ENASK BMF BMG

(2) Die Beiträge hingen dagegen überwiegend von externen Faktoren ab:[1] Einerseits von der konjunkturellen Entwicklung (Bemessungsgrundlage bzw. Anzahl der Beitragszahler), andererseits von den gesetzlich geregelten Beitragssätzen. Für die Verteilung des Beitragsaufkommens auf die einzelnen Krankenversicherungsträger war die gesetzliche Zuordnung von bestimmten Versichertengruppen zu bestimmten Trägern wesentlich.

Die Beitragssteigerung lag im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 mit einem Mittelwert von rd. 3,1 % deutlich unter dem Mittelwert der Periode davor (rd. 5,1 % für den Zeitraum 2004 bis 2008).

Die Beitragssätze stiegen im Zeitraum 2004 bis 2009 für Aktive im Bereich der Gebietskrankenkassen von 7,4 % auf 7,65 % (um rd. 3 %), für Pensionisten von 8,18 % auf 9,10 % (um rd. 11 %).[2]

Dagegen veränderten sich die Beitragssätze im Überprüfungszeitraum 2009 bis 2013 im Bereich der Gebietskrankenkassen weder für die Aktiven noch für die Pensionisten; auch 2014 erfolgte keine Änderung. Für Beamte erfolgte im Jahr 2012 – im Rahmen des Dienstgeberbeitrags als Beitrag zur Budgetsanierung – eine befristete Senkung des Beitragssatzes für Aktive (von 7,65 % auf 7,3 %) und für Pensionisten (von 8,45 % auf 8,10 %).[3]

Die übrigen Erträge waren überwiegend gesetzlich geregelte Kostenersätze für bestimmte Leistungen (8 %)[4] bzw. Behandlungsbeiträge, Kostenbeteiligungen und Rezeptgebühren (rd. 4 %). Eine Steuerungsmöglichkeit bestand diesbezüglich nur in geringem Ausmaß.[5]

[1] Durch die Krankenversicherungsträger steuerbar war vor allem das Ausmaß der Beitragsprüfung. Deren Effekt war nicht leicht einzuschätzen, weil neben konkreten Mehrergebnissen, deren Einbringlichkeit jedoch nicht immer gegeben war, auch eine generalpräventive Wirkung anzunehmen war; siehe dazu die Berichte des RH „Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben" (Reihe Bund 2012/6) bzw. „Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben, Follow-up-Überprüfung" (Reihe Bund 2015/3).

[2] Zwischen 2003 und 2004 wurden die Beitragssätze der Arbeiter und Angestellten vereinheitlicht (vorher für Arbeiter 7,6 %, für Angestellte 6,9 %); die Beitragssätze der Pensionisten betrugen im Jahr 2003 3,75 %, der Hebesatz dagegen 202 %.

[3] Nach der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltenden Rechtslage sollte der Beitrag ab dem Jahr 2017 mit einer Übergangsregelung wieder 7,65 % betragen (§ 20 Abs. 1 B-KUVG).

[4] Zum Beispiel erhielten die Krankenversicherungsträger einen Teil des Krankengeldes für Arbeitslose und generell einen Teil des Wochengeldes ersetzt. Weiters erhielten sie nach bestimmten Regeln Ersätze für die geleistete Vorsteuer.

[5] Zur unterschiedlichen Vorgehensweise bei Behandlungsbeiträgen siehe TZ 23.

www.parlament.gv.at

(3) Die Aufwendungen für Anstaltspflege waren überwiegend gesetzlich geregelte Pauschalzahlungen, die in der Summe der Krankenversicherungsträger von den Beitragseinnahmen, nicht aber von den erbrachten Leistungen abhingen. Die Pauschalierung erfolgte bereits im Jahr 1997.

Eine Steuerung dieser Mittel war für die Krankenversicherungsträger nicht möglich. Ein direkter Zusammenhang zwischen Verschiebungen von Leistungen mit Veränderungen in den Zahlungsströmen bestand grundsätzlich nicht, so dass Anreize für die Sozialversicherung bestanden, möglichst viele Leistungen in Krankenanstalten erbringen zu lassen.[6]

Im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 wurde allerdings vereinbart, dass Verschiebungen gegenüber dem Status 2010 zwischen intra– und extramuralem Bereich einer vorherigen Vereinbarung bedurften und dass eine gesonderte, gemeinsam nach bestimmten Kriterien festzulegende Vergütung dafür erfolgen sollte.

3.2 Der RH wies darauf hin, dass die finanzielle Lage der Krankenversicherungsträger einerseits von Positionen abhing, bei denen die Krankenversicherungsträger selbst wesentliche Einflussmöglichkeiten hatten (insbesondere ärztliche Hilfe und Heilmittel). Andererseits waren aber auch Positionen maßgeblich, bei denen externe Entwicklungen (z.B. Konjunktur) bzw. Maßnahmen anderer Akteure (z.B. Festlegung von Beitragssätzen durch den Bundesgesetzgeber) überwogen. Dies betraf insbesondere die Anstaltspflege und die Beiträge. Insbesondere wies der RH darauf hin, dass im Prüfungszeitraum die Steigerung der Beitragseinnahmen mit rd. 3,1 % deutlich niedriger war als im Vergleichszeitraum davor mit rd. 5,1 %.

Die finanzielle Steuerung erforderte daher einerseits eine konsequente Steuerung durch die Krankenversicherungsträger selbst, andererseits ein koordiniertes Vorgehen einer Vielzahl weiterer Akteure.

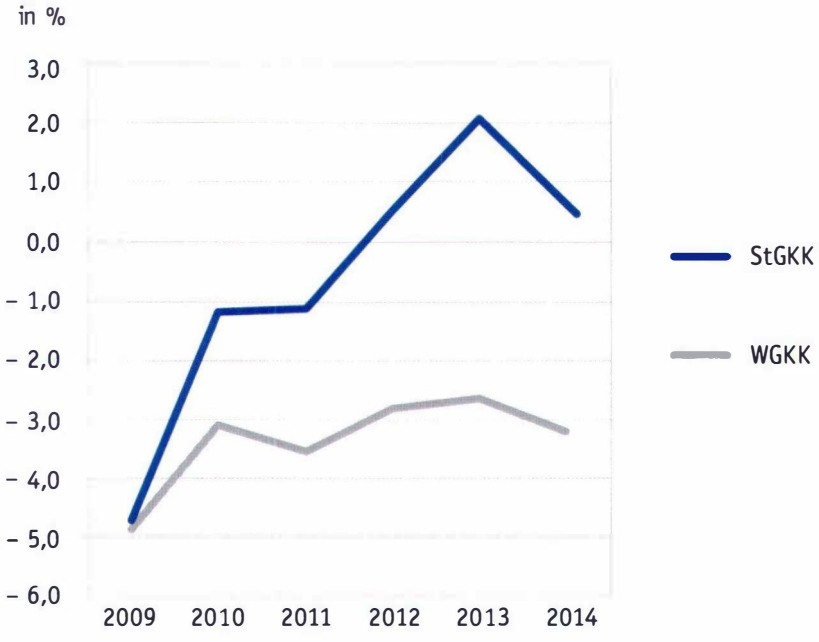
Der RH stellt im Folgenden jene Bereiche dar, die von Einflussmöglichkeit und Gebarungsumfang besonders wesentlich für die finanzielle Nachhaltigkeit der Krankenversicherungsträger waren (die ärztliche Hilfe und die Heilmittel) sowie zusätzlich das Krankengeld, das sich besonders dynamisch entwickelte, und den Verwaltungs– und Verrechnungsaufwand (der in der alleinigen Verantwortung der Träger selbst lag).

[6] Umgekehrt hatten die Krankenanstalten einen Anreiz, Leistungen in den niedergelassenen Bereich zu verschieben.

Relevanz für die Unterschiede zwischen StGKK, WGKK und BVA

4.1 (1) Eine Gegenüberstellung der Betriebsergebnisse für die Jahre 2009 bis 2014 der beiden Träger StGKK und WGKK zeigt einen unterschiedlichen Verlauf:

Abbildung 1: Vergleich der Betriebsergebnisse im Verhältnis zur Versicherungsleistung von 2009 bis 2014



Quellen: Hauptverband; Rechnungsabschlüsse StGKK und WGKK; Darstellung RH

Im Jahr 2009 wiesen die StGKK und die WGKK jeweils ein negatives Betriebsergebnis von rd. 5 % der Summe der Versicherungsleistungen aus. Während die StGKK eine stetige Verbesserung und ein positives Betriebsergebnis bereits ab dem Jahr 2012 erreichte, blieb bei der WGKK das Betriebsergebnis immer negativ.

(2) Folgende Faktoren[7] wirkten sich zu Gunsten der StGKK aus:

- eine um rd. 53 EUR je Anspruchsberechtigten höhere Beitragssteigerung im Zeitraum 2009 bis 2013,

- eine um rd. 11 EUR pro Anspruchsberechtigten niedrigere Steigerung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe,

[7] Rundungsdifferenzen möglich; enthält diverse Bereinigungen. Die Erträge weisen einen Saldo von Erträgen, von den (direkt beitragsabhängigen) Aufwendungen der Krankenanstaltenfinanzierung und von den Abschreibungen im Umlaufvermögen (überwiegend nicht einbringliche Beiträge) aus. Weiters erfolgte eine Bereinigung um die Vorsteuer bzw. um die GSBG-Beihilfe, um die Bruttobuchungsmethode, um Besonderheiten mit Bezug zum Hanusch-Krankenhaus (insb. auch die entsprechende Änderung in der Krankenanstaltenfinanzierung) und um Ersätze für Leistungsaufwendungen (z.B. Krankengeld für Arbeitslose) (vgl. § 447a und § 447 f. ASVG).

- eine geringere Ausgabensteigerung um rd. 15 EUR je Anspruchsberechtigten beim Krankengeld und

- eine günstigere Entwicklung im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand um rd. 10 EUR je Anspruchsberechtigten.

Die WGKK profitierte von einer um 7 EUR je Anspruchsberechtigten geringeren Steigerung der Heilmittel sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel.[8]

Rund ein Drittel des Gesamtunterschieds war somit durch Bereiche verursacht, die durchaus einer Steuerung zugänglich waren (ärztliche Hilfe, Krankengeld und Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand).

Die WGKK hatte im Jahr 2013 um rd. 96 EUR je Anspruchsberechtigten höhere Erträge. Sie gab diesen Ertragsvorteil jedoch

- mit rd. 64 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei der ärztlichen Hilfe,

- mit rd. 30 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei den Heilmitteln,

- mit rd. 15 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei der Zahnbehandlung,

- mit rd. 22 EUR je Anspruchsberechtigten mehr beim Krankengeld,

- mit rd. 14 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand und

- mit rd. 17 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei den sonstigen Aufwendungen aus.

Sie erzielte damit insgesamt ein um rd. 66 EUR je Anspruchsberechtigten schlechteres Betriebsergebnis.

(3) Die BVA hatte pro Anspruchsberechtigten höhere Einnahmen. Dies ging im Vergleich zur WGKK zu rund drei Viertel auf höhere Beiträge und zu rund einem Viertel auf Behandlungsbeiträge zurück. Weiters profitierte die BVA von niedrigeren Aufwendungen für Heilmittel sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel.

[8] Aufgrund von Verschiebungen zwischen diesen Bereichen in der Verbuchung konnte der RH die beiden Bereiche nur gemeinsam betrachten.

Die BVA gab pro Anspruchsberechtigten vor allem in den Positionen ärztliche Hilfe, Überweisung an den Krankenanstaltenfonds, Verpflegskosten und sonstige Leistungen, medizinische Rehabilitation, Gesundheitsfestigung und Krankheitsverhütung und Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand mehr als die WGKK aus.

Sie übernahm als Besonderheit im Bereich der Anstaltspflege für ihre Anspruchsberechtigten einen Teil der Kosten der Sonderklasse. Weiters bezahlte die BVA für einen größeren Personenkreis Leistungen der Gesundheitsfestigung (Kuren) und Leistungen der medizinischen Rehabilitation, die bei den Gebietskrankenkassen teilweise durch die PVA abgedeckt waren.[9]

Im Betriebsergebnis blieben von den rd. 360 EUR höheren Einnahmen (Summe aus Beiträgen, Behandlungsbeiträgen und sonstigen Erträgen) pro Anspruchsberechtigten rd. 81 EUR übrig.[10]

4.2 Der RH wies darauf hin, dass auch eine Analyse der Ursachen der unterschiedlichen finanziellen Entwicklung zwischen der StGKK, der WGKK und der BVA zeigte, dass die Bereiche ärztliche Hilfe sowie Heilmittel von grundsätzlicher Bedeutung für die operative Steuerung waren.

Er merkte erneut an, dass auch die Entwicklung externer Faktoren, insbesondere der Beitragseinnahmen, wesentlichen Einfluss auf die Ergebnisse der Krankenversicherungsträger hatte.

Ärztliche Hilfe

Überblick

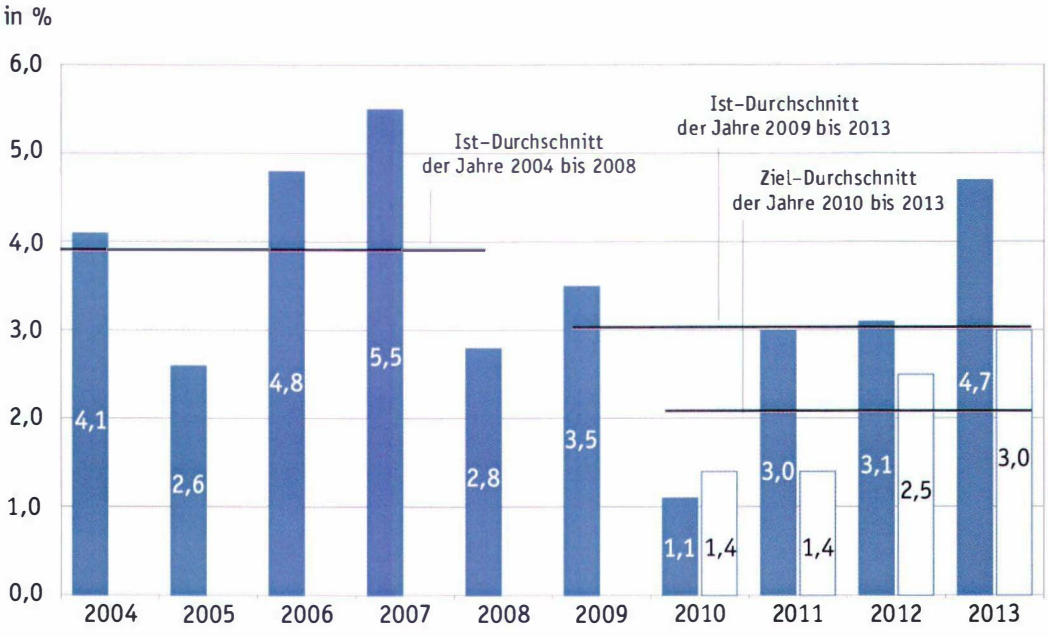
5.1 (1) Die Aufwendungen für „ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen" (im Folgenden „ärztliche Hilfe") betrugen im Jahr 2013 rd. 3,9 Mrd. EUR (25 % der Gesamtaufwendungen).

[9] Der Vergleich war dadurch erschwert, dass bei der BVA im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 rd. 26 % der Anspruchsberechtigten auch bei anderen Krankenversicherungsträgern anspruchsberechtigt waren („Mehrfachversicherte"). Bei der WGKK bzw. der StGKK betrug der Anteil an Mehrfachversicherten im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 rd. 10 %. Da die Krankenversicherungsträger die Inanspruchnahme von Leistungen durch diese Personen nicht spezifisch erfassten, war der Vergleich der Kopfquoten je Anspruchsberechtigten möglicherweise verzerrt. Solange keine genauere Auswertung der Aufwendungen für Mehrfachversicherte möglich war, gaben die angeführten Daten jedoch die beste verfügbare Informationsquelle wieder.

[10] Die WGKK erhielt im Jahr 2013 rd. 75 EUR pro Anspruchsberechtigten zusätzliche Bundesmittel. Die BVA erhielt keine Bundesmittel. Die WGKK erhielt aus dem Strukturfonds und aus der Überdeckung GSBG rd. 119,61 Mio. EUR im Jahr 2013. Im Jahr 2013 betrug die Zahl der Anspruchsberechtigten 1.588.174 (Quelle: Hauptverband).

(2) Wie die folgende Abbildung zeigt, war die durchschnittliche Aufwandssteigerung im Zeitraum 2004 bis 2008 etwas geringer als im Zeitraum 2009 bis 2013:[11]

Abbildung 2: Steigerung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe 2004 bis 2013 im Durchschnitt aller Krankenversicherungsträger



weiße Säulen: Zielwerte lt. Kassensanierungspaket, blaue Säulen: Ist-Werte
Quelle: Finanzstatistik Hauptverband

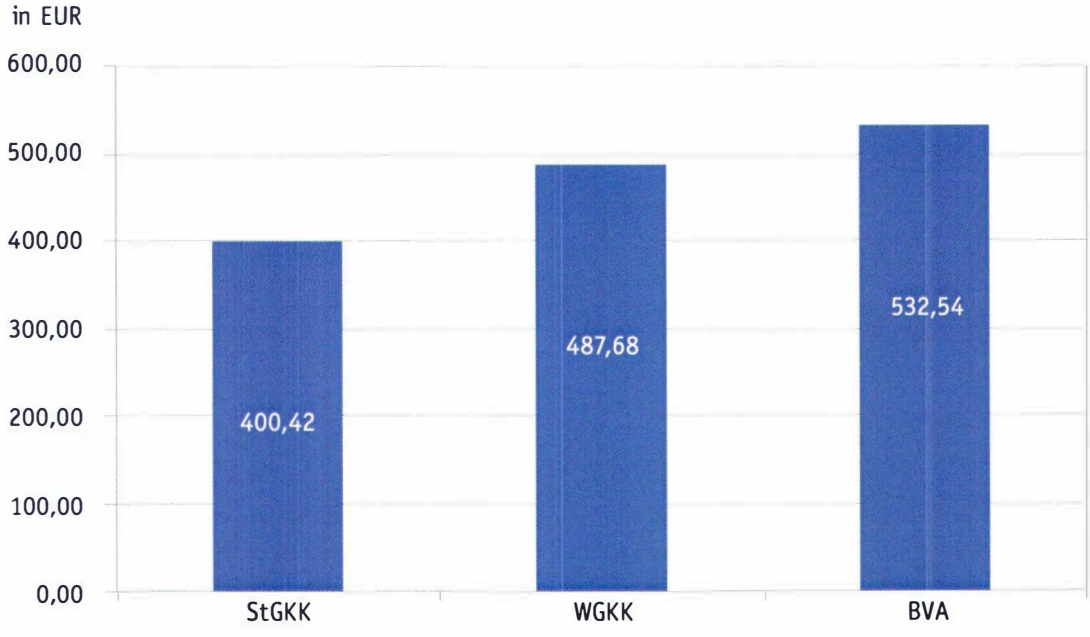
Im Zuge des Kassensanierungspakets 2009 wurden Zielvorgaben berechnet, die von einer Ausgabensteigerung von 1,4 % in den Jahren 2010 und 2011, 2,5 % im Jahr 2012 und 3,0 % im Jahr 2013 ausgingen (im Schnitt dieser vier Jahre somit rd. 2,1 %).

Die Abbildung zeigt eine mit 1,1 % vergleichsweise niedrige Steigerung im Jahr 2010, jedoch deutlich höhere Steigerungen in den Jahren 2009 und 2011 bis 2013. Im Schnitt lagen die Steigerungen 2009 bis 2013 bei rd. 3 %. In der Periode 2004 bis 2008 lag die Entwicklung im Schnitt bei rd. 4 %. Die Steigerungen lagen somit niedriger als in der Vorperiode, aber höher als angestrebt.

[11] Im Bereich der ärztlichen Hilfe wird insbesondere Arbeitszeit für medizinische Dienstleistungen vergütet, wobei Mengenveränderungen (z.B. aufgrund der demografischen Entwicklung oder einer intensiveren Betreuung) noch hinzukommen. Zum Beispiel stieg die Gesamtzahl der e-card-Konsultationen zwischen 2009 und 2013 um rd. 6 % von rd. 93 Mio. auf rd. 99 Mio. Konsultationen. Ohne strukturelle Veränderungen (etwa eine Verdichtung von Strukturen oder technologische Änderungen z.B. bei der Bearbeitung von Laborproben) ist daher grundsätzlich ein Anstieg wahrscheinlich.

(3) Die folgende Abbildung zeigt die Aufwendungen für ärztliche Hilfe nach dem Rechnungsabschluss 2013 im Vergleich der drei untersuchten Krankenversicherungsträger:

Abbildung 3: Aufwand für ärztliche Hilfe 2013 bei StGKK, WGKK und BVA in EUR je Anspruchsberechtigten



Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

Die WGKK gab im Jahr 2013 rd. 87 EUR je Anspruchsberechtigten – bei insgesamt etwa gleicher Zahl von Patientenkontakten[12] – mehr für ärztliche Hilfe aus als die StGKK. Dieser Unterschied war größer als der Unterschied im Betriebsergebnis des Jahres 2013; das heißt, bei einer Reduktion der Ausgaben auf das Niveau der StGKK hätte die WGKK ein positives Betriebsergebnis erzielt.

Die Aufwendungen für ärztliche Hilfe der BVA lagen jedenfalls über der WGKK. Da die Anzahl der Arztbesuche bei der BVA (ausgewertet nach e-card-Statistik) deutlich unter jener der WGKK lag,[13] führten die Krankenversicherungsträger den höheren Aufwand auf höhere Tarife der BVA zurück.

[12] Die Zahl der abgerechneten Fälle lag je Anspruchsberechtigten im Jahr 2013 bei der WGKK insgesamt um rd. 8 % über jener der StGKK; die Zahl der e-card-Konsultationen lag um 4 % darunter.

[13] e-card-Konsultationen pro Anspruchsberechtigten:
StGKK rd. 12,2; WGKK rd. 11,7; BVA rd. 9,7

(4) Im Zuge der Gesundheitsreform 2012 waren die Erbringung ärztlicher Leistungen am best point of service und ihre Steuerung von zentraler Bedeutung für die Kostendämpfungen, die zur Erreichung der Ausgabenobergrenzen beitragen sollten.

(5) Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Erbringung von ärztlicher Hilfe sahen einen erheblichen Spielraum der Krankenversicherungsträger bei der Art der Bereitstellung vor. Die Aufgaben der Krankenversicherungsträger umfassten insbesondere

- die Festlegung der Anzahl der Vertragspartner (für Ärzte hatte dies gemeinsam mit der Ärztekammer in einem Stellenplan als integralem Bestandteil des Gesamtvertrags zu erfolgen),

- die Vereinbarung der abrechenbaren Leistungen und der Tarife,

- Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. Festlegung von Behandlungsabläufen in Disease Management Programmen) und Sicherstellung der ökonomischen Krankenbehandlung sowie

- Maßnahmen zur Patientensteuerung (z.B. Festlegung von oder Verzicht auf Genehmigungspflichten wie z.B. für MR–Untersuchungen, Definition von Behandlungsbeiträgen etc.).

5.2 Der RH hob hervor, dass der Bereich der ärztlichen Hilfe von entscheidender Bedeutung für die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger war, dies:

- aufgrund des hohen Gebarungsvolumens von rd. 3,8 Mrd. EUR bzw. 25 % der Gesamtausgaben (siehe dazu vorne Punkt (1));

- aufgrund des Umstandes, dass die Steigerungsraten 2009 bis 2013 nicht auf das im Kassensanierungspaket 2009 angestrebte Niveau reduziert werden konnten (siehe dazu vorne Punkt (2));

- aufgrund der im Benchmarking aufgezeigten Unterschiede zwischen den Trägern, die darauf hindeuteten, dass die unterschiedlichen Vorgehensweisen einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen einer nachhaltigen Finanzierung leisteten (siehe dazu vorne Punkt (3));

- weil die Ziele der Gesundheitsreform 2012 besonderes Augenmerk auf die Erbringung der Leistungen am best point of service legten und ein wesentlicher Teil der erwarteten Kostendämpfung in diesem Bereich erzielt werden sollte (siehe dazu vorne Punkt (4)) und

– weil nach den rechtlichen Rahmenbedingungen in wichtigen Bereichen die Krankenversicherungsträger selbst für eine aktive Steuerung verantwortlich waren (z.B. bei der Festlegung der Anzahl der Vertragspartner, bei der Vereinbarung der abrechenbaren Leistungen und der Tarife, der Qualitätssicherung und durch Maßnahmen zur Patientensteuerung) (siehe dazu vorne Punkt (5)).

5.3 *(1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme die Einschätzung des RH, dass der Bereich der ärztlichen Hilfe für die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger sehr wichtig sei. Es wies darauf hin, dass ein erheblicher Teil der in Betracht kommenden Maßnahmen nicht von den Krankenversicherungsträgern allein gesetzt werden könne, sondern eines Einvernehmens in Form vertraglicher Regelungen mit der Standesvertretung der Ärzte bzw. anderer Berufsgruppen bedürfe.*

(2) Die WGKK bezeichnete in ihrer Stellungnahme die Feststellung des RH, dass das Betriebsergebnis der WGKK bei Reduktion der Aufwendungen für ärztliche Hilfe auf das Niveau der StGKK positiv sein würde, als theoretisch. Die WGKK gehe äußerst restriktiv mit Tariferhöhungen um. Der stete Anstieg der Zahl der Anspruchsberechtigten, der medizinische Fortschritt, die Absicherungsmedizin und Auslagerungen würden aber zu einem stärkeren Anstieg der Frequenzen und der Anzahl der Untersuchungen führen. Eine Reduktion von Leistungsanbietern führe primär zu Leistungsverschiebungen (z.B. Kündigung der EEG-Institute – Verschiebung zu den Vertragsneurologen), nicht jedoch zum generellen Wegfall und somit – wenn überhaupt – nur zu einer marginalen Kostenreduktion, einhergehend mit einer schlechteren Versorgungssituation.

Dennoch habe die WGKK in den letzten Jahren selbst gegen massiven äußeren Widerstand die Anzahl der Vertragsärzte reduziert. Auch bei den sonstigen Vertragspartnern sei die WGKK bemüht, ihrem Versorgungsauftrag so aufwandsschonend wie möglich nachzukommen.

5.4 (1) Der RH teilte die Ansicht des BMG, dass die komplexen Entscheidungsstrukturen eine aktive Steuerung vielfach erschwerten. Der RH hatte mehrfach, z.B. in seinen Gesetzesbegutachtungen zur Gesundheitsreform 2012, darauf hingewiesen, dass eine bevorzugte Lösung eine Bereinigung der kompetenzrechtlichen Ausgangsbasis wäre. Im Zusammenhang mit der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung wies der RH auf folgende Punkte hin:

- In wesentlichen Bereichen waren Verantwortungsbereiche durchaus eindeutig zugeordnet, z.B. lag die legistische Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen beim BMG und die Beachtung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bei den Krankenversicherungsträgern.

- In anderen Bereichen bestanden Gremien bzw. Prozesse, die eine gemeinsame Steuerungsverantwortung definierten (z.B. hinsichtlich der Festlegung der Finanzziele oder dem Abschluss von Gesamtverträgen). Nach Ansicht des RH war damit die Verantwortung allen Beteiligten zugeordnet, keineswegs sollte sich niemand für zuständig erachten.

- Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Einigung mit den Ärztekammern verwies der RH auf seine Aussagen in TZ 17 und TZ 20, in denen er eine Flexibilisierung der Rechtsgrundlagen angeregt hatte.

- Soweit die Beobachtungen der Akteure zur Einschätzung führen sollten, dass eine wirksame Steuerung durch die Aufteilung der Zuständigkeiten bzw. die wechselseitigen Abhängigkeiten nicht mehr möglich war, müsste dies im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit als Problem formuliert und mit Lösungsvorschlägen an den Gesetzgeber herangetragen werden.

(2) Gegenüber der WGKK verwies der RH auf seine Empfehlungen hinsichtlich der Pauschalierung jener Leistungen, deren Anzahl im Ermessen der Vertragspartner stand, und hinsichtlich der Neugestaltung der Primärversorgung sowie auf seine Ausführungen zur Bewertung des Regionalfaktors. Die Empfehlung einer Berücksichtigung der praktisch sehr relevanten Auswirkungen der Unterschiede zwischen der WGKK und der StGKK bleibt nur dann „theoretisch", wenn diese Empfehlungen keiner Umsetzung zugeführt werden. Wie im – zeitgleich mit dem gegenständlichen Bericht veröffentlichten – Bericht des RH „Instrumente der finanziellen Steuerung der Krankenversicherung" mehrfach eingefordert, oblag der WGKK selbst die Formulierung geeigneter, klar quantifizierter Ziele.

Datenlage zur Steuerung

Genauigkeit der Fremdkassenabrechnungen

6.1 Leistungen, die z.B. Ärzte in Niederösterreich oder dem Burgenland für Anspruchsberechtigte der WGKK erbrachten, wurden zunächst über die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (NÖGKK) bzw. die Burgenländische Gebietskrankenkasse (BGKK) abgerechnet. Diese stellten dann der WGKK eine Rechnung.

Der RH hatte bereits 2008 empfohlen, aus Gründen der Transparenz die versicherten Personen, die erbrachten Leistungen und deren Kosten genau anzugeben.[14]

Auf den Rechnungen waren jedoch nur grobe Zuordnungen erkennbar, z.B. verrechnete die NÖGKK im ersten Quartal 2013 rd. 3,2 Mio. EUR für kurative Leistungen bei allgemeinen Fachärzten.[15] Es war weder erkennbar, um welche Fachrichtungen es sich handelte, noch um welche konkreten Leistungen.

6.2 Der RH kritisierte, dass die Träger, die letztlich die Kosten trugen, über wesentliche Teile der Aufwendungen, die im Rahmen der Fremdkassenabrechnung verrechnet wurden, keine Informationen zu den genauen Leistungen und den betroffenen Patienten hatten. Entgegen der Empfehlung des RH aus dem Jahr 2008 war dies noch nicht verbessert worden.

Der RH empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA – wie schon im Jahr 2008 –, in der sogenannten Fremdkassenabrechnung die versicherten Personen, die erbrachten Leistungen und deren Kosten genau anzugeben.

6.3 *(1) Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, die geübte Praxis betreffend die Fremdkassenabrechnung habe sich innerhalb der Sozialversicherung über die letzten Jahrzehnte entwickelt. Die StGKK werde die vom RH aufgezeigten Aspekte aufgreifen und auf eine einheitliche, trägerübergreifende Vorgangsweise hinwirken.*

(2) Laut Stellungnahme der WGKK seien aus ihrer Sicht entgegen der Feststellung des RH gegenüber dem Jahr 2008 deutliche Verbesserungen im System der Fremdkassenabrechnung erkennbar. So sei die Fremdkassenvorschreibung österreichweit einheitlich gestaltet und die Möglichkeit geschaffen worden, bei Informationsbedarf Datenfiles zu generieren, um auch Einzelfallinformationen pro Patient und Leistung abrufen zu können; auch seien zwischen einzelnen Trägern (z.B. WGKK und NÖGKK) Vereinbarungen über die routinemäßige Übermittlung der gesamten Einzelfallinformationen mittels File abgeschlossen worden.

6.4 Der RH begrüßte die Initiative der StGKK und die von der WGKK dargestellten einzelnen Verbesserungen. Er hielt jedoch fest, dass die bloße Möglichkeit zum Datenaustausch in Einzelfällen und die Vereinbarung

[14] siehe Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse", Reihe Bund 2008/2 TZ 21 f.

[15] d.h. Fachärzte mit Ausnahme der Bereiche Labor, Radiologie und Physikalische Medizin

zwischen einzelnen Trägern für eine deutliche Verbesserung im System der Fremdkassenabrechnung noch nicht ausreichend war. Seiner Ansicht nach hätte die Abrechnung zwischen allen Trägern auf Basis umfassender Informationen über die erbrachten Leistungen zu erfolgen. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Zuordenbarkeit der Leistungen zu Diagnosen

7.1 (1) Der RH hatte ebenfalls bereits 2008 empfohlen, standardisierte Diagnosen auch im niedergelassenen Bereich zu erfassen und Behandlungsleitlinien zu entwickeln, um Art und Menge der erbrachten Leistungen im Hinblick auf den gesetzlichen Auftrag (angemessen, ausreichend und zweckmäßig) überprüfen zu können.[16]

Zur Zeit der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung im März 2015 waren keine standardisierten Diagnosen verfügbar. Behandlungsleitlinien existierten nur in einzelnen Bereichen (z.B. Diabetes, präoperative Diagnostik).

(2) Die Bundesgesundheitskommission beschloss im März 2014 Pilotprojekte zur standardisierten und codierten Diagnosendokumentation im ambulanten Bereich. Diese begannen am 1. April 2015 und waren für zwei Quartale anberaumt. Aus dem niedergelassenen Bereich nahmen zehn Ärzte aus Kärnten aus verschiedenen Fachrichtungen an den Pilotprojekten teil.

7.2 Der RH kritisierte, dass eine Zuordnung der Leistungen zu standardisierten Diagnosen nach wie vor nicht erfolgte. So war es den Trägern nicht möglich, die Angemessenheit der Leistungen zu beurteilen.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA neuerlich, standardisierte Diagnosen und einheitliche Behandlungsrichtlinien zu erstellen.

7.3 *(1) Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung des RH gerne aufzugreifen, wies aber gleichzeitig auf die Notwendigkeit einer bundesweiten Regelung zur Lieferung von Diagnosen im ambulanten Bereich hin. Das Versicherungsrecht bilde dafür keine ausreichende Rechtsgrundlage.*

[16] siehe Bericht des RH, Reihe Bund 2008/2 TZ 6

(2) Die StGKK unterstützte die Etablierung von standardisierten Diagnosen und einheitlichen Behandlungsrichtlinien im Sinne der Zielsteuerung Gesundheit. Voraussetzung für die verpflichtende Umsetzung im niedergelassenen Bereich sei jedoch eine Aufnahme in die (gesamt) vertraglichen Regelungen. Diesbezügliche Forderungen der Sozialversicherungsträger seien meist mit finanziellen Gegenforderungen von Interessenvertretungen und Vertragspartnern bzw. der Forderung nach Zugeständnissen verbunden. Um Diagnosecodierungen im Gesundheitswesen ohne finanzielle Belastungen der Träger zu erreichen, wären gesetzliche Regelungen, die die Leistungserbringer binden, erforderlich. Würde dies im Zuge der Gesundheitsreform nicht umgesetzt, könne aus Sicht der StGKK eine einheitliche Diagnosecodierung nicht sichergestellt werden.

(3) Die WGKK verwies in ihrer Stellungnahme auf das vom RH dargestellte Pilotprojekt. Sie habe darüber hinaus bereits mehrfach versucht, verpflichtende Diagnosecodierungen mit der Ärztekammer für Wien zu vereinbaren. Das sei am massiven Widerstand der Ärztekammer gescheitert. Als Argumente für die Ablehnung habe die Ärztekammer einen erhöhten Administrationsaufwand, der nicht abgegolten werde, und die Unzumutbarkeit der Forderung im Hinblick auf die ärztliche Behandlungsfreiheit angeführt. Es gebe zur Ablehnung der Diagnoseangabe in codierter Form einen formellen, bis dato aufrechten Beschluss der Ärztekammer.

(4) Laut Stellungnahme der BVA sei eine isolierte Umsetzung einer standardisierten Diagnose-Erfassung durch die BVA nicht möglich.

Verbindliche Behandlungsrichtlinien seien aus dem Blickwinkel der Qualitätssicherung zwar ein Zugewinn, sie seien im Vertragspartnerbereich aber äußerst mühsam herstellbar und häufig mit Mehraufwänden verbunden.

7.4 Der RH nahm die von Hauptverband, StGKK, WGKK und BVA geschilderten Umsetzungsprobleme zur Kenntnis, hielt aber die Angabe standardisierter Diagnosen trotzdem für unverzichtbar und hielt daher an seiner Empfehlung fest. Der RH wies darauf hin, dass bei mangelnder Einigung der Gesamtvertragsparteien auch eine gesetzliche Regelung denkbar wäre.

Gemeinsame Analyse mit Daten der Spitalsambulanzen

8.1 Eine Einbeziehung der Leistungen in Spitalsambulanzen war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ebenfalls noch nicht möglich. Die Bemühungen zur Erstellung eines „Katalogs ambulanter Leistungen" (KAL), der bereits Gegenstand der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus 2008 war,[17] hatte bis März 2015 noch keine verwertbaren Daten geliefert.

8.2 Der RH kritisierte, dass eine Analyse der Daten zur ärztlichen Hilfe gemeinsam mit Daten der Spitalsambulanzen nicht möglich war. Er empfahl dem BMG und dem Hauptverband, die Arbeiten dazu zeitnah abzuschließen.

8.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass seit 2014 gemäß dem „Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen" die Verpflichtung bestehe, entsprechende Leistungsdaten in kodierter Form zu liefern. Diese pseudonymisierten Daten könnten dann im „Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)" für Auswertungen genutzt werden. Derzeit stünden noch die Einspielung und Aufbereitung der Daten im Vordergrund.*

Die Daten basierten noch nicht auf der Originärdokumentation, sondern auf einem Mapping zwischen den Spitalsambulanz-Leistungskatalogen und den Honorarkatalogen der Krankenversicherungsträger. Durch diese Vorgangsweisen sei die Aussagekraft der Daten derzeit noch sehr eingeschränkt, ebenso die Vergleichbarkeit der Daten aus dem niedergelassenen und dem spitalsambulanten Bereich. Mit zunehmender Relevanz der Daten für die Gesundheitsplanung, Qualitätssicherung, Leistungsabgeltung etc. sei davon auszugehen, dass im Zuge anstehender Systemumstellungen bei den Leistungserbringern der Grad an Originärdokumentation auf Basis des bundesweiten Leistungskatalogs in den kommenden Jahren entsprechend zunehmen werde.

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.

8.4 Der RH betonte erneut die Bedeutung einer sektorenübergreifenden Planung und hielt seine Empfehlung aufrecht.

[17] Gemäß Art. 37 Abs. 4 bis 7 der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens 2008 bis 2013 waren Schritte zu setzen, um eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Dokumentation im intra- und extramuralen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen. Als Grundlage für die Entwicklung des KAL diente unter anderem ein bereits 2005 erstelltes Datenverwendungskonzept.

Vergleichbarkeit nach Fachgruppen

9.1 (1) Im Jahr 2008 hatte der RH außerdem festgestellt[18], dass die Zuordnung von Aufwendungen nach Leistungserbringern (nicht nach Art der Leistung) zu erheblichen Verzerrungen führen konnte: So konnte z.B. die Leistungskombination aus Beratung und Laborleistung einmal durch einen Allgemeinmediziner allein und einmal getrennt durch einen Allgemeinmediziner und einen Laborfacharzt im Vergleich bei tatsächlich gleichem Leistungsgeschehen ein völlig unterschiedliches Bild in der Statistik ergeben.[19]

Diese Situation war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Wesentlichen unverändert: Die Einzelnachweisungen zum Rechnungsabschluss stellten die Aufwendungen für ärztliche Hilfe nach dem Rechtscharakter der Leistungserbringer (Vertragsärzte, Wahlärzte, Eigene Einrichtungen, Sonstige etc.) dar. Lediglich ausgewählte Fachgruppen (z.B. Logopäden, Physiotherapeuten und Psychotherapeuten) waren gesondert ersichtlich. Eine umfassende Aufteilung nach Fachgruppen (z.B. Augenheilkunde, Internisten etc.) war in den Einzelnachweisungen nicht enthalten.

(2) In der sogenannten Ärztekostenstatistik waren Fallzahl und Umsatz der Vertragsärzte, gegliedert nach Fachrichtungen und bezogen auf sogenannte „§ 2 Kassen", dargestellt. Diese „§ 2 Kassen" umfassten neben der jeweiligen Gebietskrankenkasse auch die SVB und die im regionalen Zuständigkeitsbereich liegenden Betriebskrankenkassen. Die Ärztekostenstatistik enthielt auch nicht-kurative Leistungen, wie z.B. Leistungen der Vorsorge oder Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen. Sie war daher nicht direkt mit den Erfolgsrechnungen der jeweiligen Gebietskrankenkasse vergleichbar.

Da in den meisten Fachrichtungen unterschiedliche Leistungserbringer tätig wurden (neben Vertragsärzten auch Wahlärzte, Institute, Vereine oder Eigene Einrichtungen der Krankenversicherungsträger), die Ärztekostenstatistik jedoch nur Daten für niedergelassene Ärzte zeigte, war der Gesamtaufwand für einzelne Fachgruppen nicht erkennbar.

[18] siehe Reihe Bund 2008/2 TZ 7

[19] So würde z.B. die Erbringung der Diagnose- und Beratungsleistung beim Allgemeinmediziner für rd. 40 EUR und eine Laborleistung um 20 EUR beim Krankenversicherungsträger A insgesamt einen Fallwert von 60 EUR pro Fall ergeben. Eine Leistungserbringung bei zwei verschiedenen Ärzten bei Krankenversicherungsträger B für z.B. 50 EUR beim Allgemeinmediziner und 30 EUR beim Laborfacharzt würde dagegen 2 Fälle zu insgesamt 80 EUR ergeben, somit 40 EUR pro Fall. Ein Vergleich der Werte pro Fall würde den Schluss nahelegen, dass Träger A „gesündere Patienten" (weniger Fälle) aber höhere Preise hat, obwohl tatsächlich die Patienten die idente Leistung erhielten, aber die Preise beim Träger B höher waren.

9.2 Der RH kritisierte, dass ein systematischer Überblick über die Aufwendungen je Fachrichtung fehlte, da kein Vergleich über unterschiedliche Rechtsformen der Anbieter hinaus erfolgte.

Der RH empfahl dem BMG und dem BMASK, die Rechnungsvorschriften dahingehend zu ändern, dass die Aufwendungen für ärztliche Hilfe auch nach Fachrichtungen – und zwar übergreifend über Institute, Eigene Einrichtungen, Vereine, Vertragsärzte, Wahlärzte etc. – in den Einzelnachweisungen aufgeschlüsselt werden müssen.

9.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass derzeit die Rechnungsvorschriften eine Aufschlüsselung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen in den Einzelnachweisungen nach Fachrichtungen (übergreifend über Institute, Eigene Einrichtungen der Krankenversicherungsträger, Vereine, Vertragsärzte, Wahlärzte etc.) nicht vorsehen würden, jedoch würde das BMG Gespräche mit den Kranken- und Unfallversicherungsträgern darüber führen.*

(2) Die StGKK unterstützte die Empfehlung des RH, die Einzelnachweisung detaillierter aufzuschlüsseln, und sprach sich für klare, einheitliche Vorgaben für die Zuordnung der Aufwendungen aus. Sie gehe davon aus, dass dabei zumindest die Bereiche Vertragsärzte und Institute separat angeführt würden.

(3) Laut Stellungnahme der WGKK seien die Einzelnachweisung bzw. die gesamte Erfolgsrechnung nach den Aufgaben der Krankenversicherung und den Leistungserbringern aufgebaut. Eine Änderung der Einzelnachweisung ärztliche Hilfe würde einen Systembruch bedeuten.

9.4 Der RH entgegnete der WGKK, dass die von ihm empfohlene Änderung keinen Systembruch, sondern eine Weiterentwicklung darstellte. Er hielt die Darstellung nach Versorgungsbereich für deutlich aussagekräftiger als jene nach Rechtsform der Anbieter und hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Lücken in der Vertragspartneranalyse

10.1 (1) Seit 2010 hatten nach § 32h ASVG[20] die Krankenversicherungsträger gemeinsam im Rahmen der sogenannten „Vertragspartneranalyse" ein Benchmarking der Vertragspartnerbereiche durchzuführen.[21] Das zugrunde liegende Analyseschema sah sowohl eine Zuordnung auf Fachrichtungen über die Rechtsformen der Leistungserbringer hinweg als auch eine Zuordnung nach Leistungsart (nicht nur nach Leistungserbringer) vor.

In den Jahren 2009 und 2010 führten die Krankenversicherungsträger diese Analyse durch. Bis März 2015 war keine weitere vollständige Analyse erfolgt. Die letzten vollständigen Daten stammten daher aus dem Jahr 2010. Die Krankenversicherungsträger hatten beschlossen, eine vollständige Analyse lediglich alle zwei Jahre durchzuführen.[22] Für das Jahr 2012 meldeten aufgrund von Problemen mit der Verrechnungssoftware nur vier Gebietskrankenkassen und die SVA die erforderlichen Daten vollständig. Die Daten des Jahres 2014 waren bis März 2015 noch nicht verfügbar; die entsprechende Analyse hatte daher noch nicht begonnen.

(2) Im Jahr 2013 erweiterte das Gesundheitsreformgesetz den gesetzlichen Auftrag der Vertragspartneranalyse. Deren Zielsetzung sollte sich nunmehr auch auf die Anreiz- und Steuerungswirkung der Honorierungssysteme beziehen.[23] Konkrete Umsetzungsmaßnahmen dazu lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vor.

(3) Die BVA nahm nicht an der Vertragspartneranalyse teil, war hierzu allerdings mangels entsprechender Regelung im B-KUVG gesetzlich nicht verpflichtet.

10.2 Der RH kritisierte, dass die Träger die gesetzlich geforderte Vertragspartneranalyse (§ 32h ASVG), deren Ziel die Herstellung einer entspre-

[20] Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung, BGBl. I Nr. 61/2010

[21] „Die Krankenversicherungsträger haben gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse jedenfalls mit dem Ziel zu unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) zu ermöglichen."

[22] Jedes zweite Jahr würden die Gesamtaufgaben auf die Fachrichtungen heruntergebrochen, das jeweils andere Jahr würde eine vertiefte Analyse einzelner Fragestellungen erfolgen.

[23] Die Krankenversicherungsträger hatten gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse jedenfalls mit dem Ziel zu unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) und der verschiedenen Honorierungssysteme, insbesondere hinsichtlich ihrer Anreiz- und Steuerungswirkung zu ermöglichen.

chenden Transparenz war, nur in den Jahren 2009 und 2010 vollständig durchführten.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, die in § 32h ASVG vorgesehenen Analysen weiterzuentwickeln und dabei insbesondere

- in Zukunft eine zeitnahe Durchführung sicherzustellen,
- die einzelnen Leistungen, deren Mengen und Preise systematisch zu vergleichen und
- aus den Analysen Empfehlungen für die Gesamtvertragsverhandlungen abzuleiten, um den Auftrag des Hauptverbands, dabei koordinierend vorzugehen, datenbasiert erfüllen zu können.

Der RH empfahl dem BMG, auf die Einbeziehung der Sonderversicherungsträger in die Vertragspartneranalyse nach § 32h ASVG hinzuwirken.

10.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, eine Einbindung sei schon aufgrund der geltenden Rechtslage möglich. Es dürfe jedoch nicht übersehen werden, dass es im Falle einer Einbindung der Sonderversicherungsträger in die Vertragspartneranalyse aufgrund von Systemunterschieden zu Schwierigkeiten bei der Interpretation kommen kann.*

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.

(3) Die StGKK unterstützte in ihrer Stellungnahme die Empfehlungen des RH und sagte zu, sich weiterhin an der Vertragspartneranalyse zu beteiligen, ihre Weiterentwicklung zu unterstützen und die Ergebnisse der Analysen den Vertragsverhandlungen zugrunde zu legen. Die StGKK werde in Zukunft das Instrument der Vertragspartneranalyse verstärkt als Benchmarking für konkrete Maßnahmen der Verbesserung nutzen. Technische Schwierigkeiten durch Umstellung von Standardprodukten hätten dies in den vergangenen Jahren erschwert. Im Zuge von Verhandlungen mit Vertragspartnern würden entsprechende Daten als Argumentarium verwendet werden.

(4) Laut Stellungnahme der WGKK seien in den Analysen 2009 und 2010 nur marginale Unterschiede zwischen den einzelnen Jahren festgestellt worden. Die Analysen seien sehr aufwendig. Deshalb sei, solange eine manuelle Aufbereitung erforderlich sei, auf eine jährliche Fortsetzung verzichtet und ein zweijähriger Zyklus eingerichtet worden

(abwechselnd Vollerhebung mit Detailanalysen). Für das Leistungsjahr 2014 sei wieder eine Vollerhebung vorgesehen.

10.4 (1) Der RH entgegnete dem BMG, dass die Sonderversicherungsträger zwar die Möglichkeit der Teilnahme an der Vertragspartneranalyse hatten, aber diese nicht ausreichend nutzten, insbesondere im Bereich der ärztlichen Hilfe. Er hielt daher eine gesetzliche Verpflichtung (analog zur Verpflichtung der Gebietskrankenkassen) für zweckmäßig. Er stimmte dem BMG zu, dass eine sorgfältige Interpretation der resultierenden Informationen unter Berücksichtigung etwaiger Systemunterschiede erforderlich war. Gerade die Systemunterschiede (z.B. hinsichtlich der Behandlungsbeiträge, siehe TZ 23) können aber wertvolle Erkenntnisse bringen, die gerade nicht aus dem Vergleich innerhalb der Gebietskrankenkassen resultieren können.

(2) Gegenüber der WGKK hielt der RH fest, dass eine jährliche Analyse angesichts der gesetzlichen Verpflichtung zur Durchführung der Vertragspartneranalyse, des hohen Gebarungsvolumens und der Unterschiede zwischen den Trägern zweckmäßig war. Sollten bisher keine ausreichenden Maßnahmen bzw. Veränderungen daraus abgeleitet worden sein, wären nach Ansicht des RH nicht die Analysen zu beschränken, sondern die Bemühungen um geeignete Maßnahmen zu verstärken.

Nutzung der Daten

11.1 (1) Der RH hatte bereits 2008 empfohlen, die Unterschiede in den Frequenzen der einzelnen analysierten Leistungen der ärztlichen Hilfe auf ihre medizinische Notwendigkeit hin zu untersuchen und zum Anlass für tarifliche Verbesserungen in den Gesamtverträgen bzw. Festlegung von Behandlungsstandards zu nehmen. Die jeweiligen Systeme der Vergütung sollten regelmäßig verglichen, auf ihre Auswirkungen hin untersucht und bewährte Vergütungsformen verstärkt eingesetzt werden.[24]

(2) Unter dem Gesichtspunkt „Transparenz schafft Verantwortung" war im Zuge des Kassensanierungspakets die Veröffentlichung der Gesamtverträge (inklusive Honorarordnung) im Internet vorgesehen. Dies wurde in der Folge auch gesetzlich normiert (§ 348 ASVG) und umgesetzt. Aufgrund des Umfangs und der Komplexität der Regelungen stellte jedoch alleine die Veröffentlichung der Vertragswerke nur bedingt Transparenz her.

[24] Reihe Bund 2008/2 TZ 10 und 11

Die Daten über die Auswertungen der Vertragspartneranalyse unterlagen nach einem Beschluss der Trägerkonferenz besonderen Vertraulichkeitsregelungen.

(3) Die Berichterstattung über die Bemühungen der Vertragspartneranalyse an die Trägerkonferenz (die auch für die Genehmigung der Gesamtvertragsabschlüsse zuständig war) enthielt keine Empfehlungen aus dem Benchmarking (etwa aus der Beobachtung besonders hoher Unterschiede in den Kosten und Mengen einzelner Fachrichtungen in bestimmten Bundesländern, bestimmten Unterschieden bei einzelnen Honorarordnungspositionen etc.).

Der Hauptverband teilte dem RH dazu mit, es handle sich entsprechend einem Beschluss der Trägerkonferenz um eine Analyse „durch die Träger für die Träger", dem Hauptverband kämen in diesem Bereich keine eigenen Zuständigkeiten zu.

11.2 Der RH kritisierte, dass die durchgeführten Analysen nicht dazu verwendet wurden, aus dem Benchmarking klare Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten. Überhöhte Tarife, höhere Durchschnittskosten, ungewöhnliche Muster in der Mengenverteilung einzelner Leistungen wurden nämlich nicht direkt angesprochen.

Er empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, die Daten aus der Vertragspartneranalyse dazu zu nutzen, um konkrete Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.

11.3 *(1) Der Hauptverband gab in seiner Stellungnahme an, er habe diese Empfehlung bereits im Rahmen eines Richtlinienentwurfes nach dem neuen § 31 Abs. 5 Z 12 ASVG (Sozialbetrugsbekämpfung) aufgegriffen.*

(2) Die StGKK unterstützte in ihrer Stellungnahme die Empfehlung des RH und sagte zu, die Ergebnisse der Analysen den Vertragsverhandlungen zugrunde zu legen. Die StGKK werde in Zukunft das Instrument der Vertragspartneranalyse verstärkt als Benchmarking für konkrete Maßnahmen der Verbesserung nutzen. Im Zuge von Verhandlungen mit Vertragspartnern würden entsprechende Daten als Argumentarium verwendet werden.

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass eine seriöse Interpretation nur mit genauer Kenntnis der jeweiligen (gesamt)vertraglichen Regelungen und Nebenabsprachen, der örtlichen Gegebenheiten, der gesamten Anbieterstruktur etc. möglich sei. Einzelne Vorschläge, Erkenntnisse oder Maßnahmen konnten zwar abgeleitet werden, seien aber aufgrund der Verhandlungsgrundlagen, Verhandlungszeitpunkte

(im Vorhinein oder im Nachhinein), Fristen, Laufdauer der Verträge etc. nur äußerst eingeschränkt übertrag- und umsetzbar.

11.4 Der RH begrüßte die Zusagen des Hauptverbands und der StGKK. Gegenüber der WGKK hielt er fest, dass angesichts der Bedeutung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe für die Gebarung der Krankenversicherungsträger die Komplexität der Interpretation der Daten kein Hindernis für deren Nutzung zur Steuerung sein sollte. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Positionsbezogene Analysen und Kostenkalkulation

12.1 (1) Die Honorarordnungen der einzelnen Krankenversicherungsträger normierten unterschiedliche Leistungsbündel, Tarife und Degressionsregelungen. Eine Kostenkalkulation zu diesen Positionen lag häufig nicht vor. Im Gegensatz dazu bestand im stationären Bereich eine österreichweit einheitliche Definition von Leistungen und eine systematische Kostenkalkulation.

(2) Soweit die Vertragspartneranalyse nach § 32h ASVG durchgeführt wurde (d.h. in den Jahren 2009, 2010 und – unvollständig – 2012), waren einzelne Fragestellungen vertieft analysiert worden; ein systematischer Einzelleistungsvergleich im Hinblick auf Tarife und Frequenzen war jedoch nicht erfolgt. Daher war nicht erkennbar, ob z.B. ein höherer Aufwand auf unterschiedliche erbrachte Leistungen oder auf höhere Tarife für diese Leistungen zurückzuführen war.

Der RH hatte bereits im Jahr 2008 empfohlen, Leistungen der ärztlichen Hilfe auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten zu vergüten und auch für bereits in den Vertrag aufgenommene Leistungen eine Nachkalkulation zu erstellen.[25]

12.2 Der RH kritisierte, dass Leistungen der ärztlichen Hilfe entgegen seiner Empfehlung aus dem Jahr 2008 weiterhin nicht auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten vergütet wurden.

Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA neuerlich, Leistungen der ärztlichen Hilfe auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten zu vergüten; auch für bereits in den Vertrag aufgenommene Leistungen sollte eine Nachkalkulation erstellt werden.

[25] Reihe Bund 2008/2 TZ 20

12.3 *(1) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, er sei bestrebt, im Vertragspartnerbereich Leistungen auf der Grundlage einer realitätsbezogenen Kalkulation zu honorieren. Ohne grundsätzliche Einigung mit der Interessenvertretung über die Kalkulationsansätze sei dies jedoch nicht zweckmäßig. Insbesondere müsse eine Einigung über das „Arztgehalt" gefunden werden. Deren Fehlen bewirke, dass die Empfehlung mit den Vertragspartnern nicht zu realistischen Kalkulationsansätzen umsetzbar ist. Der Prozess ende daher immer unmittelbar oder mittelbar in einem verhandelten Tarif.*

(2) Laut Stellungnahme der StGKK sei sie bestrebt, im Vertragspartnerbereich Leistungen auf der Grundlage einer Kalkulation zu honorieren. Beispielsweise habe sie im Bereich Labor mit den Vertragsinstituten die Tarife des Musterkatalogs, die auf einer kalkulatorischen Basis beruhen, in den Verträgen umgesetzt.

Im Geltungsbereich des Ärzte–Gesamtvertrags folge die Tarifentwicklung einer eigenen Logik. In der Steiermark würden sich die Tarife mangels Verhandlungsergebnisses durch die sogenannte Tarifautomatik nach einem vorgegebenen Prozentsatz erhöhen. Schon dadurch ergebe sich eine Diskrepanz zwischen den Tarifen und einem Kalkulationsergebnis. In den mit der Ärztekammer zu führenden Verhandlungen werde die StGKK jedoch den vom RH aufgezeigten Aspekt unter Berücksichtigung der finanziellen Auswirkungen beachten.

(3) Wie die WGKK in ihrer Stellungnahme mitteilte, seien die Leistungskataloge aller Krankenversicherungsträger historisch gewachsen und bedürften für jegliche Änderung einer Vereinbarung mit der zuständigen Ärztekammer. Die Festlegung der Honorarregelung sei das Ergebnis gezielter und ausgewogener Verhandlungen zwischen der Sozialversicherung und der jeweiligen Landesärztekammer. Deren Ergebnis könne daher als Interessensausgleich zwischen diesen beiden Kräften angesehen werden.

Eine Berücksichtigung der Kosten, die sich in einer Ordination bei einzelnen Behandlungen ergeben, würde im Übrigen implizieren, dass die Träger für die Bereitstellung sämtlicher Strukturen und Anforderungen der Ordination verantwortlich wären. Bei der Vereinbarung eines Tarifkatalogs handle es sich jedoch nicht um die Festlegung eines Aufwandersatzes für die erbrachten Einzelleistungen. Vielmehr sei stets die gesamte Honorarregelung für eine Fachgruppe zu betrachten. Dies gelte insbesondere für das Fachgebiet Allgemeinmedizin und für allgemeine Fachärzte, deren Honorarregelungen eine Mischung aus Einzelleistungshonorierung und Pauschalsystem darstellten.

Etwas anders zu beurteilen – so die WGKK in ihrer Stellungnahme weiter – seien die Honorarregelungen der sogenannten technischen Fächer, für deren Tarife sehr wohl Kostenkalkulationen bzw. Musterkataloge zugrunde gelegt würden. Neue Sonderleistungen aus den Fachgebieten würden, wenn sie aufgenommen werden sollten, jedenfalls kalkuliert. Bei Aufnahme neuer Leistungen sei nach wie vor der Tarifausschuss zu befassen, dem als Unterlage diese Kalkulation beizulegen sei.

(4) Laut Stellungnahme der BVA sei die Kalkulation nach den Grundsätzen der Sozialversicherung mit den Vertragspartnern nicht umsetzbar. Ohne eine Einigung über den grundsätzlichen Zugang gebe es keinen echt kalkulierten Tarif im Detail. Der Prozess ende daher immer unmittelbar oder mittelbar in einem verhandelten Tarif.

12.4 Der RH hielt allen Stellungnahmen entgegen, dass er – auch in Kenntnis, dass die Tariffestlegung letztlich ein Verhandlungsergebnis darstellte – eine Kalkulation als Grundlage dieser Verhandlungen für wesentlich erachtete. Er hielt es im bestehenden System der Einzelleistungsvergütung für unumgänglich, die einzelnen Preise nicht nur in ihrer Gesamtauswirkung zu sehen, sondern auch als Steuerungsinstrument für die Erbringung der einzelnen Leistungen. Dies kann aber nur auf Basis einer Tarifkalkulation erfolgen. Er verwies weiters auf die Zielsetzung der Leistungserbringung am „best point of service", für die ohne Tarifkalkulation eine wesentliche Voraussetzung fehlt.

Der RH sah entgegen der Stellungnahme der WGKK in einer Preisvereinbarung auf Basis einer Tarifkalkulation auch keineswegs die Implikation, dass die WGKK für alle Strukturen und Anforderungen der Ordination verantwortlich wäre. Er hielt das von der WGKK relevierte Argument nicht für plausibel, dass eine Kalkulation für technische Fächer und Sonderleistungen möglich und sinnvoll sei, für alle anderen Bereiche jedoch nicht.

Die erforderliche Diskussion über das angemessene Einkommen der Leistungserbringer wird sich nach Ansicht des RH auf Dauer nicht vermeiden lassen. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung.

Fehler in der Ärztekostenstatistik

13.1 Für eine Beurteilung der Entwicklung der Mengenkomponente lagen einerseits die Statistik der Fallzahlen in der Ärztekostenstatistik, andererseits die Zahl der e-card-Konsultationen vor. Angesicht unterschiedlich verlaufender Trends zwischen diesen beiden Datengrundlagen gab die StGKK an, dass die Fallzahl der Ärztekostenstatistik im Jahr 2013

in mehreren wesentlichen Bereichen unrichtig ausgewiesen war.[26] Sie führte dies auf Schwierigkeiten bei der Einführung eines neuen Softwareprodukts zur Abrechnung zurück.

13.2 Der RH kritisierte, dass die Ärztekostenstatistik zum Teil gravierende Fehler aufwies. In der Steiermark fehlten mehr als 200.000 Fälle.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, darauf zu achten, dass die Werte der Ärztekostenstatistik in Zukunft valide sind.

13.3 *(1) Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

(2) Die StGKK sagte zu, verstärkt für die Sicherstellung der Validität der Daten der Ärztekostenstatistik zu sorgen.

(3) Die WGKK erläuterte in ihrer Stellungnahme, dass mit dem Einsatz von „ALVA" bei der WGKK das im Jahr 2011 neu von der OÖGKK entwickelte Datawarehouse in Betrieb gegangen sei. Im Zuge der Rollouts sei die Software permanent erweitert und verändert worden; dabei seien Mängel in der Datenqualität festgestellt worden, die zu fehlerhaften Auswertungen führten. Vor allem fehlerhafte bzw. verspätete Importe, Probleme in der Datenzusammenführung aus verschiedenen Anwendungen und die Definition zur Selektion der Daten hätten zu fehlerhaften Ergebnissen geführt, von denen in Folge auch die Vertragspartneranalyse betroffen gewesen sei, die daher einige Träger 2012 nur eingeschränkt erstellt hätten. Seit 2014 gleiche die WGKK soweit möglich im Vorfeld die Daten ab.

Periodenabgrenzung

14.1 In den als Weisung des BMG erlassenen Rechnungsvorschriften der Sozialversicherung waren keine Rückstellungen vorgesehen. In Jahren, in denen Zahlungen für künftige oder vergangene Jahre vereinbart wurden (z.B. bei der BVA eine Einmalzahlung von 10 Mio. EUR im Jahr 2013, wovon je ein Drittel auf die Jahre 2011, 2012 und 2013 entfiel), entsprachen die Rechnungsabschlüsse somit nicht dem Grundsatz einer periodengerechten Zuordnung.

[26] Insgesamt betrug die Fallzahl im Jahr 2013 5.073.753 anstelle der ausgewiesenen 4.835.355, somit fehlten mehr als 200.000 Fälle. Im Bereich der Fachärzte für Frauenheilkunde lag der Unterschied zwischen 166.010 Fällen in der Ärztekostenstatistik und 217.374 lt. Berichtigung der StGKK (somit bei rd. 30 %).

14.2 Der RH kritisierte, dass die Aufwendungen für ärztliche Hilfe nicht periodengerecht zugeordnet waren, weil in den Rechnungsvorschriften des BMG keine Rückstellungen vorgesehen waren, aber häufig Zahlungen für künftige oder vergangene Jahre erfolgten.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, für eine periodengerechte Abgrenzung der Daten zu sorgen.

14.3 *(1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, die Rückstellungen würden das Einfließen von Schätzelementen in den Rechnungsabschluss bedingen, deren Ungewissheit umso größer sei, je weniger Informationen zum Zeitpunkt der Bilanzerstellung vorhanden seien.*

Da die Gebarungsergebnisse der Versicherungsträger einen Bezug zu öffentlichen Budgets aufwiesen und die Grundlage für verschiedene (sozialpolitische) Entscheidungen (wie z.B. der Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln, des Bundesbeitrags, der Mittelverteilung aus dem Ausgleichsfonds) bildeten, sollten diese nach Möglichkeit nicht durch subjektive und von Träger zu Träger unterschiedlich ermittelte Schätzungen beeinflusst werden. Diese Auffassung vertrete das BMG seit Jahrzehnten im Einvernehmen mit dem BMF und dem RH gegenüber den Sozialversicherungsträgern.

Im Interesse einer möglichst periodengerechten Erfolgsdarstellung seien bestimmte Transitorienzeiträume vorgesehen. In jenen Fällen, in denen zu diesem Zeitpunkt keine objektiven Informationsgrundlagen vorliegen würden, beruhe auch die Bildung einer Rückstellung im Wesentlichen auf Schätzungen und würde die Datenbasis für Steuerungsentscheidungen kaum verbessern.

Die Bildung von Rückstellungen könne daher aus Sicht des BMG die periodengerechte Abgrenzung nur marginal verbessern, aber im Gegenzug – aufgrund des hohen Gestaltungsspielraums – eine enorme Problematik bei der künftigen ergebnisabhängigen Verteilung öffentlicher Mittel darstellen.

(2) Laut Stellungnahme der WGKK seien Rückstellungen in den Rechnungsvorschriften nicht vorgesehen; die Möglichkeit zur Bildung von Rückstellungen würde überbordende Bilanzspielräume ermöglichen.

Es gebe in vielen Bereichen Akontozahlungen bzw. Endabrechnungen im nächsten Jahr (z.B. Krankenanstaltenfinanzierung, Rückzahlung von Beiträgen). Das Rechenwerk sei sinnvoll konstruiert und ausreichend detailliert, um die gewünschte Informationspflicht zu erfüllen.

Wesentliche Besonderheiten seien grundsätzlich im Zuge des Rechnungsabschlusses ohnehin zu erläutern.

14.4 (1) Zur jahrzehntelangen Praxis des Rechnungswesens und die Grundlage für Entscheidungen auf Bundesebene entgegnete der RH dem BMG, dass sich gerade das Rechnungswesen des Bundes durch die Haushaltsrechtsreform 2013 wesentlich im Sinne einer periodengerechten Darstellung verbessert hatte. Auch im Bereich der Länder und Gemeinden werden in Zukunft Rückstellungen zu bilden sein, weshalb es nicht plausibel scheint, dass gerade in der Krankenversicherung eine periodengerechte Abgrenzung unmöglich sein sollte. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung, für eine periodengerechte Abgrenzung der Daten zu sorgen.

(2) Der WGKK entgegnete der RH, dass gerade das Fehlen von Rückstellungen einen Spielraum für die Gestaltung einräumte. Einen unklaren Umstand zu schätzen, mag ungenau sein, ihn deshalb gar nicht zu berücksichtigen, kann keine bessere Lösung sein.

Zusammenfassung

15.1 (1) Die einzelnen Krankenversicherungsträger verfügten zwar über detaillierte Daten aus ihrer Abrechnung, d.h. Anzahl und Preise der verrechneten Leistungen je Vertragspartner. Diese Daten waren jedoch nicht in für ein Benchmarking geeigneter Form aufbereitet und auch nicht allen Krankenversicherungsträgern zugänglich. Dies lag im Einzelnen an folgenden Faktoren:

- Eine Analyse gemeinsam mit Daten der Spitalsambulanzen war nicht möglich.

- Ein systematischer Überblick über die Aufwendungen je Fachrichtung fehlte, da kein Vergleich über unterschiedliche Rechtsformen der Anbieter hinaus erfolgte.

- Die gesetzlich geforderte Vertragspartneranalyse (§ 32h ASVG), deren Ziel die Herstellung einer entsprechenden Transparenz war, führten die Träger nur 2009 und 2010 vollständig durch. 2012 waren die Daten unvollständig, nur die Hälfte der Träger meldete umfassende Daten.

- Die durchgeführten Analysen wurden nicht dazu verwendet, klare Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.

- Obwohl der RH bereits 2008 empfohlen hatte, Leistungen der ärztlichen Hilfe auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten zu vergüten, war dies nicht umgesetzt worden.

- Die Ärztekostenstatistik wies zum Teil gravierende Fehler auf. In der Steiermark fehlten mehr als 200.000 Fälle.

- Da in den Rechnungsvorschriften des BMG keine Rückstellungen vorgesehen waren, aber häufig Zahlungen für künftige oder vergangene Jahre erfolgten, waren die Aufwendungen für ärztliche Hilfe nicht periodengerecht zugeordnet.

15.2 Der RH kritisierte, dass die Transparenz über die Aufwendungen der ärztlichen Hilfe und damit über ein Gebarungsvolumen von rd. 3,8 Mrd. EUR bzw. 25 % der Gesamtausgaben der Krankenversicherungsträger nicht ausreichend gegeben war.

Dies war umso kritischer, als die Träger zentrale Steuerungsaufgaben – etwa die Verhandlung über Preise und die Angebotsstruktur – ohne entsprechende Daten nicht sachgerecht wahrnehmen konnten. Der RH erinnerte daran, dass das Kassensanierungspaket den Grundsatz „Transparenz schafft Verantwortung" hervorgehoben hatte und dass ein Kennzahlenvergleich im Leistungsbereich zu den gesetzlichen Aufgaben des Hauptverbands nach § 31 ASVG gehörte; ein Benchmarking wurde im Jahr 2010 in § 32h ASVG ausdrücklich gesetzlich geregelt und 2013 verstärkt.

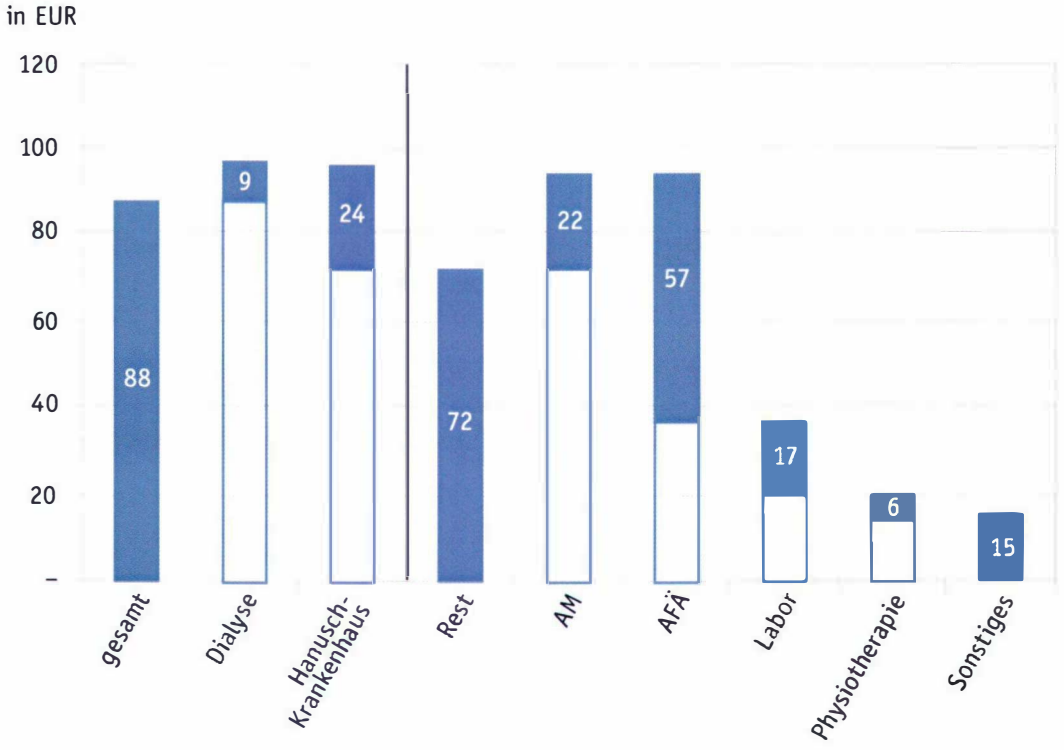
Der RH verwies daher auf seine Empfehlungen zu TZ 6 bis 14.

Aufwand je Fachrichtung

16.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt auf Fachrichtungen heruntergebrochene Auffälligkeiten im Bereich ärztliche Hilfe im Vergleich von StGKK und WGKK, dies als Ergebnis der vom RH gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern – in stark vereinfachter Form[27] – durchgeführten Analysen zur Nachbildung der seit 2010 nicht mehr verfügbaren Ergebnisse der Vertragspartneranalyse:

[27] Eine Bereinigung der Werte der „§ 2 Kassen" um die entsprechenden Umsätze der Betriebskrankenkassen bzw. der SVB bzw. um die Werte zur Vorsorgeuntersuchung und zu Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen erfolgte pauschal (prozentuell anhand des Unterschieds zwischen der Ärztekostenstatistik und den Werten der Erfolgsrechnung). Weiters wurden Einmalleistungen bzw. nicht fallbezogene Leistungen (z.B. Sonntagsdienst etc.) nicht separat betrachtet.

Abbildung 4: Mehraufwand der WGKK gegenüber der StGKK für ärztliche Hilfe in EUR je Anspruchsberechtigten



AM = Allgemeinmedizin; AFÄ = allgemeine Fachärzte
Quellen: StGKK; WGKK; Darstellung RH

Die sich aus dem Rechnungsabschluss ergebenden Unterschiede der Kopfquoten „ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten" zwischen der StGKK und der WGKK in Höhe von 88 EUR mussten vor einem Vergleich zunächst um folgende zwei Positionen bereinigt werden:

- Für die rd. 24 EUR je Anspruchsberechtigten höheren Kosten der WGKK im Bereich ambulanter Leistungen in Krankenanstalten, die sich überwiegend aus dem Hanusch-Krankenhaus ergaben, waren keine detaillierten Leistungswerte bekannt. Darüber hinaus waren im außerordentlichen Ergebnis Ersätze für einen Teil dieser Leistungen enthalten.

- Die StGKK bezahlte im Jahr 2013 rd. 9 EUR pro Anspruchsberechtigten für Dialyse. Die WGKK verbuchte Leistungen für Dialyse (einen Zuschuss für eine GmbH, die gemeinsam mit dem Land Wien Dialyseleistungen erbrachte) als medizinische Rehabilitation.

BMASK BMF BMG

Somit verblieben als Unterschied rd. 72 EUR je Anspruchsberechtigten, für die folgende Komponenten bestimmend waren:

- Die WGKK gab rd. 22 EUR je Anspruchsberechtigten weniger für Allgemeinmediziner aus, aber 57 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für allgemeine Fachärzte.

- Rund 17 EUR gab die WGKK mehr für Laborleistungen aus.

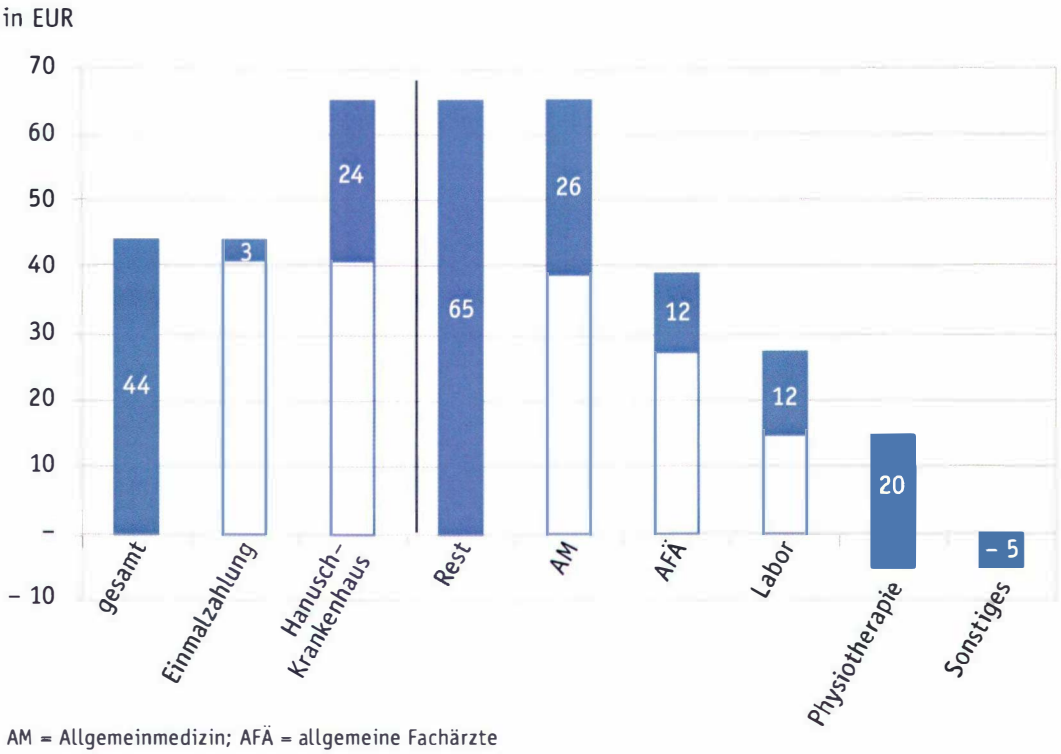
- Die WGKK gab um rd. 6 EUR je Anspruchsberechtigten mehr und damit rund doppelt so viel für Psychotherapie aus.

Eine wesentliche Ursache der höheren Aufwendungen je Anspruchsberechtigten war die gegenüber den übrigen Bundesländern höhere Facharztdichte in Wien.

(2) Die BVA lag mit ihren Aufwendungen im Bundesschnitt um rd. 44 EUR je Anspruchsberechtigten höher als die WGKK. Dabei bereits berücksichtigt waren die um rd. 24 EUR je Anspruchsberechtigten niedrigeren Aufwendungen für Krankenanstalten unter Berücksichtigung des Hanusch-Krankenhauses sowie die nicht periodengerechte Einmalzahlung von 10 Mio. EUR:

www.parlament.gv.at

Abbildung 5: Mehraufwand der BVA gegenüber der WGKK für ärztliche Hilfe in EUR pro Anspruchsberechtigten



AM = Allgemeinmedizin; AFÄ = allgemeine Fachärzte
Quellen: WGKK, BVA; Darstellung RH

Auch im Vergleich zwischen der WGKK und der BVA waren Bereinigungen nötig: um die Aufwendungen des Hanusch-Krankenhauses und um Einnahmenzahlungen durch die BVA, die sich auf andere Perioden bezogen.

Die BVA hatte sowohl im Bereich der Allgemeinmediziner (26 EUR je Anspruchsberechtigten) als auch im Bereich der allgemeinen Fachärzte (12 EUR je Anspruchsberechtigten) höhere Aufwendungen als die WGKK. Weiters lagen die Laborausgaben mit rd. 12 EUR je Anspruchsberechtigten sowie die Ausgaben für Physiotherapie mit rd. 20 EUR je Anspruchsberechtigten deutlich über jenen der WGKK.

16.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass der Vergleich der Fachrichtungen erhebliche Unterschiede aufzeigte, die Ansatzpunkte für spezifische Steuerungsmaßnahmen geben könnten. Dies galt einerseits im Hinblick auf die grundsätzliche Struktur der Versorgung, insbesondere das Verhältnis der Leistungen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten; andererseits aber auch im Hinblick auf einzelne Fachbereiche, wie z.B. den Laborbereich bei der BVA und der WGKK oder die Physiotherapie bei der BVA.

Der RH kritisierte daher neuerlich die unter TZ 6 ff. aufgezeigten Mängel in der Transparenz der Ausgaben für ärztliche Hilfe und wies erneut auf die Bedeutung einer Verbesserung der Datenlage bzw. der regelmäßigen Auswertung und Nutzung der verfügbaren Daten zur Ableitung von Maßnahmen hin.

Der RH empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA, in den Bereichen mit besonders hohen Aufwendungen eine Optimierung der gesamtvertraglichen Regelungen vorzunehmen.

Der RH empfahl weiters der WGKK, angesichts der hohen Aufwendungen für Fachärzte im Rahmen der Gesundheitsreform die Neugestaltung der Primärversorgung im Sinne des best point of service konsequent umzusetzen.

16.3 *(1) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde in den Bereichen der ärztlichen Hilfe mit hohen Optimierungsmöglichkeiten die Regelungen überprüfen. Die StGKK sei stets bestrebt, Instrumente der Aufwands- und Mengensteuerung (Limitierungen, Degressionen etc.) sowie Aufwands-Deckelungen in ihren Verträgen umzusetzen, was in den vergangenen Jahren beispielsweise im Laborbereich und bei der Physiotherapie gelungen sei.*

(2) Laut Stellungnahme der WGKK seien die Anzahl, Verteilung und Art der Leistungserbringer und deren Erreichbarkeit in der Großstadt anders als in ländlichen Strukturen. Ebenso würden sich Patientenverhalten, Begehrlichkeiten und Dringlichkeiten, Vertrauen und nicht zuletzt das Verhalten von Ärzten in der Großstadt in Bezug auf Absicherungs- und Haftungsfragen unterscheiden. Diese Umstände würden u.a. die unterschiedliche Inanspruchnahme und die daraus resultierenden verschobenen Kopfquoten erklären.

Es sei unbestritten, so die WGKK in ihrer Stellungnahme weiter, dass die Facharztdichte in Wien gegenüber den übrigen Bundesländern höher sei. Um damit auch eine Wertung zu verbinden, wäre nach Auffassung der WGKK allerdings nicht der Vergleich mit Flächenbundesländern anzustellen, sondern mit Ballungsräumen wie Graz oder Linz/Wels und Innsbruck. Auch in diesen Ballungsräumen liege die Ärztedichte über dem Bundesdurchschnitt. Ein ähnliches Bild zeige die Analyse anderer europäischer Länder hinsichtlich der Ärztedichte.

16.4 Gegenüber der WGKK merkte der RH an, dass er keine Einwände gegen eine sachgerechte Berücksichtigung einer außerordentlichen Belastung einer Großstadt im sachlich begründeten Ausmaß hat. Strukturunterschiede zwischen ländlichen und städtischen Bereichen können maß-

geblich sein. Auch die Festlegung eines strategischen Entwicklungsziels (z.B. Forschung und Entwicklung im Zusammenhang mit der universitären Medizin, Bedeutung der Krankenversorgung als Wirtschaftsfaktor, etc.) wäre nicht grundsätzlich unzulässig. Eine solche Berücksichtigung sollte jedoch nicht nur darin bestehen, bestehende Mehrausgaben der WGKK gegenüber dem Bundesschnitt festzuschreiben, sondern auf einer sachlich nachvollziehbaren Begründung beruhen. In dieser Methodik liegt nämlich die Gefahr, ineffiziente Angebotsformen mit höheren Bedarfen zu vermengen.

Stellenplanung bzw. Planung der Angebotsstruktur

Grundsätzliche Vorgaben und Vorgehensweise der Träger

17.1 (1) Wesentliche Parameter für die Inanspruchnahme von Leistungen der ärztlichen Hilfe waren die Anzahl, Struktur und Verteilung der Vertragspartner.[28] Laut ASVG stellte die Stellenplanung einen verpflichtenden Bestandteil der Gesamtverträge dar. Somit hatten Krankenversicherungsträger als Nachfrager die Anzahl der Vertragsärzte sowie deren fachliche und regionale Verteilung im Einvernehmen mit der Angebotsseite (Ärztekammern) festzulegen. Im Zuge der Gesundheitsreformen der letzten zehn Jahre wurde dieser Grundsatz zwar beibehalten, aber modifiziert:

- Die Stellenplanung sollte sich seit der Gesundheitsreform 2005 am „Regionalen Strukturplan Gesundheit" orientieren.

  Bei der Erstellung der Strukturpläne war eine Einigung mit der Ärztekammer nicht Voraussetzung, sehr wohl allerdings eine Einigung mit dem jeweiligen Bundesland als spitalsverantwortlicher Gebietskörperschaft.[29] Eine entsprechende Änderung erforderte eine Einigung mit der Ärztekammer im Stellenplan bzw. im Gesamtvertrag.[30]

  Eine spezifische Sanktion für den Fall einer Abweichung der Stellenplanung vom Regionalen Strukturplan Gesundheit war nicht vorgesehen. Letztlich konnte lediglich die Trägerkonferenz oder

[28] Vertragspartner konnten einerseits die Ärztekammern im Rahmen von Gesamtverträgen sein, andererseits auch Institute (z.B. Labor, Großgeräte, physikalische Medizin), einzelne Vereine oder andere Rechtsträger.

[29] Die Planung umfasste ambulante Strukturen sowohl im Spitals- als auch im niedergelassenen Bereich.

[30] Sofern eine Stelle seit mehr als einem Jahr unbesetzt war, konnte die zuständige Ärztekammer die Besetzung im Rahmen eines Schiedsverfahrens durchsetzen. Die Schiedskommission hatte allerdings erneut den Bedarf zu prüfen, die Besetzung erfolgte also nicht automatisch. Die Kriterien der Bedarfsprüfung (Orientierung am Stellenplan, am regionalen Strukturplan, eigene Analyse der Schiedskommission) waren gesetzlich nicht weiter determiniert.

die Aufsichtsbehörde die Zustimmung zum Abschluss des Gesamtvertrags verweigern, was jedoch auch noch keine strukturplankonforme Stellenplanung bewirkt hätte.

- Seit 2010 war in Umsetzung der Ziele des Kassensanierungspakets eine „dynamische" Stellenplanung vorgesehen, d.h., die ausreichende ärztliche Versorgung sollte unter Berücksichtigung sämtlicher ambulanter Versorgungsstrukturen, der örtlichen Verhältnisse und der Verkehrsverhältnisse, der Veränderung der Morbidität sowie der Bevölkerungsdichte und –struktur sichergestellt sein (§ 342 Abs. 1 ASVG).

(2) Die tatsächliche gesamtvertragliche Umsetzung dieser Vorgaben war bei den drei überprüften Krankenversicherungsträgern im Prüfungszeitraum unterschiedlich:

a) Stellenplan

- Die StGKK verfügte über eine detaillierte Stellenplanung, in der sie Bezirken bzw. Regionen eine bestimmte Zahl von Stellen je Fachrichtung zuordnete.

- Die WGKK legte die Gesamtzahl von Allgemeinmedizinern und allgemeinen Fachärzten fest. Eine weitere fachliche oder regionale Detaillierung erfolgte nicht.

- Bei der BVA war im Gesamtvertrag kein Stellenplan enthalten. Die BVA verfügte (auch regional) im Vergleich zu den Gebietskrankenkassen über mehr Vertragspartner.

b) Orientierung der Stellenpläne an den Regionalen Strukturplänen Gesundheit

Die Gesamtzahl der tatsächlich dauerhaft besetzten Stellen entsprach bei beiden Gebietskrankenkassen dem im Regionalen Strukturplan Gesundheit abgebildeten Bedarf. Insofern war die Vorgabe einer Orientierung am Regionalen Strukturplan Gesundheit eingehalten. Dies allerdings nur deshalb, da es in beiden Regionen eine Reihe von dauerhaft nicht besetzten Stellen gab. Die Regionalen Strukturpläne Gesundheit zeigten nämlich sowohl für Wien als auch für die Steiermark einen niedrigeren Bedarf, als Stellen im jeweiligen Stellenplan ent-

halten waren,[31] was der Vorgabe der Orientierung des Stellenplans an den Regionalen Strukturplänen Gesundheit widersprach. Ebenfalls im Widerspruch zu dieser Vorgabe war, dass in einzelnen Bereichen (z.B. im Hinblick auf eine Umschichtung zwischen Allgemeinmedizin und bestimmten Fachrichtungen) deutliche Unterschiede zwischen den besetzten Stellen und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit bestanden.

Die WGKK hatte für die Vereinbarung dauerhaft unbesetzter Stellen eine Regelung im Gesamtvertrag getroffen (sogenannte Strukturentwicklungsreserve), die eine finanzielle Vergütung für jene Ärzte vorsah, deren Praxis nicht nachbesetzt wurde. Die StGKK hatte eine entsprechende Regelung nicht abgeschlossen.

c) Dynamische Stellenplanung

Eine dynamische Stellenplanung im Sinne einer automatischen Anpassung an unterschiedliche Gegebenheiten (z.B. Anzahl der Anspruchsberechtigten, Häufigkeit bestimmter Krankheiten) hatte keiner der drei Träger zum Inhalt des Gesamtvertrags gemacht.

(3) Sowohl in Wien als auch in der Steiermark liefen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Vorbereitungen zur Erstellung bzw. Verhandlung neuer Regionaler Strukturpläne Gesundheit. Auch im Zusammenhang mit den Veränderungen der Arbeitszeiten der Ärzte im Spitalsbereich und daraus resultierender Vorhaben, die Anzahl der Stellen im Spitalsbereich zu reduzieren, forderten die Ärztekammern zusätzliche Stellen im niedergelassenen Bereich.

17.2 (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass keiner der drei überprüften Träger die Vorgaben für die Stellenplanung vollständig umgesetzt hatte:

- Die BVA hatte keinen Stellenplan, obwohl dies im ASVG als Bestandteil des Gesamtvertrags mit der Ärztekammer vorgesehen war. Die WGKK hatte lediglich zwei Gesamtzahlen für Allgemeinmediziner und Fachärzte festgelegt, wodurch eine konkrete Überprüfung von Stellenbesetzungen bestimmter Fachrichtungen in bestimmten Bezirken kaum möglich war. Nur die StGKK hatte detaillierte, regional und fachlich differenzierte Pläne vereinbart. Dies bedeutete

[31] Für die Steiermark leitete die StGKK aus dem Regionalen Strukturplan Gesundheit einen Bedarf von 601 Ärzten ab, im Stellenplan waren 614 vorgesehen. Für die WGKK sah der Stellenplan rd. 880 Allgemeinmediziner und 970 Fachärzte vor, tatsächlich besetzt waren 776 Stellen. Der RSG bildete verschiedene Varianten ab, die Allgemeinmediziner lagen im Sollstand 2015 zwischen 754 und 801, die Fachärzte zwischen 751 und 792.

umgekehrt, dass Verschiebungen zwischen Bezirken und Fachrichtungen – anders als bei WGKK und BVA – ein erneutes Einvernehmen mit der Ärztekammer erforderten.

- Die Stellenpläne wiesen bei beiden Gebietskrankenkassen mehr Stellen aus, als im Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehen war. Auch die Verteilung der tatsächlichen Stellen auf die Fachrichtungen entsprach nicht vollständig dem Regionalen Strukturplan Gesundheit.

Der RH hielt auch kritisch fest, dass ein „dynamischer Stellenplan" im Sinne einer automatischen Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen bei keinem der drei Träger umgesetzt war.

(2) Der RH wies darauf hin, dass der Gesetzgeber seit der Gesundheitsreform 2005 das Ziel einer Flexibilisierung (dynamischer Stellenplan, Orientierung am Regionalen Strukturplan Gesundheit) verfolgte, diese jedoch bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht umgesetzt war.

Die Vorgabe einer Orientierung am Regionalen Strukturplan Gesundheit war für sich genommen nicht geeignet, den Krankenversicherungsträgern die umfassende Gestaltung der Angebotsstruktur zu ermöglichen.

(3) Der RH merkte insgesamt an, dass die Stellenplanung für die tatsächliche Versorgung der Bevölkerung erhebliche Bedeutung hatte. Dennoch war die Umsetzung der Stellenplanung mangelhaft: Einerseits hatte der Gesetzgeber die Flexibilisierung der Stellenplanung noch nicht abgeschlossen, andererseits hielten die Träger die bestehenden Vorgaben nicht vollständig ein.

Der RH empfahl daher dem BMG sowie dem Hauptverband, eine weitere Flexibilisierung der Stellenplanung anzustreben. Letztlich sollte nach Auffassung des RH die Verantwortung für die Festlegung der erforderlichen Strukturen dort liegen, wo auch die Verantwortung für die Versorgung der Bevölkerung lag.

Die entsprechend angepassten Vorgaben wären dann jedoch auch von den Krankenversicherungsträgern strikt einzuhalten.

17.3 *(1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme zur Empfehlung des RH, auf eine weitere Flexibilisierung bei der Stellenplanung hinzuwirken, darauf hin, dass das BMG eine noch stärkere Bezugnahme auf die Planung im Regionalen Strukturplan Gesundheit anstrebe. Von einer gesetzlichen Änderung werde aber zumindest vorläufig abgesehen.*

Die weitergehende Flexibilisierung des Stellenplans der WGKK im Vergleich zur StGKK sollte auch im Lichte der unterschiedlichen Verhältnisse von Großstadt und Land betrachtet werden, weil der örtlich exakten Zuordnung einer Vertragsarztstelle angesichts der Verkehrsverbindungen und des Mobilitätsverhaltens in Wien nicht dieselbe Bedeutung wie am Land zukomme.

(2) Der Hauptverband nahm die Empfehlung des RH zur Kenntnis und sagte zu, sie bei seiner weiteren Vorgangsweise zum Thema zu berücksichtigen.

(3) Laut Stellungnahme der WGKK würden die Stellen innerhalb der angegebenen Gesamtzahl unter Berücksichtigung der dynamischen Stellenplanung sowie des Regionalen Strukturplans Gesundheit örtlich verteilt. Die damit einhergehende Möglichkeit, Stellen über den Wiener Raum nach Bedarf sowohl räumlich als auch zwischen den einzelnen Fachgebieten sinnvoll verschieben zu können, trage dem Grundsatz der vom Gesetzgeber gewünschten Flexibilisierung der Stellenpläne Rechnung. In Wien werde die dahingehende gesetzliche Änderung somit bereits erfolgreich gelebt. Die Anzahl an Vertragsärzten sei in den letzten Jahren aufgrund der Vorgaben des Regionalen Strukturplans Gesundheit bereits deutlich reduziert worden.

17.4 Der RH erwiderte dem BMG, dass eine Bereinigung zwischen Rechtslage und tatsächlicher Praxis erforderlich war und die vom BMG angestrebte Flexibilisierung auch tatsächlich rechtlich umzusetzen wäre. Die bloß faktische Reduktion der Festlegungen bei der WGKK bzw. ihr Unterlassen bei der BVA konnte eine derartige Festlegung (u.a. im Hinblick auf die gegebenenfalls erforderlichen Schlichtungsverfahren) nicht vollständig ersetzen. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Ärztedichte im Vergleich

18.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Ärzte und der Anspruchsberechtigten, die jeweils ein Arzt der jeweiligen Fachrichtungen im Jahr 2013 bei der StGKK bzw. bei der WGKK zu betreuen hatte.[32]

[32] Der RH bezog die BVA in diesen Vergleich nicht ein, da die BVA trotz ihrer vergleichsweise niedrigen Anzahl von Versicherten das gesamte Bundesgebiet mit Vertragspartnern abzudecken hatte.

Tabelle 3: Anspruchsberechtigte pro Vertragsarzt StGKK und WGKK 2013

	StGKK	WGKK	Differenz
	Anzahl der Ärzte		
Allgemeinmedizin	614	788	174
allgemeine Fachärzte	343	792	449
sonstige Fachärzte	29	125	96
gesamt	**986**	**1.705**	**719**
	Anzahl der Anspruchsberechtigten je Arzt		in %
Allgemeinmedizin	1.505	2.015	34
allgemeine Fachärzte	2.695	2.005	– 26
sonstige Fachärzte	31.872	12.705	– 60
gesamt	**937**	**931**	**– 1**

Quellen: StGKK; WGKK

Die Ärztedichte war bei der StGKK und der WGKK insgesamt ähnlich. Allerdings war die Verteilung des Angebots auf Allgemeinmediziner bzw. Fachärzte unterschiedlich: Ein Allgemeinmediziner bei der StGKK hatte um 34 % weniger, ein allgemeiner Facharzt um 26 % mehr Personen zu betreuen als bei der WGKK.[33]

Der Aufwand je Fall lag bei allgemeinen Fachärzten bei der StGKK um knapp 40 %, bei der WGKK um rd. 50 % höher als bei Ärzten für Allgemeinmedizin.[34] Die WGKK deckte somit die annähernd gleiche Nachfrage mit einer Angebotsstruktur ab, die aufgrund ihrer höheren Spezialisierung höhere Aufwendungen bedingte. Dies zeigte sich auch in den Aufwendungen je Anspruchsberechtigten (siehe TZ 5 und TZ 16).

(2) Die WGKK hatte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung konkrete Vorhaben für zwei Primärversorgungszentren (Primary Health Care Center – PHC). Ein Optimierungskonzept bzw. eine konkrete Planung, wie durch die Neugestaltung der Primärversorgung umfassend eine Reduktion der durch die hohe Facharztdichte gegenüber anderen Krankenversicherungsträgern höheren Kosten der Versorgung erfolgen sollte (z.B. ein Business Case über die Kostenfolgen der Primärversorgung,

[33] Das heißt ohne Laborfachärzte, Radiologen und Fachärzte für physikalische Medizin. Im Bereich der technischen Fachrichtungen war aufgrund des erheblichen Anteils von Instituten der Vergleich der Anzahl der Vertragsärzte nur bedingt aussagekräftig.

[34] Aufwand bei der StGKK für Allgemeinmediziner rd. 49 EUR, für allgemeine Fachärzte rd. 66 EUR; bei der WGKK für Allgemeinmediziner rd. 46 EUR, für allgemeine Fachärzte rd. 70 EUR

ein Roll-out-Plan für einen größeren Teil der Versorgung), konnte die WGKK nicht vorlegen.

(3) Anspruchsberechtigte der Krankenversicherungsträger konnten auch Leistungen bei Wahlärzten, d.h. Ärzten ohne Vertrag mit dem Krankenversicherungsträger, in Anspruch nehmen. In diesem Fall hatten die Patienten zunächst selbst die Kosten zu tragen, die zwischen Arzt und Patient grundsätzlich unabhängig von den Kassentarifen vereinbart werden konnten. Nach § 131 Abs. 1 ASVG war den Anspruchsberechtigten von den Krankenversicherungsträgern ein Kostenersatz in Höhe von 80 % des Kassentarifs zu leisten. Grundsätzlich konnten Wahlärzte keine Rezepte ausstellen, die zum Bezug eines Heilmittels auf Kosten des Krankenversicherungsträgers berechtigten.

Allerdings konnten die Krankenversicherungsträger Wahlärzten verschiedene Rechte einräumen, z.B. im Hinblick auf die Ausstellung von Rezepten, Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit oder die Möglichkeit einer Direktverrechnung der von den Trägern zu ersetzenden Beträge. Die überprüften Träger nahmen diese Möglichkeiten in unterschiedlicher Weise wahr:

- Die StGKK gewährte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 1.120 Wahlärzten ein Rezepturrecht und auch das Recht, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen durchzuführen.

- Die WGKK gewährte rd. 204 Ärzten ein Rezepturrecht; Wahlärzte hatten grundsätzlich kein Recht, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zu erstellen.

- Während bei StGKK und WGKK die Abrechnung von Wahlarztrechnungen dazu führte, dass für den Patienten jedenfalls eine höhere Belastung als bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes entstand (mindestens 20 % des Kassentarifs),[35] war dies bei der BVA nicht in jedem Fall so. Soweit ein Wahlarzt den BVA-Tarif vereinbarte, hatte der Patient in jedem Fall 20 % des Tarifs zu tragen.

Der Aufwand je Anspruchsberechtigten für Wahlärzte betrug im Jahr 2013 bei der StGKK rd. 14 EUR, bei der WGKK rd. 10 EUR und bei der BVA rd. 34 EUR.

Der Hauptverband entwickelte im Rahmen der Balanced Scorecard (BSC) im Jahr 2011 ein Arbeitspapier zu einem Strategievorschlag betreffend das Management von Wahlärzten. Dieses enthielt u.a. Ana-

[35] Verlangte ein Wahlarzt einen höheren Preis als die Kassentarife, so war auch diese Differenz vom Patienten zu tragen.

lysen und Empfehlungen zum Umgang mit Rezepturrechten, Überweisungen zu technischen Fächern, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen etc. Die Entwicklung des Strategievorschlags war geprägt von unterschiedlichen Grundpositionen: einerseits der Erhöhung der Servicequalität gegenüber den Versicherten (und damit einer umfassenden Einbeziehung der Wahlärzte in die Versorgung), andererseits der Stärkung der Position der Vertragsärzte (und damit einem Ausschluss der Wahlärzte von wesentlichen Aufgaben, wie z.B. Rezeptausstellung, Überweisung zu Fachärzten oder Bestätigung der Arbeitsunfähigkeit).

Eine Einigung konnte daher nur über wenige Elemente – die Vorfinanzierung der Honorare durch die Patienten, freie Honorargestaltung und Anweisung der Kostenerstattung an die Versicherten – erzielt werden. Eine Strategie zum Rezepturrecht, zur Arbeitsunfähigkeitsmeldung und zu Überweisungen zu technischen Fächern kam nicht zu Stande.

18.2 (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die WGKK eine insgesamt teurere Angebotsstruktur für die Versorgung (insbesondere durch eine höhere Anzahl der allgemeinen Fachärzte) als die StGKK nutzte. Darin lag ein wesentlicher Grund für die höheren Aufwendungen je Anspruchsberechtigten und damit für die ungünstige finanzielle Lage.

Der RH kritisierte, dass die WGKK kein Optimierungskonzept der Versorgungsstruktur und auch hinsichtlich der Neugestaltung der Versorgung durch die Primärversorgungszentren kein Konzept (Business Case über die Kostenfolgen oder Roll-out-Plan) vorlegen konnte, wie dies zu einer finanziellen Verbesserung beitragen sollte.

Der RH empfahl der WGKK erneut, ihre Stellenplanung im Hinblick auf die hohe Fachärztedichte zu optimieren.

(2) Der RH kritisierte, dass kein trägerübergreifendes Konzept zu wesentlichen strategischen Fragen im Wahlarztbereich vorlag, wie z.B. dem Umgang mit Rezepturrechten, Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit oder der Befugnis von Wahlärzten, Überweisungen zu technischen Fachrichtungen vorzunehmen.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, eine trägerübergreifende Strategie zum Wahlarztbereich zu erarbeiten.

18.3 *(1) Stellungnahmen zur Angebotsstruktur der WGKK*

a) Das BMG wies darauf hin, dass die teurere, weil „facharztlastige" Angebotsstruktur der WGKK für eine Großstadt insofern nachvollziehbar sei, als in Ballungszentren typischerweise ein reichhaltiges spezialisiertes und räumlich leicht erreichbares medizinisches Angebot bestehe; die Ermöglichung eines Zugangs zu diesem Angebot als Sachleistung für Anspruchsberechtigte der gesetzlichen Krankenversicherung in einem vertretbaren Ausmaß sei aus Sicht der Versorgung der Versicherten nicht nur negativ zu würdigen.

b) Die WGKK verwies auf ein seit 1. April 2015 bestehendes Primärversorgungszentrum und zwei weitere Zentren, die sich in Planung befänden. Um kein additives Leistungsangebot zu schaffen, müsse angestrebt werden, bestehende Planstellen in Primärversorgungseinheiten umzuwandeln. Dies sei aber nur mit Zustimmung der Ärztekammer für Wien möglich. Erschwerend wirke hierbei die – trotz gesetzlicher Änderung im Jahr 2010 – faktische Unkündbarkeit der Vertragsärzte, wonach nur bei wiederholten, nicht unerheblichen oder schwerwiegenden Vertrags- oder Berufspflichtverletzungen ein Vertrag gekündigt werden könne.

Ziel der Modellprojekte sei neben der konkreten medizinischen Versorgung auch die Gewinnung von Informationen. Erst wenn diese ausreichend evaluiert worden seien, könne ein Business Case über die Kostenfolge erstellt und eine sinnvolle Standortplanung vorgenommen werden, die sich im neu zu erstellenden ambulanten Regionalen Strukturplan Gesundheit (2020 oder länger) voraussichtlich auch niederschlagen werde.

(2) Stellungnahmen zur Strategie im Wahlarztbereich

a) Der Hauptverband nahm die Empfehlung des RH hinsichtlich einer Strategie zum Wahlarztbereich zur Kenntnis und sagte zu, sie bei seiner weiteren Vorgangsweise zum Thema zu berücksichtigen. Er wies dazu darauf hin, dass die gesetzlichen Grundlagen eine Kostenerstattung allgemein und ausdrücklich vorsehen würden (§§ 131 ff. ASVG).

b) Die StGKK teilte die Meinung des RH, wonach im Wahlarztbereich wesentliche strategische Maßnahmen zur Angebotsplanung getroffen würden, wie beispielsweise die Einräumung der Möglichkeit für Wahlärzte, Rezepte auszustellen, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen durchzuführen oder administrative Erleichterungen für die Patienten zu schaffen. Zur Sicherstellung des Sachleistungsprinzips sei eine klare Abgrenzung zwischen dem Sachleistungssystem und dem Wahlbereich erfor-

derlich. Die StGKK unterstütze daher die Empfehlung zur Schaffung einer einheitlichen trägerübergreifenden Wahlarztstrategie, die eine einheitliche Vorgehensweise zum Ziel habe.

c) Laut Stellungnahme der WGKK liege es nicht im Ermessensspielraum der WGKK, dass zu wichtigen strategischen Fragen hinsichtlich der Wahlärzte noch kein trägerübergreifendes Konzept vorliege. Es sei jedoch ein derartiges Konzept in Planung.

d) Die BVA erachtete das bestehende Konzept im Wahlarztbereich als eine gute Entscheidungsgrundlage. Eine Schärfung in den angeregten Bereichen (Rezeptur, Administration von Krankenständen und Überweisung zu technischen Fächern) könne hilfreich sein. Oftmals stünden hier Aspekte der Vereinfachung der Administration bzw. des Versichertenkomforts aufwandsregulierenden Maßnahmen gegenüber. Jedenfalls angezeigt wäre eine Einschränkung im Übergang zwischen Wahl- und Vertragsbereich (Zuweisungen).

18.4 (1) Hinsichtlich der Angebotsplanung der WGKK merkte der RH zunächst an, dass er im Hinblick auf die hohen und steigenden Aufwendungen der ärztlichen Hilfe und gleichgestellten Leistungen der WGKK ein Konzept für eine nachhaltig finanzierbare Angebotsstruktur für essentiell und zeitlich dringend hielt.

Gemäß den Ausführungen der WGKK, wonach die laufenden Modelle der Primärversorgung erst der Informationsgewinnung dienten, lag ein solches Konzept noch nicht vor. Der RH merkte dazu an, dass bereits eine Pilotphase gewisse Planungselemente und strategische Ziele enthalten sollte, um neben einer reinen Beobachtung auch eine Gestaltung zu ermöglichen und gezielte Informationen zu gewinnen. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung zur Erstellung eines Business Case und eines Konzepts zur Optimierung der Angebotsplanung fest.

Gegenüber dem BMG führte der RH aus, dass eine bewusst vorgehaltene höhere Fachärztedichte nachhaltig zu finanzieren, ohne eine solche Finanzierung aber eine Anpassung erforderlich wäre. Der RH verwies dazu auf seine Feststellungen hinsichtlich der ungünstigeren Beitragsentwicklung in der WGKK (TZ 2) bzw. hinsichtlich der analytischen Fundierung des Strukturausgleichs im Rahmen des Ausgleichsfonds (in seinem Bericht „Instrumente der finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger", TZ 38).

Der RH stimmte der WGKK zu, dass die genannten Rahmenbedingungen (Freiwilligkeit im Einzelfall bei Änderung einer Kassenpraxis und Erfordernis der Zustimmung der Ärztekammer aufgrund der De-

facto–Unkündbarkeit der Verträge) eine Änderung der Angebotsstruktur deutlich erschwerten, was auch der RH in TZ 19 dargestellt hatte. Er verwies dazu auf seine Empfehlung in TZ 17, eine Flexibilisierung der Stellenplanung zu ermöglichen.

(2) Der RH begrüßte die positiven Stellungnahmen zur Erweiterung bzw. Konkretisierung der trägerübergreifenden Wahlarztstrategie. Alle in den Stellungnahmen genannten Überlegungen (gesetzliche Vorgaben, Abwägung von Administrationsaufwand und Aufwandsregulierung, Erhaltung des Sachleistungsprinzips) sollten nach Ansicht des RH in die Diskussion dieser Strategie einfließen.

Tagesrandzeiten, Gruppenpraxen und PHC

19.1 (1) Eine zentrale Frage der Stellenplanung im niedergelassenen Bereich war die Versorgung zu Tagesrandzeiten bzw. am Wochenende und die optimale Nutzung der Strukturen (z.B. Ordinationsräumlichkeiten).

Die bestehenden Gesamtverträge für neue Vertragsärzte sahen Öffnungszeiten von 20 Stunden in der Woche vor; für ältere Verträge galten keine Mindestöffnungszeiten bzw. Öffnungszeiten von 15 Stunden. Um daher zu Tagesrandzeiten eine entsprechende Versorgung anzubieten, waren z.B. mehrere Verträge (und damit die dauernde Miete mehrerer Räumlichkeiten) erforderlich.

Bereits im Jahr 2004 schuf der Gesetzgeber die Möglichkeit, durch Gruppenpraxen eine bessere Auslastung der Strukturen und längere Öffnungszeiten zu erreichen. Während die WGKK zur Zeit der Gebarungsüberprüfung Verträge mit 198 Ärzten in Gruppenpraxen abgeschlossen hatte (rd. 12 % der Ärzte),[36] lag diese Zahl bei der StGKK bei 21 (rd. 2 % der Ärzte).

Die WGKK sah – abweichend von § 342a Abs. 2 ASVG, wonach bei der Honorierung von Gruppenpraxen mögliche Wirtschaftlichkeitspotenziale zu berücksichtigen waren – im Gruppenpraxen-Gesamtvertrag 2011 keine Tarifabschläge vor.[37] Die WGKK begründete dies mit dem Ziel, Ärzte dazu zu bewegen, sich zu Gruppenpraxen zusammenzuschließen. Statt Synergieabschlägen habe sie daher eine Reduktion der allgemeinen Tarifanpassung 2011 vereinbart.

[36] 21 Allgemeinmediziner, 93 allgemeine Fachärzte, 84 technische Fächer

[37] Der vorige Gruppenpraxengesamtvertrag stammte aus dem Jahr 2004 und enthielt ebenfalls keine Abschläge.

Auf Anfrage des Hauptverbands zum Abschluss ohne Synergieabschläge führte die Aufsichtsbehörde (BMG) aus: „Wenngleich das Bundesgesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung eine andere Intention des Gesetzgebers zum Ausdruck [bringt], als das Vertragswerk der WGKK widerspiegelt, so ist der Interpretationsspielraum doch so weit, dass die Schwelle für aufsichtsbehördliches Handeln gemäß §§ 448f ASVG insbesondere unter dem Aspekt der Rechtmäßigkeit nicht erreicht ist."

(2) Im Zuge der Gesundheitsreform 2012 war vorgesehen, bis 2016 1 % der Bevölkerung durch sogenannte Primary Health Care Center (PHC)[38] zu versorgen. Das im Sommer 2014 festgelegte Konzept dazu sah Öffnungszeiten an Wochentagen vor, die auch eine Inanspruchnahme außerhalb der Kernarbeitszeiten ermöglichten,[39] sowie höhere Anforderungen an die Codierung der Diagnosen und eine Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen (z.B. Pflegekräfte, Sozialarbeiter etc.). Mittelfristig sollte auch die Honorierung stärker die Anforderungen einer Primärversorgung reflektieren.

Bis zum Jahr 2020 sollte nach der BSC 2015 eine Abdeckung von 15 % der Bevölkerung mit PHC vorliegen.

(3) Eine Umstellung der Versorgung von einzelnen Vertragsärzten auf Gruppenpraxen oder PHC war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur in zwei Formen möglich, nämlich durch freiwilligen Zusammenschluss mehrerer Vertragsärzte oder durch Abschluss eines zusätzlichen Vertrags z.B. mit einem Institut, was eine vorherige Bedarfsprüfung durch das Land bedingte.

Ein freiwilliger Zusammenschluss von Ärzten erforderte in der Regel grundlegendes Einverständnis über die Organisation und Finanzierung der Ordination. Ein zusätzlicher Vertragsabschluss mit einem Institut würde nicht auf die Anzahl der Stellen laut Stellenplan angerechnet und bedingte somit zusätzliche Strukturen.

[38] Ein PHC soll die Aufgaben der Primärversorgung übernehmen. Diese war in § 3 Z 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz wie folgt definiert: Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen. Eckpunkte der Ausgestaltung legte die Bundeszielsteuerungskommission in einem Konzept im Juni 2014 fest; die Einzelheiten der Ausgestaltung (Rechtsform, Öffnungszeiten, Vergütung, beteiligte Berufsgruppen etc.) zu regeln, oblag den Betreibern, der Ärztekammer bzw. den Krankenversicherungsträgern.

[39] Vorgesehen war eine Öffnungszeit zwischen 7 Uhr und 19 Uhr, jedoch keine Versorgung in der Nacht bzw. an Sonn- und Feiertagen. Dazu hätte die Versorgung weiterhin in Notfallambulanzen in Spitälern zu erfolgen.

Andere Möglichkeiten der Umstellung der Versorgung (z.B. Kündigung von Einzelverträgen und Neuausschreibung als PHC) waren nicht vorgesehen. Verschiedene Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der PHC (z.B. die Möglichkeit eines eigenen Gesamtvertrags zur Regelung besonderer Vergütungsformen sowie die Regelung von gesellschaftsrechtlichen bzw. berufsrechtlichen Rahmenbedingungen[40]) sollten laut Vertretern der Krankenversicherungsträger in einer eigenen gesetzlichen Regelung normiert werden; zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lag dazu noch kein Entwurf vor.

19.2 Der RH hielt die optimale Nutzung von Strukturen (wie z.B. Ordinationsräumlichkeiten) und die Möglichkeit für Patienten, auch zu Tagesrandzeiten niederschwellige Angebote in Anspruch zu nehmen, für eine grundlegende Komponente einer Kostendämpfung im Bereich der ärztlichen Hilfe.

Er kritisierte daher, dass die Fortschritte in diesen Bereichen noch wenig überzeugend waren: Der Anteil der Gruppenpraxen lag in der Steiermark bei nur 2 % der Ärzte; in Wien lag er mit rd. 15 % zwar höher, dafür hatte die WGKK auf die Erzielung von Synergieabschlägen verzichtet.

Er empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA, die Versorgung zu Tagesrandzeiten bzw. am Wochenende weiter zu verbessern und in diesem Zusammenhang die Möglichkeiten der Primary Health Care zu nutzen.

19.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, an der Einführung einer den internationalen Standards entsprechenden Primary Health Care werde im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit gearbeitet. Die diesbezüglich notwendigen Änderungen sollen im Rahmen eines Gesundheitsreformumsetzungsgesetzes normiert werden.*

(2) Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, sie stehe in Gesprächen mit der Ärztekammer über den Abschluss eines neuen Gruppenpraxis-Gesamtvertrags. Eine diesbezügliche Einigung sei bislang an der Forderung der StGKK nach pauschalen Synergieabschlägen, wie dies im ASVG für Gruppenpraxen vorgesehen sei, gescheitert. Mit der Schaffung neuer Gruppenpraxen sei auch die StGKK bestrebt, die Versorgung zu Tagesrandzeiten bzw. am Wochenende zu verbessern.

[40] zum Beispiel die Frage, ob Ärzte nur als Gesellschafter oder auch als Angestellte mitwirken konnten, wie andere Berufsgruppen an den Entscheidungsprozessen beteiligt sein könnten (Pflegekräfte, aber auch Betriebswirte) etc.

(3) Die WGKK wiederholte in ihrer Stellungnahme, dass sie in den Honorarverhandlungen für die Jahre 2010 bis 2012 Synergieeffekte bei Gruppenpraxen durch eine geringere Tarifanhebung für die gesamte Ärzteschaft berücksichtigt habe. Dauerhafte Tarifabschläge seien von der Ärztekammer für Wien vehement verweigert worden. Diese habe Synergieeffekte bestritten und argumentiert, die Gründung von Gruppenpraxen und deren Betrieb seien finanziell aufwendig. Im Übrigen wolle die WGKK die Gründung von Gruppenpraxen zur Versorgungsverbesserung fördern. Wien verfüge bereits über fast 100 Vertragsgruppenpraxen, während in einigen anderen Bundesländern bislang noch keine Gruppenpraxen existierten.

19.4 Der RH begrüßte die zugesagten Bemühungen des BMG und der StGKK und nahm die Erläuterungen der WGKK zur Kenntnis. Er betonte jedoch die Bedeutung der niederschwelligen Versorgung zu Tagesrandzeiten und wies auf die bisher geringen Erfolge in dieser Hinsicht hin. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Tarifverhandlungen

Grundsätzliche Unterschiede zwischen den Trägern

20.1 (1) Für die Vereinbarung von Tarifen bestanden je nach Vertragspartner unterschiedliche Rahmenbedingungen: Für ärztliche Leistungen war ein Gesamtvertrag abzuschließen. Soweit kein Abschluss zu Stande kam bzw. der Vertrag von einer Seite gekündigt wurde, lag ein sogenannter „vertragsloser Zustand" vor. In diesem Fall hatten die Patienten die Arztbesuche zunächst zu bezahlen und konnten einen teilweisen Kostenersatz von den Krankenversicherungsträgern erhalten.

(2) Die Gesamtverträge wurden zwar vom jeweils einzelnen Krankenversicherungsträger verhandelt, aber vom Hauptverband abgeschlossen. Der RH hatte im Jahr 2008 empfohlen, die Verhandlungs- und Abschlusskompetenz zusammenzuführen.[41] Im Ministerratsvortrag 2009 war eine dezentrale Abschlusskompetenz bei gleichzeitiger Stärkung der strategischen Steuerungskompetenz des Hauptverbands angeführt. Eine rechtliche Änderung erfolgte nicht.

Auch aus Sicht des Hauptverbands war die Koordination der jeweiligen Aufgaben nicht ausreichend; er erstellte 2008 im Auftrag der

[41] siehe Bericht des RH, Reihe Bund 2008/2 TZ 21 f.

Trägerkonferenz ein Konzept für einen Sollprozess,[42] der die jeweiligen Aufgaben darstellte, sowie Eckpfeiler für die Honorarpolitik der Träger und des Hauptverbands. Die Trägerkonferenz beschloss, das Papier als Handlungsleitlinie umzusetzen. Eine verbindliche Vorgabe bestimmter Strategien erfolgte nicht.

(3) Die Vertragsverhandlungen der StGKK, der WGKK und BVA nahmen im Prüfungszeitraum einen unterschiedlichen Verlauf:

- Für die StGKK galt 2009 und 2010 eine Honorarregelung aus 2008. Für die Jahre 2011 und 2012 schloss sie ex post eine Honorarvereinbarung ab. Im Jahr 2013 kam keine Regelung zu Stande, es trat somit nach dem steiermärkischen Gesamtvertrag eine an der Kaufkraftentwicklung orientierte automatische Tariferhöhung ein. Die StGKK schloss somit die Vereinbarungen überwiegend im Nachhinein ab.

- Auch für die WGKK galt im Jahr 2009 eine Honorarregelung aus 2008. Im Dezember 2010 erfolgte der Abschluss für die Jahre 2010 und 2011, im Jänner 2012 für die Jahre 2012 und 2013. Die WGKK schloss somit die Vereinbarungen überwiegend im Vorhinein ab, es kam für jedes Jahr des Überprüfungszeitraums eine Vereinbarung zu Stande.

- Für die BVA galt in den Jahren 2009 und 2010 eine Vereinbarung vom September 2009. Für die Jahre 2011 bis 2013 kam keine Einigung über eine allgemeine Honorarveränderung zu Stande,[43] es erfolgte jedoch auch keine Kündigung des Gesamtvertrags. Im Jahr 2013 erfolgte eine Einmalzahlung von 10 Mio. EUR für drei Jahre (die in der folgenden Tabelle den jeweiligen Jahren zugeordnet ist); im Jahr 2015 erfolgte eine höhere Tarifanpassung (insgesamt rd. 5,88 %).

Die Vertragsabschlüsse unterschieden sich somit sowohl hinsichtlich der Fristigkeit, der Regelmäßigkeit ihres Zustandekommens (drei Jahre ohne Vereinbarung bei der BVA, ein Jahr bei der StGKK, kein vakantes Jahr bei der WGKK) und des Abschlusszeitpunkts (bei der StGKK über-

[42] Als Problem wurde identifiziert, dass es keine sozialversicherungsintern abgestimmte Vertragspartnerpolitik gebe (weiters würden dem Hauptverband Informationen über die Ziele bzw. analysierbare Daten fehlen). Als Lösung wurde die Koordination im Rahmen einer Arbeitsgruppe Vertragspartnerpolitik vorgeschlagen. Diese konnte jedoch nach wechselseitiger Information die trägerspezifischen Ziele lediglich zur Kenntnis nehmen. Selbst diese Vorschläge beschloss die Trägerkonferenz nur als „Handlungsleitlinie".

[43] Einzelregelungen für bestimmte Fachgruppen kamen dagegen zu Stande.

wiegend rückwirkend, bei der WGKK überwiegend vor dem Gültigkeitszeitpunkt).

(4) Die folgende Tabelle zeigt die Gesamtentwicklung für den Vertragsarztbereich bei der StGKK, WGKK und BVA im Prüfungszeitraum: [44]

Tabelle 4: Gesamtentwicklung Honorarabschlüsse; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	gesamt
			in %			
StGKK	1,39	0,53	2,16	1,77	2,14	8,24
WGKK	3,24	2,78	3,43	4,00	4,57	19,36
BVA[1]	2,60	1,60	– 0,20	2,40	3,30	10,05

1 Die BVA leistete im Jahr 2013 eine Einmalzahlung für die Jahre 2011, 2012 und 2013, die hier den jeweiligen Jahren zugeordnet ist.

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

Die WGKK hatte im Prüfungszeitraum mit rd. 19 % die deutlich höchste Aufwandsentwicklung.

Wie die folgende Tabelle zeigt, hatte die WGKK jedoch gleichzeitig mit rd. 4 % die niedrigste Honorarerhöhung:

Tabelle 5: Honorarerhöhung – Erwartung bei Vertragsabschluss; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	gesamt
			in %			
StGKK	1,25	1,15	2,10	1,79	2,58	9,18
WGKK	1,02	– 0,15	1,24	1,16	0,71	4,04
BVA	0,90	0,90	0,60	1,30	1,40	5,20

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

Generell lagen die Tarifabschlüsse insgesamt deutlich unterhalb der Inflationsrate (diese lag zwischen 2009 und 2013 bei rd. 9,7 %).

44 Aufgrund der oben beschriebenen Probleme der Datenlage ist eine eindeutige Zuordnung weder zur Ärztekostenstatistik noch zur Entwicklung lt. Erfolgsrechnung der Träger möglich.

Dass die WGKK trotz der geringsten Tarifsteigerung die höchste Aufwandssteigerung verzeichnete, war insbesondere auf die Mengenentwicklung zurückzuführen:[45]

Tabelle 6: Mengensteigerung – Erwartung bei Vertragsabschluss; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013

	2009	2010	2011	2012	2013	gesamt
				in %		
StGKK[1]	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
WGKK	3,24	5,24	2,73	2,84	4,00	19,38
BVA	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,01

1 Die StGKK wies dazu auf die in der Regel rückwirkenden Vertragsabschlüsse ex post hin (die Mengenentwicklung war somit schon bekannt).

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

Die Mengensteigerung bei der WGKK war teilweise durch die Entwicklung der Zahl der Anspruchsberechtigten erklärbar: Diese stieg im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 bei der WGKK um 6,2 %, bei der BVA um 4,4 % und bei der StGKK um 3,3 %.

(5) Nach der Honorarordnung der StGKK wurden bei Fachärzten Sonderleistungen mit dem vollen Tarif nur bis zu einem bestimmten (durchschnittlichen) Wert je Fall honoriert. Danach setzte eine Vergütung mit zwei Drittel des Tarifs ein, ab einem weiteren Schwellenwert mit einem Drittel. Somit war zwar das Risiko von mehr Fällen (Erkrankungen) von der StGKK zu tragen, das Risiko einer hohen Zahl von Sonderleistungen innerhalb der Behandlung dagegen zumindest teilweise auch vom behandelnden Arzt (der die Anzahl dieser Sonderleistungen mitbeeinflussen konnte).

Die WGKK hatte im Bereich der allgemeinen Fachärzte im Wesentlichen keine Degressionsregelungen vereinbart.

Die BVA hatte ebenfalls nur in Ausnahmefällen Degressionsregelungen, verwies hinsichtlich der Mengensteuerung allerdings auf ihren Behandlungsbeitrag im Bereich der ärztlichen Hilfe.

Der RH hatte im Jahr 2008 der WGKK empfohlen, in die Gesamtverträge Honorarsummenbegrenzungen aufzunehmen.[46] Im Jahr 2011

45 Wiedergegeben ist die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses erwartete Mengensteigerung (die für die Beschlussfassung über den Abschluss maßgeblich war). Je nach Zeitpunkt des Vertragsabschlusses war diese Erwartung tlw. schon durch Echt-Daten untermauert.

46 siehe Bericht des RH, Reihe Bund 2008/2

hatte er empfohlen, Gesamtausgabenbegrenzungen konsequenter als bisher zur Kostendämpfung einzusetzen.[47]

20.2 (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Aufsplitterung der Kompetenz zur Verhandlung der Verträge einerseits und zum Abschluss der Verträge andererseits dazu führte, dass der verhandelnde Träger weiterhin nicht die Verantwortung zum Vertragsabschluss übernahm. Er kritisierte, dass diese Frage entgegen der Empfehlung des RH im Jahr 2008 und der Ziele des Ministerrats 2009 noch nicht geklärt wurde.

Die angestrebte Stärkung der strategischen Rolle des Hauptverbands war für den RH aus dem Verhandlungsgeschehen der überprüften Träger nicht ersichtlich. Die dargestellten Unterschiede zwischen den Vertragsabschlüssen der StGKK, der WGKK und der BVA hinsichtlich der Zeitpunkte, Fristigkeiten und Inhalte der Vertragsabschlüsse zeigten, dass keine einheitliche Strategie verfolgt wurde.

Der RH wiederholte gegenüber dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA seine Empfehlung, die tatsächliche und die formelle Verantwortung für den Abschluss sowie die Verhandlung der Gesamtverträge zusammenführen.

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die WGKK trotz niedriger Honorarabschlüsse aufgrund von erhöhten Frequenzen die stärkste Aufwandssteigerung verzeichnete und diese Mengensteigerung nicht allein durch die Entwicklung der Anzahl der Anspruchsberechtigten erklärbar war. Der RH kritisierte die Vergütung von Einzelleistungen ohne Degressionen oder Deckelungen; dadurch lag das Risiko einer erhöhten Frequenz ausschließlich bei der WGKK. Diese hatte jedoch weniger Möglichkeiten zur Steuerung der Einzelleistungen als die Ärzteschaft. Demgegenüber hob der RH hervor, dass die StGKK durch eine entsprechende Degressionsregelung das Frequenzrisiko abmilderte.

Der RH empfahl der StGKK, WGKK und BVA, die jeweiligen Systeme der Vergütung regelmäßig zu vergleichen, auf ihre Auswirkungen hin zu untersuchen und bewährte Vergütungsformen verstärkt einzusetzen. Weiters wiederholte er seine Empfehlung an die WGKK, die Aufnahme einer Gesamtausgabenbeschränkung bzw. einer mengenmäßigen Preisdegression in den Gesamtvertrag anzustreben.

[47] siehe Bericht des RH, Reihe Bund 2011/12 TZ 5

20.3 *(1) Stellungnahme zur Darstellung des Sachverhalts:*

Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, man könne sinnvoll nur die Gesamtentwicklung ex post über den gesamten Zeitraum (19,36 %) betrachten. Die Aufteilung in Jahreswerte und Preis- und Mengeneffekte bzw. deren Darstellung über Erwartungen bei Vertragsabschluss sei nicht ohne weiteres möglich bzw. könnten die Jahreswerte nicht einfach aufaddiert werden. In diesen seien – soweit zum Verhandlungszeitpunkt bekannt – Entwicklungen der vorherigen Abschlüsse inkludiert.

(2) Stellungnahmen zu den Ursachen der Entwicklung und der Gestaltung durch die Krankenversicherungsträger:

a) Die StGKK teilte die Auffassung des RH, wonach ihre degressiven Honorierungsregelungen (insbesondere die sogenannte Fachgebietsdegression) ein wesentliches Instrument für die Steuerung von Mengen- und Aufwandsentwicklungen seien. Die StGKK werde in allen Bereichen der ärztlichen Hilfe verstärkt trägerübergreifende Vergleiche von Honorierungssystemen durchführen und bewährte Modelle in Vertragsverhandlungen einfließen lassen.

b) Laut Stellungnahme der WGKK lasse der Vergleich des RH außer Acht, dass in urbanen Ballungsräumen die Fachärztedichte deutlich höher liege als im ländlichen Raum. Aufgrund dieser Tatsache würden Fachärzte auch verstärkt direkt und in höherer Frequenz in Anspruch genommen als in Regionen mit einem geringeren Fachärzteanteil.

(3) Stellungnahmen zur Weiterentwicklung des Vertragspartnerrechts:

a) Das BMG stimmte dem RH zu, dass die formale und die inhaltliche Vertragsabschlusskompetenz auseinanderfallen. Dies sei der Autonomie der einzelnen Versicherungsträger geschuldet. Die durch die Zielsteuerung Gesundheit vorgegebenen Ziele und Maßnahmen hätten auch bei den Vertragsverhandlungen auf Landesebene einzufließen, insofern bestünde eine gewisse strategische Koordinierung.

Eine Gesetzesänderung, um Verrechnungsabkommen zu ermöglichen, sei im politischen Kontext bisher nicht umsetzbar gewesen. Mit BGBl. I Nr. 130/2013 sei jedoch eine Umgestaltung des Rechtsmittelverfahrens im Falle einer Kündigung eines Gesamtvertrags erfolgt, die zu einer längeren Weitergeltung des aufgekündigten Gesamtvertrags führe.

b) Laut Stellungnahme des Hauptverbands sei – da die Verträge die Krankenversicherungsträger binden würden, aber eine Koordination insgesamt notwendig sei – die bestehende Situation zweckmäßig begrün-

det. In der Praxis würden die Gesamtverträge ohnedies vorrangig von den Krankenversicherungsträgern selbst verhandelt.

c) Die StGKK unterstützte die Empfehlung des RH, die tatsächliche und formelle Verantwortung für den Abschluss sowie die Verhandlung der Gesamtverträge zusammenzuführen. Für die Erreichung einer alleinigen Abschlusskompetenz durch den verhandelnden Träger sei jedoch eine gesetzliche Änderung erforderlich.

d) Die WGKK führte aus, die gesetzlichen Rahmenbedingungen würden wenig Spielraum für eine andere Vorgehensweise ermöglichen. Das ASVG sehe ausdrücklich vor, dass der Hauptverband die Gesamtverträge abschließe. Die eingeforderte strategische Stärkung des Hauptverbands werde durch eine Einbindung in die Vertragsverhandlungen bereits gelebt.

e) Die BVA sah in unterschiedlichen Zeitpunkten, Fristigkeiten und Inhalten von Gesamtvertragsabschlüssen kein grundsätzliches Problem; die dadurch abgebildeten Differenzen würden nicht zu einer Auseinanderentwicklung der Honorarordnungen führen. Allgemein anerkannte Grundsätze der Honorarpolitik würden nicht verletzt. Aus ihrer Sicht reichten die aktuellen informellen Instrumentarien aus, um in einzelnen Bereichen eine zielgerichtete Weiterentwicklung zu unterstützen.

20.4 (1) Gegenäußerung des RH zur Darstellung des Sachverhalts:

Der RH wies gegenüber der WGKK erläuternd darauf hin, dass die Jahreswerte zur Ermittlung einer Gesamtentwicklung aus methodischen Gründen nicht aufaddiert, sondern multiplikativ verknüpft sind. Dies deshalb, weil die prozentuellen Erhöhungen eines Jahres auch die Basis für die Folgejahre beeinflussen. Unabhängig von der gewählten Methode treten jedoch die in der Würdigung dargestellten Unterschiede zwischen den Trägern deutlich zu Tage.

(2) Gegenäußerung des RH zu den Ursachen der Entwicklung und der Gestaltung durch die Krankenversicherungsträger:

Der RH hielt – wie die WGKK – die unterschiedliche Angebotsstruktur für einen wesentlichen Faktor der Entwicklung. Er hatte diesen Faktor keineswegs ignoriert, sondern im Gegenteil zum Gegenstand von Empfehlungen an die WGKK gemacht (z.B. TZ 17 bis 19). Nach Ansicht des RH lag gerade darin eine wesentliche Gestaltungsaufgabe der WGKK. Der RH wies erneut auf die Effekte der Vertragsgestaltung bzw. Honorardegressionen hin und begrüßte die Zusage der StGKK, die Ergebnisse vergleichender Analysen bei der weiteren Gestaltung

zu berücksichtigen. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest und verwies darüber hinaus auf seine Empfehlungen zur Vertragspartneranalyse (TZ 10 bis 12).

(3) Gegenäußerung des RH zur Weiterentwicklung des Vertragspartnerrechts:

Der RH wies zunächst gegenüber der BVA darauf hin, dass schon die Stellungnahme der WGKK zur Durchführung der Vertragspartneranalyse (TZ 10) zeigte, dass zumindest diese die unterschiedlichen Fristen, Abschlusszeitpunkte und Vertragsinhalte als problematisch sah. Die WGKK hatte nämlich die Ansicht vertreten, dass diese Unterschiede analytische Vergleiche zwischen den Tarifen bzw. Maßnahmen der Vertragsgestaltung weitgehend verhinderten.

Im Übrigen ergab sich aus den Stellungnahmen der Träger erneut, dass die rechtlich vorgesehenen Zuständigkeiten von den faktischen Verantwortungen abwichen: Der Hauptverband sollte tatsächlich eine koordinierende Rolle einnehmen, die Verhandlungen und auch die Bindungswirkung der Verträge waren für die einzelnen Träger relevant. Rechtlich schloss jedoch der Hauptverband den Vertrag ab. Seine Koordinierungsaufgabe war inhaltlich und prozessual schwierig wahrzunehmen, da eine Weigerung zum Vertragsabschluss des vom Träger verhandelten Ergebnisses einen massiven Eingriff bedeuten würde. Umgekehrt lag beim Träger zwar faktisch, nicht aber rechtlich die Abschlussverantwortung für den Vertrag. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Beispiel Laborleistungen und rechtliche Rahmenbedingungen der Vertragsverhandlungen

21.1 (1) Im Bereich der Laborleistungen führten technische Fortschritte – insbesondere eine zunehmende Automatisierung der Auswertung von Laborparametern und leistungsfähigere Maschinen – zur Möglichkeit, bestimmte Leistungen zunehmend günstig zu erbringen. Soweit bestehende Tarife dadurch über den Gestehungskosten lagen, konnten sie jedoch nur in Übereinstimmung mit der Ärztekammer reduziert werden. Mit neuen Anbietern, z.B. Instituten, konnten dagegen auch niedrigere Tarife vereinbart werden. So konnte es zu unterschiedlichen Preisen für einzelne Anbieter kommen. In diesem Fall galt grundsätzlich für die zuweisenden Ärzte das Gebot ökonomischer Behandlung. Angesichts der großen Tarifunterschiede und der Tatsache, dass praktisch der Zuweiser den Vertragspartner auswählte, hatte der RH in den Jahren 2010 und 2013 den Krankenversicherungsträgern empfohlen,

gemeinsam mit den Vertragspartnern Modelle zu entwickeln, um die zuweisenden Ärzte zu ökonomischeren Zuweisungen anzuhalten.[48]

(2) Die Entwicklung des Aufwands für Laborfachärzte war im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 im Laborbereich bei den drei überprüften Trägern unterschiedlich: Bei der StGKK und der BVA blieb der Aufwand für Laborfachärzte im Prüfungszeitraum etwa gleich;[49] dies war – trotz deutlicher Mengensteigerung – auf Tarifsenkungen zurückzuführen.[50] Bei der WGKK stieg der Aufwand laut Ärztekostenstatistik von rd. 39 Mio. EUR im Jahr 2009 auf rd. 49 Mio. EUR im Jahr 2013 und damit um rd. 25 %.

Ursache dafür war, dass die Obergrenze für Aufwendungen für die Laborfachärzte („Deckel") in den Jahren 2009[51] bis 2015 stark anstieg:[52]

[48] siehe Bericht des RH, „Labortarife bei ausgewählten Krankenversicherungsträgern", Reihe Bund 2010/6 TZ 10, sowie „Labortarife bei ausgewählten Krankenversicherungsträgern; Follow-up-Überprüfung", Reihe Bund 2013/8

[49] StGKK: Der Aufwand für Laborfachärzte lt. Ärztekostenstatistik lag 2009 bei 6,7 Mio. EUR, im Jahr 2013 bei 6,14 Mio. EUR; BVA: Der Aufwand für Laborfachärzte lt. Ärztekostenstatistik lag im Jahr 2009 bei rd. 21,50 Mio. EUR; im Jahr 2013 bei rd. 20,76 Mio. EUR.

[50] Die StGKK erzielte eine Tarifsenkung von rd. 15 % bei Laborfachärzten im Jahr 2012. Die Tarifsenkung wurde für neue Leistungen in anderen Bereichen genutzt, so dass insgesamt eine Aufwandssteigerung von rd. 1,79 % kalkuliert wurde. Die BVA erzielte im Jahr 2011 eine Tarifsenkung im Laborbereich um rd. 24,6 % (und im Jahr 2015 eine Tarifsenkung um rd. 16 %) sowie eine weitere Tarifsenkung für die Jahre 2016 bis 2018, wobei eine teilweise Umverteilung an andere Bereiche vereinbart wurde.

[51] Im Jahr 2009 war die Honorarsumme mit 33 Mio. EUR begrenzt. Dies war nach Angaben der WGKK eine Sonderregelung: Der tarifliche Wert belief sich auf 39,1 Mio. EUR, die Kürzung somit auf 6,1 Mio. EUR. Dies erfolgte als Ausgleich für die aufgrund der zeitlichen Abfolge der Verhandlungen unlimitierte Verrechnung im Jahr 2008, so dass in Summe über die Jahre 2008 und 2009 das Labor angemessen honoriert werden könne, sowie als Umverteilung zwischen den Labor-Fachärzten und anderen Ärzten. Im Jahr 2013 erfolgte ein weiterer Vertragsabschluss für den Zeitraum 1. Jänner 2013 bis 31. Dezember 2015, wobei jeweils wieder Deckelungen bzw. Korridore vorgesehen waren. Überschreitungen dieser Maximalsumme um einen Prozentsatz kleiner gleich 8,25 % (bzw. im Jahr 2015 von 9,8 %) gehen zu Lasten der Fachgruppe, ab einer Honorarsumme von 52,5 Mio. EUR (bzw. 56 Mio. EUR im Jahr 2015) erfolgt die Honorierung der Leistungen mit einem Tarifabschlag von 30 % für die darüber hinausgehende Honorarsumme.

[52] Für die drei Jahre des Honorarabschlusses Ende 2010 wurden die oben angeführten Kostendeckel als „Korridorlösung" vereinbart: Überschreitungen der Deckel bis zu jährlich festgelegten Beträgen gingen zu Lasten der Ärzte. Wurde dieser „Korridor" überschritten, wurde wieder nach den vollen Tarifen honoriert.

Tabelle 7: Ausgabenobergrenzen Laborfachärzte WGKK

	Obergrenze	Steigerung gegenüber 2009	Steigerung gegenüber 2010
	in Mio. EUR	in %	
2009	33	100	
2010	38,7	117	100
2011	44	133	114
2012	46	139	119
2013	48	145	124
2014	48,5	147	125
2015	51	155	132
durchschnittlich	3	9	6

Quelle: WGKK

Faktische Verhandlungsgrundlagen zu den Aufwendungen für Laborfachärzte waren einerseits die Entwicklungen bei anderen Trägern, andererseits die rechtlichen Vorgaben.

(3) Die Tarife der WGKK lagen grundsätzlich (auch aufgrund der hohen Mengen und der daraus resultierenden Synergieeffekte) niedriger als bei anderen Krankenversicherungsträgern. Zuweisungen aus Niederösterreich – wo keine Laborfachärzte als Vertragspartner der NÖGKK niedergelassen waren – erfolgten in der Regel an Laborfachärzte in Wien. Dabei nahm in der Regel der jeweilige zuweisende Arzt das Blut ab und übermittelt es nach Wien.

Die NÖGKK schloss im Jahr 2012 einen Vertrag[53] mit einem 2011 neu zugelassenen Institut in St. Pölten, der um 40 % günstigere Tarife als jene der Wiener Laborfachärzte enthielt. Im Jahr 2014 vereinbarte die NÖGKK weiters mit der niederösterreichischen Ärztekammer, dass die zuweisenden Ärzte an jenen Laboranbieter zu überweisen hatten, den die NÖGKK und die niederösterreichische Ärztekammer in einem Rundschreiben als den günstigsten qualifizierten. Ein Teil der angestrebten Einsparungen sollte für neue Leistungen bzw. höhere Vergütung in anderen ärztlichen Bereichen verwendet werden.

Noch bevor ein solches Rundschreiben tatsächlich erging, klagte eine Wiener Laborgruppenpraxis die NÖGKK auf Unterlassung, weiters begann die Wiener Ärztekammer ein Schiedsverfahren gegen die

[53] Institute sind als Krankenanstalten nicht durch die Ärztekammer vertreten; die Tarifvereinbarung erfolgt nicht als Gesamtvertrag sondern als Einzelvertrag.

NÖGKK.[54] Argumente dieser Verfahren betrafen das gesetzliche Provisionsverbot, einen Verstoß gegen das gegenseitige gesamtvertragliche Unterstützungsgebot und einen Verstoß gegen ein Recht auf freie Arztwahl durch die Patienten. Das klagende Labor initiierte Informationsveranstaltungen in Niederösterreich und legte dabei Formblätter auf, mit denen Patienten der zuweisenden Ärzte diese beauftragten, aufgrund von bestimmten Qualitätskriterien Proben an das klagende Labor zuzuweisen. Die Verfahren waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht abgeschlossen.

(4) Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Verhandlungen zwischen Krankenversicherungsträgern und Ärztekammern standen bereits mehrfach im Zentrum von Reformvorhaben:[55]

a) Das ASVG sah für alle in der Ärztekammer vertretenen Fachrichtungen einen einheitlichen Gesamtvertrag vor. Im Falle einer Nichteinigung – auch nur bei Laborfachärzten – waren alle Leistungen der Gesamtvertragspartner (also alle Fachrichtungen der ärztlichen Hilfe) vom vertragslosen Zustand betroffen. Die WGKK forderte, den einheitlichen Gesamtvertrag mit allen Fachrichtungen auf mehrere Teilbereiche aufzuteilen. Dies sei erforderlich, damit nicht einzelne Fachgruppen (z.B. Laborfachärzte) bei entsprechend starker Position innerhalb der Ärztekammer eine Gesamteinigung verhindern und mit der Lahmlegung der Versorgung in allen Fachbereichen drohen könnten. Eine entsprechende rechtliche Änderung erfolgte nicht.

b) Der Ministerratsvortrag 2009 enthielt Vorhaben zur Stärkung der Rolle der Krankenversicherungsträger im Falle eines vertragslosen Zustands (etwa die Entwicklung eines Verrechnungsabkommens mit der österreichischen Ärztekammer für den Fall eines vertragslosen Zustands). Auch diesbezüglich erfolgte keine rechtliche Änderung.

c) Im Zuge des Kassensanierungspakets wurden im Gesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung Kriterien für die Vertragsabschlüsse festgelegt (§ 342 Abs. 2a ASVG), diese waren jedoch sehr unterschiedlich (z.B. die Entwicklung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger und der Kosten der Vertragspartner) ohne klare Priorisierung. Die im Kassensanierungspaket

[54] Dies auf der Grundlage, dass die NÖGKK aus historischen Gründen Vertragspartei des Wiener Gesamtvertrags war (und umgekehrt). Die NÖGKK hatte daher Unterstützungspflichten auch gegenüber den Wiener Vertragsärzten.

[55] Die Modernisierung des Vertragspartnerrechts war auch im Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013 bis 2018 (S. 196) vorgesehen.

angestrebte Tariferhöhung unterhalb der Beitragseinnahmensteigerung wurde nicht verbindlich geregelt.[56]

21.2 (1) Der RH wies kritisch darauf hin, dass bei der WGKK die Aufwendungen für Laborfachärzte im Prüfungszeitraum um rd. 15 Mio. EUR stiegen, während sie bei der StGKK und der BVA durch Tarifsenkungen weitgehend konstant gehalten werden konnten. Der RH hielt eine Kostendämpfung im Gesundheitssystem nur dann für möglich, wenn technische Fortschritte, die zu einer Senkung der Kosten der Leistungserbringung führen, auch die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung reduzierten. Obwohl ein Anbieter um 40 % niedrigere Tarife anbot, konnte der Krankenversicherungsträger ohne Zustimmung der Ärztekammer weder das Tarifniveau senken, noch aufgrund der Zuweisung durch einzelne Ärzte die Leistungen auf die günstigeren Anbieter fokussieren.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, auf Maßnahmen hinzuwirken, die im Falle technischer Fortschritte mit der Wirkung einer Kostensenkung eine Flexibilisierung der Tarifverhandlungen ermöglichen.

Er empfahl weiters der StGKK, der WGKK und der BVA, die Maßnahmen zur Dämpfung der Laborausgaben fortzuführen.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass mehrere Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, die zur Stärkung der Position der Krankenversicherungsträger in den Vertragsverhandlungen führen sollten, nicht umgesetzt worden waren. Dies betraf z.B. das Ziel, die Steigerung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe unter den Beitragssteigerungen zu halten, aber auch die Möglichkeiten der Krankenversicherungsträger während eines vertragslosen Zustands.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, darauf hinzuwirken, angesichts stärkerer Zielvorgaben an die Krankenversicherungsträger zur Ausgabenentwicklung eine angemessene Kostenentwicklung der ärztlichen Hilfe und die Versorgung der Bevölkerung auch bei Nichteinigung zwischen Krankenversicherung und Ärztekammer sicherzustellen.

[56] Weiters erfolgte eine Regelung nur im ASVG. Die Krankenversicherungsträger wiesen darauf hin, dass somit nicht völlig klar war, ob nur die Sozialversicherungsträger oder auch die Ärztekammer an die entsprechende Regelung gebunden war bzw. welche Sanktionen an eine Nichteinhaltung geknüpft waren. In Deutschland sei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ausdrücklich auch ein gesetzlicher Versorgungsauftrag gegeben worden. Selbst Verpflichtungen, die nicht an die Krankenversicherungsträger gerichtet seien (z.B. e-card-Nutzung), seien nach Auffassung der Ärztekammer im Wege von Gesamtverträgen zu vereinbaren.

21.3 *(1) Der Hauptverband hob in seiner Stellungnahme die Notwendigkeit einer legistischen Änderung hervor. Derzeit sei eine Sicherstellung der Versorgung bei Nichteinigung mit den Verhandlungspartnern nur über Vereinbarungen (insbesondere mit den Ländern) lösbar (§ 23 Abs. 5 ASVG).*

(2) Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, sie habe in den laufenden Honorarverhandlungen mit der Ärztekammer die Forderungen erneuert, die Laborausgaben auf das Niveau des Labormusterkatalogs zu senken.

(3) Die WGKK führte zur Erklärung der hohen Aufwendungen aus, sie erbringe zahlreiche Leistungen für andere Träger. Weiters erbringe sie die Leistungen für mehr als 50 % aller Laborfälle durch Fachärzte für Labormedizin, die StGKK nur für ca. 25 %. Bei der WGKK erfolge auch die Blutabnahme in hohem Ausmaß direkt bei den Fachärzten für Labormedizin.

Die WGKK führe die Maßnahmen zur Kostendämpfung im Laborbereich fort. Im Zuge des Honorarabschlusses für die Jahre 2015 bis 2017 sei eine Reduktion der Standorte innerhalb der Fachgruppe Labormedizin bis 2020 um ein Drittel vereinbart worden. Dies, obwohl die WGKK bereits das niedrigste Tarifniveau österreichweit habe. Eine Ausnahme sei das Institut in Niederösterreich, das jedoch nur wenig abrechne, so dass dessen Wirksamkeit bis dato begrenzt sei.

Um kostengünstigere Strukturen nachhaltig nutzen zu können, wäre es erforderlich, Laborleistungen bei bestimmten Anbietern ökonomisch einkaufen zu können. Eine Ausnahme von dem im ASVG verankerten Grundsatz der freien Arztwahl sei für die reine „Abarbeitung" von Proben, d.h. Leistungen ohne Patientenkontakt sinnvoll, eine diesbezügliche Gesetzesänderung sei bereits mehrfach angeregt worden. Die WGKK habe weiters bereits mehrfach eine Gesetzesänderung zur Trennung des Gesamtvertrags gefordert. Einige Krankenversicherungsträger unterstützten diesen Wunsch der WGKK jedoch nicht. Bis jetzt sei eine diesbezügliche Änderung des ASVG nicht erfolgt.

21.4 Der RH begrüßte die Zusage der WGKK und der StGKK, ihre Bemühungen fortzuführen. Er rief weiters seine Empfehlung hinsichtlich einer Flexibilisierung der Tarifverhandlungen im Falle technischer Fortschritte mit der Wirkung einer Kostensenkung in Erinnerung und wies dazu auf die Vorschläge der WGKK hin.

Qualitätssicherung

22.1 (1) Die Ärzte hatten nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft vorzugehen. Zur Konkretisierung dieser Anforderung waren mehrere Möglichkeiten vorgesehen:

- Verschiedene Fachgesellschaften gaben Leitlinien heraus; diese waren im Einzelfall nicht verbindlich.

- Das Gesundheitsqualitätsgesetz[57] ermöglichte dem BMG, als Orientierungshilfe Standards zu empfehlen oder Richtlinien als Verordnung zu erlassen und damit verbindlich zu machen.

- Die Krankenversicherungsträger konnten bestimmte Vorgehensweisen mit den Ärztekammern in den Gesamtverträgen vereinbaren, entweder für alle verbindlich oder als freiwillige Maßnahmen.

Vereinbarungen im Gesamtvertrag bzw. Vorgaben des BMG existierten nur in Ausnahmefällen (z.B. hinsichtlich von Diabetes Disease Management Programmen). Im Übrigen blieb die konkrete Behandlung dem Ermessen des behandelnden Arztes überlassen.

Eine Qualitätssicherung durch die Krankenversicherungsträger im Einzelfall (z.B. Ordinationsbesuche oder Einsicht in Patientendokumentation) war grundsätzlich einer gesamtvertraglichen Vereinbarung überlassen. Die tatsächlich getroffenen Regelungen betonten allerdings die Autonomie der behandelnden Ärzte. Nach § 42 des Wiener Gesamtvertrags waren z.B. der Chef-(Kontroll)arzt und der Vertragsarzt zu kollegialer Zusammenarbeit verpflichtet; die Eigenverantwortlichkeit des behandelnden Arztes blieb auch bei Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit unberührt; der Chef-(Kontroll)arzt war daher nicht berechtigt, in die ärztliche Behandlung unmittelbar einzugreifen.

(2) Wesentliche Aspekte der Qualitätssicherung übertrug der Gesetzgeber der Ärztekammer.[58] Dieser oblag die Erarbeitung und Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen zur Hebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, wofür sie die Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) errichtete.

Die Ärztekammer erließ gemäß § 118c Ärztegesetz eine Verordnung zur Qualitätssicherung. Dementsprechend überprüfte sie die Ausstattung der Arztpraxen (Strukturqualität) und bestimmte grundlegende Prozesse (z.B. den Umgang mit Notfällen) durch eine Selbstevaluierung

[57] BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F.

[58] Sie hatte nach § 117c Ärztegesetz im übertragenen Wirkungsbereich die ärztliche Qualitätssicherung wahrzunehmen.

BMASK BMF BMG

und stichprobenartige Kontrollen. Eine Analyse der Behandlungsvorgänge selbst (Prozessqualität) oder der Behandlungsergebnisse (Ergebnisqualität) erfolgte nicht.

(3) Die Krankenversicherungsträger hatten mehrfach Aspekte der Qualitätssicherung zu berücksichtigen, insbesondere bei der Auswahl der Vertragspartner, im Rahmen der Vereinbarung und Überwachung der Grundsätze der ökonomischen Behandlung, aber auch im Rahmen der Kündigung von Einzelverträgen. Im Kassensanierungspaket 2009 war ausdrücklich ein „partnerschaftliches Qualitätssicherungssystem" als Ziel angeführt.

Zur Verbesserung der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich erfolgte 2010 eine Novelle im Gesetz zur Stärkung der ambulanten öffentlichen Gesundheitsversorgung. Die Novelle konkretisierte insbesondere die Besetzung des wissenschaftlichen Beirats und schuf einen Evaluierungsbeirat, in dem auch Vertreter der Sozialversicherung vertreten waren. Weiters sollte seit dem Gesundheitsreformgesetz 2013 die ÖQMed auch die Fortbildungsverpflichtung der Ärzte überprüfen und in die Ergebnisse der Evaluierung und Kontrolle aufnehmen.

Im Jahr 2013 erfolgten gesetzliche Änderungen, die eine Verknüpfung von Daten aus dem Spitalsbereich und dem niedergelassenen Bereich ermöglichen sollten.[59] In Zukunft sollte es letztlich möglich sein, zu Patienten, deren Erkrankung aus dem stationären Bereich eindeutig definiert ist, den Verlauf der Diagnosen und Behandlungen im niedergelassenen Bereich zurückzuverfolgen. So könnten z.B. späte Diagnosen bei bösartigen Erkrankungen oder auch überflüssige (doppelte) Diagnoseschritte oder häufige Komplikationen bei chronischen Erkrankungen identifiziert werden.

(4) Der Bundeszielsteuerungsvertrag sah in Art. 8 (Steuerungsbereich Ergebnisorientierung) als strategisches Ziel vor, die Behandlungsqualität in allen Versorgungsstufen sicherzustellen, routinemäßig zu messen und transparent darzustellen.

[59] Novellen im Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen bzw. in der Verordnung des BMG über die Dokumentation im ambulanten Bereich. Dabei wurde insbesondere eine Pseudonymisierung vorgesehen.

Zur Umsetzung war geplant, eine Ergebnisqualitätsmessung[60] für den ambulanten Bereich aus vorhandenen Routinedaten bis Ende 2014 zu entwickeln und in der Folge zu pilotieren und umzusetzen. Dazu sollten verbindliche Mindestanforderungen bis Mitte 2014 festgelegt und organisatorische und rechtliche Voraussetzungen auf Bundesebene geschaffen werden. 2015 sollte eine entsprechende Qualitätssicherung bereits erfolgen, 2016 darüber berichtet werden.

Nach Angaben des BMG habe die Bundeszielsteuerungskommission im Juni 2015 ein Erstkonzept einer Projektgruppe abgenommen. Dieses Konzept solle bis Ende des Jahres weiterentwickelt sowie die Pilotierung vorbereitet werden. Die Umsetzung eines Piloten sei für das Jahr 2016 vorgesehen.

22.2 Der RH hielt ein Qualitätsmanagementsystem, das neben Strukturqualitätskriterien auch Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität umfasste, als für die Steuerung der Krankenversicherungsträger unabdingbar.

Der RH kritisierte daher, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung kein umfassendes Qualitätsmanagementsystem eingerichtet war. Er kritisierte insbesondere, dass

- eine systematische Behandlung von Elementen der Prozess- und Ergebnisqualität in der Qualitätsprüfung der ÖQMed nicht erfolgte,
- das BMG die Möglichkeiten zur Vorgabe von Standards bzw. Richtlinien nicht umfassend nutzte,
- die Krankenversicherungsträger die Möglichkeit von Regelungen in den Gesamtverträgen zur Qualitätssicherung im Einzelfall nicht umfassend nutzten.

Die bisher gesetzten gesetzlichen Maßnahmen beschränkten sich auf

- die Stärkung der Krankenversicherungsträger in der Zusammensetzung der Gremien der ÖQMed,

[60] Diese sollte mit A-IQI vergleichbar sein. A-IQI (Austrian Inpatient Quality Indicators) ist ein Projekt der Bundesgesundheitsagentur zur bundesweit einheitlichen Messung von Ergebnisqualität im Krankenhaus. Aus Routinedaten werden dabei statistische Auffälligkeiten für definierte Krankheitsbilder in einzelnen Krankenanstalten identifiziert. Betrachtet werden dabei in erster Linie Sterbehäufigkeiten, aber auch Intensivhäufigkeiten, Komplikationen, Mengeninformationen, Operationstechniken sowie Versorgungs- und Prozessindikatoren.

- die Aufnahme der Kontrolle der Fortbildungsverpflichtungen in die Qualitätssicherung und

- die Vorbereitungsarbeiten für die Verknüpfung pseudonymisierter Daten zwischen dem Spitalsbereich und dem niedergelassenen Bereich.

Der RH hielt diese Schritte grundsätzlich für zweckmäßig. Er war jedoch der Ansicht, dass darüber hinausgehend eine umfassende, systematische und transparente Messung von Ergebnisqualität (z.B. aus Spitalsdaten), eine Untersuchung von Zusammenhängen dieser Ergebnisse mit Behandlungs- und Diagnoseschritten im niedergelassenen Bereich und die Nutzung von standardisierten Diagnosen und Behandlungsleitlinien oder Behandlungsrichtlinien (Prozessqualität) wesentliche Bestandteile des künftigen Qualitätssicherungsregimes im niedergelassenen Bereich sein sollten.

Die institutionellen Rahmenbedingungen, insbesondere das Zusammenwirken der Krankenversicherungsträger als „Einkäufer" der Leistungen und der Ärztekammer als Interessenvertretung der Ärzte bzw. als Akteur im übertragenen Wirkungsbereich, sollten für diese Aufgaben optimiert und gegebenenfalls eine unabhängige Qualitätssicherung geschaffen werden.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität in der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich verstärkt zu berücksichtigen und die institutionellen Rahmenbedingungen für diese Ziele zu optimieren.

22.3 *(1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, es arbeite mit großem Einsatz an der Festlegung geeigneter Rahmenbedingungen für die verbesserte Qualitätssicherung. Aufgrund der komplexen Verantwortlichkeiten und der Vielzahl der Akteure sei die Erarbeitung von Maßnahmen, die von allen Betroffenen akzeptiert und mitgetragen würden, mit hohem Zeitaufwand verbunden.*

Im Juni 2015 habe die Bundeszielsteuerungskommission Mindestanforderungen für Qualitätsmanagementsysteme festgelegt. Derzeit würden im BMG die notwendigen Vorarbeiten für die Umsetzung auf Bundesebene und für die Berichterstellung über die Qualitätsplattform QBE geprüft. Bis zur Fertigstellung dieser Arbeiten würden die im Dokument festgelegten Mindestanforderungen als Empfehlung der Bundeszielsteuerungskommission gelten. Das BMG verwies weiters auf die Bundesqualitätsleitlinie zur integrierten Versorgung von erwach-

senen Patienten für die präoperative Diagnostik bei elektiven Eingriffen sowie auf das vom RH dargestellte Erstkonzept bzw. die Pilotierung der Ergebnisqualitätsmessung im niedergelassenen Bereich mit Anfang 2016.

(2) Der Hauptverband gab an, die Empfehlung des RH gerne aufzugreifen, verwies jedoch auch auf die Rolle von Interessenvertretungen und Ländern (als Zielsteuerungspartner). Das Sozialversicherungsrecht bilde dafür keine ausreichende Rechtsgrundlage.

(3) Laut Stellungnahme der StGKK sei – wie die Etablierung von standardisierten Diagnosen und einheitlichen Behandlungsrichtlinien – auch die Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich nach der derzeitigen Rechtslage von vertraglichen Regelungen abhängig, was in der Regel Forderungen der Leistungserbringer nach finanzieller Abgeltung nach sich ziehe. Auch in diesem Fall wäre die auf gesetzlichen Regelungen beruhende verpflichtende Einhaltung vom niedergelassenen Bereich zu gewährleisten.

(4) Wie die WGKK in ihrer Stellungnahme mitteilte, habe sie sich bemüht, in den vergangenen Verhandlungen eine stärkere Berücksichtigung von Elementen der Prozess– und Ergebnisqualität in der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich umzusetzen. Ihre Forderungen seien von der Ärztekammer jedoch vehement abgelehnt worden. Diese stehe Behandlungsleitlinien und Qualitätsvorgaben abseits der eindeutig gesetzlich normierten Regelungen ablehnend gegenüber.

Der Gesetzgeber habe indes die Verantwortung für die Qualitätssicherung bewusst an die Ärztekammer übertragen, so dass die rechtlichen und faktischen Möglichkeiten der Krankenversicherungsträger begrenzt seien.

(5) Die BVA sei gemäß ihrer Stellungnahme bestrebt, im Rahmen der jeweils gegebenen Möglichkeiten in Vertragswerke entsprechende Regelungen aufzunehmen und deren Einhaltung zu sichern.

22.4 Der RH betonte die Bedeutung des Qualitätsmanagements auch im niedergelassenen Bereich, begrüßte die zugesagten Bemühungen und empfahl, diese konsequent fortzusetzen. Sollte eine Vereinbarung zwischen den Gesamtvertragsparteien nicht möglich sein, wäre auch eine Regelung durch das BMG denkbar.

Patientensteuerung

23.1 (1) Für die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger war in vielfältiger Weise relevant, wie sich Patienten verhielten. Nicht notwenige Arztbesuche konnten Zusatzkosten verursachen, der Verzicht auf notwenige Arztbesuche dagegen zu Folgeschäden und letztlich höheren Kosten führen. Die Entscheidung eines Patienten, einen Allgemeinmediziner, einen Facharzt, mehrerer Fachärzte oder eine Spitalsambulanz aufzusuchen, führte zu unterschiedlichen Kosten für die Krankenversicherungsträger und für das Gesundheitssystem insgesamt. Die Erbringung von Leistungen am best point of service war daher ein zentrales Ziel der Gesundheitsreform 2012.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für die Steuerung des Patientenverhaltens in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sahen einerseits eine freie Arztwahl, andererseits unterschiedliche Steuerungsmöglichkeiten vor, die die Krankenversicherungsträger unterschiedlich wahrnahmen.

Wesentliche Teilaspekte der Steuerungsmöglichkeiten waren

- die Vorabgenehmigung der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen durch den Krankenversicherungsträger (siehe im Folgenden Punkt (2)),
- die Steuerung durch Kostenbeteiligungen (siehe im Folgenden Punkt (3)),
- die Implementierung von Disease Management Programmen (siehe im Folgenden Punkt (4)),
- die Anpassung der Strukturen, insbesondere von Angeboten zu Tagesrandzeiten (siehe im Folgenden Punkt (5)) sowie
- innovative Formen der Patientensteuerung wie Case Manager und Einschreiberegelungen (siehe im Folgenden Punkt (6)).

Ein umfassendes Konzept, wie die Patientensteuerung erfolgen sollte, fehlte. Einzelne Maßnahmen (insbesondere die Vorabgenehmigungen) wurden reduziert, andere erweitert (z.B. Disease Management Programme), wieder andere waren im Hinblick auf die rechtlichen Regelungen unklar. Zwischen den Trägern bestanden erhebliche Unterschiede, wie im Folgenden gezeigt wird.

(2) Das Instrument der Vorabgenehmigungen setzten die Krankenversicherungsträger unterschiedlich ein:

- Patienten der WGKK mussten z.B. zur Zeit der Gebarungsüberprüfung CT- und MR-Untersuchungen nicht mehr vorab genehmigen lassen, jene der BVA schon.[61] Bei der StGKK bestand eine Genehmigungspflicht für CT- und MR-Untersuchungen unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere bei Zuweisung durch einen Allgemeinmediziner ohne Beilage eines entsprechenden Facharzt-Befundes, bei Zuweisung durch einen Facharzt außerhalb seines Fachgebiets, bei Abklärung von mehr als drei Körperregionen und bei Zuweisung zu bestimmten Untersuchungen (z.B. Coronarangiographie etc.)

- Patienten der StGKK und der WGKK konnten ohne Zuweisung durch einen Allgemeinmediziner nur eine bestimmte Zahl von Fachärzten in Anspruch nehmen.[62] Bei der BVA gab es keine entsprechende Regelung.

(3) Auch der Einsatz der Kostenbeteiligungen war trägerübergreifend unterschiedlich:

- Nach § 31 Abs. 5a ASVG hatte der Hauptverband seit dem Jahr 2003 jährlich für die Gebietskrankenkassen (mit Genehmigung des BMG) eine Verordnung zu erlassen, die feststellte, ob und in welcher Höhe bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe Kostenbeiträge zu entrichten waren. Er hatte dabei insbesondere auf die im Ausgleichsfonds der Krankenversicherungsträger vorhandenen Mittel sowie auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Bedacht zu nehmen.

  Die Verordnung war jedoch nie ergangen. Nach der Entscheidung des VfGH vom 10. Oktober 2003, mit der der VfGH die Holding-Struktur des Hauptverbands als verfassungswidrig erkannt hatte, bestand nach Ansicht des Hauptverbands keine Grundlage mehr, Normen für Versicherte zu erlassen. Tatsächlich galten daher für

[61] Die WGKK setzte ab dem Jahr 2009 auch die Genehmigungspflichten für die Physikalische Medizin aus (unter gleichzeitiger Vereinbarung einer Aufwandsobergrenze).

[62] Ein Facharzt je Facharztsparte bei der StGKK; ein Facharzt von drei verschiedenen Facharztsparten bei der WGKK, ausgenommen Fachärzte für Radiologie und Labormedizin (diese konnten nur mit e-card und Überweisungsschein in Anspruch genommen werden).

Anspruchsberechtigte der Gebietskrankenkassen grundsätzlich keine Kostenbeteiligungen für ärztliche Hilfe.[63]

Bei anderen Leistungen als der ärztlichen Hilfe sahen auch die Gebietskrankenkassen Selbstbehalte vor. Beispielsweise erhöhte die WGKK im Prüfungszeitraum die Kostenbeteiligung bei Krankentransporten von der einfachen auf die doppelte Rezeptgebühr.

- Die BVA hatte nach § 63 Abs. 4 B-KUVG einen Kostenbeitrag von 20 % einzuheben. In welchen Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe dieser Behandlungsbeitrag zu bezahlen war, hatte die BVA in der Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Bereitstellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzen. Im Überprüfungszeitraum fanden zwei Änderungen statt.[64]

- Die SVA halbierte die grundsätzlich vorgesehene Kostenbeteiligung von 20 % in Abhängigkeit von der Erreichung von Gesundheitszielen durch den Patienten. Die VAEB reduzierte im Überprüfungszeitraum den für ihre Anspruchsberechtigten geltenden Selbstbehalt von 14 % auf 7 % und führte eine teilweise Rückvergütung bei Nutzung von Generika ein (siehe TZ 34).

Eine trägerübergreifende Evaluierung der Wirkungen der unterschiedlichen Kostenbeteiligungen gab es nicht.

(4) In einzelnen Bereichen versuchten die Krankenversicherungsträger, durch Disease Management Programme nicht nur die Ärzte, sondern auch die Patienten zu bestimmten Schritten (z.B. regelmäßige Besuche bei bestimmten Fachärzten) zu bewegen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren diese Programme erst in Grundzügen vorhanden. Selbst in dem zur Zeit der Gebarungsüberprüfung am weitesten fortgeschrittenen Bereich, dem Disease Management Programm zu Diabetes, waren österreichweit weniger als 10 % der Patienten integriert.

[63] Für Heilmittel galt grundsätzlich eine Rezeptgebührenpflicht (mit Befreiungen). Im Bereich der ärztlichen Hilfe selbst war auf die Diskussion um den „kassenfreien Raum" zu verweisen. In bestimmten Bereichen der gleichgestellten Leistungen (z.B. Psychotherapie) bestand ein Kontingent von Leistungen, darüber hinaus wurde lediglich ein Zuschuss zu den von den Patienten selbst zu tragenden Kosten geleistet.

[64] Ausweitung der Freiheit vom Behandlungsbeitrag auf Anspruchsberechtigte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr per 1. Oktober 2009 (davor 15. Lebensjahr) (ausgenommen Kieferorthopädie), Ausweitung der Freiheit vom Behandlungsbeitrag auf alle Waisenpensionisten und „Kinder" im Sinn des § 56 B-KUVG per 1. Juli 2012 (ausgenommen Kieferorthopädie)

(5) Ein wesentlicher Bereich der Einflussnahme auf das Patientenverhalten betraf die Anleitung der Patienten zur sachgerechten Inanspruchnahme von Spitalsambulanzen und niedergelassenen Ärzten. Nachdem die im Jahr 2001 eingeführte Ambulanzgebühr 2003 wieder aufgehoben wurde,[65] sollten ab 2004 attraktivere Öffnungszeiten des niedergelassenen Bereichs durch Gruppenpraxen sachgerechtere Inanspruchnahme erwirken. Wie unter TZ 19 angeführt, lag der Anteil der Gruppenpraxen bei der StGKK nur bei rd. 2 %, bei der WGKK bei nur rd. 15 %. Im Zuge der Gesundheitsreform 2012 sollte durch die Etablierung neuer Primärversorgungszentren (PHC) erneut eine verbesserte Versorgung zu Tagesrandzeiten erfolgen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren erst einzelne PHC-Pilotprojekte geplant.

(6) Als weitere Elemente der Patientensteuerung richteten z.B. die Krankenversicherungsträger im Rahmen der Konzepte zur Rehabilitation sogenannte Case Manager ein, die eine umfassende Betreuungsaufgabe über einzelne Leistungsanbieter hinweg wahrnehmen sollten. International standen Modelle zur Verfügung, bei denen Patienten sich bei bestimmten Anbietern „einschreiben" konnten und so eine Kontinuität der Behandlung sichergestellt werden sollte.

23.2 (1) Der RH kritisierte, dass kein umfassendes Konzept für die Steuerung des Patientenverhaltens vorlag. Sowohl unter Kostengesichtspunkten als auch zur Versorgung der Bevölkerung und Erreichung der Gesundheitsziele konnte eine Patientensteuerung sinnvoll sein.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, systematisch Maßnahmen der Patientensteuerung in die Überlegungen für eine Steuerung der Krankenversicherungsträger aufzunehmen.

(2) Der RH kritisierte, dass die in § 31 Abs. 5a ASVG vorgesehene Verordnung über Kostenbeteiligung nicht erlassen wurde. Er hielt weiters kritisch fest, dass – obwohl die mit der Umsetzung beauftragte Stelle Bedenken gegen die Zulässigkeit der Erlassung einer solchen Verordnung hatte – eine legistische Klärung bisher nicht erfolgt war.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband und dem BMG, eine rechtliche Klarstellung zum Auftrag des Hauptverbands hinsichtlich einer Verordnung über Kostenbeiträge nach § 31 Abs. 5a ASVG vorzunehmen und gegebenenfalls eine entsprechende Verordnung zu erlassen.

[65] Budgetbegleitgesetz 2003, BGBl. I Nr. 71/2003

(3) Der RH kritisierte weiters, dass trotz der unterschiedlichen Regelungen zu Kostenbeiträgen keine trägerübergreifende Evaluierung vorgesehen war. Er war der Ansicht, dass die Auswirkungen der unterschiedlichen Regelungen auf das Patientenverhalten sorgfältig untersucht werden sollten.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, die Effekte der unterschiedlichen Regelungen im Bereich der Behandlungsbeiträge zu evaluieren und so für künftige Entscheidungen eine verbesserte Datengrundlage zu erarbeiten.

(4) Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass neuere Formen der Patientensteuerung – wie z.B. Case Manager, Einschreibeprogramme oder Disease Management Programme – noch nicht umfassend wirksam waren.

Er empfahl daher der StGKK, der WGKK und der BVA, den Einsatz neuartiger Maßnahmen – z.B. Case Manager, Disease Management Programme – zur Patientensteuerung in die Überlegungen für eine Steuerung der Krankenversicherungsträger einzubeziehen.

23.3 *(1) Laut Stellungnahme des BMG sei derzeit nicht daran gedacht, von der Verordnungsermächtigung zu allgemeinen Kostenbeiträgen Gebrauch zu machen; auch deren Anpassung im Sinne der Bedenken des Hauptverbands sei nicht beabsichtigt. Die Bestimmungen seien derzeit als „totes Recht" zu betrachten. Nach den Erfahrungen mit der ehemaligen Ambulanzgebühr habe die Sinnhaftigkeit einer Patientensteuerung per Selbstbehalt nicht erwiesen werden können.*

(2) Der Hauptverband teilte mit, die Empfehlungen des RH gern weiterzuverfolgen und verwies auf das bestehende Disease Management Programm für Diabetes. Hinsichtlich der Verordnung über Kostenbeiträge verwies er auf die notwendige Klarstellung der Rechtslage.

(3) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, mit Abschluss einer gesamtvertraglichen Vereinbarung mit der Ärztekammer für die Steiermark habe die StGKK das Disease Management Programm „Therapie Aktiv" mit 1. Jänner 2015 von einem Reformpoolprojekt erfolgreich in die Regelversorgung überführt und damit ein wesentliches Instrument zur Patientensteuerung etabliert. Ob der Einsatz von Case Managern über den Bereich Rehageld hinaus zweckmäßig sei, werde die StGKK in die Überlegungen zu Möglichkeiten der Patientensteuerung einbeziehen.

Die StGKK begrüßte die Empfehlung zur Evaluierung der Effekte von Behandlungsbeiträgen und sagte zu, auf die Umsetzung der Empfehlung hinzuwirken.

(4) Wie die WGKK in ihrer Stellungnahme mitteilte, unternehme sie derzeit vermehrt Anstrengungen, das Disease Management Programm Diabetes Mellitus in der Breite der Ärzteschaft zu verankern, um eine höhere Teilnehmerzahl zu erreichen.

(5) Die BVA erwartete gemäß ihrer Stellungnahme wegen unterschiedlicher rechtlicher sowie sozio-ökonomischer Rahmenbedingungen und historischer Zugänge zum Thema Kostenbeteiligung keine auf andere Träger übertragbare Aussage einer Evaluierung des Ist-Standes. Es erscheine zudem schwierig, den Effekt eines über Jahre im Wesentlichen unveränderten Systems zu messen. Das Ziel der finanziellen Entlastung von Familien könne ohne weiteres als erreicht betrachtet werden.

23.4 Zu den Stellungnahmen des BMG, des Hauptverbands sowie der BVA, der StGKK und der WGKK betonte der RH, dass die Einbeziehung der Patienten in die Bemühungen der Gesundheitsreform und die Optimierung ihres Verhaltens eine zentrale Steuerungsaufgabe war. Er verwies auf die laufenden diesbezüglichen Änderungen und die Unterschiede zwischen den Trägern und hielt daher eine fundierte Entscheidungsgrundlage für die weitere Entwicklung für wesentlich. Er hielt daher an seiner Empfehlung zur Evaluierung der Effekte der unterschiedlichen Regelungen fest.

Er merkte weiters gegenüber dem BMG an, dass gerade aufgrund der Einschätzung des § 31 Abs. 5a ASVG als „totes Recht" klarzustellen wäre, wessen Aufgabe die Gestaltung von Selbstbehalten im Sinne der zitierten Bestimmungen ist.

Strategische Ziele der Gesundheitsreform

24.1 (1) Im Zuge der Gesundheitsreform 2012 war die Steuerung ärztlicher Leistungen von zentraler Bedeutung für die Kostendämpfungen, die zur Erreichung der Ausgabenobergrenzen beitragen sollten. Durch die Erbringung von Leistungen am best point of service sollte die Versorgung verbessert, aber auch eine Kostendämpfung erreicht werden. Basisvorstellung dabei war, dass Leistungen von Akutbetten zu tagesklinischen Leistungen, tagesklinische Leistungen zu Ambulanzen und Routinetätigkeiten aus Ambulanzen in den niedergelassenen Bereich verlagert und dadurch Einsparungen erzielt werden konnten.

BMASK BMF BMG

Konkrete quantifizierte Vorgaben, welche Leistungen in welchem Umfang verschoben werden sollten, gab es nicht. Die Vorgaben der Gesundheitsreform enthielten vielmehr den Auftrag zu einer Detailplanung auf regionaler Ebene.

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestanden wesentliche Unterschiede zwischen dem Spitalsbereich und dem niedergelassenen Sektor, die im Falle einer Leistungsverschiebung zu berücksichtigen waren:

a) Während im Bereich der stationären Behandlung die Planung des Angebots seitens der Finanzierer erfolgte, war im niedergelassenen Bereich für Veränderungen in der Angebotsstruktur das Einvernehmen mit der Ärztekammer erforderlich.

b) Mit dem LKF–System (LKF = leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) gab es – unabhängig von den bestehenden Problemen in der Umsetzung – im stationären Bereich eine österreichweit einheitliche, auf Kostenkalkulationen basierende Leistungsdefinition. Im niedergelassenen Bereich existierten unterschiedliche Honorarordnungen, die überwiegend historisch gewachsen waren und nicht auf Kostenkalkulationen basierten.

c) Die Vergütung der Spitalsambulanzen erfolgte pauschal, jene im niedergelassenen Bereich überwiegend nach Einzelleistungen. Eine Mengensteigerung führte im niedergelassenen Bereich daher direkt zu einer Aufwandssteigerung.

d) Die Regelungen der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich waren gegenüber jenen im Spitalsbereich wesentlich eingeschränkt, insbesondere fehlte ein Konzept zur Messung und Steuerung der Ergebnisqualität.

Die folgende Tabelle stellt diese Unterschiede vereinfachend dar:

Tabelle 8: Unterschiede in den Rahmenbedingungen für den intra– und extramuralen Bereich

	Sozialversicherung	Spitäler
Gestaltung der Angebots–Struktur	Regelung durch Gesamtvertrag (im Einvernehmen mit der Ärztekammer)	Finanzierer treffen die Strukturentscheidungen selbst
Leistungsdefinition	Honorarkataloge historisch gewachsen, unterschiedlich zwischen Bundesländern, überwiegend keine Basis in Kostenkalkulationen	stationäre Leistungen im LKF–System einheitlich definiert, regelmäßige Kalkulation der Leistungen
Vergütung	überwiegend Vergütung nach Einzelleistungen (Träger trägt Risiko von Mengensteigerungen)	ambulante Leistungen überwiegend pauschal vergütet
Qualität	überwiegend nur Strukturqualität adressiert	Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualitätskriterien grundsätzlich adressiert

LKF = leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Quelle: RH

(3) Ein umfassendes Konzept, diese notwendigen Anpassungen zur Herstellung bestmöglicher Rahmenbedingungen im Falle einer Leistungsverschiebung zu adressieren, lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor.

24.2 Der RH unterstützte das Ziel einer Leistungserbringung am best point of service. Er merkte jedoch an, dass eine – aus Kostengesichtspunkten gegebenenfalls sinnvolle – Verlagerung von Leistungen in den niederschwelligeren niedergelassenen Bereich voraussetzte, dass für wesentliche Bereiche im niedergelassenen Bereich (Angebotsplanung, Leistungsdefinition, Vergütungssystem, Qualitätssicherung) eine angemessene Lösung gefunden wird. Er kritisierte, dass kein umfassendes Konzept vorlag, diese notwendigen Anpassungen zu adressieren.

Er empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, im Sinne einer Leistungsverlagerung zum best point of service für die notwendigen Anpassungen im niedergelassenen Bereich bei der Angebotsplanung, der Leistungsdefinition, bei den Tarifen und bei der Qualitätssicherung zu sorgen.

24.3 *(1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme mit, es werde mit Nachdruck auf die notwendigen Anpassungen im niedergelassenen Bereich hinwirken. Ausführliche Planungsgrundlagen für die Definition von Versorgungsaufträgen auf regionaler Ebene für alle Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung und stationäre Versorgung) würden in die nächste Revision des Österreichischen*

Strukturplans Gesundheit (ÖSG) integriert. Damit solle die regionale Festlegung der Versorgung am best point of service erheblich verbessert werden. Diese Planungsgrundlagen sollen zur Vermeidung von Parallelstrukturen, zu einem gezielteren Ressourceneinsatz und damit zur Kostendämpfung beitragen. Für die Patienten soll die Orientierung im Gesundheitssystem erleichtert werden, weil mehr Transparenz hinsichtlich der optimalen Versorgungsstufe geschaffen, die Leistungsspektren von Anbietern klar definiert und damit auch eine Grundlage für qualitätssichernde Maßnahmen geschaffen würden.

(2) Der Hauptverband sagte zu, gerne das Seine beizutragen. Weiters verwies er auf die Rolle der Standesvertretungen und der Länder.

(3) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde die in den Zielsteuerungsverträgen vereinbarte Leistungsverlagerung zum best point of service weiter vorantreiben. Voraussetzung dafür sei jedoch, mit den Zielsteuerungspartnern Finanzierungsregelungen zu treffen, die dem Grundsatz „Geld folgt Leistung" entsprechen. Sollten Leistungen vom intra- in den extramuralen Bereich verlagert und dementsprechend im niedergelassenen Bereich Kapazitäten aufgebaut werden, müsse Zug um Zug eine entsprechende Reduzierung im Spitalsbereich erfolgen. Andernfalls würde dies zu einer Verteuerung des Gesamtsystems zu Lasten der Sozialversicherung und die Ziele der Zielsteuerung Gesundheit ad absurdum führen.

(4) Laut Stellungnahme der WGKK seien die Vorarbeiten zur Erarbeitung einer Angebotsplanung im Sinne des best point of service-Prinzips derzeit im Laufen. Der Bundeszielsteuerungsvertrag sei erst Mitte 2013, die Landeszielsteuerungsverträge seien erst im zweiten Halbjahr 2013 abgeschlossen worden. Österreichweit würden seit 2014 Modellprojekte für diverse Angebotsformen geführt – die diesbezüglichen Daten aus den durchzuführenden Evaluierungen seien abzuwarten.

Des Weiteren würden in dieser Zielsteuerungsperiode auf Bundesebene erst die Grundlagen für die Beurteilung des best point of service – wie die Erstellung der Versorgungsaufträge für jeden Fachbereich innerhalb einer Versorgungsstufe, die Rollen der Leistungsanbieter, die berufsrechtlichen Erfordernisse, Ausbildungen etc. – geschaffen. Erst auf Basis dieser Ergebnisse solle die Festlegung des best point of service auf Landesebene unter Berücksichtigung der regionalen Strukturen erfolgen (z.B. Spitalsambulanz, Zentren, Vertragsärzte). Die sich daraus ergebenden Leistungsverschiebungen seien finanziell auszugleichen – die diesbezüglichen Verhandlungen zwischen den Ländern und den Krankenversicherungsträgern dürften nicht außer Acht gelassen werden.

(5) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme ausführte, seien die notwendigen trägerübergreifenden Vorbereitungsarbeiten im Hauptverband teilweise angelaufen. Die BVA beteilige sich daran je nach vorhandenen Ressourcen und werde entsprechende Ergebnisse mittragen und möglichst umsetzen.

24.4 Der RH begrüßte die zugesagten Bemühungen aller überprüften Stellen. Er unterstrich die Notwendigkeit, die Finanzierungsregelungen und Regelungen zur Leistungserbringung aufeinander abzustimmen, hielt jedoch fest, dass der bloße Verweis auf notwendige Finanzierungsänderungen nicht die Optimierung der Leistungserbringung verhindern darf. Er erinnerte daran, dass im Rahmen der Gesundheitsreform der Weg gewählt wurde, statt einer grundlegenden Änderung der Zuständigkeiten eine zusätzlich koordinierende Ebene zu schaffen. Sollte diese ihre Aufgabe diesbezüglich nicht erfüllen können, wäre eine alternative Regelung erforderlich.

Zusammenfassung ärztliche Hilfe

25 Der RH hielt fest, dass die erfolgreiche Steuerung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe, insbesondere bei der Tarifverhandlung und der Stellenplanung, für ein ausgeglichenes Ergebnis der Krankenversicherungsträger, aber auch für eine ausreichende Versorgung entscheidend war.

Er wies jedoch darauf hin, dass in den bestehenden Rahmenbedingungen sowohl eine Änderung der Angebotsstruktur als auch der Tarife nur im direkten Einvernehmen mit der Ärztekammer und auch die Steuerung der Patienten nur sehr eingeschränkt möglich waren. Dies erschwerte eine Dämpfung der Aufwendungen – insbesondere bei einer schlechten Beitragsentwicklung – erheblich.

Für die Zukunft war im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 geplant, den best point of service unter Berücksichtigung von Strukturauslastung, Kosten und Qualität zu identifizieren. Dementsprechend sollte eine Ausweitung oder Einschränkung der Angebote im niedergelassenen Bereich erfolgen und sollten die Patientenströme entsprechend gesteuert werden. Es lagen jedoch weder ausreichende Kalkulationen noch Konzepte zur Qualitätssicherung oder der Patientensteuerung vor.

Aus Sicht des RH bestand daher Handlungsbedarf sowohl beim BMG hinsichtlich der Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen als auch bei den Krankenversicherungsträgern hinsichtlich der Umsetzung der bereits existierenden Vorgaben:

Tabelle 9: Handlungsbedarf zur Steuerung der ärztlichen Hilfe

	Handlungsbedarf BMG bezüglich Änderungen der Rahmenbedingungen	Handlungsbedarf Krankenversicherungsträger zur Nutzung bestehender Rahmenbedingungen
Datenlage	Unterstützung bei standardisierten Diagnosen, Datenaustausch mit Spitälern	Datenauswertungen (VPA), Nutzung zur Steuerung, mehr Transparenz im Benchmarking, kostenbasierte Tarifkalkulation
Angebotsstrukturen	Flexibilisierung der Rahmenbedingungen, klare Regelung eines Vorrangs für RSG	Optimierung Stellenpläne, Strategie für Wahlärzte
Tarifverhandlungen	Flexibilisierung rechtlicher Rahmenbedingungen	Vereinbarung von Degressionsmodellen
Qualitätssicherung	Stärkung unabhängiger Gremien	aktive Nutzung bestehender Möglichkeiten
Patientensteuerung	Klärung der Regelung zu Kostenbeteiligung	Nutzung bestehender Instrumente (Zugang, wirtschaftliche Anreize, Beratung)

RSG = Regionaler Strukturplan Gesundheit; VPA = Vertragspartneranalyse

Quelle: RH

Zur Konkretisierung des Handlungsbedarfs verwies der RH auf seine Empfehlungen in TZ 6 bis TZ 24.

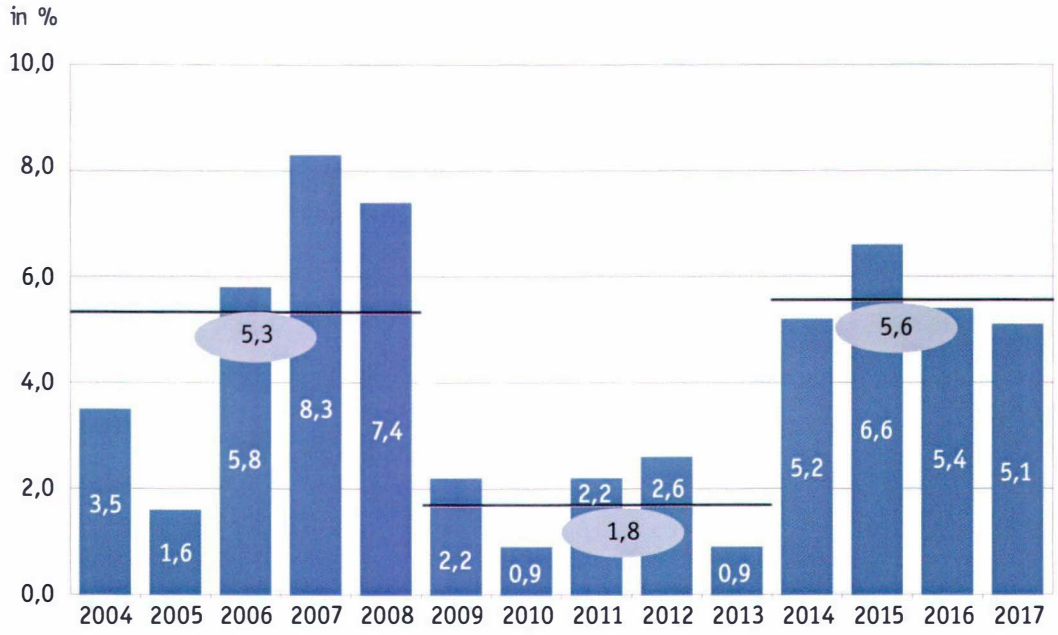
Heilmittel

Überblick

26.1 (1) Die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für Heilmittel betrugen für das Jahr 2013 rd. 3,031 Mrd. EUR (rd. 19 % der Gesamtausgaben).

Die folgende Abbildung zeigt die jährlichen Aufwandssteigerungen für Heilmittel aller Krankenversicherungsträger von 2004 bis 2013. Ab dem Jahr 2014 bis 2017 handelt es sich um die prognostizierte Steigerungsrate:

Abbildung 6: Steigerungsrate der Aufwendungen für Heilmittel 2004 bis 2017



Quellen: Hauptverband: Finanzstatistik (der Wert für 2009 ist in der Aufstellung des Hauptverbands um die Umsatzsteuer bereinigt dargestellt (nach Senkung des USt-Satzes von 20 % auf 10 % per 1. Jänner 2009), Unschärfen in der Berechnung bzgl. Heilnahrung und Auslandsabrechnungen möglich); ab 2014 Prognosewerte; Darstellung RH

Die durchschnittliche jährliche Steigerungsrate betrug in den Jahren 2004 bis 2008 rd. 5,3 % und in den Jahren 2009 bis 2013 rd. 1,8 %. Ab dem Jahr 2014 wurde ein Anstieg von 5,6 % erwartet. Die Krankenversicherungsträger wiesen darauf hin, dass angesichts des erheblichen Umfangs der Aufwendungen für Heilmittel ein Über- oder Unterschreiten der Steigerungsrate der Beitragseinnahmen häufig maßgeblich für ein positives oder negatives Betriebsergebnis war.

Im Zuge des Kassensanierungspakets 2009 erfolgte eine Zielvorgabe für eine jährliche Steigerung der Aufwendungen für Heilmittel um 4 %. Mit durchschnittlichen 1,8 % in den Jahren 2009 bis 2013 wurde diese Vorgabe deutlich unterschritten.

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Zusammensetzung der jährlichen Steigerung im Hinblick auf die Entwicklung der Anzahl der Verordnungen („Mengeneffekt“) und die Steigerung des Aufwands je Verordnung („Preiseffekt“):

Tabelle 10: Preis und Mengeneffekte Heilmittel

	2005	2006	2007	2008	2009	2005 bis 2009	2010	2011	2012	2013	2009 bis 2013
						in %					
Aufwand	1,57	5,85	8,13	7,46	1,67	25,04	0,77	2,28	2,51	0,86	6,56
Anzahl Verordnungen	– 0,50	3,93	4,42	4,60	– 0,47	13,00	0,80	1,97	– 0,17	– 0,16	2,45
Aufwand/VO (= Preis)	2,08	1,84	3,55	2,73	2,14	10,66	– 0,04	0,30	2,69	1,01	4,00

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Leistungsstatistik–Heilmittelstatistik Hauptverband

Sowohl die Mengen (2,45 % gegenüber 13,00 %) als auch die Preise (4,00 % gegenüber 10,66 %) stiegen im Zeitraum 2009 bis 2013 geringer als im Zeitraum 2005 bis 2009.

Eine gesamthafte Erklärung für die unterschiedliche Entwicklung der Heilmittelaufwendungen konnten weder die untersuchten Träger noch der Hauptverband oder das BMG vorlegen. Während hinsichtlich des Preises zumindest einzelne Entwicklungen im Generikabereich dokumentiert waren, war nicht klar, ob die starke Veränderung der Mengenentwicklung lediglich auf unterschiedliche Verabreichungsformen oder auf die unterschiedliche Entwicklung der verabreichten Heilmittel zurückging.

(3) Die Entwicklung der Heilmittelausgaben pro Anspruchsberechtigten bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern zeigte eine erhebliche Bandbreite:

Tabelle 11: Bandbreite der Entwicklung der Heilmittelausgaben je Anspruchsberechtigten

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Summe
						in %				
WGKK	0,3	3,7	7,6	6,1	2,6	1,2	1,8	1,3	– 1,5	**23,0**
NÖGKK	1,2	4,7	8,3	7,3	3,3	0,5	0,8	0,9	0,6	**27,6**
BGKK	0,6	3,4	7,3	8,5	4,7	1,9	0,7	– 0,8	– 1,0	**25,3**
OÖGKK	1,0	3,7	8,7	7,5	4,0	1,0	1,9	4,4	0,6	**32,8**
StGKK	0,6	3,1	7,7	6,9	4,1	0,4	1,6	1,3	0,0	**25,7**
KGKK	0,3	6,1	9,4	7,9	2,5	– 0,1	1,6	3,4	1,0	**32,2**
SGKK	– 1,6	5,8	8,3	6,7	5,5	– 0,5	3,4	2,5	1,5	**31,7**
TGKK	– 2,6	1,4	6,7	7,5	5,5	– 0,9	1,3	1,7	– 0,3	**20,4**
VGKK	– 0,6	3,9	9,1	7,0	5,5	0,5	1,2	2,4	5,0	**34,1**

höchster Wert, niedrigster Wert

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; StGKK; WGKK; Darstellung RH

Der Unterschied im Anstieg der Heilmittelkosten betrug z.B. zwischen der TGKK und der VGKK im Zeitraum 2005 bis 2013 rd. 14 Prozentpunkte. Eine Ursachenanalyse für die Unterschiede in der Entwicklung zwischen den Trägern lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor.

(4) Gut dokumentiert waren jedoch einzelne besondere Entwicklungen:

- Einerseits kam es durch Zulassung von Nachfolgeprodukten („Generika") in einigen Bereichen zu deutlichen Preissenkungen bei Wirkstoffen, deren Patente ausliefen (z.B. Magenschutz, siehe dazu TZ 30).

- Andererseits kam es zu einem hohen Anstieg der Kosten bei Arzneimitteln mit einem Kassenverkaufspreis von über 700 EUR; diese machten im Jahr 2013 bereits 12 % aus (siehe dazu TZ 31).

- Ab 2014 war ein bestimmtes Präparat für einen erheblichen Teil der Kostensteigerung verantwortlich: Zur Behandlung von Hepatitis C stand Anfang 2014 ein Präparat (Sovaldi) zur Verfügung, das im Hinblick auf seinen Behandlungsnutzen eine Monopolstellung einnahm. Die Kosten der Behandlung pro Patient lagen zwischen

rd. 50.000 EUR bis rd. 150.000 EUR.[66] Für den Zeitraum März bis November 2014 lag der Aufwand für alle Krankenversicherungsträger bei rd. 52,33 Mio. EUR.

26.2 Der RH wies darauf hin, dass die Entwicklung des Heilmittelaufwands aufgrund des Gebarungsumfangs (rd. 3,031 Mrd. EUR im Jahr 2013 für alle Krankenversicherungsträger) für die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger von entscheidender Bedeutung war. Zwischen 2009 und 2013 war die jährliche Steigerung mit rd. 2 % deutlich geringer als zwischen 1999 und 2008 (rd. 6 %). Für die Jahre 2014 bis 2017 lagen jedoch die Prognosen wieder bei rd. 6 %. Der RH kritisierte, dass eine gesamthafte Analyse zur unterschiedlichen Entwicklung – insbesondere der Preis- und der Mengenentwicklung sowie der Ursachen für die unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Träger – nicht vorlag. Dies obwohl die Senkung der Kostensteigerung bei den Heilmitteln für das Kassensanierungspaket 2009 und auch für die Erreichung der Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 jeweils als Bereich mit der größten Wirkung definiert war.

Der RH wies auf die Aufgabe des Hauptverbands nach § 31 Abs. 3 Z 14 ASVG zur Definition von Kennzahlen zu Leistungspositionen der Krankenversicherung sowie zur Durchführung von Vergleichen hin. Er hielt eine Preis- und Mengenanalyse und ein entsprechendes Trägerbenchmarking für unabdingbar, um die Ursachen der Entwicklung der Heilmittelaufwendungen zu erfassen. Dies wiederum wäre Voraussetzung für die Weiterentwicklung der Steuerungsmaßnahmen und eine realistische Prognose der künftigen Aufwendungen.

Der RH empfahl dem Hauptverband, eine genauere Analyse der Preis- und Mengenentwicklung im Heilmittelbereich sowie der Unterschiede in der Entwicklung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern durchzuführen und diese Analyse in die Gespräche über das Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG einzubringen.

26.3 *Der Hauptverband nahm die Empfehlung des RH zur Kenntnis.*

[66] Die Kosten bei der WGKK betrugen in diesem Zeitraum 14,78 Mio. EUR, bei der StGKK 4,06 Mio. EUR und bei der BVA 4,40 Mio. EUR. Weitere Medikamente (Olysio, Daklinza und Harvoni) zur Behandlung der Erkrankung wurden zur Zeit der Gebarungsüberprüfung verhandelt. Weiters war in diesem Zusammenhang der Aufbau eines Registers zur Erfassung von medikamentösen Behandlungen und Behandlungsergebnissen der Hepatitis C geplant.

Rechtliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten

27.1 (1) Die für die Entwicklung des Aufwands für Heilmittel maßgeblichen Faktoren fielen in die Zuständigkeitsbereiche mehrerer Entscheidungsträger:

- Die Zulassung eines Heilmittels erfolgte in London bei der EMA (European Medicines Agency). Die Entscheidung, das Produkt zuzulassen, galt für ganz Europa und lag somit außerhalb des Einflussbereichs der Sozialversicherungsträger bzw. des Gesamtstaates.[67]

- Die Sozialversicherung bezahlte jene Heilmittel, die in den Erstattungskodex (EKO) aufgenommen waren. Damit das Heilmittel in den Erstattungskodex aufgenommen wurde, gab es ein Verfahren im Hauptverband, das den therapeutischen Nutzen prüfte und mit Preisverhandlungen bzw. Vorgaben verbunden war (siehe TZ 30). Über die Aufnahme in den Erstattungskodex hatte der Hauptverband mit Bescheid zu entscheiden. Bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen hatten die Antragsteller nach den europarechtlichen Rahmenbedingungen einen Rechtsanspruch auf Aufnahme. Es handelte sich somit weniger um eine Beschaffung von Heilmitteln für die Versicherten, als vielmehr um ein hoheitliches Verfahren.

- Nach der Zulassung konnten Ärzte das Heilmittel verschreiben. Der Patient hatte dann die Möglichkeit, das Medikament selbst zu bezahlen oder eine Einzelfallgenehmigung vom Krankenversicherungsträger zu verlangen. Der Preis richtete sich nach den Pharmaunternehmen, wobei die Möglichkeit bestand, ein Preisregulierungsverfahren durchzuführen (siehe TZ 31).

- Die Erstattungsfähigkeit konnte weiters an medizinische Bedingungen gebunden sein, die dann im Einzelfall von den Sozialversicherungsträgern zu prüfen waren.

- Im Erstattungskodex waren häufig mehrere Heilmittel mit ähnlicher Wirkung enthalten, die unterschiedliche Preise aufwiesen. Dabei galt für die Vertragsärzte der Grundsatz der ökonomischen Verschreibweise: Bei mehreren gleichwertigen Alternativen waren die Behandlungskosten im Verhältnis zum Erfolg und zur Dauer der Behandlung möglichst gering zu halten. Die Sozialversicherungsträger unterstützten dabei die Vertragspartner durch Informationen über die jeweils verfügbaren Heilmittel und deren Preise. Bei Abweichungen in der Verschreibweise führten sie Detailanalysen und Gespräche mit den Ärzten über das individuelle Verschreibe-Verhalten durch. Teilweise war dazu die vorangegangene Behand-

[67] Es gab auch eine Zulassungsbehörde in Österreich (ARGE – Pharma), diese wird jedoch nur in Ausnahmefällen tätig.

lung in Spitälern zu berücksichtigen. Einzelne Träger setzten auch Anreize für die Patienten, um die Einhaltung des Ökonomiegebots zu unterstützen (TZ 34).

- Der Preis der Heilmittel für die Sozialversicherungsträger enthielt auch die Kosten des Vertriebs, d.h. eine Großhandelsspanne und eine Apothekenspanne. Deren Höhe regelte das BMG durch Verordnungen (TZ 32).

(2) Innerhalb der Sozialversicherung fanden umfangreiche Koordinierungsmaßnahmen statt. Die Krankenversicherungsträger waren in einer „Argumentationsgruppe", in einer Arbeitsgruppe Medikamente, in einem Redaktionskomitee für Vertragspartnerzeitungen sowie in Vorbereitungsgruppen für die Heilmittelevaluierungskommission und für die Medikamentenkommission miteinander in Kontakt. Eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem BMG bzw. mit anderen Staaten, etwa zum gemeinsamen Einkauf, war nicht eingerichtet.

27.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass für den Aufwand für Heilmittel sowohl externe Faktoren (Zulassung neuer Heilmittel, Preisentscheidungen der Pharmaunternehmen) als auch Entscheidungen des BMG (Verordnungen zu den Spannen für Großhandel und Apotheken, Preisregulierung) sowie das Handeln des Hauptverbands (Verfahren zur Aufnahme in den Erstattungskodex) und der einzelnen Krankenversicherungsträger (Unterstützung bei Umsetzung des Ökonomiegebots) maßgeblich waren.

(2) Der RH begrüßte die Koordination der Krankenversicherungsträger im Heilmittelbereich, kritisierte aber, dass eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem BMG bzw. mit anderen Staaten, etwa zum gemeinsamen Einkauf, nicht eingerichtet war.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der StGKK, der WGKK und der BVA, die Koordination weiterzuführen und verstärkt auch gemeinsame Positionen zu Anforderungen an das BMG (z.B. Preisregulierung) bzw. zu internationalen Aspekten (z.B. gemeinsamer Einkauf) zu entwickeln.

27.3 *(1) In seiner Stellungnahme nahm der Hauptverband die Empfehlung des RH zur Kenntnis und sagte zu, sie bei seiner weiteren Vorgangsweise zum Thema zu berücksichtigen.*

(2) Die StGKK begrüßte die Empfehlung des RH und führte aus, sie unterstütze den Hauptverband bereits in der trägerübergreifenden Arbeitsgruppe Medikamente. Sie sei gerne bereit, zusammen mit

dem Hauptverband und den anderen Trägern eine österreichweit abgestimmte Strategie in diesem Bereich zu erarbeiten.

(3) Laut Stellungnahme der WGKK habe sie sich angesichts der damals bereits absehbaren finanziellen Belastung beim Heilmittelaufwand durch die Zulassung eines Heilmittels zur Behandlung von Hepatitis C sehr um eine gemeinsame Strategie für die Beschaffung auf internationaler Ebene bemüht. Die Spitzenrepräsentanten der Kasse hätten in diesem Zusammenhang eine Reihe von Gesprächen mit Parlamentariern auf europäischer Ebene und Vertretern ausländischer Verbände geführt.

Gesetzlicher Rabatt und Rahmen-Pharmavertrag

28.1 (1) Im Jahr 2003 normierte der Gesetzgeber einen gesetzlichen Preisnachlass für den Heilmittelbereich von 2 % (bzw. im ersten Jahr 24 Mio. EUR), wobei die Einzelheiten der Abwicklung durch eine Verordnung des Hauptverbands zu regeln waren. Weiters wurde das bis dahin bestehende Heilmittelverzeichnis durch den Erstattungskodex (mit Wirksamkeit 1. Jänner 2005) abgelöst. Damit wurde auch beim Vorliegen eines wirkstoffgleichen Nachfolgeprodukts (Generikums) eine gestaffelte Preisreduktion eingeführt (siehe TZ 30).

Die Erläuterungen dazu führten aus:[68] „Die vorgeschlagenen Maßnahmen sollen dazu beitragen, die jährlichen Ausgabensteigerungen der sozialen Krankenversicherung im Bereich der Arzneimittel im Zeitraum 2003 bis 2006 durchschnittlich zwischen drei und vier Prozent zu stabilisieren."

Ähnliche gesetzliche Rabattierungen gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch in Deutschland und in Italien.

(2) Aufgrund von Problemen bei der Abrechnung der gesetzlichen Rabattierungen (Bestimmtheitsgebot bezüglich der Verordnung) – nicht aber wegen grundsätzlicher Bedenken gegen einen derartigen Rabatt – hob der VfGH im Jahr 2009 die Bestimmung auf.

(3) Parallel dazu schlossen die Pharmawirtschaft und der Hauptverband einen „Rahmen-Pharmavertrag" ab, der ab 1. Juli 2011 für weitere viereinhalb Jahre bis Ende 2015 verlängert wurde.[69] Als Zielsetzung gab der Rahmen-Pharmavertrag an, durch einen freiwilligen Beitrag der pharmazeutischen Unternehmen und der pharmazeutischen

[68] Die Bestimmungen des ASVG über den Erstattungskodex gehen auf einen in den Beratungen des Ausschusses für Arbeit und Soziales über die Regierungsvorlage des 2. SVÄG 2003 angenommenen Abänderungsantrag zurück (AB 316 BlgNR 22. GP, S. 4 f.).

[69] Im Jahr 2008 lag ein Entwurf für ein Bundesgesetz zur Dämpfung der Heilmittelkosten für die Jahre 2008 bis 2010 vor, der erneut einen gesetzlichen Preisnachlass vorsah.

Großhandelsfirmen die Leistungsfähigkeit der sozialen Krankenkassen, insbesondere auch gegenüber dem Patienten, zu unterstützen. Für die Laufzeit der Verlängerung bis 31. Dezember 2015 überwies die Pharmawirtschaft an den Hauptverband einen Beitrag von 82,00 Mio. EUR (rd. 18,22 Mio. EUR pro Jahr).

Art. 8 des Rahmen-Pharmavertrags in der Fassung der Verlängerung enthielt folgende Passage: Der Vertrag kann „mit sofortiger Wirkung (...) aufgelöst werden, wenn bis zum 31. Dezember 2015 gesetzliche oder sonstige neue Maßnahmen zur Heilmittelkostendämpfung zu Lasten der pharmazeutischen Unternehmen[70] (...) in Kraft treten (...)." Weiters war für den Fall einer derartigen Auflösung eine Rückzahlungsverpflichtung normiert.

(4) Eine ähnliche Regelung erfolgte zwischen dem Hauptverband und der Apothekerkammer als Zusatzvereinbarung zum Apothekergesamtvertrag. Die Regelung betraf die Jahre 2009 und 2010 mit jährlich rd. 8 Mio. EUR sowie die Jahre 2012 bis 2015 mit jährlich rd. 6 Mio. EUR.[71]

28.2 (1) Der RH hob zunächst hervor, dass der Gesetzgeber bereits 2003 erkannt hatte, dass eine dauerhafte Steigerung der Heilmittelpreise über der Beitragssteigerung nicht nachhaltig finanzierbar war. Er anerkannte, dass durch die gesetzliche Rabattierung ähnlich wie in anderen Ländern eine entsprechende Maßnahme getroffen wurde.

(2) Der RH kritisierte nachdrücklich, dass im Rahmen-Pharmavertrag gleichsam als Gegenleistung für die vertragliche Zusage von jährlich rd. 18,22 Mio. EUR auf eine zu Lasten der Pharmafirmen wirkende Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen verzichtet wurde. Er hielt diese Vereinbarung für eine wesentliche Einschränkung der Möglichkeiten der Krankenversicherungsträger, eine ökonomische Vorgehensweise zu forcieren. Dies insbesondere deshalb, weil die vorher geltende gesetzliche Regelung einen Rabatt ohne ein entsprechendes Verschlechterungsverbot vorsah.

[70] Genannt waren z.B. Zwangsrabatte (gesetzliche Rabattierungen), Zwangspreissenkungen, Senkung von Großhandelsspannen, Referenzpreismodelle, Aut-idem-Regelungen etc.

[71] Eine Kündigung der Zusatzvereinbarung zum Apothekergesamtvertrag (2012 bis 2015) war unter Einhaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist zum Ende eines Kalenderjahres möglich u.a. bei wesentlichen Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung und der Arzneimitteldistribution, die Auswirkungen auf die Ertragssituation der öffentlichen Apotheken hatten. Eine Rückzahlung des Finanzierungsbeitrags war nicht vorgesehen.

Der RH kritisierte auch die besondere Rückzahlungsvereinbarung, die gesetzliche Änderungen weiter erschwerte.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, bei Auslaufen des Rahmen-Pharmavertrags Ende 2015 auch bei vertraglichen Maßnahmen die Autonomie des Gesetzgebers und die Möglichkeit, Ökonomiepotenziale zu nutzen, nicht einzuschränken.

28.3 *(1) Das BMG unterstützte in seiner Stellungnahme die Anregung des RH.*

(2) Der Hauptverband verwies auf die neue Einigung zu diesem Thema, in welcher diese Empfehlung im Rahmen des Möglichen berücksichtigt worden sei.

(3) Laut Stellungnahme der WGKK würden die vom RH empfohlenen Maßnahmen – sollte es nicht zu einer Verlängerung des Rahmen-Pharmavertrags kommen – durch die Selbstverwaltung der WGKK intensiv verfolgt und der Hauptverband tatkräftig unterstützt. Die beabsichtigte Regelung der Pharmarabatte auf gesetzlicher Ebene würde im Fall des endgültigen Scheiterns der Verhandlungen für einen neuen Rahmen-Pharmavertrag ausdrücklich begrüßt.

Preisgestaltung

Übersicht

29 Für die Preisgestaltung waren drei rechtliche Regimes maßgeblich:

- Für Heilmittel im Erstattungskodex gab es ein gesetzlich umfassend geregeltes Verfahren über Preisverhandlungen und deren Maßstäbe.

- Für andere Heilmittel galt grundsätzlich eine freie Preisgestaltung durch die Anbieter mit der Möglichkeit einer Preisregulierung.

- Für die Vertriebswege (sowohl für Heilmittel im Erstattungskodex als auch für andere Heilmittel) gab es eine Vergütung, deren Höhe das BMG durch Verordnungen regelte.

Preisregelungen im Zusammenhang mit dem Erstattungskodex (EKO)

30.1 (1) Nach der EKO-Regelung durfte der europäische Durchschnittspreis nicht überschritten werden.[72] Die Feststellung des europäischen Durchschnittspreises erfolgte durch die Preiskommission beim BMG.

Die Preiskommission hatte nicht in allen Fällen EU-Durchschnittspreise ermittelt. Dies konnte nach Ansicht des Hauptverbands dazu führen, dass ein höherer Preis bezahlt werden musste, als der gesetzlichen Regelung entsprach.

Die Preiskommission berücksichtigte lediglich Listenpreise (ohne Abzug von Rabatten).

Die Ermittlung erfolgte nur einmal, eine spätere Evaluierung (z.B. bei Preisänderungen in anderen Ländern) erfolgte nicht.

(2) Für Generika gab es spezifische Regelungen zur Preisgestaltung. Das erste Generikum musste 48 % unter dem Preis des Originalpräparats liegen, das zweite weitere 15 % darunter, das dritte noch einmal 10 % darunter. Beim dritten Generikum mussten alle anderen Präparate mit der selben Wirkung auf den dann erreichten Preis gesenkt werden. Ab dem vierten Produkt musste jedes nur noch 10 Cent unter dem geltenden Preis liegen (EKO-Logik). Durch diese Regelung ergab sich bei einigen Heilmittelgruppen, bei denen Patente ausliefen, eine signifikante Reduktion der Kosten (z.B. konnte im Bereich des Magenschutzes, ATC Gruppe A2, eine Reduktion der Kosten um rd. 7,06 Mio. EUR bei der StGKK bzw. um rd. 10,04 Mio. EUR bei der WGKK erreicht werden).

Um ein zusätzliches Generikum attraktiv zu machen, wählten die Pharmaunternehmen gegebenenfalls auch deutlich niedrigere Preise als vorgeschrieben, so dass bei Heilmittelgruppen mit vielen Generika oft wieder deutliche Preisunterschiede bestanden.[73]

[72] Zur „Wahrung des finanziellen Gleichgewichts des Systems der sozialen Sicherheit" durfte den Sozialversicherungsträgern für die Arzneispezialitäten des roten und gelben Bereichs höchstens der – von der Preiskommission ermittelte (vgl. § 351c Abs. 6 ASVG) – EU-Durchschnittspreis verrechnet werden (§ 31 Abs. 3 Z 12 lit. a bzw. lit. b ASVG).

[73] Beispielsweise war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im ATC Code C08 (Calciumkanalblocker insb. zur Behandlung von Bluthochdruck) das Markenprodukt Norvasc mit einem Fabriksabgabepreis von 8,01 EUR enthalten (28 Stück), es waren jedoch auch vergleichbare Produkte für rd. 3,14 EUR (für 30 Stück) enthalten. Dies führte auch dazu, dass die Generikaquote als solche nicht allein aussagekräftig war, weil gegebenenfalls Preisunterschiede zwischen Generika größer waren als zu Originalpräparaten. Am 10. April 2015 leitete der Hauptverband ein Verfahren auf Streichung eines Norvasc-Präparats aus dem Grünen Bereich des Erstattungskodex ein.

(3) Laut einer Auswertung des Hauptverbands ergebe sich ein prospektives rechnerisches Kostenreduktionspotenzial von rd. 138 Mio. EUR[74], würde der Träger bezogen auf zeitlich zurückliegende Verschreibungen eines Halbjahres (April 2014 bis September 2014) das günstigste verfügbare Heilmittel laut aktuellem Erstattungskodex bezahlen. Bei dieser Berechnung zog der Hauptverband alle gleichen und gleichartigen Heilmittel bzw. Biosimilars heran, eine detaillierte medizinische Bewertung je Heilmittel (z.B. hinsichtlich etwaiger Probleme der Umstellung von Heilmitteln) oder der Verfügbarkeit der jeweiligen günstigen Heilmittel in der entsprechenden Menge erfolgte nicht.[75] Unabhängig davon lag die Generikaquote bei den ersetzbaren Verschreibungen im Jahr 2013 bei rd. 46 % der Kosten bzw. rd. 50 % der Verordnungen.

Aufgrund der unterschiedlichen, von der Anzahl der Generika abhängigen Preise war die ökonomische Verschreibweise auch bei der Auswahl des richtigen Generikums von großer Bedeutung; umgekehrt verblieb ein großer Spielraum für den Einsatz von Marketingmaßnahmen für die Unternehmen.

Um die Preisunterschiede wieder zu verringern bzw. eine ökonomische Auswahl gleichwertiger Heilmittel sicherzustellen, bestanden mehrere Möglichkeiten:

- Der Hauptverband konnte ein Verfahren (sogenanntes Abschnitt VII-Verfahren) durchführen, um Präparate aus dem Erstattungskodex zu entfernen, wenn die Voraussetzungen für seine Aufnahme (insbesondere der ökonomische Nutzen) nicht mehr gegeben waren.[76] Um das Preisband zu reduzieren, wären daher alle teuren Heilmittel einem solchen Verfahren zu unterziehen. Derartige Verfahren fanden im Prüfungszeitraum auch statt und endeten (teilweise nach Entscheidungen des VfGH und entsprechend langen Verfahren) mit der Streichung aus dem Erstattungskodex bzw. mit Preissenkungen. Aufgrund des erheblichen Aufwands und der gleichzeitigen Verpflichtung, über Anträge von Pharmaunternehmen auf Neuaufnahme bzw. Verwendungsänderung in den Erstattungsko-

[74] Die Auswertung erfolgte aus der BIG-Datenbank (Business Intelligence im Gesundheitswesen). In der Auswertung wurde darauf hingewiesen, dass sie ausschließlich den am Steuerungsprozess beteiligten Akteuren zur internen Verwendung diene. Die Entscheidung im Einzelfall unterlag den verordnenden Ärzten.

[75] Derartige Analysen lagen in Deutschland teilweise im „Arzneiverordnungsreport" vor. Der Hauptverband legte dem RH ein Schreiben vor, in dem der Medizinischen Universität Innsbruck Zugang zu Heilmitteldaten für die Erstellung einer „Österreichversion" des Arzneiverordnungsreports gewährt wurde. Ein Ergebnis wurde dem RH nicht vorgelegt.

[76] Abschnitt VII (Änderung der Verschreibbarkeit und Streichung auf Betreiben des Hauptverbands) der Verfahrensordnung nach der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG – VO-EKO

dex zeitnah zu entscheiden, fanden Verfahren nicht in allen Fällen großer Preisbänder statt.

- Nach § 351g Abs. 2 Z 3 ASVG waren Vergabeverfahren für Wirkstoffgruppen möglich (z.B. wenn das Preisband zu breit war oder keine Nachfolge durch ein Generikum erfolgte). Eine andere Bestimmung des ASVG[77] sah jedoch eine Ausschreibung von Heilmitteln nur dann vor, wenn kein Generikum zur Verfügung stand. Eine SV-interne Arbeitsgruppe interpretierte dies im Jahr 2006 als Einschränkung der Möglichkeit der Ausschreibung und empfahl, von dieser Möglichkeit abzusehen. Tatsächlich fanden im Prüfungszeitraum keine Ausschreibungen zu Generika statt.

- Im Jahr 2008 lag dem Nationalrat ein Gesetzesentwurf vor, wonach die Krankenversicherungsträger die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis übernehmen. Würde auf Verlangen eines Versicherten ein teureres Heilmittel abgegeben, so hätte der Versicherte die Differenz tragen müssen. Der Gesetzesentwurf wurde nicht beschlossen.

- In einigen Staaten verschrieb der Arzt – verpflichtend oder freiwillig – lediglich einen Wirkstoff. Es war dann Aufgabe des Apothekers, das günstigste Heilmittel mit diesem Wirkstoff auszugeben. Der Hauptverband übermittelte dem RH eine Aufstellung, aus der sich ergab, dass derartige Regelungen im europäischen Vergleich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Regel waren.[78] In Österreich bestand diese Möglichkeit nicht; der Arzt war gemäß Ärztegesetz verpflichtet, ein einzelnes Präparat auszusuchen.

(4) Bei Produkten mit therapeutischem Zusatznutzen war gesetzlich geregelt, dass die Preisdifferenz zu vergleichbaren Produkten vom Innovationsgrad abhängig war.[79] Bei größerem Zusatznutzen konnten höhere Preise verlangt werden.[80] Der Hauptverband hatte daher

[77] § 351c Abs. 10 Z 3 ASVG

[78] Die Auswertung zeigte, dass eine Wirkstoffverschreibung im Jahr 2013 in acht europäischen Staaten verpflichtend war, in 19 freiwillig erfolgen konnte und in fünf Staaten nicht erlaubt war. 20 Länder hatten 2009 ein Festpreissystem.

[79] § 23 der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG

[80] Vom 1. Jänner 2010 bis 30. Juni 2014 gingen Anträge für 1.555 neue Heilmittel in den EKO ein. Nach der Selbsteinschätzung der Industrie wiesen davon 165 Heilmittel einen neuen Wirkstoff auf. Die medizinisch-therapeutische Evaluation, die den Nutzen gegenüber therapeutischen Alternativen prüfte, attestierte in diesem Zeitraum nur 18 Heilmitteln einen wesentlichen zusätzlichen Nutzen (rd. 1,2 % aller beantragten Heilmittel). Zum Vergleich: Im Jahr 2013 waren lt. Heilmittelstatistik rd. 9.216 Heilmittel zugelassen, rd. 4.648 waren im Erstattungskodex aufgenommen, davon rd. 3.802 im Grünen Bereich.

den pharmakologischen, den medizinisch-therapeutischen und den gesundheitsökonomischen Zusatznutzen zu prüfen. Dazu waren vom antragstellenden Unternehmen entsprechende Unterlagen vorzulegen. Eine genaue Prüfung durch den Hauptverband konnte zu einer vom Antrag des Unternehmens abweichenden Einschätzung des Zusatznutzens und einem daraus resultierenden niedrigeren Preis führen.

Das beratende Gremium des Hauptverbands für den EKO war die Heilmittel-Evaluierungskommission (HEK).[81] Sie setzte sich aus Vertretern der Sozialversicherung, der Wissenschaft aus den einschlägigen Fachrichtungen wie Pharmakologie und Medizin sowie Vertretern der Kammern (Wirtschaftskammer, Bundesarbeiterkammer, Ärztekammer, Apothekerkammer) und der Bundesländer zusammen.

30.2 (1) Der RH hob zunächst hervor, dass die Preiskomponente bei der Entwicklung der Heilmittelkosten eine wesentliche Rolle spielte. Er anerkannte grundsätzlich, dass die Regelung des Erstattungskodex durch die verpflichtende Preissenkung bei Generika einen wesentlichen Beitrag zur Eindämmung der Heilmittelkosten leistete.

(2) Der RH kritisierte jedoch, dass keine quantifizierte Einschätzung der Potenziale der einzelnen Steuerungsmaßnahmen bestand und daher auch keine sachgerechte Priorisierung erfolgen konnte. Es bestand insbesondere keine analytische Grundlage, um einzuschätzen, ob der Verzicht auf gesetzliche Maßnahmen im Rahmen-Pharmavertrag mit den dort vereinbarten rd. 18,22 Mio. EUR im Jahr angemessen abgegolten wurde. Dies sah der RH umso kritischer, als die Auswertung des Hauptverbands nach den BIG-Daten[82] zumindest rechnerisch ein Potenzial von bis zu 138 Mio. EUR im Halbjahr auswies.

(3) Der RH kritisierte weiters die Mängel in der Umsetzung der bestehenden Steuerungsmöglichkeiten:

- die mangelhafte Ermittlung der EU-Durchschnittspreise (Verwendung von Listenpreisen, unvollständige Erhebung, keine regelmäßige Nachprüfung),

[81] Das heißt, die Prüfung erfolgte zunächst durch einen Sachbearbeiter im Hauptverband. Nach Überprüfung durch die Abteilungsleitung wurde der Fall der HEK vorgelegt. Aufgrund von deren Empfehlung entschied der Hauptverband (wobei die Entscheidung an das Büro delegiert war, d.h. die Bescheide trugen die Unterschrift eines Direktors bzw. einer Abteilungsleitung).

[82] Datenbank Business Intelligence im Gesundheitswesen

- den Verzicht des Hauptverbands auf die Möglichkeit zur Ausschreibung,

- die Nutzung der Abschnitt VII-Verfahren[83] durch den Hauptverband nur nach Maßgabe der verbleibenden Ressourcen.

Der RH empfahl dem BMG, auf die sorgfältige und korrekte Berechnung des EU-Durchschnittspreises zu achten.

Weiters empfahl er dem BMG, eine Klarstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausschreibe-Möglichkeiten vorzunehmen, und dem Hauptverband, die bestehenden Möglichkeiten zur Ausschreibung aktiv zu nutzen.

(4) Der RH hielt ferner eine Überarbeitung der rechtlichen Rahmenbedingungen für geboten:

- Für die Generikaregelung im Erstattungskodex war ab dem vierten Generikum in einer Wirkstoffgruppe lediglich eine fixe Preissenkung von 10 Cent vorgesehen. Dadurch wurden nach Ansicht des RH nicht alle Möglichkeiten zur Preisoptimierung ausgeschöpft.

- Weitere grundsätzliche Möglichkeiten zum Umgang mit Preisdifferenzen, wie etwa die Einführung eines Referenzpreismodells oder die Ermöglichung oder Vorschreibung von Aut-idem-Regelungen, blieben entgegen den in Europa üblichen Regelungen ungenutzt.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, eine quantifizierte Potenzialeinschätzung der möglichen Steuerungsmaßnahmen vorzunehmen und daraus eine Priorisierung des Ressourceneinsatzes abzuleiten.

Er empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, regelmäßig zu evaluieren, wie hoch die Einsparungsmöglichkeiten durch Auswahl der jeweils günstigsten Heilmittel waren, und regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen durchzuführen, ob grundsätzliche Regelungen – wie z.B. die Ausschreibung bestimmter Wirkstoffe, die Einführung eines Referenzpreismodells oder die Ermöglichung oder Vorgabe eines Aut-idem-Modells – zu substantiellen ökonomischen Verbesserungen führen würden.

[83] Abschnitt VII (Änderung der Verschreibbarkeit und Streichung auf Betreiben des Hauptverbands) der Verfahrensordnung nach der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG-VO-EKO

30.3 *(1) In seiner Stellungnahme nahm der Hauptverband die Empfehlungen des RH zur Kenntnis.*

(2) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, ein Kostenreduktionspotenzial von 138 Mio. EUR sei nicht realistisch, da es sich auf einen 100 %igen Ersatz durch das kostengünstigste Vergleichspräparat beziehe. Eine 100 %ige Substitution sei aber aus medizinischen Gründen weder sinnvoll noch machbar.

30.4 Der RH stellte gegenüber der WGKK klar, dass die Auswertung des Hauptverbands keine direkte Aufforderung an die WGKK zu einer Kostenreduktion um 138 Mio. EUR darstellte. Es wäre vielmehr die Aufgabe des jeweiligen Trägers (koordiniert durch den Hauptverband), die bestehenden Daten zu nutzen, um ein konkretes Einsparpotenzial zu ermitteln und eine entsprechende Zielsetzung zu beschließen. Die Auswertung des Hauptverbands zeigt allerdings die Größenordnung der Möglichkeiten auf. Angesichts dieser Größenordnung und der notwendigen Entscheidungen (z.B. Verhandlung des Rahmen-Pharmavertrags) kritisierte der RH, dass keine operative Zielsetzung oder Bewertung der Ziele vorhanden war und somit eine wichtige Entscheidungsgrundlage fehlte.

Preisregulierung

31.1 (1) Da die Pharmaunternehmen die Preise außerhalb des EKO grundsätzlich frei festlegen konnten, hatte die Preiskommission beim BMG gemäß § 8 Abs. 1 Preisgesetz die Möglichkeit, einen Preis nach „volkswirtschaftlichem Nutzen" festzulegen.[84] Eine nähere Regelung (z.B. eine Höchstgrenze beim EU-Durchschnittspreis oder eine Offenlegungspflicht der Forschungs- und Produktionskosten der Unternehmen oder Kriterien, in welchem Verhältnis der Preis zu den Kosten stehen durfte) bestand dazu nicht.

(2) Von der Möglichkeit der Preisregulierung wurde im Überprüfungszeitraum kein Gebrauch gemacht. Der Hauptverband legte dem RH zwei Schreiben an die Preiskommission vor, in denen er für jeweils ein Heilmittel anregte, dass das BMG von Amts wegen einen Höchstpreis festlege. Eine Antwort unterblieb, eine Preisregulierung erfolgte nicht.

Das BMG wies im Zuge der Gebarungsüberprüfung darauf hin, dass eine Preisregulierung dazu führen könne, dass das entsprechende Heilmittel in Österreich nicht angeboten wird. Der Hauptverband führte

[84] § 9 Abs. 3 Preisgesetz 1992, BGBl. Nr. 1457/1992

dazu aus, dass bei einem gemeinsamen Einkauf mehrerer Länder trotz einer Preisregulierung die Verfügbarkeit des Produkts sichergestellt werden könne. Die Zuständigkeiten und rechtlichen Grundlagen dafür seien jedoch nicht klar.

(3) Es bestand keine Verpflichtung der Pharmaunternehmen, für ein Heilmittel die Aufnahme in den Erstattungskodex anzustreben. Wenn eindeutig war, dass ein Heilmittel zur angemessenen Krankenbehandlung erforderlich war, konnte sich das Unternehmen den Preisverhandlungen entziehen. Der Kostenanteil an diesen Medikamenten war stark steigend und betrug im Jahr 2013 rd. 12 % (318,5 Mio. EUR). Weiters kam es zu einem hohen Anstieg der Kosten bei Arzneimitteln mit einem Kassenverkaufspreis von über 700 EUR.[85] Diese Bereiche waren durch die Logik des Erstattungskodex (Preisverhandlungen bei Aufnahme in den Erstattungskodex, automatische Preissenkungen bei neuen Generika) nicht adressiert.

Eine abgestimmte Strategie zwischen den Trägern, dem Hauptverband und dem BMG, wie dem Anstieg der Aufwendungen für diese Bereiche entgegengewirkt werden sollte, lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor.

31.2 Der RH kritisierte, dass für den steigenden Anteil von Heilmitteln außerhalb des Erstattungskodex keine Strategie zur Nutzung der Möglichkeiten einer Preisregulierung bestand (z.B. Definition der maßgeblichen Kriterien für den volkswirtschaftlich gerechtfertigten Preis, Offenlegungspflichten für Kosten der Pharmaunternehmen, Strategien zum gemeinsamen Einkauf zur Vermeidung von Umgehungsstrategien etc.).

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, eine Strategie für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu definieren.

31.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass sich die Preiskommission bei der Ermittlung der EU-Durchschnittspreise an die festgelegte Vorgehensweise halte, die für die regelmäßige Kontrolle der Preise erforderlichen Ressourcen aber derzeit nicht vorhanden seien.*

Die im Zuge der Zielsteuerung Gesundheit eingerichtete Medikamentenkommission befasse sich derzeit intensiv mit hochpreisigen Heilmitteln, insbesondere mit den Möglichkeiten einer gemeinsamen sektorenübergreifenden Beschaffung.

[85] von rd. 15,6 % im Jahr 2010 auf 22,4 % im Jahr 2013 (bei nur 0,35 % der Verordnungen)

(2) Der Hauptverband teilte in seiner Stellungnahme mit, die Leistungsansprüche auf hochpreisige bzw. außerhalb des EKO befindliche Heilmittel würden sich aus dem Gesetz ergeben. Er beobachte die Entwicklung und habe zuletzt eine Einigung mit der Pharmawirtschaft über einen neuen Rahmen-Pharmavertrag erzielt. Daneben werde die Durchführung von Vergabeverfahren über solche Heilmittel überlegt.

(3) Die StGKK begrüßte die Empfehlung des RH und führte aus, den Hauptverband bereits in der trägerübergreifenden Arbeitsgruppe Medikamente zu unterstützen. Sie sei gerne bereit, zusammen mit dem Hauptverband und den anderen Trägern eine österreichweit abgestimmte Strategie in diesem Bereich zu erarbeiten.

31.4 Der RH nahm die zugesagten Bemühungen zur Kenntnis und hielt an seiner Empfehlung, eine Strategie zu definieren, fest. Dies wäre auch zur Koordination und Priorisierung der unterschiedlichen, in den Stellungnahmen erwähnten Aktivitäten (Ressourcen für die Ermittlung der EU-Durchschnittspreise, Durchführung von Vergabeverfahren, sektorenübergreifende Beschaffung etc.) zweckmäßig.

Vertriebsspannen

32.1 (1) Nach einer Auswertung des Hauptverbands entfielen im Jahr 2014 rd. 7 % der Heilmittelgesamtausgaben (rd. 190 Mio. EUR) auf den Großhandel und rd. 19 % (rd. 530 Mio. EUR) auf die Apotheken.

Für Heilmittel waren durch Verordnungen des BMG die Spannen für den Großhandel und die Apotheken geregelt.[86]

Die Spannen waren jeweils als Prozentwert des Preises geregelt, wobei die Prozentwerte gestaffelt waren und mit zunehmendem Preis abnahmen.[87] Während bei der Großhandelsspanne für teure Medikamente ein Fixbetrag galt,[88] war dies für Apotheken nicht der Fall. Im Großhandel galten für Heilmittel des grünen und gelben Bereichs des Erstat-

[86] Der Fabriksabgabepreis wurde um den Großhandelsaufschlag erhöht. Die Großhandelsaufschläge waren in der Verordnung des Bundesministeriums für Gesundheit über die Höchstaufschläge im Arzneimittelgroßhandel geregelt. Zu dem so ermittelten Apothekeneinkaufspreis wurde dann der Apothekenaufschlag addiert. Der Apothekenaufschlag war in der Österreichischen Arzneitaxe geregelt. Abschließend wurde noch die Umsatzsteuer (seit 2009 10 %) zugerechnet. Das Ergebnis war von der Sozialversicherung zu bezahlen.

[87] Von 13,4 % bei einem Heilmittelpreis von bis zu 6,06 EUR bis zu 6,5 % bei einem Heilmittelpreis ab 339,15 EUR für Produkte im EKO. Für Produkte außerhalb des EKO oder im roten Bereich galten Aufschläge zwischen 14,9 % und 8,3 %.

[88] Ab einem Heilmittelpreis von 339,15 EUR galt ein fixer Betrag von 23,74 EUR.

tungskodex andere Spannen als für andere Heilmittel, bei den Apotheken nicht.[89]

(2) Die Krankenversicherungsträger hatten grundsätzlich keine Möglichkeit, durch Direkteinkäufe und eigene Abgabe der Heilmittel an die Patienten diese Spannen zu vermeiden. Lediglich für Apotheken in Krankenanstalten galten andere Regelungen.

Im Rahmen des Kassensanierungspakets 2009 war vorgesehen, die Spannen für den Großhandel und die Apotheken zu senken. Stattdessen wurde mit den Pharmaunternehmen der Rahmen-Pharmavertrag und mit den Apotheken eine Zusatzvereinbarung zum Apothekergesamtvertrag abgeschlossen (siehe TZ 28).

In einzelnen Bereichen überlegten die Krankenversicherungsträger, für größere Gruppen von Versicherten (z.B. in Altersheimen) alternative Formen des Vertriebs zu pilotieren.

32.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass rd. 26 % des Heilmittelaufwands bzw. rd. 720 Mio. EUR im Jahr 2014 an den Vertrieb gingen. Im Jahr 2009 war eine Senkung der Spannen als Maßnahme zur Kassensanierung vorgesehen, die nicht umgesetzt wurde. Die Beiträge der Vertriebspartner im Rahmen-Pharmavertrag bzw. in der Vereinbarung mit der Apothekerkammer machten dagegen rd. 18,22 Mio. EUR seitens der Pharmaunternehmen und rd. 8 Mio. EUR seitens der Apotheken aus.

Der RH verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung (TZ 30), anlässlich des Auslaufens des Rahmen-Pharmavertrags und des „Finanzierungsbeitrags" der Apotheken eine Kosten-Nutzen-Analyse hinsichtlich alternativer Rahmenbedingungen für den Heilmittelbereich vorzunehmen.

(2) Im Übrigen war für den RH nicht einsichtig, warum für den Großhandel bei teuren Medikamenten ein Fixbetrag galt, für Apotheken aber ein Prozentsatz der Kosten. Weiters kritisierte der RH die mangelnde sachliche Nachvollziehbarkeit der unterschiedlichen Großhandelsspannen in Abhängigkeit von der Einordnung im grünen, gelben oder roten Bereich des Erstattungskodex.

[89] Die Spannen reichten von 37 % bei Produkten mit Preisen unter 10 EUR bis zu 3,8 % für Produkte mit Preisen von 357,08 EUR und höher. (Für Privatkunden waren die Spannen höher; diese reichten von 35,5 % bis 11,1 %; rund ein Drittel der Umsätze der Apotheken stammt von Privatkunden.)

Der RH empfahl daher dem BMG, bei teuren Medikamenten die Vergütung des Vertriebs auch bei den Apotheken als Fixbetrag zu regeln und auch im Großhandel keine Differenzierung zwischen den Bereichen des Erstattungskodex vorzunehmen.

32.3 *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass es sich sowohl bei den Großhandelsspannen als auch bei den in der Arzneitaxe geregelten Apothekenspannen um das Ergebnis eines politischen Kompromisses zwischen dem Hauptverband, dem Großhandel bzw. der Apotheker handle. Es bestünde natürlich die Möglichkeit eines politischen Diskurses über dieses Thema und die vom RH empfohlene Anpassung der Vertriebsvergütung.*

32.4 Der RH wies auf die Verordnungskompetenz des BMG hin und hielt seine Empfehlung aufrecht.

Behandlungsökonomie durch die Krankenversicherungsträger

33.1 (1) Im bestehenden Rahmenwerk des Erstattungskodex war es Aufgabe der einzelnen Krankenversicherungsträger, auf eine ökonomische Verschreibweise der Ärzte hinzuwirken und dadurch eine Kostendämpfung bei den Heilmittelaufwendungen zu erreichen. Wie unter TZ 30 ausgeführt, wies eine Auswertung des Hauptverbands während der Gebarungsüberprüfung aus, dass ein rechnerisches Potenzial von rd. 138 Mio. EUR im Halbjahr bestand (davon rd. 15 Mio. EUR bei der StGKK, rd. 25 Mio. EUR bei der WGKK und rd. 12 Mio. EUR bei der BVA). Eine detaillierte medizinische Bewertung je Heilmittel (z.B. hinsichtlich etwaiger Probleme der Umstellung) oder der Verfügbarkeit der jeweiligen günstigen Heilmittel in der entsprechenden Menge war nicht erfolgt.[90]

Eine monetäre Zielvorgabe, welche Einsparungen bzw. Kostendämpfungen durch die mit der Heilmittelökonomie betrauten Organisationseinheiten konkret erreicht werden sollten, hatten weder die StGKK noch die WGKK oder die BVA beschlossen. Die jährlich erzielten Erfolge bewertete nur die WGKK im Jahr 2013; dabei ergab sich ein Betrag von rd. 5 Mio. EUR.

(2) Laut Kassensanierungspaket 2009 waren die Maßnahmen der Heilmittelökonomie der einzelnen Krankenversicherungsträger zu vergleichen und ein Soll–Prozess zu entwickeln. Daraufhin erfassten die

[90] Derartige Analysen lagen in Deutschland tlw. im „Arzneiverordnungsreport" vor. Der Hauptverband legte dem RH ein Schreiben vor, in dem der Medizinischen Universität Innsbruck Zugang zu Heilmitteldaten für die Erstellung einer „Österreichversion" des Arzneiverordnungsreports gewährt wurde. Ein Ergebnis wurde dem RH nicht vorgelegt.

Krankenversicherungsträger die Ist-Prozesse. Eine Abstimmung bzw. Information über Maßnahmen erfolgte zwar in unterschiedlichen laufenden Arbeitsgruppen, ein Soll-Prozess wurde aber nicht festgelegt. Die Krankenversicherungsträger erläuterten gegenüber dem RH, dass aufgrund von Unterschieden zwischen den Bundesländern ein bundeseinheitlicher Soll-Prozess nicht zweckmäßig war. Eine diesbezügliche Rückmeldung im Monitoring zum Kassensanierungspaket erfolgte jedoch nicht. Bei der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung waren die Projektergebnisse der Ist-Stand-Erhebung weder bei der StGKK noch bei der WGKK oder der BVA verfügbar.

Die StGKK, die WGKK und die BVA setzten im Prüfungszeitraum unterschiedliche Maßnahmen zur Erwirkung einer ökonomischen Verschreibweise:

- Die StGKK verfügte im gesamten Prüfungszeitraum über eine Organisationseinheit zur Ökonomiekontrolle und legte besonderes Augenmerk auf Bewilligung und Kontrolle der ökonomischen Richtlinien (z.B. regelmäßige Analyse der Heilmitteldaten und individuelle Beratung) sowie auf Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung für ökonomischen Heilmitteleinsatz.[91] Sie führte ein Maßnahmencontrolling durch; eine gesamthafte finanzielle Bewertung der Kostendämpfung erfolgte nicht.

- Die WGKK schuf im Jahr 2012 auf Grundlage einer Empfehlung des RH aus dem Jahr 2011[92] eine eigene Organisationseinheit zur Heilmittelökonomie, verstärkte ihren Personaleinsatz und erstellte im Jahr 2013 eine detaillierte Darstellung der Maßnahmen und ihrer Erfolge. Sie wies darin eine Kostendämpfung von rd. 5 Mio. EUR aus.[93]

- Die BVA wies darauf hin, dass die überwiegende Zahl ihrer Vertragsärzte auch mit den Gebietskrankenkassen einen Vertrag hatten und von diesen über Heilmittelverschreibungen informiert wurden. Auch die BVA nannte jedoch einige Aktivitäten mit Bezug auf die Heilmittelökonomie, insbesondere Informationsgespräche bei Abschluss neuer Verträge.

[91] z.B. Informationsveranstaltungen, monatliche E-Mail, Newsletter, Teilnahme an der Arzneimittelkommission der Krankenhäuser, Erstellung individueller Ökolisten für niedergelassene Ärzte usw.

[92] siehe Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse; Follow-up-Überprüfung", Reihe Bund 2011/12

[93] dies durch Maßnahmen wie Beratung der Verordner zu spezifischen Heilmitteln, Lobbying in den Anstaltsapotheken für den Einkauf kostengünstiger Alternativen, Verfolgung von Vertragsverletzungen und Kontrolle des Abrechnungsverhaltens ihrer Vertragspartner

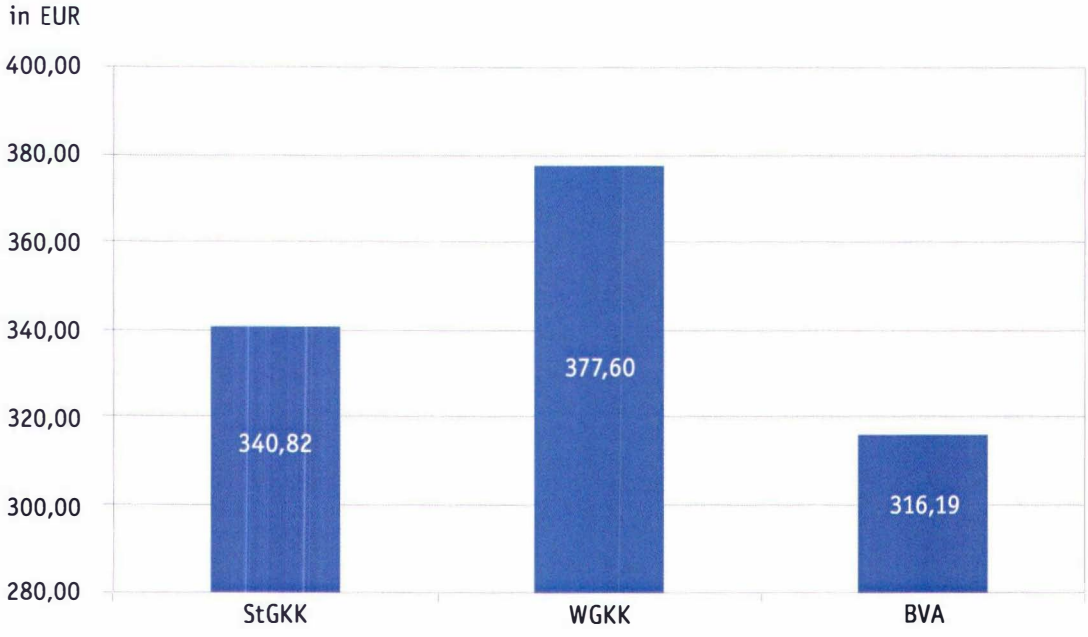
(3) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung stellte der Hauptverband ein EDV–Programm zur Verfügung, das für den Einsatz bei verschreibenden Ärzten das aktuell günstigste Heilmittel mit bestimmten Wirkstoffen identifizierte („Ökotool"). Es bildete eine wesentliche Voraussetzung für die ökonomische Verschreibweise. Nach dem Kassensanierungspaket 2009 sollten die Träger eine entsprechende Verpflichtung zur Nutzung des jeweils günstigsten Heilmittels aus der entsprechenden Liste im Gesamtvertrag vereinbaren. Im Prüfungszeitraum nahmen die WGKK und die BVA eine solche Verpflichtung auf, die StGKK nicht.

(4) Die Beurteilung der ökonomischen Verschreibung konnte gegebenenfalls strittig werden. Nach § 347 Abs. 5 ASVG hatten die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband gemeinsam festzulegen, nach welchen Methoden der medizinischen und statistischen Wissenschaften Parameter ermittelt werden, welche vor den Schiedskommissionen zur Beurteilung der Einhaltung von Vertragspflichten zu berücksichtigen waren. Ebenso waren die Parameter festzulegen.[94] Die Richtlinie war im übertragenen Wirkungsbereich im Einvernehmen zu erlassen; bei der Erlassung unterlagen sowohl die Österreichische Ärztekammer als auch der Hauptverband den Weisungen des BMG. Eine entsprechende Richtlinie war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht erlassen, Weisungen des BMG waren nicht ergangen.

(5) Die folgende Abbildung zeigt den Heilmittelaufwand der StGKK, der WGKK und der BVA für das Jahr 2013 in EUR pro Anspruchsberechtigten:

[94] Das heißt, es war festzulegen, ab welcher Überschreitung von Mittelwerten eine Auffälligkeit vorlag und wie solche Auffälligkeiten zu begründen waren.

Abbildung 7: Heilmittelaufwand der StGKK, WGKK und BVA je Anspruchsberechtigten 2013 (in EUR)



Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Der Heilmittelaufwand der drei Krankenversicherungsträger war bei der WGKK mit rd. 378 EUR je Anspruchsberechtigten am höchsten und lag um rd. 37 EUR höher als bei der StGKK und um rd. 61 EUR höher als bei der BVA.

Rund zwei Drittel der Abweichungen[95] (rd. 22 EUR je Anspruchsberechtigten) zwischen der WGKK und der StGKK waren auf Unterschiede bei Medikamenten mit Bezug auf HIV bzw. mit Bezug zur Suchtmittelsubstitution zurückzuführen.[96]

[95] Teilweise wurde die erhöhte Inanspruchnahme bei der WGKK unter der Bezeichnung „Großstadteffekt" erläutert. Ein vom Hauptverband betriebenes Tool wies rechnerisch bei der StGKK ein Ökonomiepotenzial von rd. 23,96 % dieser Heilmittelbereiche aus, bei der WGKK ein Potenzial von 23,23 %. Der RH beurteilte diesen Unterschied als zu klein, um als eindeutiger Indikator für den Erfolg etwaiger Vorgehensunterschiede zu fungieren.

[96] J05 – ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG. Diese Medikamente wurden bei HIV, Hepatitis C und Herpes verabreicht. Der Aufwand pro Anspruchsberechtigten lag bei der StGKK bei rd. 6 EUR und bei der WGKK bei rd. 20 EUR, somit um rd. 14 EUR höher. Der Anteil der wegen HIV-Patienten behandelten Patienten lag bei der WGKK höher als bei der STGKK.
N07 – ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM. Diese Gruppe beinhaltete Präparate, die zur Behandlung von Alkoholismus und Substitutionstherapie zur Anwendung kamen. Bei der StGKK lag im Jahr 2013 der Aufwand pro Anspruchsberechtigten bei rd. 3 EUR und bei der WGKK bei rd. 11 EUR, somit rd. 8 EUR höher (deutlich höhere Anzahl an opiatabhängigen Patienten mit Substitutionstherapie bei der WGKK). Siehe dazu schon den Bericht des RH Reihe Bund 2008/2 TZ 14 (Sonderindikationen).

Die Erklärung des Unterschieds zwischen der BVA und den Gebietskrankenkassen war durch die Unklarheiten im Bereich der Mehrfachversicherten (siehe TZ 5) und mögliche regionale Unterschiede erschwert. Die BVA wies darauf hin, dass ihre Anspruchsberechtigten nach der e-card-Statistik im Durchschnitt seltener einen Arzt aufsuchten als die Anspruchsberechtigten der Gebietskrankenkassen. Dies könne eine Steuerungswirkung der Behandlungsbeiträge von 20 % ausmachen. Aus der niedrigeren Zahl der Arztbesuche könne auch eine niedrigere Anzahl abgerechneter Heilmittel folgen.

33.2 (1) Der RH kritisierte, dass es keine monetäre Zielvorgabe für die Maßnahmen der Behandlungsökonomie der einzelnen Träger gab und die StGKK und die BVA keine quantifizierte Bewertung der Erfolge ihrer Maßnahmen durchführten. Dadurch fehlten die Grundlage für die Entwicklung von Steuerungsmaßnahmen zur Hebung der Ökonomiepotenziale und ein Maßstab für die Messung der erzielten Erfolge. Es blieb letztlich offen, ob die hohe Differenz zwischen dem in der Auswertung des Hauptverbands ausgewiesenen Potenzial (z.B. bei der WGKK rd. 25 Mio. EUR) und den tatsächlich erreichten und finanziell bewerteten Erfolgen (rd. 5 Mio. EUR bei der WGKK) auf eine zu hohe Potenzialschätzung des Hauptverbands, noch nicht vollständige Wirksamkeit der Maßnahmen der Träger oder auf noch nicht durch Maßnahmen abgedeckte Bereiche zurückging.

Der RH empfahl daher der StGKK, der WGKK und der BVA, für jedes Jahr monetäre Ziele für die Maßnahmen der Heilmittelökonomie zu setzen und die Zielerreichung bzw. -vorgabe zu evaluieren.

(2) Der RH begrüßte die gesetzten Maßnahmen zur Erreichung einer ökonomischen Verschreibweise, insbesondere

- die Entwicklung des Ökotools,
- die Vereinbarung einer Verpflichtung zu dessen Einsatz in den Gesamtverträgen der WGKK und der BVA,
- die Verstärkung der Heilmittelökonomie bei der WGKK entsprechend der Empfehlung des RH (Reihe Bund 2011/12) und die Einführung eines Maßnahmencontrollings,
- die Bemühungen sowohl bei der StGKK als auch bei der WGKK um eine zeitnahe Information und Beratung der Vertragspartner über Ökonomiepotenziale bei der Heilmittelverschreibung.

Er kritisierte jedoch, dass ohne Rückmeldung im Monitoring zum Kassensanierungspaket kein Soll–Prozess für die Maßnahmen zur Heilmittelökonomie entwickelt worden war und die Ergebnisse des im Kassensanierungspaket initiierten Projekts nicht verfügbar waren. Der RH empfahl dem Hauptverband, der StGKK, der WGKK und der BVA, künftig bei Abweichungen von der Vorgabe der trägerübergreifenden Steuerung die Entscheidungsträger umfassend zu informieren. Er kritisierte auch, dass die StGKK die verbindliche Nutzung des Ökotools im Gesamtvertrag noch nicht vereinbart hatte und empfahl der StGKK, dies umzusetzen.

(3) Der RH kritisierte, dass die vorgesehene Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) noch nicht existierte. Es blieb somit letztlich unklar, wann eine Verletzung des Ökonomiegebots konkret vorlag und wie diese zu ermitteln war.

Er empfahl daher dem Hauptverband, eine Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) zu erlassen. Er empfahl dem BMG, entsprechende Weisungen zur Erlassung der Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG zu erteilen.

(4) Der RH wies weiters darauf hin, dass eine Analyse der tatsächlichen Unterschiede zwischen den Trägern auch Hinweise für andere Steuerungsbereiche geben könnte, z.B. für den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (hinsichtlich der unterschiedlichen Verteilung von HIV- und Suchtkranken) oder für die Patientensteuerung der ärztlichen Hilfe durch Kostenbeteiligungen.

33.3 *(1) Stellungnahmen zur Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG*

a) Das BMG erläuterte, es habe bis dato von einer Weisung Abstand genommen, da der Hauptverband ein Nicht–Zustandekommen der Richtlinie nicht problematisiert habe.

b) Der Hauptverband nahm die Empfehlung des RH zur Kenntnis. Es habe bereits einen weitgehend ausverhandelten Entwurf zur Richtlinie gegeben, der letztlich aber nicht die Zustimmung der ärztlichen Standesvertretung und einzelner Träger gefunden habe.

(2) Stellungnahmen zur Setzung monetärer Ziele im Heilmittelbereich

a) Laut Stellungnahme der StGKK sehe die BSC vor, die Kostendynamik im Heilmittelsektor durch kassenspezifische strategische Ziele und

davon abgeleitete Maßnahmen einzubremsen. Eines der wesentlichen strategischen Ziele der StGKK sei die Kommunikation zum Thema ökonomische Verschreibweise. Dabei bereits im Vorfeld ein monetäres Einsparungsziel zu definieren, sei schwierig. Themen wie die Mitarbeit an der Heilmittel-Versorgungsforschung seien kostentechnisch ebenso nicht messbar. Ein weiterer Fokus werde auf die Kontrolle der bewilligungspflichtigen Heilmittelverordnungen gelegt. Es sei nicht abzuschätzen, wie viele Rezepte im kommenden Jahr ohne Einholung der entsprechenden Bewilligung verordnet würden. Es sei daher nicht möglich, im Voraus ein monetäres Ziel zu formulieren. Jene strategischen Ziele, die auf eine Kostenstabilisierung bzw. Kostensenkung bestimmter Medikamentengruppen ausgerichtet seien, würden bereits im Vorfeld finanziell bewertet und die gesetzten Maßnahmen evaluiert.

b) Gemäß WGKK würden in der BSC-Architektur der Sozialversicherung die Beiträge der SV-Träger und des Hauptverbands koordiniert. Auf Trägerebene sei es notwendig, dass alle Organisationseinheiten, die einen Beitrag leisten könnten, zusammenwirkten. Das Herunterbrechen auf Abteilungsebene bringe keinen Mehrwert und führe lediglich zu einer Erhöhung der Komplexität. Die Abteilung MBÖ (Medizinische Behandlungsökonomie) der WGKK setze eine Vielzahl von Maßnahmen, die einen Beitrag zur Zielerreichung lieferten und führe ein Maßnahmencontrolling. Alle Aktionen würden dokumentiert, evaluiert und bewertet.

(3) Stellungnahme zur verbindlichen Einführung des Ökotools

Die StGKK teilte mit, sie habe bereits in den Honorarverhandlungen für die Jahre 2013 und 2014 die Forderung nach einer verbindlichen Nutzung des Ökotools durch Vertragsärzte eingebracht. Eine vertragliche Regelung sei aufgrund der Anwendung der Tarifautomatik nicht zustande gekommen. In den Honorarverhandlungen für das Jahr 2015 habe die StGKK die Forderung erneuert.

33.4 (1) Gegenäußerung des RH zur Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG

Der RH wies insbesondere gegenüber dem BMG darauf hin, dass die gesetzlich vorgesehene Richtlinie hinsichtlich Heilmittelökonomie immer noch fehlte, obwohl gerade in diesem Bereich ein allgemeiner Konsens nicht erforderlich war, da das BMG eine entsprechende Weisung erlassen konnte. Es wäre nach Ansicht des RH durchaus auch Aufgabe des BMG, entsprechende Weisungen von sich aus, auch ohne Hinweis des Hauptverbands, zu erlassen. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung.

(2) Gegenäußerung des RH zur Setzung monetärer Ziele im Heilmittelbereich

Der RH nahm die von StGKK und WGKK angeführten Schwierigkeiten bei der Festlegung monetärer Ziele zur Kenntnis, hielt monetäre Ziele aber trotzdem für erforderlich. Angesichts der hohen Aufwendungen für Heilmittel und der hohen rechnerischen Einsparungsmöglichkeiten im Bereich der Heilmittelökonomie ist aus Sicht des RH unerlässlich, zu wissen, welche Aufgabe der einzelne Träger auch monetär zu bewältigen hat, und welche Aufgaben für übergeordnete, gesetzliche Maßnahmen verbleiben. Es muss für die Steuerung klar sein, wo welcher Teil der Verantwortung für die Beeinflussung des Heilmittelaufwandes liegt. Neben direkt monetär messbaren Zielen ist es natürlich möglich, auch qualitative Ziele vorzusehen. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Patientensteuerung

34.1 (1) Laut Ministerratsvortrag 2009 war eine Generikaförderung beispielsweise über alternative Regelungen der Rezeptgebühren zu entwickeln und gegebenenfalls umzusetzen. Durch eine geringere Rezeptgebühr für kostengünstigere wirkstoffgleiche Arzneispezialitäten gegenüber teureren Originalpräparaten konnte ein Anreiz für die Patienten entstehen, günstigere Heilmittel entweder selbst anzustreben oder jedenfalls kooperativ an einer Heilmittelumstellung mitzuarbeiten. Die Österreichische Ärztekammer und der Hauptverband begrüßten in ihren gemeinsamen Vorschlägen zu Einsparungsmöglichkeiten im Heilmittelbereich, die einen Teil des Kassensanierungspakets bildeten, ausdrücklich die Einführung einer niedrigeren Rezeptgebühr für kostengünstigere wirkstoffgleiche Heilmittel.

(2) Entgegen dieser Initiative beschlossen die leitenden Angestellten der Krankenversicherungsträger im Jahr 2010, das Thema nicht weiterzuverfolgen; dies u.a. mit der Begründung, dass neue Generika und Preise für die Patienten kaum zumutbare laufende Änderungen auslösen würden, starke Rechts- und Systemänderungen und hoher Marketingaufwand erforderlich sowie Probleme mit den Stakeholdern vorprogrammiert wären. Ein Bericht an den Ministerrat über die Änderung des Vorhabens erfolgte nicht. Das Modell wurde daher nicht umgesetzt. Zu einer gesetzlichen Umsetzung der differenzierten Rezeptgebühr kam es ebenfalls nicht.

(3) Ein Träger – die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) – versuchte allerdings seit dem Jahr 2009 im Rahmen des Pilotprojekts „Best Price Euro“, mittels eines Anreizsystems für ihre Versicherten den stagnierenden Prozentsatz an kostengünstigeren Nachfol-

gepräparaten (Generika) zu steigern. VAEB-Versicherte, denen ihr Arzt ein kostengünstigeres Generikum verordnete, erhielten von der VAEB dabei eine Vergütung von 1 EUR je abgegebener Packung. Die Vergütung erfolgte jährlich im Nachhinein im Rahmen des Behandlungsbeitrags. Im Jahr 2009 wurde vorerst für fünf ausgewählte Medikamentengruppen[97] dieses Projekt umgesetzt. Nach Angaben der VAEB ergab sich eine Reduktion der Anzahl der Verordnungen bzw. eine Kostenreduktion im Jahr 2009 von rd. 3,251 Mio. EUR. In rd. 45.000 Fällen erfolgte eine Umstellung der Medikamente. Die Ersparnis bewertete die VAEB mit rd. 1,10 Mio. EUR. Der Vorstand der VAEB beschloss am 9. Dezember 2009 eine Erweiterung der Medikamentengruppen um fünf weitere Gruppen. Insgesamt wurden im Jahr 2013 rd. 1,137 Mio. Heilmittel als kostengünstig bewertet und mit 1 EUR je verordnete Packung honoriert. Seit Beginn des Projekts erhielten die VAEB-Versicherten rd. 5,6 Mio. EUR refundiert.

(4) Ein trägerübergreifendes Konzept, wie eine Einbeziehung der Patienten in die Bemühungen für eine ökonomische Verschreibweise erfolgen konnte, lag nicht vor.

34.2 Der RH hielt eine Einbeziehung der Patienten in die Bemühungen für eine ökonomische Verschreibweise für wesentlich. Er wies auf die entsprechende Vorgabe durch den Ministerrat hin und hob kritisch hervor, dass – obwohl Ärztekammer und Hauptverband eine differenzierte Rezeptgebühr ausdrücklich begrüßt hatten – die leitenden Angestellten beschlossen hatten, das Projekt nicht weiter zu verfolgen. Der RH kritisierte, dass die einzige substantielle Planung für eine Einbeziehung der Patienten in die Bemühungen für eine ökonomische Verschreibweise ohne Alternativvorschlag und Bericht an den Ministerrat beendet wurde.

Der RH hob positiv hervor, dass die VAEB diesbezüglich ein Pilotprojekt durchgeführt hatte und wies auf die dort erzielten Erfolge hin.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der StGKK, der WGKK und der BVA, als Teil ihrer Heilmittelstrategie auch ein Konzept über Maßnahmen mit direktem Bezug zu den Patienten zu erstellen.

34.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die angesprochene Senkung der Rezeptgebühr bei der Verschreibung von Generika sei im Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode unter dem Titel „Gesundheit" vorgesehen gewesen, jedoch mangels politischen*

[97] A02BC Protonenpumpenhemmer, C09AA ACE-Hemmer, rein, C09BA ACE-Hemmer und Diuretika, C10AA HMG-CoA- Reduktasehemmer und N06AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer