



**Der
Rechnungshof**

Reihe BUND
2008/2

Bericht des Rechnungshofes

Vergleich
Wiener Gebietskrankenkasse
mit Oberösterreichischer
Gebietskrankenkasse

**Bisher erschienen:**

Reihe Bund 2008/1 Bericht des Rechnungshofes
– Spanische Hofreitschule – Bundesgestüt Piber
– Sicherheit auf Nebenbahnen;
 Auswirkung auf ein Regionalbahnkonzept

Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8450

Fax (00 43 1) 712 49 17

E-Mail presse@rechnungshof.gv.at**Impressum**

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik:

Rechnungshof

Druck:

Wiener Zeitung Digitale Publikationen GmbH

Herausgegeben:

Wien, im Februar 2008



Bericht des Rechnungshofes

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

Vorbemerkungen	<u>Vorlage an den Nationalrat</u>	1
	<u>Darstellung des Prüfungsergebnisses</u>	1
BMGFJ	Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend	
	Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse	
	<u>Abbildungsverzeichnis</u>	B
	<u>Kurzfassung</u>	3
	<u>Prüfungsablauf und –gegenstand</u>	7
	<u>Finanzielle Lage</u>	7
	<u>Ursachen für Finanzprobleme</u>	14
	<u>Benchmarking ärztliche Hilfe</u>	16
	<u>Heilmittel</u>	26
	<u>Sonstiges</u>	28
	<u>Effekte gesetzlicher Maßnahmen</u>	36
	<u>Schlussbemerkungen</u>	39

Inhalt



Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1a: Nettobetriebsergebnis in Prozent der Einnahmen	8
Abbildung 1b: Reinvermögen	8
Abbildung 2a: WGKK; Tage mit Barvorlagen	10
Abbildung 2b: WGKK; Zinsaufwand und Finanzergebnis	10
Abbildung 3: Differenz zwischen WGKK und OÖGKK je Anspruchsberechtigten 2006 (in EUR)	14
Abbildung 4a: Ärztliche Hilfe je Versicherten	15
Abbildung 4b: Heilmittel je Versicherten	15
Abbildung 5: Entwicklung der Heilmittelkosten je Versicherten 1993 bis 2006	26
Abbildung 6: Differenz der Heilmittelkosten je Anspruchs- berechtigten der WGKK und der OÖGKK (in EUR)	27
Abbildung 7: Verwaltungsaufwand je Versicherten	30

Abkürzungen

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BM...	Bundesministerium...
BMF	für Finanzen
BMGF	für Gesundheit und Familie
BMGFJ	für Gesundheit, Familie und Jugend
BMWA	für Wirtschaft und Arbeit
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
EU	Europäische Union
EUR	Euro
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
Mill.	Million(en)
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
VfGH	Verfassungsgerichtshof
Z	Ziffer

Weitere Abkürzungen sind bei der erstmaligen Erwähnung im Text angeführt.



Vorbemerkungen

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

Der RH erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 B-VG nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Darstellung des Prüfungsergebnisses

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den RH (Kennzeichnung mit 2), *die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des RH (Kennzeichnung mit 4) aneinander gereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

Der vorliegende Bericht des RH ist nach der Vorlage über die Website des RH „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Die nachhaltige Versorgung der Wiener Bevölkerung war 2006 aus eigenen Mitteln der Wiener Gebietskrankenkasse nicht gesichert. Die Überschuldung war so hoch, dass die Wiener Gebietskrankenkasse vom guten Willen der Gläubiger, ihr weitere Kredite einzuräumen, abhängig war. Ein Kredit, den die Wiener Gebietskrankenkasse heute aufnimmt, kann voraussichtlich nur durch weitere Kreditaufnahmen in der Zukunft abgedeckt werden. Hingegen ist es der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse – nicht zuletzt durch die Umsetzung der Empfehlungen des RH – gelungen, das beste Gebarungsergebnis aller Gebietskrankenkassen zu erreichen.

Kurzfassung

Die Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) wies 2006 den größten Gebarungsabgang aller Krankenversicherungsträger (KV-Träger) aus. Bereits im Jahr 1994 hatte der RH die Gebarung der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) überprüft und dabei zahlreiche Verbesserungspotenziale aufgezeigt. Der OÖGKK ist es nicht zuletzt durch die Umsetzung seiner Empfehlungen gelungen, das beste Gebarungsergebnis aller Gebietskrankenkassen zu erreichen. Der RH unterzog daher beide Kassen einem näheren Vergleich, um Verbesserungsmöglichkeiten für die WGKK aufzuzeigen. (TZ 1)

Prüfungsziele waren daher die Einschätzung der finanziellen Lage der WGKK und der OÖGKK sowie die Analyse der – stark voneinander abweichenden – Betriebsergebnisse der beiden Kassen. (TZ 1)

Die finanzielle Lage der WGKK, die seit 1999 durchgehend ein negatives Betriebsergebnis auswies, war Ende 2006 äußerst besorgniserregend. Allein die Fremdfinanzierungskosten werden die WGKK in den Jahren 2007 und 2008 mit weiteren 45 Mill. EUR belasten. Ein Konzept zur Sanierung der WGKK aus eigenen Mitteln lag nicht vor. (TZ 3)

Kurzfassung

Die WGKK verfügte zwar je Anspruchsberechtigten um rd. 108 EUR höhere Einnahmen als die OÖGKK, gab aber um rd. 106 EUR mehr für ärztliche Hilfe und um rd. 71 EUR mehr für Heilmittel aus; daraus entstand im Jahr 2006 ein Mehraufwand von insgesamt rd. 260 Mill. EUR. (TZ 4)

Die WGKK war insbesondere bei der Steuerung der Kosten der ärztlichen Hilfe und der Heilmittel weniger erfolgreich als die OÖGKK. Daraus entstand 2006 ein Mehraufwand von rd. 80 Mill. EUR für die WGKK. (TZ 5)

Von den höheren Ausgaben der WGKK für ärztliche Hilfe in Höhe von 106 EUR je Anspruchsberechtigten waren rd. 41 EUR auf die unterschiedlichen Kosten je Fall, rd. 34 EUR auf die unterschiedliche Struktur der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (Allgemeinmediziner, allgemeine Fachärzte, technische Fachärzte) und rd. 31 EUR auf die häufigere Inanspruchnahme von (verschiedenen) Ärzten zurückzuführen. (TZ 6)

Eine Untersuchung jener Leistungen, die 80 % des Aufwandes in den einzelnen Fachgruppen darstellten, ergab für die WGKK Mehrkosten von rd. 27,9 Mill. EUR aufgrund höherer Tarife. (TZ 8)

Während die OÖGKK eine vom RH 1994 empfohlene Honorarsummenbegrenzung vereinbarte, die sich 2006 im Ausmaß von rd. 28,8 Mill. EUR preisreduzierend auswirkte, konnte die WGKK eine solche Maßnahme bisher nicht durchsetzen. (TZ 9)

Die höhere Frequenz vergleichbarer Leistungen verursachte bei der WGKK einen Mehraufwand von rd. 17,4 Mill. EUR. (TZ 10)

Ungünstige Pauschalierungen und die unterschiedliche Ärztedichte wirkten sich nachteilig auf die WGKK aus. (TZ 11, 12)

Von den höheren Heilmittelkosten je Anspruchsberechtigten bei der WGKK waren 26 EUR auf die höhere Krankheitshäufigkeit, weitere 16 EUR auf höhere Kosten je Patient und 35 EUR auf einen höheren Patientenanteil zurückzuführen. (TZ 14)

Die WGKK gewährte bereits seit 2006 keinerlei freiwillige Leistungen bzw. satzungsmäßige Mehrleistungen. (TZ 15)



Kurzfassung

BMGFJ

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

Die Auslagerung von OP-Freigaben in den niedergelassenen Bereich belastete die WGKK mit rd. 7 Mill. EUR. (TZ 16)

Der Verwaltungsaufwand je Anspruchsberechtigten war bei der WGKK um rd. 7 EUR höher als bei der OÖGKK. (TZ 17)

Der Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen konnte weder den Abgang der Gebietskrankenkassen noch die finanzielle Belastung durch den Betrieb des Hanusch-Krankenhauses zur Gänze ausgleichen. (TZ 18, 19)

Für den Fall der Zahlungsunfähigkeit eines KV-Trägers bestanden keine klaren Vorgaben; eine Evaluierung bzw. Änderung gesetzlicher Maßnahmen könnte Abhilfe schaffen. (TZ 23, 24)

Sonstige Feststellungen bzw. Empfehlungen betrafen die Vertragsgestaltung mit Vertragsärzten, die so genannte Fremdkassenabrechnung sowie den Abschluss von Gesamtverträgen. (TZ 12, 21, 22)

**Kenndaten zur Wiener Gebietskrankenkasse sowie zur
Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse**

Wiener Gebietskrankenkasse

	2002	2003	2004	2005	2006
			in Mill. EUR		
Summe der Erträge	1.964,3	1.978,2	2.089,5	2.189,5	2.283,9
Summe der Aufwendungen ¹⁾	2.133,1	2.162,1	2.238,6	2.288,8	2.374,7
Bilanzgewinn/Bilanzverlust	- 43,2	- 75,9	- 125,4	- 38,7	- 71,2
			Anzahl		
Anspruchsberechtigte Personalstand ²⁾	1.390.300 3.597,6	1.400.437 3.511,4	1.406.660 3.473,5	1.433.987 3.467,7	1.463.115 3.509,0
davon Verwaltung und Verrechnung ³⁾	1.232,0	1.221,0	1.201,0	1.187,0	1.217,0
Anspruchsberechtigte je Verwaltungsbediensteten	1.128,5	1.147,0	1.171,2	1.208,1	1.202,2

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

			in Mill. EUR		
Summe der Erträge	1.284,0	1.322,8	1.398,4	1.465,5	1.537,8
Summe der Aufwendungen ¹⁾	1.298,5	1.326,0	1.386,7	1.440,9	1.501,0
Bilanzgewinn/Bilanzverlust	- 25,3	- 3,4	0,4	11,2	15,0
			Anzahl		
Anspruchsberechtigte Personalstand ²⁾	1.091.900 1.653,5	1.097.243 1.630,6	1.108.654 1.626,3	1.126.072 1.662,8	1.144.581 1.702,6
davon Verwaltung und Verrechnung ³⁾	876,0	855,0	848,0	880,0	920,0
Anspruchsberechtigte je Verwaltungsbediensteten	1.246,5	1.283,3	1.307,4	1.279,6	1.244,1

¹⁾ einschließlich Umsatzsteuer

²⁾ einschließlich eigene Einrichtungen

³⁾ ohne Ärzte, ärztliches Hilfspersonal und Hauspersonal

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 Der RH überprüfte von Mai bis Juli 2007 die Gebarung der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) und des Ausgleichsfonds beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**). Zu dem Mitte Oktober 2007 übermittelten Prüfungsergebnis gaben die beiden Gebietskrankenkassen im November vorläufige Stellungnahmen ab; die WGKK reichte im Jänner 2008 nach Beschlussfassung in den Verwaltungskörpern eine ergänzende Stellungnahme nach.

Der Hauptverband nahm im Dezember 2007 und das BMGFJ im Jänner 2008 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Februar 2008.

Der RH hatte im Jahr 1994 die Gebarung der OÖGKK überprüft¹⁾ und zahlreiche Verbesserungspotenziale im Bereich der Organisation, des Personals, der Außenstellen, der eigenen Einrichtungen und der Ärztesamtverträge aufgezeigt. Der OÖGKK ist es – nicht zuletzt durch die Umsetzung der Empfehlungen des RH – gelungen, das beste Gebarungsergebnis aller Gebietskrankenkassen zu erreichen.

¹⁾ Reihe Bund 1996/4

Da die WGKK hingegen 2006 den größten Gebarungsabgang aller Krankenversicherungsträger (**KV-Träger**) auswies, unterzog der RH beide Kassen einem näheren Vergleich, um Verbesserungsmöglichkeiten für die WGKK aufzuzeigen.

Dazu untersuchte der RH die Entwicklung der beiden Kassen seit 1993, um die Auswirkungen der getroffenen Maßnahmen entsprechend beurteilen zu können.

Finanzielle Lage

Betriebsergebnis und Reinvermögen

2.1 Die folgenden Abbildungen zeigen das Nettobetriebsergebnis der WGKK und der OÖGKK in Prozent ihrer jeweiligen Einnahmen sowie das Reinvermögen der beiden Kassen in Mill. EUR.

Finanzielle Lage

Abbildung 1a: Nettobetriebsergebnis in Prozent der Einnahmen

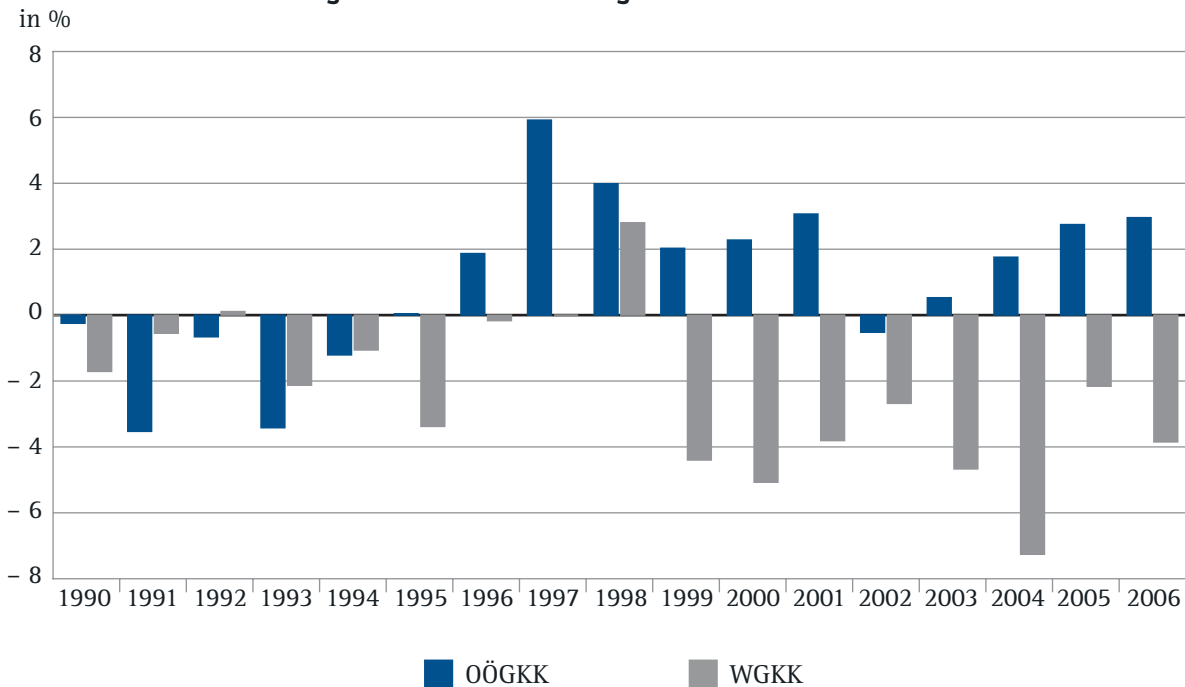
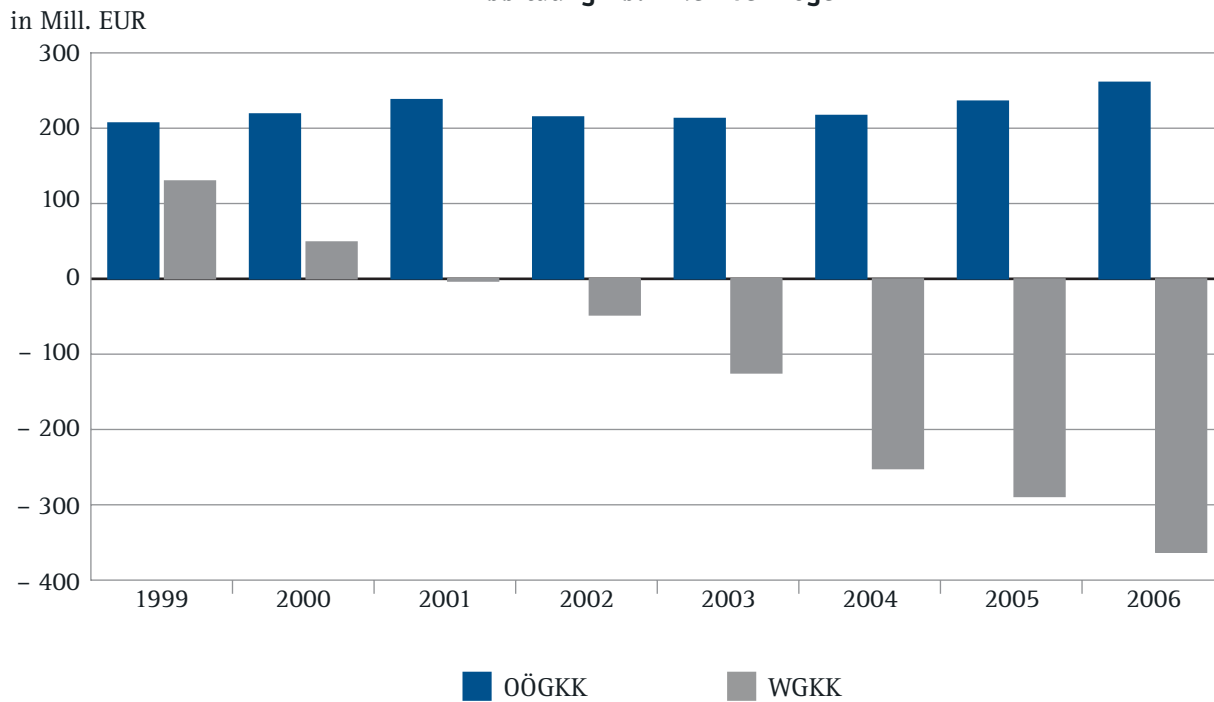


Abbildung 1b: Reinvermögen





Finanzielle Lage

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

2.2 Der RH stellte fest, dass

- das Nettobetriebsergebnis (in Prozent der Einnahmen) der WGKK seit 1995 schlechter als jenes der OÖGKK war,
- das Nettobetriebsergebnis der WGKK seit 1999 durchgehend negativ war und
- seit 2001 auch das Reinvermögen der WGKK negativ war; es betrug 2006 rd. – 360 Mill. EUR.

2.3 *Laut Stellungnahme der WGKK werde das Reinvermögen Ende 2007 voraussichtlich rd. – 480 Mill. EUR betragen.*

Barvorlagen und
Finanzergebnis

3.1 Die WGKK konnte bereits ab dem Jahr 1999 nicht mehr die Leistungssicherungsrücklage, die kurzfristige negative Ergebnisse einer Gebietskrankenkasse ausgleichen sollte, in der gesetzlich vorgesehenen Höhe dotieren; ab 2001 war sie zur Gänze aufgebraucht.

Trotz des negativen Reinvermögens erzielte die WGKK durch die Nutzung der Liquiditäts- und Zinsvorteile aus den Treuhandgeldern¹⁾ noch bis zum Jahr 2005 ein positives Finanzergebnis²⁾. Dadurch konnte die WGKK auch langfristige Finanzanlagen mit höherer Verzinsung halten und zinsgünstige Kredite aufnehmen. Im Jahr 2006 war das Finanzergebnis erstmals negativ.

¹⁾ Die Gebietskrankenkassen heben neben den eigenen Beiträgen unter anderem auch die Beiträge für die Pensions-, Unfall- und Arbeitslosenversicherung ein und profitieren bis zur Abfuhr dieser Treuhandgelder an die jeweiligen Versicherungsträger vom Zinsertrag.

²⁾ Saldo aus Vermögenserträgen minus Finanzaufwendungen

Konnte die WGKK in den ersten Jahren mit negativem Betriebsergebnis ihre Verbindlichkeiten noch überwiegend aus eigenen Mitteln bedienen, musste sie ab 2000 in zunehmendem Ausmaß – im Jahr 2006 sogar an 363 von 365 Tagen – auf Barvorlagen³⁾ zurückgreifen.

³⁾ kurzfristige Ausleihung zur Sicherung der Liquidität



Finanzielle Lage

Abbildung 2a: WGKK; Tage mit Barvorlagen

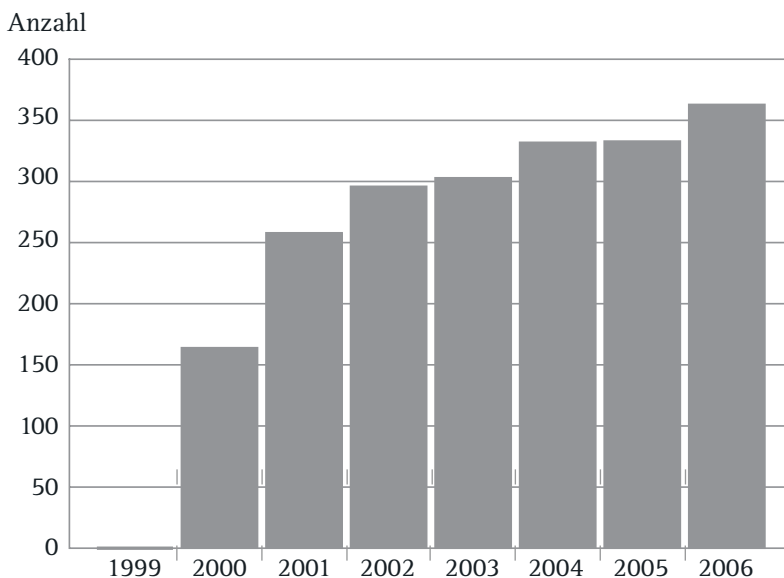
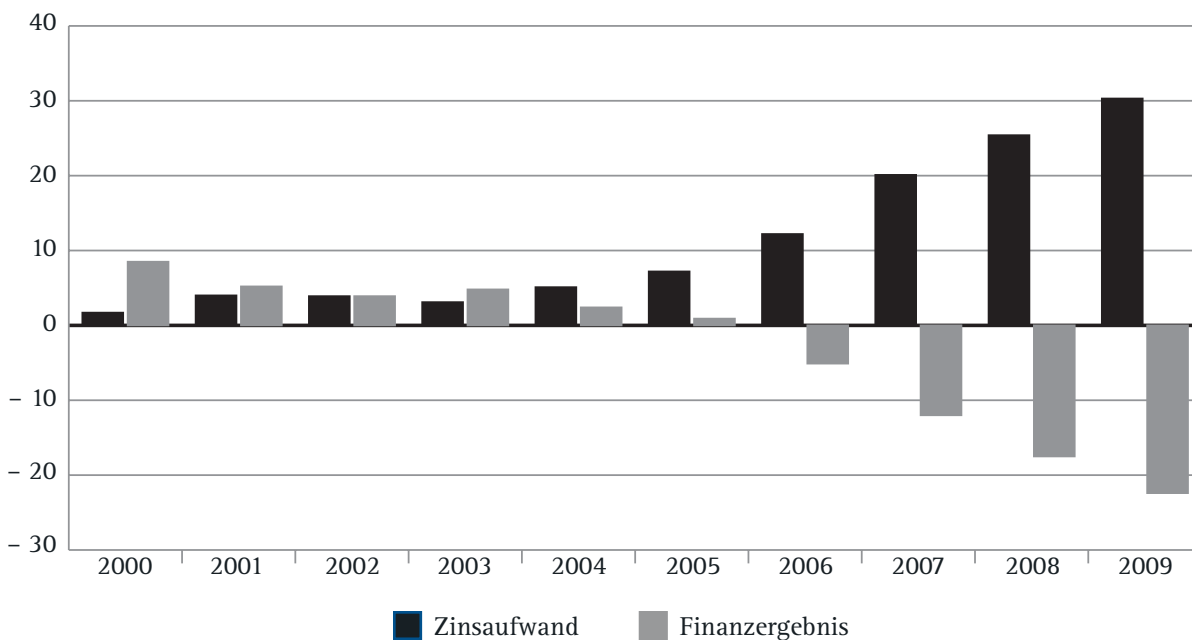


Abbildung 2b: WGKK; Zinsaufwand und Finanzergebnis

in Mill. EUR



**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

Die WGKK holte 2003 ein externes Gutachten ein, wonach der Bund unter bestimmten Umständen für Ausfälle der WGKK hafte. Trotzdem erweiterten bereits 2004 nicht alle Gläubigerbanken das Kreditlimit der WGKK. Ende 2006 war die Bundesfinanzierungsagentur Hauptgläubiger der WGKK mit ca. 70 % der ausstehenden Verbindlichkeiten.

Das Büro der WGKK informierte die Gremien der Selbstverwaltung umfassend über die jeweilige finanzielle Lage. Die WGKK veröffentlichte in den Jahresabschlüssen ein korrektes Abbild ihrer schlechten finanziellen Lage. Dennoch existierte kein Konzept zur Sanierung aus eigenen Mitteln.

3.2 Die finanzielle Lage der WGKK war äußerst besorgniserregend:

(1) Im Jahr 2006 erreichte die Überschuldung ein Niveau, das die Versorgung der Bevölkerung vom guten Willen der Gläubiger, der WGKK weitere Kredite einzuräumen, abhängig machte. Ein Kredit, den die WGKK heute aufnimmt, kann voraussichtlich nur durch weitere Kreditaufnahmen in der Zukunft abgedeckt werden. Dies belastet die Versicherten mit zunehmenden Fremdfinanzierungskosten (laut Rechnungsabschluss bzw. Gebarungsvorschau 12 Mill. EUR im Jahr 2006, 20 Mill. EUR im Jahr 2007, 25 Mill. EUR im Jahr 2008).

(2) Eine Bundeshaftung ist zwar für die Pensionsversicherung (in § 80 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG) explizit verankert, für die Krankenversicherung jedoch nicht. Laut dem bereits erwähnten Gutachten ist die WGKK bei Vorliegen materieller Zahlungsunfähigkeit konkursfähig und –pflichtig. Die Aufnahme von Krediten ist nur zulässig, wenn deren Rückzahlung gesichert erscheint.

(3) Maßnahmen zur Sanierung der WGKK können in folgenden Bereichen getroffen werden:

- durch weitere Rationalisierungen im eigenen Wirkungsbereich der WGKK,
- durch Einsparungen bei den Vertragspartnern (insbesondere bei den Tarifen für Leistungen der ärztlichen Hilfe),
- durch Dämpfung der Ausgaben für Heilmittel,
- durch entsprechende Maßnahmen des Gesetzgebers.

Finanzielle Lage

Der RH empfahl daher der WGKK und dem BMGFJ, umgehend ein Sanierungskonzept mit den entsprechenden kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen zu erstellen, um die finanzielle Leistungsfähigkeit der WGKK nachhaltig zu sichern.

3.3 *Die WGKK betonte, sie habe mit der Streichung der Gewährung freiwilliger Leistungen und der Ausschöpfung des Einsparungspotenzials bei den satzungsmäßigen Leistungen ihren Handlungsspielraum im Leistungsrecht de facto gänzlich ausgeschöpft. Auch den Verwaltungskostendeckel habe sie mit größter Anstrengung eingehalten.*

Im Vertragspartnerbereich (insbesondere im Bereich der ärztlichen Hilfe) habe sie wiederholt (gegenüber dem Hauptverband bzw. den jeweils zuständigen Bundesministerien) die Umsetzung begleitender Maßnahmen, wie die leichtere Lösbarkeit von Verträgen und die Einführung einer Altersgrenze von 65 Jahren für die Vertragsärzte, gefordert. Sie betonte, dass es für Einsparungen bei den Tarifen für ärztliche Hilfe einer Einigung mit der Wiener Ärztekammer bedürfe; eine solche scheinere derzeit zweifelhaft.

Zur Entkräftung des Vorhalts, es hätte kein Konzept zur Sanierung der finanziellen Lage aus eigenen Mitteln existiert, schloss sie eine umfangreiche Auflistung einnahmen- und ausgabenseitiger Maßnahmen an, die jedoch Gesetzesänderungen erfordern würden. Sie schlug unter anderem

- die Senkung des Umsatzsteuersatzes für Medikamente auf 10 %,*
- die vollständige Abgeltung der Vorsteuerbelastung durch das Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz,*
- die Erhöhung der Einnahmen für Arbeitslose, Zivildienstler und geringfügig Beschäftigte,*
- die Wiedereinführung des Ruhens von Sachleistungsansprüchen im Ausland (ausgenommen EU- bzw. EWR- und Vertragsstaaten),*
- die Senkung der Beiträge der KV-Träger zur Finanzierung der Krankenanstalten sowie*
- den vollen Ersatz des Aufwandes für Wochengeld und In-vitro-Fertilisationen*

vor.

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

Die Beiträge der KV-Träger in den Ausgleichsfonds sollten auf 4 % verdoppelt werden, der Bund sollte von 2008 bis 2012 jährlich einen Beitrag von 100 Mill. EUR an den Ausgleichsfonds leisten. Der Betrieb des Hanusch-Krankenhauses sollte im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung als Sachleistung berücksichtigt werden.

Die WGKK wies ferner darauf hin, dass nach einem von ihr in Auftrag gegebenen Gutachten dem Bund die funktionssichernde Finanzverantwortung für die gesetzliche Krankenversicherung obliege. Daher „wären Finanzierungslücken, die nicht auf andere Weise geschlossen werden können, auch vom Bund zu tragen. Andernfalls ginge der soziale Schutz durch Insolvenz eines Trägers verloren“.

Der Hauptverband wies darauf hin, dass er die finanzielle Lage der WGKK bereits in Gesprächen mit den zuständigen Ministerien und dem Bundeskanzleramt dargestellt habe.

Das BMGFJ betonte, dass die Selbstverwaltung gerade im Sachleistungsbereich auf dem Verhandlungsweg mit den Vertragspartnern erhebliche Einsparungen bewirken könne. Dieser Handlungsspielraum scheine von der WGKK bei Weitem noch nicht ausgeschöpft zu sein. Es teilte die Auffassung des RH, dass zwar keine Bundeshaftung für die Krankenversicherung bestehe, aber zur Verbesserung der finanziellen Lage der Gebietskrankenkassen nachhaltige Maßnahmen notwendig seien.

- 3.4** Der RH vermisste in der umfangreichen Auflistung der Sanierungsvorschläge der WGKK Maßnahmen, die sie selbst im eigenen Wirkungsbereich umsetzen könnte.

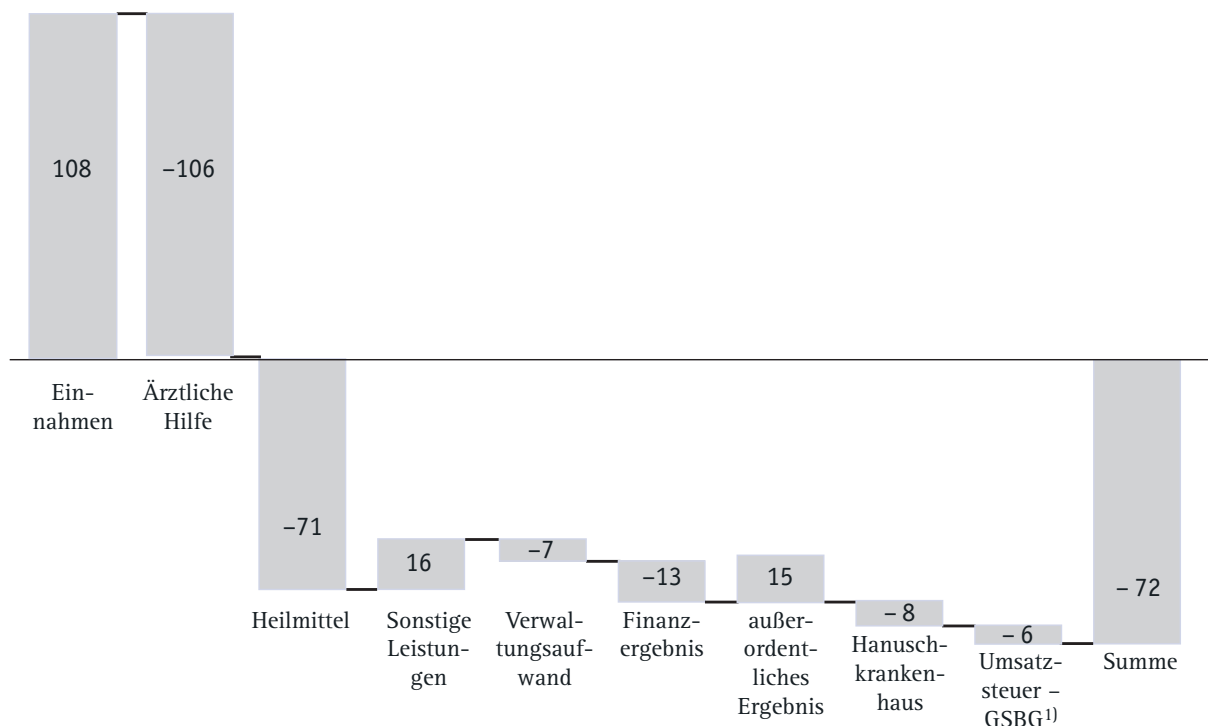
Ein Nachweis der WGKK, die Finanzierungslücken nicht anders als durch Maßnahmen des Bundes schließen zu können, lag nicht vor.

Ursachen der Finanzprobleme

Höhere Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel

4.1 Annähernd der gesamte Unterschied im Betriebsergebnis der beiden Gebietskrankenkassen wurde durch die höheren Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel bei der WGKK verursacht:

Abbildung 3: Differenz zwischen WGKK und OÖGKK je Anspruchsberechtigten 2006 (in EUR)



¹⁾ Differenz aus Umsatzsteuer minus Beihilfe gemäß Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz

Die WGKK verfügte zwar je Anspruchsberechtigten um rd. 108 EUR höhere Einnahmen als die OÖGKK, gab aber um 106 EUR mehr für ärztliche Hilfe und um rd. 71 EUR mehr für Heilmittel aus; daraus entstand im Jahr 2006 ein Mehraufwand von insgesamt rd. 260 Mill. EUR.

4.2 Der RH stellte fest, dass das daraus entstandene negative Ergebnis durch die übrigen Ausgabenpositionen nicht mehr wesentlich verändert wurde. Daher unterzog er die Ausgabenpositionen ärztliche Hilfe und Heilmittel einer genaueren Analyse.



Ursachen der Finanzprobleme

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Höhere Ausgabensteigerung

5.1 Die folgenden Abbildungen stellen die unterschiedliche Entwicklung der Ausgaben für ärztliche Hilfe je Versicherten und für Heilmittel je Versicherten bei der WGKK und der OÖGKK dar:

Abbildung 4a: Ärztliche Hilfe je Versicherten

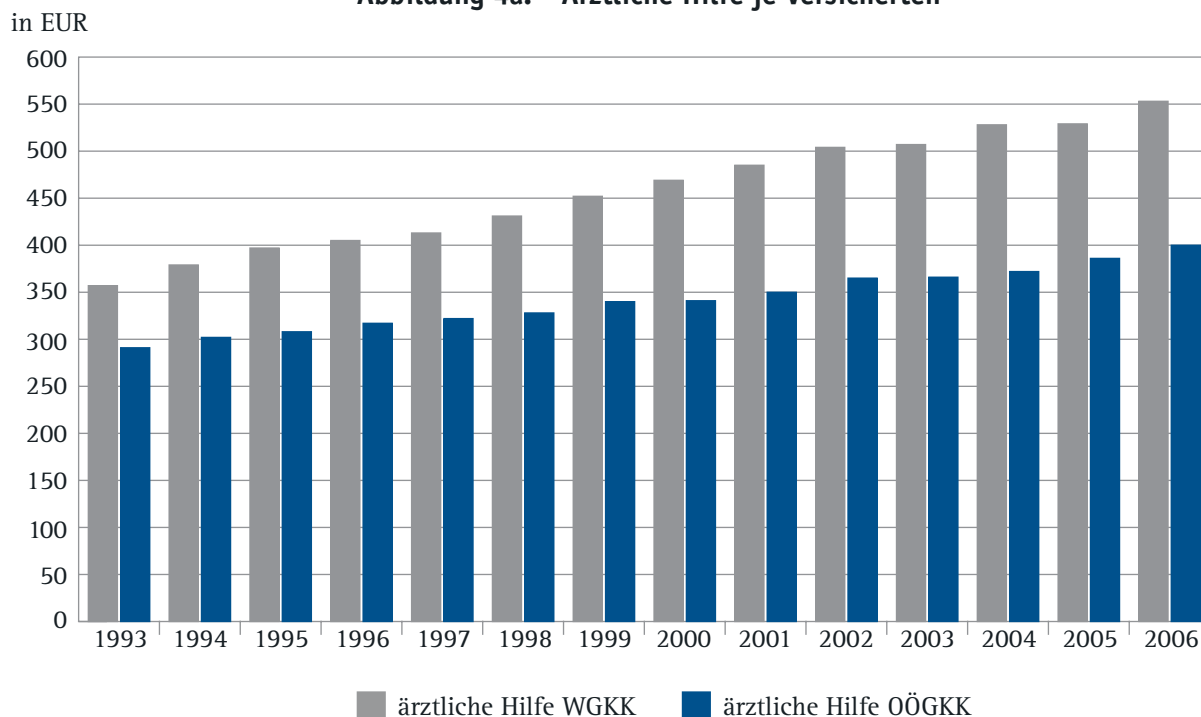
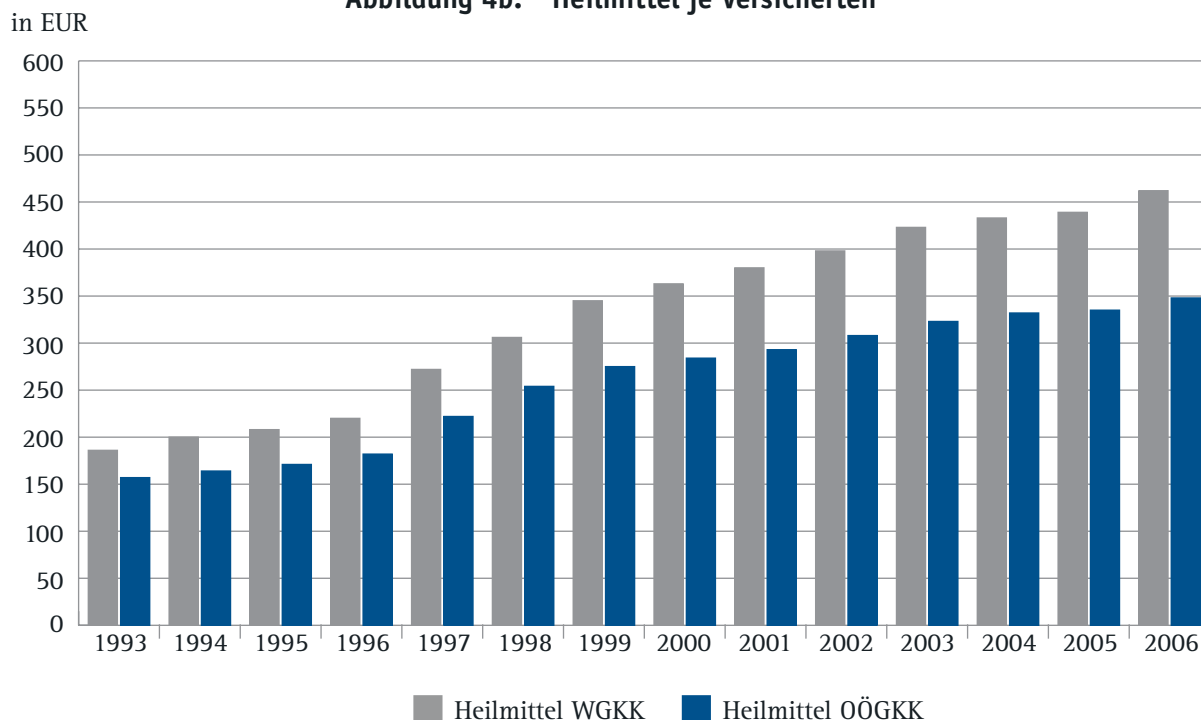


Abbildung 4b: Heilmittel je Versicherten



Ursachen der Finanzprobleme

Zwischen 1993 und 2006 stiegen die Ausgaben je Versicherten für ärztliche Hilfe bei der WGKK um 54,9 %, bei der OÖGKK nur um 37,5 %; die Ausgaben je Versicherten für Heilmittel stiegen bei der WGKK um 148,4 %, bei der OÖGKK um 121,7 %.

Im gleichen Zeitraum erhöhte sich die Anzahl der Versicherten in Oberösterreich um 17 %, in Wien um 3 %. Der höhere Zuwachs an Versicherten begünstigte die OÖGKK, weil neue Versicherte niedrigere Behandlungskosten verursachen und damit die durchschnittlichen Behandlungskosten senken.

- 5.2** Der RH bewertete die höhere Steigerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel bei der WGKK gegenüber der OÖGKK mit rd. 120 Mill. EUR (2006).¹⁾ Davon waren aber rd. 40 Mill. EUR auf die ungünstige Entwicklung der Versichertenanzahl zurückzuführen.

¹⁾ ärztliche Hilfe: 67,5 Mill. EUR; Heilmittel 54 Mill. EUR

Die Ausgaben der WGKK wären somit im Jahr 2006 um rd. 80 Mill. EUR niedriger gewesen, wenn es ihr gelungen wäre, den Anstieg der Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel in einem Ausmaß wie die OÖGKK zu begrenzen.

Der RH empfahl daher der WGKK die Nutzung dieses Potenzials.

Benchmarking ärztliche Hilfe

Ursachen für höhere Kosten je Anspruchsberechtigten

- 6.1** Die Ausgaben für ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten waren bei der WGKK 2006 – wie bereits erwähnt – um 106 EUR höher als bei der OÖGKK. Eine exakte Zuordnung zu bestimmten Krankheiten und deren Häufigkeit war nicht möglich, weil die beiden Gebietskrankenkassen über keine entsprechenden Daten verfügten.

- 6.2** Wie der RH gemeinsam mit den geprüften Stellen feststellte, begründeten sich diese 106 EUR je Anspruchsberechtigten wie folgt:

– Rd. 41 EUR waren auf die unterschiedlichen Kosten je Fall zurückzuführen.²⁾ Die Kosten je Fall geben wieder, was die Versorgung eines Patienten bei einem bestimmten Arzt in einem Quartal kostet³⁾;

²⁾ Diese Kosten setzen sich aus einer Fallpauschale und gesondert verrechenbaren Einzelleistungen zusammen. Bei der WGKK und der OÖGKK ist die Struktur der Vergütung nicht ident; teilweise werden in einer Kasse Leistungen gesondert vergütet, die bei der anderen Kasse in der Fallpauschale enthalten sind.

³⁾ So kostete z.B. die Versorgung eines Falles bei einem Facharzt für Augenheilkunde bei der WGKK im Schnitt 46 EUR, bei der OÖGKK 36 EUR.



Benchmarking ärztliche Hilfe

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

- Rd. 34 EUR entfielen auf die unterschiedliche Struktur der Inanspruchnahme der Ärzte. Bei der WGKK wurden mehr Patienten zu technischen Fachärzten (z.B. Labor, Radiologie) überwiesen.¹⁾ Die durchschnittlichen Folgekosten eines Falles waren daher für die WGKK um ca. 31 EUR je Anspruchsberechtigten höher als für die OÖGKK. Außerdem nahmen die Patienten der WGKK mehr (teurere) Fachärzte und weniger (billige) Allgemeinmediziner in Anspruch als die der OÖGKK²⁾;

¹⁾ Für den Besuch eines technischen Facharztes ist eine Überweisung notwendig. Die Überweisungsquote lag in Wien bei 52 %, in Oberösterreich bei 36 %.

²⁾ Bei der WGKK wurde in 53 % aller Fälle ein Facharzt in Anspruch genommen, bei der ÖGKK in 38 %.

- Rd. 31 EUR waren darauf zurückzuführen, dass die Anspruchsberechtigten der WGKK mehrere Ärzte – und noch dazu häufiger – als die der OÖGKK in Anspruch nahmen.

Der RH wies darauf hin, dass die Faktoren, die unmittelbar auf die Patienten zurückgehen (Anzahl Patienten je Anspruchsberechtigten, Fälle je Patient) nur rd. 30 % des Unterschiedes (31 EUR) erklärten.

Der RH verkannte nicht, dass eine höhere Krankheitsrate bzw. schwerere Erkrankungen auch mehr technische Untersuchungen oder mehr Leistungen je Fall notwendig machen und damit höhere Kosten je Fall verursachen können. Insbesondere die Unterschiede im Betrag je Fall innerhalb derselben Facharztgruppen und die Unterschiede bei den technischen Folgekosten wiesen aber auf unterschiedliche Wirtschaftlichkeit hin.

Der RH regte daher gegenüber der WGKK, der OÖGKK sowie dem Hauptverband an, standardisierte Diagnosen und einheitliche Behandlungsrichtlinien zu erstellen, um eine eindeutige Ursachenanalyse der höheren Kosten zu ermöglichen.

- 6.3** *Laut Stellungnahme der WGKK führe die leichtere Erreichbarkeit und höhere Facharztdichte in Wien zu einer immer häufigeren direkten Inanspruchnahme und damit auch zu höheren Kosten. Innsbruck, Linz und Salzburg hätten sogar eine noch höhere Vertrags(fach)arztdichte als Wien; bei den übrigen KV-Trägern würde dieser so genannte Großstadtfaktor jedoch durch die außerhalb der Ballungsräume liegenden Strukturen egalisiert. Außerdem führe die höhere Ärztedichte in Wien z.B. bei Diabetes zu früheren Spitalsentlassungen und damit zu höheren Nachsorgekosten im niedergelassenen Bereich.*

Benchmarking ärztliche Hilfe

- 6.4** Da die durchschnittliche Aufenthaltsdauer bei Diabetes in Wien 13,29 Tage beträgt, in Oberösterreich hingegen nur 10,03 Tage¹⁾, waren für den RH die behaupteten früheren Spitalsentlassungen in Wien nicht nachvollziehbar.

¹⁾ Rieder, A., et al., Österreichischer Diabetesbericht 2004, Wien, S. 83

Ärztelkostenstatistik

- 7.1** Die Ärztelkostenstatistik des Hauptverbandes gibt einen Überblick über die Anzahl der abgerechneten Fälle, der Vertragsärzte und deren Umsätze mit den KV-Trägern.
- 7.2** Der RH stellte im Zuge seiner Überprüfung fest, dass die höheren Kosten je Fall bei der WGKK zu den Mehrausgaben für ärztliche Hilfe beitragen.
- 7.3** *Laut Stellungnahme der WGKK seien die höheren Kosten je Fall bei der WGKK nur durch die Fachgruppe Augenheilkunde belegt. Wie die Ärztelkostenstatistik des Hauptverbandes über alle „S 2-Kassen“²⁾ zeige, relativiere sich dieser Unterschied bei Betrachtung des Durchschnitts über alle Sparten.*

²⁾ Gebietskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Sozialversicherungsanstalt der Bauern

- 7.4** Der RH entgegnete, dass die Ärztelkostenstatistik für einen Vergleich der Kosten je Fall zwischen der WGKK und OÖGKK nicht geeignet ist. Sie führte zu Fehlentwicklungen, wie den vom RH aufgezeigten überhöhten Preisen für einzelne Leistungen in Wien. Wie der RH im Zuge seiner Prüfung gemeinsam mit den betroffenen Abteilungen der beiden Gebietskrankenkassen und des Hauptverbandes erarbeitete, weist die genannte Statistik einige Verzerrungen auf.

Nach der Ärztelkostenstatistik 2006 waren die Fallwerte über alle Fachgruppen hinweg nahezu gleich (44,11 EUR bei der WGKK, 44,32 EUR bei der OÖGKK). Der geringfügige Unterschied von 0,21 EUR im durchschnittlichen Fallwert vergrößerte sich aber, wenn folgende Faktoren berücksichtigt wurden:

- Die Fallzahlen und Fallkosten waren vor allem wegen der technischen Fächer nicht vergleichbar. So führten z.B. in Oberösterreich Allgemeinmediziner oder Internisten viel öfter als in Wien Labor- oder Röntgenuntersuchungen selbst durch. Dies bedeutete, dass die Behandlung des Patienten und deren gesamte Kosten als ein Fall erfasst wurden.



Benchmarking ärztliche Hilfe

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Hingegen wurden Untersuchungen eines Patienten im Labor oder durch Röntgen nach Überweisungen in der Ärztekostenstatistik jeweils als ein weiterer Fall gezählt. Somit ergab sich im Schnitt in Wien für die gleiche Betreuung eines Patienten ein niedrigerer Fallwert; nicht, weil die Behandlung günstiger erfolgte, sondern weil deren Kosten auf mehrere Fälle aufgeteilt wurden. Dieser Effekt vergrößerte den Unterschied um rd. 2 EUR je Fall.

- Die Ärztekostenstatistik erfasste nicht nur die Kosten und Fallzahlen der jeweiligen Gebietskrankenkasse (WGKK bzw. OÖGKK), sondern alle im jeweiligen Bundesland abgerechneten Leistungen für die § 2-Kassen. Für diese galten aber (insbesondere für die Sozialversicherungsanstalt der Bauern) teilweise erheblich andere Bedingungen. Andererseits wurden die Kosten für Behandlungen, die zu Lasten des jeweiligen KV-Trägers in einem anderen Bundesland (z.B. für Pendler) erbracht wurden, in der Ärztekostenstatistik nicht erfasst. Dieser Effekt vergrößerte den Unterschied um rd. 3,10 EUR je Fall.
- Schließlich waren zur Herstellung der Vergleichbarkeit zwischen der WGKK und der OÖGKK Bereinigungen aufgrund von Einmalzahlungen und Treueprämien sowie bei Leistungen der Pathologie, der Vorsorgeuntersuchungen und des Mutter-Kind-Passes erforderlich. Diese wurden in der Ärztekostenstatistik zwar mit den Kosten, nicht aber in der Fallzählung berücksichtigt. Dieser Effekt vergrößerte den Unterschied um ca. 2,30 EUR je Fall.

Im Ergebnis lagen die tatsächlichen Fallwerte im Schnitt über alle Fachgruppen hinweg in Wien bei rd. 44,50 EUR und in Oberösterreich bei 37,30 EUR; bei der WGKK war der Fallwert somit um 19 % höher als bei der OÖGKK.

Der RH empfahl daher der WGKK, der OÖGKK sowie dem Hauptverband, das beim Hauptverband im Dezember 2007 eingesetzte Vertragspartner-Controlling mit der Durchführung entsprechender Tarifauswertungen zu beauftragen.

Benchmarking ärztliche Hilfe

Preisunterschiede

8.1 Der RH untersuchte für das Jahr 2006 jene Leistungen, die 80 % des Aufwandes in den einzelnen Fachgruppen ausmachten. Dabei stellte er die Tarife bzw. Preise jener Leistungen der WGKK und der OÖGKK einander gegenüber, die vergleichbar waren.

8.2 Der RH stellte fest, dass sich für die WGKK bei vergleichbaren Tarifpositionen aufgrund höherer Tarife und fehlender Gesamtausgabenbegrenzungen insgesamt Mehrkosten von 27,9 Mill. EUR ergaben. Besonders auffällig waren folgende Unterschiede:

(1) Fachärzte für Augenheilkunde:

- Die WGKK vergütete für Augendruckmessungen 9,60 EUR; die OÖGKK 2,74 EUR.
- Eine Hornhautuntersuchung kostete die WGKK im Schnitt 4,48 EUR; die OÖGKK 3,67 EUR.

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Häufigkeit dieser zwei Positionen ergab sich daraus für die WGKK ein Mehraufwand von rd. 2,4 Mill. EUR.

(2) Schnittbilddiagnostik: Die tatsächlich ausbezahlten durchschnittlichen Vergütungen für Computertomographie- und Magnetresonanz-Untersuchungen lagen in Wien (mit 105 bzw. 155 EUR) deutlich höher als in Oberösterreich (mit 97 bzw. 129 EUR).¹⁾ Daraus ergab sich für die WGKK ein Mehraufwand von rd. 2,7 Mill. EUR.

¹⁾ jeweils ohne Kontrastmittel

(3) Die Leistung „Befundbericht“ war bei der WGKK mit 14,08 EUR mehr als doppelt so teuer wie in Oberösterreich (je nach Fachgruppe unterschiedliche Tarife zwischen 5,80 und 6,60 EUR). Dieser Preisunterschied kostete die WGKK rd. 2,5 Mill. EUR.

(4) Bei Internisten waren zwar die Tarife für Ergometrie²⁾ mit rd. 67 EUR in Wien bzw. mit 62 EUR in Oberösterreich ähnlich, tatsächlich bezahlte die OÖGKK jedoch nur 45 EUR, weil sich Deckelungsregelungen im Schnitt mit rd. 40 % auswirkten. So ergab sich ein Mehraufwand für die WGKK von rd. 0,9 Mill. EUR.

²⁾ stufenförmig ansteigender körperlicher Belastungstest



Benchmarking ärztliche Hilfe

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

(5) Bei Radiologen bezahlte die WGKK für eine (doppelseitige) Mammografie¹⁾ 76 EUR; die OÖGKK für eine einseitige Mammografie 27 EUR (für eine doppelseitige Mammografie entspricht das 54 EUR). Daraus ergab sich für die WGKK ein Mehraufwand von rd. 2,7 Mill. EUR.

¹⁾ spezielle Röntgenuntersuchung der Brust

(6) Das Fallpauschale lag bei der OÖGKK zwischen 11,21 EUR (bei Orthopäden) und 17,4 EUR (bei Neurologen und Psychiatern), bei der WGKK hingegen generell bei 17,5 EUR. Daraus ergab sich für die WGKK ein Mehraufwand von insgesamt 7,5 Mill. EUR.

Der RH empfahl der WGKK, geeignete Maßnahmen zur Tarifsenkung in jenen Bereichen zu ergreifen, in denen sie höhere Preise für vergleichbare Leistungen bezahlte.

8.3 Die WGKK wies darauf hin, dass die Honorarordnungen hinsichtlich der Art und Anzahl der Leistungspositionen unterschiedlich strukturiert seien; die Preisunterschiede ergäben sich vor allem aus den in Oberösterreich üblichen Gesamtausgabenbegrenzungen.

8.4 Der RH forderte die WGKK auf, das in den Gesamtausgabenbegrenzungen liegende Einsparungspotenzial zu nützen.

Gesamtausgaben-
begrenzung

9.1 Nach § 342 Abs. 2 ASVG ist die Vergütung der Tätigkeit von Vertragsärzten grundsätzlich nach Einzelleistungen zu vereinbaren. Die Gesamtverträge sollen aber auch eine Begrenzung der Ausgaben der KV-Träger für die vertragsärztliche Tätigkeit enthalten.

Sowohl die WGKK als auch die OÖGKK vereinbarten bei einzelnen Positionen der Honorarordnungen mengenmäßige Limitierungen. Die OÖGKK sah jedoch darüber hinaus – entsprechend einer Empfehlung des RH aus 1994 – eine degressive Grundleistungsvergütung sowie eine Honorarsummenbegrenzung vor. Im Schnitt über alle Vertragsärzte wirkten sich diese „Deckelungen“ im Jahr 2006 mit rd. 16 % oder insgesamt 28,8 Mill. EUR preisreduzierend aus.

9.2 Nach Ansicht des RH waren diese „Deckelungen“ im Hinblick auf die Kostenwahrheit (Fixkostendegression) betriebswirtschaftlich gerechtfertigt; sie stellten eine wesentliche Ursache für die niedrigeren Kosten je Fall der OÖGKK im Vergleich zur WGKK dar. Da sie kostendämpfend wirkten, empfahl der RH der WGKK, in ihren Verträgen entsprechende Honorarsummenbegrenzungen zu vereinbaren.

Benchmarking ärztliche Hilfe

9.3 *Laut Stellungnahme der WGKK habe sie bislang Forderungen nach Degressionen und Honorarsummenbegrenzungen in den Verhandlungen mit der Ärztekammer nicht durchsetzen können.*

9.4 Der RH erwiderte, dass auch die OÖGKK in ihrer damaligen Stellungnahme auf die Schwierigkeiten hingewiesen hatte, mit der Ärztekammer solche Gesamtausgabenbegrenzungen zu vereinbaren.

Frequenzunterschiede **10.1** Der RH untersuchte weiters die Häufigkeiten von ärztlichen Leistungen, die zwischen den beiden Kassen vergleichbar waren.

10.2 Bei einigen Leistungen war auffallend, dass die Zahl der verrechneten Leistungen je Anspruchsberechtigten zwischen der WGKK und der OÖGKK stark abwich. Für die WGKK ergab sich daraus ein Mehraufwand von insgesamt rd. 17,4 Mill. EUR.

– Die WGKK bezahlte fast dreimal so viele Infiltrationen je Anspruchsberechtigten wie die OÖGKK. Der Preis je Infiltration betrug im Schnitt in Wien 12,80 EUR, in Oberösterreich nur 9,40 EUR. Die höhere Frequenz verursachte bei der WGKK einen Mehraufwand von rd. 4,7 Mill. EUR, die höheren Preise weitere 650.000 EUR.

– Bei Hals–Nasen–Ohren–Ärzten bezahlte die WGKK jede Cerumen¹⁾–Entfernung mit 5,12 EUR, die OÖGKK nur eine technisch schwierige mit 2,81 EUR. Das Fallpauschale betrug in Wien 17,50 EUR, in Oberösterreich nur 15,94 EUR, obwohl damit auch die einfache Cerumen–Entfernung abgegolten war. Die höhere Frequenz verursachte bei der WGKK einen Mehraufwand von rd. 1 Mill. EUR, die höheren Preise weitere 170.000 EUR.

¹⁾ Ohrenschmalz

– Die Preise für Laborleistungen waren bei der WGKK niedriger als bei der OÖGKK. So wurde z.B. ein komplettes Blutbild in Wien mit 3,20 EUR, in Oberösterreich mit 4,55 EUR verrechnet. Ein PSA²⁾–Test kostete die WGKK 5,56 EUR, die OÖGKK 9,10 EUR. Allerdings verrechneten die Wiener Laborfachärzte mit 6,6 Leistungen je Anspruchsberechtigten erheblich mehr Untersuchungen als jene in Oberösterreich (1,9 Leistungen je Anspruchsberechtigten).

²⁾ prostataspezifisches Antigen



Benchmarking ärztliche Hilfe

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Im Ergebnis lag die Honorarsumme je Anspruchsberechtigten in Wien (14,70 EUR) deutlich über jener in Oberösterreich (6,70 EUR). Bei rd. 1,5 Mill. Anspruchsberechtigten ergab sich daraus ein Mehraufwand von insgesamt 11,7 Mill. EUR.

Der RH empfahl den beiden Kassen sowie dem Hauptverband, die beschriebenen Unterschiede in den Frequenzen der einzelnen analysierten Leistungen auf ihre medizinische Notwendigkeit hin zu untersuchen und zum Anlass für tarifliche Verbesserungen bzw. Festlegung von Behandlungsstandards in den Gesamtverträgen zu nehmen.

- 10.3** *Laut Stellungnahme der WGKK sei dieser die hohe Anzahl an Infiltrationen bekannt gewesen. Eine Änderung des HNO-Tarifs habe sie bislang nicht durchsetzen können.*

Die OÖGKK führte einen Teil ihres Erfolges auf die Arbeit ihrer 1992 bzw. 1993 eingerichteten Organisationseinheiten Behandlungsoökonomie und Controlling zurück.

Pauschalierungen

- 11.1** Während z.B. bei der OÖGKK Urologen für Ultraschalluntersuchungen einen Fallzuschlag von 10,22 EUR erhielten, konnte bei der WGKK für jede einzelne Ultraschalluntersuchung ein Betrag von 15,18 EUR verrechnet werden. Bei der WGKK wurde in 117 % der Fälle¹⁾ eine Ultraschalluntersuchung verrechnet. Der Mehraufwand summierte sich für die WGKK auf rd. 1,2 Mill. EUR.

¹⁾ z.B. wegen einer nochmaligen Untersuchung

- 11.2** Der RH empfahl beiden Kassen sowie dem Hauptverband, die jeweiligen Systeme der Vergütung regelmäßig zu vergleichen, auf ihre Auswirkungen hin zu untersuchen und bewährte Vergütungsformen verstärkt einzusetzen.
- 11.3** *Laut Stellungnahme der WGKK seien die Auswirkungen etwaiger Pauschalierungen derzeit nicht bekannt; an einem trägerübergreifenden Vertragspartner-Controlling werde gearbeitet.*

Das BMGFJ wies darauf hin, dass mit dem Beschluss des Hauptverbandes vom 11. Dezember 2007, ein Vertragspartner-Controlling einzuführen, seiner langjährigen Forderung entsprochen worden sei.

Benchmarking ärztliche Hilfe

Angebotsplanung und Ärztedichte **12.1** Laut Ärztekostenstatistik 2005 war die Ärztedichte (Vertragsärzte je 10.000 Anspruchsberechtigte) in Wien bei den Fachärzten wesentlich höher als in Oberösterreich; nur bei den Allgemeinmedizinern lag sie um 5 % darunter:

- allgemeine Fachärzte + 57 %
- Radiologen + 250 %
- Allgemeinmedizin – 5 %

Im Schnitt lag die Zahl der von Allgemeinmedizinern und allgemeinen Fachärzten zu betreuenden Anspruchsberechtigten in Oberösterreich um 25 % höher als in Wien, die Zahl der Fälle um 15 %.¹⁾

¹⁾ Anders war die Situation bei Orthopäden: So entfielen z.B. in Wien auf einen Orthopäden 16.800 Anspruchsberechtigte, in Oberösterreich rd. 40.900, also um 143 % mehr. Allerdings suchten rd. 14 % der Anspruchsberechtigten der WGKK, aber nur 6 % der Anspruchsberechtigten der OÖGKK einen Orthopäden auf. Ein Wiener Orthopäde hatte im Schnitt rd. 4.000 Fälle zu betreuen, ein oberösterreichischer Orthopäde rd. 3.600.

Den Unterschieden in der Ärztedichte trugen die beiden Kassen insofern Rechnung, als die OÖGKK die Anzahl der Vertragsärzte von 1999 auf 2007 um rd. 4 % erhöhte, während die WGKK die Anzahl ihrer Vertragsärzte aufgrund einer entsprechenden Regelung im Gesamtvertrag 2004 um 3 % reduzierte.

Diese Reduktion konnte jedoch nur durch das Nicht-Nachbesetzen pensionsbedingt frei werdender Stellen erfolgen, weil eine vorzeitige Beendigung von Einzelverträgen nur in gesetzlich genau geregelten Einzelfällen²⁾ möglich ist. Der Hauptverband führte dazu im Rahmen der Begutachtung zu einer ASVG-Novelle im April 2007 aus, dass eine Lockerung dieses Kündigungsschutzes wünschenswert sei.

²⁾ insbesondere bei Verurteilung zu einer mehr als einjährigen Freiheitsstrafe nach § 343 Abs. 2 Z 4 ASVG

12.2 Unter Hinweis auf die hohe Ärztedichte bei Fachärzten in Wien empfahl der RH der WGKK, ihren Stellenplan für Vertragsärzte weiter im Sinne des Gesamtvertrages 2004 zu optimieren, zumal die Betreuung beim Allgemeinmediziner wesentlich niedrigere Kosten als beim Facharzt verursacht.³⁾

³⁾ Fallwert (2006) in Wien: Allgemeinmediziner: 39,12 EUR, allgemeiner Facharzt: 56,55 EUR.



Benchmarking ärztliche Hilfe

BMGFJ

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

Im Übrigen erachtete er die Gewährung der Unkündbarkeit für einen Selbstständigen angesichts der Flexibilisierungsbestrebungen in allen Bereichen des Arbeitsmarktes als nicht mehr zeitgemäß. Er empfahl daher den beiden Kassen bzw. dem Hauptverband wiederholt¹⁾, Einzelverträge nur zeitlich befristet unter Einräumung des Rechts auf Vertragsverlängerung (Reakkreditierung) für den Fall des vertragskonformen Verhaltens abzuschließen.

¹⁾ Reihe Bund 2004/7

- 12.3** *Laut Stellungnahme der WGKK werde sie ihre Bemühungen zur Optimierung der Planstellen weiter fortsetzen. Eine Lockerung des Kündigungsschutzes sei unabdingbar.*

Der Hauptverband unterstützte die Ausführungen des RH und berichtete über einen aktuellen Fall, in dem der Einzelvertrag trotz strafgerichtlicher Verurteilung (wegen schweren sexuellen Missbrauchs Unmündiger) nicht gelöst werden konnte, weil das Strafgericht eine bedingte Nachsicht dieser zivilrechtlichen Konsequenz erteilte.

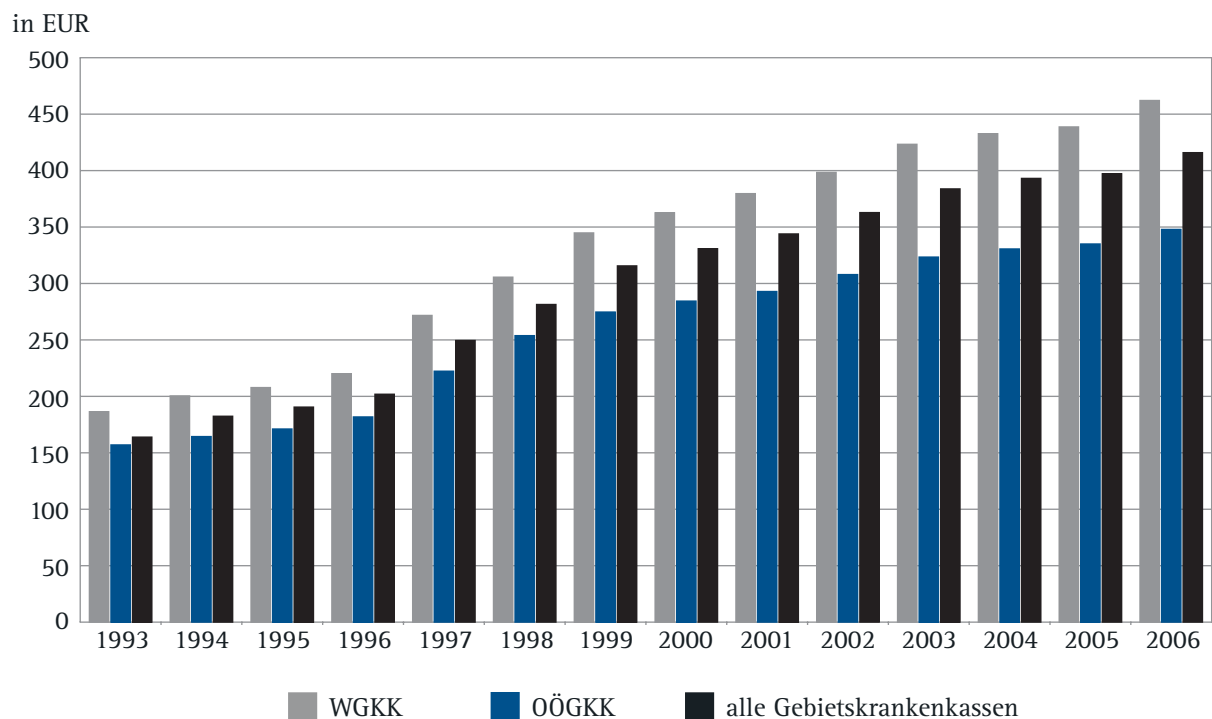
- 12.4** Im Hinblick auf die Ausführungen der WGKK und des Hauptverbandes hielt der RH seine Empfehlung zur Lockerung des Kündigungsschutzes aufrecht.

Heilmittel

Entwicklung der Heilmittelkosten

13.1 Die Heilmittelkosten bezogen auf einen Versicherten entwickelten sich in den Jahren von 1993 bis 2006 wie folgt:

Abbildung 5: Entwicklung der Heilmittelkosten je Versicherten 1993 bis 2006



Datenquelle: Erfolgsrechnung

13.2 Der RH wies darauf hin, dass bereits 1993 die Heilmittelkosten je Versicherten der WGKK höher waren als jene der OÖGKK. Der Unterschied nahm bis 2006 jedoch weiter zu: 1993 betrug er 18 %, 2006 bereits 32 %.

Heilmittelkosten je Anspruchsberechtigten

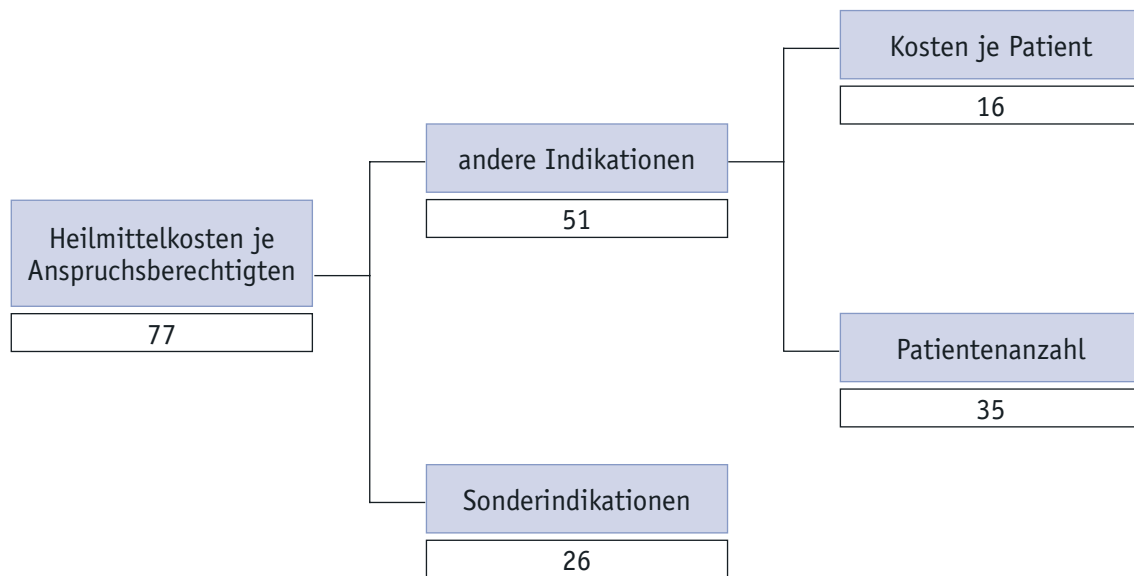
14.1 (1) Der RH untersuchte die Heilmittelkosten je Anspruchsberechtigten im Jahr 2006 und stellte fest, dass diese bei der WGKK um rd. 77 EUR höher waren als bei der OÖGKK.

Davon betrafen rd. 26 EUR (rd. 34 %) Bereiche, in denen nach Ansicht beider Kassen die Krankheitshäufigkeit in Wien höher war als in Oberösterreich („Sonderindikationen“).

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
 Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

51 EUR entstanden in anderen Indikationsgruppen: Davon waren rd. 16 EUR auf höhere Kosten je Patient und rd. 35 EUR auf einen höheren Anteil von Patienten zurückzuführen.

Abbildung 6: Differenz der Heilmittelkosten je Anspruchsberechtigten der WGKK und der OÖGKK (in EUR)



ohne Saldierung mit Rezeptgebühren und ohne Umsatzsteuer; Quelle: Pegasus

(2) Die Kosten je Patient waren bei der WGKK in 55 Indikationsgruppen höher als bei der OÖGKK, in 26 Indikationsgruppen dagegen billiger. Im Ergebnis verursachten die Unterschiede in den Kosten je Patient einen Mehraufwand für die WGKK von 23 Mill. EUR. Die Hälfte dieses Mehraufwandes entstand in nur vier Indikationsgruppen; dort waren die Kosten je Anspruchsberechtigten um 12 % bis 29 % höher als bei der OÖGKK.

(3) In 66 Indikationsgruppen war die Patientenanzahl bei der WGKK höher, weil ein höherer Prozentsatz der Anspruchsberechtigten als bei der OÖGKK die entsprechenden Medikamente erhielt; in 15 Gruppen war sie niedriger. Daraus resultierten Mehrkosten von 52 Mill. EUR. Fast 40 % dieser Mehrkosten entstanden in ebenfalls vier Indikationsgruppen. So erhielten z.B. in Wien 60 % mehr Patienten je Anspruchsberechtigten lipidsenkende Mittel¹⁾ verschrieben als bei der OÖGKK.

¹⁾ Lipidsenker senken die Blutfette

Heilmittel

(4) Beim Generikaanteil¹⁾ lag die OÖGKK knapp vor der WGKK an der Spitze aller Gebietskrankenkassen.

¹⁾ Ein Generikum ist eine wirkstoffgleiche Kopie eines ehemals patentgeschützten Arzneimittels.

14.2 Der RH anerkannte die höhere Belastung der WGKK durch die Sonderindikationen, wies aber darauf hin, dass zwei Drittel des Unterschieds in den Kosten je Anspruchsberechtigten (rd. 51 EUR) nicht durch die Sonderindikationen erklärt wurden.

Er empfahl, auch über die Verschreibung von Generika hinaus auf die Verordnung kostengünstiger Heilmittel in angemessener Dosierung hinzuwirken und für die Verschreibung von Medikamenten entsprechende Therapieempfehlungen – unter Berücksichtigung moderner Behandlungsstandards – zu erstellen.

14.3 *Die WGKK wies auf die höhere Anzahl medikamentös behandelter Patienten hin.*

14.4 Der RH hielt seine Empfehlung hinsichtlich der Erstellung entsprechender Therapieempfehlungen unter Berücksichtigung moderner Behandlungsstandards aufrecht. Er wies überdies darauf hin, dass die WGKK im Zuge der Gebarungsüberprüfung bei einigen Indikationsgruppen Verbesserungs- und damit Einsparungspotenzial einräumte.

Sonstiges

Ermessensausgaben

15.1 Die WGKK gewährte – nach entsprechenden Aufforderungen des damaligen BMGF – bereits seit 2006 keinerlei freiwillige Leistungen bzw. satzungsmäßige Mehrleistungen. Sie bewertete die dadurch erzielten Einsparungen mit rd. 15 Mill. EUR jährlich.²⁾

²⁾ Rücknahme des Krankengeldes auf 52 Wochen: 6,3 Mill. EUR; Erhöhung der Zuzahlung durch Patienten bei Kunststoffzahnprothesen: 5,1 Mill. EUR; Einstellung der Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit: 1,2 Mill. EUR; höhere Kostenbeteiligung der Patienten bei Transportkosten: 1,1 Mill. EUR; geringerer Ersatz für Kontaktlinsen: 0,9 Mill. EUR; sonstige Maßnahmen: 0,2 Mill. EUR.

15.2 Die WGKK kam damit den entsprechenden Empfehlungen des BMGF nach.



Sonstiges

BMGFJ

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**Präoperative
Diagnostik

- 16.1** Seit der Einführung der „neuen“ Spitalsfinanzierung ab 1997 kam es in Wien vermehrt zu Auslagerungen der für die OP-Freigabe erforderlichen Untersuchungen (insbesondere Labor, Röntgen) in den niedergelassenen Bereich. Die WGKK stellte aufgrund entsprechend gekennzeichnete Abrechnungsunterlagen fest, dass sie im Jahr 2006 insgesamt für 67.519 ASVG-Versicherte Leistungen der präoperativen Diagnostik im Umfang von rd. 10 Mill. EUR abrechnete. Davon war sie für 43.884 Versicherte selbst leistungszuständig; ihr Aufwand betrug rd. 7 Mill. EUR.

In Oberösterreich waren solche Auslagerungen nicht nachweisbar.

- 16.2** Der RH merkte an, dass die Kosten für die präoperative Diagnostik rd. 10 % des Bilanzverlustes der WGKK ausmachten; die WGKK sollte daher entsprechende Maßnahmen ergreifen.

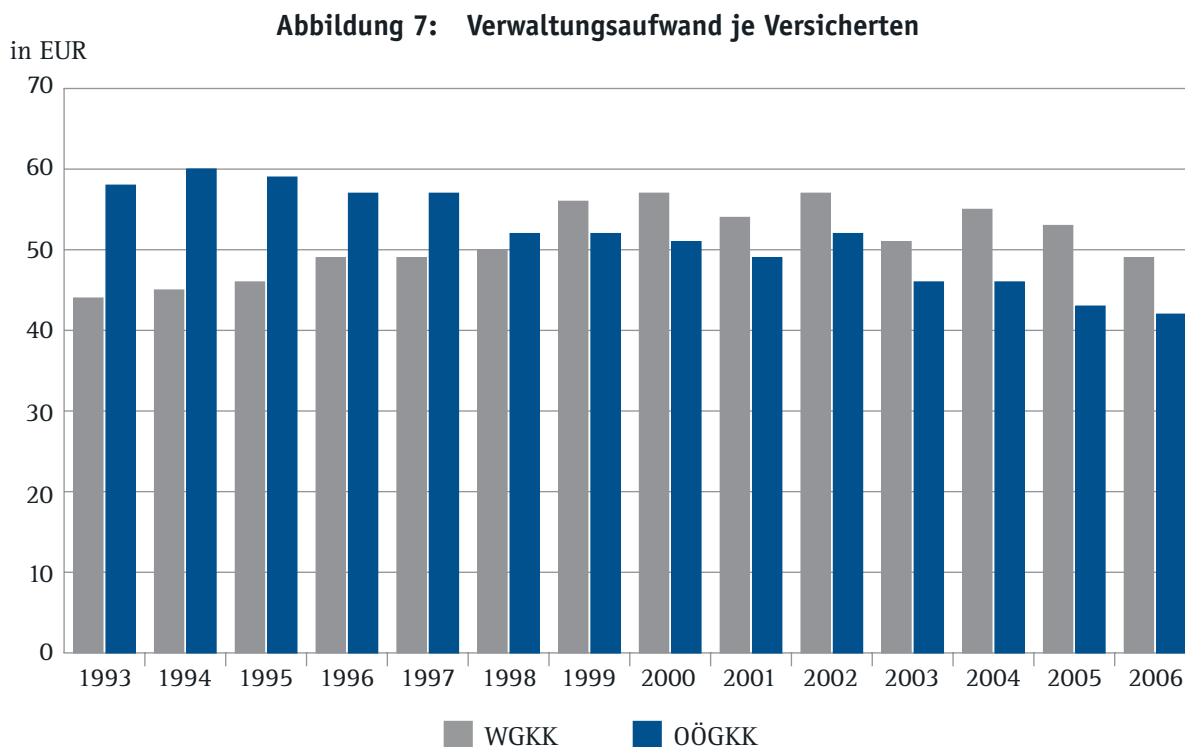
- 16.3** *Laut Stellungnahme der WGKK bleibe abzuwarten, wie das in der Art. 15a B-VG-Vereinbarung betreffend die Krankenanstaltenfinanzierung für die Jahre 2009 und 2012 nunmehr verankerte Prinzip „Geld folgt Leistung“ umgesetzt wird.*

Laut Mitteilung des Hauptverbandes werde dieser im Rahmen der Vollziehung der gegenständlichen Vereinbarung auf einen Ausgleich dieser Belastung dringen.

Laut Stellungnahme des BMGFJ habe die WGKK die entsprechenden Maßnahmen abzuleiten.

Sonstiges

Verwaltungsaufwand **17.1** Der Verwaltungsaufwand je Versicherten entwickelte sich wie folgt:



Obwohl der Verwaltungsaufwand der WGKK seit 2004 sank, war im Jahr 2006 der Verwaltungsaufwand je Anspruchsberechtigten bei der WGKK noch um rd. 7 EUR höher als bei der OÖGKK.

War 1993 der Verwaltungsaufwand je Versicherten bei der WGKK noch niedriger als bei der OÖGKK, kehrte sich dieses Verhältnis ab 1999 um. Im Jahr 2006 betrug der (Netto)Verwaltungsaufwand der WGKK 54,2 Mill. EUR, jener der OÖGKK 34,8 Mill. EUR.

17.2 Der RH führte diese Trendwende auf die erfolgreiche Umsetzung der von ihm empfohlenen Reorganisationsmaßnahmen zurück. Mit diesen verfolgte die OÖGKK das Ziel, im Jahr 2000 die besten Kennzahlen aller Gebietskrankenkassen zu erreichen. Der RH empfahl der WGKK, weiter Maßnahmen zur Verringerung der Verwaltungskosten zu treffen.

17.3 *Laut Stellungnahme der WGKK sei ihr Versichertenstand seit 1993 nur um 3 % gestiegen; der viel größere Zuwachs bei der OÖGKK (17 %) habe eine enorme Fixkostendegression bewirkt. Die WGKK werde sich dennoch weiterhin um Sparsamkeit bemühen.*



Sonstiges

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Das BMGFJ unterstützte die Empfehlung des RH, wies aber darauf hin, dass die WGKK die gesetzlich festgelegte Verwaltungskostendeckelung bisher erreicht habe.

Hanusch-Kranken-
haus

18.1 Die WGKK betrieb als einzige Gebietskrankenkasse eine Krankenanstalt. Den jährlichen Betriebskosten für das Hanusch-Krankenhaus von rd. 140 Mill. EUR standen eigene Erträge von rd. 13,7 Mill. EUR, Zahlungen aus der Spitalsfinanzierung von rd. 63,9 Mill. EUR und Zahlungen der Stadt Wien („Abgangsdeckung“) von rd. 21,7 Mill. EUR gegenüber. Die WGKK war sohin mit rd. 41 Mill. EUR aus dem Betrieb des Hanusch-Krankenhauses belastet. 30 Mill. EUR erhielt die WGKK vom Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen.

18.2 Der RH wies darauf hin, dass der Betrieb des Hanusch-Krankenhauses die WGKK im Ergebnis immer noch mit rd. 11 Mill. EUR belastete.

18.3 *Laut Stellungnahme der WGKK sollte der Betrieb des Hanusch-Krankenhauses als Sachleistung im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 447f ASVG und nicht im Rahmen des Ausgleichsfonds der KV-Träger berücksichtigt werden.*

Der Hauptverband wies darauf hin, dass die WGKK gemäß § 23 Abs. 6 vorletzter Satz ASVG derzeit zum Betrieb dieser Krankenanstalt verpflichtet ist.

18.4 Im Hinblick darauf, dass der Betrieb des Hanusch-Krankenhauses die WGKK mit rd. 11 Mill. EUR und die übrigen Gebietskrankenkassen mit weiteren 30 Mill. EUR im Wege des Ausgleichsfonds belastete, empfahl der RH dem BMGFJ, geeignete rechtliche Schritte zur Entlastung der Gebietskrankenkasse(n) zu setzen.

Ausgleichsfonds der
Gebietskrankenkassen

19.1 Nach § 447a ASVG hat der beim Hauptverband errichtete Ausgleichsfonds eine ausgeglichene Gebarung bzw. eine ausreichende Liquidität der Gebietskrankenkassen zu gewährleisten.

Dazu haben die Gebietskrankenkassen einen Beitrag im Ausmaß von 2 % ihrer Beitragseinnahmen zu entrichten.¹⁾ Nach § 447b ASVG gebühren den Gebietskrankenkassen zum Ausgleich von Strukturteilen Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds.

¹⁾ weitere Einnahmen sind in § 447a Abs. 3 geregelt

Sonstiges

Die genaue Ermittlung eines Strukturnachteils wurde in Richtlinien des Hauptverbandes geregelt. Aus den Mitteln des Ausgleichsfonds wurde zunächst ein Zuschuss von 30 Mill. EUR für die WGKK zum Ausgleich von Nachteilen aus dem Betrieb des Hanusch-Krankenhauses geleistet. Der verbleibende Betrag wurde

- zu 45 % zum Ausgleich unterschiedlicher Liquidität, gemessen am negativen Reinvermögen,
- zu 45 % zum Ausgleich von Strukturnachteilen und
- zu 10 % zum Ausgleich von außerordentlichen Umständen („Katastrophenfonds“)

verwendet.

Bei der Berechnung des Risikoausgleichs berücksichtigte der Hauptverband zunächst die Unterschiede in der Einnahmenstruktur (insbesondere das Beitragsaufkommen), in der Versichertenstruktur (z.B. Alter, Geschlecht) und die Effekte der pauschalierten Spitalsfinanzierung. Daraus ergab sich für die WGKK ein Strukturvorteil von rd. 70 Mill. EUR und für die OÖGKK ein Strukturnachteil von 18 Mill. EUR.

Nach Berücksichtigung der so genannten „regionalen Besonderheiten“ wiesen schließlich alle Gebietskrankenkassen Nachteile auf: die WGKK einen solchen von 53 Mill. EUR und die OÖGKK unverändert von 18 Mill. EUR.

Im Ergebnis zahlte die WGKK 2006 rd. 36 Mill. EUR in den Ausgleichsfonds ein und erhielt rd. 60 Mill. EUR; die OÖGKK zahlte 25 Mill. EUR ein und erhielt 4 Mill. EUR.

- 19.2** Der RH wies darauf hin, dass der Ausgleichsfonds aufgrund zu geringer Mittel nicht in der Lage war, die hohen Abgänge der Gebietskrankenkassen¹⁾ abzudecken und eine ausgeglichene Gebarung herzustellen. Letztlich war die OÖGKK trotz eines errechneten Strukturnachteils ein Nettozahler in den Ausgleichsfonds.

¹⁾ Summe der Abgänge 2006: 167 Mill. EUR

- 19.3** *Der Hauptverband stimmte zu und erklärte, er habe bereits versucht, auf verstärkte Mittelzufuhr hinzuwirken.*



Sonstiges

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Abrechnung der
ärztlichen Hilfe

- 20.1** Weder beim Hauptverband noch bei den beiden Kassen war eine systematische Gegenüberstellung der Kosten und Frequenzen für einzelne Leistungen der ärztlichen Hilfe verfügbar.

Großteils existierte für die Tarife der einzelnen Sonderleistungen keine exakte Kalkulation. Lediglich bei Einführung jeweils neuer Leistungen wurde eine entsprechende Kalkulation erstellt. Bei den Tarifverhandlungen mit der Ärztekammer wurde im Wesentlichen über das Gesamthonorarvolumen der Ärztegruppen verhandelt.

- 20.2** Der RH wies auf die große wirtschaftliche Verantwortung der Selbstverwaltung gerade bei der ärztlichen Hilfe hin. Er empfahl, systematische Auswertungen durchzuführen. Insbesondere wären folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- gesonderte Erfassung der Daten bzw. Kennzahlen für die Gebietskrankenkassen und die anderen § 2-Kassen;
- Trennung zwischen vertraglichem Tarif und tatsächlich bezahltem Preis (um die Wirkung von Gesamtausgabenbeschränkungen, Mengenrabatten usw. besser beurteilen zu können);
- Erarbeitung einer systematischen Gegenüberstellung zum Vergleich der Einzelleistungen über die einzelnen Gesamtverträge hinweg.

Der RH empfahl, Leistungen der ärztlichen Hilfe auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten zu vergüten. Auch für bereits in den Vertrag aufgenommene Leistungen wäre eine Nachkalkulation zu erstellen.

- 20.3** *Die WGKK teilte mit, dass sie derzeit das Standardprodukt „ALVA“ entwickle, mit dem Vergleichbarkeit in der Vertragspartner-Abrechnung gegeben sei.*

Laut Stellungnahme des Hauptverbandes seien für genauere Auswertungen bezüglich der Abrechnung der ärztlichen Hilfe auch Daten über die behandelten Patienten erforderlich. Dies sei derzeit nicht vorgesehen und müsste eigens vertraglich vereinbart werden. Am 11. Dezember 2007 habe die Trägerkonferenz Maßnahmen zur Verbesserung der Koordination bzw. Zusammenarbeit im Rahmen der Honorarpolitik beschlossen. Ein weiterer Beschluss betraf den Aufbau eines Vertragspartner-Controllings im Hauptverband nach dem Muster der Auswertungen des RH.

Sonstiges

- 20.4** Der RH wertete diese Beschlüsse der Trägerkonferenz positiv und bezeichnete genauere Daten für eine faktenbasierte Angebotsplanung als unverzichtbar.
- Fremdkassenabrechnung
- 21.1** Soweit ein Anspruchsberechtigter der WGKK bzw. der OÖGKK in einem anderen Bundesland eine Behandlung in Anspruch nimmt, wird diese Leistung zunächst über die örtlich zuständige Gebietskrankenkasse abgerechnet. Diese schreibt die entsprechenden Kosten dann der sachlich zuständigen Gebietskrankenkasse in Form einer Pauschalsumme vor, so dass die einzelnen Leistungen und deren Kosten für die letztlich kostentragende Gebietskrankenkasse nicht erkennbar sind.
- 21.2** Der RH empfahl, in der Fremdkassenabrechnung die versicherten Personen, die erbrachten Leistungen und deren Kosten genau anzugeben.
- 21.3** *Laut Stellungnahme der WGKK werde ihre Forderung nach mehr Transparenz in der Fremdkassenabrechnung von vielen Trägern bis dato abgelehnt.*
- Zuordnung von Verantwortlichkeiten
- Abschluss der Gesamtverträge
- 22.1** Nach § 341 Abs. 1 ASVG sind die Gesamtverträge für die KV-Träger durch den Hauptverband mit der jeweiligen Ärztekammer abzuschließen. Tatsächlich werden die Vertragsbedingungen unter Federführung des jeweiligen KV-Trägers verhandelt, formell aber vom Hauptverband unterzeichnet. Der Hauptverband lässt sich dazu vom jeweiligen KV-Träger bestätigen, dass dessen finanzielle Lage den Abschluss des ausgehandelten Vertrags zulässt.
- 22.2** Der RH empfahl, die tatsächliche und die formelle Verantwortung für den Abschluss sowie die Erfüllung der Gesamtverträge zusammenzulegen.

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

Maßnahmen bei finanzieller Notlage

- 23.1** Bei drohender Zahlungsunfähigkeit eines KV-Trägers bestanden keine klaren Vorgaben, unter welchen Voraussetzungen von wem welche Maßnahmen in welcher Reihenfolge zu setzen sind.
- 23.2** Wegen der angespannten finanziellen Lage einiger KV-Träger sollte vom BMGFJ ein klares Eskalationsszenario erstellt werden. Mindestvoraussetzungen dazu wären:
- Vorgaben für den KV-Träger, unter welchen Voraussetzungen weitere Kreditaufnahmen zulässig sind;
 - Vorgaben, unter welchen Voraussetzungen allenfalls Selbstbehalte gemäß § 31 Abs. 5a ASVG einzuführen sind;
 - Vorgaben für den KV-Träger, welche Verbindlichkeiten verspätet beglichen werden sollen, wobei keine Gläubiger begünstigt werden dürfen.
- 23.3** *Laut Stellungnahme der WGKK liege ein klares Eskalationsszenario im Interesse aller KV-Träger in finanzieller Notlage.*

Die OÖGKK sprach sich gegen die Einführung von Selbsthalten bei positiv gebarenden Krankenkassen aus, weil einheitliche Selbstbehalte nichts an den Unterschieden in der Gebarung der einzelnen Träger änderten.

Der Hauptverband bezeichnete die Absicherung der Aufgaben der Krankenversicherung als vorrangig und machte außerdem massive verfassungsrechtliche Bedenken gegen § 31 Abs. 5a ASVG unter Hinweis auf das „Hauptverbandserkenntnis“ des VfGH (VfSlg. 17.023 vom 10. Oktober 2003) geltend. Er merkte an, dass die Novellierung des § 31 Abs. 5a ASVG am 11. Juni 2003 beschlossen und am 20. August 2003 kundgemacht wurde; daher konnte dieser Rechtsstandpunkt des VfGH nicht berücksichtigt werden.

Das BMGFJ bezeichnete eine regionale Differenzierung bei Selbsthalten als unzulässig. Die Kassen hätten die laufenden Ausgaben durch die jeweiligen Einnahmen abzudecken. Sollten (vorübergehend) Liquiditätsengpässe auftreten, so hätten die betroffenen KV-Träger ihre Entscheidungen an den im Wirtschaftsleben geltenden Vorschriften zu orientieren. Generelle Regelungen seien wegen der unterschiedlichen vertraglichen Vereinbarungen der einzelnen Kassen ohne Prüfung des Einzelfalles nicht zielführend.

23.4 Der RH hielt seine Empfehlung zur Erstellung eines klaren Eskalations-szenarios aufrecht. Aufgrund der vorliegenden Gebarungsvorschaurechnungen liege bei der WGKK keineswegs ein nur „vorübergehender“ Liquiditätsengpass vor. Daher seien Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Liquidität unbedingt erforderlich.

Effekte gesetzlicher Maßnahmen

24.1 In den letzten Jahren wurden zahlreiche gesetzliche Änderungen wirksam, die teils zu einer Entlastung, teils aber auch zu höheren Belastungen der KV-Träger führten.

24.2 Im Hinblick auf die prekäre Finanzlage der WGKK untersuchte der RH die Auswirkungen einiger ausgewählter Maßnahmen auf die Gebarung der beiden überprüften Kassen. Sie könnten Ansatzpunkte darstellen, den finanziell notleidenden KV-Trägern einen Ausgleich für die aufgezeigten Belastungen zu gewähren, ohne dass dies als pauschaler Bundesbeitrag zur Defizitabdeckung anzusehen wäre.

(1) Seit 1997 sind die Gebietskrankenkassen nicht mehr vorsteuerabzugsfähig. Dafür erhalten sie eine Ausgleichszahlung nach dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Bei-Hilfengesetz, die allerdings nicht die gesamte Vorsteuer abdeckt. Insbesondere wegen der steigenden Ausgaben für Heilmittel erhöhte sich auch der Verlust aus dem teilweisen Vorsteuerersatz. Im Jahr 2006 ergab sich daraus eine Belastung von rd. 19,6 Mill. EUR für die WGKK und von rd. 8,2 Mill. EUR für die OÖGKK.

(2) Im Jahr 2001 wurden die Beiträge für die Krankenversicherung der Arbeitslosen neu geregelt, was zu Mindereinnahmen führte. Eine weitere diesbezügliche Neuregelung erfolgte 2005. Durch diese Neuregelungen verlor die WGKK im Jahr 2006 Einnahmen von 41,6 Mill. EUR und die OÖGKK von 29,3 Mill. EUR.

(3) Die Krankenversicherung bezahlt im Fall der Schwangerschaft Wochengeld. Da Schwangerschaft keine Krankheit darstellt, werden 70 % dieses Aufwandes vom Familienlastenausgleichsfonds ersetzt. Der nicht ersetzte Teil machte für die WGKK im Jahr 2006 rd. 26,7 Mill. EUR aus und für die OÖGKK rd. 15,5 Mill. EUR.



Effekte gesetzlicher Maßnahmen

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

(4) Im Bereich der Spitalsfinanzierung erfolgte im Jahr 2001 eine Neuregelung, die sich für die WGKK im Jahr 2006 mit einer Mehrbelastung von rd. 12,2 Mill. EUR und für die OÖGKK mit 10,6 Mill. EUR zu Buche schlug.¹⁾

¹⁾ Die ursprünglich mit dem Budgetbegleitgesetz 2001 (BGBl. I Nr. 142/2000) in § 447 f geplanten Einnahmenerhöhungen durch eine Erweiterung der Bemessungsgrundlage (um Firmenpensionen) und den Zusatzbeitrag für Angehörige blieben aufgrund von Änderungen des Gesetzesentwurfs bzw. einer Entscheidung des VfGH erheblich hinter den Erwartungen zurück. Die im Text erwähnten 12,2 Mill. EUR stellen bereits den Nettomehraufwand dar.

(5) Im Jahr 2003 wurde die Gruppe der Vertragsbediensteten aus dem Versicherungsverhältnis mit den Gebietskrankenkassen herausgelöst. Dadurch verloren die WGKK im Jahr 2006 rd. 7 Mill. EUR und die OÖGKK rd. 8,1 Mill. EUR an Einnahmen.²⁾

²⁾ Dazu wurde – im Einvernehmen mit den geprüften Stellen – angenommen, dass der „Deckungsbeitrag“ eines Vertragsbediensteten etwa 500 EUR beträgt.

Der RH stellte fest, dass die von ihm näher untersuchten Maßnahmen unterschiedliche Auswirkungen auf die beiden Kassen hatten und empfahl deren Evaluierung.

24.3 *Laut Stellungnahme der WGKK hätten sich die gesetzlichen Maßnahmen zwischen 2002 und 2006 mit insgesamt 510 Mill. EUR negativ auf ihre Gebarung ausgewirkt.*

Das BMGFJ nahm wie folgt Stellung:

zu (1) Die KV-Träger und der Hauptverband beklagten seit Jahren, dass die Beihilfe nach dem Gesundheits- und Sozialbereichs-Beihilfengesetz den Verlust des Vorsteuerabzugs in immer geringerem Ausmaß abgelte. Eine Änderung obläge dem BMF.

zu (2) Die Neuregelung der Beitragszahlung in der Krankenversicherung der Arbeitslosen habe unbestritten zu Mindereinnahmen gegenüber der bis dahin geltenden Regelung geführt. Diese wurde durch eine weitere Änderung ab 2005 zu einem gewissen Teil wieder abgemildert. Der Vergleich mit der Rechtslage vor 2001 sage nichts über die Angemessenheit der jeweiligen Regelung aus. Eine Rückführung dieser Maßnahme obliege dem BMWA.

Effekte gesetzlicher Maßnahmen

zu (3) Das Wochengeld sei seit der Stammfassung des ASVG als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung normiert; der Ersatz des Bundes habe ursprünglich nur 40 % betragen. Seit 1. Juli 1996 ersetzte der Familienlastenausgleichsfonds 70 % der Aufwendungen. Eine gänzliche Entlastung der Krankenversicherung würde den Fonds entsprechend belasten.

zu (4) Die unbestrittene Mehrbelastung der KV-Träger im Zuge der geänderten Spitalsfinanzierung sei zwischen Bund und Ländern vereinbart worden und sollte primär aus zusätzlichen Beitragseinnahmen (für Angehörige und Zusatzpensionen) finanziert werden.

zu (5) Zum Zuständigkeitswechsel für Vertragsbedienstete merkte das BMGFJ an, dass es seit 1999 mehrere Änderungen gegeben habe. Durch eine Vielzahl von Ausgliederungen seien Versicherte auch in umgekehrter Richtung hin zu den Gebietskrankenkassen gewandert. Die Belastung der Gebietskrankenkassen sei nicht nachvollziehbar.

Abschließend wies das BMGFJ auf ein Rechenwerk des Hauptverbandes über die gesamten Be- und Entlastungseffekte hin. Aus diesem sei für die Jahre 2001 bis 2006 eine Entlastung der Gebietskrankenkassen in Höhe von 697 Mill. EUR ersichtlich.

24.4 Der RH hielt fest, dass in den letzten Jahren verschiedene Maßnahmen zu Be- und Entlastungen der KV-Träger geführt haben.

Die vom RH näher untersuchten Maßnahmen böten Ansatzpunkte, den finanziell notleidenden KV-Trägern – nach den neuesten Prognosen werden ab dem Jahr 2007 alle Gebietskrankenkassen, auch die OÖGKK, negativ gebaren – einen Ausgleich für die aufgezeigten Belastungen zu gewähren, ohne dass dies als pauschaler Bundesbeitrag zur Defizitabdeckung anzusehen wäre.

Änderungen in den vom RH untersuchten Bereichen würden nicht zu einer Erhöhung der Lohnnebenkosten führen, weil es sich dabei nicht um Beitragserhöhungen handelt. Außerdem kämen diese Änderungen im Gegensatz zu Beitragserhöhungen den KV-Trägern zur Gänze zugute; rund ein Drittel der Mehreinnahmen aufgrund von Beitragserhöhungen wäre nämlich sofort für die Spitalsfinanzierung an die Landesfonds weiterzuleiten.



Effekte gesetzlicher Maßnahmen

BMGFJ

Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse

Zu dem vom BMGFJ übermittelten Rechenwerk des Hauptverbandes über die Be- und Entlastungen merkte der RH an, dass der Einnahmenverlust aus der Pauschalabgeltung der Mehrwertsteuer für Heilmittel und die vom Verfassungsgerichtshof aufgehobene Einbeziehung der Sozialversicherungsanstalt der Bauern in den Ausgleichsfonds nicht berücksichtigt wurden.

Was die Belastung durch die geänderte Zuständigkeit für Vertragsbedienstete betrifft, stellte der RH klar, dass er – unter Zuhilfenahme der Daten des Hauptverbandes und im Einvernehmen mit den beiden Kassen sowie dem Hauptverband – den Saldo der Veränderungen im Stand der Versicherten bei der BVA bzw. den Krankenfürsorgeanstalten mit dem Deckungsbeitrag eines neuen Versicherten (Beiträge minus Ausgaben) bewertete.

Abschließend vermerkte der RH positiv, dass auf höchster politischer Ebene Aktivitäten für ein Maßnahmenpaket zur Verbesserung der finanziellen Leistungsfähigkeit der KV-Träger entfaltet werden.

Schluss- bemerkungen

BMGFJ und Wiener
Gebietskrankenkasse

25 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

(1) Es wäre umgehend ein Sanierungskonzept mit den entsprechenden kurz-, mittel- und langfristigen Maßnahmen zu erstellen, um die finanzielle Leistungsfähigkeit der WGKK nachhaltig zu sichern. (TZ 3)

WGKK

(2) Durch eine bessere Steuerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel sollten die entstandenen Mehrausgaben (rd. 80 Mill. EUR pro Jahr) im Vergleich zur Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse verringert werden. (TZ 5)

(3) Es wären geeignete Maßnahmen zur Tarifsenkung in jenen Bereichen zu ergreifen, in denen die Wiener Gebietskrankenkasse höhere Preise für vergleichbare Leistungen bezahlte. (TZ 8)

(4) In die Gesamtverträge sollten Honorarsummenbegrenzungen aufgenommen werden. (TZ 9)

(5) Der Stellenplan für Vertragsärzte sollte weiter optimiert werden. (TZ 12)

Schlussbemerkungen

Wiener Gebiets-
krankenkasse und
Oberösterreichische
Gebietskrankenkasse
(bzw. Hauptverband
der österreichischen
Sozialversicherungsträger)

(6) Es sollten Maßnahmen zum Ausgleich der Kosten für die präoperative Diagnostik ergriffen werden. (TZ 16)

(7) Der Verwaltungsaufwand sollte weiter gesenkt werden. (TZ 17)

(8) Es sollten standardisierte Diagnosen und einheitliche Behandlungsrichtlinien erstellt werden, um eine eindeutige Ursachenanalyse der höheren Kosten zu ermöglichen. (TZ 6)

(9) Das beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger im Dezember 2007 eingesetzte Vertragspartner-Controlling sollte mit der Durchführung entsprechender Tarifaufwertungen beauftragt werden. (TZ 7)

(10) Die Unterschiede in den Frequenzen der einzelnen analysierten Leistungen der ärztlichen Hilfe sollten auf ihre medizinische Notwendigkeit hin untersucht und zum Anlass für tarifliche Verbesserungen in den Gesamtverträgen bzw. Festlegung von Behandlungsstandards genommen werden. (TZ 10)

(11) Die jeweiligen Systeme der Vergütung sollten regelmäßig verglichen, auf ihre Auswirkungen hin untersucht und bewährte Vergütungsformen verstärkt eingesetzt werden. (TZ 11)

(12) Es wäre auch über die Verschreibung von Generika hinaus auf die Verordnung kostengünstiger Heilmittel in angemessener Dosierung hinzuwirken und für die Verschreibung von Medikamenten entsprechende Therapieempfehlungen unter Berücksichtigung moderner Behandlungsstandards zu erstellen. (TZ 14)

(13) Leistungen der ärztlichen Hilfe sollten auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten vergütet werden. Auch für bereits in den Vertrag aufgenommene Leistungen wäre eine Nachkalkulation zu erstellen. (TZ 20)

(14) Einzelverträge sollten nur zeitlich befristet unter Einräumung des Rechts auf Vertragsverlängerung (Reakkreditierung) für den Fall des vertragskonformen Verhaltens abgeschlossen werden. (TZ 12)



Schlussbemerkungen

BMGFJ

**Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit
Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse**

(15) In der so genannten Fremdkassenabrechnung sollten die versicherten Personen, die erbrachten Leistungen und deren Kosten genau angegeben werden. (TZ 21)

(16) Es sollten die tatsächliche und die formelle Verantwortung für den Abschluss sowie die Erfüllung der Gesamtverträge zusammengelegt werden. (TZ 22)

BMGFJ

(17) Die gesetzlichen Regelungen, die zu einer erheblichen Belastung der KV-Träger führten, sollten evaluiert werden. (TZ 24)

(18) Zum Ausgleich der Belastung der Gebietskrankenkasse(n) durch die Führung des Hanusch-Krankenhauses sollten geeignete rechtliche Schritte gesetzt werden. (TZ 18, 19)

(19) Wegen der angespannten finanziellen Lage einiger KV-Träger sollte vom BMGFJ ein klares Eskalationsszenario erstellt werden. (TZ 23)

Wien, im Februar 2008

Der Präsident:

Dr. Josef Moser

