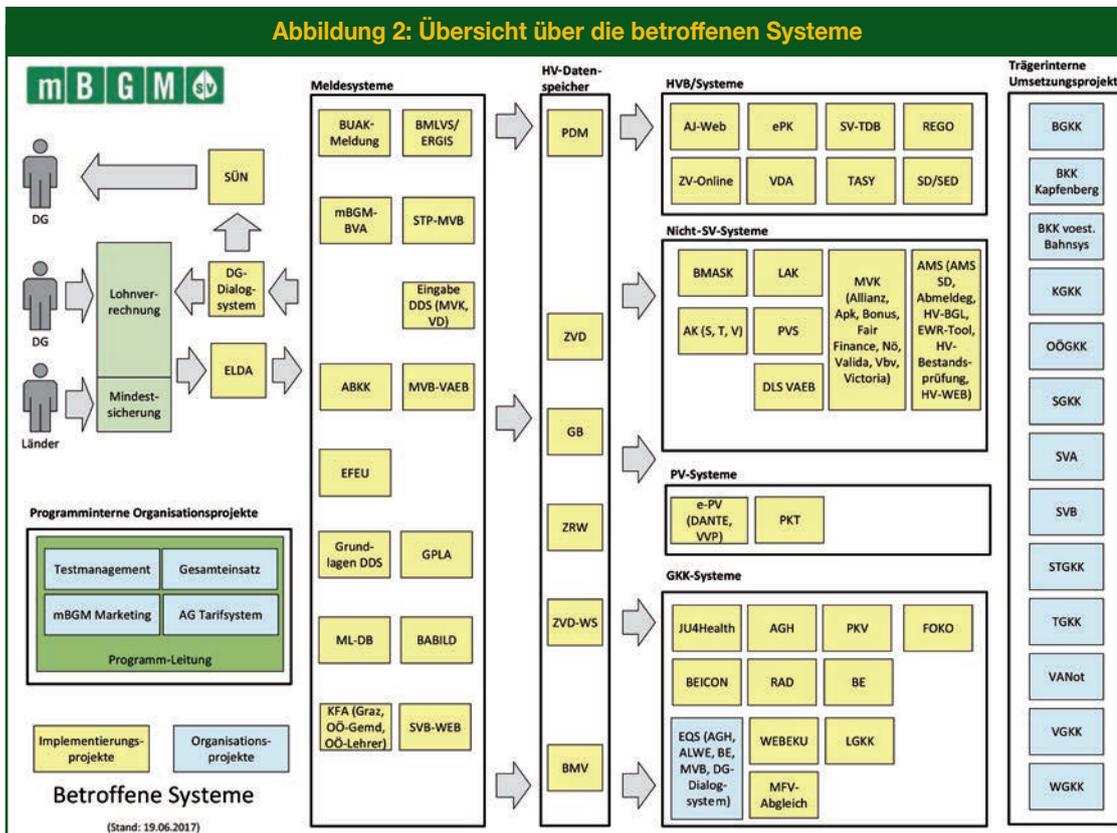
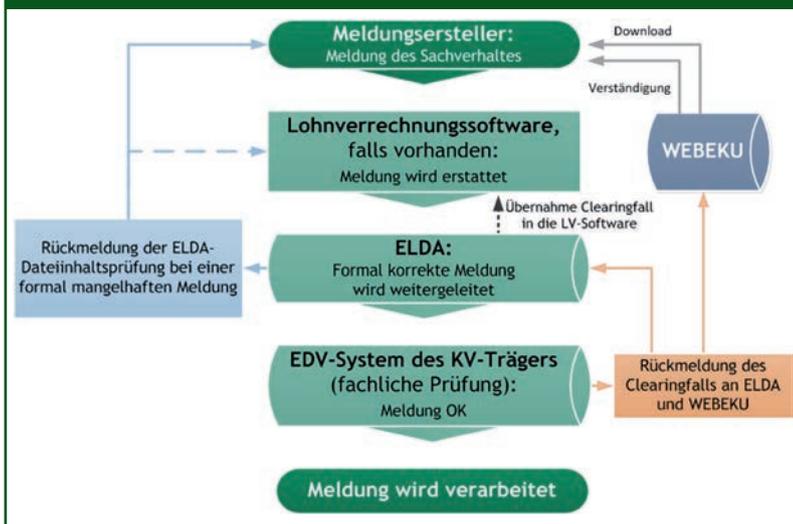


Abbildung 3: Elektronisches SV-Clearingsystem



und verringert durch ein modernes elektronisches Clearingsystem die langwierigen (teilweise Monate andauernden) telefonischen und schriftlichen Differenzklärungen zwischen Dienstgeber und Krankenversicherungsträger.

### Ablöse des Beitragsgruppenschemas durch ein neues Tarifsystem (TASY)

Das neue Tarifsystem löste am 1. Jänner 2019 das bestehende Beitragsgruppenschema (BG-Schema) ab. Das dreistufig aufgebaute Tarifsystem ermöglicht in einfacher und verständlicher Form eine rasche Umsetzung von arbeitsmarkt- und sozialpolitischen Maßnahmen. Für die korrekte Einstufung der Dienstgeber reicht in Zukunft ein auf ein Fünftel reduziertes Nachschlagewerk, welches auch in elektronisch verarbeitbarer Form verfügbar ist.



Das Tarifsystem der Krankenversicherungsträger wird in einer zentralen, neu geschaffenen Datenbank im Hauptverband (TASY) geführt. Das bedeutet, die Weiterentwicklung und Wartung sowie die Publikation erfolgen kostengünstig an einer Stelle zentral durch den Hauptverband. Aus TASY wird zu festgelegten Zeitpunkten ein Export des Tarifsystems für die Produkte der Sozialversicherung, aber auch für die Lohnsoftwarehersteller erstellt. Dieser elektronisch verarbeitbare Export wird durch den Hauptverband publiziert und kann direkt elektronisch in die Lohnsoftware übernommen werden. Zusätzlich gibt es nach wie vor

auch ein Druckwerk (PDF), das aber nicht mehr wie bisher von den Lohnsoftwareherstellern händisch abgeschrieben werden muss.

### Elektronisches SV-Clearingsystem

Derzeit erfolgt die Abklärung von Differenzen zwischen Krankenversicherungsträgern und Dienstgebern auf telefonischem oder schriftlichem Weg zwischen den Sachbearbeitern und den Lohnverrechnern. Durch das neue elektronische Clearing wird ein noch nie dagewesener Automatisierungsgrad erreicht. Clearingfälle werden mit Referenzen und Erklärungen an das Lohnsoftwareprogramm vollelektronisch retourniert und können dort automatisiert verarbeitet werden, sodass eine Minimierung von Sachbearbeiterinteraktionen auf Dienstgeber- wie auf KV-Seite erreicht werden kann. Es kommt somit zu einer rascheren Klärung von fachlichen Unstimmigkeiten. Ein Grundlagenabgleich zwischen Beitragsnachweisung und Beitragsgrundlagen ist nicht mehr notwendig.

### Aktualität der zentralen Datenhaltung im Hauptverband

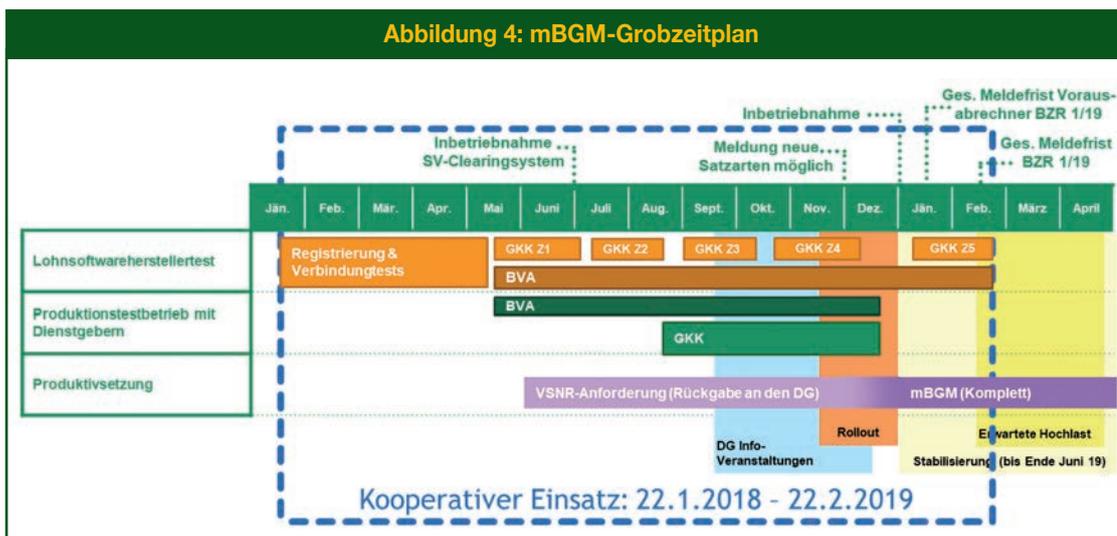
Die monatlichen Beitragsgrundlagen werden versichertenbezogen in der zentralen Versichertendatei im Hauptverband gespeichert. Eine Abfrage der Versicherungszeit und monatlichen Grundlagen ist für die Versicherten mittels Handysignatur möglich. Eine zeitnahe Nachvollziehbarkeit für den Versicherten über die Meldungen des Dienstgebers ist dadurch jederzeit möglich. Die Sozialversicherungsträger (z. B. Pensionskonto) und andere berechnete Behörden bzw. Gerichte können die monatliche Beitragsgrundlage für ihre Verwaltungstätigkeiten nutzen und dadurch Bürger und Dienstnehmer entlasten (Entfall von Dienstgeberbestätigungen).

### Sozialpartnerschaftliche Reform

Die mBGM wurde von Beginn an als sozialpartnerschaftliche Reform angelegt. Die seit Jahren mit den Lohnsoftwareherstellern gepflegte Partnerschaft wurde im Zuge der mBGM weiter vertieft. In das Design der mBGM waren Dienstgeber- und Dienstnehmervertreter, Wirtschaftstreuhand und von der Wirtschaftskammer nominierte Vertreter von Lohnsoftwareherstellern integriert. Im Rahmen dieses Dialogs fasste man den Entschluss, vom angestrebten „Big-Bang“-Einsatz abzugehen und in ein kooperatives Einsatzmodell zu wechseln.

Im Jahr 2018 wurden ein groß angelegter Lohnsoftwareherstellertest mit hundert Beteiligten, Benutzern bzw. Unternehmen sowie ein Produktionstestbetrieb mit ausgewählten Dienstgebern vor der eigentlichen Inbetriebnahme am 1. Jänner 2019 durchgeführt. Der Grobzeitplan des kooperativen Einsatzes ist Abbildung 4 zu entnehmen.

Abbildung 4: mBGM-Grobzeitplan



## Der Einsatz

Die technische Inbetriebnahme verlief reibungslos. Die Softwareprodukte funktionierten und die Tagesendverarbeitungen konnten in den entsprechenden Zeitfenstern abgeschlossen werden. In den ersten Monaten nach der Inbetriebnahme stand den Krankenversicherungsträgern und auch den Lohnsoftwareherstellern täglich ein Expertenteam zur Verfügung, um rasch auf alle Eventualitäten reagieren sowie zügig Verbesserungen herbeiführen zu können. Zu diesen Optimierungen zählten:

- diverse Verbesserungen in der ELDA-eigenen Software;
- Entschärfung von unnötigen Prüfungen im Bereich von Namensabgleichen;
- diverse Verbesserungen in der Online-Ansicht im Web-BE-Kundenportal
- Verbesserungen im Bereich des Tarifsystems (Handlungsanweisungen und Korrekturen).

Nachdem der Einsatz der mBGM nunmehr abgeschlossen ist, kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die Systemumstellung geglückt ist. Die weiteren Problemstellungen werden im Rahmen der normalen Linienprozesse abgewickelt.

## Ausblick

Die mBGM ist seit 1. Jänner 2019 rechtsgültig wirksam und bildet die Grundlage weitergehender Reformen. Vor allem die digitale Kommunikation ist in den Lohnsoftwareprogrammen sehr unterschiedlich abgebildet. Ob und wie stark es hier zu einer Vereinfachung des Gesamtprozesses für den Lohnverrechner bzw. Dienstgeber kommt, ist somit stärker als bisher von der verwendeten Lohnsoftware abhängig. Die Sozialversicherung weist seit vielen Jahren alle Lohnsoftwarehersteller darauf hin, im Interesse der eigenen Kunden (der Dienstgeber und Beitragszahler) eine bestmögliche Anbindung des Tarifsystems und des SV-Clearingsystems umzusetzen, um einen möglichst

hohen Grad an Automatisierung bzw. Benutzerunterstützung zu erreichen.

Die mBGM ist offen gestaltet. Dadurch, dass dem Krankenversicherungsträger erstmals die monatlichen Grundlagen der einzelnen Versicherten zeitnah bekannt sind, ergeben sich vielfältige Möglichkeiten, bei der Berechnung von Geldleistungen neue Wege zu gehen. Dies würde in weiterer Folge tatsächlich zu wesentlichen Verwaltungsvereinfachungen führen, die sich sowohl bei den Versicherten als auch bei den vollziehenden Institutionen positiv niederschlagen werden. Dafür sind allerdings gesetzliche Änderungen erforderlich, die von den Sozialpartnern getragen werden müssen. Besonders hervorzuheben wäre dabei der Entfall der Arbeits- und Entgeltbestätigung für das Krankengeld sowie das Wochengeld. Auch ohne gesetzliche Änderungen werden in den nächsten Jahren vor allem im Clearingbereich Verbesserungen durch die KV-Träger vorgeschlagen und in der Dialoggruppe sozialpartnerschaftlich abgestimmt werden.

*DI Markus Frühwirth (Hauptverband)*



© pictworks - Fotolia.com