



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

Tabelle 7: Veränderung Reinvermögen je Krankenversicherungsträger bzw. Bundesmittel je Anspruchsberechtigten (AB)

je AB	Veränderung von 2008 bis 2004	Bundesmittel von 2009 bis 2013 ¹	Veränderung Reinvermögen 2008 bis 2013 ohne Bundesmittel	Anmerkung
		in Mio. EUR		
WGKK	- 220,76	439,51	- 57,12	hohe Verluste, hohe Bundesmittel, keine Verbesserung im Reinvermögen
NÖGKK	- 119,60	87,73	15,81	Verluste, Bundesmittel im Mittelfeld, Verbesserung im Reinvermögen
BGKK	- 66,42	101,86	100,00	Verluste, Bundesmittel im Mittelfeld, Verbesserung im Reinvermögen
OÖGKK	44,63	39,14	90,22	keine Verluste, trotzdem Bundesmittel, Verbesserungen im Reinvermögen sowohl vor dem Sanierungspaket wie auch während der Sillian-Phase
StGKK	- 219,53	264,89	80,42	hohe Verluste, hohe Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
KGKK	- 175,76	260,64	59,34	hohe Verluste, hohe Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
SGKK	- 55,28	39,05	118,52	Verluste, Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
TGKK	- 30,98	70,11	70,03	Verluste, Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
VGKK	- 131,31	49,17	40,56	Verluste, Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
BKK	- 437,29		305,95	Verluste, keine Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
VAEB	184,54		240,32	keine Verluste, keine Bundesmittel, steigendes Reinvermögen
BVA	322,49		342,09	keine Verluste, keine Bundesmittel, steigendes Reinvermögen
SVA	36,39		- 80,20	zunächst keine Verluste, keine Bundesmittel, Verschlechterung im Reinvermögen

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Bundesmittel sind in Summe über die Jahre 2009 bis 2013 pro Anspruchsberechtigtem dargestellt.

Quellen: Hauptverband; RH

Die Darstellung zeigt, dass die Entwicklung der Krankenversicherungsträger unterschiedlich verlief:

- Die Gebietskrankenkassen wiesen – abgesehen von der OÖGKK – einen Rückgang des Reinvermögens pro Anspruchsberechtigtem von 2008 im Vergleich zum Jahr 2004 auf. Sie erhielten Bundesmittel und erreichten im Rahmen des Prüfungszeitraums 2009 bis 2013 eine erhebliche Verbesserung im Reinvermögen.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- Die WGKK konnte im Prüfungszeitraum trotz der erhaltenen Bundesmittel keine dauerhafte Sanierung erreichen.
- Die OÖGKK hatte sowohl im Zeitraum 2004 bis 2008 als auch im Zeitraum 2009 bis 2013 ein steigendes Reinvermögen; sie erhielt trotzdem Bundesmittel.
- Die Betriebskrankenkassen konnten ihr Reinvermögen ohne Bundesmittel verbessern.
- Verschiedene Sondersicherungsträger verzeichneten in der gesamten Periode ein steigendes Reinvermögen.

19.2 Der RH bewertete positiv, dass sich die im Reinvermögen der Krankenversicherungsträger zum Ausdruck kommende finanzielle Lage der Träger durch das Kassensanierungspaket wesentlich verbessert hatte.

Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass der Bund – zusätzlich zu den regelmäßigen Mitteln des Bundes wie z.B. Hebesätze für Pensionisten oder Ersätze für das Wochengeld – rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln zur Verfügung stellte, obwohl gleichzeitig das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung bis deutlich über die Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage anstieg. Im Jahr 2013 hätte der Sektor Krankenversicherung insgesamt betrachtet auch ohne Bundesmittel über ausreichende Eigenmittel verfügt. Eine Rückzahlung erhaltener Bundesmittel war nicht vorgesehen.

19.3 *Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung lediglich in Summe deutlich über der Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage gelegen sei, bei einzelnen Krankenversicherungsträgern (insbesondere der WGKK) sei dies jedoch nicht der Fall gewesen. Dem Ausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern seien enge verfassungsrechtliche Grenzen gesetzt.*

Die Prognoserechnungen für 2015 und die folgenden Jahre würden unter anderem aufgrund hoher Arbeitslosenzahlen eine negative Entwicklung ergeben.

Die Leistungssicherungsrücklage sei lediglich das rechtlich normierte Mindestmaß an Rücklagen zum Ausgleich unterjähriger Schwankungen von Beitragseinnahmen und Leistungsauszahlungen sowie zur Absicherung der Erfüllung der Leistungsverpflichtungen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sei eine darüber hinaus bestehende „Allgemeine Rücklage“ durchaus zweckmäßig, z.B. zur Finanzierung der Sanierung der



Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Verwaltungsgebäude oder der medizinischen Einrichtungen. Rücklagen seien ein stabilisierender Faktor, z.B. für länger dauernde konjunkturelle Schwächephasen.

Eine Empfehlung über die Rückforderung von Bundesmitteln sei an das BMF zu richten.

- 19.4** Der RH hielt dem BMG entgegen, dass höhere Rücklagen zwar die Lage des jeweiligen Krankenversicherungsträgers verbesserten, die Mittel dazu aber vom Bund fremd zu finanzieren waren oder aus Beiträgen der Versicherten stammten.

Er verwies weiters auf seine Feststellungen in seinem Bericht „Vermögensmanagement ausgewählter Kranken- und Unfallversicherungsträger“ (Reihe Bund 2014/15, TZ 6), wonach die Funktion der Reserven und die Art der Vorhaltung ebenso wenig geregelt waren wie die Konsequenzen zu hoher oder zu niedriger Reserven. Somit bestand weder eine Sicherheit für eine sachlich ausreichende Reserve, noch gegen eine übermäßige Mittelbindung.

Im Übrigen merkte der RH an, dass die unterschiedlichen Rücklagen (etwa im Vergleich zwischen der BVA und der WGKK) keineswegs auf konkrete Pläne für Investitionen in Gebäude oder auf die unterschiedliche Notwendigkeit der Bildung von Reserven für Konjunkturprobleme zurückzuführen waren.

Finanzziele

Steuerungseignung für die Summe der Krankenversicherungsträger

- 20.1** (1) Die vorgesehene Ausgabendämpfung basierte einerseits darauf, dass in bestimmten Bereichen die historische oder erwartete Aufwandssteigerung auf einen niedrigeren Prozentsatz reduziert werden sollte. Anhand des so abgeleiteten Zielwerts wurden in der Folge Sollaufwendungen ermittelt und dem Prognoseszenario ohne Maßnahmen gegenübergestellt.
- Im Bereich der ärztlichen Hilfe sollte der prognostizierte Ausgabenanstieg von rd. 3,6 % reduziert werden. Der Anstieg sollte maximal 82,5 % der Beitragseinnahmensteigerung betragen. Dies ergab in der Modellrechnung je nach Kalenderjahr eine Steigerung von rd. 1,4 % bis 3,0 % bzw. eine Ausgabendämpfung von insgesamt 407 Mio. EUR.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- Bei den Heilmitteln sollte die angenommene Steigerungsrate von + 6,6 % auf + 4,0 % reduziert werden, was eine Ausgabendämpfung von rd. 883 Mio. EUR bewirken sollte.
- Für Institute wies die Modellrechnung eine jährliche Kostensteigerung ohne Maßnahmen von + 4,0 % aus. Durch eine Tarifsenkung im Jahr 2010 bei Großgeräten und einen Anstieg von + 1,5 % in den Jahren 2011 bis 2013 sollte eine Ausgabendämpfung von rd. 155 Mio. EUR eintreten.
- In der Verwaltung sollte eine Dämpfung von 45 Mio. EUR erreicht werden.
- Die Einsparungen bei den übrigen Vertragspartnern (z.B. Physiotherapie, Transportkosten, Heilbehelfe, Hilfsmittel) wurden mit rd. 235 Mio. EUR veranschlagt.

(2) Die angestrebte Dämpfung war als Reduktion der Aufwendungen gegenüber Prognosen definiert, die die Krankenversicherungsträger im Jahr 2009 erstellt hatten. Diese Basis wurde bis 2013 nicht verändert. Die Zielwertvorgaben entsprachen daher bereits nach relativ kurzer Zeit, jedenfalls ab den Zielen für das Jahr 2011 nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten.

Dies zeigt z.B. folgende Überlegung: Hinsichtlich der gesamten Krankenversicherung rechnete das Sanierungskonzept vor Berücksichtigung kostendämpfender Maßnahmen mit einer Steigerung vom Jahr 2010 auf das Jahr 2011 im Ausmaß von rd. 3,96 % („befürchtete Kostensteigerung“).

In der Folge war das endgültige Ergebnis des Jahres 2010 wesentlich besser als die Prognose laut dem Sanierungskonzept. Die Ziele blieben jedoch unverändert. Dies führte dazu, dass die Zielvorgaben eine Steigerung von rd. 4,69 % „erlaubt“ hätten.⁵⁸ Die Zielsetzung des Kassensanierungspakets war somit für das Jahr 2011 bereits weniger ambitioniert als die Planung vor dem Sanierungspaket. Für die Jahre 2012 und 2013 ergab sich ein ähnliches Ergebnis.

(3) Die folgende Tabelle und Abbildung veranschaulichen die Steigerung der Werte vor Maßnahmen und nach Maßnahmen in Bezug zum endgültigen Vorjahreswert:

⁵⁸ Das Ergebnis errechnet sich wie folgt: Ausgaben nach Maßnahmen im Jahr 2011 mit rd. 14.948 Mio. EUR abzüglich der endgültigen Ergebnisse aus dem Jahr 2010 mit rd. 14.278 Mio. EUR.

**Tabelle 8: Steigerung Sillian-Werte und endgültige Ausgaben
 (alle Krankenversicherungsträger)**

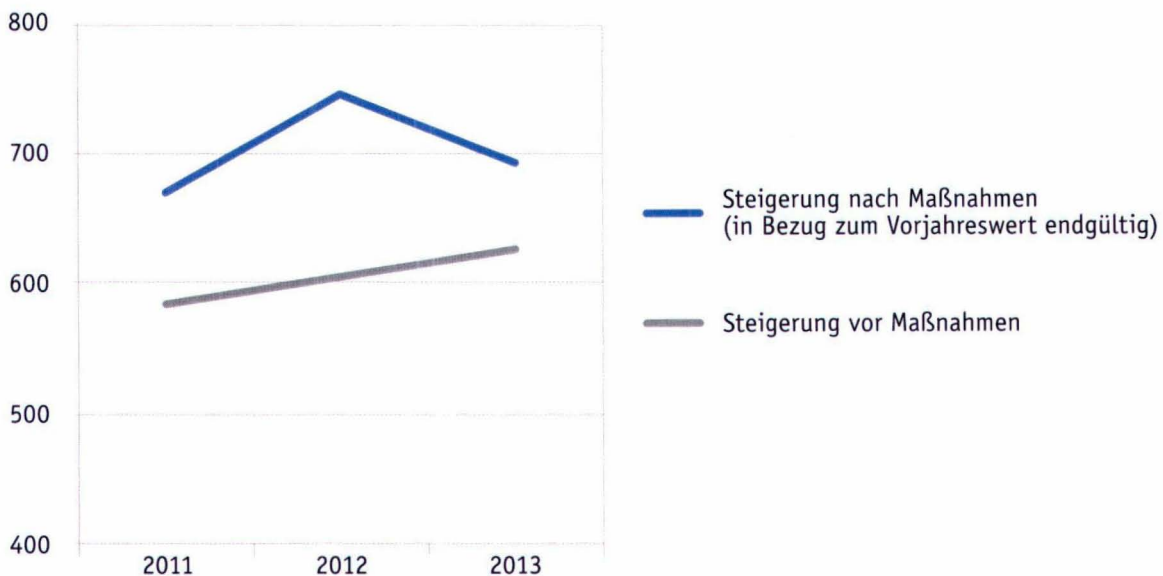
	2011	2012	2013
„befürchtete“ Steigerung vor Maßnahmen in Mio. EUR	583	604	627
Steigerung in %	3,96	3,95	3,94
„erlaubte“ Steigerung nach Maßnahmen (in Bezug zum Vorjahreswert endgültig) in Mio. EUR	670	746	694
Steigerung in %	4,69	5,09	4,57

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Abbildung 5: „Erlaubte“ und „befürchtete“ Kostensteigerungen (alle Krankenversicherungsträger)

in Mio. EUR



Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

20.2 (1) Der RH kritisierte die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 als wenig geeignet für eine operative Steuerung. Bereits 2011 lag die nach dem Ausgabendämpfungspfad „erlaubte“ Steigerung von 4,69 % gegenüber dem endgültigen Ergebnis vom Vorjahr deutlich über der ursprünglich ohne Ausgabendämpfungen angenommenen Steigerung von 3,96 %. Er hielt es nicht für sinnvoll, Ziele zu setzen, die weniger ambitioniert waren als die Einschätzung der Entwicklung bei kaufmännischer Vorsicht.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Steuerung verstärkt die aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen und auf einer rollierenden Planung aufzubauen.

(2) Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass die Träger – aufgrund des Zusammenhangs der Erfüllung der Finanzziele des Kassensanierungspakets und der Auszahlung der Mittel des Kassenstrukturfonds in den Richtlinien des BMG – (siehe TZ 18) keine Anreize hatten, sich selbst ambitioniertere Ziele zu setzen.

Er empfahl daher dem BMG, zukünftig Zielvorgaben, die auch der operativen Steuerung dienen sollten, den aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

(3) Der RH verkannte nicht, dass langfristige strategische Vorgaben (etwa eine Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Gleichklang mit dem BIP) sinnvoll sein konnten. Derartige Vorgaben wären aber kurz- und mittelfristig in der operativen Steuerung durch konkretere, auf einer rollierenden Planung basierende Vorgaben zu ergänzen.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, strategische Vorgaben klarer von operativen Steuerungszielen zu trennen. Bei der Bedachtnahme auf die Anreize bzw. Konsequenzen (siehe TZ 18) wäre sicherzustellen, dass Anreize für eine ambitionierte Gestaltung der Ziele bestehen.

20.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass im Zuge der laufenden Finanzausgleichsverhandlungen auch über neue Ausgabenobergrenzen für die Periode ab 2017 zu verhandeln sei und die Empfehlungen des RH dabei soweit wie möglich berücksichtigt würden. Insbesondere die klarere Trennung strategischer Vorgaben von operativen Steuerungszielen sei den Zielsteuerungspartnern ein großes Anliegen. Ebenso würden – wie vom RH empfohlen – die aktuellen Gegebenheiten bei der Festlegung von Zielen und Maßnahmen so weit als möglich berücksichtigt werden.*

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

(3) Die StGKK gab in ihrer Stellungnahme an, dass es auch in ihrem Sinn sei, bei der Festlegung der wesentlichen Parameter ambitionierte, aber nicht unrealistische Ausgabendämpfungsvorgaben einzuhalten. Sie orientiere sich in ihrem Steuerungsprozess am Betriebsergebnis. Dadurch seien alle Positionen relevant – auch jene, die bei den Aus-



Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

gabenobergrenzen keine Berücksichtigung finden würden (z.B. Geldleistungen), sowie die Einnahmenseite der Erfolgsrechnung. Die Mittel, welche die StGKK bei Unterschreitung der Finanzzielwerte aus dem Kassenstrukturfonds lukrieren könnte, seien nur ein positiver Nebeneffekt aus der Erreichung eines positiven Betriebsergebnisses.

(4) Laut Stellungnahme der WGKK sei die Festlegung der aktuellen Finanzziele auf Basis des Bundes-Zielsteuerungsvertrags erfolgt. Dieser gelte bis Ende 2016 und sei zwischen dem Bund und dem Hauptverband für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Ländern abgeschlossen worden.

Die WGKK berücksichtige bei der Festlegung der Finanzziele die aktuellen Entwicklungen. Vorhersagen seien jedoch mit Unschärfen verbunden. Eine rollierende Planung für die Finanzziele sei mit großem administrativem Mehraufwand sowohl für die Träger als auch für den Hauptverband verbunden.

(5) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme ausführte, sei die Ausgabenobergrenze 2016 für die Krankenversicherung insgesamt und die einzelnen Träger durch den Bundes-Zielsteuerungsvertrag bereits festgelegt und könne von ihr nicht abgeändert werden. Die politischen Rahmenvorgaben für die Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2020 stünden noch nicht fest; auf sie habe die BVA keinen Einfluss.

20.4 (1) Der RH begrüßte die positiven Stellungnahmen des BMG, des Hauptverbands und der StGKK.

(2) Er wies gegenüber der WGKK erneut darauf hin, dass die Zielsetzungen mangels rollierender Planung weniger ambitioniert als die ohnedies prognostizierten Erwartungen und daher zur Steuerung ungeeignet waren. Angesichts des hohen Gebarungsumfangs und der Steuerungsaufgaben der WGKK war die Erstellung jährlicher konkreter Ziele nach Ansicht des RH jedenfalls gerechtfertigt. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

(3) Gegenüber der BVA merkte der RH, dass er durchaus Möglichkeiten für die BVA sah, im Rahmen der Mitwirkung an den Vorhaben der Gesundheitsreform auch auf eine möglichst zweckmäßige Gestaltung der Finanzziele ab 2017 hinzuwirken.



Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Aufteilung auf Ausgabenbereiche

21.1 (1) Die nachfolgende Tabelle zeigt die bei Beschlussfassung des Kassensanierungspakets geplante Verteilung der Ausgabendämpfung auf die einzelnen Ausgabenbereiche und die einzelnen Jahre.

Tabelle 9: Dämpfungsvolumen nach Bereichen (alle Krankenversicherungsträger)					
Bezeichnung	2010	2011	2012	2013	gesamt
	in Mio. EUR				
Vertragsärzte	47	96	123	141	407
Institute	22	33	44	56	155
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	5	9	9	10	33
Heilmittel	82	169	264	368	883
Heilbehelfe und Hilfsmittel	20	25	30	35	110
Transportkosten	4	8	12	12	36
Zwischensumme	180	340	482	622	1.624
übrige Bereiche:					
Wahlärzte	2	–	–	–	2
übrige Physiotherapie	3	4	4	3	14
Vertragspartner-Kontrolle, Abrechnungs- überprüfung	9	9	10	12	40
Verwaltung	3	8	14	20	45
Summe übrige Bereiche	17	21	28	35	101
Kostendämpfung gesamt	197	361	510	657	1.725

Rundungsdifferenzen möglich
Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Nach den Vorgaben des Kassenstrukturfonds waren entsprechende Ziele im Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG, d.h. in den Balanced Scorecards (BSC) der einzelnen Träger zu beschließen. Dabei waren Verschiebungen zwischen den Bereichen möglich, solange das Gesamtziel in vollem Umfang wiedergegeben war. In diesem Sinn verschob die Trägerkonferenz bereits im Beschluss über die Zielvereinbarung für das Jahr 2010 (im Dezember 2009) das Ausgabendämpfungsvolumen für „übrige Bereiche“ in das Finanzziel für Heilmittel.



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

Die folgende Tabelle zeigt, wie die Krankenversicherungsträger den Ausgabendämpfungspfad für das Jahr 2010 in die BSC integrierten:

**Tabelle 10: Gegenüberstellung Ausgabendämpfungsziele 2010
(alle Krankenversicherungsträger)¹**

	Kassen- konsolidierungs- konzept	Ausgabendämpfung	
		BSC Finanzziele	Differenz BSC zu Kassen- konsolidierungskonzept
		in Mio. EUR	
Vertragsärzte	47	49	2
Institute	22	18	- 4
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	5	-	- 5
Heilmittel	82	126	44
Heilbehelfe und Hilfsmittel	20	17	- 3
Transportkosten	4	4	-
Zwischensumme Finanzziele	180	214	34
übrige Bereiche	17	-	- 17
Aufwendungen gesamt	197	214	17

Rundungsdifferenzen möglich

BSC = Balanced Scorecard

¹ Stand 15. November 2010

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Das für das Jahr 2010 im Dezember 2009 in der BSC festgelegte Ausgabendämpfungsvolumen von rd. 214 Mio. EUR übertraf das vom Hauptverband im Juni erwartete Ausgabendämpfungsvolumen von 197 Mio. EUR zwar um 17 Mio. EUR. Dies basierte jedoch darauf, dass nach der vorläufigen Erfolgsrechnung bereits im Jahr 2009 rd. 72,05 Mio. EUR⁵⁹ Ausgabendämpfung im Heilmittelbereich eingetreten war. Daraufhin beschloss die Trägerkonferenz ein um rd. 44 Mio. EUR höheres Ausgabendämpfungspotenzial für Heilmittel, reduzierte jedoch in den übrigen Bereichen die angestrebte Ausgabendämpfung um 27 Mio. EUR.

(2) Auch nach der Integration in die BSC gab es nach der Beschlusslage in der Trägerkonferenz des Hauptverbands die Möglichkeit einer Kompensation: Das Nichterreichen eines Zielwerts in einem Bereich konnte durch eine Übererfüllung eines anderen Zielwerts ausgeglichen werden.

⁵⁹ Aufwand Heilmittel für 2009: aus GVR Mai 2009 mit rd. 2.259,53 Mio. EUR; aus GVR November 2009 mit rd. 2.187,49 Mio. EUR; Differenz 72,05 Mio. EUR (Rundungsdifferenzen möglich)

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

(3) Nachfolgende Tabelle gibt für die gesamte Krankenversicherung eine Zusammenfassung der auf die einzelnen Bereiche aufgeteilten Aufwendungen für das Jahr 2013 in vier Ausprägungen der Werte:

- Abschätzung vor den Sanierungsmaßnahmen (bei Beschlussfassung des Kassensanierungspakets),
- Abschätzung nach den Sanierungsmaßnahmen (bei Beschlussfassung des Kassensanierungspakets),
- Abschätzung gemäß den jährlich vereinbarten BSC-Finanzzielen (jeweils im Dezember des Vorjahres),
- endgültige tatsächliche Ergebnisse:

Tabelle 11: Vergleich Sanierungskonzept mit BSC-Zielen und endgültigen Ergebnissen für das Jahr 2013 (alle Krankenversicherungsträger)

	Prognose (Abschätzung)			endgültige tatsächliche Ergebnisse	Differenz „Prognose nach Maßnahmen“ und endgültigen Ergebnissen
	vor Maßnahmen	nach Maßnahmen	lt. BSC		
	in Mio. EUR				
Vertragsärzte	2.454	2.313	2.390	2.325	12
Institute	472	416	441	418	2
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	156	146	153	148	2
Heilmittel	3.840	3.472	3.306	3.031	– 441
Heilbehelfe und Hilfsmittel	571	536	518	502	– 34
Transportkosten	212	200	226	214	14
insgesamt	7.705	7.083	7.034	6.638	– 445

Rundungsdifferenzen möglich
BSC = Balanced Scorecard
Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Im Jahr 2013 lag der Ausgabenbereich Heilmittel um rd. 441 Mio. EUR geringer, als selbst nach Umsetzung der Ausgabendämpfungsmaßnahmen erwartet worden war. Während die Planung der Krankenversicherungsträger zunächst eine Steigerung im Heilmittelbereich von rd. 21 % im Zeitraum 2010 bis 2013 vorgesehen hatte, hätte diese nach Kostendämpfung nur rd. 12 % ausmachen sollen. Tatsächlich stiegen die Heilmittelausgaben im genannten Zeitraum schließlich nur um rd. 6 %; die Steigerung machte somit nur rund ein Drittel der Erwartung aus.



Der Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel trug ebenfalls rd. 34 Mio. EUR zur Übererfüllung des Finanzziels bei.

In vier Bereichen – bei den Vertragsärzten, den Instituten, den Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten sowie den Transportkosten – konnten die Krankenversicherungsträger die Finanzziele aus den Vorgaben im Sanierungskonzept nicht vollständig erfüllen. Mit Ausnahme des Transportkostenbereichs konnte jedoch immerhin das Basisszenario vor Maßnahmen unterschritten werden.

- 21.2** Der RH kritisierte, dass die günstige Heilmittelentwicklung und die Möglichkeit, Ausgabendämpfungen zwischen den einzelnen Bereichen zu verschieben, dazu führten, dass die übrigen Bereiche weniger ambitionierte Zielvorgaben erhielten. Dadurch lag der Fokus stark auf der Konsolidierung des Gesamtergebnisses und weniger auf der Entwicklung einzelner Bereiche.

Da gerade der Heilmittelbereich maßgeblich von externen Faktoren (etwa pharmazeutischen Innovationen) abhing, hielt der RH es für kritisch, bei der Sanierung der Krankenversicherungsträger aufgrund der günstigen Entwicklung in diesem Bereich andere Bereiche (wie z.B. die ärztliche Hilfe oder die Verwaltungskosten) weniger ambitioniert zu steuern. Im Falle einer Trendumkehr im Heilmittelbereich könnte dies die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Krankenversicherungsträger gefährden. Der RH kritisierte daher insbesondere, dass die Krankenversicherungsträger bereits 2010 angesichts der günstigen Entwicklung der Heilmittelaufwendungen im Jahr 2009 die Ausgabendämpfung bei dem übrigen Bereich (siehe Tabelle 10) vollständig aus den Finanzzielen entfernten.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Steuerung auch bei günstiger Entwicklung eines Bereichs die Ziele der anderen Bereiche weiterhin ambitioniert zu verfolgen.

- 21.3** (1) *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag seien neben den Globalzielen auch Ziele und Maßnahmen, die auf einzelne Leistungsbereiche bezogen seien, vereinbart. Daher würden schon derzeit alle vereinbarten Maßnahmen bearbeitet, und zwar unabhängig davon, ob in dem einen oder anderen Bereich eine günstige Entwicklung eintrete. Dies werde auch in den Folgeperioden der Fall sein.*

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

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

(3) Laut Stellungnahme der WGKK verfolge sie selbstverständlich auch bei günstiger Entwicklung eines Bereichs in den anderen Ausgabenbereichen ambitionierte Zielsetzungen im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Möglichkeiten.

21.4 (1) Der RH hob gegenüber dem BMG zunächst positiv hervor, dass im Bundes-Zielsteuerungsvertrag im Gegensatz zum Kassensanierungspaket zahlreiche Einzelmaßnahmen und ein entsprechendes Monitoring vorgesehen waren (siehe dazu TZ 28 f.). Allerdings waren diese Maßnahmen nicht mit den Finanzzielen verknüpft. Weiters waren nach wie vor die Finanzziele der einzelnen Leistungsbereiche wechselseitig substituierbar: Ungünstige Entwicklungen in einem Leistungsbereich können durch positive Entwicklungen in anderen Bereichen kompensiert werden.

(2) Gegenüber der WGKK merkte der RH an, dass gerade die Gestaltung der vertraglichen Möglichkeiten ein wesentlicher, durch die Finanzziele determinierter Steuerungsbereich war.

Aufteilung auf die einzelnen Krankenversicherungsträger

22.1 (1) Die Finanzziele waren nicht nur auf die Bereiche aufzuteilen (siehe TZ 21), sondern auch auf die einzelnen Krankenversicherungsträger herunterzubrechen.

(2) Im Jahr 2010 erfolgte diese Aufteilung nicht auf Basis eines analytischen Verfahrens, sondern im Wege von Verhandlungen auf Ebene der leitenden Angestellten mit einem entsprechenden Beschluss der Trägerkonferenz. Dabei wirkte sich erleichternd aus, dass aufgrund der vorläufigen Erfolgsrechnung für das Jahr 2009 vom November 2009 eine Zielerreichung im Jahr 2010 bereits sehr wahrscheinlich war (siehe TZ 21).

(3) Ab dem Jahr 2011 veränderten die Krankenversicherungsträger die Systematik der Aufteilung des Gesamtzielwerts. Dafür erarbeitete der Hauptverband mehrere Varianten für analytische Verfahren. Schließlich einigten sich die Krankenversicherungsträger auf eine Variante, die zwar berücksichtigte, dass Krankenversicherungsträger mit sehr hohen Aufwendungen ambitioniertere Ziele haben sollten als Krankenversicherungsträger, die bereits sehr günstig lagen. Diese Unterschiede waren jedoch in so geringem Ausmaß berücksichtigt, dass die Angleichung der Aufwendungen nach der gewählten Logik rechnerisch

rd. 100 Jahre gedauert hätte.⁶⁰ Wichtige andere Parameter (z.B. die Entwicklung der Zahl der Anspruchsberechtigten) wurden nicht berücksichtigt. Die Zielwertfestlegungen der Jahre 2012 und 2013 folgten der gleichen Logik wie im Jahr 2011.

- 22.2** Der RH kritisierte, dass die Aufteilung der Finanzziele auf die einzelnen Krankenversicherungsträger im Wesentlichen ohne Rücksicht auf eine Bewertung eines trägerspezifischen Einsparungspotenzials erfolgte. Er wies darauf hin, dass dem einzelnen Krankenversicherungsträger eine maßgebliche Verantwortung für die nachhaltige Gebarung aber auch die ausreichende Versorgung der Bevölkerung zukam und hielt daher eine dem jeweiligen Träger angemessene Zielvorgabe für essentiell.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Festlegung von Finanzzielen sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger zu entwickeln.

- 22.3** (1) *Das BMG unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, bei der Festlegung der Finanzziele sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf einzelne Träger zu entwickeln. Die Hinterlegung von Zielen und Maßnahmen mit konkreten Einsparungspotenzialen sei vom Bund bei den Verhandlungen zur 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit und zum ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit Nachdruck gefordert worden. Eine Einigung sei jedoch nicht erzielt worden.*

(2) *Laut Stellungnahme der WGKK sei die Zielsetzung einer Verteilung der Gesamtziele nach sachlichen Kriterien in der BSC unter der Federführung des Hauptverbands verankert worden.*

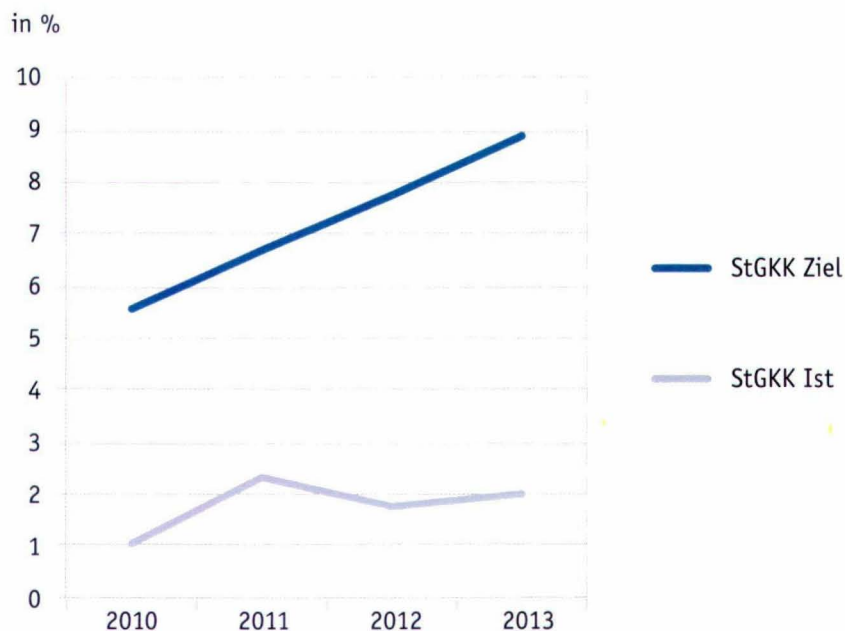
Steuerungseignung für die StGKK und die WGKK

- 23.1** Die folgenden Abbildungen zeigen – parallel zur Darstellung in TZ 20 – einerseits die jährliche Ausgabensteigerung der Ist-Werte der StGKK und der WGKK im Vergleich zum Vorjahr (untere Linie); andererseits die mögliche Steigerung vom letztjährigen Ist-Wert zum Zielwert (obere Linie):

⁶⁰ Hier lag folgende Annahme zugrunde: Die Differenz der Kopfquote des einzelnen Versicherungsträgers zum Durchschnitt wurde um 1/30 verringert. Diese Differenz wurde in Folge um einen Abschlag von 70 % korrigiert.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

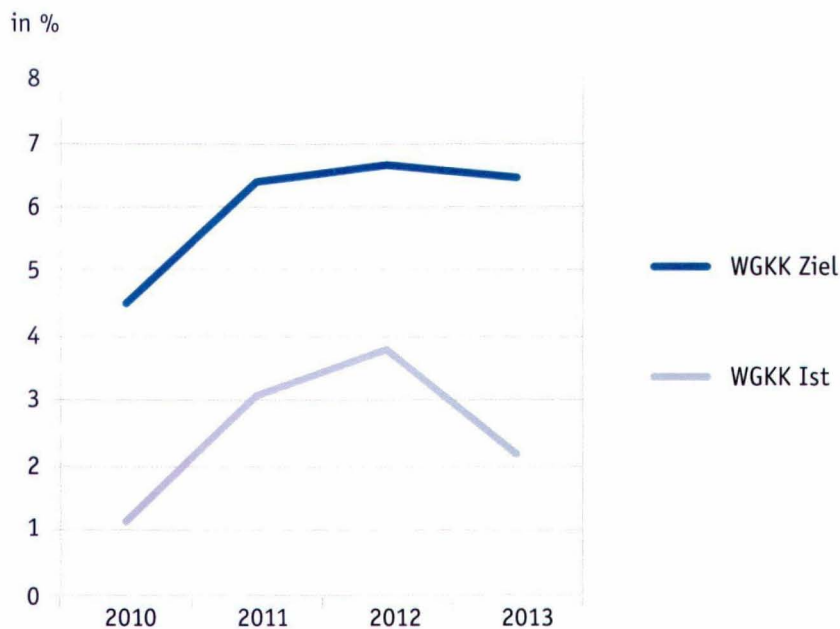
Abbildung 6: Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; StGKK 2010 bis 2013



Quellen: StGKK; Darstellung RH

Eine Erreichung der Finanzziele wäre bei einer Steigerung um rd. 6 % bis rd. 9 % möglich gewesen, die tatsächlichen Steigerungen lagen jedoch nie über 3 %.

Abbildung 7: Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; WGKK 2010 bis 2013



Quellen: WGKK; Darstellung RH

Während die Ist-Werte bei der WGKK um rd. 1 % bis rd. 4 % anstiegen, wäre aufgrund des gegenüber der Prognose für 2009 deutlich günstigeren Ergebnisses dieses Jahres bereits ab dem Jahr 2010 eine wesentlich höhere Steigerung (z.B. rd. 6 % im Jahr 2011) möglich gewesen, ohne die Finanzziele zu verfehlen.

- 23.2** Der RH kritisierte erneut die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 als wenig geeignet für eine operative Steuerung. Er hielt es nicht für sinnvoll, Ziele zu setzen, die weniger ambitioniert waren als die Einschätzung der Entwicklung bei kaufmännischer Vorsicht.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMG und den Hauptverband sowie die StGKK und die WGKK (TZ 20), bei der künftigen Steuerung verstärkt die aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen und auf einer rollierenden Planung aufzubauen.

- 23.3** (1) *Das BMG und der Hauptverband sagten in ihren Stellungnahmen zu, die Empfehlung des RH bei künftigen Vorhaben in die Diskussion mit einzubeziehen.*

(2) Die WGKK verwies in ihrer Stellungnahme neuerlich darauf, dass die Festlegung der aktuellen Finanzziele auf Basis des Bundes-Zielsteuerungsvertrags erfolgt sei. Dieser gelte bis Ende 2016 und sei zwischen dem Bund und dem Hauptverband für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Ländern abgeschlossen worden.

Die WGKK berücksichtige bei der Festlegung der Finanzziele die aktuellen Entwicklungen. Vorhersagen seien jedoch mit Unschärfen verbunden. Eine rollierende Planung für die Finanzziele sei mit großem administrativem Mehraufwand sowohl für die Träger als auch für den Hauptverband verbunden.

- 23.4** (1) Der RH begrüßte die positiven Stellungnahmen des BMG und des Hauptverbands.

(2) Er wies gegenüber der WGKK erneut darauf hin, dass die Zielsetzungen weniger ambitioniert als die ohnedies prognostizierten Erwartungen und daher zur Steuerung ungeeignet waren. Angesichts des hohen Gebarungsumfangs und der Steuerungsaufgaben der WGKK war die Erstellung jährlicher konkreter Ziele nach Ansicht des RH jedenfalls gerechtfertigt. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013**Steuerungseignung für die einzelnen Fachbereiche**

- 24.1** Die in TZ 20 bis 23 dargestellten Ergebnisse ergaben sich nicht nur für die Gesamtzielwerte, sondern auch für die einzelnen Fachbereiche.

Im Jahr 2013 wies die WGKK z.B. für den Ausgabenbereich der ärztlichen Hilfe einen Zielwert von rd. 455,80 Mio. EUR aus. Die WGKK setzte diesen Zielwert damit rd. 7,03 Mio. EUR über den – nach kaufmännischer Vorsicht – prognostizierten Aufwendungen aus der Gebärungsvorschau von rd. 448,77 Mio. EUR fest. Es war damit bereits bei Zielfestlegung klar, dass die Zielvorgabe übererfüllt würde.

- 24.2** Angesichts des Zielwerts für ärztliche Hilfe, der selbst den von kaufmännischer Vorsicht geprägten Wert aus der Gebärungsvorschau noch um rd. 7,03 Mio. EUR überschritt, wiederholte der RH seine Kritik (TZ 20 bis 23) an den zur operativen Steuerung ungeeigneten Ziel festlegungen.

Monitoring**Inhalte des Monitorings**

- 25.1** (1) Die Überprüfung der Einhaltung der Ausgabendämpfungsziele erfolgte halbjährlich jeweils im März und September (beginnend mit März 2010) durch den Hauptverband in Form eines Monitoringberichts an den Bundesminister für Gesundheit. Dieser berichtete wiederum halbjährlich der Bundesregierung. Wesentliche Inhalte der Berichterstattung betrafen die Zielerreichung sowie eine Darstellung von Maßnahmen.

Die Darstellung zur Ausgabendämpfung erfolgte auf Ebene der gesamten Krankenversicherung sowie auf Ebene der einzelnen Gebietskrankenkassen und der Sondersicherungsträger und Betriebskrankenkassen insgesamt. Weiters berichtete der Hauptverband, welche Maßnahmen die Träger zur Zielerreichung gesetzt hatten (z.B. moderate Vertragsabschlüsse).

(2) Aus den Monitoringberichten des Hauptverbands konnte weder im Einzelnen noch in Form einer Übersicht entnommen werden, welchen Umsetzungsstand die im Kassensanierungspaket angeführten Vorhaben hatten. In mehreren Fällen änderte sich im Zeitraum 2009 bis 2013 die Zielsetzung hinsichtlich dieser Vorhaben (z.B. beschlossen die Leitenden Angestellten, von einer differenzierten Rezeptgebühr abzusehen), ohne dass dies aus den Monitoringberichten ersichtlich war.

- 25.2** Der RH hielt die Einführung eines regelmäßigen Monitorings für einen wichtigen Schritt zu einer trägerübergreifenden Steuerung. Nach Ansicht des RH war das Monitoring allerdings zu stark auf die Finanzziele und eine positive Darstellung bzw. den Erhalt der Strukturfondsmittel ausgerichtet.

Der RH kritisierte, dass das Monitoring kein Maßnahmencontrolling enthielt, das den Umsetzungsstand der im Kassensanierungspaket beschlossenen Vorhaben darstellte. Eine laufende Evaluierung, wie sich die inhaltlichen Ziele dieser Vorhaben (z.B. stärkere Nutzung der Potenziale der ökonomischen Verschreibweise, Entwicklung der Gesamtverträge mit der Ärztekammer, Eindämmung des Marketings im Heilmittelbereich etc.) entwickelten, lag nicht vor.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, bei der Gestaltung künftiger Monitoringsysteme ein Maßnahmencontrolling bzw. eine inhaltliche Evaluierung vorzusehen.

- 25.3** (1) *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die Ausgestaltung des Monitorings sei Gegenstand der derzeit laufenden Verhandlungen zum Finanzausgleich. Dort würden auch die Empfehlungen des RH einfließen.*

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

Bezugsgrößen des Monitorings

- 26.1** (1) Das Monitoring des Hauptverbands bezog sich ausschließlich auf das Ausgabendämpfungsziel, das sich aus dem Vergleich der Ist-Werte mit den Prognosen zur Zeit des Beschlusses des Kassensanierungspakets ergab. Der Hauptverband hielt auf dieser Basis in seinem Abschlussbericht zur Umsetzung des Kassensanierungspakets im Jahr 2014 fest, dass der Kostendämpfungspfad nicht nur eingehalten worden sei, sondern ein deutlich höheres Ausgabendämpfungsvolumen erzielt worden wäre.



Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Tabelle 12: Ausgabendämpfung 2010 bis 2013 laut Monitoringberichten

	2010	2011	2012	2013	Summe 2010 bis 2013
	in Mio. EUR				
Vertragsärzte	98	110	143	129	480
Institute	19	26	36	40	121
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	5	6	9	8	28
Heilmittel	304	450	597	809	2.160
Heilbehelfe und Hilfsmittel	41	51	58	69	219
Transportkosten	- 4	-	- 2	- 2	- 8
Summe	463	643	841	1.053	3.000

Rundungsdifferenzen möglich
Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Nach dem Endbericht wurde somit der Ausgabendämpfungsprozess für die Finanzjahre 2010 bis 2013 erfolgreich abgeschlossen. Der Bericht wies sowohl für jeden Fachbereich⁶¹ als auch für jeden Träger eine vollständige Zielerreichung aus. Die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds wurden vollständig ausgeschüttet.

(2) Bei einem Bezug auf andere Vergleichsgrößen war die Zielerreichung deutlich kritischer zu beurteilen:

a) Eine vom RH veranlasste Auswertung der Zielerreichung im Hinblick auf die ursprünglich angestrebte prozentuelle Veränderung (Sillian-Ziele) der einzelnen Fachbereiche ließ bei vier von sechs Bereichen keine Zielerreichung erkennen:

Tabelle 13: Aufwandssteigerung in % (2009 auf 2013)

	Sillian-Ziel	endgültig	Differenz	
	in % der Aufwendungen		in %	in % des Ziels
Vertragsärzte	8,5	10,9	2,4	28
Institute	3,0	9,1	6,1	206
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	17,7	21,3	3,6	20
Heilmittel	17,0	6,7	- 10,3	- 61
Heilbehelfe und Hilfsmittel	13,8	9,1	- 4,7	- 34
Transportkosten	2,6	6,5	3,9	150

Rundungsdifferenzen möglich
Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

⁶¹ Im Hinblick auf die Transportkosten war dies durch Umschichtung von Ausgabendämpfungspotenzialen in andere Bereiche (insb. Heilmittel) in der BSC möglich.



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Nur bei den Heilmitteln (Steigerung 6,7 % gegenüber der Vorgabe von 17 %) und bei den Heilbehelfen und Hilfsmitteln (Steigerung 9,1 % gegenüber der Vorgabe von 13,8 %) konnte die angestrebte prozentuelle Steigerung eingehalten werden. Bei den Vertragsärzten, den Instituten, den Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten und den Transportkosten erreichte die Krankenversicherung die angestrebten Steigerungsprozentwerte nicht.

b) Eine Detailauswertung des RH im Bereich der ärztlichen Hilfe zeigte folgendes Bild:

- Im Jahr 2013 lagen die Ist-Aufwendungen für ärztliche Hilfe über dem im Kassensanierungspaket angestrebten Wert.
- Da jedoch der Monitoringbericht die Ausgabendämpfung über die Jahre hinweg aufsummiert darstellte und in den ersten Jahren die Anstiege gering waren, konnte der Monitoringbericht trotzdem in Summe eine volle Zielerreichung attestieren.
- Ohne Berücksichtigung des Puffers aus der (pessimistischen) Gebärungsvorschau vom Mai 2009 hätte selbst nach der Methode des Monitoringberichts keine Zielerreichung ausgewiesen werden können.
- Gegenüber dem „no policy change“-Szenario fand jedenfalls eine eindeutige Ausgabendämpfung statt.

c) Die Steigerung der Aufwendungen je Anspruchsberechtigten lag im Zeitraum 2009 bis 2013 auch keineswegs überall unter der Steigerung im Zeitraum 2004 bis 2008:⁶²

⁶² Negative Zahlen bedeuten dabei einen Rückgang in der Aufwandssteigerung, positive Zahlen eine höhere Aufwandssteigerung als in der Vorperiode.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Tabelle 14: Ausgabenentwicklung im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 gegenüber Vergleichsperiode 2004 bis 2008¹

	StGKK	WGKK	BVA
	in EUR je Anspruchsberechtigten ²		
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	- 16,33	3,48	- 7,70
Heilmittel (Arzneien)	- 36,14	- 42,80	- 42,92
Heilbehelfe und Hilfsmittel	- 0,06	- 3,86	4,22
Zahnbehandlung	0,81	0,75	- 2,24
Zahnersatz	- 0,34	0,07	- 3,54
Krankengeld	- 3,13	11,07	0,53
Wohngeld	- 5,77	- 13,94	- 10,51
medizinische Rehabilitation	- 1,71	1,97	- 13,35
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	- 8,27	6,80	0,86

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Werte errechnen sich aus der Differenz der Änderungen von 2004 auf 2008 und von 2009 auf 2013.

² Werte enthalten Bereinigungen um die Vorsteuer bzw. die GSBG-Beihilfe, um die Umstellung von der Netto- auf die Bruttomethode hinsichtlich von Kostenbeteiligungen der Versicherten ab dem Jahr 2009 (vgl. § 7 Rechnungsvorschriften), um Positionen mit Bezug auf das Hanusch-Krankenhaus, insb. auch im Hinblick auf die Änderungen in der Krankenanstaltenfinanzierung (vgl. § 447a und § 447f ASVG).

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Auswertung und Darstellung RH

Die bei allen drei Trägern feststellbare geringere Steigerung beim Wohngeld war darauf zurückzuführen, dass ein Erlass aus dem Jahr 2010 die Gründe für Freistellungen nach § 3 Abs. 3 Mutterschutzgesetz neu regelte. Dadurch kam es zu einer deutlichen Reduktion der vorzeitigen Freistellungen.

Bei der WGKK lag die Steigerung im Zeitraum 2009 bis 2013 darüber hinaus nur bei Wohngeld, Heilmitteln sowie Heilbehelfen und Hilfsmitteln niedriger als im Vergleichszeitraum 2004 bis 2008.⁶³ Bei ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung, Krankengeld etc. war keine Ausgabendämpfung gegenüber der Vorperiode festzustellen. Die StGKK und die BVA konnten dagegen bei fast allen Positionen eine geringere Steigerung verzeichnen.

26.2 (1) Der RH kritisierte, dass trotz der Schwächen der Gebarungsvorschau-rechnungen (siehe TZ 5 bis 15) die Evaluierung der Ausgabendämpfungsmaßnahmen ausschließlich mit Bezug auf von diesen abgeleiteten Szenarien erfolgte und sehr eindimensional eine volle Zielerreichung

⁶³ Die geringere Steigerung bei der Überweisung an den Krankenanstaltenfonds und bei der Anstaltspflege war auf die geringeren Beitragssteigerungen zurückzuführen (2008 war der Beitragssatz erhöht worden).



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

berichtet wurde. So blieben nach Ansicht des RH wesentliche Informationen für die künftige Entwicklung bzw. die Beurteilung der Nachhaltigkeit der Sanierung ungenutzt.

Die vom RH vorgenommene Analyse einer Ausgabendämpfung mit mehreren Bezugsgrößen (z.B. gegenüber der Kostensteigerung in Vorperioden, gegenüber dem als prozentuelle Steigerung definierten Ziel sowie unter Berücksichtigung der bereits in der Gebarungsvorschau 2009 enthaltenen Puffer dieses Jahres) zeigte ein nach Fachbereichen bzw. Trägern differenziertes Bild.

Der RH wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die aktuelle Gebarungsvorschau erneut negativ war und auch die Betriebsergebnisse der WGKK immer noch negativ waren (siehe TZ 2).

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, bei der Gestaltung künftiger Monitoringsysteme mehrere Vergleichsgrößen zu wählen und neben dem Vergleich mit Prognoseszenarien die Werte umfassend (z.B. auch gegenüber von Vorperioden) zu analysieren.

So könnten neben der Beurteilung der unmittelbaren Zielerreichung auch Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung gezogen werden.

(2) Der RH merkte weiters kritisch an, dass durch die unmittelbare Verbindung des Monitorings mit der Auszahlung der Mittel des Kassenstrukturfonds ein geringer Anreiz des Hauptverbands für eine kritische Berichterstattung bestand. Er erachtete daher die Beauftragung der GÖG mit dem Monitoring im Rahmen der Gesundheitsreform (siehe TZ 32) als positiv.

26.3 (1) *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme neuerlich darauf, dass die Ausgestaltung des Monitorings und die Monitoringprozesse Gegenstand der derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen seien. Dort würden auch die Empfehlungen des RH einfließen.*

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

Zusammenfassung
Kassensanierungs-
paket

27 Der RH bewertete positiv, dass die 2008 bestehenden, akuten finanziellen Probleme der Gebietskrankenkassen durch ein umfassendes Sanierungskonzept adressiert und darin gemeinsame Ziele für wesentliche Ausgabenbereiche festgelegt wurden. Kritisch sah der RH jedoch folgende Punkte:

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- Der Bund stellte rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln zur Verfügung, obwohl gleichzeitig das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung bis deutlich über die Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage anstieg.
- Die Ausgabendämpfungsziele wurden gegenüber Prognosewerten definiert. Sie blieben auch dann unverändert, als die Ist-Werte bereits wesentlich günstiger waren und waren insofern wenig ambitioniert.
- Die Krankenversicherungsträger übernahmen die Ziele des Kassensanierungskonzepts unverändert in die Instrumente des Zielsteuerungssystems nach § 441e ASVG, selbst als diese bereits offensichtlich nicht mehr zur operativen Steuerung geeignet waren. So wies nach dem Auslaufen des Kassensanierungspakets die WGKK trotz voller Zielerreichung ein negatives Betriebsergebnis und ein negatives Reinvermögen auf. Der RH sah dies auch als Folge der Gestaltung des Anreizsystems im Kassenstrukturfonds. Nach Ansicht des RH schwächte dies die Rolle der Instrumente des Zielsteuerungssystems.
- Das Monitoring enthielt kein Maßnahmencontrolling und war einseitig auf die festgelegte Methodik der Ausgabendämpfung gegenüber der Prognoserechnung ausgerichtet; so blieben wesentliche Informationen (z.B. die Überschreitung der prozentuellen Zielwerte bei der ärztlichen Hilfe) ungenutzt.
- Den Krankenversicherungsträgern gelang es nicht, eine glaubwürdige, analytisch fundierte Aufteilung der Gesamtziele auf die einzelnen Träger zu finden. Der RH hielt dies für unverzichtbar, um künftig Gesamtvorgaben der Politik an die Krankenversicherungsträger in deren operative Geschäftsführung zu integrieren.

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

Entstehung und Kerninhalte

28.1 (1) Nach Vereinbarung des Kassensanierungspakets 2009 richtete die Bundesgesundheitskommission Ende 2010 auf Basis des Finanzausgleichs 2008 eine Arbeitsgruppe zur Struktur und Finanzierung der Gesundheit ein.⁶⁴ Diese erarbeitete im Jahr 2011 einen „Status der Finanzierung Gesundheit“ sowie ein „Prognosetool für die öffentlichen Gesundheitsausgaben“ und einen Bericht über die „Versorgungsprozesse und -struktur“.

⁶⁴ In dieser Arbeitsgruppe waren Repräsentanten der Sozialversicherung, der Länder, des Bundes und der Gemeinden vertreten.

Parallel dazu entwickelten die Sozialversicherung und die Länder Verhandlungspapiere über die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens in Österreich (z.B. „Masterplan Gesundheit“ des Hauptverbands). Überwiegend war in diesen konzeptionellen Leitvorstellungen die Zusammenführung der Finanzierung des Gesundheitswesens in einer Hand enthalten, wobei jedoch unterschiedliche Vorstellungen über die konkreten Verantwortlichkeiten bestanden.

Eine „Sechsergruppe“ aus Vertretern der Länder, des Bundes und der Sozialversicherungsträger⁶⁵ verhandelte daraufhin Maßnahmen einer Gesundheitsreform, deren Eckpunkte im Juni 2012 eine „politische Vereinbarung“ bildeten. Darüber hinaus legte die Bundesgesundheitskommission Rahmen-Gesundheitsziele fest.

(2) Letztlich resultierten im Jahr 2013 zwei Einigungen auf der Ebene von Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG: Es erfolgte eine Anpassung der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Abschluss einer neuen 15a-Vereinbarung über die Zielsteuerung Gesundheit vom Oktober 2013.

Zur Umsetzung der dort geplanten Maßnahmen schlossen Bund, Länder und Sozialversicherungsträger im Herbst 2013 einen Bundes-Zielsteuerungsvertrag ab. Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz bzw. entsprechenden landesgesetzlichen Regelungen erfolgten die notwendigen gesetzlichen Änderungen.

(3) Zentrales Element der Gesundheitsreform war eine partnerschaftliche Zielsteuerung durch Zielsteuerungskommissionen, die bestehende Verantwortlichkeiten und Finanzierungspflichten ergänzten.

Weiters wurden die Finanzziele aus Sillian (Kassensanierungspaket) fortgeführt und um einen weiteren Bereich ergänzt. Daraus ergaben sich die in der Gesundheitsreform 2012 festgelegten Ausgabenobergrenzen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthielt inhaltliche Rahmenziele sowie insgesamt über 100 operative Ziele und Maßnahmen.⁶⁶

28.2 Der RH hatte in seiner Stellungnahme zur Gesundheitsreform⁶⁷ die dort verfolgten Ziele grundsätzlich begrüßt, jedoch kritisch angemerkt,

⁶⁵ In der Sechsergruppe waren folgende Personen vertreten: Die Bundesministerin für Gesundheit, die Bundesministerin für Finanzen, der Landeshauptmann von Oberösterreich, die Gesundheitsstadträtin von Wien, die Obfrau der WGKK und der Verbandsobmann des Hauptverbands.

⁶⁶ 26 operative Ziele sowie Messgrößen zu dem Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung

⁶⁷ zu GZ 302.465/002

dass die zersplitterte Kompetenzlage im Gesundheitsbereich unverändert blieb, die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung weiterhin auseinanderfiel, ein gemeinsamer Finanzierungstopf nicht erreicht werde und das prägende Prinzip der Einstimmigkeit in den vorgesehenen Gremien notwendige Maßnahmen verhindern könne. Der Entwurf bilde lediglich die Basis für weitere erforderliche Reformschritte, die erst beschlossen und umgesetzt werden müssten. Inwieweit die angestrebten Ziele tatsächlich erreicht werden könnten, könne daher zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht abschließend beurteilt werden.

Der RH hielt seine Kritik an der weiter bestehenden zersplitterten Kompetenzlage aufrecht.

Ausgabenobergrenzen **29.1** (1) Ein wesentliches Element der Gesundheitsreform 2012 war die Festlegung, dass die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen mittelfristig nur im Ausmaß des BIP-Wachstums steigen sollten. Um den dafür notwendigen Konsolidierungsbedarf zu ermitteln, definierten die Vertragspartner ein „no policy change“-Szenario (wie würden sich die Ausgaben ohne Steuerungsmaßnahmen entwickeln?), dem sie ein Szenario mit Ausgabenobergrenzen gegenüberstellten.

- Für das „no policy change“-Szenario setzten die Vertragspartner für die Jahre 2012 bis 2015 eine jährliche Steigerung von 5,2 % an, was sich als Durchschnitt der Steigerung der letzten 20 Jahre ergab. Für das Jahr 2016 legten sie jedoch eine Steigerung von rd. 4,6 % fest, die sich aus einem 2003 entwickelten „Nachfragemodell“ auf Basis verschiedener Inputfaktoren – wie z.B. Demografie, technischer Fortschritt, Arbeitslosenquote und Entwicklung des BIP – ergab. Eine Begründung für den Wechsel des Modells wurde nicht angegeben.

- Als langfristiges Ziel definierten die Vertragspartner eine Steigerung um 3,6 % (was nach Prognosen von Wirtschaftsforschungsinstitutionen den Erwartungen des mehrjährigen Durchschnitts des BIP-Wachstums entsprach).

(2) Für die Periode 2012 bis 2016 legten die Vertragspartner – ohne weitere analytische Begründung – eine Übergangsregelung fest: Im Jahr 2012 sollte die Steigerung maximal 4,5 % betragen, im Jahr 2013 4,3 %, im Jahr 2014 4,1 %, im Jahr 2015 3,9 % und im Jahr 2016 3,6 %. Die Vertragspartner brachen diese Vorgabe auf drei Gruppen herunter: Für die Länder (Spitalsbereich), für die Krankenversiche-



Gesundheitsreform 2012 bis 2016

B MASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Träger und für die übrigen Bereiche wurden jeweils eigene Ausgabenobergrenzen definiert.

- Im Bereich der Länder ergaben sich zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte von insgesamt rd. 2,058 Mrd. EUR im Zeitraum 2012 bis 2016; die vorgesehenen Ausgabensteigerungen lagen zwischen 4,28 % im Jahr 2012 und 3,17 % im Jahr 2016.
- Im Bereich der Krankenversicherungsträger ergaben sich zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte von rd. 1,372 Mrd. EUR; die Prozentsätze der Ausgabensteigerungen lagen zwischen 4,5 % im Jahr 2012 und 3,6 % im Jahr 2016.
- Weiters wurde eine Kategorie „übrige Bereiche“ gebildet, die insbesondere Investitionen, Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung und der Unfallversicherung, des Bundes und der Krankenfürsorgeanstalten umfasste (rd. 3,040 Mrd. EUR im Jahr 2012). In diesem Bereich galten keine verpflichtenden Ausgabendämpfungen.

(3) Für die Jahre 2012 und 2013 überschritten sich die Finanzziele nach dem Kassensanierungspaket 2009 und die Ausgabenobergrenzen nach der Gesundheitsreform. Die Vorgaben waren jedoch nicht direkt vergleichbar: Während sich die Finanzziele nach dem Kassensanierungspaket 2009 auf die Summe von sechs Ausgabenkategorien (Vertragsärzte, Institute, Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Transportkosten) bezogen,⁶⁸ umfassten die Ausgabenobergrenzen nach der Gesundheitsreform grundsätzlich die Gesamtausgaben, allerdings – zur Herstellung einer sektorenübergreifenden Gesamtbetrachtung – mit bestimmten Abgrenzungen, insbesondere einer Bereinigung der Zahlungen für den stationären Bereich (siehe TZ 31).⁶⁹

(4) Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2013 normierte zusätzlich zu diesen Finanzzielen bzw. Ausgabenobergrenzen das Ziel der einkommenorientierten Ausgabenpolitik. Die Krankenversicherungsträger sollten daher nicht mehr ausgeben, als ihren Einnahmen entsprach.

(5) Zum Zeitpunkt dieser Festlegungen im Juni 2012 lag die tatsächliche Prognose der Krankenversicherungsträger weit unter den Ausgabenobergrenzen. Bereits 2011 lag die Steigerung der Ausgaben bei

⁶⁸ Die Summe dieser Positionen durfte im Jahr 2012 rd. 6,474 Mrd. EUR betragen, im Jahr 2013 rd. 6,638 Mrd. EUR. Auf dieser Basis wurden Gesamtaufwendungen von 15,403 Mrd. EUR im Jahr 2012 und 15,883 Mrd. EUR im Jahr 2013 erwartet.

⁶⁹ Der Ausgabendämpfungspfad nach Art. 27 Abs. 6 machte auf Bundesebene im Jahr 2012 rd. 8,794 Mrd. EUR, im Jahr 2013 rd. 9,172 Mrd. EUR aus.

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

rd. 3,3 % (und somit bereits unter dem für 2016 angestrebten Zielwert von 3,6 %). Die Prognoserechnung vom Mai 2012 sah für das Jahr 2012 z.B. eine Steigerung der Aufwendungen von rd. 3,4 % vor (Zielwert Gesundheitsreform: 4,5 %).⁷⁰

Das BMF ging (siehe TZ 14) in den der EU übermittelten Stabilitätsprogrammen für den Sektor Sozialversicherung von einer ausgeglichenen Gebarung aus. Obwohl die Entwicklung der Einnahmen und der Ausgaben dabei nicht getrennt ausgewiesen war, sprach dies für eine Erwartung eines moderaten Ausgabenwachstums unterhalb der Annahmen der Gesundheitsreform.

(6) Die 13 Krankenversicherungsträger (ohne Betriebskrankenkassen) hatten überwiegend keine Maßnahmen der Gesundheitsreform in die Gebarungsvorschaurechnungen der Jahre 2012 bis 2016 berücksichtigt bzw. lediglich solche Maßnahmen, die bereits vorher begonnen wurden. Die inhaltlichen Überlegungen „seien noch nicht so weit gediehen, dass bis 2016 Ausgabendämpfungspotenziale zu erwarten seien“.

29.2 (1) Der RH kritisierte die wenig ambitionierten Ausgabenobergrenzen. Er wies insbesondere kritisch darauf hin, dass trotz des tatsächlichen Ausgabenwachstums von 3,3 % im Jahr 2011 und der Prognosen von 3,4 % für das Jahr 2012 das Erreichen einer Ausgabensteigerung von 4,5 % im Bereich der Krankenversicherung als Ausgabendämpfung betrachtet wurde. Er kritisierte auch, dass keine analytische Grundlage für die Auswahl der 2012 bis 2016 konkret festgelegten jährlichen Werte existierte. Der RH hielt für den kurzfristigen Zeitraum 2012 bis 2015 die Annahme einer jährlichen Aufwandssteigerung von 5,2 % jedenfalls im Bereich der Krankenversicherungsträger für zu hoch.

Er kritisierte daher, dass die Ausgabendämpfung von rd. 1,372 Mrd. EUR weitgehend fiktiv war. Dies wurde auch dadurch bestätigt, dass die Krankenversicherungsträger überwiegend noch keine Maßnahmen der Gesundheitsreform als für ihre finanzielle Lage relevant betrachteten.

(2) Der RH wies weiters darauf hin, dass parallel zu den Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger auch das programmatische Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik galt. Die zu wenig ambitionierten Ausgabenobergrenzen waren daher von Anfang an als operativ maßgebliche Steuerungsgrößen ungeeignet.

⁷⁰ Die Gebarungsvorschau Mai 2012 sah für die Jahre 2013 und 2014 jeweils eine Steigerung der Aufwendungen von rd. 3,4 % vor. Die Zielwerte der Gesundheitsreform lagen jeweils über 3,6 %.



Gesundheitsreform 2012 bis 2016

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

(3) Der RH empfahl dem BMG, bei künftigen Festlegungen von Ausgabendämpfungen diese gegenüber einer möglichst realistischen Basis zu berechnen.

Weiters verwies der RH auf seine Empfehlung (TZ 40), das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu berücksichtigen. Die Vorgaben für die Krankenversicherungsträger sollten daher ambitionierter erfolgen.

29.3 (1) *Laut Stellungnahme des BMG sei die rückwirkende Korrektur der Gesundheitsausgaben nicht erfolgt, um die Zeitreihenkontinuität zu sichern und weil die Ableitung der Zielwerte nach den Gesundheitsausgaben 2010 (und den damals geltenden Abgrenzungen) erfolgt sei. Die Festlegung neuer Ausgabenobergrenzen für die nächste Zielsteuerungsperiode (2017 bis 2020) sei Gegenstand der derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen. Dabei werde der Bund – wie auch vom RH zu Recht empfohlen – von einer möglichst realistischen Basis ausgehen. Die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik für die Sozialversicherung sei im Art. 22 Abs. 10 der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit ausdrücklich verankert und entsprechend zu berücksichtigen.*

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

Operationalisierung der Ausgabenobergrenzen

30.1 (1) Die Gesamtausgabenobergrenzen wurden – wie bereits die Ziele des Kassensanierungspakets 2009 – einerseits auf bestimmte Fachbereiche (Ärzte, Heilmittel etc.) und andererseits auf die einzelnen Träger heruntergebrochen.

Die Detaillierung auf Fachbereiche erfolgte in Art. 11 Bundes-Zielsteuerungsvertrag (BZV) im Juni 2013:

- Auf vertragsärztliche Hilfe entfielen im Zeitraum 2012 bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungen von 130 Mio. EUR,
- auf Institute 49 Mio. EUR,
- auf Vertrags- und Wahlphysiotherapie 36 Mio. EUR,
- auf Heilmittel 943 Mio. EUR,
- auf Heilbehelfe und Hilfsmittel 91 Mio. EUR,

- auf Transportkosten 36 Mio. EUR und
- auf Sonstiges 87 Mio. EUR.

(2) Somit ergaben sich gesamt 1,372 Mrd. EUR. Eine Aufteilung auf die einzelnen Jahre erfolgte nicht, so dass eine Evaluierung nur gesamt-haft ex post erfolgen konnte. Eine sachlich gerechtfertigte andere Verteilung der Ausgabendämpfung durch die Krankenversicherungsträger war vertraglich ausdrücklich erlaubt, wenn sich am Gesamtbetrag nichts änderte.

(3) Zur Erreichung dieser Ziele waren in Art. 11 Bundes-Zielsteuerungsvertrag bestimmte operative Ziele und zugehörige Maßnahmen angeführt; Beträge waren diesen Maßnahmen jedoch nicht zugeordnet. Es war auch unklar, warum gerade die angegebenen Maßnahmen angeführt waren. Für den betraglich wichtigsten Bereich der Heilmittel waren als Ziele und Maßnahmen z.B. definiert: Lösung sektorenübergreifender Probleme mit Blick auf den best point of service, gemeinsame sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und Finanzierungskonzepte, E-Medikation intra- und extramural, Umsetzen der Gesundheitsförderungsstrategie, Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Andere Faktoren mit gegebenenfalls größeren Ausgabendämpfungspotenzialen, die keinen Bezug zu sektorenübergreifenden Maßnahmen hatten – wie z.B. die Preisregulierung von Heilmitteln oder die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Ökonomiegebots (etwa Ausschreibungen von Generika, Festpreismodelle etc.) –, waren nicht angeführt. Die Erfolgsmessung bezog sich dennoch nur auf die Entwicklung der Heilmittelkosten insgesamt, unabhängig von den dazu genutzten Maßnahmen.

(4) Die Aufteilung auf die einzelnen Träger erfolgte weder durch eine analytische Bewertung konkreter Einsparungspotenziale noch durch eine Festlegung sachlicher Kriterien (z.B. Höhe Ausgaben als der Bundesschnitt, steigende oder sinkende Entwicklung von Versicherten-zahlen, Veränderungen in der Alterszusammensetzung etc.). Sie verlief vielmehr proportional zu den jeweiligen Ausgaben des Jahres 2010, die Träger konnten die Zusammensetzung der Fachbereiche selbst bestimmen.

(5) Da einerseits die Summe der Zielvorgaben zu wenig ambitioniert war (TZ 29) und andererseits die Aufteilung auf die Träger ohne Bezugnahme auf sachliche Spezifika erfolgte, waren die Zielwerte, die sich aus der Aufteilung ergaben, für die operative Steuerung offensichtlich nicht geeignet:



- Für Vertragsärzte war z.B. das Basisszenario vor dem Kassensanierungspaket eine Steigerung von 3,6 % jährlich (auch für das Jahr 2013).
- Bei Beschluss des Kassensanierungspakets wurde eine Ausgaben-
dämpfung durch Reduktion auf 1,4 % bis 3,0 % als Ziel festgelegt
(siehe TZ 20).

Um darstellen zu können, dass die Erreichung der Vorgaben der Gesundheitsreform Einsparungen realisierte, nahm der Hauptverband in der Gesundheitsreform

- ein Basisszenario ohne Maßnahmen von 4,6 % jährlicher Steigerung an,
- die auf 3,6 % bis 4,5 % zu reduzieren war.

Ein Wert von 4,6 % wurde im Zeitraum 2003 bis 2013 nur dreimal erreicht bzw. überschritten.

(6) Dennoch übernahmen die Krankenversicherungsträger die Zielwerte für die Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform für die jährliche Balanced Scorecard nach § 441e ASVG.

Die wesentlich ambitionierteren Werte, die zur Erreichung einer einkommenorientierten Ausgabenpolitik erforderlich gewesen wären, gingen nicht in die Instrumente der Zielsteuerung ein.

Teilweise lagen die Zielwerte deutlich höher als die – nach dem Grundsatz der kaufmännischen Vorsicht zu erstellenden – Werte der Gebäungsvorschau.

30.2 Der RH kritisierte, dass

- eine Evaluierung der Entwicklung der Fachbereiche mangels Auf-
teilung auf die einzelnen Jahre nur gesamthaft ex post erfolgen
konnte (siehe dazu vorne Punkt (2));
- die angegebenen operativen Ziele und Maßnahmen nicht mit kon-
kreten Einsparungspotenzialen hinterlegt waren (siehe dazu vorne
Punkt (3));

- die Aufteilung der Ausgabenobergrenzen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger ohne Berücksichtigung sachlicher Spezifika der Träger (z.B. besonders hohe oder niedrige Ausgaben in der Vergangenheit, steigende oder sinkende Versichertenzahlen, Entwicklung der Altersstruktur etc.) erfolgt war (siehe dazu vorne Punkt (4));
- die resultierenden Vorgaben für die einzelnen Träger für die operative Steuerung offensichtlich ungeeignet waren (siehe dazu vorne Punkt (5));
- die Träger sie aber dennoch unverändert in das Zielsteuerungssystem zur Steuerung der Krankenversicherungsträger aufnahmen (siehe dazu vorne Punkt (6)).

Der RH kritisierte den Ansatz von Zielen, die weniger ambitioniert waren als die unter kaufmännischer Vorsicht zu planenden Gebarungsvorschaudaten. Die resultierenden Maßnahmen der Zielsteuerung (z.B. das trägerübergreifende Controlling, die Abstimmung der Ziele mit dem BMG und dem BMASK, die entsprechenden Beschlüsse im Vorstand etc.) waren dadurch bereits von Vorneherein ungeeignet, die Nachhaltigkeit der Gebarung der Krankenversicherungsträger sicherzustellen.

Der RH empfahl daher dem BMG, dem Hauptverband und der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Zielfestlegung die Ziele auch für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) jährlich zu quantifizieren, so dass ein jährliches Monitoring möglich ist.

Weiters wären die Ziele und Maßnahmen mit konkreten Einsparungspotenzialen zu hinterlegen.

Schließlich empfahl der RH erneut (siehe TZ 22), bei der künftigen Festlegung von Finanzzielen sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger zu entwickeln.

30.3 (1) *Das BMG unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, bei der Festlegung der Finanzziele sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf einzelne Träger zu entwickeln. Die Hinterlegung von Zielen und Maßnahmen mit konkreten Einsparungspotenzialen sei vom Bund bei den Verhandlungen zur 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit und zum ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit Nachdruck gefordert worden. Eine Einigung sei jedoch nicht erzielt worden.*

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



Gesundheitsreform 2012 bis 2016

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme einerseits aus, dass sie bei der Festlegung der Finanzziele die aktuellen Entwicklungen berücksichtige, aber eine rollierende Planung für die Finanzziele mit großem administrativem Mehraufwand für die Träger und den Hauptverband verbunden sei. Die Aufteilung der Gesamtziele auf die einzelnen Träger sei auch in der BSC unter der Federführung des Hauptverbands verankert worden. Im Zuge der Festlegung der BSC-Finanzziele würde die Ausgabenobergrenze jährlich auf die vorgesehenen Einzelfinanzziele pro Träger aufgeteilt. Somit gebe es für jedes Einzelfinanzziel einen jährlichen Zielwert, der in Summe die Ausgabenobergrenze ergebe.

(4) Laut Stellungnahme der BVA sei einer Bewertung von Maßnahmen vorweg und im Monitoring Grenzen dadurch gesetzt, dass es im Gesundheitswesen keine monokausalen Wirkungszusammenhänge gebe und die Wirkung von Maßnahmen bestenfalls über kurze Zeiträume anhand von Ceteris-paribus-Simulationen seriös ermittelt werden könne. Die Finanzziele seien schon bisher jährlich ex ante je Fachbereich quantifiziert worden.

- 30.4** Der RH wies gegenüber der WGKK und der BVA darauf hin, dass durch die Jahresaufteilung (nur) in der BSC (statt im Zielsteuerungsvertrag selbst) im Gegensatz zum Kassensanierungspaket 2009 die jährliche Evaluierung je Fachbereich nur innerhalb der Sozialversicherung, nicht aber im offiziellen Monitoring der Zielsteuerung erfolgen konnte.

Der RH hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Kenngrößen zur
Zieldefinition

- 31.1** (1) Ausgangsbasis für die Ermittlung der Ausgabenobergrenzen waren die öffentlichen Gesundheitsausgaben 2010 „unter Vornahme von Abgrenzungen in Analogie zu“ den Ansätzen der Statistik Austria auf Grundlage des von der OECD definierten „System of Health Accounts“ (SHA).

Die Beteiligten sollten jedoch direkt aus ihrem Rechnungswesen bzw. ihren statistischen Werten die steuerungsrelevanten Informationen über die Entwicklung der Kennzahlen gewinnen können. Dazu waren Bereinigungen zu den statistischen Größen nach SHA erforderlich. Um den sektorenübergreifenden Ansatz zu erhalten, waren auch Bereinigungen von den Rechnungsabschlüssen der Träger nötig. Die Parteien der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit definierten daher „zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben“, die sich von den Ausgaben nach SHA, aber auch von den Rechnungsabschlüssen der Krankenversicherungsträger unterschieden (Art. 27 Abs. 3 der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit). Unabhängig von der Einbeziehung

einzelner Werte oder der Bereinigung um einzelne Werte waren die Kennzahlen über den Beobachtungszeitraum nach derselben Logik zu ermitteln, um aussagekräftige Vergleiche im Zeitverlauf zu erhalten.

(2) Im Bereich der Krankenversicherung erfolgten insbesondere folgende Bereinigungen:

- Barleistungen wie z.B. Krankengeld wurden abgezogen, da sie nach dem SHA-Konzept nicht als Gesundheitsausgaben galten.
- Zur Vermeidung von Doppelzählungen mit dem stationären Bereich wurden Positionen bereinigt (z.B. Überweisungen an die Landesgesundheitsfonds, den PRIKRAF etc.).
- Für Abschreibungen und Investitionen galten die Obergrenzen nicht, sie wurden gesondert dargestellt und teilweise neu berechnet, da die Erfassung im statistischen Bereich anders erfolgte als in der Erfolgsrechnung.
- Finanzaufwendungen, Zuweisungen zu Rücklagen etc. wurden ebenfalls abgezogen.

Für das Jahr 2013 betrugen die endgültigen Ausgaben laut Rechnungsabschlüssen der Krankenversicherungsträger rd. 15,676 Mrd. EUR; die Ausgaben in den für die Kalkulation der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben verbleibenden Bereichen beliefen sich auf rd. 8,802 Mrd. EUR.

Im Einklang mit der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit waren bei den Kenngrößen sektorenübergreifend rd. 3,312 Mrd. EUR im Jahr 2012 – Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten (459 Mio. EUR), Investitionen (1.057 Mio. EUR), Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (806 Mio. EUR) und der Unfallversicherung (364 Mio. EUR) sowie Gesundheitsausgaben des Bundes (626 Mio. EUR ohne GSBG und Zahlungen an die Landesgesundheitsfonds)⁷¹ – abgezogen und gesondert dargestellt. Spezifische Zielwerte für diese gesondert dargestellten Werte waren nicht vereinbart. Somit fehlten für wesentliche Ausgabenblöcke konkrete Zielvorgaben.

⁷¹ GSBG und Zahlungen an die Landesgesundheitsfonds wurden abgezogen, weil sie bereits bei den Spitälern als Ausgaben enthalten waren (also zur Vermeidung von Doppelzählungen). Zusätzliche Ausgaben, die nicht in die Steuerung eingingen, waren insbesondere Ausgaben für Universitätskliniken (rd. 221 Mio. EUR) sowie Gesundheitsausgaben in Heer, Justiz, Prävention, Verwaltung.



Gesundheitsreform 2012 bis 2016

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

(3) Die gesamte Betrachtung bezog sich ausschließlich auf Kenngrößen zur Erfassung der Ausgaben; Einnahmen bzw. ein Defizit oder ein Überschuss in der Finanzierung wurden nicht erfasst. Dies, obwohl für die Maastricht-Betrachtung und für die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der Saldo zwischen Einnahmen und Ausgaben wesentlich war.

(4) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Frühjahr 2015 lagen die im Monitoring erfassten Zielgrößen überwiegend im Plan, gleichzeitig lag jedoch das Gebarungsergebnis der Krankenversicherungsträger insgesamt im deutlich negativen Bereich.

31.2 (1) Der RH kritisierte die zahlreichen Ausnahmen bei der Definition der Kenngrößen und konnte nicht für alle Positionen nachvollziehen, warum sie aus der Darstellung bzw. der Zielsteuerung ausgenommen waren. Insbesondere kritisierte der RH,

- dass die Krankenfürsorgeanstalten, die im Wesentlichen die Funktion einer gesetzlichen Krankenversicherung erfüllten und dem Steuerungsbereich der Länder angehörten, nicht Teil der Zielsteuerung waren;
- dass – auch wenn die gesonderte Betrachtung von Investitionen im Gesundheitsbereich zweckmäßig war, da diese nicht zwingend einer gleichförmigen jährlichen Entwicklung folgten – für diesen sehr wesentlichen Bereich keine Zielvorgaben vorlagen;
- dass für Geldleistungen wie das Krankengeld, die für die Entwicklung der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger maßgeblich waren, keine Ziele vorlagen.

Er empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, bei der Formulierung des nächsten Bundes-Zielsteuerungsvertrags zu evaluieren, welche Positionen von der Zielsteuerung ausgenommen sein sollten und insbesondere die Krankenfürsorgeanstalten, Investitionen und Geldleistungen in geeigneter Form in die Zielsteuerung zu integrieren.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass die Zielsteuerung ausschließlich Ausgaben berücksichtigte. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ergab sich so eine Zielerreichung, während die Krankenversicherungsträger gleichzeitig eine erhebliche finanzielle Schieflage im Rahmen der Gebarungsvorschaurechnung prognostizierten (siehe TZ 40).

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, in die Zielsteuerung auch die Einnahmenseite bzw. Überschüsse und Defizite einzubeziehen. Dadurch würde eine bessere Überleitung zwischen den Gesundheitszielen und den Zielen des Stabilitätspakts im Bereich der Länder bzw. den Zielen der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Bereich der Krankenversicherungsträger ermöglicht.

- 31.3** *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, eine unmittelbare Steuerung des Bereichs der Krankenfürsorgeanstalten sei nicht möglich, da diese nicht Gegenstand der Finanzierungsregelungen der 15a-Vereinbarung seien und die Länder bislang eine Einbeziehung abgelehnt hätten.*

Der Bereich der Investitionen sei bewusst aus der unmittelbaren Finanzzielsteuerung ausgenommen, da diese – wie der RH auch ausgeführt habe – situationsabhängig seien und sich im Zeitverlauf nicht gleichförmig entwickelten. Restriktionen im Investitionsbereich würden zu erhöhten laufenden Gesundheitsausgaben (Instandhaltung, Reparaturen etc.) und zu einem Investitionsstau in den Folgejahren führen. Größere Investitionsvorhaben (Bauvorhaben, Großgeräteanschaffungen) würden den Planungsvorgaben von ÖSG und RSG (Österreichischer und Regionaler Strukturplan Gesundheit) unterliegen. Im Rahmen der Beschlüsse der jeweiligen Landeszielsteuerungskommission und Landesgesundheitsplattform würden diese Vorhaben im konkreten Anlassfall beurteilt und genehmigt.

Geldleistungen, insbesondere das Krankengeld, seien seitens der Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung im Rahmen der gemeinsamen Steuerung nicht wirklich beeinflussbar. Daher sei ihre Einbeziehung in die Zielsteuerung Gesundheit kaum sinnvoll.

Weiters würden die Gesundheitsausgaben, die von der Zielsteuerung Gesundheit ausgenommen seien, im Monitoring gesondert dargestellt. Außergewöhnliche Entwicklungen bei diesen Ausgabenpositionen würden somit auch thematisiert und analysiert.

- (2) Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlungen des RH zu berücksichtigen; insbesondere die Einbeziehung der Krankenfürsorgeanstalten begrüße der Hauptverband. Die empfohlene Vorgangsweise setze aber die Zustimmung der Partner voraus, der Hauptverband könnte daher für sich allein die Empfehlung nicht umsetzen, weshalb sie an alle Partner gerichtet werden sollte.*



Gesundheitsreform 2012 bis 2016

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

(3) Laut Stellungnahme der StGKK verfolge sie bereits seit 2009 das Ziel, ein ausgeglichenes Betriebsergebnis zu erreichen und berücksichtige damit auch die Einnahmenseite. Dies selbst dann, wenn die Einnahmenseite mehrheitlich durch externe Faktoren beeinflusst werde, die sich der Steuerung der StGKK entzögen.

Aufgrund der Konsolidierung der Ausgaben sei es der StGKK in den letzten Jahren auch möglich gewesen, das negative Reinvermögen zur Gänze abzubauen und erste Dotierungen der Leistungssicherungsrücklage vorzunehmen. Problematisch sehe sie bei einer Berücksichtigung von vorläufigen Defiziten den Umstand, dass eine unterjährige Verschlechterung der Wirtschaftslage eine Ergebnisverschlechterung zur Folge haben könne, die kaum durch Gegensteuerung in anderen Bereichen kompensierbar sein werde.

- 31.4** Der RH wies zunächst auf die Unterschiede in den Stellungnahmen hin: Während das BMG die Einbeziehung der Krankenfürsorgeanstalten für nicht möglich erachtete, hielt der Hauptverband diese für besonders wünschenswert und die StGKK teilte im Wesentlichen mit, dass sie ohnehin nach ihrem Betriebsergebnis und weniger nach den Vorgaben der Zielsteuerung Gesundheit agiere.

Nach Ansicht des RH erfüllten die Krankenfürsorgeanstalten sachlich die Aufgabe einer Krankenversicherung und wären daher in eine gesamthafte Steuerung des Gesundheitswesens einzubeziehen. Der Umstand, dass dazu eine Mitwirkung der Länder erforderlich ist, sollte angesichts der Ziele der Zielsteuerung Gesundheit und der dort bewegten Summen kein unüberwindliches Hindernis darstellen.

Der RH stimmte der Charakterisierung des Investitionsbereichs durch das BMG (nicht zwingend kontinuierliche Entwicklung, Wechselwirkung zu den laufenden Ausgaben, mögliche Probleme durch Verschiebung notwendiger Investitionen) weitgehend zu. Er konnte darin aber kein Hindernis erkennen, Ziele für die Investitionen zu formulieren und deren Erreichung zu kontrollieren. Er hielt dies gegenüber einer anlassfallbezogenen Einzelfallprüfung in neun verschiedenen Landesgremien für einen steuerungstechnischen Mehrwert.

Zu den Geldleistungen wies der RH auf seinen zeitgleich mit diesem Bericht veröffentlichten Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ hin. Dort stellte er in TZ 39 dar, wie die WGKK in einem Pilotprojekt durch Umstellung der Kontrollen bzw. der Betreuung von bestimmten Fällen eine deutliche Reduktion der Krankengeldaufwendungen erreichen konnte. Auch zeigte er dort auf (TZ 2 und 4), dass die Entwicklungen der Position Krankengeld eine

wesentliche Ursache für die unterschiedliche finanzielle Entwicklung der WGKK und der StGKK darstellten. Er hielt es daher für sinnvoll, diese Positionen auch in die Steuerung des Gesundheitswesens aufzunehmen.

Der RH hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Monitoringprozess

32.1 Die Einhaltung der Ausgabenobergrenzen war halbjährlich nach einem in der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit festgelegten Prozess zu evaluieren. Der operative Ablauf des Monitorings war in Art. 14 Bundes-Zielsteuerungsvertrag spezifiziert und gliederte sich in den Meldeprozess und den Berichtsprozess. Ein Tochterunternehmen der GÖG hatte auf Basis von Meldungen der Länder und der Sozialversicherungsträger einen Berichtsentwurf zu erstellen. Das Monitoring umfasste die Einhaltung der Ausgabenobergrenzen anhand der jeweiligen Rechnungsabschlüsse, der Voranschläge und der unterjährigen Werte sowie ein Monitoring der operativen Ziele und der Maßnahmen.

Dabei waren zwischen der Erstellung eines Berichtsentwurfs und der Vorlage an die jeweilige Landeszielsteuerungskommission mehrwöchige Fristen zur Stellungnahme vorgesehen. Dies führte dazu, dass bei Vorlage der Monitoringberichte an die Zielsteuerungskommissionen jeweils schon eine aktuellere Gebarungsvorschaurechnung bzw. Berechnung der vorläufigen Erfolgsrechnungen vorhanden war.

32.2 Der RH bewertete es grundsätzlich als ersten positiven Schritt, dass ein regelmäßiges Monitoring der Zielerreichung eingerichtet war und erstmals sektorenübergreifende Daten nach einem einheitlichen Vorgehen beobachtet wurden. Der RH kritisierte jedoch die Ausgestaltung der Stellungnahmefristen, wodurch für die Krankenversicherungsträger bei Behandlung der Monitoringberichte in den Gremien die Werte bereits überholt waren. Er war der Ansicht, dass nach den ersten Erfahrungen mit dem Berichtsverfahren eine Verkürzung – wenn nicht Streichung – der Stellungnahmefristen möglich sein sollte.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, bei Neuregelung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2016 die Stellungnahmefristen zu verkürzen und dafür zu sorgen, dass die Gremien die jeweils aktuellen verfügbaren Daten zeitnah zur Entscheidung vorgelegt erhalten.

32.3 *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*



Gesundheitsreform 2012 bis 2016

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Inhaltliche Bewertung
der Zielerreichung

33.1 Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthielt insgesamt über 100 operative Ziele und Maßnahmen, deren Umsetzung im Rahmen des Monitorings nachvollzogen wurde. Die Maßnahmen waren klar den Zielen zugeordnet, es erfolgte sowohl eine Berichterstattung über die einzelnen Maßnahmen als auch eine aggregierte Darstellung zum gesamten Umsetzungsstand.

Eine inhaltliche Einschätzung, ob die zur Umsetzung rückgemeldeten Schritte zur Erreichung der übergeordneten Ziele geeignet waren bzw. welche Maßnahmen von prioritärer Bedeutung waren, war mit dem Monitoring nicht verbunden. Die GÖG fasste lediglich die Meldungen der Länder und Sozialversicherungsträger bzw. der Landeszielsteuerungskommissionen zusammen. Die Beurteilung der Notwendigkeit allfälliger Steuerungseingriffe oblag allein den Landeszielsteuerungskommissionen.

Mehrere Maßnahmen waren als Formalziele formuliert (z.B. Konstituierung eines Gremiums, Vorliegen eines Konzepts etc.); in einigen Fällen waren inhaltliche und formale Punkte verbunden (z.B. bei der Einschätzung, ob eine Angebotsform tatsächlich die Funktion einer Primary Health Care-Einrichtung erfüllte).

33.2 Der RH kritisierte, dass eine inhaltliche Beurteilung fehlte, welche der Maßnahmen von prioritärer Bedeutung waren und ob die Maßnahmen in der Art und Weise ihrer Umsetzung die Zielerreichung sicherstellten. Dies vor dem Hintergrund, dass ein reines Monitoring der Rückmeldung der Maßnahmenumsetzung nicht zu beurteilen vermochte, ob der Prozess zur Umsetzung der Ziele der Gesundheitsreform erfolgreich verlief.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, das Monitoring durch eine inhaltliche Einschätzung erfolgskritischer Pfade als Entscheidungsvorbereitung für die Zielsteuerungsgremien zu ergänzen.

33.3 Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.

Aussagekraft der
Monitoringergebnisse

34.1 (1) Die Anstiege der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach den Messungen laut SHA und laut der Systematik der 15a-Vereinbarung Ziel-

steuerung Gesundheit (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben) unterschieden sich in der ersten Messung für das Jahr 2012 erheblich.⁷²

- So lag im Zeitraum 2010 bis 2012 der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege laut SHA-Statistik bei 3,87 % (rd. 1,603 Mrd. EUR).
- Der Anstieg der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben betrug für diesen Zeitraum 2,73 % (968 Mio. EUR), für den Bereich der Sozialversicherung alleine 2,56 % (422 Mio. EUR).

Die starke Abweichung erklärten die für das Monitoring Verantwortlichen in der GÖG

- einerseits mit einer Änderung im Umgang mit den GSBG-Beihilfen (und damit mit einem Zeitreihenbruch)⁷³,
- andererseits mit höheren Steigerungen der nicht in die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben aufgenommenen Bereiche der SHA-relevanten Ausgaben (insbesondere Investitionen 12,78 %, Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung 7,23 %).

(2) Das Monitoring setzte zwar auf Daten des Jahres 2010 als Vergleichsmaßstab auf, die GÖG führte ein Monitoring aber erst für Werte des Jahres 2012 durch. Die GÖG ermittelte die Echt-Daten des Jahres 2011 nicht, sondern wendete den Steigerungsprozentsatz von 3,3 % auf die Werte von 2010 an. Obwohl die Statistik Austria die Werte des Jahres 2010 im Nachhinein bereinigte, berücksichtigte die GÖG dies für die Ausgabenobergrenzen nicht.

(3) Eine Überleitung zwischen den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben und den SHA-Ausgaben fehlte bis zur Gebarungsüberprüfung durch den RH. Erst aus diesem Anlass erstellten die GÖG bzw. die Statistik Austria eine Übersicht, laut der die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben rd. 8,568 Mrd. EUR betrugen, die im

⁷² Im Monitoringbericht ausgewiesen war ein Unterschied von 4,0 % lt. SHA (21.902 Mio. EUR im Jahr 2012 gegenüber 21.059 Mio. EUR im Jahr 2011) bzw. 2,18 % (18.435 Mio. EUR im Jahr 2012 gegenüber 18.042 Mio. EUR im Jahr 2011 lt. Zielsteuerungssystematik). Die GÖG gab an, es sollte die Wachstumsrate 2010 bis 2012 insgesamt herangezogen werden und nicht die einzelnen Jahressteigerungen, weil ein solches Wachstum zwar nach SHA ermittelt werden könne, nicht jedoch für die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben. Diese würden aufbauend auf dem Ausgangsjahr 2010 erst ab 2012 gemessen, für 2011 sei der Wert von 2010 mit 3,3 % fortgeschrieben worden.

⁷³ Die Verleihung von Personal zwischen einer Krankenanstalten-Gesellschaft und dem Land wurde als umsatzsteuerpflichtig beurteilt. Somit änderten sich der Ausgabenbetrag und im selben Umfang die Einnahmen durch eine GSBG-Förderung.

SHA erfassten Werte rd. 8,201 Mrd. EUR. Die Unterschiede ergaben sich daraus, dass SHA und die 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit eine Reihe von Einzelpositionen (z.B. Treueprämien an die Ärztekammer, Kosten für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen etc.) hinsichtlich ihrer Aufnahme in die Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben unterschiedlich bewerteten:

Tabelle 15: Detailabgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben im Vergleich zu SHA

Aufwendungen im SHA, aber nicht in ZSG		Aufwendungen in ZSG, aber nicht im SHA	
	in Mio. EUR		in Mio. EUR
PRIKRAF, UKH, sonstige Spitäler	298	Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen (685 Mio. EUR), Service-Entgelt, Pharmapaket, Gebühren	708
Korrektur Überweisungen an Landesfonds (Hanusch-Krankenhaus)	31	Bundesbeiträge für Früherkennung	37
medizinische Rehabilitation	90,5	Zahlungen ans Ausland	32
Gesundheitsfestigung	70	Treueprämie Ärztekammer	9
Abschreibungen	57	sonstige betriebliche Aufwendungen	78
Bereinigung Rücklagen	10,5	zusätzlicher Verwaltungsaufwand	61
Sonstige	1		
Summe	558	Summe	925

PRIKRAF = Privatkrankeanstalten-Finanzierungsfonds

SHA = System of Health Accounts

UKH = Unfallkrankenhaus

ZSG = Zielsteuerung Gesundheit

Quelle: GÖG

In Summe beliefen sich die Unterschiede auf einerseits rd. 558 Mio. EUR, die im SHA, aber nicht in den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben enthalten waren; und andererseits auf rd. 925 Mio. EUR, die in den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben, aber nicht im SHA enthalten waren.

Die Heilmittelaufwendungen waren, soweit sie durch Rezeptgebühren und Kostenbeteiligungen (zusammen 685 Mio. EUR) gedeckt waren, nach SHA keine öffentlichen Gesundheitsausgaben. In den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben waren sie jedoch integriert. Dadurch sollte nach der Logik der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit bewirkt werden, dass die erforderliche Ausgabendämpfung tatsächlich ausgabenseitig, nicht aber durch eine Erhöhung der Rezeptgebühren erfolgte.

- 34.2** Der RH kritisierte, dass eine regelmäßige Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA – deren Entwicklung zunächst als Zielgröße ins Auge gefasst war – und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Ausgaben nach der Systematik der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit) nicht vorgesehen war. Dies beeinträchtigte aufgrund der hohen Abweichung der Steigerungsprozentsätze zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA (3,87 %) und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (2,73 %) die Aussagekraft der erhobenen Kenngrößen erheblich. Weiters wies der RH kritisch darauf hin, dass die Werte des Jahres 2011 keine Ist-Werte waren.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, für die Zeit nach 2016 regelmäßig anlässlich des Monitorings eine Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben zu erstellen bzw. zu beauftragen.

- 34.3** *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die regelmäßige Durchführung einer Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA und den Gesundheitsausgaben nach der Systematik der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit sei grundsätzlich möglich, jedoch aufwendig und komplex. Dies insbesondere deshalb, weil sich die Berechnungsmethodik gemäß SHA ständig weiterentwickle, während im Monitoring der für die Zielsteuerung Gesundheit relevanten Ausgaben auf Zeitreihen-Kontinuität Bedacht genommen werden müsse. Es erscheine fraglich, ob der hohe Aufwand gerechtfertigt sei.*

Als ressourcensparende Variante ziehe das BMG in Betracht, entweder in regelmäßigen Abständen eine grobe Gegenüberstellung nur der Krankenversicherungs-Ausgaben nach SHA und nach der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit erstellen zu lassen, wie sie bereits im April 2015 von der Statistik Austria erstellt und dem RH übermittelt worden sei, oder eine solche Überleitung ex post zumindest in ausgewählten Jahren durchführen zu lassen, nicht zuletzt, um die geforderte Konsistenz der Rechenwerke sicherzustellen.

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

- 34.4** Der RH entgegnete dem BMG, dass jedenfalls bei wesentlichen Unterschieden im Steigerungsprozentsatz zwischen SHA-Gesundheitsausgaben und zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben eine Überleitung erforderlich ist, um sowohl die Zieleinhaltung als auch die gegebenenfalls nötige Gegensteuerung überprüfen zu können. Nicht trotz, sondern gerade wegen der Komplexität der jeweiligen Datenbasis war dies nötig.



BMASK BMF BMG

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

Zusammenfassung
Gesundheitsreform
2012

35 Der RH hielt es für grundsätzlich zweckmäßig, dass durch die Gesundheitsreform 2012 für den Sektor Gesundheit eine mittelfristige und zwischen den Sektoren abgestimmte Zielsetzung für die Ausgabenentwicklung erarbeitet und ein Prozess für wechselseitigen Datenaustausch sowie ein Monitoring eingerichtet werden sollten. Der RH sah jedoch erhebliche Mängel in der Umsetzung dieser Vorhaben.

Der RH kritisierte, dass im Bereich der Sozialversicherung und damit der Krankenversicherungsträger die Ausgabenobergrenzen deutlich über den bereits bestehenden, nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht erstellten Prognosen lagen.

Der RH kritisierte weiters, dass

- die Aufteilung der Ausgabenobergrenzen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger ohne Berücksichtigung sachlicher Spezifika der Träger (z.B. besonders hohe oder niedrige Ausgaben in der Vergangenheit, steigende oder sinkende Versichertenzahlen, Entwicklung der Altersstruktur etc.) erfolgt war;
- eine Evaluierung der Entwicklung der Fachbereiche mangels Aufteilung auf die einzelnen Jahre nur gesamthaft ex post erfolgen konnte;
- die angegebenen operativen Ziele und Maßnahmen nicht mit konkreten Einsparungspotenzialen hinterlegt waren.

Der RH hielt eine Weiterentwicklung der Kennzahlen (insbesondere eine Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben), die Überprüfung der Ausnahmeregelungen (insbesondere die Entwicklung von Zielen für die Krankenfürsorgeanstalten und die Investitionen), die Berücksichtigung auch von Einnahmen bzw. Saldogrößen, die Beschleunigung der Berichterstattung und die Ausweitung der Berichterstattung vom reinen Monitoring zur inhaltlichen Einschätzung für erforderlich.

Interne Finanzziele

36.1 (1) Alle drei Träger befüllten die Zielsteuerungsinstrumente nach § 441e ASVG (BSC) mit den Finanzzielen des Kassensanierungspakets 2009 bzw. den Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012. Dies erfolgte unabhängig davon, ob dadurch das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erfüllbar war.

Interne Finanzziele

Die StGKK, die WGKK und die BVA entwickelten daneben auch eigene, in unterschiedlichem Ausmaß ausgeprägte Steuerungssysteme und leiteten davon Steuerungsmaßnahmen ab.

Der RH hatte der WGKK bereits im Jahr 2011 empfohlen, unabhängig von der Erfüllung der Finanzziele des Kassensanierungspakets ein Konzept zur Sicherung einer nachhaltigen eigenständigen Finanzierung zu erarbeiten.⁷⁴

(2) Die StGKK etablierte um das Jahr 2000 die BSC als internes Steuerungs- bzw. Managementinstrument. Im Jahr 2009 hielt sie in einem Strategiepapier „Vision 2015“ ihre Ziele fest. Die StGKK ging von dem damals aktuellen Handlungsbedarf aus, definierte bestimmte Werte und entwickelte daraus eine Vision für die Zukunft. Einleitend in diesem Dokument stellte die StGKK klar, dass sie zu den besten Gebietskrankenkassen Österreichs gehören wolle. Die StGKK versuchte in der Folge, diese Vision flächendeckend über die Führungsebene und die Funktionäre bis hin zu den Mitarbeitern weiterzugeben. Ein quantifiziertes Ziel für das Betriebsergebnis war darin nicht enthalten.

(3) Die WGKK diskutierte in Klausuren der Selbstverwaltung ebenfalls intern Strategien. Als wesentliche Steuerungsmaßnahmen sah sie z.B. die Gründung der Abteilung „Medizinische Behandlungsökonomie“. Sie befasste sich u.a. mit den Rahmenbedingungen (z.B. die finanzielle Entwicklung), Bereichen mit Sparpotenzialen oder mit Möglichkeiten der Einnahmensteigerungen und Vorschlägen für einen Maßnahmenkatalog. Sie beschloss jedoch keine klaren Vorgaben für Zielgrößen wie etwa für das Betriebsergebnis.

Im Jahresbericht 2013 erläuterte die WGKK: „Unabhängig von der bloßen Erfüllung der Finanzziele [...] bekennt sich die WGKK zum eingeleiteten und auch vom RH empfohlenen und bestätigten Konsolidierungskurs. Ziel ist die Sicherung einer nachhaltigen eigenständigen Finanzierung und langfristig die Erreichung eines positiven Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT). Um diese Ziele erreichen zu können, ist die WGKK auch auf die Unterstützung des Gesetzgebers angewiesen. [...] ohne entsprechende Neugestaltung der externen Einflussfaktoren bzw. Umverteilung des bei anderen Krankenversicherungsträgern gehorteten Reinvermögens, werden die Diskussionen um die Finanzierung des Gesundheitssystems bzw. der Wiener Gebietskrankenkasse spätestens in den Jahren 2016, 2017 neu entfacht werden.“

⁷⁴ siehe Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Follow-up-Überprüfung“, Reihe Bund 2011/12 TZ 2

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

(4) Die BVA gab an, dass im Zeitraum 2009 bis 2013 keine zusätzlichen (über die Gebarungsvorschaurechnung bzw. die Ausgabenobergrenzen hinausgehenden) Steuerungsmaßnahmen zur Verbesserung der Gebarungs-, Rücklagen- und Liquiditätssituation notwendig waren. Eine interne BSC habe sie nicht erstellt. Über die externen BSC-Vorgaben hinaus gebe es keine Einzelzielbeschlüsse zu bestimmten Positionen.

(5) Die BSC des Hauptverbands für die Periode 2015 bis 2020 enthielt als Ziel, dass alle Krankenversicherungsträger im Jahr 2020 die Leistungssicherungsrücklage im vorgesehenen Ausmaß dotiert haben sollten (somit über Reserven von rund einem Monatsbedarf). Konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung waren nicht vereinbart.

36.2 (1) Der RH kritisierte, dass keiner der drei Krankenversicherungsträger über klar formulierte interne Finanzziele zur Erreichung der einkommenorientierten Ausgabenpolitik verfügte.

Er hielt die strategische Perspektive der StGKK im Rahmen der „Vision 2015“ sowie die dort vorgesehene Eigenverantwortlichkeit für zweckmäßig und sah darin einen wesentlichen Grund für die positive Entwicklung des Betriebsergebnisses der StGKK (vgl. TZ 39).

Der RH merkte dagegen kritisch an, dass die WGKK über diverse strategische Überlegungen hinausgehend kein klares Vorgehen festlegte. Das Bekenntnis zum Ziel eines positiven Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit bei gleichzeitigem Hinweis auf die Notwendigkeit der Hilfe durch den Gesetzgeber bzw. durch andere Träger ließ letztlich konkrete Maßnahmen offen.

Der RH kritisierte auch, dass die BVA vor dem Hintergrund der hohen Rücklagen (siehe TZ 2) keine spezifischen Ziele entwickelte.

(2) Weiters kritisierte der RH, dass alle drei Träger in ihren Unterlagen der Zielsteuerung jene Finanzziele aus dem Kassensanierungspaket 2009 bzw. jene Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 angesetzt hatten, die bereits offensichtlich als operative Zielvorgaben ungeeignet waren. Das machte die entsprechenden formalen Schritte – wie die Befassung der Vorstände oder die Abstimmung der Ziele mit dem Hauptverband, dem BMG und dem BMASK hinsichtlich der Finanzziele – weitgehend bedeutungslos.

Der RH empfahl daher der StGKK, der WGKK und der BVA, strategische Zielvorgaben für eine interne Unternehmenssteuerung zu entwickeln, diese in ein Zielsteuerungssystem (etwa der BSC) aufzunehmen und regelmäßig zu evaluieren.

Interne Finanzziele

36.3 (1) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie habe sich mit dem Change Prozess „Vision 2015“ unter anderem das Ziel gesetzt, die Finanzen zu konsolidieren. Die Idee, das Ziel und die Maßnahmen seien intern erarbeitet, in einer eigenen BSC erfasst und auch evaluiert sowie die Zielerreichung den Mitarbeitern in Form eines Berichts zur Verfügung gestellt worden. Sie habe das mittelfristige strategische Ziel erreicht. Aufgrund des gewählten Kommunikationsmodells seien viele wesentliche Inputs nicht verschriftlicht worden, dies wäre sehr zeitintensiv gewesen.

(2) Laut Stellungnahme der WGKK habe sie beginnend mit 2001 einen internen BSC-Prozess etabliert und seither im Einsatz. Aktuell stelle sie Überlegungen hinsichtlich der Inhalte und der Weiterentwicklung der internen BSC in Richtung Wirkungsorientierung an.

(3) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, würde sie strategische Zielvorgaben in verschiedenen Gremien erstellen und diskutieren, insbesondere im Präsidium, in Geschäftsbereichsleiterbesprechungen und in Direktorentagungen. Diese würden die Grundlage für das mittel- und längerfristige Handeln der BVA bilden. Über die Einführung von Steuerungssystemen habe sie mehrfach Überlegungen angestellt. Bei der Abwägung von Nutzen einerseits und (ziemlich hohem) administrativem Aufwand andererseits habe die BVA keinen Vorteil gegenüber der bisher gelebten Praxis erkannt.

36.4 Der RH hielt gegenüber StGKK, WGKK und BVA klarstellend fest, dass angesichts der Inkongruenz der Ziele der ausgabenorientierten Einnahmenpolitik einerseits und der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben andererseits die eindeutige Formulierung der zur finanziellen Steuerung des Trägers maßgeblichen Ziele unbedingt erforderlich war. Er hielt es für zweckmäßig, wenn diese Festlegung schriftlich festgehalten wird und eine klare quantifizierte Zielsetzung für das Betriebsergebnis beinhaltet. Dabei sollten nicht ein aufwändiges Steuerungssystem, sondern die eindeutige Festlegung der Ziele und der Strategie zu deren Erreichung im Vordergrund stehen.

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Ausgleichsfonds

Umsetzung von
Empfehlungen des RH

37.1 (1) Bereits seit 1961 war – mit wechselnder Zusammensetzung – ein Ausgleichsfonds eingerichtet.^{75 76} Seit dem Jahr 2006 erfolgte die Regelung auf Basis eines wissenschaftlichen Modells für einen Strukturausgleich.

Der RH hatte in seinem Bericht „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“ (Reihe Bund 2008/2) empfohlen, dass zum Ausgleich der Belastung durch die Führung des Hanusch-Krankenhauses geeignete rechtliche Schritte gesetzt werden sollten.

In Umsetzung dieser Empfehlung wurde im Jahr 2012 die Abgeltung des Betriebs des Hanusch-Krankenhauses durch die WGKK aus dem Ausgleichsfonds herausgelöst. Diese wurde seither im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung berücksichtigt.⁷⁷

(2) Die Mittel des Ausgleichsfonds waren nach § 447a ASVG für drei Bereiche zu verwenden:

- für den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen,
- für den Ausgleich unterschiedlicher Liquidität und
- für die Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs.

⁷⁵ Ursprünglich waren die Gebiets-, Betriebs- und Landwirtschaftskrankenkassen eingebunden, 1965 wurden die Betriebskrankenkassen ausgegliedert, 1967 die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus aufgenommen. 1977 wurde die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Krankenversicherungsträger integriert. Im Jahr 2003 folgten schließlich auch die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und die BVA.

⁷⁶ Erkenntnis des VfGH vom 13. März 2004, G 279/02 (vgl. Teschner/Pöltner, ASVG, § 447a Rz 1848/19, 1848/20). Der VfGH hob im Jahr 2004 die Neuorganisation als verfassungswidrig auf. Der Mitteltransfer im Ausgleichsfonds könne aus verfassungsrechtlicher Sicht nur dann als zulässig beurteilt werden, wenn er nur dem Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen diene. Es sei aber unsachlich, wenn durch die Unterschiede im Beitrags- bzw. Leistungsrecht (z.B. durch unterschiedliche Selbstbehalte) Vor- und Nachteile entstehen könnten, welche den Mitteltransfer beeinflussten. Auch habe der Gesetzgeber nicht berücksichtigt, dass bestimmte Krankenversicherungsträger regional nicht gegliedert seien, so dass regionale Strukturmachteile innerhalb dieser Risiken-Gemeinschaft bereits zum Ausgleich gebracht worden seien. Aufgrund einer systematischen Benachteiligung einiger Krankenversicherungsträger verstoße die Miteinbeziehung der SVB, der VAEB sowie der BVA gegen den Gleichheitsgrundsatz.

⁷⁷ Die aus Beiträgen aufzubringenden Mittel wurden ab 2012 von 2 % auf 1,64 % reduziert.



Ausgleichsfonds

Das Aufteilungsverhältnis zwischen diesen Bereichen war von der Trägerkonferenz in einer Richtlinie festzusetzen.

Der RH hatte im Jahr 2011 empfohlen, dass die Liquiditätssicherung hinter dem Strukturausgleich zurücktreten sollte (vgl. Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; Follow-up-Überprüfung“, Reihe Bund 2011/12).

Die Trägerkonferenz beschloss daraufhin folgende Mittelverwendung:

Tabelle 16: Mittelverwendung im Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG

Jahr (erfolgswirksam)	Struktur	Liquidität	besonderer Ausgleichsbedarf
		in %	
bis 2012	45	45	10
2013	48	42	10
2014	51	39	10
2015	54	36	10
2016	57	33	10

Quellen: Strukturausgleichsrichtlinien

Ab 2013 erfolgte eine Verschiebung vom Liquiditätsausgleich hin zum Strukturausgleich um jeweils 3 % pro Jahr.

Im Jahr 2013 waren die dem Ausgleichsfonds zur Verteilung⁷⁸ zur Verfügung stehenden Mittel (rd. 264,63 Mio. EUR) zwar höher als die Strukturnachteile (192,21 Mio. EUR)⁷⁹, die nach dem angewandten Berechnungsmodell ermittelt worden waren. Aufgrund der Aufteilung der Mittel war allerdings der für Strukturnachteile gewidmete Teil dafür nicht mehr ausreichend.

37.2 Der RH anerkannte zunächst, dass mit der Zuordnung der Finanzierung des Hanusch-Krankenhauses in die Krankenanstaltenfinanzierung und die Verschiebung von Mitteln von der Liquiditätssicherung zum Strukturausgleich zwei Empfehlungen des RH umgesetzt worden waren.

⁷⁸ Verteilung der Mittel gemäß § 447a Abs. 6 ASVG
⁷⁹ Berechnung des Risikoausgleichs 2012 für den Rechnungsabschluss 2013



Ausgleichsfonds

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Der RH wies allerdings darauf hin, dass die dem Ausgleichsfonds zur Verteilung zur Verfügung stehenden Mittel (rd. 264,63 Mio. EUR) zwar höher waren als die Strukturnachteile, die nach dem angewendeten Berechnungsmodell im Jahr 2013 ermittelt worden waren (192,21 Mio. EUR). Aufgrund der Aufteilung der Mittel war allerdings der für Strukturnachteile gewidmete Teil dafür nicht mehr ausreichend. Er hielt daher die vorgenommene Verschiebung für noch nicht ausreichend.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich den Strukturausgleich gegenüber der Liquiditätssicherung noch weitergehend höher zu gewichten.

37.3 (1) *Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen. Er wies in diesem Zusammenhang besonders auf seine Stellung und die Notwendigkeit einer Willensbildung durch die einzelnen Träger hin.*

(2) *Laut Stellungnahme der StGKK sei der Verteilungsmechanismus des Ausgleichsfonds auf politischer Ebene zu entscheiden und eine entsprechende Verordnung zu erlassen. Die StGKK als Träger mit Strukturnachteilen unterstütze eine Aufteilung, die diese Nachteile gerecht ausgleiche.*

(3) *Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, § 447a Abs. 1 ASVG nenne als primäre Aufgabe des Ausgleichsfonds die Gewährleistung einer ausgeglichenen Gebarung bzw. einer ausreichenden Liquidität der Gebietskrankenkassen. Das spreche nach Auffassung der WGKK gegen eine Weiterentwicklung des Strukturausgleichs, jedenfalls soweit diese zu Lasten der Liquiditätssicherung gehe.*

37.4 Der RH verwies gegenüber der StGKK bzw. der WGKK darauf, dass letztlich eine Verteilung nur zur Deckung eines Abgangs aus betriebswirtschaftlicher Sicht bzw. unter Anreizgesichtspunkten ungeeignet war. Ein etwaiger Mehrbedarf der WGKK aufgrund von Strukturunterschieden war als Teil der Struktureffekte in geeigneter Form zu berücksichtigen (siehe TZ 38).

Umsetzung der Verteilungskriterien

38.1 (1) Der Ausgleich der Liquidität erfolgte aufgrund des negativen Reinvermögens je Anspruchsberechtigten. Leistungen gebührten nach § 447a Abs. 12 ASVG nicht, wenn die Gebietskrankenkasse eine ungünstige Kassenlage durch Außerachtlassung der Grundsätze einer wirtschaftlichen Verwaltung selbst herbeigeführt hatte.

Ausgleichsfonds

Wie dies – insbesondere auf hohe Tarife bzw. hohe Ausgaben bei den Versicherungsleistungen – konkret festzustellen war, war nicht näher geregelt.

(2) Für den Ausgleich der unterschiedlichen Strukturen sollten nach § 447b Abs. 1 ASVG insbesondere folgende Bestimmungsgrößen herangezogen werden:

- Beitragseinnahmen,
- Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht,
- die Verteilung besonders teurer Fälle,
- Belastungen aus der Krankenanstaltenfinanzierung sowie
- sonstige regionale Belastungen.

Die genaue Ermittlung eines Strukturnachteils regelten Richtlinien des Hauptverbands. Die Berechnung nach diesen Richtlinien zeigte im Jahr 2013 eine Bewertung von Strukturnachteilen ohne sonstige regionale Belastungen von rd. 192,21 Mio. EUR. Dabei hatten die WGKK und die NÖGKK insbesondere aufgrund hoher Beitragseinnahmen Strukturvorteile, die übrigen Träger Nachteile. Nach Berücksichtigung des Regionalfaktors ergab sich jedoch für jeden einzelnen Träger ein „Strukturnachteil“ und damit ein Anspruch auf einen Teil der zum Ausgleich von Strukturnachteilen gewidmeten Mittel.

(3) Die Berechnung des Strukturausgleichs zeigte – vor Berücksichtigung sonstiger regionaler Effekte – einen Vorteil der WGKK aus den Beitragseinnahmen und aus der Versichertenstruktur und einen Nachteil der StGKK aus diesen Faktoren sowie einen Nachteil beider Träger aus der Spitalsfinanzierung. Im Jahr 2013 ergab sich für die WGKK ein Vorteil von rd. 93,92 Mio. EUR, für die StGKK ein Nachteil von rd. 39,44 Mio. EUR.

(4) Die folgenden Tabellen stellen die Einzahlungen (Beiträge) der StGKK und der WGKK an den Ausgleichsfonds und die Auszahlungen des Fonds an die StGKK und die WGKK für den Zeitraum 2009 bis 2013 gegenüber:



Ausgleichsfonds

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**Tabelle 17: Einzahlungen/Auszahlungen StGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013
(in Mio. EUR)**

StGKK	2009 ¹	2010	2011	2012	2013	Summe
Saldo der Einzahlungen/Auszahlungen	+ 29,14	+ 29,83	+ 31,02	+ 32,94	+ 3,87	+ 126,81
Zahlungen an den Ausgleichsfonds (Beiträge)	21,98	22,33	23,02	19,58	20,55	107,46
Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds	51,12	52,16	54,05	52,52	24,42	234,27
<i>davon Strukturausgleich</i>	16,28	20,43	19,32	20,55	20,53	97,10
<i>davon Liquiditätsausgleich</i>	27,86	26,77	30,12	26,17	–	110,93
<i>davon Hanusch–Krankenhaus</i>	–	–	–	n.v.	n.v.	0,00
<i>davon Verteilungsoption 10 %</i>	6,98	4,96	4,60	5,81	3,89	26,24

¹ 2009: Rechnungsabschluss 2009, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2008, 2013; Rechnungsabschluss 2013, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2012

Quelle: Hauptverband

**Tabelle 18: Einzahlungen/Auszahlungen WGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013
(in Mio. EUR)**

WGKK	2009 ¹	2010	2011	2012	2013	Summe
Saldo der Einzahlungen/Auszahlungen	48,74	46,78	57,59	53,51	96,11	302,72
Zahlungen an den Ausgleichsfonds (Beiträge)	41,07	41,91	42,83	36,24	37,54	199,60
Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds	89,81	88,69	100,42	89,75	133,65	502,32
<i>davon Strukturausgleich</i>	19,46	16,39	15,75	15,19	16,02	82,81
<i>davon Liquiditätsausgleich</i>	40,35	37,33	47,07	67,76	111,14	303,65
<i>davon Hanusch–Krankenhaus</i>	30,00	30,00	30,00	n.v.	n.v.	90,00
<i>davon Verteilungsoption 10 %</i>	0,00	4,96	7,60	6,81	6,49	25,86

¹ 2009: Rechnungsabschluss 2009, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2008, 2013; Rechnungsabschluss 2013, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2012

Quelle: Hauptverband

Im Überprüfungszeitraum 2009 bis 2013 erhielt die WGKK mit 302,72 Mio. EUR mehr als doppelt so viele Mittel wie die StGKK mit 126,81 Mio. EUR. Dies lag einerseits an der Berücksichtigung des Regionalfaktors, der für die WGKK auch Mittel aus dem Risikostrukturausgleich sicherstellte, andererseits an der Verteilung erheblicher Mittel nach dem Kriterium der Höhe des negativen Reinvermögens.

38.2 Der RH hielt eine Berechnung von Strukturnachteilen, die in einen Nachteil jedes einzelnen Trägers mündete, für nicht sachgerecht. Das Grundkonzept des Strukturausgleichs basierte auf der Einsicht, dass z.B. bei Beitragseinnahmen einige Träger Vorteile, andere aber Nachteile aufwiesen.

Ausgleichsfonds

Der RH hielt weiters die Verbindung von Liquiditätsausgleich und Strukturausgleich für grundsätzlich problematisch. Soweit tatsächlich ein Ausgleich von Strukturunterschieden erfolgte, war grundsätzlich nicht direkt einsichtig, warum eine darüber hinausgehende Mittelverschiebung überhaupt erfolgen sollte. Der RH wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Finanzierung von negativem Reinvermögen nach der Zuführung von rd. 1,3 Mrd. EUR an Bundesmitteln zusehends in den Hintergrund geriet und die Krankenversicherungsträger ein Zwölftel der Jahressumme der Versicherungsleistungen als Leistungssicherungsrücklage vorzuhalten haben.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich bei der Berechnung des Risikostrukturausgleichs den Regionalfaktor zu reduzieren.

38.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, es würde einen vom Hauptverband vorgelegten, mit den Krankenversicherungsträgern abgestimmten Änderungsvorschlag hinsichtlich des Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG einer umfangreichen Bewertung unterziehen. Es verwies jedoch darauf, dass für die Umschichtung von Rücklagen gewisse verfassungsrechtliche Schranken zu beachten seien. Der Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen habe sich bisher bewährt und unterliege einer kontinuierlichen Weiterentwicklung.*

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

(3) Laut Stellungnahme der WGKK habe sie bereits im Zuge eine Gebärungsüberprüfung des RH im Jahr 2008 darauf hingewiesen, dass es durch die leichtere Erreichbarkeit und höhere Facharztdichte in Wien bzw. in Ballungszentren zu einer immer häufigeren direkten Inanspruchnahme und damit auch zu höheren Kosten komme. Dies habe auch der RH zur Kenntnis genommen. Der Regionalfaktor sei Ausdruck dieser außerordentlichen Belastung einer Großstadt mit fehlendem Umland. Die bestehende Abschmelzungsregelung sei bereits eine zusätzliche Benachteiligung. In Anbetracht dessen sei die jetzige Empfehlung des RH nicht nachvollziehbar.

38.4 *(1) Der RH entgegnete dem BMG, dass sich nach seinem Verständnis die Rolle des BMG nicht in der Evaluierung abgestimmter Vorschläge erschöpfen, sondern dass das BMG aktiv an der Weiterentwicklung des Ausgleichsfonds mitarbeiten sollte. Der RH sah dabei auch unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Grenzen durchaus einen erheblichen Spielraum zur Gestaltung des finanziellen Ausgleichs.*



Ausgleichsfonds

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

(2) Gegenüber der WGKK merkte der RH an, dass er grundsätzlich keine Einwände gegen eine sachgerechte Berücksichtigung einer außerordentlichen Belastung einer Großstadt in einem sachlich begründeten Umfang hat. Strukturunterschiede zwischen ländlichen und städtischen Bereichen können durchaus maßgeblich 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.

Der RH hielt allerdings den bestehenden Regionalfaktor, der schlicht bestehende Mehrausgaben der WGKK gegenüber dem Bundesschnitt festschreibt, für analytisch wenig überzeugend. In dieser Methodik liegt nämlich die Gefahr, ineffiziente Angebotsformen mit höheren Bedarfen zu vermengen. In dem von der WGKK genannten Bericht des RH aus dem Jahr 2008⁸⁰ hatte der RH am Beispiel der Heilmittel gezeigt, dass durchaus eine analytische Unterscheidung zwischen besonderen Faktoren (etwa einem häufigeren Auftreten von HIV oder Drogensubstitutionsproblemen in der Bundeshauptstadt) und mangelnden Erfolgen der Heilmittelökonomie (nicht begründete Verwendung teurerer Medikamente) möglich war.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013

39.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung des Reinvermögens der drei überprüften Krankenversicherungsträger und der erhaltenen Bundesmittel der StGKK, der WGKK und der BVA in den Jahren 2008⁸¹ bis 2013:

⁸⁰ „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2008/2

⁸¹ Zur Erfassung der Entwicklung der Jahre 2009 bis 2013 ist ein Anknüpfen an den Bilanzstichtag 31.12.2008 erforderlich.



Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013

Tabelle 19: Veränderung Reinvermögen StGKK, WGKK und BVA								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung	Summe
	in Mio. EUR							
StGKK								
Reinvermögen	– 246,29	– 245,82	– 158,4	– 74,92	22,27	58,69	304,98	
Bundesmittel		35,48	74,96	69,24	57,12	3,07		239,86
Veränderung Reinvermögen ohne Bundesmittel		– 35,01	12,46	14,24	40,08	33,35		65,12
WGKK								
Reinvermögen	– 594,47	– 572,77	– 416,42	– 328,95	– 185,48	– 49,33	545,14	
Bundesmittel		105,36	148,77	131,11	172,20	119,61		677,05
Veränderung Reinvermögen ohne Bundesmittel zum Vorjahr		– 83,66	7,58	– 43,64	– 28,73	16,54		– 131,92
BVA (keine Bundesmittel)								
Reinvermögen	415,89	486,25	558,55	642,58	665,60	707,17	291,28	

Rundungsdifferenzen möglich
Quellen: Hauptverband; RH

- a) Die StGKK verbesserte ihr Reinvermögen um rd. 304,98 Mio. EUR. Sie erhielt im Zeitraum 2009 bis 2013 rd. 239,86 Mio. EUR an Bundesmitteln. Sie hätte auch ohne Bundesmittel eine Verbesserung im Reinvermögen von rd. 65,12 Mio. EUR erzielt. Das Reinvermögen im Jahr 2013 war mit rd. 58,69 Mio. EUR positiv.
- b) Die WGKK verzeichnete eine Verbesserung des Reinvermögens um rd. 545,14 Mio. EUR. Sie erhielt allerdings in dieser Zeit rd. 677,05 Mio. EUR an Bundesmitteln. Ohne Bundesmittel hätte sie eine Verschlechterung ihres Reinvermögens um rd. 131,92 Mio. EUR hinnehmen müssen. Am Ende des Betrachtungszeitraums 2013 war das Reinvermögen mit rd. - 49,33 Mio. EUR immer noch negativ.
- c) Das Reinvermögen der BVA war durchgängig positiv und betrug im Jahr 2013 rd. 707,17 Mio. EUR. Die BVA erhielt keine Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket.
- (2) 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 das Betriebsergebnis der WGKK immer negativ.



Entwicklung der finanziellen Lage 2009
bis 2013

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

Die Ursachen dafür lagen nach einer Analyse des RH zu rund zwei Drittel in einer von der WGKK nicht beeinflussbaren schlechteren Beitragsentwicklung, allerdings zu rund einem Drittel auch an internen, einer Steuerung zugänglichen Bereichen: der ärztlichen Hilfe, dem Krankengeld und dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand (siehe dazu im Detail den Bericht des RH „Ausgewählte Steuerungsbereiche der Krankenversicherungsträger“, Veröffentlichung ebenfalls 2016). Dies zeigte, dass eine wirksame finanzielle Steuerung wesentlich wäre.

Die BVA profitierte im Vergleich zu den Gebietskrankenkassen von wesentlich höheren Beiträgen pro Person und geringeren Heilmittelkosten. Dafür stellte sie unterschiedliche Zusatzleistungen (z.B. Sonderklasse) zur Verfügung und wies in wesentlichen Aufwandspositionen (insbesondere ärztliche Hilfe) höhere Aufwendungen aus.

(3) Die folgende Tabelle zeigt Eckpunkte der prognostizierten finanziellen Entwicklung der StGKK, der WGKK und der BVA:

Tabelle 20: Finanzielle Lage der StGKK, der WGKK und der BVA

	endgültige Gebbarung 2013	endgültige Gebbarung 2014	Voranschlag 2015	GVR 2016	GVR 2017
in Mio. EUR					
StGKK					
Reinvermögen (inkl. Zuweisung Rücklagen)	+ 58,69	+ 49,78	+ 52,51	+ 32,43	- 10,29
Betriebsergebnis	+ 30,28	+ 6,42	- 7,33	- 31,63	- 56,11
EGT	+ 30,68	+ 6,68	- 7,05	- 31,35	- 55,83
Verlust/Gewinn	0,00	- 8,94	0,00	- 20,09	- 42,72
WGKK					
Reinvermögen (inkl. Zuweisung Rücklagen)	- 49,33	- 37,51	- 105,00	- 216,15	- 361,31
Betriebsergebnis	- 77,10	- 93,65	- 124,58	- 150,29	- 176,52
EGT	- 76,67	- 93,13	- 124,14	- 149,90	- 176,28
Verlust/Gewinn	+ 115,35	+ 15,62	- 64,10	- 107,75	- 141,77
BVA					
Reinvermögen (inkl. Zuweisung Rücklagen)	+ 707,17	+ 738,97	+ 732,68	+ 716,69	+ 744,93
Betriebsergebnis	+ 30,11	+ 21,14	- 15,01	- 22,83	+ 23,29
EGT	+ 42,33	+ 32,61	- 5,44	- 15,12	+ 29,16
Verlust/Gewinn	+ 36,12	+ 23,05	- 18,90	- 25,76	+ 17,00

Rundungsdifferenzen möglich

GVR = Gebahrungsvorschaurechnung

Quellen: Hauptverband; WGKK und StGKK (GVR 2016 und 2017 vom Februar 2015); Darstellung RH

Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013

a) Die StGKK erzielte im Jahr 2014 noch ein positives Betriebsergebnis, prognostizierte jedoch 2015 bis 2017 ein negatives Betriebsergebnis. Das Reinvermögen war voraussichtlich bis zum Jahr 2016 noch positiv.

b) Die WGKK prognostizierte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung für die Jahre 2015 bis 2017 sowohl negative Ergebnisse als auch ein negatives Reinvermögen. Sie begründete dies mit einer Aufwandssteigerung im Heilmittelbereich und mit stagnierenden Beitragseinnahmen. Ein Sanierungskonzept konnte die WGKK nicht vorlegen. Sie verwies in ihren Jahresberichten darauf, dass trotz ehrgeiziger Sparmaßnahmen und der Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades eine Konsolidierung die Unterstützung des Gesetzgebers benötige. Der RH hatte bereits in seinen Berichten aus den Jahren 2008 bzw. 2011⁸² der WGKK empfohlen, ein entsprechendes Sanierungskonzept zur nachhaltigen Sicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit zu erstellen.

c) Die BVA erzielte 2014 ein positives Betriebsergebnis, prognostizierte für 2015 und 2016 dagegen ein negatives Betriebsergebnis. Sie verfügte jedoch mit über 700 Mio. EUR über erhebliches Reinvermögen und prognostizierte für 2017 auch wieder ein positives Betriebsergebnis.

39.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die WGKK – obwohl sie im Zeitraum 2009 bis 2013 erheblich von den Bundesmitteln in Höhe von 677,05 Mio. EUR profitierte und dadurch ihr Reinvermögen verbesserte – letztlich keine nachhaltige Sanierung erreichte.

Der RH kritisierte auch, dass noch kein Sanierungskonzept für die WGKK vorlag.

Der RH räumte zwar ein, dass die Ursachen für die im Vergleich zur StGKK ungünstigere Entwicklung zu rund zwei Drittel in einer von der WGKK nicht beeinflussbaren schlechteren Beitragsentwicklung lagen, verwies aber darauf, dass zu rund einem Drittel auch interne, einer Steuerung zugängliche Bereiche (ärztliche Hilfe, Krankengeld und Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand) maßgeblich waren. Dies zeigte, dass eine wirksame finanzielle Steuerung wesentlich wäre.

Der RH wiederholte nachdrücklich seine Empfehlung an die WGKK, ein Konzept zur nachhaltigen Sanierung der WGKK zu entwickeln.

⁸² siehe Reihe Bund 2008/2 und 2011/12

- 39.3** Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, alle von ihr gesetzten Maßnahmen (z.B. Einführung der Behandlungsökonomie, Strategieklausuren der Selbstverwaltung, moderate Honorarabschlüsse etc.) würden grundsätzlich das Ziel der Ausgabendämpfung verfolgen, an deren Ende eine wesentliche Verbesserung, im günstigsten Fall ein positives Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit, stehen sollte.

Es bestehe aber ein Spannungsverhältnis zwischen der Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrags und einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, welches auch der RH attestiere. Die Steigerung der Beitragseinnahmen der WGKK liege hinter jener des Durchschnitts der Gebietskrankenkassen.

- 39.4** Der RH entgegnete der WGKK, dass es angesichts des gesetzlichen Auftrags an die WGKK – einerseits die Versorgung der Anspruchsberechtigten sicherzustellen, andererseits eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik zu betreiben – eine wesentliche Aufgabe der WGKK war, anhand der Prognoserechnungen darzulegen, wie dieser Auftrag erfüllt werden kann. Soweit die WGKK eine Deckungslücke prognostiziert, hätte sie darzulegen, welche Maßnahmen sie aus eigener Initiative setzen kann, welche zusätzlichen Schritte von übergeordneten Stellen nötig sind und welche Effekte diese Schritte nach der Einschätzung der WGKK auf diese hätten. Ziel sollte dabei nicht die vorübergehende Abdeckung eines Abgangs, sondern eine nachhaltige Sanierung sein. Gegebenenfalls wird diese Analyse auch die Entwicklungsziele der Medizin (Ausbildungsziele, Forschung und Entwicklung etc.) in Wien bzw. die Einschätzung eines etwaigen „Großstadtfaktors“ zu berücksichtigen haben. Ein derartiges, quantifiziertes und langfristig ausgerichtetes Sanierungskonzept fehlt jedoch nach wie vor. Dementsprechend kann auch keine plausible, längerfristig ausgerichtete Steuerung erfolgen.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Ausblick

- 40.1** (1) Die folgende Tabelle zeigt die für 2016 prognostizierte Erfüllung der Ausgabenobergrenzen laut Gesundheitsreform 2012 und das prognostizierte Bilanzergebnis (jeweils auf Basis der Gebarungsvorschau-rechnung August 2015):

Ausblick

Tabelle 21: Erfüllung Ausgabenobergrenzen und Bilanzergebnis 2016

Versicherungsträger	Vorgabe	Annahmen GVR	Ausgabenobergrenze 2016	
			Differenz (Übererfüllung)	Bilanzergebnis 2016
			in Mio. EUR	
alle Krankenversicherungsträger	10.274,00	10.048,00	+ 226,00	- 319,0
davon alle Gebietskrankenkassen	7.658,49	7.560,43	+ 98,06	- 287,2
davon StGKK	1.024,67	971,95	+ 52,72	- 21,5
davon WGKK	1.947,11	1.905,40	+ 41,71	- 82,1
Summe Sozialversicherungsträger und BKK	2.615,51	2.487,57	+ 127,94	- 31,8
BVA	1.023,54	1.023,47	+ 0,07	- 39,6

GVR = Gebarungsvorschaurechnung
Quellen: Finanzstatistik Hauptverband; Darstellung RH

Die Tabelle zeigt, dass für das Jahr 2016 für alle Krankenversicherungsträger zwar eine Übererfüllung der Ausgabenobergrenzen von rd. 226,00 Mio. EUR, aber gleichzeitig ein (voll Maastricht-wirksames) negatives Bilanzergebnis von rd. 319,00 Mio. EUR prognostiziert wurde.

(2) Die politische Vereinbarung vom 13. Juni 2012, die die Grundlage für die Formulierung der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit und insbesondere für die Festlegung der Ausgabenobergrenzen war, enthielt neben den Ausgabenobergrenzen 2012 bis 2016 auch eine Anmerkung für die Zeit bis 2020.

Ausgangsbasis dafür war die Weiterführung einer jährlichen Ausgabensteigerung mit dem erwarteten durchschnittlichen BIP-Wachstum von nominell rd. 3,6 % p.a.

(3) Der Bund formulierte im Bundesvoranschlag 2015 als Wirkungsziel der Untergliederung 24 – Gesundheit eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems; eine Maßnahme dazu war die Konsolidierung der finanziellen Leistungsfähigkeit u.a. durch verbindliche Vereinbarung von Finanzzielen (Ausgabendämpfungsmaßnahmen). Als Indikator war definiert, dass die Gebietskrankenkassen keine Verschuldung bzw. keinen Gebarungsabgang aufweisen sollten.

40.2 Der RH kritisierte nachdrücklich, dass die in der politischen Vereinbarung vom Juni 2012 enthaltene Weiterführung der geltenden Ausgabenobergrenzen im Jahr 2016 zu einer Übererfüllung der Ausgabenobergrenzen, gleichzeitig aber zu einem jährlichen, voll Maastricht-wirksamen Defizit der Krankenversicherungsträger von rd. 319,00 Mio. EUR führt.

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Dies zeigte nach Ansicht des RH, dass das Zielsteuerungssystem eine Fehlsteuerung begünstigte und zur tatsächlichen Steuerung der Krankenversicherungsträger nicht geeignet war. Er wies auch darauf hin, dass dies nicht ausreichte, um die Wirkungsziele (samt Indikatoren und Maßnahmen) in der Untergliederung 24 – Gesundheit zu erfüllen.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, gemeinsam mit den Partnern der Zielsteuerung Gesundheit die Ausgabenobergrenzen ab dem Jahr 2016 neu festzulegen und dabei das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu berücksichtigen.

40.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die Festlegung neuer Ausgabenobergrenzen für die nächste Zielsteuerungsperiode (2017 bis 2020) sei Gegenstand der derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen. Dabei werde der Bund – wie auch vom RH zu Recht empfohlen – von einer möglichst realistischen Basis ausgehen.*

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen. Da die empfohlene Vorgangsweise die Zustimmung der Partner voraussetze, könne er sie für sich allein nicht umsetzen, weshalb die Empfehlung an alle Partner der Gesundheitsreform gerichtet werden sollte.

40.4 Der RH hielt gegenüber dem BMG neuerlich fest, dass die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen der Krankenversicherungsträger jedenfalls – unabhängig von anderen Vorgaben – an einer ausgeglichenen Gebahrung zu orientieren waren.

Gesamteinschätzung

41 Der RH beurteilte die Finanzziele des Kassensanierungspakets bzw. die Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform in ihrer Ausprägung der Jahre 2011 bis 2016 insgesamt als nicht geeignet, eine wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger sicherzustellen.

Während die Finanzziele des Kassensanierungspakets zunächst durchaus ambitionierte Senkungen der historischen Steigerungsraten anstrebten, waren sie spätestens ab dem Jahr 2011 nicht mehr zur Steuerung geeignet bzw. lagen sie deutlich zu hoch. Dies wurde durch die Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 noch verstärkt: Diese verloren durch die Ableitung aus einem zu hohen Basisszenario einer 5,2 %igen jährlichen Steigerung den Bezug zu den Einnahmen. Dies mündete darin, dass im Jahr 2016 sogar ein Abgang von rd. 366 Mio. EUR der Krankenversicherungsträger noch eine Übererfüllung der Finanzziele um mehrere 100 Mio. EUR bedeutete.

Gesamteinschätzung

Während das Monitoring der offiziellen Finanzziele allen Trägern eine volle Zielerreichung attestierte, war die tatsächliche Entwicklung der finanziellen Lage sehr unterschiedlich: Die StGKK erreichte eine Sanierung, die WGKK nicht. Der RH führte dies zumindest teilweise auch darauf zurück, dass sich die StGKK auch außerhalb der für die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen blockierten offiziellen Zielsteuerungsinstrumente mittelfristige strategische Ziele gesetzt hatte. Die WGKK war zur Zeit der Gebarungüberprüfung nach Einschätzung des RH – wie schon 2008 – erneut in prekärer finanzieller Lage: Sie wies sowohl ein negatives Reinvermögen als auch negative Ergebnisse für alle prognostizierten Jahre (2015 bis 2017) aus.

Schlussempfehlungen

42 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

Prognoserechnungen

BMG und BMASK

(1) Die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebärungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger wären mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und der Planungshorizont zu vereinheitlichen. (TZ 6, 8, 14)

(2) Bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wären Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen. (TZ 6)

(3) Die Gliederung der Prognoserechnungen wäre stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten. (TZ 7)

(4) Es wären in den Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen. (TZ 13)

(5) Es wäre verstärkt darauf zu achten, dass die Erläuterungen zu den Prognoserechnungen aussagekräftig formuliert sind. (TZ 13)

BMG und Hauptverband

(6) Zur Verbesserung der Prognosegenauigkeit der Krankenversicherungsträger wären möglichst vollständig die verfügbaren Quellen zur Wirtschaftsentwicklung der Träger zur Verfügung zu stellen, insbesondere die Prognosen des Stabilitätsprogramms. (TZ 9)

(7) Die Regionalisierung und Aktualisierung der Prognosen von WIFO und IHS wären zu unterstützen. (TZ 9)

(8) Im Prognosemodell EXXACT des Hauptverbands wären Verbesserungen anzustreben, insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Abstimmung mit den Anforderungen der Prognoserechnungen und der inhaltlichen Begründung der Modelle. (TZ 9)

(9) Für die Prognose der Beitragseinkommen der Pensionisten wären demografische Modelle zur Verfügung zu stellen. (TZ 9)

BMG

(10) Es wäre in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband regelmäßig die Qualität der Prognoserechnungen der Krankenversicherungsträger anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten zu überprüfen. (TZ 12)

(11) Systematisch hohe Abweichungen bei einzelnen Krankenversicherungsträgern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung wären in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband für Verbesserungen in der Vorgehensweise zu nutzen. (TZ 12)

StGKK, WGKK, BVA

(12) In der Gebärungsvorschaurechnung wäre eine höhere Planungsgenauigkeit anzustreben. Leitgedanke sollte nicht sein, im Ergebnis jedenfalls besser zu liegen als in der Prognose, sondern mit der Prognose möglichst realistisch die tatsächliche Entwicklung abzuschätzen. (TZ 8)

(13) Es wäre regelmäßig ein Benchmarking der Prognosegenauigkeit durchzuführen. (TZ 10)

(14) Für die Prognosen wären möglichst aktuelle und vollständige Informationen zu verwenden. (TZ 11)

Schlussempfehlungen

(15) Die Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung wäre zu verstärken, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan-Ist-Vergleiche. (TZ 11)

(16) Bei den Vertragsabschlüssen mit den Ärztekammern (Tarife, Abrechnungsmodalitäten) wäre auch die Planbarkeit der künftigen Ausgaben zu berücksichtigen. (TZ 11)

Ausgabenobergrenzen

BMG, Hauptverband, StGKK, WGKK, BVA

(17) Bei der künftigen Steuerung (Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 wäre verstärkt die aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen und auf einer rollierenden Planung aufzubauen. (TZ 20, 23)

(18) Bei der künftigen Zielfestlegung wären Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen zu hinterlegen. (TZ 30)

(19) Bei der Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016 wären sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger zu entwickeln. (TZ 22, 30)

(20) Die Ziele sollten auch für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) jährlich quantifiziert werden, so dass ein jährliches Monitoring möglich ist. (TZ 30)

(21) Künftig wären auch bei günstiger Entwicklung eines Ausgabenbereichs die Ziele der anderen Bereiche weiterhin ambitioniert zu verfolgen. (TZ 21)

BMG und Hauptverband

(22) Die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger wären gemeinsam mit den Partnern der Zielsteuerung Gesundheit ab dem Jahr 2016 neu festzulegen. (TZ 40)

(23) Bei der Festlegung von Ausgabendämpfungen (Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 wäre das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu berücksichtigen. Die Vorgaben für die Krankenversicherungsträger sollten daher ambitionierter erfolgen. (TZ 40, 29)

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

(24) Bei der Formulierung des nächsten Bundes-Zielsteuerungsvertrags wäre zu evaluieren, welche Positionen von der Zielsteuerung ausgenommen sein sollten; insbesondere die Krankenfürsorgeanstalten, Investitionen und Geldleistungen wären in geeigneter Form in die Zielsteuerung zu integrieren. (TZ 31)

(25) Strategische Vorgaben wären klarer von operativen Steuerungszielen zu trennen; bei der Bedachtnahme auf die Anreize bzw. Konsequenzen (siehe Empfehlung zu TZ 18) wäre sicherzustellen, dass Anreize für eine ambitionierte Gestaltung der Ziele bestehen. (TZ 20)

BMG

(26) Bei der Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016 wären diese gegenüber einer möglichst realistischen Basis zu berechnen. (TZ 29)

(27) Zukünftige Zielvorgaben, die auch der operativen Steuerung dienen sollten, wären den aktuellen Gegebenheiten anzupassen. (TZ 20)

StGKK, WGKK, BVA

(28) Strategische Zielvorgaben für eine interne Unternehmenssteuerung wären zu entwickeln, diese in ein Zielsteuerungssystem (etwa der Balanced Scorecard) aufzunehmen und regelmäßig zu evaluieren. (TZ 36)

Monitoring

BMG und Hauptverband

(29) Bei der Gestaltung der künftigen Monitoringsysteme wäre ein Maßnahmencontrolling bzw. eine inhaltliche Evaluierung vorzusehen. (TZ 25)

(30) Bei Neuregelung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2016 wären die Stellungnahmefristen zu verkürzen und wäre dafür zu sorgen, dass die Gremien die jeweils aktuellen verfügbaren Daten zur Entscheidung vorgelegt erhalten. (TZ 32)

Schlussempfehlungen

(31) Das Monitoring der Finanzziele wäre durch eine inhaltliche Einschätzung erfolgskritischer Pfade als Entscheidungsvorbereitung für die Zielsteuerungsgremien zu ergänzen. (TZ 33)

(32) In die Zielsteuerung wären auch die Einnahmenseite bzw. Überschüsse und Defizite einzubeziehen. (TZ 31)

(33) Bei der Gestaltung künftiger Monitoringsysteme wären mehrere Vergleichsgrößen zu wählen und neben dem Vergleich mit Prognoseszenarien die Werte umfassend (z.B. auch gegenüber von Vorperioden) zu analysieren. (TZ 26)

(34) Beim Monitoring der Finanzziele wäre für die Zeit nach 2016 regelmäßig eine Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach dem von der OECD entwickelten „System of Health Accounts“ (SHA) und den Gesundheitsausgaben nach dem System der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben) zu erstellen bzw. zu beauftragen. (TZ 34)

Sonstiges

BMG und Hauptverband

(35) Bei der Gestaltung des Kassenstrukturfonds wäre auf geeignete Anreize bzw. Konsequenzen einer allfälligen Zielverfehlung zu achten. (TZ 18)

(36) Auf eine deutliche Vereinfachung der Regelung zur Aufteilung der Pensionsbeiträge wäre hinzuwirken. (TZ 9)

BMG

(37) Es wäre ein klares Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen. (TZ 16)

Hauptverband

(38) Im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich wäre der Strukturausgleich gegenüber der Liquiditätssicherung noch weitergehend höher zu gewichten. (TZ 37)



Schlussempfehlungen

8MASK BMF BMG

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

(39) Im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich wäre bei der Berechnung des Strukturausgleichs der Regionalfaktor zu reduzieren. (TZ 38)

WGKK

(40) Es wäre ein Konzept zur nachhaltigen Sanierung der WGKK zu entwickeln. (TZ 39)





Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	165
Abkürzungsverzeichnis	167

BMASK
BMF
BMG

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Finanzen
Gesundheit

Ausgewählte Steuerungsgebiete in der
Krankenversicherung

KURZFASSUNG	172
Prüfungsablauf und -gegenstand	193
Identifikation maßgeblicher Steuerungsgebiete	195
Wesentliche Erträge und Aufwendungen	195
Steuerungsmöglichkeiten	196
Relevanz für die Unterschiede zwischen StGKK, WGKK und BVA	199
Ärztliche Hilfe	201
Überblick	201
Datenlage zur Steuerung	206
Aufwand je Fachrichtung	223
Stellenplanung bzw. Planung der Angebotsstruktur	228
Tarifverhandlungen	241

Qualitätssicherung	254
Patientensteuerung	259
Strategische Ziele der Gesundheitsreform	264
Zusammenfassung ärztliche Hilfe	268
Heilmittel	269
Überblick	269
Rechtliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten	274
Gesetzlicher Rabatt und Rahmen-Pharmavertrag	276
Preisgestaltung	278
Behandlungsökonomie durch die Krankenversicherungsträger	288
Patientensteuerung	295
Steuerungsmaßnahmen	297
Zusammenfassung Heilmittel	306
Krankengeld	307
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	308
Steuerungsmaßnahmen	308
Entwicklung bei der StGKK, der WGKK und der BVA	313
Sonstige Maßnahmen im Zeitraum 2009 bis 2013	317
Sonstige Feststellungen	319
Schlussempfehlungen	321

Tabellen Abbildungen

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Ertrags- und Aufwandsbereiche der Krankenversicherungsträger 2013 _____	195
Tabelle 2:	Sonstige Versicherungsleistungen der Krankenversicherungsträger 2013 _____	196
Abbildung 1:	Vergleich der Betriebsergebnisse im Verhältnis zur Versicherungsleistung von 2009 bis 2014 _____	199
Abbildung 2:	Steigerung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe 2004 bis 2013 im Durchschnitt aller Krankenversicherungsträger _____	202
Abbildung 3:	Aufwand für ärztliche Hilfe 2013 bei StGKK, WGKK und BVA in EUR je Anspruchsberechtigten _____	203
Abbildung 4:	Mehraufwand der WGKK gegenüber der StGKK für ärztliche Hilfe in EUR je Anspruchsberechtigten ____	224
Abbildung 5:	Mehraufwand der BVA gegenüber der WGKK für ärztliche Hilfe in EUR pro Anspruchsberechtigten ____	226
Tabelle 3:	Anspruchsberechtigte pro Vertragsarzt StGKK und WGKK 2013 _____	233
Tabelle 4:	Gesamtentwicklung Honorarabschlüsse; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013 _____	243
Tabelle 5:	Honorarerhöhung – Erwartung bei Vertragsabschluss; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013 _____	243
Tabelle 6:	Mengensteigerung – Erwartung bei Vertragsabschluss; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013 _____	244
Tabelle 7:	Ausgabenobergrenzen Laborfachärzte WGKK _____	250
Tabelle 8:	Unterschiede in den Rahmenbedingungen für den intra- und extramuralen Bereich _____	266
Tabelle 9:	Handlungsbedarf zur Steuerung der ärztlichen Hilfe _____	269

Abbildung 6:	Steigerungsrate der Aufwendungen für Heilmittel 2004 bis 2017 _____	270
Tabelle 10:	Preis und Mengeneffekte Heilmittel _____	271
Tabelle 11:	Bandbreite der Entwicklung der Heilmittelausgaben je Anspruchsberechtigten _____	272
Abbildung 7:	Heilmittelaufwand der StGKK, WGKK und BVA je Anspruchsberechtigten 2013 (in EUR) _____	291
Tabelle 12:	Umsetzung Vorhaben Kassensanierungspaket im Heilmittelbereich _____	298
Abbildung 8:	Unterschied zwischen Obergrenze und Ist-Wert Verwaltungskosten 2009 bis 2013 _____	310
Abbildung 9:	Nettoverwaltungs- und Verrechnungsaufwand je Anspruchsberechtigten 2009 bis 2013 _____	314

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

AB	Ausschussbericht
ABS	Arzneimittel-Bewilligungs-System
Abs.	Absatz
AfA	Absetzung für Abnutzung
a.o.	außerordentlich
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AVG	Allgemeines Verwaltungsverfahrensgesetz 1991
AZ	Ausgleichszulage
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKA	Bundeskanzleramt
BKK	Betriebskrankenkassen
B-KUVG	Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz
BlgNR	Beilage(n) zu den stenografischen Protokollen des Nationalrats
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSC	Balanced Scorecard
bspw.	beispielsweise
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DMP	Disease Management Programm
EGT	Ergebnis gewöhnlicher Geschäftstätigkeit
EKO	Erstattungskodex
etc.	et cetera
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
f./ff.	folgende

GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Gesetzgebungsperiode
GPLA	Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GVR	Gebärungsvorschaurechnung
HEK	Heilmittel-Evaluierungskommission
HV	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
i.e.S.	im engeren Sinn
IHS	Institut für Höhere Studien
i.H.v.	in Höhe von
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
IT	Informationstechnologie
KA	Krankenanstalt
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KOVG 1957	Kriegsopferversorgungsgesetz 1957
KV-Träger	Krankenversicherungsträger
lit.	litera
lt.	laut
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
n.v.	nicht verfügbar
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OGH	Oberster Gerichtshof
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖQMed	Österreichische Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH

Abkürzungen

p.a.	per anno
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
RA	Rechnungsabschluss
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
RV	Rechnungsvorschriften
S.	Seite(n)
SHA	System of Health Accounts
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVÄG	Sozialversicherungsänderungsgesetz
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SV-Träger	Sozialversicherungsträger
tlw.	teilweise
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
UWG	Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VPI	Verbraucherpreisindex
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
WKO	Wirtschaftskammer Österreich
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil



Wirkungsbereich der Bundesministerien für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Finanzen Gesundheit

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

Die operative Steuerung der für die Gestaltung der Finanzen der Krankenversicherungsträger wichtigsten Bereiche – ärztliche Hilfe und Heilmittel – war nicht ausreichend, um die Ziele der Gesundheitsreform 2012 erfüllen zu können bzw. eine nachhaltige Finanzierung sicherzustellen.

Die Sozialversicherungsträger nutzten die verfügbaren Daten weder im Bereich der ärztlichen Hilfe noch im Heilmittelbereich ausreichend. Die Aufbereitungen der Daten waren teilweise fehlerhaft, wurden nur unregelmäßig durchgeführt und beantworteten wesentliche Fragen nicht.

Die Angebotsstruktur der ärztlichen Hilfe war für eine Anpassung an die Regionale Strukturplanung bzw. an neue Erfordernisse der Primärversorgung zu starr geregelt. Die Wirkung effizienzsteigernder Innovationen war (z.B. im Laborbereich) aufgrund der Vertragsstrukturen für die Krankenversicherungsträger eingeschränkt. Eine Messung der Ergebnisqualität fand nicht statt. Ein Konzept zur Steuerung der Patientenströme lag nicht vor. Zwischen den Krankenversicherungsträgern bestanden erhebliche Unterschiede (z.B. hinsichtlich der Facharztdichte, bei Degressionsregelungen oder bei Kostenbeteiligungen).

Im Heilmittelbereich verzichteten die Krankenversicherungsträger im Rahmen-Pharmavertrag im Gegenzug für eine pauschale Zahlung von jährlich rd. 18,22 Mio. EUR jährlich auf wesentliche Möglichkeiten zur Effizienzsteigerung. Angesichts der günstigen Entwicklung in den Jahren 2009 bis 2013 wurden die im Kassensanierungspaket 2009 geplanten Maßnahmen überwiegend nicht umgesetzt. Eine Strategie hinsichtlich der Herausforderungen im hochpreisigen Segment der Originalpräparate fehlte.

Die trägerübergreifende Steuerung der Verwaltungskosten war weitgehend ungeeignet: Sie betraf nur einen Teil der maßgeblichen Kosten, orientierte sich ohne analytische Bewertung an historischen Referenzen und betrachtete lediglich Input-Faktoren ohne Berücksichtigung angestrebter Outputs oder Wirkungen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) sowie beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und beim BMG war die Beurteilung von Steuerungsmaßnahmen in den Bereichen ärztliche Hilfe, Heilmittel, Krankengeld und Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand. (TZ 1)

Zeitgleich und inhaltlich ergänzend zur gegenständlichen Gebarungsüberprüfung führte der RH eine Prüfung zum Thema „Instrumente der finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ durch. Das Ergebnis dieser Prüfung wurde zeitgleich im Bericht Bund 2016/3 veröffentlicht. (TZ 1)

Identifikation maßgeblicher Steuerungsbereiche

Vier Positionen – die Beitragseinnahmen mit 84 % der Gesamterträge sowie die ärztliche Hilfe, die Heilmittel und die Anstaltspflege mit zusammen 73 % der Gesamtaufwendungen – hatten einen dominierenden Einfluss auf die Gebarung der Krankenversicherungsträger. (TZ 2)

Die finanzielle Lage der Krankenversicherungsträger hing einerseits von Positionen ab, bei denen die Krankenversicherungsträger selbst wesentliche Einflussmöglichkeiten hatten (insbesondere ärztliche Hilfe und Heilmittel). Andererseits waren aber auch Positionen maßgeblich, bei denen externe Entwicklung (z.B. Konjunktur) bzw. Maßnahmen anderer Akteure (z.B. Festlegung von Beitragssätzen durch den Bundesgesetzgeber) überwogen. Dies betraf insbesondere die Anstaltspflege und die Beiträge. Zu Letzterem war darauf hinzuweisen, dass z.B. die Steigerung der Beitragseinnahmen im Überprüfungszeitraum 2009 bis 2013 mit rd. 3,1 % deutlich niedriger war als im Zeitraum 2004 bis 2008 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. (TZ 3)

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

Auch eine Analyse der Ursachen der unterschiedlichen finanziellen Entwicklung zwischen der StGKK, der WGKK und der BVA zeigte, dass die Bereiche ärztliche Hilfe und Heilmittel von grundsätzlicher Bedeutung für die operative Steuerung waren. (TZ 4)

Der RH stellt daher im Folgenden die Steuerungsbereiche ärztliche Hilfe und Heilmittel dar sowie das Krankengeld, das sich besonders dynamisch entwickelte, und den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand, der in der alleinigen Verantwortung der Träger selbst lag. (TZ 3)

Ärztliche Hilfe

Überblick

Der Bereich der ärztlichen Hilfe war aus mehreren Gründen von entscheidender Bedeutung für die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger: (TZ 5)

- aufgrund des hohen Gebarungsvolumens von rd. 3,8 Mrd. EUR bzw. 25 % der Gesamtausgaben;
- aufgrund des Umstandes, dass die Steigerungsraten 2009 bis 2013 nicht auf das im Kassensanierungspaket 2009 angestrebte Niveau (im Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2013: 2,1 %) reduziert werden konnten; sie lagen im Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2013 bei 3 %;
- aufgrund der im Benchmarking aufgezeigten Unterschiede zwischen den Trägern – im Jahr 2013 gab die WGKK rd. 88 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für ärztliche Hilfe aus als die StGKK, die Aufwendungen der BVA lagen höher als die der WGKK –, die darauf hindeuteten, dass die unterschiedlichen Vorgehensweisen einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen einer nachhaltigen Finanzierung leisteten;
- 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; 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 abrechen-

Kurzfassung

baren Leistungen und der Tarife, der Qualitätssicherung und durch Maßnahmen zur Patientensteuerung).

Datenlage zur Steuerung

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. 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 war dadurch nicht ausreichend gegeben. Dies war umso kritischer, als die Träger zentrale Steuerungsaufgaben – etwa die Verhandlung über Preise und die Angebotsstruktur – ohne entsprechende Daten nicht sachgerecht wahrnehmen konnten. Auch hatte das Kassensanierungspaket 2009 den Grundsatz „Transparenz schafft Verantwortung“ hervorgehoben und gehörte ein Kennzahlenvergleich im Leistungsbereich zu den gesetzlichen Aufgaben des Hauptverbands; ein Benchmarking wurde im Jahr 2010 in § 32h ASVG ausdrücklich gesetzlich geregelt und 2013 verstärkt. (TZ 15, 16)

Die unzureichende Transparenz lag im Einzelnen an folgenden Faktoren:

- Über wesentliche Teile der Aufwendungen, die im Rahmen der Fremdkassenabrechnung verrechnet wurden, hatten die Träger, die letztlich die Kosten trugen, keine Informationen zu den genauen Leistungen und den betroffenen Patienten. Entgegen der Empfehlung des RH aus dem Jahr 2008 war dies noch nicht verbessert worden. (TZ 6)
- Eine Zuordnung der Leistungen zu standardisierten Diagnosen erfolgte entgegen der Empfehlung des RH aus dem Jahr 2008 nicht. So war es den Trägern nicht möglich, die Angemessenheit der Leistungen zu beurteilen. (TZ 7)
- Eine gemeinsame Analyse mit Daten zum spitalsambulanten Bereich war immer noch nicht möglich. (TZ 8)
- Ein systematischer Überblick über die Aufwendungen je Fachrichtung fehlte, da kein Vergleich über unterschiedliche Rechtsformen der Anbieter hinaus erfolgte. (TZ 9)



Kurzfassung

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

- 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. (TZ 10)
- Die durchgeführten Analysen wurden nicht dazu verwendet, aus dem Benchmarking klare Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten. (TZ 11)
- Leistungen der ärztlichen Hilfe wurden entgegen einer Empfehlung des RH aus dem Jahr 2008 weiterhin auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten vergütet. (TZ 12)
- Die Ärztekostenstatistik – sie enthielt Fallzahlen und Umsätze der Vertragsärzte, gegliedert nach Fachrichtungen und bezogen auf Kassen – wies zum Teil gravierende Fehler auf. In der Steiermark fehlten mehr als 200.000 Fälle. (TZ 13, 9)
- 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. (TZ 14)

Aufwand je Fachrichtung

Der Vergleich der Aufwendungen je Fachgruppe zwischen StGKK, WGKK und BVA zeigte erhebliche Unterschiede auf: Die WGKK gab rd. 22 EUR je Anspruchsberechtigten weniger für Allgemeinmediziner aus als die StGKK, aber 57 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für allgemeine Fachärzte; rd. 17 EUR gab die WGKK mehr für Laborleistungen aus als die StGKK und um rd. 6 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für Psychotherapie. 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; ihre Laborausgaben lagen mit rd. 12 EUR je Anspruchsberechtigten, ihre Ausgaben für Physiotherapie mit rd. 20 EUR je Anspruchsberechtigten deutlich über jenen der WGKK. (TZ 16)

Diese Unterschiede in den Aufwendungen für ärztliche Hilfe könnten Ansatzpunkte für spezifische Steuerungsmaßnahmen geben. Dies galt einerseits im Hinblick auf die grundsätzliche Struktur der Versorgung, insbesondere das Verhältnis der Leistungen von Allge-

Kurzfassung

meinmedizinern 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. (TZ 16)

Stellenplanung bzw. Planung der Angebotsstruktur

Wesentliche Parameter für die Inanspruchnahme von Leistungen der ärztlichen Hilfe waren die Anzahl, Struktur und Verteilung der Vertragspartner. Die Krankenversicherungsträger hatten die Anzahl der Vertragsärzte sowie deren fachliche und regionale Verteilung im Einvernehmen mit der Angebotsseite (Ärztekammern) festzulegen. Die Stellenplanung war für die tatsächliche Versorgung der Bevölkerung von erheblicher Bedeutung. Dennoch war die Umsetzung dafür mangelhaft: Einerseits hatte der Gesetzgeber die Flexibilisierung der Stellenplanung noch nicht abgeschlossen, andererseits hielten die Träger die bestehenden Vorgaben nicht vollständig ein. (TZ 17)

Seit der Gesundheitsreform 2005 verfolgte der Gesetzgeber das Ziel einer Flexibilisierung (dynamischer Stellenplan, Orientierung am Regionalen Strukturplan Gesundheit), diese war jedoch bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht umgesetzt. Die Vorgabe einer Orientierung am Regionalen Strukturplan Gesundheit war für sich genommen nicht geeignet, den Krankenversicherungsträgern die umfassende Gestaltung der Angebotsstruktur zu ermöglichen. (TZ 17)

Keiner der drei überprüften Träger hatte die Vorgaben für die Stellenplanung vollständig umgesetzt: (TZ 17)

- 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 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

**Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung**

die Fachrichtungen entsprach nicht vollständig dem Regionalen Strukturplan Gesundheit.

- Ein „dynamischer Stellenplan“ im Sinne einer automatischen Anpassung an veränderte Rahmenbedingungen war bei keinem der drei Träger umgesetzt.

Die WGKK nutzte – bei insgesamt etwa gleicher Ärztedichte wie die StGKK – eine insgesamt teurere Angebotsstruktur für die Versorgung (insbesondere durch eine höhere Anzahl der allgemeinen Fachärzte) als die StGKK: Der Aufwand je Fall lag bei allgemeinen Fachärzten rd. 40 % (StGKK) bzw. rd. 50 % (WGKK) höher als bei Ärzten für Allgemeinmedizin; bei der StGKK hatte ein Allgemeinmediziner um 34 % weniger, ein allgemeiner Facharzt um 26 % mehr Personen zu betreuen als bei der WGKK. Darin lag ein wesentlicher Grund für die höheren Aufwendungen je Anspruchsberechtigten und damit für die ungünstige finanzielle Lage. (TZ 18)

Die WGKK hatte kein Optimierungskonzept der Versorgungsstruktur und auch hinsichtlich der Neugestaltung der Versorgung durch die Primärversorgungszentren lag kein Konzept vor (Business Case über die Kostenfolgen oder Roll-out-Plan), wie dies zu einer finanziellen Verbesserung beitragen sollte. (TZ 18)

Es lag kein trägerübergreifendes Konzept zu wesentlichen strategischen Fragen im Wahlarztbereich vor, wie z.B. dem Umgang mit Rezepturrechten, Bescheinigungen der Arbeitsunfähigkeit oder der Befugnis von Wahlärzten, Überweisungen zu technischen Fachrichtungen vorzunehmen. (TZ 18)

Obwohl 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 Kostendämpfung im Bereich der ärztlichen Hilfe eine grundlegende Komponente war, waren die Fortschritte in diesen Bereichen noch wenig überzeugend: 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 Synergieabschlüssen verzichtet. (TZ 19)

Kurzfassung

Tarifverhandlungen

Auch die Verhandlung der Tarife für ärztliche Leistungen war eine wesentliche Aufgabe der Krankenversicherungsträger. Die trotz einer Empfehlung des RH aus dem Jahr 2008 und der Ziele des Minister-rats 2009 weiterhin bestehende Aufsplitterung der Kompetenz zur Verhandlung der Verträge einerseits und zu ihrem Abschluss andererseits führte dazu, dass der verhandelnde Träger weiterhin nicht die Verantwortung zum Vertragsabschluss übernahm. Die angestrebte Stärkung der strategischen Rolle des Hauptverbands war aus dem Verhandlungsgeschehen der überprüften Träger nicht ersichtlich. Erhebliche 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. (TZ 20, 3)

Die WGKK verzeichnete trotz niedriger Honorarabschlüsse aufgrund von erhöhten Frequenzen die stärkste Aufwandssteigerung. Diese Mengensteigerung war nicht allein durch die Entwicklung der Anzahl der Anspruchsberechtigten erklärbar. Aufgrund der Vergütung von Einzelleistungen ohne Degressionen oder Deckelungen lag das Risiko einer erhöhten Frequenz ausschließlich bei der WGKK. Diese hatte jedoch weniger Möglichkeiten zur Steuerung der Einzelleistungen als die Ärzteschaft. Demgegenüber milderte die StGKK durch eine entsprechende Degressionsregelung das Frequenzrisiko. Die BVA hatte ebenfalls nur in Ausnahmefällen Degressionsregelungen, verwies hinsichtlich der Mengensteuerung allerdings auf ihren Behandlungsbeitrag im Bereich der ärztlichen Hilfe. (TZ 21)

Die im Rahmen der Kassensanierung geplanten Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, die zur Stärkung der Position der Krankenversicherungsträger in den Vertragsverhandlungen führen sollten, wurden nur teilweise umgesetzt. 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 Zustandes. (TZ 21)

Bei der WGKK stiegen die Aufwendungen für Laborfachärzte im Prüfungszeitraum um rd. 15 Mio. EUR, während sie bei der StGKK und der BVA durch Tarifsenkungen weitgehend konstant gehalten werden konnten. Eine Kostendämpfung im Gesundheitssystem war nur dann möglich, wenn technische Fortschritte, die zu einer Senkung der Kosten der Leistungserbringung führen, auch die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung reduzierten. Obwohl ein Anbieter Leistungen zu um 40 % niedrigeren Tarifen anbot, konnte der

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

Krankenversicherungsträger ohne Zustimmung der Ärztekammer weder das Tarifniveau absenken, noch aufgrund der Zuweisung durch einzelne Ärzte die Leistungen auf die günstigeren Anbieter fokussieren. (TZ 21)

Qualitätssicherung

Ein Qualitätsmanagementsystem, das neben Strukturqualitätskriterien auch Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität umfasste, war für die Steuerung der Krankenversicherungsträger unabdingbar. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war jedoch kein umfassendes Qualitätsmanagementsystem eingerichtet: (TZ 22)

- Eine systematische Behandlung von Elementen der Prozess- und Ergebnisqualität erfolgte in der Qualitätsprüfung der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) nicht,
- das BMG nutzte die Möglichkeiten zur Vorgabe von Standards bzw. Richtlinien nicht umfassend,
- die Krankenversicherungsträger nutzten die Möglichkeit von Regelungen in den Gesamtverträgen zur Qualitätssicherung im Einzelfall nicht umfassend.

Die bisher gesetzten gesetzlichen Maßnahmen beschränkten sich auf: (TZ 22)

- die Stärkung der Krankenversicherungsträger in der Zusammensetzung der Gremien der ÖQMed,
- die Aufnahme der Kontrolle der Fortbildungsverpflichtungen in die Qualitätssicherung und
- die Vorbereitungsarbeiten für die Verknüpfung pseudonymisierter Daten zwischen dem Spitalsbereich und dem niedergelassenen Bereich.

Diese Schritte waren grundsätzlich zweckmäßig. Jedoch sollten darüber hinausgehend eine umfassende, systematische und transparente Messung von Ergebnisqualität, eine Untersuchung von Zusammenhängen dieser Ergebnisse mit Behandlungs- und Diagnoseschritten im niedergelassenen Bereich und die Nutzung von standardisierten Diagnosen und Behandlungsleitlinien oder Behandlungsrichtlinien

Kurzfassung

(Prozessqualität) wesentliche Bestandteile des künftigen Qualitätssicherungsregimes im niedergelassenen Bereich sein. 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. (TZ 22)

Patientensteuerung

Sowohl unter Kostengesichtspunkten als auch zur Versorgung der Bevölkerung und Erreichung der Gesundheitsziele konnte eine Patientensteuerung sinnvoll sein. Ein umfassendes Konzept für die Steuerung des Patientenverhaltens lag jedoch nicht vor. (TZ 23)

Neuere Formen zur Steuerung des Patientenverhaltens, wie z.B. Case Manager, Einschreibeprogramme oder Disease Management Programme waren noch nicht umfassend wirksam. (TZ 23)

Die Möglichkeiten von Kostenbeiträgen wurden in unterschiedlicher Weise eingesetzt: Für Anspruchsberechtigte der BVA galten Kostenbeiträge von 20 % der Behandlungskosten; die VAEB reduzierte im Prüfungszeitraum den für ihre Anspruchsberechtigten geltenden Selbstbehalt von 14 % auf 7 %; die Gebietskrankenkassen setzten in einzelnen Bereichen Selbstbehalte ein (z.B. für Krankentransporte). Trotz dieser unterschiedlichen Regelungen zu Kostenbeiträgen war keine trägerübergreifende Evaluierung vorgesehen. (TZ 23)

Die im ASVG vorgesehene Verordnung über Kostenbeteiligung war noch nicht erlassen. Die mit der Umsetzung beauftragte Stelle hatte Bedenken gegen die Zulässigkeit der Erlassung einer solchen Verordnung, eine legistische Klärung war bisher nicht erfolgt. (TZ 23)

Strategische Ziele der Gesundheitsreform

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. Eine – aus Kostengesichtspunkten gegebenenfalls sinnvolle – Verlagerung von Leistungen in den niederschwelligeren nie-

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung

dergelassenen Bereich setzte voraus, dass für wesentliche Bereiche im niedergelassenen Bereich (Angebotsplanung, Leistungsdefinition, Vergütungssystem, Qualitätssicherung) eine angemessene Lösung gefunden wird. Ein umfassendes Konzept dazu lag nicht vor. (TZ 24)

Zusammenfassung ärztliche Hilfe

Es bestand Handlungsbedarf sowohl beim BMG hinsichtlich der Gestaltung der rechtlichen Rahmenbedingungen als auch bei den Krankenversicherungsträgern hinsichtlich der Umsetzung der bereits existierenden Vorgaben: (TZ 25)

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 Tarifikalkulation
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

Heilmittel Überblick

Die Entwicklung des Heilmittelaufwands war aufgrund des Gebärungsumfangs (rd. 3,031 Mrd. EUR im Jahr 2013 für alle Krankenversicherungsträger) für die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger von entscheidender Bedeutung. Eine gesamthafte Analyse zur unterschiedlichen Entwicklung, insbesondere der Preis- und der Mengenentwicklung sowie der Ursachen für die unterschiedliche Entwicklung der einzelnen Träger, lag dennoch nicht vor. Dies obwohl zwischen 2009 und 2013 die jährliche Steigerung

Kurzfassung

des Aufwands für Heilmittel mit rd. 2 % deutlich geringer war als zwischen 1999 und 2008 (rd. 6 %) und 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. Für die Jahre 2014 bis 2017 lagen die Prognosen wieder bei rd. 6 %. (TZ 26)

Es war Aufgabe des Hauptverbands nach § 31 Abs. 3 Z 14 ASVG, Kennzahlen zu Leistungspositionen der Krankenversicherung zu definieren sowie Vergleiche durchzuführen. Eine Preis- und Mengenanalyse und ein entsprechendes Trägerbenchmarking waren 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. (TZ 26)

Rechtliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten

Für den Aufwand der Heilmittel waren 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. Die Krankenversicherungsträger koordinierten sich zwar im Heilmittelbereich, z.B. in einer Arbeitsgruppe Medikamente oder in Vorbereitungsgruppen für die Heilmittellevaluierungskommission und für die Medikamentenkommission. Eine institutionalisierte Zusammenarbeit mit dem BMG bzw. mit anderen Staaten, etwa zum gemeinsamen Einkauf, war jedoch nicht eingerichtet. (TZ 27)

Gesetzlicher Rabatt und Rahmen-Pharmavertrag

2003 normierte der Gesetzgeber – ähnlich wie z.B. in Deutschland oder Italien – einen gesetzlichen Rabatt (2 %) auf Heilmittel, um die Ausgabensteigerung zu stabilisieren, weil eine dauerhafte Steigerung der Heilmittelpreise über der Beitragssteigerung nicht nachhaltig finanzierbar war. Nach einem Rechtsstreit beim VfGH wurde diese Regelung durch einen „Rahmen-Pharmavertrag“ ersetzt. Nachdrücklich war zu kritisieren, dass im Rahmen-Pharmavertrag gleichsam als Gegenleistung für die vertragliche Zusage von jährlich

**Ausgewählte Steuerungsgebiete in der
Krankenversicherung**

rd. 18,22 Mio. EUR auf eine zu Lasten der Pharmafirmen wirkende Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen verzichtet wurde. Diese Vereinbarung war eine wesentliche Einschränkung der Möglichkeiten der Krankenversicherungsträger, eine ökonomische Vorgehensweise zu forcieren. Dies war umso kritischer, als eine Auswertung des Hauptverbands bei vollständiger Ökonomisierung der Verschreibungen 2015 (unter der Annahme der gleichen Mengen und Wirkstoffe) ein Kostenreduktionspotenzial von rd. 138 Mio. EUR je Halbjahr auswies. (TZ 28, 30)

Auch die Rückzahlungsvereinbarung im Rahmen-Pharmavertrag, wonach bei Auflösung des Vertrags infolge von Maßnahmen zu Lasten der pharmazeutischen Unternehmen der Hauptverband die geleisteten Zahlungen zurückzuzahlen hatte, war zu kritisieren. (TZ 28)

Preisgestaltung

Die Preiskomponente spielte bei der Entwicklung der Heilmittelkosten eine wesentliche Rolle. Die Regelung des Erstattungskodex leistete durch die verpflichtende Preissenkung bei Generika einen wesentlichen Beitrag zur Eindämmung der Heilmittelkosten. Es bestanden jedoch Mängel in der Umsetzung der bestehenden Steuerungsmöglichkeiten: Die Ermittlung der EU-Durchschnittspreise – diese durften nach der Regelung des Erstattungskodex nicht überschritten werden – war teilweise mangelhaft (Verwendung von Listenpreisen, unvollständige Erhebung, keine regelmäßige Nachprüfung). Der Hauptverband verzichtete auf die Möglichkeit zur Ausschreibung. Die Maßnahmen zur Reduzierung von Preisunterschieden für idente Wirkstoffe bzw. Wirkstoffgruppen durch den Hauptverband erfolgten nur nach Maßgabe der verbleibenden Ressourcen. (TZ 29, 30)

Eine quantifizierte Einschätzung der Potenziale der einzelnen Steuerungsmaßnahmen fehlte, daher konnte auch keine sachgerechte Priorisierung erfolgen. Es bestand insbesondere keine analytische Grundlage, um einzuschätzen, ob der Verzicht auf gesetzliche Maßnahmen im Rahmen-Pharmavertrag mit den dort vereinbarten jährlichen rd. 18,22 Mio. EUR angemessen abgegolten wurde. Wiederholt war darauf hinzuweisen, dass eine Auswertung des Hauptverbands rechnerisch ein Kostenreduktionspotenzial von bis zu 138 Mio. EUR je Halbjahr auswies. (TZ 30)

Kurzfassung

Eine Überarbeitung der rechtlichen Rahmenbedingungen war geboten, um zusätzliche Ökonomiepotenziale zu nutzen: Für die Generikaregelung im Erstattungskodex war nach geltendem Recht ab dem vierten Generikum in einer Wirkstoffgruppe lediglich eine fixe Preissenkung von 10 Cent vorgesehen. Dadurch wurden nicht alle Möglichkeiten zur Preisoptimierung ausgeschöpft. Auch die Einführung eines Referenzpreismodells oder die Ermöglichung oder Verschreibung von Aut-idem-Regelungen erfolgte entgegen den in Europa üblichen Regelungen nicht. (TZ 30)

Für den steigenden Anteil von Heilmitteln außerhalb des Erstattungskodex bestand keine Strategie zur Nutzung der Möglichkeiten einer Preisregulierung (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.). (TZ 31)

Rund 26 % des Heilmittelaufwands bzw. rd. 720 Mio. EUR im Jahr 2014 gingen an den Vertrieb (Großhandel und Apotheken). 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. Im Jahr 2009 war eine Senkung der Vertriebsspannen als Maßnahme zur Kassensanierung vorgesehen, die Umsetzung unterblieb jedoch. (TZ 32)

Hinsichtlich der Vertriebsspannen war nicht einsichtig, warum für den Großhandel bei teuren Medikamenten ein Fixbetrag galt, für Apotheken aber ein Prozentsatz der Kosten. Ebenfalls nicht nachvollziehbar waren die unterschiedlichen Großhandelsspannen in Abhängigkeit von der Einordnung im grünen, gelben oder roten Bereich des Erstattungskodex. (TZ 32)

Behandlungsökonomie durch die Krankenversicherungsträger

Die Krankenversicherungsträger und der Hauptverband setzten Maßnahmen zur Erreichung einer ökonomischen Verschreibweise im Einzelfall. Hervorzuheben waren dabei insbesondere die Entwicklung des Ökotools (das für den Einsatz bei verschreibenden Ärzten das aktuell günstigste Heilmittel mit bestimmten Wirkstoffen identifizierte), 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 Maß-

Ausgewählte Steuerungsgebiete in der Krankenversicherung

nahmencontrollings sowie die Bemühungen sowohl bei der StGKK als auch bei der WGKK um eine zeitnahe Information und Beratung der Vertragspartner über Ökonomiepotenziale bei der Heilmittelverschreibung. (TZ 33)

Allerdings war entgegen der Zielsetzung des Kassensanierungspakets 2009 kein Soll-Prozess für die Maßnahmen zur Heilmittelökonomie entwickelt worden und hatte die StGKK die verbindliche Nutzung des Ökotools im Gesamtvertrag noch nicht vereinbart. Auch war die nach ASVG vorgesehene Richtlinie (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) noch nicht erlassen. Es blieb somit letztlich unklar, wann eine Verletzung des Ökonomiegebots konkret vorlag und wie diese zu ermitteln war. (TZ 33)

Auch eine monetäre Zielvorgabe für die Maßnahmen der Behandlungsökonomie der einzelnen Träger fehlte, die StGKK und die BVA führten keine quantifizierte Bewertung der Erfolge ihrer Maßnahmen durch. Dadurch fehlte 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, auf noch nicht vollständige Wirksamkeit der Maßnahmen der Träger oder auf noch nicht durch Maßnahmen abgedeckte Bereiche zurückging. (TZ 33)

Eine Analyse der tatsächlichen Unterschiede zwischen den Trägern könnte Hinweise für auch andere Steuerungsgebiete geben, z.B. für den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen (hinsichtlich der unterschiedlichen Verteilung von HIV- und Suchtkranken) oder für die Patientensteuerung der ärztlichen Hilfe durch Kostenbeteiligungen. (TZ 33)

Patientensteuerung

Eine Einbeziehung der Patienten in die Bemühungen für eine ökonomische Verschreibeweise war wesentlich. Entgegen dem Kassensanierungspaket 2009 und dem Ministerratsvortrag 2009, die eine Einbeziehung der Patienten in die ökonomische Verschreibung durch eine günstigere Rezeptgebühr bei Generika vorgesehen hatten, wurde diese Maßnahme nicht umgesetzt. Die leitenden Angestellten hat-

Kurzfassung

ten beschlossen, das Projekt nicht weiter zu verfolgen, dies, obwohl Ärztekammer und Hauptverband eine differenzierte Rezeptgebühr ausdrücklich begrüßt hatten. Damit wurde die einzige substantielle Planung für eine Einbeziehung der Patienten in die Bemühungen für eine ökonomische Verschreibweise ohne Alternativvorschlag und Bericht an den Ministerrat beendet. Lediglich die VAEB traf entsprechende Maßnahmen, die sie als erfolgreich bewertete. (TZ 34)

Ein trägerübergreifendes Konzept zur Einbindung der Patienten in die ökonomische Verschreibweise lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor. (TZ 34)

Steuerungsmaßnahmen

Die Auswahl der Steuerungsmaßnahmen im Kassensanierungspaket 2009 war nur bedingt ausgewogen: Der Hauptverband (der sich diesbezüglich mit der Pharmawirtschaft abzustimmen hatte) legte einen deutlichen Fokus auf die ökonomische Verschreibweise durch die Ärzte; die Preisbildung selbst war weitgehend ausgeklammert. Aufgrund der Regelung des Rahmen-Pharmavertrags wurde auf grundlegende Änderungen (wie etwa eine Aut-idem- oder eine Festpreisregelung) ebenso verzichtet wie auf eine Senkung der Spannen für Großhandel und Apotheken. (TZ 35)

Von den 13 Maßnahmen des Kassensanierungspakets 2009 zur Kostendämpfung im Heilmittelbereich waren nur sieben teilweise umgesetzt, sechs gar nicht. Dies konnte in einer Phase stärkerer Innovationen oder sonst steigender Heilmittelkosten zu erheblichen Problemen führen, da die genannten Maßnahmen teilweise Voraussetzung für eine nachhaltige Kostendämpfung waren. (TZ 35)

In der Berichterstattung über die Umsetzung des Kassensanierungspakets war die mangelhafte Umsetzung der 13 Maßnahmen nicht klar ausgewiesen, weil die Entwicklung der Heilmittelausgaben ohnehin positiv verlief. Ein Maßnahmencontrolling zu den 13 Maßnahmen bzw. eine Berichterstattung an den Ministerrat erfolgte nicht. (TZ 35)

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag zur Gesundheitsreform 2012 sah vor, durch die Maßnahmen der Gesundheitsreform im Zeitraum 2012 bis 2014 eine Kostendämpfung von rd. 943 Mio. EUR im niedergelegenen Bereich bei Heilmitteln zu erreichen. Die Gesundheitsreform sprach im Heilmittelbereich 2012 nur die sektorenübergreifende Optimierung (zwischen intra- und extramuralem Bereich) an.

**Ausgewählte Steuerungsgebiete in der
Krankenversicherung**

Diese war ein wesentlicher Faktor in der Nutzung von Kostendämpfungspotenzialen im Heilmittelbereich, aber zur Kostendämpfung waren auch weitere Maßnahmen (z.B. zur Preisgestaltung) erforderlich. (TZ 36)

Wie schon im Kassensanierungspaket 2009 blieb auch in der Gesundheitsreform 2012 unklar, welche Maßnahmen in welchem Umfang zu dem erheblichen Kostendämpfungspotenzial im Heilmittelbereich (943 Mio. EUR) beitragen sollten; eine Zuordnung der Kostendämpfungspotenziale zu konkreten Maßnahmen erfolgte nicht. Dies erschwerte eine Priorisierung und ein Controlling der Zielerreichung. (TZ 36)

Hinsichtlich der Umsetzung der Gesundheitsreform 2012 war positiv, dass das KAKuG die Verbindlichkeit der ökonomischen Verschreibweise festschrieb, weiters die Bereitstellung des Ökotools an die Krankenanstalten, die Einrichtung der Medikamentenkommission sowie die Beratungsleistungen der StGKK und der WGKK in den Spitälern und die Teilnahme der Träger an den Arzneimittelkommissionen der Spitäler. (TZ 36)

Allerdings war die bisherige Umsetzung der Maßnahmen der Gesundheitsreform im Heilmittelbereich in wesentlichen Bereichen noch unvollständig: Die Integration des Ökotools in die Krankenanstalten war noch nicht abgeschlossen. Die Medikamentenkommission konstituierte sich mit Verspätung und erstellte bis Ende 2014 noch keine Empfehlungen an die Bundeszielsteuerungskommission. (TZ 36)

Eine quantitative Zielvorgabe für konkrete Steuerungsmaßnahmen im Bereich der Heilmittel in der Balanced Scorecard (BSC) war nur beim Hauptverband (30 Mio. EUR im Zeitraum 2010 bis 2014 aus Preisverhandlungen im Erstattungskodex) vorhanden, nicht aber bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern (hinsichtlich der Behandlungsökonomie). (TZ 37)

Auch im Bereich des Hauptverbands waren hinsichtlich der Zielvorgaben und der Ergebnismessung Verbesserungen nötig: Die Zielvorgaben wurden ohne Bezug auf die maßgeblichen Einflussgrößen (z.B. Anzahl der Neuzulassungen oder Generika) definiert und blieben über die Jahre gleich, obwohl sie mehrmals um ein Vielfaches überschritten wurden (z.B. im Jahr 2012: 113,00 Mio. EUR). Die Evaluierung der Zielerreichung war nur bedingt geeignet, da auch freiwillige Preissenkungen inkludiert waren und die Methodik der Bewertung nicht ausgereift war. Dies zeigte sich darin, dass die

Kurzfassung

aus Anlass der Gebarungsüberprüfung vom Hauptverband erstellte Auswertung zu gänzlich anderen Ergebnissen führte, z.B. für das Jahr 2013 Einsparungen von 209,47 Mio. EUR statt der ursprünglich ausgewiesenen 97,42 Mio. EUR. (TZ 37)

Zusammenfassung Heilmittel

In der Steuerung im Heilmittelbereich bestanden folgende Mängel: (TZ 38)

- Das Verständnis der Gesamtentwicklung war insbesondere im Hinblick auf die Unterschiede zwischen den Krankenversicherungsträgern und die veränderte Mengenentwicklung zur Steuerung noch nicht ausreichend.
- Der Verzicht auf gesetzliche Maßnahmen im Austausch für einen finanziellen Beitrag der Vertriebspartner war nicht angemessen.
- Der Regelkreis der Steuerung über quantifizierte Zielvorgaben und eine klare Ergebnismessung war in mehreren Bereichen (Preisverhandlungen, Behandlungsökonomie) noch nicht ausreichend eingerichtet. Dies erschwerte die Priorisierung von Maßnahmen und das Controlling der Umsetzungserfolge.
- Die Möglichkeiten, auf die Preisgestaltung Einfluss zu nehmen, waren nicht umfassend ausgeschöpft. Dies zeigte sich z.B. im Verzicht auf Ausschreibungen oder in Mängeln bei der Ermittlung der EU-Durchschnittspreise sowie im Bereich der Vertriebsspannen.
- Ein Konzept zur Einbeziehung der Patienten in die ökonomische Verschreibweise fehlte.
- Von den 13 Maßnahmen des Kassensanierungspakets 2009 waren sieben nur teilweise, sechs gar nicht umgesetzt. Ein Maßnahmencontrolling war nicht erfolgt.
- Bei den Bemühungen der Gesundheitsreform 2012 zeigten sich Verzögerungen, insbesondere in der Umsetzung des Ökotools in den Spitälern und in der Arbeit der Medikamentenkommission.

Angesichts der erneut stark steigenden Heilmittelaufwendungen und des Auslaufens des Rahmen-Pharmavertrags war es erforderlich, eine grundsätzliche Strategie zur Steuerung der Heilmittel-

Ausgewählte Steuerungsgebiete in der Krankenversicherung

telaufwendungen zu erarbeiten mit folgenden wesentlichen Eckpunkten: (TZ 38)

- möglichst umfassende Nutzung der verfügbaren Daten,
- Steuerung der Preisbildung,
- konsequente Umsetzung des Ökonomiegebots bei den Heilmittel-Verschreibungen,
- Einbeziehung der Patienten in die Steuerung,
- konsequente Weiterführung der Ansätze zur sektorenübergreifenden Optimierung zwischen intra- und extramuralem Bereich.

Krankengeld

Die WGKK hatte um rd. 50 % höhere Aufwendungen pro Anspruchsberechtigten für Krankengeld als die StGKK. Die WGKK führte im Prüfungszeitraum ein Projekt durch, mit dem durch systematische Vorladung zum ärztlichen Dienst der WGKK bei bestimmten Arbeitslosen die Zahl der Krankenstandstage und der Krankengeldaufwendungen im Projektzeitraum um rd. 50 % reduziert wurde. Ein umfassendes Konzept, wie dieser Erfolg in den Regelbetrieb überführt und das Optimierungspotenzial im Bereich Krankengeld insgesamt realisiert werden sollte, lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor. (TZ 39)

Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

Die Verwaltungskosten der Sozialversicherung betrugen laut Kostenrechnung im Jahr 2013 rd. 1,611 Mrd. EUR; der im Rechnungsabschluss ausgewiesene Verwaltungsaufwand belief sich auf rd. 1,129 Mrd. EUR. Auf die Krankenversicherung entfielen dabei vor Abzug von Vergütungen rd. 742,27 Mio. EUR, nach Abzug von Vergütungen rd. 440,73 Mio. EUR. (TZ 40)

Es war sinnvoll, in das Zielsteuerungssystem der Sozialversicherung auch die Position des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands einzubeziehen. Jedoch bestanden wesentliche Mängel bei den trägerübergreifenden Steuerungsmechanismen: (TZ 40)

- Der „Verwaltungskostendeckel“ bezog sich nicht auf die rd. 1,611 Mrd. EUR Verwaltungskosten laut Kostenrechnung, sondern lediglich auf den mit rd. 1,129 Mrd. EUR deutlich geringeren Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand laut Rechnungsabschluss.

Kurzfassung

- Konkrete Vorgaben zum Output der Verwaltungstätigkeit fehlten: Eine verstärkte Tätigkeit des Trägers konnte zu höheren Kosten, aber auch zu höherem Nutzen führen. Die Höhe der Ausgaben für Verwaltung war für sich genommen kein Maß für Verwaltungseffizienz, da die Ausgaben zu einer Outputgröße in Bezug gesetzt werden müssten.

Der Verwaltungskostendeckel war seit dem Jahr 2012 nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern Teil des Zielsteuerungssystems der Sozialversicherungsträger. Seither hatte daher die Selbstverwaltung in Eigenverantwortung den effizienten Mitteleinsatz zu steuern. Die gewählte Lösung war jedoch nicht effektiv: (TZ 41)

- Als Obergrenze schrieben die Sozialversicherungsträger nur historische Werte fort. Dies konnte nicht ersetzen, dass die Träger untereinander die tatsächliche Entwicklung, etwaige Überstände oder Fehlbedarfe analysierten und Sollvorgaben entwickelten.
- Die pauschale Zurechnung von 0,4 % der Beitragseinnahmen zur Ausgabenobergrenze führte dazu, dass die überprüften Träger in der Regel eine Reserve von rd. 10 % der Verwaltungsaufwendungen hatten und daher keine konkrete Steuerungswirkung der Obergrenze eintrat.
- Das Reporting bezüglich der Verwaltungskostenziele umfasste nur die Einhaltung des Deckels, aber nicht die tatsächliche Höhe und Entwicklung der Verwaltungskosten.

Sowohl je Anspruchsberechtigten als auch in der Entwicklung von 2009 bis 2013 bestanden zwischen den drei überprüften Trägern erhebliche Unterschiede im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand: Die StGKK wies mit rd. 30,72 EUR den niedrigsten Verrechnungs- und Verwaltungsaufwand je Anspruchsberechtigten aller neun Gebietskrankenkassen auf, bei der WGKK betrug er rd. 44,78 EUR, bei der BVA rd. 75,51 EUR. Während er bei der StGKK 2009 bis 2013 um rd. 16 % sank, stieg er bei der WGKK um rd. 9 % und bei der BVA um rd. 13 %. Die Träger mit höherem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand nannten eine Reihe von Gründen für die Unterschiede. Diese konnten jedoch die unterschiedliche Entwicklung im Zeitverlauf nicht erklären. (TZ 41)

Die ursprünglich im Kassensanierungspaket vorgesehenen Kostendämpfungsziele von 45 Mio. EUR für den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand wurden 2010 nicht in die BSC-Ziele aufgenommen. Über Aufforderung des BMF und des BMG begannen die

**Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung**

Träger bestimmte Projekte zur Erreichung von Synergien zwischen den Trägern, das Einsparungsziel von 45 Mio. EUR wurde jedoch nicht systematisch verfolgt; quantifizierte Ziele wurden nur für 14 Mio. EUR formuliert. Mehrere Projekte (z.B. die Analyse des Vertrauensärztlichen Dienstes) endeten ohne konkrete finanzielle Ergebnisse. (TZ 42)

Im Bereich der Rechenzentren gelang eine Konsolidierung. Zu beanstanden war jedoch die rund zehnjährige Dauer dieses Projekts und die dadurch verlorenen Kostendämpfungspotenziale. (TZ 42)

**Sonstige
Feststellungen**

Die BVA beschäftigte seit 2009 entgegen der gesetzlichen Vorgabe de facto einen zweiten Generaldirektor-Stellvertreter. Dies verursachte monatliche Mehrkosten von rd. 1.800 EUR. (TZ 43)

Die Einsetzung eines zweiten Generaldirektor-Stellvertreters erfolgte unter Umgehung der gesetzlich geregelten Rahmenbedingungen im Wege einer Verwendungszulage, somit ohne Vorstandsbeschluss, ohne Beteiligung der Aufsichtsbehörde, außerhalb des Dienstpostenplans und außerhalb der Genehmigungspflicht durch den Hauptverband. (TZ 43)

Kenndaten zu ausgewählten Steuerungsbereichen in der Krankenversicherung

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2009 bis 2014
	in Mio. EUR						in %
Summe aller Krankenversicherungsträger							
Summe der Beitragseinnahmen	11.649,53	11.923,55	12.318,23	12.739,15	13.199,51	13.634,36	17
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	3.430,38	3.469,53	3.572,17	3.684,13	3.855,98	3.946,64	15
Heilmittel	2.839,52	2.865,24	2.929,08	3.004,95	3.030,75	3.193,68	12
Krankengeld	508,58	531,07	561,34	579,67	626,44	673,54	32
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	401,34	408,95	414,91	430,37	440,73	446,35	11
Wiener Gebietskrankenkasse							
Summe der Beitragseinnahmen	2.095,69	2.141,51	2.209,93	2.288,93	2.377,56	2.442,06	17
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	679,13	689,29	710,20	735,99	774,52	790,29	16
Heilmittel	549,21	562,16	582,64	598,82	599,70	633,68	15
Krankengeld	126,17	134,61	143,37	150,56	160,76	176,31	40
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	61,17	64,60	67,69	68,78	71,12	69,53	14
Steiermärkische Gebietskrankenkasse							
Summe der Beitragseinnahmen	1.116,41	1.151,15	1.194,01	1.253,21	1.306,94	1.343,22	20
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	339,21	342,29	350,98	358,04	370,10	379,40	12
Heilmittel	295,17	297,69	305,53	312,54	315,02	330,79	12
Krankengeld	55,08	57,25	58,27	58,06	61,93	64,73	18
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	32,67	31,04	29,72	29,13	28,40	27,97	- 14
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter							
Summe der Beitragseinnahmen	1.300,25	1.342,57	1.382,15	1.369,14	1.415,96	1.471,77	13
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	368,41	378,27	383,56	393,76	415,36	417,25	13
Heilmittel	238,38	239,07	240,91	247,29	246,61	260,34	9
Krankengeld	7,09	8,31	10,17	10,58	11,73	12,68	79
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	49,90	53,24	53,30	55,64	58,89	62,55	25

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Ausgewählte Steuerungsgebiete in der Krankenversicherung

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 (1) Der RH führte zwischen November 2014 und April 2015 eine Gebärungsüberprüfung zum Thema „Ausgewählte Steuerungsgebiete in der Krankenversicherung“ durch.

Ziel der Gebärungsüberprüfung war die Beurteilung von Steuerungsmaßnahmen in den Bereichen:

- ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (im Folgenden: ärztliche Hilfe),
- Heilmittel,
- Krankengeld und
- Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand.

Prüfungshandlungen erfolgten bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) sowie beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und beim BMG.

- (2) Soweit aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen zwischen Gebietskrankenkassen und BVA besondere Anmerkungen bzw. Bereinigungen der Vergleiche erforderlich waren, wird dies in den einzelnen TZ näher erläutert.

Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2009 bis 2013. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere Entwicklungen Bezug und zog dabei grundsätzlich den Zeitraum 2004 bis 2008 heran. Aktuellere Entwicklungen gingen insoweit in die Prüfung ein, als Maßnahmen der Gesundheitsreform 2012 mit dem Umsetzungsstand zur Zeit der Gebärungsüberprüfung berücksichtigt wurden.

- (3) Zeitlich und inhaltlich ergänzend zur gegenständlichen Gebärungsüberprüfung führte der RH eine Prüfung zum Thema „Instrumente der finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ durch. Das Ergebnis dieser Prüfung wurde zeitgleich im Bericht Bund 2016/3 veröffentlicht.

- (4) Im Zuge der Gebärungsüberprüfung wurden dem RH verschiedene Sachverhalte insbesondere betreffend Personalangelegenheiten in der BVA mitgeteilt, bei denen eine Verletzung von Rechtsvorschriften behauptet wurde. Der RH geht darauf, soweit eine Beurteilung im Laufe der gegenständlichen Gebärungsüberprüfung möglich war, in

Prüfungsablauf und -gegenstand

TZ 43 ein. Im Übrigen sind die Sachverhalte Gegenstand einer gesonderten Gebarungüberprüfung des RH.

(5) Der RH übermittelte sein Prüfungsergebnis im August 2015. Das BMASK, das BMF, das BMG sowie der Hauptverband, die StGKK, die WGKK und die BVA nahmen dazu im November bzw. Dezember 2015 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Jänner 2016.

(6) a) Das BMF nahm in seiner Stellungnahme gesamthaft die Empfehlungen des RH – insbesondere im Hinblick auf die Maastricht-Relevanz des Zweiges der Krankenversicherung – zustimmend zur Kenntnis, sah jedoch für sich keinen konkreten Handlungsauftrag.

b) Das BMASK verwies in seiner Stellungnahme allgemein auf die Zuständigkeit des BMG zur Erlassung der Rechnungsvorschriften; mit dem BMASK sei lediglich das Einvernehmen herzustellen.

c) Der Hauptverband begrüßte einleitend in seiner Stellungnahme die eingehende Auseinandersetzung mit dem Thema, stellte den vom RH festgehaltenen Änderungsbedarf auch nicht in Frage, wies allerdings darauf hin, er könne die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht gestalten.

Zahlreiche Empfehlungen des RH seien erst dann verwirklichtbar, wenn auch die jeweilige Landesvertretung damit einverstanden wäre, was jedoch nicht vorausgesetzt werden dürfe.

Wo Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens in die Kompetenz der Länder fielen, hätten Vereinfachungen, z.B. die Zusammenführung von Aufgaben bei einer einzigen Stelle, gleichzeitig mit der Finanzierung dieser Aufgaben zu erfolgen. Hier gebe es zwar Vereinbarungen, doch seien keine konkreten umfassenden Ansätze zur Verwirklichung erkennbar.

d) Gesamthaft betrachtet enthielten die Stellungnahmen der Berichtsadressaten in zahlreichen Punkten die Zustimmung zur Umsetzung der Empfehlungen des RH, verbunden mit dem Hinweis auf die Umsetzungsverantwortung anderer Stellen bzw. die Notwendigkeit eines Konsenses aller Systempartner.

(7) Diesen Stellungnahmen zur Verortung der Verantwortung hielt der RH entgegen, dass aus seiner Sicht eine rein konsensuale Weiterentwicklung der Steuerungssysteme ein äußerst aufwendiges Unterfangen war, das schon an gefestigten Interessen einer einzelnen Interessensgruppe scheitern könnte. Das bestehende System ordnete durchaus



bestimmte Verantwortungen einzelnen Akteuren zu, z.B. die Verantwortung für eine ausgeglichene Gebarung dem einzelnen Träger und die Möglichkeit zu bestimmten Vorgaben durch Verordnung und Richtlinien dem BMG bzw. dem Hauptverband. Diese Verantwortungen sollten nach Auffassung des RH konsequent genutzt werden. Wenn sich ergibt, dass die Steuerungslogik durch die Vielzahl der Akteure nicht nutzbar ist, wären institutionelle Veränderungen zu prüfen.

Zusammenfassend sollten als Reaktion auf die Interdependenzen zwischen den Systempartnern einerseits die eindeutig zugeordneten Verantwortungen aktiv wahrgenommen werden, andererseits die gemeinsamen Verantwortungen nicht zur Blockade, sondern zum Gestaltung verwendet werden. Bei Scheitern dieser Bemühungen wäre die vom RH mehrfach angesprochene Vereinfachung der Zuständigkeiten erforderlich.

Identifikation maßgeblicher Steuerungsgebiete

Wesentliche Erträge und Aufwendungen 2.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt, welche Ertrags- und Aufwandsbereiche der Krankenversicherungsträger maßgeblich für deren Ergebnis waren:

Tabelle 1: Ertrags- und Aufwandsbereiche der Krankenversicherungsträger 2013					
Erträge	in Mio. EUR	in %	Aufwendungen	in Mio. EUR	in %
Beiträge und Zuschläge	13.224,74	84	ärztliche Hilfe	3.855,98	25
Ersätze für Leistungsaufwendungen	1.279,46	8	Heilmittel	3.030,75	19
Gebühren, Kostenbeteiligungen, Behandlungsbeiträge	692,32	4	Anstaltspflege	4.524,78	29
sonstige betriebliche Erträge	178,94	1	sonstige Versicherungsleistungen	3.303,35	21
Finanzerträge	51,08	0	Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	440,73	3
a.o. Erträge	467,02	3	a.o. Aufwand, Finanzaufwand, Afa etc.	519,97	3
Summe	15.893,56	100	Summe	15.675,56	100

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Finanzstatistik Hauptverband; Darstellung RH

(2) Rund 84 % der Erträge machten die Beiträge und Zuschläge zu den Beiträgen aus. Drei Positionen – die ärztliche Hilfe, die Heilmittel und die Anstaltspflege – machten einen Großteil der Ausgaben aus (73 %).

Identifikation maßgeblicher
Steuerungsbereiche

Die übrigen Aufwandspositionen verteilten sich wie folgt auf verschiedene Positionen:

Tabelle 2: Sonstige Versicherungsleistungen der Krankenversicherungsträger 2013		
	in Mio. EUR	in % der Gesamtausgaben
Zahnbehandlung und Zahnersatz	893,87	6
Krankengeld	626,44	4
Wohngeld	439,20	3
med. Rehabilitation	378,96	2
Heilbehelfe und Hilfsmittel	245,73	2
Transportkosten	214,05	1
Sonstige	505,10	3
Summe	3.303,35	21

Quellen: Finanzstatistik Hauptverband; Darstellung RH

2.2 Der RH wies darauf hin, dass vier Positionen – die Beitragseinnahmen mit 84 % der Gesamterträge sowie die ärztliche Hilfe, die Heilmittel und die Anstaltspflege mit zusammen 73 % der Gesamtaufwendungen – einen dominierenden Einfluss auf die Gebarung der Krankenversicherungsträger hatten.

Steuerungs-
möglichkeiten

3.1 (1) Im Bereich der ärztlichen Hilfe hatten die Krankenversicherungsträger umfassende Steuerungsaufgaben: Sie hatten im Einvernehmen mit der Ärztekammer die Anzahl der vertragsärztlichen Stellen, die bezahlten Leistungen sowie die Tarife zu vereinbaren. Weiters bestanden verschiedene Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die Patienten, z.B. durch Behandlungsbeiträge oder Bewilligungspflichten.

Auch im Bereich der Heilmittel hatte die Sozialversicherung wesentliche Steuerungsaufgaben: Einerseits waren durch den Hauptverband Preisverhandlungen zu führen, andererseits durch die einzelnen Träger Maßnahmen für eine ökonomische Verschreibweise im Einzelfall zu setzen. Die Aufwendungen hingen jedoch auch von einer Vielzahl verschiedener Entscheidungen unterschiedlicher Akteure ab (siehe TZ 26 ff.). Dies betraf z.B. die Zulassung eines Heilmittels auf europäischer Ebene, die Festlegung von Vertriebsspannen durch das BMG oder die Verschreibung einzelner Heilmittel durch Ärzte im Einzelfall.