



**Der
Rechnungshof**

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe BUND 2016/3

Bericht des Rechnungshofes

**Instrumente zur finanziellen
Steuerung der
Krankenversicherung**

**Ausgewählte Steuerungs-
bereiche in der
Krankenversicherung**

**Europäischer Globalisie-
rungsfonds — Projekt
für Transportarbeiter NÖ/OÖ**

**Münze Österreich
Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung**

**via donau – Österreichische
Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH;
Follow-up-Überprüfung**

**Agrarumweltprogramm
ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung**

Rechnungshof
GZ 860.188/002-1B1/16

Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644

Fax (00 43 1) 712 49 17

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

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

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

Redaktion und Grafik: Rechnungshof

Herausgegeben:

Wien, im März 2016



gedruckt nach der Richtlinie „Druckerzeugnisse“ des Österreichischen Umweltzeichens,
Druckerei des Bundesministeriums für Finanzen, UW-Nr. 836



Bericht des Rechnungshofes

**Instrumente zur finanziellen Steuerung der
Krankenversicherung**

**Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung**

**Europäischer Globalisierungsfonds — Projekt
für Transportarbeiter NÖ/0Ö**

**Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung**

**via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung**

**Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung**

Vorbemerkungen

Vorbemerkungen

Vorlage an den Nationalrat

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei mehreren Gebarungsüberprüfungen getroffen hat.

Berichtsaufbau

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird bei Personen-, Berufs- und Funktionsbezeichnungen darauf verzichtet, jeweils die weibliche und die männliche Form zu nennen. Neutrale oder männliche Bezeichnungen beziehen somit beide Geschlechter ein.

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





Inhalt

Inhaltsverzeichnis

BMASK
BMF
BMG

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Finanzen
Gesundheit

Instrumente zur finanziellen Steuerung der
Krankenversicherung _____ 5

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung _____ 161

BMASK

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt
für Transportarbeiter NÖ/OÖ _____ 327

BMF

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Finanzen

Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung _____ 377

BMVIT

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Verkehr, Innovation und Technologie

via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung _____ 443

BMLFUW

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung _____ 471





Bericht des Rechnungshofes

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	10
Abkürzungsverzeichnis	12

BMASK
BMF
BMG

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Finanzen
Gesundheit

Instrumente zur finanziellen Steuerung der
Krankenversicherung

KURZFASSUNG	16
Prüfungsablauf und -gegenstand	40
Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Kranken- versicherungsträger	42
Gebahrungsumfang und -ergebnisse der Kranken- versicherungsträger	42
Ziele, Instrumente und Akteure der Steuerung	44
Entwicklung der Rechtsgrundlagen zur Steuerung	49
Prognoserechnungen	52
Rechtliche Vorgaben	52
Planungsmaßstab, Planungshorizont und Maßnahmen- orientierung	54
Gliederung der Prognoserechnungen	59
Höhe der Prognoseabweichungen	61

Inhalt



Allgemeine methodische Mängel	66
Fehlendes Benchmarking der Prognosegenauigkeit	70
Unterschiede im Planungsprozess	72
Nachgängige Abweichungsanalyse	76
Erläuterungen zu den Prognoserechnungen	78
Nutzung in der gesamtstaatlichen Planung	80
Zusammenfassung – Prognoserechnungen	81
Kassensanierungspaket 2009 bis 2013	83
Entstehung und Kerninhalte	83
Bundesmittel	87
Finanzziele	99
Monitoring	112
Zusammenfassung Kassensanierungspaket	117
Gesundheitsreform 2012 bis 2016	118
Entstehung und Kerninhalte	118
Ausgabenobergrenzen	120
Operationalisierung der Ausgabenobergrenzen	123
Kenngößen zur Zieldefinition	127
Monitoringprozess	132
Inhaltliche Bewertung der Zielerreichung	133
Aussagekraft der Monitoringergebnisse	133
Zusammenfassung Gesundheitsreform 2012	137



Inhalt

Interne Finanzziele_____	137
Ausgleichsfonds_____	141
Umsetzung von Empfehlungen des RH_____	141
Umsetzung der Verteilungskriterien _____	143
Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013_____	147
Ausblick _____	151
Gesamteinschätzung _____	153
Schlussempfehlungen _____	154

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Zuständigkeiten zur Steuerung im Überblick _____	47
Tabelle 2:	Gesetzliche Änderungen zur Steuerung der Krankenversicherungsträger _____	49
Tabelle 3:	Beispielhafte Darstellung der Prognoserechnungen und des Rechnungsabschlusses im Jahr 2011 _____	53
Abbildung 1:	Prognoseabweichungen Betriebsergebnis aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR) _____	62
Abbildung 2:	Prognoseabweichungen Erträge aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR) _____	63
Abbildung 3:	Prognoseabweichungen Aufwendungen aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR) _____	64
Tabelle 4:	Durchschnittliche Prognoseabweichungen 2009 bis 2013 im Trägervergleich _____	70
Tabelle 5:	Bundesmittel 2009 bis 2014 nach Träger und Grundlage (in Mio. EUR) _____	89
Tabelle 6:	Kassenstrukturfonds-Mittel 2010 bis 2014 _____	93
Abbildung 4:	Entwicklung des Reinvermögens der Krankenversicherungsträger 2004 bis 2014 _____	95
Tabelle 7:	Veränderung Reinvermögen je Krankenversicherungsträger bzw. Bundesmittel je Anspruchsberechtigten (AB) _____	97
Tabelle 8:	Steigerung Sillian-Werte und endgültige Ausgaben (alle Krankenversicherungsträger) _____	101
Abbildung 5:	„Erlaubte“ und „befürchtete“ Kostensteigerungen (alle Krankenversicherungsträger) _____	101
Tabelle 9:	Dämpfungsvolumen nach Bereichen (alle Krankenversicherungsträger) _____	104
Tabelle 10:	Gegenüberstellung Ausgabendämpfungsziele 2010 (alle Krankenversicherungsträger) _____	105

Tabellen Abbildungen

Tabelle 11:	Vergleich Sanierungskonzept mit BSC-Zielen und endgültigen Ergebnissen für das Jahr 2013 (alle Krankenversicherungsträger) _____	106
Abbildung 6:	Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; StGKK 2010 bis 2013 _____	110
Abbildung 7:	Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; WGKK 2010 bis 2013 _____	110
Tabelle 12:	Ausgabendämpfung 2010 bis 2013 laut Monitoringberichten _____	114
Tabelle 13:	Aufwandssteigerung in % (2009 auf 2013) _____	114
Tabelle 14:	Ausgabenentwicklung im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 gegenüber Vergleichsperiode 2004 bis 2008 _____	116
Tabelle 15:	Detailabgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben im Vergleich zu SHA _____	135
Tabelle 16:	Mittelverwendung im Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG _____	142
Tabelle 17:	Einzahlungen/Auszahlungen StGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013 (in Mio. EUR) _____	145
Tabelle 18:	Einzahlungen/Auszahlungen WGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013 (in Mio. EUR) _____	145
Tabelle 19:	Veränderung Reinvermögen StGKK, WGKK und BVA _____	148
Tabelle 20:	Finanzielle Lage der StGKK, der WGKK und der BVA _____	149
Tabelle 21:	Erfüllung Ausgabenobergrenzen und Bilanzergebnis 2016 _____	152

Abkürzungen



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ALVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BFRG	Bundesfinanzrahmengesetz
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BHG	Bundeshaushaltsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKA	Bundeskanzleramt
BKK	Betriebskrankenkasse
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
BZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
f./ff.	folgende
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GVR	Gebahrungsvorschaurechnung
GZ	Geschäftszahl
HVS	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Abkürzungen

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
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KOVG 1957	Kriegsopferversorgungsgesetz 1957
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
p.a.	per anno
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RV	Rechnungsvorschriften
Rz	Randziffer
S.	Seite(n)
SHA	System of Health Accounts
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SV-Träger	Sozialversicherungsträger
tlw.	teilweise
TZ	Textzahl(en)

Abkürzungen



u.a.	unter anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
UStG	Umsatzsteuergesetz
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VO	Verordnung
VPI	Verbraucherpreisindex
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
vgl.	vergleiche
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

**Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Finanzen
Gesundheit**

**Instrumente zur finanziellen Steuerung der
Krankenversicherung**

Aufgrund eines stark negativen Reinvermögens mehrerer Krankenversicherungsträger und eines stark negativen Ausblicks unterstützte der Bund die gesetzliche Krankenversicherung zwischen 2009 und 2014 mit rd. 1,302 Mrd. EUR und gab eine aufwandsseitige Konsolidierung von rd. 1,725 Mrd. EUR vor. Obwohl die Ziele dieses Sanierungspakets erfüllt wurden, sah die Gebarungsvorschau bis 2017 wieder erhebliche Abgänge voraus.

Den Instrumenten der Gebarungsvorschau fehlte trotz hohem Aufwand und hohem Detailgrad die erforderliche Glaubwürdigkeit für die Nutzung zur Steuerung. Sie war im Hinblick auf die Prognosezeiträume und den Maßstab der Planung nicht mit der mittelfristigen Haushaltsplanung der Gebietskörperschaften abgestimmt. Durch das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht lagen die Prognosen im Prüfungszeitraum immer wesentlich ungünstiger (im Zweijahreshorizont um rd. 592,07 Mio. EUR) als die endgültigen Rechnungsabschlüsse. Das BMF erstellte daher für die Instrumente der mittelfristigen Haushaltsplanung abweichende Prognosen für den Sektor Sozialversicherung.

Die 2009 für den Zeitraum bis 2013 festgelegten Finanzziele waren spätestens ab 2011 aufgrund der tatsächlichen Entwicklung nicht mehr zur Detailsteuerung der Krankenversicherungsträger geeignet. Dies galt auch für die im Jahr 2012 bis zum Jahr 2016 festgelegten Ausgabenobergrenzen. Aufgrund der im Rückblick zu hoch angesetzten Ausgabensteigerungen im „no policy change“-Szenario von 5,2 % (die vorsichtigen Schätzungen der Gebarungsvorschau hatten rd. 3,4 % angesetzt) waren auch die angesetzten Ausgaben-dämpfungen von rd. 1,372 Mrd. EUR nicht realistisch.

Dennoch wurden die Ausgabenobergrenzen unverändert in das Zielsteuerungssystem des Hauptverbands und der Krankenversicherungsträger übernommen. Diese Systeme verloren damit in wesentlichem Ausmaß ihre Wirkung als Steuerungsinstrumente.

Unabhängig davon bemühten sich die Träger um eine Sanierung. Sie erreichten auch eine Ausgabendämpfung bzw. Sanierung des Betriebsergebnisses, die insbesondere von der günstigen Entwicklung im Heilmittelbereich getragen war. Dies allerdings in unterschiedlichem Ausmaß: Nachdem sowohl die StGKK als auch die WGKK im Jahr 2009 jeweils ein negatives Betriebsergebnis von rd. – 5 % der Versicherungsleistungen aufwiesen, konnte nur die StGKK im Prüfungszeitraum ein positives Betriebsergebnis erreichen, die WGKK jedoch nicht.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung

- der Qualität der Gebarungsvorschaurechnungen bzw. des Jahresvoranschlags und der vorläufigen Erfolgsrechnung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA),
- der Eignung der Finanzziele des Kassensanierungspakets 2009 bis 2013 bzw. der Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 bis 2016 zur Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit der Krankenversicherungsträger und zu deren Steuerung sowie
- der Nachhaltigkeit der finanziellen Entwicklung der StGKK, WGKK und BVA. (TZ 1)

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



Kurzfassung

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

Der Gebarungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung machte im Jahr 2013 mit rd. 15,676 Mrd. EUR rd. 10 % des Sektors Staat nach der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung aus. Eine gezielte finanzielle Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung war schon aufgrund dieses hohen Gebarungsumfangs unabdingbar. (TZ 2)

In der Vergangenheit hatte die Verschlechterung der finanziellen Lage bei der WGKK bereits eine Gefährdung der Versorgung aus eigenen Mitteln bewirkt, während andere Träger (die BVA) Reserven von bis zu rd. 707,17 Mio. EUR aufbauten. Zwischen 2009 und 2013 flossen Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR zur Sanierung an die Krankenversicherungsträger, aber aufgrund der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung negativen Gebarungsvorschau – erwartete Verschlechterung des Bilanzergebnisses von rd. 218,00 Mio. EUR im Jahr 2013 auf rd. – 365,99 Mio. EUR im Jahr 2017 – war die Nachhaltigkeit der Finanzierung erneut nicht sichergestellt. Dies war eine Konsequenz von Mängeln in der finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger. (TZ 2)

Ziele, Instrumente und Akteure der Steuerung

Für die Gebarung der Krankenversicherungsträger galten zwei grundsätzliche Zielvorgaben: (TZ 3)

- Die Krankenversicherungsträger hatten einerseits die notwendige, angemessene und zweckmäßige Krankenbehandlung sicherzustellen.
- Andererseits sollten die Krankenversicherungsträger nicht mehr ausgeben, als sie einnahmen (Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik).

Als Instrumente der Steuerung bestand einerseits ein Regelkreis aus Zielvorgaben und Monitoring für das Gebarungsergebnis der Krankenversicherungsträger. Andererseits waren die konkreten Einnahmen und Ausgaben im Sinne dieser Vorgaben durch spezifische Maßnahmen (z.B. Erhöhung oder Senkung von Tarifen, Erweiterung oder Einschränkung der angebotenen Dienstleistungen) zu beeinflussen. (TZ 3)

Kurzfassung

Die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger stand daher vor wesentlichen Herausforderungen: (TZ 3)

- Zwischen dem gesetzlichen Versorgungsauftrag und dem programmatischen Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bestand ein Spannungsverhältnis.
- Gesamtstaatliche Zielsetzungen (z.B. Maastricht-Defizit, gesundheitspolitische Ziele) waren durch eine operative Einflussnahme auf die Einnahmen und Ausgaben umzusetzen.
- Neben den direkt beeinflussbaren Größen waren auch Steuerungsentscheidungen anderer Rechtsträger und externe Faktoren wie die Konjunkturentwicklung, die Demografie oder der technische Fortschritt zu berücksichtigen.

Sowohl die einzelnen Träger als auch der Hauptverband, das BMG, der Bundesgesetzgeber, die Länder und die EU trafen Entscheidungen, die Einfluss auf die finanzielle Lage der Krankenversicherungsträger hatten: (TZ 3)



Kurzfassung

BMASK BMF BMG

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

Zuständigkeiten zur Steuerung im Überblick					
Akteure	Gesamtziele	Erträge	Aufwendungen		
		Beiträge	ärztliche Hilfe	Heilmittel	Krankenanstalten
externe Faktoren		Demografie			
		Konjunktur		pharmazeutische Innovationen	
EU	Maastrichtsaldo als Vorgabe			Rahmenbedingungen, z.B. Transparenzrichtlinie	Rahmenbedingungen, z.B. Arbeitszeitrecht
Gesamtstaat	15a-Vereinbarung über öffentliche Gesundheitsausgaben (Ausgabenobergrenzen)		Steuerung der Leistungen zum best point of service	Koordination Krankenversicherung und Spitäler	KA-Finanzierung (15a-Vereinbarung, Finanzausgleich)
Länder	Vertragspartner bei 15a-Vereinbarungen		Mitwirkung bei Gesundheitsreform		Genehmigung Ambulatorien, Umfang Angebot
Gesetzgeber Bund	Vorgabe einnahmenorientierter Ausgabenpolitik (ausgeglichener Haushalt)	Beitragssätze, Leistungsersätze	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Gesamtvertragsrecht)	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Erstattungskodex)	Grundsatzgesetz (z.B. Anwendung der Richtlinie für ökonomische Verschreibeweise)
BMG	Zustimmung zu Finanzzielen im BMG, Vertretung des Bundes bei 15a-Vereinbarungen		Qualitätsrichtlinien	Preisregulierung, Spannen für Vertriebswege	
Hauptverband	Koordinierung der Träger, Gesamtziele im Rahmen eines Zielsteuersystems	Berechnungen/Richtlinien im Bereich Pensionen	Abschluss Gesamtverträge	Aufnahme in Erstattungskodex, Preisverhandlungen	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Krankenversicherungsträger	Verantwortung für ausgeglichenen Haushalt	Beitragsprüfung	Verhandlung Gesamtverträge	Behandlungsökonomie	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Gesamtein-schätzung Steuerungs-möglichkeit Krankenversicherung		gering	zentrale Steuerungs-aufgabe	zentrale Steuerungs-aufgabe	im Rahmen der Gesundheitsreform tlw. beeinflussbar

Quelle: RH

Kurzfassung

Daraus ergab sich eine komplexe Matrix an Akteuren und Steuerungsaufgaben. Weiters waren unterschiedliche Träger zu koordinieren und innerhalb der Träger Dienstnehmer- und Dienstgeberinteressen abzustimmen. Ein Steuerungssystem, das in diesem komplexen Bereich klare Vorgaben und Verantwortlichkeiten schuf, war daher wesentlich. (TZ 3)

Entwicklung der Rechtsgrundlagen zur Steuerung

Der Gesetzgeber hatte in den letzten zwanzig Jahren mehrfach eine Verstärkung der Steuerung der finanziellen Gebarung der Krankenversicherungsträger angestrebt. Im Zentrum der Bemühungen standen dabei folgende Themen: (TZ 4)

- Finden eines geeigneten Planungshorizonts (mittelfristige Perspektive bei höchstmöglicher Aktualität),
- Definition übergeordneter Richtungsvorgaben bei Wahrung der Eigenständigkeit der einzelnen Sozialversicherungsträger,
- Einrichtung eines unabhängigen, übergreifenden Monitorings bzw. Controllings (Ermittlung von Kennzahlen durch den Hauptverband, die Controllinggruppe bzw. eine Tochtergesellschaft der GÖG),
- Schaffung von Anreizen, um den Richtungsvorgaben auch zu folgen (Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds, bedingte Erhöhung von Beiträgen, Einrichtung eines Kassenstrukturfonds aus Bundesmitteln).

Wesentliche Elemente dieser Bemühungen scheiterten aber an einer verfassungskonformen Ausgestaltung (z.B. Zielvereinbarungen 2003) bzw. blieben erfolglos und wurden wieder zurückgenommen (z.B. Einführung und Abschaffung einer Controllinggruppe). (TZ 4)

Prognoserechnungen

Rechtliche Vorgaben

Die Krankenversicherungsträger hatten verschiedene Prognoserechnungen zu erstellen: Für das laufende Jahr waren jeweils im Februar ein Jahresvoranschlag sowie quartalsweise eine vorläufige Erfolgsrechnung zu erstellen; für zwei weitere Jahre war ab dem Jahr 2003 eine Gebarungsvorschau zu erstellen und quartalsweise zu aktualisieren. (TZ 5)

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Planungsmaßstab, Planungshorizont und Maßnahmenorientierung

Die rechtlichen Vorgaben wichen sowohl hinsichtlich des Planungsmaßstabs als auch hinsichtlich des Planungszeitraums von denen für die Gebietskörperschaften (z.B. der mittelfristigen Haushaltsplanung des Bundes) ab: Der Bund hatte „glaubwürdig und effektiv“ für vier Jahre zu planen; die Krankenversicherungsträger für drei Jahre nach dem Grundsatz der kaufmännischen Vorsicht. Eine Verpflichtung, bei Abgängen in den Prognosen gegensteuernde Maßnahmen bekannt zu geben, bestand für die Sozialversicherung – im Gegensatz zum Österreichischen Stabilitätsprogramm – nicht. (TZ 6)

Gliederung der Prognoserechnungen

Die Gliederung der Prognoserechnungen war mit 66 Positionen zwar sehr detailliert, finanziell bedeutsame Positionen – wie bspw. die ärztliche Hilfe mit rd. 3,856 Mrd. EUR – waren jedoch nur als Gesamtsummen dargestellt. Andererseits waren einzelne Positionen zu planen, die trägerübergreifend nur rd. 200.000 EUR ausmachten. Wesentliche steuerungsrelevante Informationen, wie die Prognosen zu den einzelnen Zielwerten des Kassensanierungspakets, waren den Prognoserechnungen nicht zu entnehmen. (TZ 7)

Höhe der Prognoseabweichung

Die ersten Gebarungsvorschaurechnungen waren im Prüfungszeitraum aufgrund des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht immer zu pessimistisch, die Abweichung des prognostizierten Betriebsergebnisses vom endgültigen Betriebsergebnis lag für die Summe der Krankenversicherungsträger bei der jeweils ersten Gebarungsvorschau bei durchschnittlich rd. 592,07 Mio. EUR. Die Erträge wurden zu niedrig, die Aufwendungen zu hoch prognostiziert. Die Abweichungen waren so hoch, dass dadurch die Gebarungsvorschau keine geeignete Grundlage zur Steuerung darstellte. (TZ 8)

Die Krankenversicherungsträger begründeten die hohen Abweichungen mit dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht. Diese Begründung war insofern nicht zutreffend, als auch unter Berücksichtigung eines Vorsichtsprinzips das Ziel hoher Prognosegenauigkeit vorrangig sein sollte. (TZ 8)

Kurzfassung

Allgemeine methodische Mängel

Mängel im Vorgehen der Krankenversicherungsträger bei der Erstellung der Prognoserechnungen führten zu Beeinträchtigungen der Prognosequalität: (TZ 9)

- Die Krankenversicherungsträger berücksichtigten nicht alle verfügbaren Prognosen zur Wirtschaftsentwicklung (insbesondere nicht jene aus dem Stabilitätsprogramm);
- die von den Krankenversicherungsträgern vorgenommenen Änderungen der Prognoseparameter der Wirtschaftsforschungsinstitute führten überwiegend zu einer Verschlechterung der Prognosegenauigkeit;
- die Prognose der Entwicklung der Zahl der Pensionisten als Parameter für die Beitragsentwicklung war wenig auf die demografische Entwicklung abgestimmt;
- die Aufteilung der Beiträge von Pensionisten war komplex und erreichte trotzdem mangels Aktualität die ursprüngliche Zielsetzung nicht mehr;
- der Hauptverband koordinierte in seinem Prognosemodell EXXACT die Prognosezeiträume und Erstellungszeitpunkte nicht mit der Gebarungsvorschau und lieferte als Ergebnis lediglich Prozentwerte ohne Begründungen.

Fehlendes Benchmarking der Prognosegenauigkeit

Ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit fehlte, obwohl die Prognosegenauigkeit im Trägervergleich erheblich unterschiedlich war. Im Bereich der Heilmittel hatte z.B. die BVA eine durchschnittliche Prognoseabweichung von 9,0 %, die StGKK von 7,0 % und die WGKK von 5,8 %. Im Bereich der ärztlichen Hilfe hatte die StGKK eine durchschnittliche Abweichung von 3,6 %, die BVA von 2,3 % und die WGKK von 1,0 %. Im Vergleich der Gebietskrankenkassen lag die Prognosegenauigkeit der WGKK besser als jene der StGKK. (TZ 10)

Unterschiede im Planungsprozess

Zwischen den Krankenversicherungsträgern gab es Unterschiede im Planungsprozess bezüglich der Erstellung der Vorscheurechnungen: Die Träger erstellten die Prognosen zum Teil zu früh vor den Abgabezeitpunkten, so dass aktuelle Informationen nicht mehr aufgenommen werden konnten. Einige Prognoserechnungen wurden regelmäßig nicht von den Gremien der Träger beschlossen, Plan-Ist-Vergleiche erfolgten teilweise nur unregelmäßig bzw. in großen Abständen. Die verfügbaren Informationen (z.B. regionale Wirtschaftsdaten oder die dem Österreichischen Stabilitätsprogramm zugrunde liegenden Prognosen) wurden nicht vollständig genutzt. Die StGKK schrieb die bestehenden Prognosen wesentlich öfter fort als die WGKK; diese nahm öfter Aktualisierungen vor. (TZ 11)

Der Zeitpunkt der Vertragsabschlüsse mit den Ärztekammern und die Fristen für die Abrechnung der Honorare hatten Einfluss auf die zum Zeitpunkt der Planung verfügbaren Informationen und beeinflussten somit die Prognosegenauigkeit. (TZ 11)

Nachgängige Abweichungsanalyse

Eine trägerübergreifende Ex-post-Analyse der Prognosequalität erfolgte nicht. Eine derartige Qualitätssicherung wäre wesentlich, um die Prognosegüte zu verbessern. Eine Analyse des RH zeigte Vorgehensweisen auf, bei denen ein frühzeitiges Gegensteuern die Planungsgenauigkeit systematisch verbessert hätte. So setzte ein Träger Ziel- statt Planwerte an, ein anderer Träger nahm bewusst eine „extrem“ vorsichtige Planung vor, bei einem Träger trug eine schlechte Datenlage bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln zu großen Abweichungen bei. Die Erfassung der Prognoserechnungen erfolgte nicht in maschinell einlesbarer Form (z.B. als Datenbank statt als Excel-Datei), so dass Aussagen bezüglich der Prognosequalität über einen längeren Zeitraum bzw. im Trägervergleich nicht getätigt werden konnten. (TZ 12)

Erläuterungen zu den Prognoserechnungen

Das BMG hatte in den Weisungen für die Prognoserechnungen keine Erläuterungen für die vorläufige Erfolgsrechnung vorgesehen. Die Erläuterungen der Träger zu den Gebahrungsvorscheurechnungen waren für eine inhaltliche Beurteilung der Qualität der Gebahrungsvorscheurechnungen nicht geeignet. Diese beiden Umstände

Kurzfassung

erschwerten die Analyse und das inhaltliche Verständnis der Prognoserechnungen. (TZ 13)

Nutzung in der gesamtstaatlichen Planung

Das BMF legte bei seinen Planungen andere Berechnungen zugrunde als die Krankenversicherungsträger und setzte nicht die Werte der Gebärungsvorschaurechnungen an. Dies war eine Folge der unterschiedlichen Planungsmaßstäbe und der sich daraus ergebenden systematisch hohen Abweichungen der Gebärungsvorschaurechnungen von den Ist-Werten. So konnte die gesamtstaatliche Haushaltsplanung auf die detaillierteren Überlegungen der Gebärungsvorschaurechnungen und die darin enthaltene sachliche Kompetenz nicht zurückgreifen. Umgekehrt war es für das BMG und die Krankenversicherungsträger nachteilig, dass das BMF seine Planungen nicht wichtigen Entscheidungsgrundlagen wie der mittelfristigen Haushaltsplanung zugrunde legte. (TZ 14)

Zusammenfassung Prognoserechnungen

In der Gebärungsvorschaurechnung bestanden wesentliche Mängel: (TZ 15)

- Die Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) wichen von jenen der mittelfristigen Planung des Bundes ab.
- Die Gliederung der Prognoserechnungen war nur bedingt zur Steuerung geeignet.
- Selbst bei hohen prognostizierten Abgängen waren keine Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.
- Die Prognoseabweichungen betrugen – bezogen auf den ersten Prognosezeitpunkt – im Schnitt der Jahre 2009 bis 2013 rd. 592,07 Mio. EUR und waren damit zu hoch, um die notwendigen Informationen für eine Steuerung zu bieten.
- Die Erläuterungen für die angesetzten Werte waren unvollständig und wenig aussagekräftig.

- Eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse (z.B. Änderungszeitpunkte, Planungsansätze etc.) fehlten.

Es bestanden methodische Mängel bei einzelnen Punkten.

Um die Gebarungsvorschaurechnung zur Steuerung einsetzen zu können, wären eine deutlich höhere Prognosegenauigkeit und insbesondere folgende Verbesserungen erforderlich: (TZ 15)

- eine Abstimmung der Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) mit der mittelfristigen Planung des Bundes,
- die Fokussierung auf eine möglichst realistische Planung und die Nutzung möglichst aktueller und vollständiger Informationen,
- die Vorgabe, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen,
- eine Ausrichtung der Gliederung der Prognoserechnungen auf Steuerungsgesichtspunkte (Aufteilung wesentlicher Positionen wie ärztliche Hilfe, Zusammenfassung weniger steuerungsrelevanter Positionen),
- die Ergänzung bzw. Verbesserung der Erläuterungen für die angesetzten Werte,
- ein klares Konzept zur Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung (insbesondere Befassung der Gremien und zur Nutzung für aktuelle Plan-Ist-Vergleiche),
- eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse,
- Verbesserungen bei einzelnen Positionen, bei der Einschätzung der Entwicklung der Anzahl der Pensionisten und eine Vereinfachung hinsichtlich des Aufteilungsschlüssels der Beiträge der Pensionisten.

Kurzfassung**Kassensanierungs-
paket****Entstehung und Kerninhalte**

Die Bundesregierung und der Hauptverband entwickelten im Jahr 2009 aufgrund finanzieller Probleme einiger Krankenversicherungsträger ein Kassensanierungspaket, das für den Zeitraum 2009 bis 2013 Ausgabendämpfungen von rd. 1,725 Mrd. EUR und Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR vorsah. (TZ 16)

Das vom RH bereits 2008 geforderte Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Krankenversicherungsträgers fehlte weiterhin. Der Bund nahm vor Bereitstellung der Bundesmittel keinen Ausgleich innerhalb der Krankenversicherungsträger vor. (TZ 16)

Der Bund räumte den Krankenversicherungsträgern bzw. den Systempartnern (z.B. Ärztekammer, Pharmaindustrie) einen erheblichen Spielraum bei der Gestaltung der Ausgabendämpfung ein. Zu beanstanden war, dass als Basis des Sanierungskonzepts des Hauptverbands und der dort festgehaltenen Ausgabendämpfungsmaßnahmen nicht Ist-Zahlen dienten, sondern die Gebarungsvorschau vom Mai 2009, somit eine Prognoserechnung der von den Ausgabendämpfungen direkt Betroffenen. (TZ 16)

Aufgrund der Mängel der Gebarungsvorschaurechnung und der bei ihrer Erstellung bereits in Grundzügen bekannten Einsparpläne war es nicht sachgerecht, die Ausgabendämpfung ausschließlich gegenüber dem Basisszenario der Gebarungsvorschaurechnung zu bewerten. (TZ 16)

Bundesmittel

Insgesamt rd. 1,036 Mrd. EUR bzw. 80 % der Bundesmittel (diese umfassten den Forderungsverzicht des Bundes, die Soforthilfe im Jahr 2009, die Aufteilung der Mittel aus dem Katastrophenfonds und die GSBG-Überdeckung) kamen den Gebietskrankenkassen aufgrund der jeweiligen finanziellen Lage ohne im Gegenzug auferlegte Verpflichtungen zu. Lediglich die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds (rd. 266,17 Mio. EUR bzw. rd. 20 % der Bundesmittel) hingen von einer erfolgreichen Realisierung der vereinbarten Finanzziele ab. (TZ 17)

Ein finanzielles Anreizsystem für die Erreichung festgelegter Ziele war grundsätzlich zweckmäßig; die für den Kassenstrukturfonds festgelegten Konsequenzen der Zielverfehlung waren allerdings nur bedingt zweckmäßig: Den besonders finanziell gefährdeten Trägern wären die für die Aufrechterhaltung der Versorgung nötigen Mittel nicht zugeflossen. Wie dann aber eine Sanierung erfolgen sollte, war nicht klar. (TZ 18)

Zur Mittelausschüttung wären auch andere Vorgaben denkbar, z.B. ein Anknüpfen von Anreizen nicht an die finanziellen Ergebnisse, sondern an umgesetzte Maßnahmen, ein sukzessiv engmaschigeres Netz von Vorgaben bei Nichterfüllung von Zielen bzw. eine finanzielle Unterstützung bestimmter Vorhaben (z.B. der Primärversorgung). (TZ 18)

Die im Reinvermögen der Krankenversicherungsträger zum Ausdruck kommende finanzielle Lage der Träger hatte sich durch das Kassensanierungspaket 2009 wesentlich verbessert. Allerdings war kritisch darauf hinzuweisen, dass der Bund – zusätzlich zu den regelmäßigen Mitteln des Bundes wie z.B. Hebesätze für Pensionisten oder Ersätze für das Wochengeld – mit dem Kassensanierungspaket 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 die 2009 bis 2013 geflossenen Bundesmittel über ausreichende Eigenmittel verfügt. Eine Rückzahlung erhaltener Bundesmittel war nicht vorgesehen. (TZ 19)

Finanzziele

Die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 waren wenig geeignet für eine operative Steuerung. Bereits 2011 lag die nach dem Ausgabendämpfungspfad „erlaubte“ Steigerung von 4,69 % gegenüber dem Vorjahr deutlich über der ursprünglich ohne Ausgabendämpfungen angenommenen Steigerung von 3,96 %. Die Zielsetzung des Kassensanierungspakets war somit für das Jahr 2011 bereits weniger ambitioniert als die – überdies von kaufmännischer Vorsicht geprägte – Planung vor dem Kassensanierungspaket. Für die Jahre 2012 und 2013 ergab sich ein ähnliches Ergebnis. Aufgrund der Regelung des Kassenstrukturfonds (Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Finanzziele und der Mittelausschüttung) bestand jedoch kein Anreiz für eine ambitioniertere Zielsetzung. (TZ 20, 23)

Kurzfassung

Die günstige Heilmittelentwicklung und die Möglichkeit, Ausgabendämpfungen zwischen den einzelnen Bereichen zu verschieben, führten dazu, dass die übrigen Bereiche weniger ambitionierte Zielvorgaben erhielten. Der Fokus lag dadurch stark auf der Konsolidierung des Gesamtergebnisses (die durch die Heilmittelentwicklung bereits sichergestellt war) und weniger auf der Entwicklung einzelner Bereiche. Die Krankenversicherungsträger entfernten z.B. bereits 2010 angesichts der günstigen Entwicklung der Heilmittelaufwendungen im Jahr 2009 die Ausgabendämpfung bei den übrigen Bereichen vollständig aus den Finanzzielen. (TZ 21)

Da gerade der Heilmittelbereich maßgeblich von externen Faktoren (etwa pharmazeutischen Innovationen) abhing, war das Vorgehen zu kritisieren, 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 dieses Vorgehen die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Krankenversicherungsträger gefährden. (TZ 21)

Die Aufteilung der Finanzziele auf die einzelnen Krankenversicherungsträger erfolgte im Wesentlichen ohne Rücksicht auf eine Bewertung eines trägerspezifischen Einsparungspotenzials. Da dem einzelnen Krankenversicherungsträger eine maßgebliche Verantwortung für die nachhaltige Gebarung, aber auch die ausreichende Versorgung der Bevölkerung zukam, war jedoch eine dem jeweiligen Träger angemessene Zielvorgabe essentiell. (TZ 22)

Auch auf Ebene der einzelnen Gebietskrankenkassen und der Fachbereiche waren die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 als wenig geeignet für eine operative Steuerung zu kritisieren: Eine Erreichung der Finanzziele wäre bei der StGKK selbst bei einer Aufwandssteigerung um rd. 6 % bis rd. 9 % möglich gewesen, die tatsächlichen Steigerungen lagen jedoch nie über 3 %. Während die Ist-Werte bei der WGKK um rd. 1 % bis rd. 4 % anstiegen, wäre eine wesentlich höhere Steigerung (z.B. rd. 6 % im Jahr 2011) möglich gewesen, ohne die Finanzziele zu verfehlen. Der Zielwert für ärztliche Hilfe überschritt selbst den von kaufmännischer Vorsicht geprägten Wert aus der Gebarungsvorschau noch um rd. 7,03 Mio. EUR. Es war damit bereits bei Zielfestlegung klar, dass die Zielvorgabe übererfüllt würde. (TZ 23, 24)

Monitoring

Für die Verfolgung der Zielerreichung war ein regelmäßiges Monitoring eingerichtet. Das Monitoring war jedoch zu stark auf die Finanzziele und eine positive Darstellung bzw. den Erhalt der Strukturfondsmittel ausgerichtet. (TZ 25)

Trotz der Schwächen der Gebarungsvorschaurechnungen erfolgte die Evaluierung der Ausgabendämpfungsmaßnahmen ausschließlich mit Bezug auf von diesen abgeleitete Szenarien und es wurde sehr eindimensional eine volle Zielerreichung berichtet. So blieben wesentliche Informationen für die künftige Entwicklung bzw. die Beurteilung der Nachhaltigkeit der Sanierung ungenutzt. (TZ 26)

Die vom RH vorgenommene Analyse einer Ausgabendämpfung mit mehreren Bezugsgrößen (z.B. gegenüber der Ausgabensteigerung 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 (TZ 25, 26):

- Das Monitoring enthielt kein Maßnahmencontrolling, 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 daher nicht vor. (TZ 25)
- In vier der sechs Fachbereiche, für die Ausgabendämpfungsziele definiert waren, lag zwar die über die Periode ermittelte Ausgabendämpfung vor. Die Ausgaben am Ende der Konsolidierungsphase 2013 lagen jedoch höher als dies im Jahr 2009 für 2013 als Ziel angesetzt war. Das Monitoring ließ diese für die Nachhaltigkeit des Kassensanierungskonzepts wesentliche Information nicht erkennen. (TZ 26)
- Ein Vergleich der Aufwandssteigerungen erfolgte nur mit den Finanzzielen (auf Basis der pessimistischen Gebarungsvorschau-rechnung), nicht mit den Aufwandssteigerungen der Vorperioden. Ein derartiger Vergleich zeigte für die WGKK ein kritisches Bild hinsichtlich des Vorliegens einer Ausgabendämpfung als das offizielle Monitoring. (TZ 26)

Kurzfassung

Die WGKK wies auch nach dem Auslaufen des Kassensanierungspakets trotz voller Zielerreichung weiterhin ein negatives Betriebsergebnis auf. (TZ 26)

Durch die unmittelbare Verbindung des Monitorings mit der Auszahlung der Mittel des Kassenstrukturfonds bestand ein geringer Anreiz des Hauptverbands für eine kritische Berichterstattung. Die Beauftragung der GÖG mit dem Monitoring im Rahmen der Gesundheitsreform war diesbezüglich positiv. (TZ 26)

Zusammenfassung Kassensanierungspaket

Die Adressierung der 2008 bestehenden, akuten finanziellen Probleme der Gebietskrankenkassen durch ein umfassendes Sanierungskonzept, das gemeinsame Ziele für wesentliche Ausgabenbereiche festlegte, war positiv. Kritisch war jedoch: (TZ 27)

- 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. Dies war auch eine Folge der Gestaltung des Anreizsystems im Kassenstrukturfonds.
- 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. Dies war jedoch unverzichtbar, um künftig Gesamtvorgaben der Politik an die Krankenversicherungsträger in deren operative Geschäftsführung zu integrieren.

Gesundheitsreform 2012

Entstehung und Kerninhalte

Im Jahr 2012 legten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger durch die Gesundheitsreform 2012 erneut Ausgabenobergrenzen fest. Weiteres zentrales Element der Gesundheitsreform war eine partnerschaftliche Zielsteuerung durch Zielsteuerungskommissionen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthielt inhaltliche Rahmenziele sowie insgesamt 113 operative Ziele und Maßnahmen. (TZ 28)

Die zersplitterte Kompetenzlage im Gesundheitsbereich blieb allerdings unverändert, die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung fiel weiterhin auseinander und ein gemeinsamer Finanzierungstopf wurde nicht erreicht. (TZ 28)

Ausgabenobergrenzen

Für den Bereich der Krankenversicherungsträger lag die geforderte Ausgabendämpfung bei rd. 1,372 Mrd. EUR für den Zeitraum 2012 bis 2016, die zulässigen Steigerungen lagen zwischen 4,5 % im Jahr 2012 und 3,6 % im Jahr 2016. Für die Auswahl der 2012 bis 2016 konkret festgelegten jährlichen Zielwerte existierte keine analytische Grundlage. (TZ 29)

Die Ausgabendämpfung war gegenüber einem „no policy change“-Szenario – einer Steigerung von 5,2 % p.a. in den Jahren 2012 bis 2015 bzw. 4,6 % im Jahr 2016 – kalkuliert. Diese jährliche Steigerung war jedoch (etwa angesichts der bereits vorliegenden, vorsichtigen Gebarungsvorschau mit einer Steigerung von rd. 3,6 % bzw. auch angesichts der Ist-Steigerung des Jahres 2011 mit rd. 3,3 %) zu hoch kalkuliert. Dies führte dazu, dass trotz des tatsächlichen Ausgabenwachstums von 3,3 % im Jahr 2011 und der Prognose von 3,4 % für das Jahr 2012 das Erreichen einer Ausgabensteigerung von 4,5 % im Bereich der Krankenversicherung als Ausgabendämpfung betrachtet wurde. Die ausgewiesene Ausgabendämpfung von 1,372 Mrd. EUR war daher weitgehend fiktiv. (TZ 29)

Kurzfassung

Dies wurde auch dadurch bestätigt, dass die Krankenversicherungsträger überwiegend noch keine Maßnahmen der Gesundheitsreform als für ihre finanzielle Lage relevant betrachteten. (TZ 29)

Parallel zu den Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger galt auch das programmatische Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Die zu wenig ambitionierten Ausgabenobergrenzen waren daher von Anfang an als operativ maßgebliche Steuerungsgrößen ungeeignet. (TZ 29)

Operationalisierung der Ausgabenobergrenzen

Die Ausgabenobergrenzen wurden erneut – wie schon beim Kassensanierungspaket 2009 – ohne Berücksichtigung sachlicher Spezifika der Träger (z.B. besonders hohe oder niedrige Ausgaben in der Vergangenheit, steigende oder sinkende Versichertenzahlen, Entwicklung der Altersstruktur etc.) auf die einzelnen Krankenversicherungsträger aufgeteilt. Eine Aufteilung auf bestimmte Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) erfolgte zwar, diese war jedoch unverbindlich und nur für den gesamten Zeitraum insgesamt festgelegt, so dass eine Evaluierung nur gesamthaft ex post erfolgen konnte. Die operativen Ziele und Maßnahmen zur Ausgabendämpfung waren nicht mit konkreten Einsparungspotenzialen unterlegt. (TZ 30)

Die resultierenden Vorgaben für die einzelnen Träger waren für die operative Steuerung daher offensichtlich ungeeignet. Dennoch nahmen die Träger sie unverändert in das Zielsteuerungssystem zur Steuerung der Krankenversicherungsträger auf. (TZ 30)

Auch bei der Gesundheitsreform 2012 war der Ansatz von Zielen, die weniger ambitioniert waren als die unter kaufmännischer Vorsicht zu planenden Gebarungsvorschaudaten, zu kritisieren. 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. (TZ 30)

Kenngrößen zur Zieldefinition

Trotz der gesetzlichen Vorgabe der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik der Krankenversicherungsträger fehlten Einnahmewerte in den definierten Kenngrößen. Die gesamte Betrachtung bezog sich ausschließlich auf Kenngrößen zur Erfassung der Ausgaben. So konnte z.B. für den Bereich der Krankenversicherungsträger eine Übererfüllung (z.B. für 2016: 226 Mio. EUR) angegeben werden, obwohl eine erhebliche finanzielle Schieflage (für 2016: rd. 319 Mio. EUR) prognostiziert wurde. (TZ 31, 40)

Die zahlreichen Ausnahmen bei der Definition der Kenngrößen waren zu beanstanden und nicht in jedem Fall nachvollziehbar: Die Krankenfürsorgeanstalten, die im Wesentlichen die Funktion einer gesetzlichen Krankenversicherung erfüllten und dem Steuerungsbereich der Länder angehörten, waren nicht Teil der Zielsteuerung. Für den sehr wesentlichen Bereich der Investitionen gab es keine Zielvorgaben. Für Geldleistungen wie das Krankengeld, die für die Entwicklung der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger maßgeblich waren, lagen ebenfalls keine Ziele vor. (TZ 31)

Monitoringprozess

Dass ein regelmäßiges Monitoring der Zielerreichung eingerichtet war und erstmals sektorenübergreifende Daten nach einem einheitlichen Vorgehen beobachtet wurden, war ein erster positiver Schritt. Jedoch waren – durch die Ausgestaltung der Stellungnahmefristen – für die Krankenversicherungsträger die Monitoringberichte bei Behandlung in den Gremien bereits überholt. (TZ 32)

Inhaltliche Bewertung der Zielerreichung

Eine inhaltliche Beurteilung, ob die zur Umsetzung rückgemeldeten Schritte zur Erreichung der übergeordneten Ziele geeignet waren, war mit dem Monitoring nicht verbunden. Die GÖG stellte lediglich ihr gemeldete Zahlen zusammen. Ein reines Monitoring der Rückmeldung der Maßnahmenumsetzung konnte allerdings nicht beurteilen, ob der Prozess zur Umsetzung der Ziele der Gesundheitsreform erfolgreich verlief. (TZ 33)

Kurzfassung**Aussagekraft der Monitoringergebnisse**

Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach den Messungen laut dem von der OECD entwickelten „System of Health Accounts“ (SHA) – 3,87 % im Zeitraum 2010 bis 2012 – unterschied sich erheblich vom Anstieg (2,73 %) laut dem System der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben). Eine regelmäßige Überleitung auf die ursprünglich als maßgeblich betrachteten Gesundheitsausgaben nach SHA war nicht vorgesehen. Dies beeinträchtigte die Aussagekraft der erhobenen Kenngrößen erheblich. (TZ 34)

Die im Monitoring verwendeten Daten des Jahres 2011 waren keine Ist-Daten, sondern nur mit einem Steigerungsprozentsatz von 3,3 % von den Werten 2010 abgeleitete Daten. (TZ 34)

Zusammenfassung Gesundheitsreform 2012

Es war 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. Die Umsetzung dieser Vorhaben wies jedoch erhebliche Mängel auf. (TZ 35)

Die Ausgabenobergrenzen lagen im Bereich der Sozialversicherung und damit auch der Krankenversicherungsträger deutlich über den bereits bestehenden, nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht erstellten Prognosen. Die Aufteilung der Ausgabenobergrenzen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger war erneut (wie schon im Kassensanierungspaket) 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. (TZ 35)

Eine Evaluierung der Entwicklung der Fachbereiche konnte mangels Aufteilung auf die einzelnen Jahre nur gesamthaft ex post erfolgen. Die angegebenen operativen Ziele und Maßnahmen waren nicht mit konkreten Einsparungspotenzialen hinterlegt. (TZ 35)

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 waren erforderlich. (TZ 35)

Interne Finanzziele

Keiner der drei überprüften Krankenversicherungsträger verfügte über klar formulierte interne Finanzziele zur Erreichung der einkommenorientierten Ausgabenpolitik. (TZ 36)

Die StGKK hielt ihre Ziele im Jahr 2009 in dem Strategiepapier „Vision 2015“ fest. Die strategische Perspektive der StGKK im Rahmen der „Vision 2015“ sowie die dort vorgesehene Eigenverantwortlichkeit waren zweckmäßig und ein wesentlicher Grund für die positive Entwicklung ihres Betriebsergebnisses. (TZ 36)

Die WGKK stellte zwar diverse strategische Überlegungen an, hatte aber kein klares Vorgehen bzw. klares Ziel (wie z.B. Betriebsergebnis) festgelegt. 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. (TZ 36)

Auch die BVA hatte, trotz hoher Rücklagen, keine spezifischen Ziele entwickelt. Sie merkte lediglich an, dass im Zeitraum 2009 bis 2013 keine über die Gebarungsvorschaurechnung bzw. die Ausgabenobergrenzen hinausgehenden Steuerungsmaßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Situation notwendig waren. (TZ 36)

Alle drei Träger setzten in ihren offiziellen Unterlagen der Zielsteuerung jene Finanzziele aus dem Kassensanierungspaket 2009 bzw. jene Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 an, die bereits offensichtlich als operative Zielvorgaben ungeeignet waren. Damit wurden die entsprechenden formalen Schritte – wie die Befassung der Vorstände, die Abstimmung der Ziele mit dem Hauptverband, dem BMG und dem BMASK hinsichtlich der Finanzziele – weitgehend bedeutungslos. (TZ 36)

Ausgleichsfonds

Zum Ausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern bestand ein Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG. Die Mittelverteilung erfolgte zum Teil, um Strukturunterschiede (z.B. unterschiedliche Belastung bei schweren Krankheiten oder unterschiedlich hohes Beitragsaufkommen) auszugleichen, zum Teil aber auch zum Ausgleich

Kurzfassung

unterschiedlicher Liquidität. Durch Zuordnung der Finanzierung des Hanusch-Krankenhauses in die Krankenanstaltenfinanzierung und eine Verschiebung von Mitteln von der Liquiditätssicherung zum Strukturausgleich wurden zwei Empfehlungen des RH aus dem Jahr 2008 umgesetzt. (TZ 37)

Die dem Ausgleichsfonds zur Verteilung zur Verfügung stehenden Mittel (264,63 Mio. EUR) waren 2013 zwar höher als die Struktur-nachteile, die nach dem angewendeten Berechnungsmodell bestanden (192,21 Mio. EUR). Aufgrund der Aufteilung der Mittel war allerdings der für Strukturnachteile gewidmete Teil dafür nicht mehr ausreichend. Die vorgenommene Verschiebung von Mitteln zum Strukturausgleich war daher noch nicht ausreichend. (TZ 37)

Die Berechnung von Strukturnachteilen als Basis des Struktur-ausgleichs führte dazu, dass jeder einzelne Träger einen Nachteil aufwies; sie war somit nicht sachgerecht. Das Grundkonzept des Strukturausgleichs basierte auf der Einsicht, dass z.B. bei Beitrags-einnahmen einige Träger Vorteile, andere aber Nachteile aufwiesen. (TZ 38)

Die Verbindung von Liquiditätsausgleich und Strukturausgleich war grundsätzlich problematisch. Soweit tatsächlich ein Ausgleich von Strukturunterschieden erfolgte, war grundsätzlich nicht direkt einsichtig, warum eine darüber hinausgehende Mittelverschiebung überhaupt erfolgen sollte. (TZ 38)

**Entwicklung der
finanziellen Lage
2009 bis 2013**

Die WGKK profitierte im Zeitraum 2009 bis 2013 erheblich von Bundesmitteln (677,05 Mio. EUR) und konnte dadurch ihr Reinvermögen verbessern. Anders als die StGKK erreichte sie jedoch keine nachhaltige Sanierung. (TZ 39)

Nachdem die StGKK und die WGKK im Jahr 2009 je rd. 5 % der Versicherungsleistungen als negatives Betriebsergebnis auswiesen, konnte die StGKK ihr Betriebsergebnis im Prüfungszeitraum in den positiven Bereich führen, die WGKK hingegen nicht. (TZ 39)

Die Ursachen dafür lagen zwar 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. Dies zeigte, dass eine wirksame finanzielle Steuerung wesentlich wäre. (TZ 39)

Zu beanstanden war, dass für die WGKK kein Sanierungskonzept vorlag. (TZ 39)

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. (TZ 39)

Ausblick

Die in der politischen Vereinbarung vom Juni 2012 enthaltene Weiterführung der geltenden Ausgabenobergrenzen ab dem Jahr 2016 würde dazu führen, dass die Krankenversicherungsträger nach den zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aktuellen Prognosen ein jährliches, voll Maastricht-wirksames Defizit von über 360 Mio. EUR – dies bei voller Zielerreichung – realisieren würden: (TZ 40)

Erfüllung Ausgabenobergrenzen und Bilanzergebnis 2016				
Versicherungsträger	Ausgabenobergrenze 2016			
	Vorgabe	Annahmen GVR	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

Dies zeigte, dass das Zielsteuerungssystem eine Fehlsteuerung begünstigte und zur tatsächlichen Steuerung der Krankenversicherungsträger nicht geeignet war. (TZ 40)

Die Vorgaben reichten auch nicht aus, um die Wirkungsziele (samt Indikatoren und Maßnahmen) in der Budget-Untergliederung 24 – Gesundheit zu erfüllen (Konsolidierung der finanziellen Leistungsfähigkeit durch verbindliche Vereinbarung von Finanzzielen; keine Verschuldung bzw. kein Gebarungsabgang der Gebietskrankenkassen). (TZ 40)

Kurzfassung

Gesamteinschätzung

Die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen in ihrer Ausprägung der Jahre 2011 bis 2016 waren insgesamt nicht geeignet, eine wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger sicherzustellen. (TZ 41)

Während die Finanzziele des Kassensanierungspakets 2009 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. Sie 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. 319 Mio. EUR der Krankenversicherungsträger noch eine Übererfüllung der Finanzziele um mehrere 100 Mio. EUR bedeutete. (TZ 41)

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. Dies war zumindest teilweise auch darauf zurückzuführen, 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 Gebarungsüberprüfung – wie schon 2008 – erneut in prekärer finanzieller Lage: Sie wies sowohl ein negatives Reinvermögen als auch negative Ergebnisse für alle prognostizierten Jahre aus. (TZ 41)



BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Kenndaten zur Gebarung der Krankenversicherungsträger							
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955; Beamten–Kranken– und Unfallversicherungsgesetz (B–KUVG), BGBl. Nr. 200/1967; Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz (G–ZG), BGBl. I Nr. 81/2013; Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG zur Zielsteuerung Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2009 bis 2014
	in Mio. EUR						in %
Krankenversicherungsträger gesamt							
Reinvermögen	639,50	1.208,69	1.688,55	2.114,91	2.436,55	2.556,85	300
Erträge	13.657,91	14.028,05	14.404,32	14.895,01	15.375,46	15.953,14	17
Aufwendungen	13.896,24	14.030,89	14.401,91	14.917,22	15.307,80	16.009,41	15
Betriebsergebnis	– 238,34	– 2,84	2,41	– 22,22	67,66	– 56,27	– 76
Gewinn/Verlust	169,18	362,44	292,19	180,87	218,00	88,79	– 48
Steiermärkische Gebietskrankenkasse							
Reinvermögen	– 245,82	– 158,40	– 74,92	22,27	58,69	49,78	– 120
Erträge	1.303,31	1.354,84	1.391,04	1.455,51	1.510,20	1.563,88	20
Aufwendungen	1.365,14	1.370,57	1.406,48	1.447,75	1.479,92	1.557,46	14
Betriebsergebnis	– 61,83	– 15,73	– 15,44	7,76	30,28	6,42	– 110
Gewinn/Verlust	1,22	54,87	48,64	39,89	0,00	– 8,94	– 830
Wiener Gebietskrankenkasse							
Reinvermögen	– 572,77	– 416,42	– 328,95	– 185,48	– 49,33	– 37,51	– 93
Erträge	2.574,14	2.655,73	2.730,98	2.830,99	2.910,36	3.021,51	17
Aufwendungen	2.700,26	2.738,43	2.827,06	2.910,30	2.987,45	3.115,16	15
Betriebsergebnis	– 126,12	– 82,71	– 96,08	– 79,31	– 77,10	– 93,65	– 26
Gewinn/Verlust	21,31	65,61	9,16	53,42	115,35	15,62	– 27
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter							
Reinvermögen	486,25	558,55	642,58	665,60	707,17	738,97	52
Erträge	1.486,57	1.536,44	1.578,22	1.572,70	1.624,32	1.685,71	13
Aufwendungen	1.433,34	1.478,46	1.511,50	1.566,77	1.594,21	1.664,56	16
Betriebsergebnis	53,24	57,99	66,72	5,92	30,11	21,14	– 60
Gewinn/Verlust	67,16	63,09	81,97	19,39	36,12	23,05	– 66

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH führte zwischen November 2014 und April 2015 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema „Finanzielle Steuerung der Krankenversicherung“ durch. Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung

- der Qualität der Gebarungsvorschaurechnungen bzw. des Jahresvoranschlags und der vorläufigen Erfolgsrechnung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA),
- der Eignung der Finanzziele des Kassensanierungspakets 2009 bis 2013 bzw. der Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 bis 2016 zur Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit der Krankenversicherungsträger und zu deren Steuerung sowie
- der Nachhaltigkeit der finanziellen Entwicklung der StGKK, der WGKK und der BVA.

(2) Um zu Grundfragen der Steuerung einen Überblick zu gewinnen, übermittelte der RH einen Fragebogen an alle Krankenversicherungsträger und wertete die Daten der Gebarungsvorschaurechnungen und Rechnungsabschlüsse aller Krankenversicherungsträger aus. Bei einzelnen Auffälligkeiten erfolgten entsprechende Abklärungen auf schriftlichem Wege. Soweit möglich beurteilte der RH das Vorgehen der Krankenversicherungsträger insgesamt auf dieser Grundlage.

Vertiefte Prüfungshandlungen vor Ort erfolgten bei

- der StGKK,
- der WGKK,
- der BVA sowie
- beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und
- beim BMG.

Weiters holte der RH Auskünfte beim BMF, bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie bei der Statistik Austria ein.

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.

(3) Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2009 bis 2013. Soweit erforderlich (etwa zur Beurteilung von Veränderungen in der Dynamik des Ausgabenwachstums) 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 der RH Maßnahmen der Gesundheitsreform 2012 mit dem Umsetzungsstand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung berücksichtigte.

(4) Zeitgleich und inhaltlich ergänzend zur gegenständlichen Gebarungsüberprüfung führte der RH eine Prüfung zum Thema „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ durch. Das Ergebnis dieser Prüfung wurde zeitgleich im Bericht Bund 2016/3 veröffentlicht.

(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) Gesamthaft betrachtet verwiesen die Stellungnahmen der Berichtsadressaten in mehreren Punkten auf die Verantwortung von jeweils anderen Berichtsadressaten, teilweise unter Hinweis auf die unter TZ 3 dargestellte Vielzahl von Akteuren der Steuerung der Krankenversicherungsträger. So verwiesen die Krankenversicherungsträger häufig auf die Notwendigkeit, einen Konsens aller Systempartner (inklusive der Ärztekammer) herzustellen oder eine Änderung der Vorgaben zu erreichen; die für die Vorgaben zuständigen Stellen wiederum machten derartige Änderungen von der Vorlage abgestimmter Entwürfe der einzelnen Träger abhängig.

Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme übergreifend aus, er verfüge über keine selbständigen Steuerungsobliegenheiten gegenüber den Sozialversicherungsträgern. Seine Beschlüsse seien zwar für

Prüfungsablauf und –gegenstand

die Versicherungsträger verbindlich, in grundlegenden Angelegenheiten (Richtlinien, Zielsteuerung usw.) würden aber stets die Sozialversicherungsträger selbst diese Beschlüsse fassen. Die dem Hauptverband vom RH empfohlenen Maßnahmen seien daher nur im Wege von Selbstbindungsbeschlüssen der einzelnen Sozialversicherungsträger möglich. In Angelegenheiten der Rechnungsführung und Rechnungslegung bzw. der Statistik wiederum bestünde eine Bindung an Weisungen des BMG bzw. BMASK.

(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 (siehe TZ 3). 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 zur Gestaltung verwendet werden. Bei Scheitern dieser Bemühungen wäre die vom RH mehrfach angesprochene Vereinfachung der Zuständigkeiten erforderlich.

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

Gebarungsumfang und –ergebnisse der Krankenversicherungsträger

- 2.1** (1) Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungsträger lagen im Jahr 2013 bei rd. 15,676 Mrd. EUR, das waren rd. 10 % des Sektors Staat nach der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) bzw. rd. 70 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben.¹ Rund 11,917 Mrd. EUR entfielen auf die Gebietskrankenkassen, der Rest auf Sondersicherungsträger.

¹ 2013: Sektor Staat nach VGR rd. 160 Mrd. EUR; Summe öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege rd. 22,2 Mrd. EUR



BMASK BMF BMG

Basisinformationen zur finanziellen
Steuerung der Krankenversicherungsträger

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

(2) Die Gebarungsergebnisse der Krankenversicherungsträger waren in den letzten Jahren sehr unterschiedlich; dies einerseits im Zeitablauf, andererseits im Vergleich der einzelnen Krankenversicherungsträger untereinander:

- Zwischen 2000 und 2008 kam es bei mehreren Gebietskrankenkassen zu einer dramatischen Verschlechterung der finanziellen Lage. Im Jahr 2008 musste der RH die Lage der WGKK so kritisch beurteilen, dass er eine Gefährdung der Versorgung aus eigenen Mitteln in Wien sah² (siehe TZ 16).
- Zwischen 2009 und 2014 stellte der Bund rd. 1,302 Mrd. EUR für die Sanierung der Krankenversicherungsträger, insbesondere der Gebietskrankenkassen, zur Verfügung. Dadurch konnten sich die Gebietskrankenkassen weitgehend entschulden, allerdings bei sehr unterschiedlichen Ergebnissen (siehe dazu im Detail TZ 16 ff.). Eine derartige Zusatzfinanzierung über Bundesmittel war davor nicht erfolgt.
- Gleichzeitig hatten manche Träger erhebliche Rücklagen, die sie in dieser Periode weiter ausbauten. Beispielsweise verfügte die BVA zum 31. Dezember 2013 über Rücklagen von rd. 707,17 Mio. EUR, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) über Rücklagen von 469,70 Mio. EUR und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) über Rücklagen von rd. 439,94 Mio. EUR.

(3) Im Jahr 2013 war das Bilanzergebnis aller Krankenversicherungsträger mit rd. 218,00 Mio. EUR positiv. In der Gebarungsvorschaurechnung vom Februar 2015 wies die Summe aller Krankenversicherungsträger allerdings für die Jahre 2015 bis 2017 wieder ein stark negatives Bilanzergebnis auf: für das Jahr 2015 rd. 128,98 Mio. EUR, für das Jahr 2016 rd. 276,83 Mio. EUR und für das Jahr 2017 rd. 365,99 Mio. EUR.

2.2 Der RH hielt eine gezielte finanzielle Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung schon aufgrund des hohen Gebarungsumfangs für unabdingbar. Der Gebarungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2013 machte mit rd. 15,676 Mrd. EUR rd. 10 % des Sektors Staat nach der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung aus.

² Siehe Bericht des RH „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2008/2. Das Reinvermögen der WGKK betrug im Rechnungsabschluss 2008 rd. – 594,47 Mio. EUR.

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

Er wies kritisch darauf hin, dass

- in der Vergangenheit die Verschlechterung der finanziellen Lage bei der WGKK bereits eine Gefährdung der Versorgung aus eigenen Mitteln bewirkt hatte, während andere Träger (die BVA) Reserven von bis zu rd. 707,17 Mio. EUR aufbauten,
- zwischen 2009 und 2014 Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR an die Krankenversicherungsträger zur Sanierung geflossen waren, aber aufgrund der negativen Gebarungsvorschau (erwartete Verschlechterung des Bilanzergebnisses von rd. 218,00 Mio. EUR im Jahr 2013 auf rd. – 365,99 Mio. EUR im Jahr 2017) die Nachhaltigkeit der Finanzierung erneut nicht sichergestellt war.

Der RH beurteilte dies auch als Konsequenz von Mängeln in der finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger.

Ziele, Instrumente und Akteure der Steuerung

3.1 (1) Für die Gebarung der Krankenversicherungsträger galten zwei grundsätzliche Zielvorgaben:

- Die Krankenversicherungsträger hatten einerseits gemäß § 133 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) die notwendige, angemessene und zweckmäßige Krankenbehandlung sicherzustellen. Die Anspruchsberechtigten konnten ihre Leistungsansprüche – unabhängig von der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger – vor den Arbeits- und Sozialgerichten durchsetzen.
- Nach § 16 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz³ sollten die Krankenversicherungsträger andererseits nicht mehr ausgeben, als sie einnahmen (Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik). Eine Ausfallhaftung des Bundes bestand nicht.

(2) Der RH unterschied für die Zwecke der Gebarungsüberprüfung zwei grundsätzliche Arten von Instrumenten der Steuerung:

- Einerseits bestand für das Gebarungsergebnis der Krankenversicherungsträger ein Regelkreis aus Zielvorgaben und Monitoring. Ausgehend von den Prognosen der Krankenversicherungsträger, den Maastricht-Vorgaben zum gesamtstaatlichen Defizit bzw. den gesamtstaatlichen Zielen der Gesundheitspolitik wurden Vorgaben über die Gebarungsentwicklung der Krankenversicherungsträger erstellt. Die Träger hatten diese Vorgaben nach § 441e ASVG im

³ vgl. BGBl. I Nr. 81/2013



BMASK BMF BMG

**Basisinformationen zur finanziellen
Steuerung der Krankenversicherungsträger**

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

Rahmen eines Zielsteuerungssystems auf Einzelziele herunterzubrechen und über den Erfolg der Umsetzung zu berichten (finanzielle Steuerung).

- Andererseits waren die konkreten Einnahmen und Ausgaben im Sinne dieser Vorgaben durch spezifische Maßnahmen (z.B. Erhöhung oder Senkung von Tarifen, Erweiterung oder Einschränkung der angebotenen Dienstleistungen) zu beeinflussen (operative Steuerung). Es war eine große Zahl dezentraler Patientenkontakte zu steuern: Im Jahr 2013 erfolgten rd. 99 Mio. e-card-Konsultationen bei Vertragsärzten⁴ und rd. 120 Mio. Heilmittelverschreibungen.

(3) Im Rahmen der Steuerungselemente waren unterschiedliche Akteure maßgeblich:

a) Zunächst hatte jeder einzelne Krankenversicherungsträger für sich selbst unter Erfüllung seiner Leistungspflichten die ihm anvertrauten Mittel zu verwalten und einen ausgeglichenen Haushalt herzustellen. Die Steuerung oblag der Generalversammlung und dem Vorstand, in denen jeweils Dienstgeber und Dienstnehmer vertreten waren, bzw. im Rahmen der Delegation an die Führungsebene den hauptamtlichen Mitarbeitern („Büro“).

b) Die Koordinierung der Krankenversicherungsträger, d.h. der neun Gebietskrankenkassen, vier Sondernversicherungsträger und sechs Betriebskrankenkassen (BKK)⁵ hatte durch den Hauptverband zu erfolgen. Dies betraf einerseits die Beschlussfassung über Finanzziele je Träger als Teil des Zielsteuerungssystems nach § 441e ASVG, andererseits verschiedene Maßnahmen in einzelnen Sachbereichen, z.B. die Führung von Preisverhandlungen im Heilmittelbereich oder den Abschluss von Gesamtverträgen mit den Ärztekammern.

c) Auch das BMG hatte auf mehreren Ebenen Verantwortung bei der Steuerung der Krankenversicherung:

- Die Finanzziele aus dem Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG waren u.a. mit dem BMG abzustimmen.
- Das BMG verhandelte auf Bundesseite die Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben insgesamt mit.

⁴ e-card-Konsultationen sind ein Maß für die Anzahl der Arztkontakte der Patienten.

⁵ Sondernversicherungsträger SVA, SVB, BVA und VAEB; Betriebskrankenkasse Austria Tabak, BKK der Wiener Verkehrsbetriebe, BKK Mondi, BKK Voest Alpine Bahnsysteme, BKK Zeltweg und BKK Kapfenberg. Die Krankenfürsorgeanstalten waren nicht im Hauptverband vertreten.

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

- Durch Verordnung konnte das BMG direkt Einfluss auf bestimmte Ausgabenpositionen bzw. Rahmenbedingungen nehmen, z.B. die Spannen für Heilmittel festlegen.

d) Der Bundesgesetzgeber gestaltete wesentliche Rahmenbedingungen für die Gebarung der Krankenversicherungsträger, z.B. die Beitragssätze, Kostenersätze für Wochengeld oder die Rahmenbedingungen für Vertragspartnerverhandlungen.

e) Insbesondere im Hinblick auf die Abstimmung mit dem Spitalsbereich war auch die Mitwirkung der Länder maßgeblich. Dazu bestanden Regelungen auf gesamtstaatlicher Ebene (etwa durch 15a-Ver einbarungen).

f) Nicht zuletzt gestaltete die EU wesentliche Rahmenbedingungen für die Steuerung der Krankenversicherungsträger, etwa die Rechtsgrundlagen für die Zulassung von Heilmitteln bzw. Vorgaben über die Errechnung des Maastricht-Defizits.

(4) Die folgende Tabelle zeigt die wesentlichen Akteure und Bereiche der finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger:



BMASK BMF BMG

Basisinformationen zur finanziellen
Steuerung der Krankenversicherungsträger

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

Tabelle 1: Zuständigkeiten zur Steuerung im Überblick

Akteure	Gesamtziele	Erträge	Aufwendungen		
		Beiträge	ärztliche Hilfe	Heilmittel	Krankenanstalten
externe Faktoren		Demografie			
		Konjunktur		pharmazeutische Innovationen	
EU	Maastrichtsaldo als Vorgabe			Rahmenbedingungen, z.B. Transparenzrichtlinie	Rahmenbedingungen, z.B. Arbeitszeitrecht
Gesamtstaat	15a-Vereinbarung über öffentliche Gesundheitsausgaben (Ausgabenobergrenzen)		Steuerung der Leistungen zum best point of service	Koordination Krankenversicherung und Spitäler	KA-Finanzierung (15a-Vereinbarung, Finanzausgleich)
Länder	Vertragspartner bei 15a-Vereinbarungen		Mitwirkung bei Gesundheitsreform		Genehmigung Ambulatorien, Umfang Angebot
Gesetzgeber Bund	Vorgabe einnahmenorientierter Ausgabenpolitik (ausgeglichener Haushalt)	Beitragssätze, Leistungsersätze	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Gesamtvertragsrecht)	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Erstattungskodex)	Grundsatzgesetz (z.B. Anwendung der Richtlinie für ökonomische Verschreibweise)
BMG	Zustimmung zu Finanzzielen im BMG, Vertretung des Bundes bei 15a-Vereinbarungen		Qualitätsrichtlinien	Preisregulierung, Spannen für Vertriebswege	
Hauptverband	Koordinierung der Träger, Gesamtziele im Rahmen eines Zielsteuerungssystems	Berechnungen/Richtlinien im Bereich Pensionen	Abschluss Gesamtverträge	Aufnahme in Erstattungskodex, Preisverhandlungen	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Krankenversicherungsträger	Verantwortung für ausgeglichenen Haushalt	Beitragsprüfung	Verhandlung Gesamtverträge	Behandlungsökonomie	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Gesamteinschätzung Steuerungsmöglichkeit Krankenversicherung		gering	zentrale Steuerungsaufgabe	zentrale Steuerungsaufgabe	im Rahmen der Gesundheitsreform tlw. beeinflussbar

Quelle: RH

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

3.2 Der RH wies zunächst darauf hin, dass die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger vor wesentlichen Herausforderungen stand:

- Zwischen dem gesetzlichen Versorgungsauftrag – der auch individuell gerichtlich durchsetzbar war – und dem programmatischen Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bestand ein Spannungsverhältnis.
- Gesamtstaatliche Zielsetzungen (z.B. Maastricht-Defizit, gesundheitspolitische Ziele) waren durch eine operative Einflussnahme auf die Einnahmen und Ausgaben umzusetzen.
- Neben den direkt beeinflussbaren Größen waren auch Steuerungsentscheidungen anderer Rechtsträger und externe Faktoren wie die Konjunkturentwicklung, die Demografie oder der technische Fortschritt zu berücksichtigen.

Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass sich aus der Vielzahl der Akteure eine komplexe Matrix an Steuerungsaufgaben ergab, die je nach Fachbereich den Bundesgesetzgeber, die Partner des Finanzausgleichs, den Hauptverband oder die einzelnen Träger im Fokus hatte. Weiters waren unterschiedliche Träger zu koordinieren und innerhalb der Träger Dienstnehmer- und Dienstgeberinteressen abzustimmen.

Der RH hielt daher ein Steuerungssystem, das in diesem komplexen Bereich klare Vorgaben und Verantwortlichkeiten schuf, für wesentlich.

3.3 *Das BMG merkte dazu in seiner Stellungnahme an, ein einfaches Steuerungssystem sei zwar wünschenswert, aufgrund der kompetenzrechtlichen Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich in der Praxis aber schwierig umzusetzen. Auch der Hauptverband, die StGKK und die WGKK wiesen in ihren Stellungnahmen mehrfach auf die Interdependenzen zwischen den Systempartnern hin.*

3.4 Der RH verwies dazu auf seine Ausführungen zu TZ 1, wonach als Reaktion auf die Interdependenzen zwischen den Systempartnern einerseits die eindeutig zugeordneten Verantwortungen aktiv wahrgenommen werden sollten, andererseits die gemeinsamen Verantwortungen nicht zur Blockade, sondern zur Gestaltung verwendet werden sollten und bei Scheitern dieser Bemühungen die vom RH mehrfach angesprochene Vereinfachung der Zuständigkeiten erforderlich wäre.



BMASK BMF BMG

**Basisinformationen zur finanziellen
Steuerung der Krankenversicherungsträger**

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

Entwicklung der
Rechtsgrundlagen
zur Steuerung

4.1 (1) In den letzten zwanzig Jahren gestaltete der Gesetzgeber die Instrumente und Rechtsgrundlagen der finanziellen Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung wiederholt um:

Tabelle 2: Gesetzliche Änderungen zur Steuerung der Krankenversicherungsträger

Jahr	Änderung
1994	neue Aufgabe Hauptverband: Kennzahlenvergleich bei Verwaltung und Leistungen (§ 31 Abs. 3 Z 13 und 14 ASVG)
1996	neue Aufgabe für Hauptverband: trägerübergreifendes Controlling in § 31 Abs. 3 Z 2 ASVG
2000	Reorganisation Hauptverband, Neueinführung §§ 32a bis 32g ASVG (Controllinggruppe, Zielvereinbarungen)
2002	§ 447a ASVG – Änderung der finanziellen Anreize für die Zielerreichung; Einführung einer zweijährigen Gebarungsvorschaurechnung
2003	erste Zielvereinbarungen, dann aber Aufhebung des Zielsteuerungssystems (und der Reorganisation des Hauptverbands) durch den VfGH
2004	§ 441e ASVG (Vorgabe eines Zielsteuerungssystems), erneute Reorganisation des Hauptverbands
2005	15a-Vereinbarung (Reformpool, Bundesgesundheitsagentur)
2007	konditionale Erhöhung der Beiträge um 0,15 % (Konnex zu 150 Mio. EUR Einsparungen, 15a-Vereinbarung)
2007/2008	Sozialpartnerpapier (Hauptverband als Holding, Zielvorgaben) – nicht in Kraft getreten
2009	Kassensanierungspaket („Sillian“), Finanzziele und abgestimmte Maßnahmen zur Ausgabendämpfung
2011	Änderung beim Verwaltungskostendeckel
2012	Abschaffung Controllinggruppe, Gesundheitsreform
2013	Abschluss Bundeszielsteuerungsvertrag, Landeszielsteuerungsverträge
2016	Auslaufen Ausgabenobergrenzen, Abschluss neuer Zielsteuerungsverträge

Quelle: RH

(2) Seit den 1990er Jahren hatte der Hauptverband verschiedene Kennzahlen (§ 31 Abs. 3 Z 13 und 14 ASVG) hinsichtlich der Verwaltung und hinsichtlich Leistungspositionen zu vergleichen und ein „trägerübergreifendes Controlling unter vorausschauender und laufender Berücksichtigung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung“ einzurichten. Dies sollte der „Erhaltung der dauernden Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung ohne Überlastung der Volkswirtschaft“ dienen.

(3) Im Jahr 2000 erhielt der Hauptverband – zeitgleich mit dessen grundlegender Neuorganisation als Holding – in § 32a ASVG die Aufgabe, ein Zielsteuerungssystem zu gestalten und Zielvereinbarungen mit den einzelnen Krankenversicherungsträgern abzuschließen. Weiters richtete der Gesetzgeber eine eigene Controllinggruppe beim Hauptverband ein, der das Monitoring und Controlling der Versicherungsträger

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

oblag.⁶ Im Jahr 2002 folgte die Vereinbarung finanzieller Anreize für die Zielerreichung; ein Teil der Mittel des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen sollte nach dem Ausmaß der Zielerreichung ausgeschüttet werden. Weiters führten die Krankenversicherungsträger auf Empfehlung der Controllinggruppe eine zweijährige Gebarungsvorschaurechnung ein.

(4) Mit Erkenntnis vom 13. März 2004 hob der Verfassungsgerichtshof (VfGH) die Regelungen zur Neuorganisation des Hauptverbands, zu den Zielvereinbarungen und zum Ausgleichsfonds auf.

Als Reaktion darauf regelte der Gesetzgeber 2004 das Zielsteuersystem in § 441e ASVG neu und sah vor, dass der Hauptverband Ziele für die Träger zu beschließen hatte.⁷ Zu diesem Zweck implementierte der Hauptverband eine Balanced Scorecard. Die darin definierten Ziele waren mit dem BMASK und dem BMG abzustimmen.

Aufgrund der Neuregelung war die Rolle des Hauptverbands reduziert; die Formulierung der Ziele war grundlegend vom Konsens der Träger abhängig.⁸ Die Controllinggruppe zum Monitoring der Zielerreichung wurde zwar zunächst beibehalten, jedoch 2012 abgeschafft.⁹

Die konkrete Ausgestaltung der Finanzziele bzw. das entsprechende Monitoring konnte im Prüfungszeitraum keine nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherungsträger sicherstellen (siehe TZ 16 bis 27). Die Träger formulierten keine Ziele, die ambitioniert genug waren, eine ausgeglichene Gebarung zu erreichen bzw. die tatsächlich maßgeblichen Ausgabendämpfungen zu steuern. Dem Hauptverband gelang keine analytisch überzeugende Verteilung von Ausgabendämpfungspotenzialen auf die einzelnen Träger. Das BMG überprüfte lediglich

⁶ Die Controllinggruppe war aus Mitgliedern der Trägerkonferenz und aus Vertretern der Bundesministerien zusammengesetzt. Auf ihr Verlangen waren ihr alle Unterlagen der Versicherungsträger und des Hauptverbands vorzulegen. Sie hatte regelmäßig dem BMASK zu berichten.

⁷ Seit 2011 war ausdrücklich geregelt, dass dabei auch Verwaltungskostenziele (gesondert für jeden Sozialversicherungsträger) aufzunehmen waren.

⁸ Die Abstimmung zwischen Spitalsbereich und niedergelassenem Bereich stand im Mittelpunkt der 15a-Vereinbarung zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben des Jahres 2005.

⁹ Die Erläuterungen führten dazu aus: „Nach dem politischen Willen soll die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Controllinggruppe (...) aufgelöst werden. Die(s) soll zu einer Verschlinkung der Verwaltungsabläufe unter Beibehaltung eines wirkungsvollen Controllings in der Sozialversicherung (vgl. dazu § 32h ASVG über die Vertragspartneranalyse und § 31 Abs. 3 Z 2 sowie Z 13 und 14 ASVG betreffend die Aufgaben des Hauptverbands im Bereich versicherungsträgerübergreifendes Controlling und Kennzahlendefinition) führen. Darüber hinaus ist durch die Abstimmung der Finanzziele mit dem BMF und dem BMG ein wirkungsvolles Instrument zur Steuerung des Verwaltungshandelns eingerichtet.“



BMASK BMF BMG

Basisinformationen zur finanziellen
Steuerung der Krankenversicherungsträger

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

die Einhaltung der Vorgaben des Kassensanierungspakets bzw. der Gesundheitsreform, nicht jedoch die tatsächliche Eignung zur operativen Steuerung, die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung oder den Bezug zu den tatsächlichen Entwicklungen.

(5) In der Folge nutzte der Gesetzgeber auch andere Instrumente für zentrale Zielvorgaben: Im Jahr 2007 erfolgte eine Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung um 0,15 %, die an Einsparungen von rd. 150 Mio. EUR geknüpft war. Sollten diese Einsparungen nicht beschlossen werden, war das BMG ermächtigt, die Erhöhung der Beiträge durch Verordnung wieder rückgängig zu machen (§ 634 Abs. 8 ASVG).

Im Jahr 2008 legte die Bundesregierung ein sogenanntes „Sozialpartnerpapier“ vor, das erneut den Umbau des Hauptverbands zu einer Holdinggesellschaft und Zielvorgaben für die Träger vorschlug. Im Gesetzesentwurf war dies nicht mehr enthalten, das Gesetz wurde nach einer Regierungsumbildung nicht erlassen.

Im Jahr 2009 erfolgte im Rahmen des sogenannten „Sillian-Pakets“ (dazu ausführlicher unter TZ 16 ff.) erneut eine Regelung zu Gesamtzielen für die Sozialversicherung, zu einem Monitoringsystem und finanziellen Anreizen für die Zielerreichung (Kassenstrukturfonds), die in das Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG übernommen wurden. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 (dazu ausführlicher unter TZ 28 ff.) wurde dieses System mit den Bemühungen einer besseren Abstimmung zwischen Spitalsbereich und niedergelassenem Bereich verbunden und im Rahmen von zwei 15a-Vereinbarungen und des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes formalisiert.

- 4.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Gesetzgeber in den letzten zwanzig Jahren zwar mehrfach eine Verstärkung der Steuerung der finanziellen Gebarung der Krankenversicherungsträger angestrebt hatte, wesentliche Elemente dieser Bemühungen aber an einer verfassungskonformen Ausgestaltung scheiterten (z.B. Zielvereinbarungen 2003) bzw. erfolglos blieben und wieder zurückgenommen wurden (z.B. Einführung und Abschaffung einer Controllinggruppe).

Im Zentrum der Bemühungen standen dabei folgende Themen:

- Finden eines geeigneten Planungshorizonts (mittelfristige Perspektive bei höchstmöglicher Aktualität),
- Definition übergeordneter Richtungsvorgaben bei Wahrung der Eigenständigkeit der einzelnen Sozialversicherungsträger,

- Einrichtung eines unabhängigen, übergreifenden Monitorings bzw. Controllings (Ermittlung von Kennzahlen durch den Hauptverband, die Controllinggruppe bzw. eine Tochtergesellschaft der GÖG),
- Schaffung von Anreizen, um den Richtungsvorgaben auch zu folgen (Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds, bedingte Erhöhung von Beiträgen, Einrichtung eines Kassenstrukturfonds aus Bundesmitteln).

Prognoserechnungen

Rechtliche Vorgaben

5.1 (1) Nach § 443 und § 444 ASVG hatten die Sozialversicherungsträger neben dem vergangenheitsbezogenen Rechnungsabschluss auch Prognoserechnungen für die Zukunft zu erstellen. Für beide waren nähere Regelungen in Weisungen¹⁰ (Rechnungsvorschriften) des BMG, erstellt im Einvernehmen mit dem BMASK, definiert. Demnach waren als Prognoserechnungen vorgesehen:

- a) vorläufige Erfolgsrechnungen,
- b) ein Jahresvoranschlag und
- c) Gebarungsvorschaurechnungen.

a) Die vorläufigen Erfolgsrechnungen waren vierteljährlich zur laufenden Beobachtung der Gebarung zu erstellen und dem BMG und dem Hauptverband vorzulegen. Bei der Erstellung waren die Erträge und Aufwendungen hochgerechnet auf Jahresbasis darzustellen.

b) Der Jahresvoranschlag war spätestens bis 15. Februar des laufenden Jahres vom Träger zu erstellen und dem BMG und dem Hauptverband vorzulegen. Wesentliche Abweichungen des Jahresvoranschlags vom vorläufigen Ergebnis für das laufende Jahr und die maßgeblichen Umstände waren von den Krankenversicherungsträgern als Anmerkung zu den Prognoserechnungen zu erläutern. Der Jahresvoranschlag zielte auf eine grundsätzliche Planung der Jahreseinnahmen und –ausgaben ab. Er hatte keine Bindungswirkung, erforderlichenfalls konnten auch höhere Ausgaben getätigt werden.

c) Die Gebarungsvorschaurechnungen wurden im Jahr 2002 auf Anregung der damaligen Controllinggruppe eingeführt. Sie waren vierteljährlich rollierend für die dem Voranschlagsjahr nachfolgenden zwei

¹⁰ Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband (Rechnungsvorschriften RV)

Geschäftsjahre, beginnend ab 2003, zu planen. Durch den dreijährigen Planungshorizont sollten die Träger ihre Ausgaben, abhängig von ihren Einnahmen, vorausschauend steuern.

(2) Die folgende Übersicht zeigt am Beispiel des Jahres 2011, welche Prognoseberechnungen die Krankenversicherungsträger zu erstellen hatten:

Tabelle 3: Beispielhafte Darstellung der Prognoserechnungen und des Rechnungsabschlusses im Jahr 2011	
Zeitpunkt	Prognoserechnung
15. Februar 2011	4. vorläufige Erfolgsrechnung für 2010
	Jahresvoranschlag für 2011
	Gebbarungsvorschaurechnung 2012
	Gebbarungsvorschaurechnung 2013
15. Mai 2011	1. vorläufige Erfolgsrechnung für 2011
	Gebbarungsvorschaurechnung 2012
	Gebbarungsvorschaurechnung 2013
31. Mai 2011	Rechnungsabschluss für 2010
15. August 2011	2. vorläufige Erfolgsrechnung für 2011
	Gebbarungsvorschaurechnung 2012
	Gebbarungsvorschaurechnung 2013
15. November 2011	3. vorläufige Erfolgsrechnung für 2011
	Gebbarungsvorschaurechnung 2012
	Gebbarungsvorschaurechnung 2013

Quelle: RH

5.2 Der RH wies darauf hin, dass nach den rechtlichen Vorgaben jeder Krankenversicherungsträger jedes Jahr 14 Prognoserechnungen zu erstellen hatte. Angesichts des dafür notwendigen Aufwands hielt er ein sachgerechtes und möglichst genaues Vorgehen dabei für wesentlich (TZ 15).

5.3 *Das BMG nahm in seiner Stellungnahme die Ausführungen des RH zur Kenntnis.*

Prognoserechnungen

Planungsmaßstab,
Planungshorizont
und Maßnahmen-
orientierung

6.1 (1) Die Rechnungsvorschriften sahen als Planungsmaßstab die „kaufmännische Vorsicht“ vor: Für die Berechnung der voraussichtlichen Aufwendungen und Erträge waren jene Faktoren heranzuziehen, die „nach kaufmännisch realistisch abschätzbaren Wahrscheinlichkeiten unter Beachtung des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht voraussichtlich die finanzielle Entwicklung des Versicherungsträgers im jeweiligen Geschäftsjahr beeinflussen“ werden (z.B. die jeweils aktuellen Prognosen zum Wirtschaftswachstum, aktuelle Prognosen über den Beschäftigungsstand, bereits beschlossene Gesetzesänderungen).

Das Ausmaß der anzuwendenden kaufmännischen Vorsicht sahen die einzelnen Krankenversicherungsträger unterschiedlich; die Einschätzungen reichten von einem „worst case“-Szenario bis zu einem „zentralen Steuerungselement“.

(2) Die vom BMG erstellten Rechnungsvorschriften enthielten für den Fall eines negativen Prognoseergebnisses keine Verpflichtung, Sanierungsmaßnahmen zu entwickeln und darzustellen.

(3) Wie unter TZ 5 dargestellt, reichte der Planungshorizont der Prognoserechnungen der Gebarungsvorschaurechnungen zwei Jahre in die Zukunft.

(4) Auch die Gebietskörperschaften verfügten über Instrumente der jährlichen, mittelfristigen und langfristigen Haushaltsplanung.

a) Der jährliche Bundesvoranschlag enthielt verbindliche Budgetvorgaben, die nur unter bestimmten Voraussetzungen mit Zustimmung des BMF überschritten werden durften.

b) Seit 2009 regelte das Bundesfinanzrahmengesetz (BFRG) eine verbindliche mittelfristige Finanzplanung für den Bund. Darin waren Ausgabenobergrenzen festgelegt. Die BFRG enthielten jeweils Planungen für vier Jahre in die Zukunft. Der Bundesfinanzrahmen wurde jährlich um ein Jahr rollierend aktualisiert.

c) Österreich hatte als Teilnehmer der Eurozone weiters jährlich ein Stabilitätsprogramm vorzulegen. Diese Programme enthielten neben dem laufenden Jahr Planungen für vier Jahre in die Zukunft und umfassten u.a. Angaben über mittelfristige Haushaltsziele, Haushalts- und Schuldenentwicklungen und Anpassungsmaßnahmen.¹¹

¹¹ gemäß Verordnung (EG) Nr. 1466/97 i.d.F. der Verordnung (EU) Nr. 1175/2011

d) Gemäß § 15 Abs. 2 Bundeshaushaltsgesetz 2013 (BHG 2013) hatte das BMG alle drei Jahre eine hinreichend begründete, nachvollziehbare, langfristige Budgetprognose für einen Zeitraum von mindestens 30 Finanzjahren zu erstellen.

e) Auch die Länder und Gemeinden hatten einen mittelfristigen Haushaltsrahmen entsprechend den unionsrechtlichen Regelungen festzulegen.

(5) Zum Planungsmaßstab führte die Richtlinie 2011/85/EU des Rates vom 8. November 2011¹² aus, dass die Mitgliedstaaten einen „glaubwürdigen, effektiven“ mittelfristigen Haushaltsrahmen festlegen sollten. Die „kaufmännische Vorsicht“ war weder in den EU-Vorgaben noch im österreichischen Stabilitätspakt ein relevanter Planungsmaßstab.

(6) Im Stabilitätsprogramm waren Maßnahmen zur Erreichung eines mittelfristig ausgeglichenen Haushalts anzuführen.

6.2 Der RH kritisierte, dass sich die Vorgaben für die Prognoserechnungen der Sozialversicherungsträger in wesentlichen Punkten von jenen für die Gebietskörperschaften unterschieden:

- Während die Sozialversicherungsträger bei der Planung der Gebärungsvorschaurechnungen das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht zu berücksichtigen hatten, basierte die Haushaltsplanung des Bundes auf dem in der Richtlinie 2011/85/EU festgelegten Maßstab eines „glaubwürdigen, effektiven“ mittelfristigen Haushaltsrahmens.
- Der Planungszeitraum der Gebärungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger (zwei Jahre in die Zukunft) unterschied sich vom Planungszeitraum im BFRG bzw. im Österreichischen Stabilitätsprogramm (vier Jahre in die Zukunft).
- Für die Sozialversicherungsträger bestand im Unterschied zu den Vorgaben für das Stabilitätsprogramm keine Verpflichtung, gemeinsam mit den Prognosen Maßnahmen zur Sanierung vorzulegen, wenn die Prognosen Abgänge auswiesen.

Der RH empfahl dem BMG und dem BMASK, die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebärungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und den Planungshorizont zu vereinheitlichen. Er empfahl

¹² Richtlinie 2011/85/EU des Rates vom 8. November 2011 über die Anforderungen an die haushaltspolitischen Rahmen der Mitgliedstaaten

Prognoserechnungen

weitere dem BMG und dem BMASK, in die Rechnungsvorschriften die Vorgabe aufzunehmen, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.

- 6.3** (1) *Das BMASK führte in seiner Stellungnahme aus, es unterstütze die Empfehlung des RH – die Gebarungsvorschaurechnung von zwei auf vier Planungsjahre zu erweitern – für den Zweig der Pensionsversicherung. Die Empfehlung, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen, richte sich in erster Linie an das BMG. Agenden der Pensionsversicherung seien nicht betroffen, da die Ausgaben für Pensionen kaum beeinflussbar seien.*

(2) Das BMG sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung des RH, den Planungszeitraum der Gebarungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit jenem im BFRG bzw. im österreichischen Stabilitätsprogramm zu vereinheitlichen, einer kritischen Diskussion mit den Sozialversicherungsträgern zu unterziehen. Eine Gebarungsvorschaurechnung, die vier Jahre in die Zukunft reiche, sei jedoch rechtlich nicht zwingend vorgesehen, ihre Aussagekraft sei aus Sicht des BMG beschränkt.

Zur Empfehlung des RH, gemeinsam mit den Prognosen Maßnahmen zur Sanierung vorzulegen, wenn die Prognosen Abgänge auswiesen, merkte das BMG an, dass nach dem durch das Gesundheits-Zielsteuerungssystem eingeführten Berichtswesen entsprechende Maßnahmen beim Nichterreichen von Zielen (zunächst auf Ebene der Landeszielsteuerungskommissionen) zu setzen seien. Die Gebarung sei einnahmenseitig zu einem wesentlichen Teil von der Wirtschaftsentwicklung abhängig, der Sozialversicherung komme hierbei kein Einfluss zu. Die Krankenversicherungsträger hätten in der Vergangenheit durchaus auf negative Bilanzergebnisse (bzw. auf negative Prognoseergebnisse) reagiert, z.B. durch Kürzung von freiwilligen Leistungen wie Kuren oder satzungsmäßigen Mehrleistungen.

Das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht beurteilte das BMG als einen allgemein anerkannten unternehmensrechtlichen (und im wirtschaftlichen Handeln generell verankerten) Bewertungsgrundsatz. Es gab zu bedenken, mit welchen Reaktionen die Krankenversicherungsträger zu rechnen hätten, wenn die tatsächlichen Bilanzergebnisse um viele Millionen schlechter ausfallen würden als die prognostizierten Ergebnisse. Selbstverständlich sollten die Versicherungsträger aber nach Prognosegenauigkeit streben.

(3) Wie die StGKK in ihrer Stellungnahme mitteilte, stehe sie der Empfehlung, die Planungsvorgaben der Sozialversicherungsträger nach Inhalt und Zeitraum an den Bund anzugleichen, positiv gegenüber. Im Falle einer Verlängerung des Planungshorizonts würden sich allerdings Probleme mit den Basisdaten, immer größeren Bandbreiten und teilweise fehlenden Parametern (z.B. für Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) ergeben. Zur Empfehlung, bei negativen Prognosen auch eine Verpflichtung zur Planung von gegensteuernden Maßnahmen vorzusehen, gab die StGKK an, sie verfolge ohnedies erfolgreich seit Jahren eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik.

(4) Laut der Stellungnahme der WGKK seien zwei Drittel der Ursachen der Abweichungen vom Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik als nicht beeinflussbar einzustufen. Dies habe auch der RH in TZ 39 festgestellt.

(5) Die BVA pflichtete dem RH in ihrer Stellungnahme bei, dass eine Erhöhung der Planungsgenauigkeit grundsätzlich immer anzustreben sei. Sie verwies aber auf das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht. Dieses stelle einen fundamentalen übergeordneten Bewertungsgrundsatz im Rechnungswesen dar und fordere – zum Eigenschutz des Unternehmens bzw. zum Gläubigerschutz – eine vorsichtige Bewertung aller Chancen und Risiken. Dies betreffe auch Zukunftsrechnungen (Plan-Erfolgsrechnungen, Liquiditätspläne, Investitionsrechnungen etc.).

Zukunftsprognosen seien generell von Unsicherheitsfaktoren geprägt. Im Bereich der BVA sei z.B. in den Planperioden 2012 und 2013 ein unerwarteter Eingriff des Gesetzgebers erfolgt (Absenkung der Dienstgeberbeiträge im Stabilitätsgesetz 2012), welcher in den vorgelagerten Prognoserechnungen (wie auch im Bericht angemerkt) nicht habe berücksichtigt werden können.

Trotz der vielfältigen Unsicherheitsfaktoren und der Komplexität der Entwicklungen im Gesundheitswesen erscheine bei objektiver Betrachtung die Genauigkeit der Planungen der Krankenversicherungsträger durchaus herzeigbar. Diese sei 2013 und 2014 über jener beim Bundesvoranschlag gelegen.

- 6.4 (1) Der RH wies gegenüber der WGKK klarstellend darauf hin, dass er zwar die Gebarungsrelevanz von für die WGKK wenig beeinflussbaren Positionen (z.B. Beitragseinnahmen, Krankenanstaltenfinanzierung) festgestellt und die Unterschiede in der Entwicklung zwischen StGKK und WGKK zu zwei Drittel auf diese Faktoren zurückgeführt hatte. Dies impliziert jedoch keineswegs, dass keine Maßnahmen möglich sind, die eine Schließung von Gebarungslücken ermöglichen. So

Prognoserechnungen

stellte der RH z.B. fest, dass alleine eine Entwicklung der Ausgaben für ärztliche Hilfe wie bei der StGKK zu einer wesentlichen Verbesserung der finanziellen Lage der WGKK beigetragen hätte. Die Auswirkung unbeeinflussbarer Faktoren stellt zwar eine wichtige Rahmenbedingung für die eigenen Maßnahmen dar, entbindet aber keineswegs von der Verantwortung zur Reaktion auf diese Faktoren (TZ 4).

Gegenüber dem BMASK hielt der RH fest, dass sich seine Analysen und Empfehlungen in diesem Bericht auf den Bereich der Krankenversicherung bezogen.

(2) Bezüglich der Angleichung der Planungshorizonte begrüßte der RH, dass sich das BMASK und die StGKK positiv zur Angleichung der Zeithorizonte der Planung an die Vorgaben der gesamtstaatlichen Planung äußerten und das BMG Diskussionsbereitschaft signalisierte. Hinsichtlich der Bedenken zur Verfügbarkeit von Daten für eine längerfristige Planung wies der RH erneut darauf hin, dass die Abweichungen in den Planungsparametern von jenen des Bundes dazu führten, dass die Gebarungsvorschaurechnung der Sozialversicherungsträger trotz hohen Aufwands und Fachwissens nicht vom Bund nutzbar war. Dies war nach Auffassung des RH unter Effizienz- und Ressourcenaspekten unzweckmäßig und beeinträchtigte insbesondere auch die Qualität der Planung des Gesamtstaates. Mittelfristig war es aus Sicht des RH weder möglich noch zweckmäßig, die Planung des Sektors Sozialversicherung von den Planungen auf EU- und Gesamtstaatsebene abzukoppeln. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

(3) Zur Aufnahme von Steuerungsmaßnahmen in die Planung hob der RH hervor, dass es wesentliches Ziel von Prognoserechnungen ist, nicht nur eine künftige Entwicklung vorauszusehen, sondern auch als Entscheidungsgrundlage für Maßnahmen zu deren Beeinflussung zu dienen. Eine Befassung der Gremien mit der Gebarungsvorschau ohne Maßnahmen zur Schließung etwaiger Gebarungslücken war aus Sicht des RH nicht im Interesse der Steuerungsverantwortung der Träger gelegen. Soweit trägerspezifische Maßnahmen aus Sicht der planenden Akteure nicht auszureichen scheinen, wäre gerade die Kommunikation dieses Umstandes von hoher Bedeutung für die Empfänger der Prognoserechnungen: den Hauptverband und das BMG.

Die Stellungnahmen des BMG und der StGKK mit Hinweis auf die tatsächlich gesetzten Steuerungsmaßnahmen zeigen, dass eine derartige Maßnahmenplanung nicht nur sinnvoll, sondern auch möglich ist.

Der RH wies weiters gegenüber dem BMG darauf hin, dass die Aktivitäten der Landeszielsteuerungskommissionen zur Sicherstellung einer

ausgeglichenen Gebarung gerade nicht ausreichend sind, da die Erreichung der dort relevanten Finanzziele – wie unter TZ 40 sehr deutlich dargestellt – keineswegs eine ausgeglichene Gebarung der einzelnen Krankenversicherungsträger sicherstellt. Es muss vielmehr sichergestellt werden, dass andere Personen (nämlich die Organe der jeweiligen Träger) die Erreichung anderer Kennzahlen (nämlich die ausgeglichene Gebarung ihres Trägers) mit entsprechenden Maßnahmen hinterlegen.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

(4) Hinsichtlich des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht wies der RH gegenüber der Argumentation des BMG und der BVA erneut darauf hin, dass dieses weder bei den Vorgaben der EU noch jenen für die Haushaltsplanung der Gebietskörperschaften vorgesehen war. Der RH gab zu bedenken, dass eine Nutzung der Prognoserechnungen für Zwecke der Steuerung bei zu pessimistischen Annahmen zu unerwünschten Effekten führen kann (etwa Leistungskürzungen ohne sachliche Notwendigkeit). Gerade die vom RH geforderte verstärkte Nutzung der Gebarungsvorschaurechnungen für Planungszwecke erforderte daher eine höhere Planungsgenauigkeit. Der RH verwies schließlich darauf, dass die tatsächlichen Abweichungen (siehe TZ 8) die eindeutige Tendenz zeigten, die finanzielle Lage in den Prognoserechnungen ungünstiger darzustellen, als sie tatsächlich war. Gerade auch im Hinblick auf die zwischen den Trägern deutlich unterschiedliche Interpretation des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht hielt der RH daher an seiner Empfehlung zur Vereinheitlichung der Planungsmaßstäbe fest.

Gliederung der Prognoserechnungen

7.1 Alle drei Prognoserechnungen waren nach der Gliederung der vorläufigen Erfolgsrechnung darzustellen. Es waren daher bspw. für die Gebietskrankenkassen 66 Positionen¹³ zu planen, die sehr unterschiedliches Gewicht hatten. Beispielsweise lag für das Jahr 2013 die Position „Beiträge für Familienangehörige der Wehrpflichtigen“ unter 200.000 EUR, die Position „Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“ bei über 3,856 Mrd. EUR. Wichtige Elemente der ärztlichen Hilfe, z.B. Leistungen bei Instituten¹⁴ (für die ein eigenes Finanzziel im Kassensanierungspaket festgelegt war) konnten den Prognoserechnungen nicht direkt entnommen werden.

¹³ Die Anzahl der Positionen änderte sich geringfügig über die Jahre (Bsp.: StGKK GVR für 2012 und 2013, Erstellungsmonat November 2011: 66 Positionen; für Jänner 2015: 67 Positionen).

¹⁴ Die Bezeichnung Institute umfasste z.B. Ausgaben für CT/MR, für Labors und für physikalische Medizin, die in der Position ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen gemeinsam mit anderen Positionen dargestellt waren.

Prognoserechnungen

- 7.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Gliederung der Prognoserechnungen mit 66 Positionen zwar sehr detailliert war, finanziell bedeutsame Positionen – wie bspw. die ärztliche Hilfe mit rd. 3,856 Mrd. EUR – jedoch nur als Gesamtsummen dargestellt waren. Er kritisierte auch, dass wesentliche steuerungsrelevante Informationen, wie die Prognosen zu den Zielwerten des Kassensanierungspakets (z.B. zu Instituten), den Prognoserechnungen nicht zu entnehmen waren.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem BMASK, die Gliederung der Prognoserechnungen stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten.

- 7.3** (1) *Das BMASK erachtete in seiner Stellungnahme die bestehende Gliederung für Erfolgsrechnung, Voranschlag, vorläufige Erfolgsrechnung, Gebärungsvorschaurechnung für den Zweig der Pensionsversicherung als zweckmäßig und ausreichend.*

(2) Das BMG sagte zu, die Empfehlung des RH einer kritischen Diskussion mit den Sozialversicherungsträgern zu unterziehen. Es gab aber zu bedenken, dass steuerungsrelevante Informationen (z.B. eine Aufgliederung der Aufwandsposition „Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“) innerhalb der Krankenversicherungsträger vorhanden seien und z.B. für Vertragspartnerverhandlungen genutzt würden.

(3) Laut Stellungnahme der StGKK sollten die Positionen im Formular der Erfolgsrechnung auf ihre Sinnhaftigkeit hinterfragt werden. Der Fokus der Gliederung auf steuerungsrelevante Positionen werde befürwortet. Es gelte jedoch zu beachten, dass die Zeitreihen für die wesentlichen Positionen nicht unterbrochen werden.

(4) Die WGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, dass – um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten – die Positionen der Planungsrechnung mit den Positionen der Erfolgsrechnung übereinstimmen sollten.

- 7.4** Der RH nahm zur Kenntnis, dass die überprüften Stellen einerseits die zeitliche Kontinuität, andererseits die Identität der Gliederung zwischen Vorschaurechnungen und Abschlussrechnungen für wesentlich hielten. Er hielt dies durchaus damit für vereinbar, einerseits kleinere Positionen zu streichen und andererseits größere Positionen (wie z.B. die ärztliche Hilfe) weiter zu detaillieren. Dies könnte sowohl in der Erfolgsrechnung als auch in den Prognoserechnungen erfolgen, die wesentlichen Aggregate wären auch im Sinne einer Zeitreihenkontinuität weiter vorhanden.



Prognoserechnungen

BMASK BMF BMG

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Gegenüber dem BMASK hielt der RH neuerlich fest, dass sich seine Empfehlungen auf den Bereich der Krankenversicherung bezogen.

Gegenüber dem BMG wies der RH darauf hin, dass die interne Verfügbarkeit von zusätzlichen Daten kein ausreichendes Argument dafür sein kann, die dem Hauptverband und dem BMG zur Verfügung zu stellenden Daten nicht aussagekräftig zu gestalten. Schon die Monitoring-Erfordernisse der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen gingen über die in den Prognoserechnungen verfügbaren Informationen hinaus.

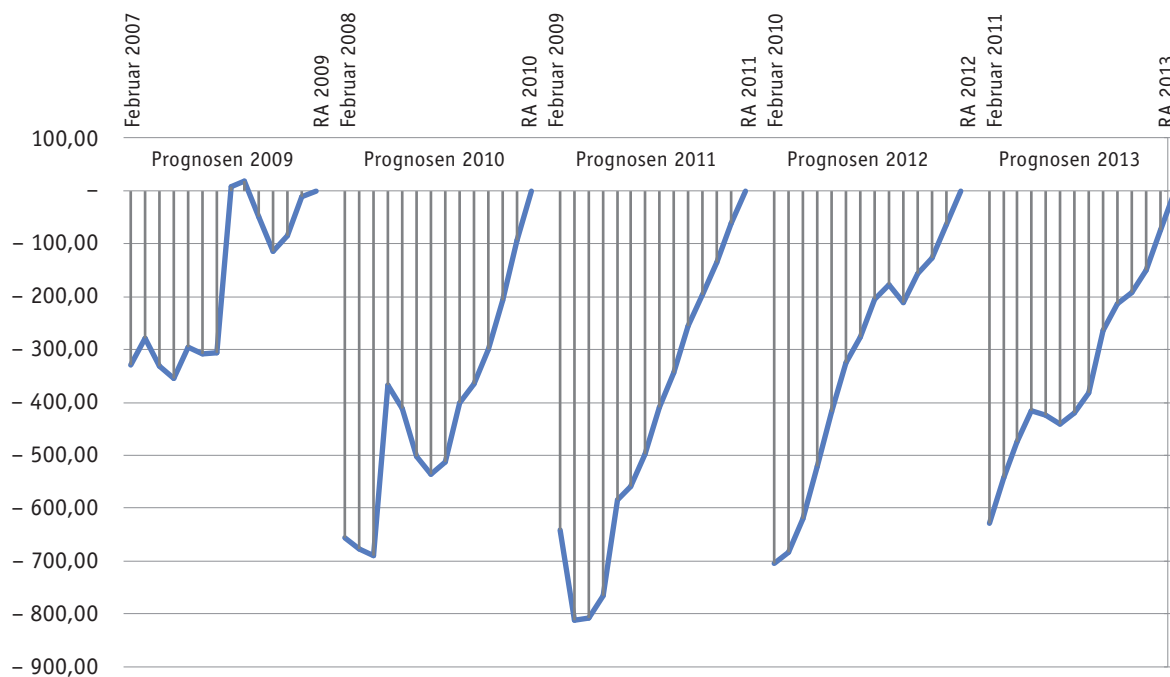
Der RH rief die Steuerungsdefizite der aktuellen Gliederung in Erinnerung und merkte an, dass ohnedies Änderungen im Rechnungswesen, z.B. im Hinblick auf neue Vorgaben der EU für einheitliche, konsolidierte Abschlüsse, absehbar sind. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Höhe der Prognose-
abweichungen

8.1 (1) Eine Analyse der Prognosegenauigkeit der Gebarungsvorschau-rechnungen zeigte Abweichungen der Prognosewerte für das Betriebsergebnis der Summe aller Krankenversicherungsträger zu den jeweiligen Rechnungsabschlüssen. Die Abweichungen stellten sich in den Jahren 2009 bis 2013 wie folgt dar:

Prognoserechnungen

Abbildung 1: Prognoseabweichungen Betriebsergebnis aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR)



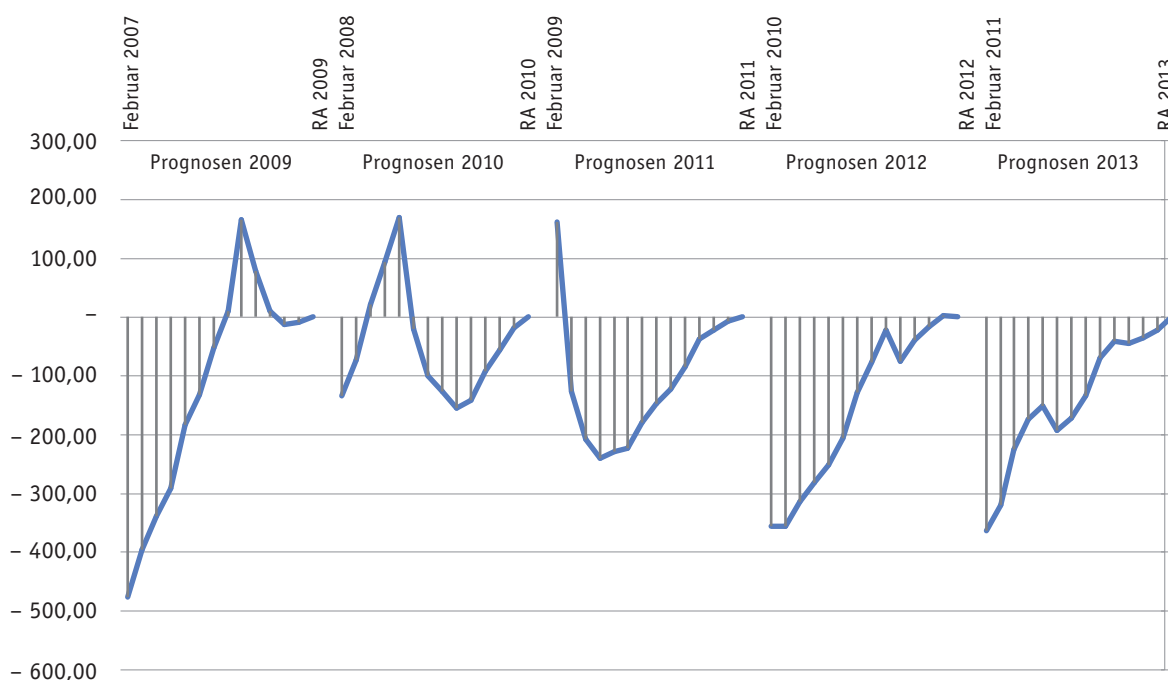
Quellen: Daten Hauptverband; Berechnungen und Darstellung RH

Im betrachteten Zeitraum 2009 bis 2013 wichen die Prognosen für die Position Betriebsergebnis der Summe aller Krankenversicherungsträger in der ersten Gebarungsvorschaurechnung (d.h. bspw. im Februar 2007 für das Jahr 2009) zwischen rd. 330,21 Mio. EUR im Februar 2007 und rd. 704,78 Mio. EUR im Februar 2010 und im Schnitt mit rd. 592,07 Mio. EUR von den jeweiligen Rechnungsabschlüssen ab. In praktisch allen Prognosezeitpunkten waren die Prognosen zu pessimistisch. Mit wenigen Ausnahmen verringerten sich die Abweichungen vierteljährlich; d.h. je kürzer der verbliebene Planungshorizont war, desto genauer war die Prognose.

Die Krankenversicherungsträger begründeten die Abweichungen mit der Berücksichtigung des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht, mit dem langen Planungshorizont und mit fehlenden externen Prognosedaten für den gesamten in der Gebarungsvorschau zu planenden Zeitraum.

(2) Die Prognoseabweichungen bei Erträgen und Aufwendungen stellen sich wie folgt dar:

Abbildung 2: Prognoseabweichungen Erträge aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR)



Quellen: Daten Hauptverband; Berechnungen und Darstellung RH

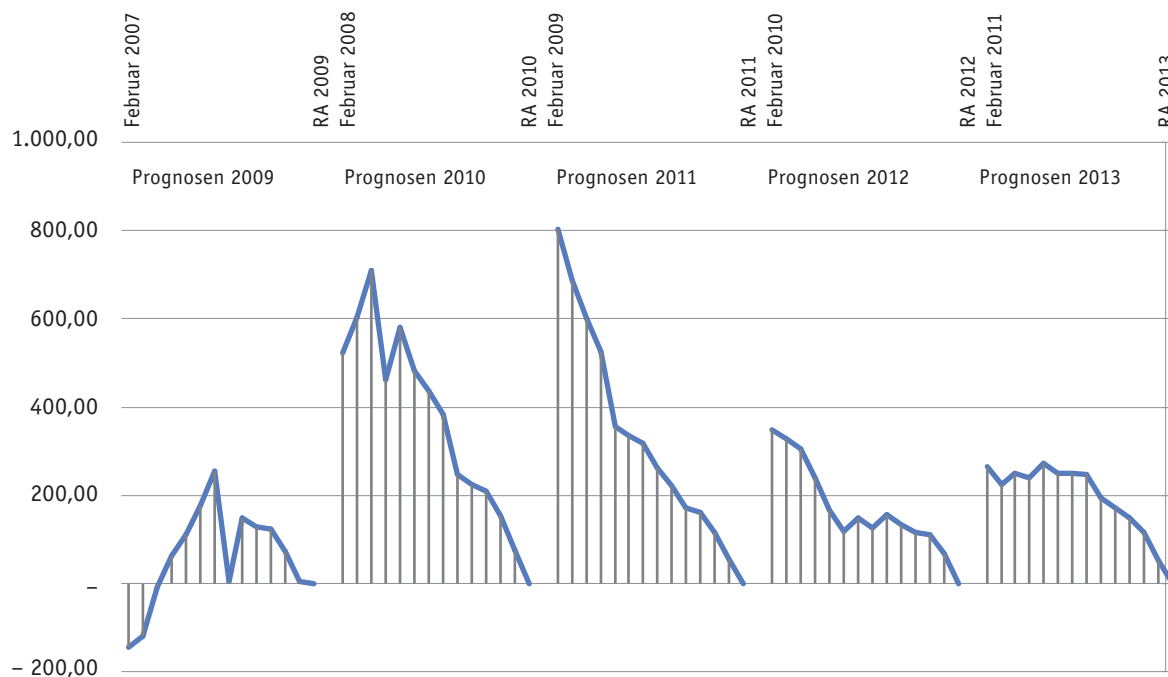
Die Krankenversicherungsträger prognostizierten die Erträge in der Regel zu niedrig^{15, 16}. Die deutliche Verschlechterung der Wirtschaftslage im Jahr 2009 führte dazu, dass zu einzelnen Zeitpunkten die Prognosen zu günstig lagen.

¹⁵ Die besonders hohe Abweichung für das Jahr 2009 aus den Prognosen des Jahres 2007 war auf die damals noch nicht bekannte Beitragssatzerhöhung und die Umstellung vom Netto- auf das Bruttoprinzip zurückzuführen.

¹⁶ Ab 2009 stellten die Krankenversicherungsträger Kostenbeteiligungen brutto dar. Das betraf die Positionen Kieferregulierung, Zahnersatz, Zahnersatz in den eigenen Einrichtungen, Rehananstalten, Kurbädaufenthalt, Heimaufenthalte und Transportkosten.

Prognoserechnungen

Abbildung 3: Prognoseabweichungen Aufwendungen aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR)



Quellen: Daten Hauptverband; Berechnungen und Darstellung RH

Die Krankenversicherungsträger prognostizierten die Aufwendungen in der Regel zu hoch. Die deutlich geringeren Abweichungen der Prognosen 2009 (Gebahrungsvorschaurechnung Februar 2007 bis Rechnungsabschluss 2009) waren darauf zurückzuführen, dass aufgrund der Erhöhung der Beitragssätze 2008 auch die Zahlungen der Krankenanstaltenfinanzierung stiegen und die Umstellung zum Bruttoprinzip zum Ausweis höherer Aufwendungen führte.

- 8.2** Der RH stellte kritisch fest, dass die Krankenversicherungsträger in ihren ersten Prognosen ihr Betriebsergebnis immer zu pessimistisch planten. Die Abweichung lag zwischen rd. 330,21 Mio. EUR und rd. 704,78 Mio. EUR und im Schnitt bei rd. 592,07 Mio. EUR. Der RH hielt diese Abweichung für so hoch, dass dadurch die Gebahrungsvorschau keine geeignete Grundlage zur Steuerung darstellte.

Der RH wies darauf hin, dass die Krankenversicherungsträger die hohen Abweichungen mit dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht begründeten. Er hielt diese Begründung insofern für nicht zutreffend, als auch unter Berücksichtigung eines Vorsichtsprinzips das Ziel hoher Prognosegenauigkeit vorrangig sein sollte.

Der RH verwies auf seine Empfehlung, die Planungsvorgaben der Gebarungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben des österreichischen Stabilitätsprogramms abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und den Planungshorizont zu vereinheitlichen (TZ 6).

Der RH empfahl der StGKK, WGKK und der BVA, in der Gebarungsvorschaurechnung 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.

8.3 *(1) Das BMG verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf den Grundsatz der kaufmännischen Vorsicht als ein anerkanntes unternehmensrechtliches Prinzip.*

(2) Laut Stellungnahme der StGKK sei ihr Ziel, die Prognosegenauigkeit zu forcieren. Dazu würden die Fachabteilungen seit dem Voranschlag 2015 stärker eingebunden und das Problembewusstsein aller Beteiligten noch mehr geschärft. Die intern bereits seit vielen Jahren etablierte Praxis, die Abweichungen aus dem Plan-Ist-Vergleich zu analysieren und in den Gremien zu berichten, werde weitergeführt. Auch die Abstimmung mit den anderen Trägern werde fortgeführt.

Weiters erläuterte die StGKK, diverse Unsicherheitsfaktoren würden trotz detaillierter Planung ein entsprechendes Abweichungspotenzial mit sich bringen. Die Beschlussfassung in den Gremien erfolge in der Regel bereits vor dem offiziellen Versandtermin. Die Verhandlungen mit der Ärztekammer würden in der Steiermark traditionell im Nachhinein geführt. Relevante Einflussfaktoren müssten daher anhand der Erfahrungswerte tendenziell vorsichtig geschätzt und ein Durchschnittswert aus mehreren Vorjahren müsste in Ansatz gebracht werden. Die Wirtschaftslage in der Steiermark reagiere aufgrund der starken Industrialisierung (Autocluster, Leiharbeiter etc.) besonders rasch auf negative Entwicklungen.

(3) Die WGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie sowohl auf der Ertrags- als auch auf der Aufwandsseite eine größere Prognosegenauigkeit als der Durchschnitt aller Gebietskrankenkassen aufweise. Sie sei grundsätzlich immer bemüht, ein realistisches Bild der kommenden Finanzsituation wiederzugeben, natürlich auch mit der gebotenen kaufmännischen Vorsicht.

Prognoserechnungen

(4) Die BVA pflichtete in ihrer Stellungnahme dem RH bei, dass eine Erhöhung bzw. Optimierung der Planungsgenauigkeit grundsätzlich immer anzustreben sei, verwies aber zugleich neuerlich auf das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht. Trotz der vielfältigen Unsicherheitsfaktoren und der Komplexität der Entwicklungen im Gesundheitswesen erscheine bei objektiver Betrachtung die Genauigkeitsquote der Planungen der Krankenversicherungsträger durchaus herzeigbar. Diese sei 2013 und 2014 über jener beim Bundesvoranschlag gelegen.

- 8.4** Der RH begrüßte die Zustimmung der StGKK und der BVA zum Ziel einer Erhöhung der Planungsgenauigkeit. Auch unter Berücksichtigung der angeführten Gründe für die festgestellten Abweichungstendenzen hielt er im Zusammenhang mit dem angestrebten Nutzen der Prognoserechnungen für die Steuerung eine Erhöhung der Planungsgenauigkeit für unumgänglich (siehe TZ 14).

Hinsichtlich des vom BMG angeführten Prinzips der kaufmännischen Vorsicht verwies der RH auf seine Ausführungen zu TZ 6.

Allgemeine methodische Mängel

- 9.1** (1) Die Krankenversicherungsträger planten grundsätzlich unter Berücksichtigung der Daten aus Vorjahren, bereits gebuchter Werte des aktuellen Jahres sowie aktueller Entwicklungen wie z.B. Vertragsänderungen, gesetzlicher Änderungen sowie sonstiger Informationen (z.B. Heilmittelanträge). Sie erstellten die Planung sehr detailliert, überwiegend auf Ebene einzelner Konten und aggregierten die Darstellung dann auf die geforderte Gliederung. Die Krankenversicherungsträger kombinierten bei der Planung interne Daten mit externen Informationen, insbesondere den Konjunkturprognosen von Wirtschaftsforschungsinstituten. Teilweise berücksichtigten die Träger auch bundesländerspezifische Wirtschaftsdaten vom AMS oder den Landeskammern der Wirtschaftskammerorganisation.

(2) Mängel im Vorgehen der Krankenversicherungsträger bei der Erstellung der Prognoserechnungen führten jedoch zu Beeinträchtigungen der Prognosequalität:

- a) Die Konjunkturprognosen von WIFO und IHS umfassten einen Zeitraum von zwei Jahren. Für die Planung des dritten Jahres schrieben die Träger selbst Werte fort.

Prognosen über einen längeren Prognosehorizont waren im österreichischen Stabilitätsprogramm veröffentlicht.¹⁷ Die Krankenversiche-

¹⁷ Zum Beispiel enthielt das österreichische Stabilitätsprogramm des BMF vom 21. April 2009 Daten bis zum Jahr 2013.

Träger gaben überwiegend an, von den im Stabilitätsprogramm enthaltenen Prognosen keine Kenntnis zu haben.

b) Die Anpassung der Ergebnisse aus den Prognosemodellen der Wirtschaftsforschungsinstitute auf Basis regionaler Zusatzinformationen erfolgte ohne genaue Kenntnis der den Prognosen zugrunde liegenden Modellparameter. Die Berücksichtigung der regionalen Zusatzinformationen vergrößerte allerdings die Planungsungenauigkeit.¹⁸

c) Zur Prognose der Beiträge der Pensionisten setzten die Träger keine demografischen Modelle ein, sondern schrieben historische Erfahrungswerte fort. Darüber hinaus führten Schwierigkeiten, die Aufteilung der Beiträge auf die Pensionisten zu prognostizieren, zu Planungsfehlern.

Für die Aufteilung der Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten zwischen den Trägern war ein komplexer Schlüssel maßgeblich. Veränderungen zwischen der vorläufigen und der endgültigen Berechnung der Kennzahlen nach diesem Schlüssel führten zu Nachzahlungen oder Rückzahlungen von bis zu rd. 12,18 Mio. EUR.¹⁹ Die mangelnde Aktualisierung der Berechnungslogik des Schlüssels durch den Gesetzgeber führte dazu, dass seine Zielsetzung (der Ausgleich für Veränderungen beim Beitragssatz anlässlich der Einführung des Pflegegeldes) trotz seiner Komplexität nicht mehr erreicht wurde.

d) Für die Planung der Heilmittelaufwendungen stellte der Hauptverband das Prognosemodell „EXXACT“ zur Verfügung.²⁰ Drei Elemente erschwerten jedoch die Nutzung dieses Modells für die Gebärungsvorschau:

- Das Modell enthielt nicht immer Werte für den gesamten in der Gebärungsvorschau zu planenden Zeitraum.

¹⁸ Der RH verglich dazu die mittlere Abweichung der Prognosen mit der Abweichung einer hypothetischen Prognose, die auf Basis der jeweiligen WIFO/IHS-Prognose ohne Anpassungen erfolgt wäre. Die Analyse erfolgte nur für jene Jahre, in denen vergleichbare WIFO/IHS-Prognosen veröffentlicht waren, der RH untersuchte weiters nur die Prognoserechnungen vom Februar jeden Jahres sowie nur die Prognosen für ein bzw. zwei Jahre. Somit standen je Träger neun Prognosen zur Verfügung.

¹⁹ Ursache dafür konnten z.B. unterschiedliche Anstiege der Pensionistenzahlen zwischen den Bundesländern sein.

²⁰ Prognosemodell EXXACT (Expert based and Extrapolational Analytical Cost of Medicines-Tool): Prognosemodell für die Entwicklung des Aufwands für Heilmittel, das von einer Fachabteilung des Hauptverbands den Krankenversicherungsträgern seit Juni 2007 zweimal jährlich mitgeteilt wurde. Das Modell basierte auf einer Befragung von Experten innerhalb und außerhalb der Krankenversicherungsträger zwecks Einholung ihrer Meinung. Weiters wird mit den Daten der Heilmittelabrechnung ein Mischwert für die den Aufwand der Heilmittel beeinflussenden Struktur-, Mengen- und Preiseffekte berechnet. Darüber hinaus wurde noch ein Gesamt-Steigerungsprozentsatz ermittelt.

Prognoserechnungen

Der Hauptverband teilte die Ergebnisse den Trägern häufig erst nach der Vorlage der Gebarungsvorschaurechnung mit.

- Die im Modell zur Verfügung gestellten Informationen waren für die Träger nicht ausreichend. Es war z.B. nicht möglich, einen Bezug zu regional unterschiedlich häufig auftretenden Erkrankungen herzustellen. Ergebnis des Prognosemodells EXXACT war nämlich lediglich ein Steigerungsprozentsatz für den Heilmittelaufwand insgesamt (auf Basis einer Expertenbefragung) ohne weitere Angaben (Ursachenanalyse, regionale Verteilung, Diagnosegruppen etc.).

9.2 Der RH kritisierte,

- dass die Krankenversicherungsträger nicht alle verfügbaren Prognosen zur Wirtschaftsentwicklung (insbesondere nicht jene aus dem Stabilitätsprogramm) berücksichtigten;
- dass die vom RH näher analysierten Änderungen der Prognoseparameter der Wirtschaftsforschungsinstitute überwiegend zu einer Verschlechterung der Prognosegenauigkeit geführt hatten;
- dass die Prognose der Entwicklung der Zahl der Pensionisten als Parameter für die Beitragsentwicklung wenig auf die demografische Entwicklung abgestimmt war;
- dass die Aufteilung der Beiträge von Pensionisten komplex war und trotzdem mangels Aktualität die ursprüngliche Zielsetzung nicht mehr erreichte sowie
- dass der Hauptverband in seinem Prognosemodell EXXACT die Prognosezeiträume und Erstellungszeitpunkte nicht mit der Gebarungsvorschau koordinierte und als Ergebnis lediglich Prozentwerte ohne Begründungen lieferte.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, Maßnahmen zu setzen, um die Prognosegenauigkeit der Krankenversicherungsträger zu verbessern, insbesondere:

- die verfügbaren Quellen zur Wirtschaftsentwicklung den Trägern möglichst vollständig zur Verfügung zu stellen, insbesondere die Prognosen des Stabilitätsprogramms;
- die Regionalisierung und Aktualisierung der Prognosen von WIFO und IHS zu unterstützen;

- für die Prognose der Beitragseinkommen der Pensionisten demografische Modelle zur Verfügung zu stellen;
- Verbesserungen im Prognosemodell EXXACT anzustreben, insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Abstimmung mit den Anforderungen der Prognoserechnungen und der inhaltlichen Begründung der Modelle.

Der RH empfahl weiters dem BMG und dem Hauptverband, auf eine deutliche Vereinfachung der Regelung zur Aufteilung der Pensionsbeiträge hinzuwirken.

9.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die für die Festsetzung des Aufteilungsschlüssels in der Krankenversicherung für Pensionisten zu beachtenden Kriterien seien bereits einige Male geändert worden. Der Aufteilungsschlüssel werde vom BMG im Einvernehmen mit dem BMASK mit Verordnung festgesetzt. Dem BMG seien aktuell keine Beschwerden seitens des Hauptverbands und der Krankenversicherungsträger dazu bekannt. Sollte der Hauptverband mit einem mit den Krankenversicherungsträgern abgestimmten Änderungsvorschlag an das BMG herantreten, so wäre dieser gemeinsam mit dem BMASK einer Bewertung zu unterziehen.*

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen. Er wies weiters darauf hin, dass die einschlägigen Datenquellen durch Weisungen der Aufsichtsbehörden nach § 444 ASVG zu gestalten seien.

(3) Laut Stellungnahme der StGKK habe ihre bisherige Vorgangsweise für die Planung der Beitragseinnahmen der Pensionisten bei der Ex-post-Betrachtung vergleichsweise große Abweichungen ergeben. Die StGKK sei somit an einer Änderung sehr interessiert und schlage für den Themenkomplex Beitragseinnahmen der Pensionisten die Bildung einer Arbeitsgruppe vor.

(4) Wie die WGKK in ihrer Stellungnahme mitteilte, seien bei einer Vereinfachung der Regelung zur Aufteilung der Pensionsbeiträge auch die Hebesatzproblematik (unterschiedliche Hebesätze, unterschiedliche Beitragsleistung des Bundes pro Pensionist) und der Deckungsgrad der Krankenversicherungsleistungen an die Pensionisten zu berücksichtigen. Ebenso sei es von Vorteil, wenn alle Krankenversicherungsträger eine Einzelnachweisung für die Pensionisten erstellen würden. Bei der Verteilung der Pensionsbeiträge müssten alle Krankenversicherungsträger einbezogen werden.

Prognoserechnungen

9.4 Der RH erachtete gegenüber dem BMG einen bloßen generellen Verweis auf den Konsens aller Systempartner als nicht zielführend. Er vermochte nicht zu erkennen, warum das BMG die von ihm zu erlassende Verordnung betreffend den Aufteilungsschlüssel für Pensionisten von Beschwerden des Hauptverbands bzw. der Krankenversicherungsträger bzw. von einem zwischen diesen abgestimmten Vorschlag abhängig machte.

Fehlendes Benchmarking der Prognosegenauigkeit

10.1 Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der Genauigkeit der Gebärungsprognosen der Krankenversicherungsträger im Vergleich zum Durchschnitt aller Krankenversicherungsträger bzw. aller Gebietskrankenkassen (dabei bedeutet ein Wert unter 100 % eine genauere Planung als der Schnitt aller Träger, ein Wert über 100 % eine weniger genaue Planung):²¹

Tabelle 4: Durchschnittliche Prognoseabweichungen 2009 bis 2013 im Trägervergleich						
	Summe Erträge	Beiträge Aktive	Beiträge Pensionisten	Summe Aufwendungen	ärztliche Hilfe	Heilmittel
	in % des jeweils endgültigen Ergebnisses					
alle Krankenversicherungsträger	1,0	1,4	1,8	1,7	1,4	6,5
alle GKK	1,3	1,8	2,1	1,8	1,5	5,9
StGKK	1,7	2,4	3,5	2,7	3,6	7,0
WGKK	1,0	1,5	1,7	1,1	1,0	5,8
BVA	1,3	1,9	1,9	2,1	2,3	9,0
	in % des Durchschnitts aller Krankenversicherungsträger					
alle Krankenversicherungsträger	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
alle GKK	132,7	132,9	118,3	105,0	107,1	91,3
StGKK	174,6	175,3	199,4	158,9	259,0	108,8
WGKK	100,2	113,1	93,9	62,5	73,1	90,4
BVA	132,0	139,1	107,0	121,2	162,0	139,2

Quellen: Rohdaten Gebärungsvorschaurechnung der Krankenversicherungsträger; Auswertung RH

²¹ Die Werte sind im Einzelnen wie folgt berechnet: Zunächst wurde über alle Prognoserechnungen, die für die Jahre 2009 bis 2013 vorlagen, der Absolutbetrag der Abweichung vom endgültigen Ergebnis des jeweiligen Jahres ermittelt. Im zweiten Schritt wurde der Durchschnitt dieser Abweichungen ermittelt. Schließlich wurde das Ergebnis als Prozentwert des endgültigen Wertes für alle Krankenversicherungsträger dargestellt, um einen Vergleich zu ermöglichen.

- Die StGKK wies sowohl bei den Beiträgen als auch bei den Aufwendungen deutlich höhere Abweichungen als die Summe der Krankenversicherungsträger und auch als die Summe der Gebietskrankenkassen auf.²²
- Die WGKK wies sowohl auf Ertragsseite als auch auf Aufwandsseite eine größere Prognosegenauigkeit auf als der Schnitt aller Gebietskrankenkassen.
- Die BVA wies ebenfalls eine höhere Abweichung auf als der Schnitt der Krankenversicherungsträger, wobei im Betrachtungszeitraum auf Beitragsseite eine Gesetzesänderung erfolgte, die in den längerfristigen Prognoserechnungen noch nicht berücksichtigt werden konnte.²³

Die Abweichung war bei allen Trägern im Bereich der Heilmittel am größten.

Ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit zwischen den Trägern erfolgte nicht.

10.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Prognosegenauigkeit im Trägervergleich erheblich unterschiedlich war. Im Bereich der Heilmittel hatte z.B. die BVA eine durchschnittliche Prognoseabweichung von 9,0 %, die StGKK von 7,0 % und die WGKK von 5,8 %. Im Bereich der ärztlichen Hilfe hatte die StGKK eine durchschnittliche Abweichung von 3,6 %, die BVA von 2,3 % und die WGKK von 1,0 %. Der RH kritisierte, dass kein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit erfolgte.

Der RH empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA, regelmäßig ein Benchmarking der Prognosegenauigkeit durchzuführen.

10.3 (1) *Die StGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, ein trägerübergreifendes Benchmarking erfordere Detailwissen über die Annahmen aller Träger und eine Vergleichbarkeit der Vorgangsweise, was ressourcen-*

²² Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die StGKK bei den Beitragseinnahmen insbesondere für Aktive auch in den Ist-Werten eine höhere Fluktuation aufwies, dies insbesondere im Jahr 2009. Die StGKK erläuterte das mit einer stärkeren Auswirkung konjunktureller Schwankungen aufgrund eines höheren Industrieanteils. Häufig wird bei Kennzahlen über die Prognosequalität die stärkere Schwankung der Ist-Werte durch eine Skalierung über die Standardabweichung der Schwankungen im endgültigen Wert normiert. Unter Anwendung dieser Methodik ist die Genauigkeit der Prognose bei der StGKK bei den Beiträgen der Aktiven durchaus mit dem aller GKK vergleichbar.

²³ Dabei ist insb. auf die lange andauernde Unsicherheit über Zeitpunkt und Höhe des Abschlusses zur ärztlichen Hilfe zu verweisen.

Prognoserechnungen

intensiv erscheine. Die Frage sei, ob der damit verbundene Nutzen den Aufwand rechtfertige.

(2) Die WGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie bereits jetzt quartalsweise Abweichungsanalysen für den eigenen Träger erstelle. Ein trägerübergreifendes Benchmarking berühre das Interesse aller Träger an Qualitätssicherung, wodurch eine zentrale Auswertung durch den Hauptverband sinnvoll sei.

(3) Laut Stellungnahme der BVA führe sie bereits ein Benchmarking durch. Das Finanzwesen erstelle jährlich Abweichungsanalysen (Soll-Ist-Vergleiche der Erfolgsrechnungsergebnisse) mit den rollierenden Einschätzungen aus den vorangegangenen Prognoserechnungen. Die BVA werde dieses interne Benchmarking weiter ausbauen.

10.4 (1) Der RH merkte hinsichtlich der von der StGKK aufgeworfenen Frage des Kosten-Nutzen-Verhältnisses an, dass der Nutzen von der tatsächlichen Verwendung der Prognoserechnungen als Steuerungsinstrument abhängt. Sobald tatsächlich wesentliche Entscheidungen (z.B. Tarifierhöhungen, Leistungserweiterungen oder Kürzungen) von den dort behandelten Parametern abhängig gemacht werden, ist die Genauigkeit der Prognosen von ausreichender Bedeutung für eine genaue Analyse.

(2) Den Hinweis der WGKK auf die Zweckmäßigkeit der Durchführung der Abweichungsanalyse durch den Hauptverband erachtete der RH als zutreffend. Er verwies diesbezüglich auf die Empfehlung in TZ 12.

(3) Gegenüber der BVA wies der RH darauf hin, dass ein externes Benchmarking, d.h. ein Vergleich zwischen den Krankenversicherungsträgern, hinsichtlich der Planungsgenauigkeit wesentlich mehr Informationen als die bisher durchgeführten internen Analysen bieten würde.

Unterschiede im Planungsprozess

11.1 Zwischen den Krankenversicherungsträgern gab es Unterschiede im Planungsprozess bezüglich der Erstellung der Vorschaurechnungen:

(1) Die Krankenversicherungsträger erarbeiteten die Prognosen trotz einheitlich geregelter Abgabezeitpunkte zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Beispielsweise schloss die SVA die Arbeiten zum Jahresvoranschlag (der am 15. Februar abzugeben war) bereits Ende November ab, andere Träger arbeiteten bis Mitte Februar daran. Dementsprechend wurden unterschiedlich aktuelle Informationen berücksichtigt (z.B. Abschluss von Kollektivverträgen etc.).

Ursache dafür war, dass die Gremien der Träger zu unterschiedlichen Zeitpunkten zusammentraten und in unterschiedlicher Weise befasst wurden: Zum Beispiel befassten fünf Träger die Gremien vor Übermittlung des Jahresvoranschlags an den Hauptverband bzw. das BMG; acht Träger befassten die Gremien im Nachhinein. Bei den Gebärungsvorschaurechnungen legten zwei Träger die Prognosen vor Übermittlung ihren Gremien vor, die August-Prognose wurde bei keinem Träger vor Übermittlung von den Gremien beschlossen.

(2) Plan-Ist-Vergleiche zwischen den Abrechnungsdaten und den Gebärungsvorschaurechnungen erfolgten bei einem Krankenversicherungsträger monatlich, bei neun Krankenversicherungsträgern vierteljährlich, bei einem Krankenversicherungsträger zwei- bis dreimal jährlich und bei einem Träger einmal pro Jahr.

(3) Für die Prognose der Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige verwendeten fünf Gebietskrankenkassen zusätzlich zu den bundesweiten Prognosen auch regionale Daten, z.B. von den regionalen Arbeitsmarktservices und den Landeskammern der Wirtschaftskammerorganisation, während vier Gebietskrankenkassen keine regionalen Zusatzinformationen für ihre Prognosen verwendeten. Drei Krankenversicherungsträger verwendeten die dem österreichischen Stabilitätsprogramm zugrunde liegende Wirtschaftsprognose für ihre Gebärungsvorschaurechnung, neun nicht.

(4) Die WGKK (deren Prognosegenauigkeit höher war als jene der StGKK, siehe TZ 10) führte wesentlich öfter Aktualisierungen der Prognosen durch als die StGKK. Zum Beispiel änderte die WGKK im Bereich der „Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige“ in 71 % der Fälle die Höhe ihrer Prognosen (in 29 % der Prognosezeitpunkte führte sie diese einfach fort), die StGKK in 51 % der Fälle.²⁴

(5) Aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher bzw. vertraglicher Regelungen standen die Daten über die Abrechnung der Leistungen unterschiedlich schnell zur Verfügung. Während die StGKK und die WGKK quartalsweise mit den Ärzten abrechneten, standen der BVA die Abrechnungsdaten monatlich zur Verfügung.

(6) Die durchschnittliche Abweichung bei der ärztlichen Hilfe lag dann, wenn die Honorarabschlüsse mit der Ärztekammer im Nachhinein

²⁴ Die Häufigkeit der Änderungen lag bei den Aufwendungen für ärztliche Hilfe bei rd. 63 % bei der WGKK, bei 29 % bei der StGKK, bei den Heilmitteln bei der WGKK bei 57 %, bei der StGKK bei 31 %.

Prognoserechnungen

erfolgten,²⁵ um rd. das 1,7-Fache höher als bei Abschlüssen im Vorhinein.

11.2 (1) Der RH kritisierte, dass

- die Prognosen der Träger zum Teil zu früh vor den Abgabezeitpunkten für die Prognosen erstellt wurden, wodurch aktuelle Informationen nicht mehr aufgenommen werden konnten,
- einige Prognoserechnungen regelmäßig nicht von den Gremien der Träger beschlossen wurden,
- Plan-Ist-Vergleiche teilweise nur unregelmäßig bzw. in großen Abständen erfolgten,
- die verfügbaren Informationen (z.B. regionale Wirtschaftsdaten oder die dem österreichischen Stabilitätsprogramm zugrunde liegenden Prognosen) nicht vollständig genutzt wurden,
- die StGKK wesentlich öfter die bestehenden Prognosen fortschrieb als die WGKK (die ihre Prognosen häufiger aktualisierte).

Der RH empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA, für die Prognosen möglichst aktuelle und vollständige Informationen zu verwenden. Weiters empfahl er ihnen, die Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung zu verstärken, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan-Ist-Vergleiche.

(2) Weiters wies der RH darauf hin, dass der Zeitpunkt der Vertragsabschlüsse mit den Ärztekammern und die Fristen für die Abrechnung der Honorare Einfluss auf die zum Zeitpunkt der Planung verfügbaren Informationen hatten und somit die Prognosegenauigkeit beeinflussten.

Der RH verkannte nicht, dass bei den Verhandlungen über die Tarife und die Abrechnungsmodalitäten zahlreiche Überlegungen in die Vereinbarungen einfließen, empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA jedoch, bei den Vertragsabschlüssen auch die Planbarkeit der künftigen Ausgaben zu berücksichtigen.

²⁵ das heißt nach den bereits erbrachten Leistungen, also z.B. im Dezember 2012 für die Leistungen des Jahres 2012

11.3 (1) *Das BMG teilte in seiner Stellungnahme die vom RH geäußerte Kritik, dass die Prognosen zum Teil zu früh vor den Abgabezeitpunkten erstellt wurden, wodurch aktuelle Informationen nicht mehr aufgenommen werden konnten.*

(2) Laut Stellungnahme der StGKK liege die Planungsgenauigkeit in einem Spannungsfeld mit der Datenlage. Die Beschlussfassung in den Gremien erfolge in der Regel bereits vor dem offiziellen Versandtermin mit entsprechendem Vorlauf. Die Verhandlungen mit der Ärztekammer würden in der Steiermark traditionell im Nachhinein geführt. Relevante Einflussfaktoren müssten daher anhand der Erfahrungswerte tendenziell vorsichtig geschätzt und es müsse ein Durchschnittswert aus mehreren Vorjahren in Ansatz gebracht werden. Diese Unsicherheitsfaktoren würden trotz detaillierter Planung ein entsprechendes Abweichungspotenzial bewirken. Die vergangenen Jahre hätten aber auch gezeigt, dass die Wirtschaftslage in der Steiermark aufgrund der starken Industrialisierung rascher auf negative Entwicklungen reagiere als die der übrigen Bundesländer.

Dennoch sei es das Ziel der StGKK, die Prognosegenauigkeit zu forcieren. Dazu würden die Fachabteilungen seit dem Voranschlag 2015 noch stärker eingebunden und das Problembewusstsein aller Beteiligten noch mehr geschärft. Die intern bereits seit vielen Jahren etablierte Praxis, die Abweichungen aus dem Plan-Ist-Vergleich zu analysieren und in den Gremien zu berichten, werde weitergeführt. Auch die Abstimmung mit den anderen Trägern werde fortgeführt.

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie besonders häufig Aktualisierungen vornehme und die Befassung der zuständigen Gremien in der Regel zeitnah erfolge. Allerdings seien die Honorarverhandlungen zum Erstellungszeitpunkt der Prognoserechnungen manchmal noch nicht abgeschlossen.

(4) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme ausführte, komme sie dem Erfordernis möglichst aktueller Informationen bereits weitestmöglich nach. Sie setze zur finanziellen Unternehmenssteuerung u.a. die quartalsweise rollierenden vorläufigen Erfolgsrechnungen, Voranschläge, Gebarungsvorschaurechnungen, Finanz- und Liquiditätspläne ein. Dadurch stünden jederzeit wichtige Steuerungsinformationen zur Verfügung und es sei möglich, den voraussichtlichen Erfolg für die Planungszeiträume abzuschätzen, dessen Komponenten zu erkennen, rechtzeitig Abweichungen festzustellen und Steuerungsmaßnahmen zu treffen. Dabei sei neben der Büroebene auch die Selbstverwaltung eingebunden, z.B. würden die Gebarungsvorschaurechnungen bzw. die BSC-Finanzziele im Vorstand beschlossen. Bei wesentlichen Themen sei auch die

Prognoserechnungen

Kontrollversammlung (bzw. ihr Arbeitsausschuss) aktiv eingebunden und agiere laufend vor Ort. In der Regel fänden wöchentliche Informationsbesprechungen mit dem Finanzleiter statt. Der Jahresvoranschlag werde mit dem Arbeitsausschuss der Kontrollversammlung inhaltlich und strategisch in einer themenspezifischen Klausur anhand eines umfangreichen Büroberichts erörtert. So werde auch für die Rechnungsabschlüsse vorgegangen.

*Zur Berücksichtigung der Planbarkeit bei den Vertragsabschlüssen mit der Ärztekammer führte die BVA aus, dass sie dies grundsätzlich anstrebe. Ungeachtet dessen befürworte sie, in den Rechnungslegungsbestimmungen die Möglichkeit von Rückstellungen im Leistungsbe-
reich vorzusehen, um in bestimmten Situationen in der Erfolgsrechnung periodenrichtig Vorsorge für noch zu erwartende Aufwendungen treffen zu können.*

- 11.4** Der RH erkannte in den Stellungnahmen der StGKK, der WGKK und der BVA die Erläuterung der bestehenden Rahmenbedingungen. Er erinnerte jedoch daran, dass er empfohlen hatte, diese Rahmenbedingungen (z.B. den Zeitpunkt der Beschlussfassung durch die Gremien, die Zeitplanung der Vertragsverhandlungen etc.) auf eine stärkere Steuerungswirkung hin auszurichten.

Er begrüßte im Übrigen die positive Stellungnahme der BVA zur Möglichkeit von Rückstellungen.

Nachgängige Abweichungsanalyse

- 12.1** (1) Der Hauptverband und das BMG waren zwar bei der Erstellung der Prognoserechnungen eingebunden, führten jedoch keine nachgängige Qualitätssicherung durch.

Vertreter der Aufsichtsbehörden waren bei der Beschlussfassung zu den Prognoserechnungen im Vorstand anwesend. Auf Basis der Prognosen der einzelnen Sozialversicherungsträger erstellte der Hauptverband eine Zusammenfassung der prognostizierten Werte. Das BMG erarbeitete daraus eine Gegenüberstellung der Annahmen zu einzelnen Bereichen und erstattete dem Bundesminister Bericht über Annahmen und Ergebnisse der Gebarungsvorschaurechnungen.

Weder der Hauptverband noch das BMG analysierten die Gebarungsvorschauen nach Bekanntwerden der endgültigen Werte im Hinblick auf ihre Genauigkeit im Vergleich.

(2) Die Zusammenfassungen des Hauptverbands wurden als nicht maschinell einlesbare Excel-Sheets erstellt. Aufgrund der nicht einheitlichen Struktur der Excel-Sheets konnten diese nur mit erheblichem Aufwand vereinheitlicht werden, damit auch Aussagen bezüglich der Prognosequalität über einen längeren Zeitraum bzw. im Trägervergleich getätigt werden konnten.

(3) Der RH erhob, ob bei einzelnen Trägern hohe Abweichungen bei einzelnen Positionen systematisch auftraten.²⁶ Dabei traten folgende Auffälligkeiten zu Tage:

- Ein Träger setzte bei der ärztlichen Hilfe, solange noch keine Echt-Daten des jeweiligen Jahres verfügbar waren, nicht den erwarteten Wert, sondern die Zielvorgabe laut Kassensanierungspaket (siehe TZ 16 ff.) an. Dies auch in Jahren, in denen diese Zielvorgaben bereits unrealistisch wirkten.
- Ein Träger lag im Bereich Heilmittel in 59 der 65 Prognosezeitpunkte außerhalb der Bandbreite der übrigen Träger. Er teilte dem RH mit, dass er im Bereich der Heilmittel bewusst „extrem“ vorsichtig plane.
- Ein Träger wies im Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel besonders hohe Planungsungenauigkeiten auf. Der Träger begründete dies mit der damals mangelnden Qualität der Datenlage. Die Leistungs-codes aus dem Abrechnungssystem hätten sich nur schwer den Finanzkonten zuordnen lassen. Damit war die Hochrechnungsgrundlage deutlich unsicherer als mit den Standardprodukten zur Zeit der Gebärungsüberprüfung.

12.2 Der RH kritisierte, dass keine trägerübergreifende Ex-post-Analyse der Prognosequalität erfolgte. Er hielt eine derartige Qualitätssicherung für wesentlich, um die Prognosegüte zu verbessern.

²⁶ Der RH untersuchte dazu, wie oft welcher Träger bei welchen Positionen der Erfolgsrechnung eine bestimmte Bandbreite von Abweichungen überschritt. Als Bandbreite wählte der RH die doppelte Standardabweichung der Werte der einzelnen Krankenversicherungsträger hinsichtlich der Prognoseungenauigkeiten für jeweils eine idente Position der Erfolgsrechnung zu jeweils einem bestimmten Prognosezeitraum. Als Ausreißer wertete der RH nur Prognoseungenauigkeiten, die über um mehr als die doppelte Standardabweichung vom Mittelwert der Abweichung abwichen. Die Bandbreite wurde so gewählt, dass statistisch jeder Träger rund drei- bis viermal außerhalb dieser Bandbreite zu erwarten wäre. Der RH schloss dabei jene Bereiche aus, in denen durch gesetzliche Änderungen (z.B. bei Beitragssätzen) eine plausible Erklärung für die hohe Abweichung vorlag (z.B. bei der SVA aufgrund von Beitragsänderungen).

Prognoserechnungen

Der RH wies darauf hin, dass bereits seine – auf gravierende Unterschiede zwischen den Trägern beschränkte – Analyse Vorgehensweisen aufgezeigt hatte (Ansatz von Ziel– statt Planwerten, bewusst „extrem“ vorsichtige Planung, schlechte Datenlage bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln), bei denen ein frühzeitiges Gegensteuern die Planungsgenauigkeit systematisch verbessert hätte.

Der RH wies darauf hin, dass eine derartige Ex-post-Analyse durch die Erfassung der Prognoserechnungen in maschinell einlesbarer Form (z.B. als Datenbank statt als Excel-Datei) erleichtert würde.

Er empfahl daher dem BMG, in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband regelmäßig die Qualität der Prognoserechnungen anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten zu überprüfen und systematisch hohe Abweichungen bei einzelnen Trägern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung für Verbesserungen in der Vorgehensweise zu nutzen.

12.3 *Das BMG sah in seiner Stellungnahme diesbezüglich keinen Handlungsbedarf. Die Leitlinien für die Erstellung des Jahresvoranschlags und der Gebarungsvorschaurechnung seien in den Rechnungsvorschriften geregelt. Bei auffälligen Steigerungen größerer Aufwandspositionen erfolge vom BMG – sofern der Grund hierfür nicht aus den von den Versicherungsträgern mitgelieferten Erläuterungen hervorgehe – eine Rückfrage beim Versicherungsträger.*

12.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass es zur Erhöhung der Qualität der Prognosen erforderlich wäre, ex post regelmäßig zu analysieren, warum welcher Träger bei welchen Positionen stärker vom Ist-Wert abweicht als andere. Die im Sachverhalt dargestellten Mängel könnten dadurch vermieden werden, was insgesamt zu einer Verbesserung der Planungsqualität beitragen würde. Diese Unterschiede sind aus dem vom BMG laut dessen Stellungnahme durchgeführten Ex-ante-Vergleich zwischen Prognose und Vorjahr nicht erkennbar, da sie sich erst aus dem Vergleich der Prognose mit dem Ist-Wert ergeben. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Erläuterungen zu den Prognoserechnungen

13.1 Den Jahresvoranschlägen und den Gebarungsvorschaurechnungen, nicht aber den vorläufigen Erfolgsrechnungen waren Erläuterungen anzuschließen.²⁷ Die Erläuterungen der Gebarungsvorschaurechnungen waren allerdings häufig wenig aussagekräftig („raschere Erholung der Wirtschaft“). Oft wurden nur allgemeine Aussagen wiederholt. In-

²⁷ Erläuterungen waren für die Änderung der Prognosewerte bedeutender Positionen beizulegen. Unter bedeutenden Positionen wurden in diesem Zusammenhang Positionen verstanden, deren Wert größer als 3 % der Aufwendungen oder Erträge war.

samt waren die Erläuterungen nur bedingt geeignet, um einzuschätzen, wie realistisch die Gebarungsvorschaurechnungen erstellt wurden.

- 13.2** Der RH kritisierte, dass das BMG in den Weisungen für die Prognoserechnungen keine Erläuterungen für die vorläufige Erfolgsrechnung vorgesehen hatte. Er kritisierte weiters, dass bei den Trägern die Erläuterungen der Gebarungsvorschaurechnungen nicht für eine inhaltliche Beurteilung der Qualität der Gebarungsvorschaurechnungen geeignet waren.

Diese beiden Umstände erschwerten die Analyse und das inhaltliche Verständnis der Prognoserechnungen.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem BMASK, in den Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen und verstärkt darauf zu achten, dass diese Erläuterungen aussagekräftig formuliert werden.

- 13.3** *(1) Das BMG und das BMASK begrüßten in ihren Stellungnahmen die Empfehlung des RH, in den Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen. Dies werde im Zuge der nächsten Änderung der Rechnungsvorschriften mit den Sozialversicherungsträgern diskutiert werden.*

(2) Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, die Erläuterungen der Annahmen aber auch der Veränderungen zur letzten Vorschau lägen intern vor. Sie habe der Kritik des RH zur Aussagekraft der Erläuterungen bereits Rechnung getragen: Seit dem Voranschlag 2016 führe sie die Annahmen in ihren Begründungen detaillierter aus, indem in den wichtigsten Positionen auch die erwartete Entwicklung der einzelnen Einflussparameter angeführt sei.

(3) Laut Stellungnahme der WGKK würden ihre Erläuterungen grundsätzlich den Rechnungsvorschriften entsprechen.

- 13.4** (1) Der RH erinnerte gegenüber den Stellungnahmen von BMG und BMASK daran, dass die Rechnungsvorschriften eine Weisung des BMG im Einvernehmen mit dem BMASK darstellten. Im Hinblick auf die erforderliche aktive Wahrnehmung der Verantwortungen (siehe TZ 1 und 3) wäre – über eine Diskussion hinausgehend – die von beiden Bundesministerien inhaltlich ohnehin begrüßte Empfehlung des RH zeitnah umzusetzen.

Prognoserechnungen

(2) Der Hinweis der WGKK auf die erfolgte Einhaltung der Vorschriften ging nach Ansicht des RH ins Leere, da einerseits die Aussagekraft der Erläuterungen nur bedingt eine Frage der Regeleinhaltung war und andererseits der RH gerade eine Erweiterung der Rechtsgrundlagen empfohlen hatte (Erläuterungen auch für die vorläufigen Erfolgsrechnungen).

Nutzung in der gesamtstaatlichen Planung

14.1 Das BMG und die Krankenversicherungsträger gaben an, dass sie es aufgrund der zeitlich verzögerten Wirkung von Steuerungsmaßnahmen bzw. der langen Vorlaufzeit für gesetzliche Änderungen für wesentlich hielten, rechtzeitig auf Basis einer mittelfristigen Planung Maßnahmen zu setzen und dass diese Funktion der Gebarungsvorschaurechnung zukommen sollte.

Das BMF meldete jedoch im österreichischen Stabilitätsprogramm andere Werte zur budgetären Entwicklung der Krankenversicherungsträger, als sich aus den Gebarungsvorschaurechnungen der Krankenversicherungsträger ergaben. Diese Planwerte waren im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 in der Regel optimistischer als die Gebarungsvorschaurechnung.

Die Prognose-Überlegungen des BMF waren erheblich weniger detailliert als die Gebarungsvorschaurechnungen der einzelnen Träger.

14.2 Der RH wies darauf hin, dass das BMF seinen Planungen andere Berechnungen zugrunde legte als die Sozialversicherungsträger und nicht die Werte der Gebarungsvorschaurechnungen ansetzte.

Nach Ansicht des RH war dies eine Folge der unterschiedlichen Planungsmaßstäbe und der sich daraus ergebenden systematisch hohen Abweichungen der Gebarungsvorschaurechnungen von den Ist-Werten (siehe TZ 6).

Der RH erachtete es als nachteilig, dass dadurch die gesamtstaatliche Haushaltsplanung auf die detaillierteren Überlegungen der Gebarungsvorschaurechnungen und die darin enthaltene sachliche Kompetenz (z.B. hinsichtlich der Entwicklung von Heilmitteln, Honorarabschlüssen mit Ärzten etc.) nicht zurückgreifen konnte. Umgekehrt war es für das BMG und die Krankenversicherungsträger nachteilig, dass das BMF seine Planungen nicht wichtigen Entscheidungsgrundlagen wie der mittelfristigen Haushaltsplanung zugrunde legte.



Prognoserechnungen

BMASK BMF BMG

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung (TZ 6), die Planungsvorgaben der Gebärungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und den Planungshorizont zu vereinheitlichen.

14.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht als anerkanntes unternehmensrechtliches Prinzip und darauf, dass keine rechtliche Verpflichtung zu einer Vier-Jahres-Planung bestehe.*

14.4 Der RH verwies auf seine Gegenäußerung zu TZ 6, wonach die gesamtstaatliche Planung das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht für Gebietskörperschaften nicht vorsieht und auch im Unternehmensrecht dieses Prinzip zwar für die Rechnungsabschlusserstellung, nicht aber für Prognoserechnungen gilt. Im Übrigen zielte seine Empfehlung darauf ab, dass das BMG die rechtlichen Verpflichtungen für die mittelfristige Planung selbst im Zuge seiner Weisungskompetenz gestaltet.

Zusammenfassung
– Prognoserechnungen

15 Gebärungsvorschaurechnungen wären ein wichtiges Instrument für die Steuerung der finanziellen Gebärung der Krankenversicherungsträger. Die gesetzliche Krankenversicherung war nämlich einerseits von kurzfristig auftretenden Änderungen (z.B. pharmazeutischen Innovationen, Honorarforderungen von Vertragspartnern etc.) geprägt. Andererseits hatten die erforderlichen Steuerungsmaßnahmen oft längere Vorlaufzeiten (z.B. Gesetzesänderungen) und betrafen langfristige Wirkungszusammenhänge (z.B. Beeinflussung von Patientenverhalten). Daher war eine mittelfristige und rollierende Planung essentiell.

Der RH stellte jedoch wesentliche Mängel in der Gebärungsvorschau-rechnung fest:

- Die Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) wichen von jenen der mittelfristigen Planung des Bundes ab.
- Die Gliederung der Prognoserechnungen war nur bedingt zur Steuerung geeignet.
- Selbst bei hohen prognostizierten Abgängen waren keine Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.

Prognoserechnungen

- Die Prognoseabweichungen betrugen – bezogen auf den ersten Prognosezeitpunkt – im Schnitt der Jahre 2009 bis 2013 rd. 592,07 Mio. EUR und waren damit zu hoch, um die notwendigen Informationen für eine Steuerung zu bieten.
- Die Erläuterungen für die angesetzten Werte waren unvollständig und wenig aussagekräftig.
- Eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse (z.B. Änderungszeitpunkte, Planungsansätze etc.) fehlten.
- Es bestanden methodische Mängel bei einzelnen Punkten.

Um die Gebarungsvorschaurechnung zur Steuerung einsetzen zu können, wäre eine deutlich höhere Prognosegenauigkeit erforderlich. Dazu war nach Ansicht des RH eine Reihe von Verbesserungen erforderlich, insbesondere:

- eine Abstimmung der Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) mit der mittelfristigen Planung des Bundes,
- eine Fokussierung auf eine möglichst realistische Planung und eine Nutzung möglichst aktueller und vollständiger Informationen,
- die Vorgabe, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen,
- eine Ausrichtung der Gliederung der Prognoserechnungen auf Steuerungsgesichtspunkte (Aufteilung wesentlicher Positionen wie ärztliche Hilfe, Zusammenfassung weniger steuerungsrelevanter Positionen),
- eine Ergänzung bzw. Verbesserung der Erläuterungen für die angesetzten Werte,
- ein klares Konzept zur Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung (insbesondere Befassung der Gremien und zur Nutzung für aktuelle Plan-Ist-Vergleiche),
- eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse (z.B. Änderungszeitpunkte, Planungsansätze etc.),

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

- Verbesserungen bei einzelnen Positionen, wie z.B. bei der EXXACT-Prognose, bei der Einschätzung der Entwicklung der Anzahl der Pensionisten und eine Vereinfachung hinsichtlich des Aufteilungsschlüssels der Beiträge der Pensionisten.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Entstehung und
Kerninhalte

- 16.1** (1) Die finanzielle Lage der Gebietskrankenkassen verschlechterte sich in den Jahren vor 2009 massiv. Betrug ihr Reinvermögen im Jahr 2001 noch rd. + 719,05 Mio. EUR, lag es im Jahr 2008 bei rd. – 708,14 Mio. EUR. Die Gebarungsvorschau für die kommenden Jahre ließ eine weitere Ergebnisverschlechterung erwarten.

Bei drohender Zahlungsunfähigkeit eines Krankenversicherungsträgers bestanden damals keine klaren Vorgaben, wer unter welchen Voraussetzungen und in welcher Reihenfolge Maßnahmen zu setzen hatte.

Der RH hatte daraufhin im Jahr 2008 empfohlen, ein Sanierungskonzept für die WGKK zu erstellen, da die Versorgung der Wiener Bevölkerung aus eigenen Mitteln der WGKK nicht mehr gesichert erschien.²⁸ Er hatte weiters dem BMG empfohlen, wegen der angespannten finanziellen Lage ein klares Eskalationsszenario zu erstellen²⁹ (insbesondere Vorgaben, unter welchen Voraussetzungen weitere Kreditaufnahmen zulässig sind; wann allenfalls Selbstbehalte gemäß § 31 Abs. 5a ASVG einzuführen sind; welche Verbindlichkeiten verspätet beglichen werden sollen, wobei keine Gläubiger begünstigt werden dürfen).

(2) Im Mai 2008 legten das BMG und das B MASK ein Sanierungskonzept³⁰ vor. Es enthielt eine finanzielle Unterstützung der Krankenversicherungsträger von rd. 1,400 Mrd. EUR durch den Bund³¹ und ausgabendämpfende Maßnahmen bei Ärzten (z.B. die Aufteilung der Gesamtverträge nach Fachrichtungen, Einführung einer Patientenquittung³²) und Heilmitteln (z.B. eine „aut idem“-Regelung)³³ sowie

²⁸ siehe Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2008/2 TZ 3

²⁹ Reihe Bund 2008/2 TZ 23

³⁰ „Finanzierung der Krankenversicherung und Strukturreform des Hauptverbandes“

³¹ Dies umfasste einen Forderungsverzicht des Bundes im Ausmaß von 450 Mio. EUR, die vollständige Abgeltung der nicht abziehbaren Vorsteuer durch den Bund in Höhe von rd. 120 Mio. EUR bis 130 Mio. EUR, eine Anhebung des für Pensionisten geltenden Hebesatzes zu Lasten des Bundes.

³² Der Vertragsarzt sollte den Versicherten unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme einen Nachweis über die erbrachten Leistungen ausstellen.

³³ Dabei verschreibt der Arzt den Wirkstoff, der Apotheker wählt das Heilmittel unter Berücksichtigung des Preises aus.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

eine Neustrukturierung und Aufgabenerweiterung des Hauptverbands (Umbau in eine „strategische Holding“). Insbesondere die Ärztekammer protestierte heftig gegen die vorgesehenen Maßnahmen. Der Gesetzesentwurf wurde aufgrund der Beendigung der Gesetzgebungsperiode nicht beschlossen.

(3) Im Februar 2009, in der folgenden Gesetzgebungsperiode, beschloss der Ministerrat in Sillian das sogenannte „Kassensanierungspaket“. Basis dafür war eine Vereinbarung zwischen Bund und Sozialversicherung, in der diese eine vorgegebene Konsolidierung bis 2013 und der Bund zusätzliche Mittel zusagten. Ziel war eine schrittweise Entschuldung der Gebietskrankenkassen und eine ausgeglichene Gebahrung der sozialen Krankenversicherung.

Einnahmenseitig waren die wichtigsten Punkte:

- ein Forderungsverzicht gegenüber den Gebietskrankenkassen (insgesamt 450 Mio. EUR),
- die Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel bzw. zusätzliche Mittel³⁴ aus dem Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz (GSBG) (insgesamt rd. 498,39 Mio. EUR),
- ein Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen³⁵ (2010 bis 2014 in Summe rd. 260,00 Mio. EUR) (TZ 18),
- ein Einmalbetrag zur Liquiditätssicherung (Soforthilfe) von 45 Mio. EUR,³⁶

³⁴ Gemäß Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009. Die Überdeckung entstand durch die am 1. Jänner 2009 (siehe UStG 1994 – BGBl. Nr. 663/1994 i.d.g.F.) in Kraft getretene Senkung von 20 % auf 10 % des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel. Die pauschale Abgeltung dieser Mehrwertsteuer im Wesentlichen in Höhe von 4,3 % der Krankenversicherungsaufwendungen ergab vor dem Jahr 2009 (meist) eine Unterdeckung der Vorsteuerausgaben in den Krankenversicherungen und ab dem Jahr 2009 eine Überdeckung durch die Senkung des Mehrwertsteuersatzes. Vgl. auch Änderung des § 643 Abs. 3 ASVG im Jahr 2009.

³⁵ „Kassenstrukturfondsgesetz“, geregelt in Art. 50 Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009, Budgetbegleitgesetz 2011, BGBl. I Nr. 111/2010 und Budgetbegleitgesetz 2014

³⁶ Das Budgetbegleitgesetz 2009 legte im Art. 48 (§ 80a Abs. 8 ASVG) fest, dass ein Betrag in Höhe von 45,00 Mio. EUR per 1. Juli 2009 auf die Gebietskrankenkassen aufzuteilen war (BGBl. I Nr. 52/2009).



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

- die Aufteilung der Mittel des Katastrophenfonds (rd. 42,55 Mio. EUR).³⁷

Damit stellte der Bund zwischen 2009 und 2014 insgesamt rd. 1,302 Mrd. EUR zur Verfügung. Ein Ausgleich zwischen den Rücklagen der Krankenversicherungsträger vor der Bereitstellung der Bundesmittel erfolgte nicht. Auch das vom RH empfohlene Eskalationsszenario für den Fall eines weiterhin bestehenden finanziellen Ungleichgewichts erstellte das BMG nicht.

(4) Für diese Bundesmittel hatte der Hauptverband dem BMG ein mit den Gebietskrankenkassen und Systempartnern³⁸ abgestimmtes Konzept zur Ausgabendämpfung vorzulegen. Das vorgelegte Konzept basierte insbesondere auf der Gebarungsvorschaurechnung vom Mai 2009. Dort wiesen die Gebietskrankenkassen für das Jahr 2010 einen negativen Saldo von rd. – 417,41 Mio. EUR und für das Jahr 2011 von rd. – 673,99 Mio. EUR aus. Demgegenüber sah das Ausgabendämpfungskonzept insgesamt in den Jahren 2009 bis 2013 eine Ausgabendämpfung von rd. 1,725 Mrd. EUR vor.

Zusätzlich schlug der Hauptverband noch weitere gesetzliche Maßnahmen³⁹ zur Unterstützung der Krankenversicherungsträger mit einem Gesamtvolumen von rd. 907 Mio. EUR vor. Eine Umsetzung dieser Maßnahmen unterblieb.⁴⁰

³⁷ Außerdem trat mit Ablauf des 30. September 2009 der § 447a Abs. 5 ASVG außer Kraft. Die Aufteilung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 (Katastrophenfonds) erfolgte damit in der Weise, dass die WGKK 33,00 Mio. EUR erhielt. Die übrigen Gebietskrankenkassen erhielten nach einem festgelegten Schlüssel den Rest der Rücklagenmittel (vgl. Art. 48 Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009). Durch eine Klage beim VfGH kam es im Jahr 2011 zu einer Rückabwicklung und Neuverteilung der Mittel, wodurch die WGKK Rückzahlungen in Höhe von 18,96 Mio. EUR zu leisten hatte und dieser Betrag auf die übrigen Gebietskrankenkassen aufgeteilt wurde.

³⁸ u.a.: Österreichische Ärztekammer, Wirtschaftskammer Österreich, Österreichische Apothekerkammer, Pharmawirtschaft

³⁹ Durch die Umschichtung der medizinischen Rehabilitation in die Pensionsversicherung sollten 2010 bis 2013 rd. 542 Mio. EUR Ausgabendämpfung erzielt werden. Einnahmenseitig sollten eine Vollabgeltung der Rezeptgebührenobergrenze und eine Mindestbeitragshöhe für Pensionisten mit länderübergreifenden Pensionsansprüchen weitere rd. 365 Mio. EUR bringen.

⁴⁰ Insgesamt hätten die Krankenversicherungsträger mit den Ausgabendämpfungen und den vom Hauptverband vorgeschlagenen zusätzlichen Maßnahmen eine Ergebnisverbesserung von rd. 2,632 Mrd. EUR erreicht, inkl. der Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR sogar rd. 3,934 Mrd. EUR.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

(5) Erste Umsetzungsmaßnahmen waren bereits im Budgetbegleitgesetz 2009⁴¹ enthalten. Nach der Vorbereitung im Hauptverband⁴² beschloss der Ministerrat im September 2009 das Sanierungskonzept. Die notwendigen Änderungen im Sozialversicherungsrecht⁴³ traten am 1. Jänner 2010 in Kraft.

- 16.2** (1) Der RH wies darauf hin, dass die Bundesregierung zur Sanierung der Krankenversicherungsträger rd. 1,302 Mrd. EUR für den Zeitraum 2009 bis 2014 aus Bundesmitteln bereitstellte.

Er kritisierte, dass das von ihm empfohlene Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Krankenversicherungsträgers weiterhin fehlte und ein Ausgleich innerhalb der Krankenversicherungsträger vor der Bereitstellung der Bundesmittel nicht erfolgt war.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMG, ein klares Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Krankenversicherungsträgers zu erstellen.

(2) Der RH merkte an, dass der Bund den Krankenversicherungsträgern bzw. den Systempartnern (z.B. Ärztekammer, Pharmaindustrie) einen erheblichen Spielraum bei der Gestaltung der Ausgabendämpfung einräumte. Er bemerkte kritisch, dass als Basis des Sanierungskonzepts des Hauptverbands und der dort festgehaltenen Ausgabendämpfungsmaßnahmen nicht Ist-Zahlen dienten, sondern die Gebarungsvorschau aus Mai 2009 und somit eine Prognoserechnung der von den Ausgabendämpfungen direkt Betroffenen.

Der RH verwies auf die unter TZ 5 bis 15 dargestellten Mängel der Prognoserechnungen und hielt fest, dass bei Erstellung der Gebarungsvorschau aufgrund der Verhandlungen des Jahres 2008 bereits in Grundzügen bekannt war, welche Einsparpläne bestanden. Es war daher nach Ansicht des RH nicht sachgerecht, die Ausgabendämpfung ausschließlich gegenüber dem Basisszenario der Gebarungsvorschaurechnung zu bewerten. Er verwies diesbezüglich auf seine Beurteilungen der Finanzziele und zum Monitoring (TZ 20 ff.).

⁴¹ siehe BGBl. I Nr. 52/2009

⁴² vgl. Vortrag an den Ministerrat: „Sanierungskonzept Gesundheit: Finanzierung sichern; Abschlussbericht für die Jahre 2010 bis 2013“

⁴³ u.a.: Neuregelung der Nachbesetzung von Vertragsärzten (dynamische Stellenplanung); Investitionsablöse bei Nicht-Nachbesetzung einer Planstelle; Verankerung eines Ökonomiegebots im Folgekostenbereich in Gesamtverträgen; Altersgrenze für Vertragspartner; Kriterienkatalog für die Gesamtvertragspartner bei Honorarordnungen



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

- 16.3** Die StGKK begrüßte in ihrer Stellungnahme den Vorschlag eines Eskalationsszenarios bei Überschuldung bzw. permanent negativen Ergebnissen. Sie erwarte sich davon auch (Rechts)Sicherheit. Sie schlage jedoch vor, den Schwerpunkt nicht ausschließlich auf Eskalationsszenarien zu legen, sondern Sanierungsmöglichkeiten und einen Konsolidierungspfad vorzusehen.

Bundesmittel

Gesamtüberblick

- 17.1** (1) Die öffentliche Hand übernahm für die Krankenversicherungsträger – im Gegensatz zur gesetzlichen Pensionsversicherung – keine direkte Abgangsdeckung. Dennoch stammten wesentliche Teile der Erträge aus öffentlichen Mitteln im weiteren Sinn.

Wie hoch diese insgesamt waren, war aus den Rechnungsabschlüssen nicht direkt ersichtlich und musste daher vom RH im Rahmen der Gebarungsüberprüfung erhoben werden. Entsprechende Zahlungen waren vor allem in den Rechnungsabschlusspositionen der Beiträge, der Ersätze für Leistungsaufwendungen, der sonstigen betrieblichen Erträge und der außerordentlichen Erträge verbucht.

Bei der StGKK machte dies im Jahr 2013 rd. 295,49 Mio. EUR bzw. 20 % der Erträge aus, bei der WGKK rd. 704,46 Mio. EUR bzw. 24 % der Erträge.⁴⁴

Wesentliche Aspekte dabei betrafen:

- die sogenannten Hebesätze der Beiträge der Pensionisten zur gesetzlichen Krankenversicherung⁴⁵ (rd. 144,26 Mio. EUR bei der StGKK; rd. 232,68 Mio. EUR bei der WGKK),
- verschiedene Leistungen für die Krankenversicherung der Arbeitslosen (insbesondere rd. 59,18 Mio. EUR vom AMS bei der StGKK, rd. 141,02 Mio. EUR bei der WGKK),

⁴⁴ Dabei traten unterschiedliche Rechtsträger auf, die untereinander Verflechtungen bei der Finanzierung aufwiesen, z.B. das AMS bzw. das Land und der Bund. Der höchste Anteil lag bei der WGKK vor (aufgrund des Hanusch-Krankenhauses). Die BVA war insofern ein Sonderfall, als die Gebietskörperschaften gleichzeitig Dienstgeber waren.

⁴⁵ Diese werden zwar von der Pensionsversicherung bezahlt und somit zunächst aus Versicherungsgeldern finanziert, aufgrund des Bundesbeitrags für die Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen (§ 80 ASVG) ist aber ein höherer Hebesatz direkt vom Bund zu finanzieren.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- Ersätze des Bundes für bestimmte Leistungen (bei der StGKK rd. 81,17 Mio. EUR, bei der WGKK rd. 176,96 Mio. EUR, bei der BVA rd. 79,91 Mio. EUR); z.B. waren nach § 168 ASVG von den Krankenversicherungen nur 30 % der Aufwendungen für das Wochengeld unbeschadet der Mittel aus dem Familienlastenausgleichsfonds zu tragen⁴⁶),
- verschiedene Zahlungen für den Betrieb des Hanusch-Krankenhauses, das die WGKK führte⁴⁷ (so waren in der Position sonstige betriebliche Erträge rd. 118,53 Mio. EUR seitens des Landes Wien für den Betrieb des Hanusch-Krankenhauses enthalten).

(2) Zusätzlich zu diesen auf Dauer eingerichteten Finanzierungsbeiträgen stellte in den Jahren 2009 bis 2014 der Bund weitere Mittel über das Kassensanierungspaket zur Verfügung. Im Jahr 2013 machte dies außerordentliche Erträge für die StGKK von rd. 3,07 Mio. EUR und für die WGKK von rd. 119,61 Mio. EUR aus.⁴⁸

Insgesamt lagen somit die Erträge der StGKK aus der öffentlichen Hand im Jahr 2013 bei rd. 298,56 Mio. EUR bzw. rd. 20 % der Position „Summe der Erträge“, jene der WGKK bei rd. 824,07 Mio. EUR bzw. rd. 28 % der Position „Summe der Erträge“.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die den Gebietskrankenkassen im Zeitraum 2009 bis 2014 zugeflossenen Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket sowie über die unterschiedlichen Formen der Zuwendungen:

⁴⁶ Ersätze des Bundes gemäß § 168 ASVG, § 39 a Abs. 3 FLAG und § 41 Abs. 4 AIVG (Teilersatz für Wochengeld).

⁴⁷ Der Bruttoaufwand für das Hanusch-Krankenhaus betrug 2013 rd. 182,0 Mio. EUR. Der abgeleitete Nettoaufwand 166,0 Mio. EUR. Unter Berücksichtigung der Abschreibungen und der Erträge aus der Abgangsdeckung der Gemeinde Wien für 2012 bzw. der Zuflüsse aus dem Wiener Gesundheitsfonds blieb ein Defizit von 52,4 Mio. EUR. Nach Berücksichtigung der Zahlungen an den Spitalsfonds in Höhe von 28,5 Mio. EUR (2. Stabilitätsgesetz 2012) und den damit einhergehenden geringeren Überweisungen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen von 8,2 Mio. EUR verblieben der WGKK rd. 15,7 Mio. EUR als von ihr zu deckendem Aufwand (2012: 8,5 Mio. EUR, 2011: 17,1 Mio. EUR, 2010: 19,6 Mio. EUR).

⁴⁸ Die BVA erhielt im Jahr 2013 keine Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket, das Verhältnis der Zahlungen an die StGKK bzw. die WGKK war je nach betrachtetem Jahr unterschiedlich, so erhielt im Jahr 2011 die StGKK rd. 69,24 Mio. EUR und die WGKK rd. 131,11 Mio. EUR.



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

Tabelle 5: Bundesmittel 2009 bis 2014 nach Träger und Grundlage (in Mio. EUR)							
	Struktur- fonds	GSBG- Über- deckung	Forderungs- verzicht	Katastrophen- fonds	Soforthilfe 2009	Summe	Anteil des Trägers
	in Mio. EUR						in %
WGKK	61,19	351,80	256,17	14,04	24,39	707,60	54
NÖGKK	45,92	30,25	21,98	6,60	2,69	107,44	8
BGKK	7,75	5,40	5,84	0,85	1,02	20,86	2
OÖGKK	46,41	–	–	6,60	–	53,00	4
StGKK	36,52	65,43	104,18	5,11	10,11	221,34	17
KGKK	16,75	35,79	52,46	2,13	5,51	112,64	9
SGKK	17,42	–	–	2,55	–	19,97	2
TGKK	22,20	6,84	8,93	2,98	1,28	42,23	3
VGKK	12,02	2,87	0,44	1,70	–	17,02	1
SUMME gesamt	266,17	498,39	450,00	42,55	45,00	1.302,11	100

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; StGKK; WGKK

a) Die Gebietskrankenkassen erhielten insgesamt rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln bis zum Jahr 2014. Dabei profitierten besonders die Träger mit negativem Reinvermögen. Demnach erhielt die WGKK mit rd. 54 % der Bundesmittel den weitaus größten Teil. Die geringsten Bundesmittel erhielten die BGKK, die SGKK und die VGKK mit einem Anteil von rd. 1 % bis 2 %.

b) Neben einer Soforthilfe im Jahr 2009 in Höhe von rd. 45,00 Mio. EUR, einem Forderungsverzicht des Bundes gegenüber den Gebietskrankenkassen von insgesamt 450,00 Mio. EUR, der Zuführung der Mittel aus der Auflösung des Katastrophenfonds in Höhe von 42,55 Mio. EUR und der Ausschüttung der Mittel aus dem Krankenkassenstrukturfonds in Höhe von 266,17 Mio. EUR (von 2010 bis zum Jahr 2014 exklusive Zinsen, TZ 18) trug die Überdeckung aus den GSBG-Mitteln aufgrund der Senkung des Umsatzsteuersatzes bei Heilmitteln in Höhe von rd. 498,39 Mio. EUR einen wesentlichen Anteil zu den Bundesmitteln bei.

Bis zum Beitritt Österreichs zur Europäischen Union (EU) waren die Sozialversicherungsträger „echt umsatzsteuerbefreit“, d.h. sie mussten keine Umsatzsteuer verrechnen, erhielten aber trotzdem die Vorsteuer ersetzt. Da Bedenken bestanden, ob diese Regelung EU-konform war, führte der Bund eine pauschale Abgeltung der Vorsteuer als Beihilfe auf Basis der Aufwendungen der Krankenversicherung ab dem Jahr 1997

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

ein.⁴⁹ Durch die stark steigenden Heilmittelkosten deckte diese Pauschale ab dem Jahr 1998 nicht mehr den gesamten Aufwand aus der nicht abzugsfähigen Vorsteuer; zwischen 1998 und 2009 erhielten die Krankenversicherungsträger daher weniger GSBG-Förderungen, als es der bezahlten Vorsteuer entsprach. Durch die Senkung des Umsatzsteuersatzes bei Heilmitteln von 20 % auf 10 % im Jahr 2009 bei gleichbleibender GSBG-Pauschale kam es in den Jahren 2009 bis 2013 für die Krankenversicherungsträger dagegen zu einer Überdeckung von in Summe rd. 498,39 Mio. EUR.⁵⁰

Ab dem Jahr 2014 ersetzte der Bund die Umsatzsteueraufwendungen der Krankenversicherungsträger wieder – wie vor 1997 – eins zu eins. Dadurch kam es ab dem Jahr 2014 zu keiner Über- bzw. Unterdeckung mehr aus der Abgeltung der Umsatzsteuer.

(3) Die im Jahr 2009 beschlossene Aufteilung der Mittel aus dem Katastrophenfonds (rd. 42,55 Mio. EUR), die Soforthilfe (rd. 45,00 Mio. EUR) und die GSBG-Überdeckung (rd. 498,39 Mio. EUR von 2009 bis 2014) erfolgte ohne im Gegenzug auferlegte Verpflichtungen bzw. Gegenleistungen.

Der Forderungsverzicht des Bundes für die Jahre 2010 bis 2012 in Höhe von insgesamt 450 Mio. EUR erfolgte unter der Voraussetzung, dass der Hauptverband ein mit den Sozialversicherungsträgern abgestimmtes und von der Bundesregierung zustimmend zur Kenntnis genommenes Sanierungskonzept mit dem Ziel einer mittelfristig ausgeglichenen Gebarung vorlegte.

Lediglich die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds (rd. 266,17 Mio. EUR bzw. rd. 20 % der Gesamtmittel) hingen von einer erfolgreichen Realisierung der vereinbarten Finanzziele ab.

17.2 Der RH wies darauf hin, dass nur rd. 20 % der Mittel von einer erfolgreichen Realisierung der vereinbarten Finanzziele abhingen.

17.3 *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die den Krankenversicherungsträgern zur Verfügung gestellten öffentlichen Mittel seien in den Rechnungsabschlüssen der Träger vollständig enthalten und verbindlich und nachvollziehbar zugeordnet. Die betriebswirtschaftlichen und buch-*

⁴⁹ gemäß BGBl. II Nr. 56/1997

⁵⁰ Über den Betrachtungszeitraum der Jahre 1997 bis 2013 ergab sich nach einer Auswertung des Hauptverbands für die Krankenversicherung insgesamt eine Lücke von rd. 245 Mio. EUR. Die WGKK wies im gleichen Zeitraum (aufgrund der Verteilung der GSBG-Überdeckung nach dem negativen Reinvermögen) dagegen einen positiven Saldo aus der GSBG-Über- bzw. Unterdeckung aus (181,98 Mio. EUR).

halterischen Prinzipien würden allerdings eine Zuordnung dieser Mittelzuflüsse sachlich differenziert auf unterschiedliche Konten bedingen.

Weiters wies das BMG auf die Voraussetzung eines Sanierungskonzepts für den Forderungsverzicht des Bundes hin. Dieses Sanierungskonzept sei bekanntlich vorgelegt und abgenommen sowie einem Monitoring unterzogen worden. Die übrigen Zahlungen des Bundes, wie die Soforthilfe und die GSBG-Überdeckung, seien entsprechend ihrem Ziel der Entschuldung nur den Versicherungsträgern mit negativem Reinvermögen zugeflossen.

- 17.4** Der RH merkte gegenüber dem BMG zur Sichtbarkeit der den Krankenversicherungsträgern zufließenden öffentlichen Mittel an, dass dieses Thema die im gegenständlichen Bericht mehrfach betroffene Frage der steuerungsrelevanten Bereitstellung von Informationen betraf. Er anerkannte, dass die entsprechenden Zahlungsströme grundsätzlich in der Buchhaltung erfasst waren, wies aber darauf hin, dass die zwischen den Trägern unterschiedliche Höhe und Zusammensetzung der öffentlichen Mittel durch die Aufteilung auf verschiedene Konten nicht mehr gesamthaft ersichtlich war. Er hielt daher eine transparente Darstellung an geeigneter Stelle für zweckmäßig.

Weiters verwies der RH hinsichtlich der unterschiedlichen Voraussetzungen für die vom Bund zur Verfügung gestellten Mittel auf folgenden Zusammenhang: Die Krankenversicherungsträger wiesen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung insgesamt mehr Reserven auf, als zur Liquiditätssicherung gefordert waren. Ein Großteil der zur Verfügung gestellten öffentlichen Mittel war ihnen unabhängig von der Realisierung der Ziele überwiesen worden. Regelungen zu einer etwaigen Rückzahlung der Mittel (auch jener, die lediglich auf Basis eines negativen Reinvermögens zur Verfügung gestellt worden waren) gab es nicht. Der RH verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung in TZ 18, künftig verstärkt auf die Anreizeffekte von Bundesmitteln zu achten.

Kassenstrukturfonds

- 18.1** (1) Das BMG errichtete im Jahr 2009 mit dem Budgetbegleitgesetz 2009 den „Kassenstrukturfonds“.⁵¹ § 2 des Kassenstrukturfondsgesetzes hielt als Ziel fest, dass die Mittel langfristig eine ausgeglichene Gebarung der Gebietskrankenkassen sicherstellen sollten. Die Verwaltung des Fonds oblag dem Hauptverband.⁵²

⁵¹ ein unselbständiger Verwaltungsfonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit

⁵² vgl. Art. 50 Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Der Bundesminister für Gesundheit hatte jährlich bis zum 30. September für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen eine Richtlinie für die Mittelverwendung festzulegen.⁵³

(2) Eine Vereinbarung von Zielen sowie Maßnahmen zu deren Erreichung zwischen dem Hauptverband und den Gebietskrankenkassen, die eine Umsetzung des Kassensanierungspakets enthielt, war Grundlage der Mittelbereitstellung. Bis zum 15. Dezember des der Mittelvergabe vorangehenden Jahres hatte der Hauptverband jeweils die koordinierten Maßnahmen dem BMG und dem BMF vorzulegen und sie mit diesen abzustimmen.

(3) Daraufhin überwies der Bund jeweils zum 1. Jänner des Vergabjahres die Mittel an den Kassenstrukturfonds. Für das Jahr 2010 belief sich der Bundesbeitrag auf 100,00 Mio. EUR. Für die Jahre 2011 bis 2014 stellte der Bund jeweils 40,00 Mio. EUR zur Verteilung unter den Gebietskrankenkassen zur Verfügung. Für das Jahr 2015 stellte der Bund keine Mittel mehr zur Verfügung.

Die Ausschüttung der Mittel erfolgte im Verhältnis der Zahl der Versicherten der Gebietskrankenkassen des jeweils zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahres und unter der Voraussetzung der vereinbarten Zielerreichung. Wurde das Ziel eindeutig verfehlt, erhielt der jeweilige Träger keine Mittel aus dem Fonds. Eine Bezugnahme auf unterschiedlichen Finanzbedarf oder besonders ambitionierte Zielerreichung erfolgte dabei nicht.⁵⁴

Die angelaufenen Zinsen aufgrund der Dotierung durch den Bund jeweils am 1. Jänner und der tatsächlichen Auszahlung etwa in der zweiten Jahreshälfte des Folgejahres – bedingt durch die Notwendigkeit zur Feststellung der endgültigen Ergebnisse für die Zielerreichung – flossen ebenfalls an die Gebietskrankenkassen.

(4) Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds (aufgegliedert nach den einzelnen Gebietskrankenkassen):

⁵³ vgl. Richtlinie des Bundesministers für Gesundheit für die Verwendung der Mittel des Kassenstrukturfonds für die Jahre 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014

⁵⁴ vgl. Richtlinie des Bundesministers für Gesundheit für die Verwendung der Mittel des Kassenstrukturfonds für die Jahre 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der KrankenversicherungTabelle 6: Kassenstrukturfonds–Mittel 2010 bis 2014¹

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	Summe	Anteil
	in EUR						in %
WGKK	23.381.193	9.547.091	9.488.273	9.435.822	9.338.933	61.191.312	23
NÖGKK	17.530.816	7.185.741	7.113.374	7.061.638	7.029.324	45.920.894	17
BGKK	2.925.188	1.207.161	1.206.114	1.205.546	1.203.378	7.747.387	3
OÖGKK	17.723.798	7.272.992	7.220.584	7.131.800	7.058.070	46.407.243	17
StGKK	13.986.057	5.736.847	5.643.119	5.585.537	5.569.724	36.521.284	14
KGKK	6.388.693	2.622.749	2.606.491	2.583.576	2.549.254	16.750.762	6
SGKK	6.632.458	2.706.367	2.689.106	2.710.154	2.679.326	17.417.412	7
TGKK	8.420.074	3.471.694	3.469.635	3.444.701	3.394.968	22.201.072	8
VGKK	4.580.764	1.881.693	1.871.210	1.849.576	1.833.612	12.016.855	5
gesamt	101.569.041	41.632.334	41.307.905	41.008.350	40.656.590	266.174.220	100

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Werte aus den Fondsabschlüssen können von den gebuchten Werten in den Gebietskrankenkassen aufgrund von Periodenverschiebungen abweichen.

² Für das Jahr 2014 lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nur ein „Büroentwurf“ für den Fondsabschluss vor.

Quellen: Fondsabschlüsse (vom Hauptverband); Darstellung RH

(5) Das im Mai 2015 vorgeschlagene Steuerreformgesetz enthielt auch eine Novelle des Kassenstrukturfondsgesetzes. Demnach sollte in den Jahren 2016 bis 2018 aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage bzw. der dadurch finanzierten Absenkung der Hebesätze erneut eine Dotierung des Kassenstrukturfonds in Höhe von 10 Mio. EUR jährlich erfolgen. Bei der Mittelverteilung wären insbesondere die Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades und die Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsreform zu berücksichtigen.

18.2 Der RH hielt ein finanzielles Anreizsystem für die Erreichung festgelegter Ziele grundsätzlich für zweckmäßig. Er kritisierte jedoch, dass die für den Kassenstrukturfonds festgelegten Konsequenzen der Zielverfehlung nur bedingt zweckmäßig waren: Den besonders finanziell gefährdeten Trägern wären die für die Aufrechterhaltung der Versorgung nötigen Mittel nicht zugeflossen. Wie dann aber eine Sanierung erfolgen sollte, war nicht klar. Der RH wies daher darauf hin, dass auch andere Vorgaben denkbar wären, z.B.

- ein Anknüpfen von Anreizen nicht an die finanziellen Ergebnisse, sondern an umgesetzte Maßnahmen,

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- ein sukzessiv engmaschigeres Netz von Vorgaben bei Nichterfüllung von Zielen bzw.
- eine finanzielle Unterstützung bestimmter Vorhaben (z.B. der Primärversorgung).

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, bei der Gestaltung des Kassenstrukturfonds auf geeignete Anreize bzw. Konsequenzen einer allfälligen Zielverfehlung zu achten.

18.3 *(1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass mit § 3 Abs. 2 des Kassenstrukturfondsgesetzes ein gesetzlicher Anknüpfungspunkt für die Umsetzung der Anregungen des RH zur finanziellen Unterstützung bestimmter Vorhaben (z.B. Umsetzung von Maßnahmen in der Primärversorgung) vorhanden sei. Die Richtlinien seien vom BMG im Einvernehmen mit dem BMF zu erlassen, die Anregungen des RH würden in die Verhandlungen über die Erstellung der nächsten Richtlinien jedenfalls miteinbezogen werden.*

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

(3) Laut Stellungnahme der StGKK betrachte sie die Anreize in monetärer Form als Benefit, nicht jedoch als Ziel. Hinsichtlich etwaiger Konsequenzen gab sie zu bedenken, dass eine Zielverfehlung jedenfalls genau analysiert werden müsse, da diese speziell bei einer Änderung der bisherigen Vorgangsweise und einer Erweiterung der Ziele durch externe Faktoren bedingt sein könne – Konsequenzen für den Träger wären in diesem Fall strikt abzulehnen.

18.4 Der RH hielt gegenüber der StGKK fest, dass die von ihm dargestellten Alternativen zur Gestaltung von Anreizsystemen den von der StGKK genannten Faktoren ohnedies Rechnung tragen.

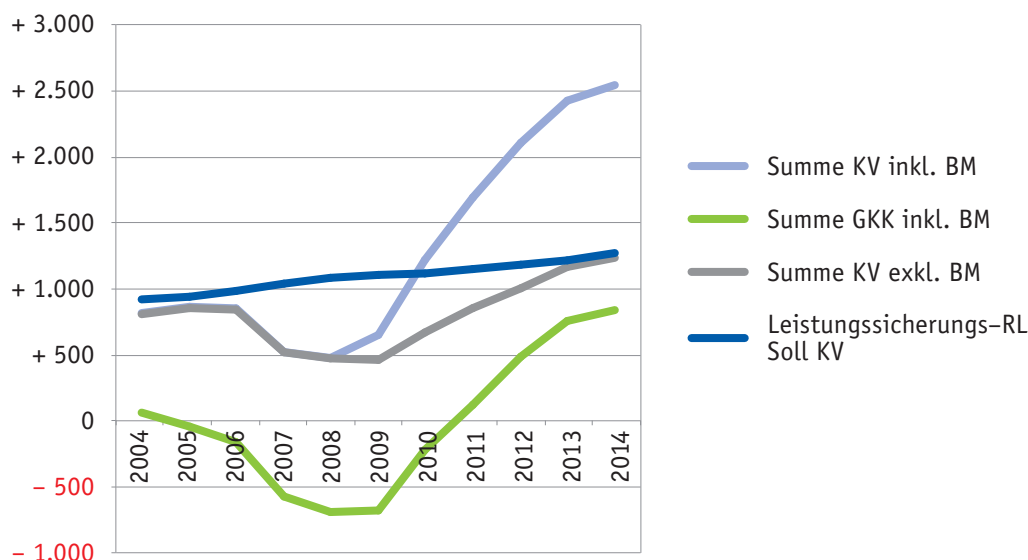
Auswirkung auf das Reinvermögen

19.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt für die Jahre 2004 bis 2014 die Entwicklung des Reinvermögens aller Krankenversicherungsträger bzw. der Gebietskrankenkassen und stellt sie der Sollvorgabe der Rechnungsvorschriften der Sozialversicherung (Zielhöhe der Leistungssicherungs-

rücklage) gegenüber.⁵⁵ Weiters zeigt die Abbildung die (hypothetische) Entwicklung des Reinvermögens aller Krankenversicherungsträger ohne Bundesmittel:

Abbildung 4: Entwicklung des Reinvermögens der Krankenversicherungsträger 2004 bis 2014

in Mio. EUR



RL: Rücklage

BM: Bundesmittel

KV: Krankenversicherung

Quellen: Hauptverband; Rechnungsabschlüsse der Träger; Darstellung RH

Die Abbildung zeigt insbesondere folgende wesentliche Punkte:

- Es wiesen zwar die Gebietskrankenkassen in der Phase 2004 bis 2010 in Summe ein negatives Reinvermögen aus, das Reinvermögen der Summe aller Krankenversicherungsträger war jedoch in dieser Periode immer positiv.
- Für die Summe der Krankenversicherungsträger war die vorgesehene Höhe der Leistungssicherungsrücklage, die 2009 noch um rd. 670,48 Mio. EUR verfehlt wurde, im Jahr 2014 auch ohne die Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket (rd. 1,302 Mrd. EUR) nur noch um rd. 28,43 Mio. EUR (2 %) unterschritten.

⁵⁵ Nach § 23 Abs. 5 lit. b Rechnungsvorschriften hatte die Leistungssicherungsrücklage am Ende jedes Geschäftsjahres ein Zwölftel des Leistungsaufwands (Summe der Versicherungsleistungen) dieses Geschäftsjahres zu betragen. Vorschriften dazu, was zu geschehen hätte, wenn der Sollbetrag über- oder unterschritten wurde, existierten nicht.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- Die Summe der Krankenversicherungsträger wies 2014 mit den erhaltenen Bundesmitteln ein gegenüber der Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage mehr als doppelt so hohes Reinvermögen aus.

Eine Rückzahlung erhaltener Bundesmittel war auch für den Fall einer sehr positiven Gebarungsentwicklung nicht vorgesehen.

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Veränderungen des Reinvermögens bezogen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger.⁵⁶ Die Darstellung erfolgt aufgeteilt in die Phase generell sinkenden Reinvermögens 2004 bis 2008 und die Phase, in der Bundesmittel bezogen wurden (2009 bis 2013). Dabei werden der Bezug von Bundesmitteln und die Entwicklung ohne Bundesmittel unterschieden.⁵⁷ Zur besseren Vergleichbarkeit sind die Werte auf die jeweiligen Anspruchsberechtigten bezogen.

⁵⁶ Diese Summe wird mangels Vergleichbarkeit hinsichtlich der Bundesmittel nicht in der Tabelle dargestellt.

⁵⁷ Das Kassensanierungspaket hätte eine Verbesserung der finanziellen Lage und eine ausgabenseitige Sanierung erwirken sollen. Die Veränderung des Reinvermögens in der Periode 2008 auf 2013 exklusive der zugeflossenen Bundesmittel pro Anspruchsberechtigtem war daher ein möglicher Indikator für durchgeführte Sanierungsmaßnahmen.



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



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

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.

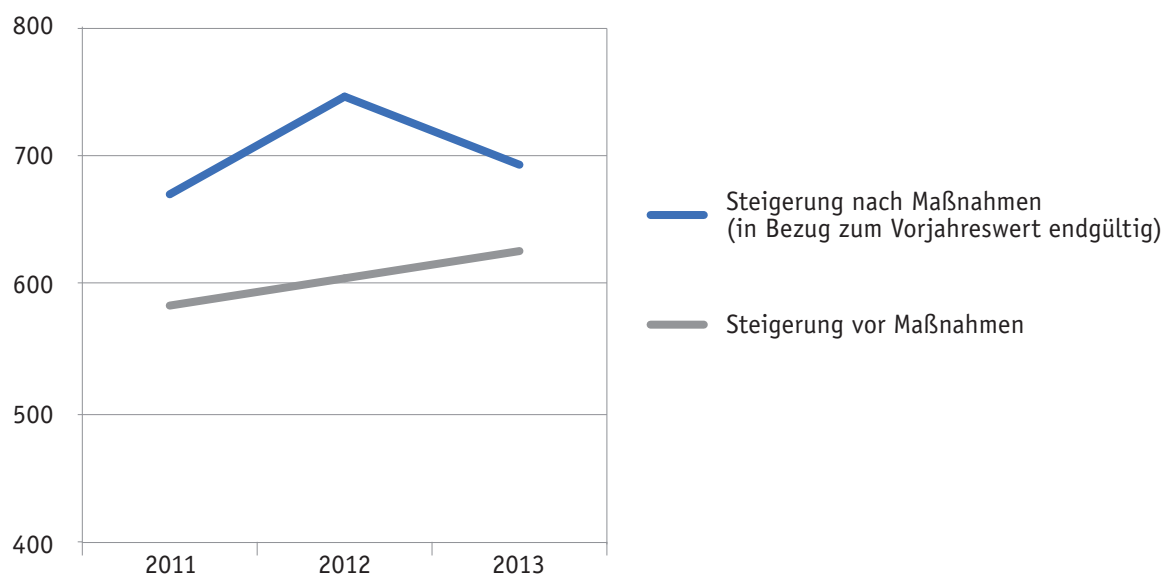
Tabelle 8: Steigerung Sillian–Werte und endgültige Ausgaben (alle Krankenversicherungsträger)			
	2011	2012	2013
„befürchtete“ Steigerung vor Maßnahmen in Mio. EUR	583	604	627
Steigerung in %	3,96	3,95	3,94
„erlaubte“ Steigerung nach Maßnahmen (in Bezug zum Vorjahreswert endgültig) in Mio. EUR	670	746	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-

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, Abrechnungsüberprüfung	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			
	Ausgabendämpfung		
	Kassen- konsolidierungs- konzept	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.*

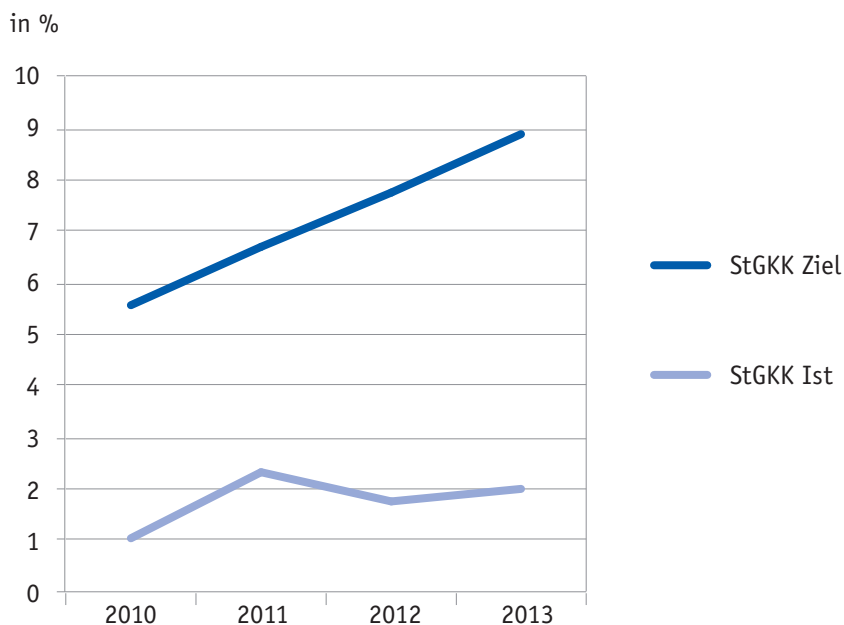
Steuerungseignung für die StGKK und die WGKK

- 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

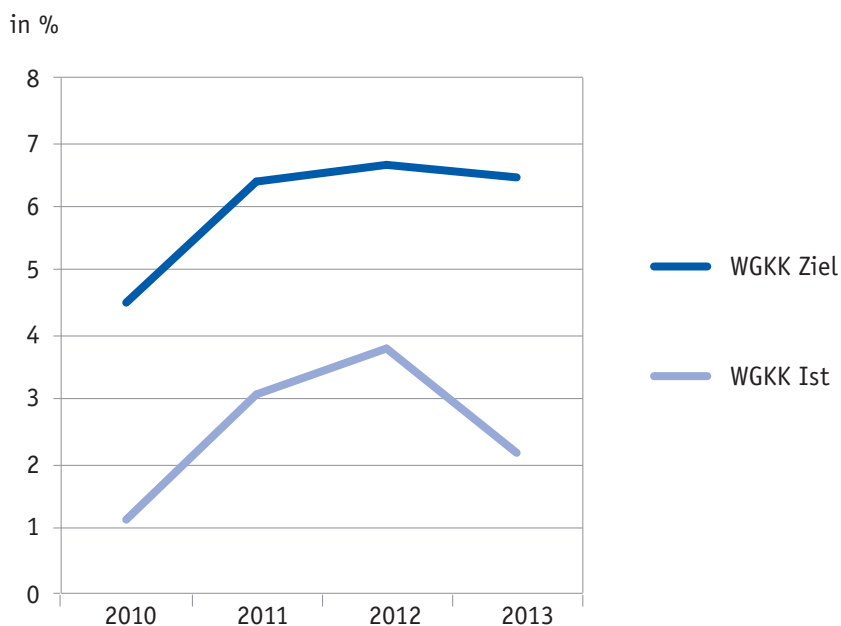
Abbildung 6: Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; StGKK 2010 bis 2013



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 Zielfestlegungen.

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 Sondernversicherungsträger 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.



BMASK BMF BMG

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung

- 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.

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

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

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

BMASK 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 Ausgabenober-
grenzen

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,

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

- 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 gesamthaft 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 Versichertenzahlen, 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:



Gesundheitsreform 2012 bis 2016

BMASK BMF BMG

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

- 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 Gebärungsvorschau.

30.2 Der RH kritisierte, dass

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

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

- 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 Gebärungsvorschaudaten. 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 Gebärung 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 Finanzziele 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

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

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).

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

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.*

(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

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

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.*



BMASK BMF BMG

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

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-

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

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.



BMASK BMF BMG

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

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 = Privatkrankenanstalten-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.

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

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

(4) Die BVA gab an, dass im Zeitraum 2009 bis 2013 keine zusätzlichen (über die Gebärungsvorschaurechnung bzw. die Ausgabenobergrenzen hinausgehenden) Steuerungsmaßnahmen zur Verbesserung der Gebärungs-, 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 einnahmenorientierten 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.



BMASK BMF BMG

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 Strukturnachteile 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
davon Strukturausgleich	16,28	20,43	19,32	20,55	20,53	97,10
davon Liquiditätsausgleich	27,86	26,77	30,12	26,17	–	110,93
davon Hanusch–Krankenhaus	–	–	–	n.v.	n.v.	0,00
davon Verteilungsoption 10 %	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
davon Strukturausgleich	19,46	16,39	15,75	15,19	16,02	82,81
davon Liquiditätsausgleich	40,35	37,33	47,07	67,76	111,14	303,65
davon Hanusch–Krankenhaus	30,00	30,00	30,00	n.v.	n.v.	90,00
davon Verteilungsoption 10 %	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 Gebärung 2013	endgültige Gebärung 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 = Gebärungsvorschaurechnung

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	Ausgabenobergrenze 2016			
	Vorgabe	Annahmen GVR	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.

BMASK BMF BMG

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 Gebarungsüberprüfung 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 Gebarungsvorschaurechnung wäre eine höhere Planungs-genauigkeit 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)

(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**

BMASK 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

Inhalt



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
Behandlungsoökonomie 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

Tabellen Abbildungen



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
BGBL	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

Abkürzungen



GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GP	Gesetzgebungsperiode
GPLA	Gemeinsame Prüfung aller lohnabhängigen Abgaben
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GVR	Gebärvorschaurechnung
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)



Kurzfassung

BMASK BMF BMG

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 Gebahrungsvolumens 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)

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 (Ärzttekammern) 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 Gebärungsüberprüfung 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

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 ange-strebte Stärkung der strategischen Rolle des Hauptverbands war aus dem Verhandlungsgeschehen der überprüften Träger nicht ersicht-lich. Erhebliche Unterschiede zwischen den Vertragsabschlüssen der StGKK, der WGKK und der BVA hinsichtlich der Zeitpunkte, Fristig-keiten und Inhalte der Vertragsabschlüsse zeigten, dass keine ein-heitliche Strategie verfolgt wurde. (TZ 20, 3)

Die WGKK verzeichnete trotz niedriger Honorarabschlüsse auf-grund von erhöhten Frequenzen die stärkste Aufwandssteigerung. Diese Mengensteigerung war nicht allein durch die Entwicklung der Anzahl der Anspruchsberechtigten erklärbar. Aufgrund der Vergü-tung von Einzelleistungen ohne Degressionen oder Deckelungen lag das Risiko einer erhöhten Frequenz ausschließlich bei der WGKK. Diese hatte jedoch weniger Möglichkeiten zur Steuerung der Ein-zelleistungen als die Ärzteschaft. Demgegenüber milderte die StGKK durch eine entsprechende Degressionsregelung das Frequenzrisiko. Die BVA hatte ebenfalls nur in Ausnahmefällen Degressionsrege-lungen, 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 Beitrags-steigerungen zu halten, aber auch die Möglichkeiten der Kranken-versicherungsträger während eines vertragslosen Zustandes. (TZ 21)

Bei der WGKK stiegen die Aufwendungen für Laborfachärzte im Prü-fungszeitraum um rd. 15 Mio. EUR, während sie bei der StGKK und der BVA durch Tarifsenkungen weitgehend konstant gehalten wer-den 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 Anbie-ter Leistungen zu um 40 % niedrigeren Tarifen anbot, konnte der

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 Gebärungsüberprüfung 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-

BMASK BMF BMG

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 Gebahrungsumfangs (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

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-

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 Steuerungsbereiche 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 niedergelassenen Bereich bei Heilmitteln zu erreichen. Die Gesundheitsreform sprach im Heilmittelbereich 2012 nur die sektorenübergreifende Optimierung (zwischen intra- und extramuralem Bereich) an.

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche 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-

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



Kurzfassung

BMASK BMF BMG

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

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

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

Ziel der Gebarungsüberprüfung 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 Gebarungsüberprüfung berücksichtigt wurden.

- (3) Zeitlich 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.

- (4) Im Zuge der Gebarungsüberprüfung 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 Gebarungsüberprüfung möglich war, in

Prüfungsablauf und –gegenstand

TZ 43 ein. Im Übrigen sind die Sachverhalte Gegenstand einer gesonderten Gebarungsüberprüfung 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



Prüfungsablauf und –gegenstand

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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 Steuerungsbereiche

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 verteilen 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 Verschreibeweise 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 Vertriebspreisen durch das BMG oder die Verschreibung einzelner Heilmittel durch Ärzte im Einzelfall.



Identifikation maßgeblicher
Steuerungsbereiche

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵ Zur unterschiedlichen Vorgehensweise bei Behandlungsbeiträgen siehe TZ 23.

Identifikation maßgeblicher Steuerungsbereiche

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

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

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

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

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

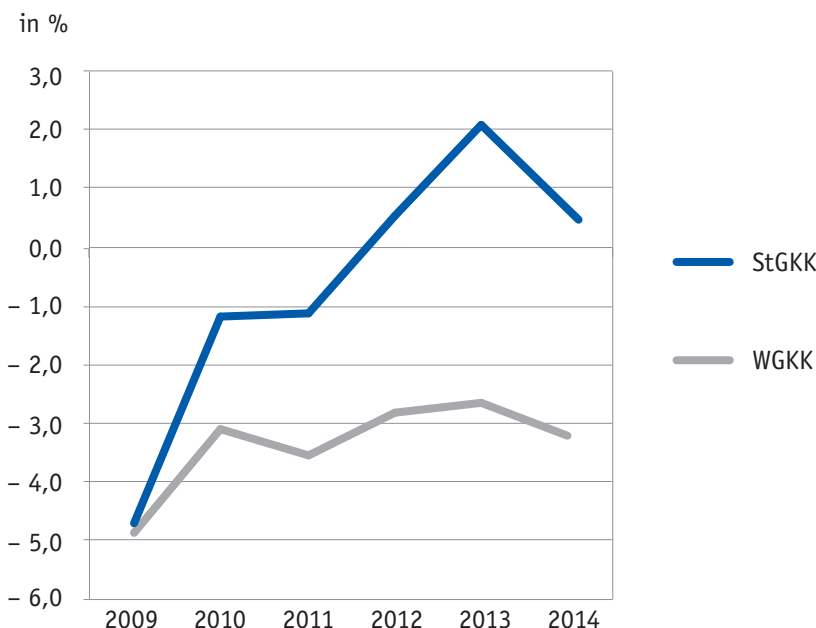
Der RH stellt im Folgenden jene Bereiche dar, die von Einflussmöglichkeit und Gebarungsumfang besonders wesentlich für die finanzielle Nachhaltigkeit der Krankenversicherungsträger waren (die ärztliche Hilfe und die Heilmittel) sowie zusätzlich das Krankengeld, das sich besonders dynamisch entwickelte,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

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

Relevanz für die
Unterschiede
zwischen StGKK,
WGKK und BVA

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

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



Quellen: Hauptverband; Rechnungsabschlüsse StGKK und WGKK; Darstellung RH

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

(2) Folgende Faktoren⁷ wirkten sich zu Gunsten der StGKK aus:

- eine um rd. 53 EUR je Anspruchsberechtigten höhere Beitragssteigerung im Zeitraum 2009 bis 2013,
- eine um rd. 11 EUR pro Anspruchsberechtigten niedrigere Steigerung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe,

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

Identifikation maßgeblicher Steuerungsbereiche

- eine geringere Ausgabensteigerung um rd. 15 EUR je Anspruchsberechtigten beim Krankengeld und
- eine günstigere Entwicklung im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand um rd. 10 EUR je Anspruchsberechtigten.

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

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

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

- mit rd. 64 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei der ärztlichen Hilfe,
- mit rd. 30 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei den Heilmitteln,
- mit rd. 15 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei der Zahnbehandlung,
- mit rd. 22 EUR je Anspruchsberechtigten mehr beim Krankengeld,
- mit rd. 14 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand und
- mit rd. 17 EUR je Anspruchsberechtigten mehr bei den sonstigen Aufwendungen aus.

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

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

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



Identifikation maßgeblicher
Steuerungsbereiche

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

Überblick

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

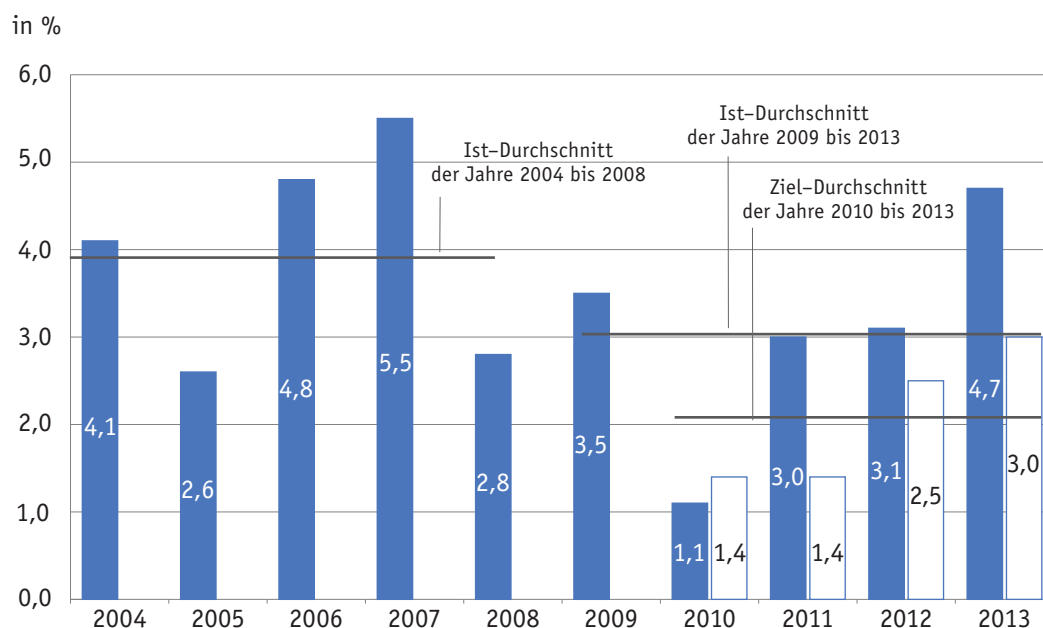
⁹ Der Vergleich war dadurch erschwert, dass bei der BVA im Durchschnitt der Jahre 2012 bis 2014 rd. 26 % der Anspruchsberechtigten auch bei anderen Krankenversicherungsträgern anspruchsberechtigt waren („Mehrfachversicherte“). Bei der WGKK bzw. der StGKK betrug der Anteil an Mehrfachversicherten im Durchschnitt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

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

Ärztliche Hilfe

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

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



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

Quelle: Finanzstatistik Hauptverband

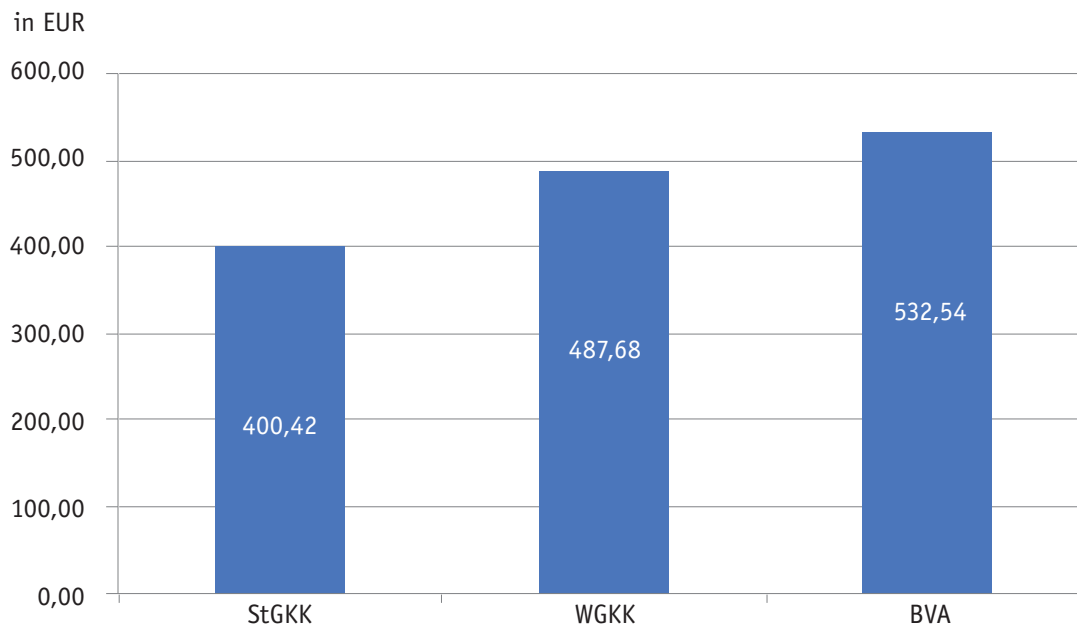
Im Zuge des Kassensanierungspakets 2009 wurden Zielvorgaben berechnet, die von einer Ausgabensteigerung von 1,4 % in den Jahren 2010 und 2011, 2,5 % im Jahr 2012 und 3,0 % im Jahr 2013 ausgingen (im Schnitt dieser vier Jahre somit rd. 2,1 %).

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

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

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

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



Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

Die WGKK gab im Jahr 2013 rd. 87 EUR je Anspruchsberechtigten – bei insgesamt etwa gleicher Zahl von Patientenkontakten¹² – mehr für ärztliche Hilfe aus als die StGKK. Dieser Unterschied war größer als der Unterschied im Betriebsergebnis des Jahres 2013; das heißt, bei einer Reduktion der Ausgaben auf das Niveau der StGKK hätte die WGKK ein positives Betriebsergebnis erzielt.

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

- die Festlegung der Anzahl der Vertragspartner (für Ärzte hatte dies gemeinsam mit der Ärztekammer in einem Stellenplan als integralem Bestandteil des Gesamtvertrags zu erfolgen),
- die Vereinbarung der abrechenbaren Leistungen und der Tarife,
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z.B. Festlegung von Behandlungsabläufen in Disease Management Programmen) und Sicherstellung der ökonomischen Krankenbehandlung sowie
- Maßnahmen zur Patientensteuerung (z.B. Festlegung von oder Verzicht auf Genehmigungspflichten wie z.B. für MR-Untersuchungen, Definition von Behandlungsbeiträgen etc.).

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

- aufgrund des hohen Gebarungsvolumens von rd. 3,8 Mrd. EUR bzw. 25 % der Gesamtausgaben (siehe dazu vorne Punkt (1));
- aufgrund des Umstandes, dass die Steigerungsraten 2009 bis 2013 nicht auf das im Kassensanierungspaket 2009 angestrebte Niveau reduziert werden konnten (siehe dazu vorne Punkt (2));
- aufgrund der im Benchmarking aufgezeigten Unterschiede zwischen den Trägern, die darauf hindeuteten, dass die unterschiedlichen Vorgehensweisen einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen einer nachhaltigen Finanzierung leisteten (siehe dazu vorne Punkt (3));
- weil die Ziele der Gesundheitsreform 2012 besonderes Augenmerk auf die Erbringung der Leistungen am best point of service legten und ein wesentlicher Teil der erwarteten Kostendämpfung in diesem Bereich erzielt werden sollte (siehe dazu vorne Punkt (4)) und

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

- In wesentlichen Bereichen waren Verantwortungsbereiche durchaus eindeutig zugeordnet, z.B. lag die legistische Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen beim BMG und die Beachtung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bei den Krankenversicherungsträgern.
- In anderen Bereichen bestanden Gremien bzw. Prozesse, die eine gemeinsame Steuerungsverantwortung definierten (z.B. hinsichtlich der Festlegung der Finanzziele oder dem Abschluss von Gesamtverträgen). Nach Ansicht des RH war damit die Verantwortung allen Beteiligten zugeordnet, keineswegs sollte sich niemand für zuständig erachten.
- Hinsichtlich der Notwendigkeit einer Einigung mit den Ärztekammern verwies der RH auf seine Aussagen in TZ 17 und TZ 20, in denen er eine Flexibilisierung der Rechtsgrundlagen angeregt hatte.
- Soweit die Beobachtungen der Akteure zur Einschätzung führen sollten, dass eine wirksame Steuerung durch die Aufteilung der Zuständigkeiten bzw. die wechselseitigen Abhängigkeiten nicht mehr möglich war, müsste dies im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit als Problem formuliert und mit Lösungsvorschlägen an den Gesetzgeber herangetragen werden.

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

Datenlage zur
Steuerung

Genauigkeit der Fremdkassenabrechnungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

Zuordenbarkeit der Leistungen zu Diagnosen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

Gemeinsame Analyse mit Daten der Spitalsambulanzen

- 8.1** Eine Einbeziehung der Leistungen in Spitalsambulanzen war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ebenfalls noch nicht möglich. Die Bemühungen zur Erstellung eines „Katalogs ambulanter Leistungen“ (KAL), der bereits Gegenstand der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus 2008 war,¹⁷ hatte bis März 2015 noch keine verwertbaren Daten geliefert.
- 8.2** Der RH kritisierte, dass eine Analyse der Daten zur ärztlichen Hilfe gemeinsam mit Daten der Spitalsambulanzen nicht möglich war. Er empfahl dem BMG und dem Hauptverband, die Arbeiten dazu zeitnah abzuschließen.
- 8.3** *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass seit 2014 gemäß dem „Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen“ die Verpflichtung bestehe, entsprechende Leistungsdaten in kodierter Form zu liefern. Diese pseudonymisierten Daten könnten dann im „Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen (DIAG)“ für Auswertungen genutzt werden. Derzeit stünden noch die Einspielung und Aufbereitung der Daten im Vordergrund.*

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

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

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

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

Vergleichbarkeit nach Fachgruppen

- 9.1** (1) Im Jahr 2008 hatte der RH außerdem festgestellt¹⁸, dass die Zuordnung von Aufwendungen nach Leistungserbringern (nicht nach Art der Leistung) zu erheblichen Verzerrungen führen konnte: So konnte z.B. die Leistungskombination aus Beratung und Laborleistung einmal durch einen Allgemeinmediziner allein und einmal getrennt durch einen Allgemeinmediziner und einen Laborfacharzt im Vergleich bei tatsächlich gleichem Leistungsgeschehen ein völlig unterschiedliches Bild in der Statistik ergeben.¹⁹

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

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

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

¹⁸ siehe Reihe Bund 2008/2 TZ 7

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

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

Lücken in der Vertragspartneranalyse

10.1 (1) Seit 2010 hatten nach § 32h ASVG²⁰ die Krankenversicherungsträger gemeinsam im Rahmen der sogenannten „Vertragspartneranalyse“ ein Benchmarking der Vertragspartnerbereiche durchzuführen.²¹ Das zugrunde liegende Analyseschema sah sowohl eine Zuordnung auf Fachrichtungen über die Rechtsformen der Leistungserbringer hinweg als auch eine Zuordnung nach Leistungsart (nicht nur nach Leistungserbringer) vor.

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

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

Nutzung der Daten

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

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

²⁴ Reihe Bund 2008/2 TZ 10 und 11

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

Positionsbezogene Analysen und Kostenkalkulation

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

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

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

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

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

²⁵ Reihe Bund 2008/2 TZ 20

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fehler in der Ärztekostenstatistik

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

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

Periodenabgrenzung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

Zusammenfassung

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

- Eine Analyse gemeinsam mit Daten der Spitalsambulanzen war nicht möglich.
- Ein systematischer Überblick über die Aufwendungen je Fachrichtung fehlte, da kein Vergleich über unterschiedliche Rechtsformen der Anbieter hinaus erfolgte.
- Die gesetzlich geforderte Vertragspartneranalyse (§ 32h ASVG), deren Ziel die Herstellung einer entsprechenden Transparenz war, führten die Träger nur 2009 und 2010 vollständig durch. 2012 waren die Daten unvollständig, nur die Hälfte der Träger meldete umfassende Daten.
- Die durchgeführten Analysen wurden nicht dazu verwendet, klare Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten.



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

- Obwohl der RH bereits 2008 empfohlen hatte, Leistungen der ärztlichen Hilfe auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten zu vergüten, war dies nicht umgesetzt worden.
- Die Ärztekostenstatistik wies zum Teil gravierende Fehler auf. In der Steiermark fehlten mehr als 200.000 Fälle.
- Da in den Rechnungsvorschriften des BMG keine Rückstellungen vorgesehen waren, aber häufig Zahlungen für künftige oder vergangene Jahre erfolgten, waren die Aufwendungen für ärztliche Hilfe nicht periodengerecht zugeordnet.

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

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

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

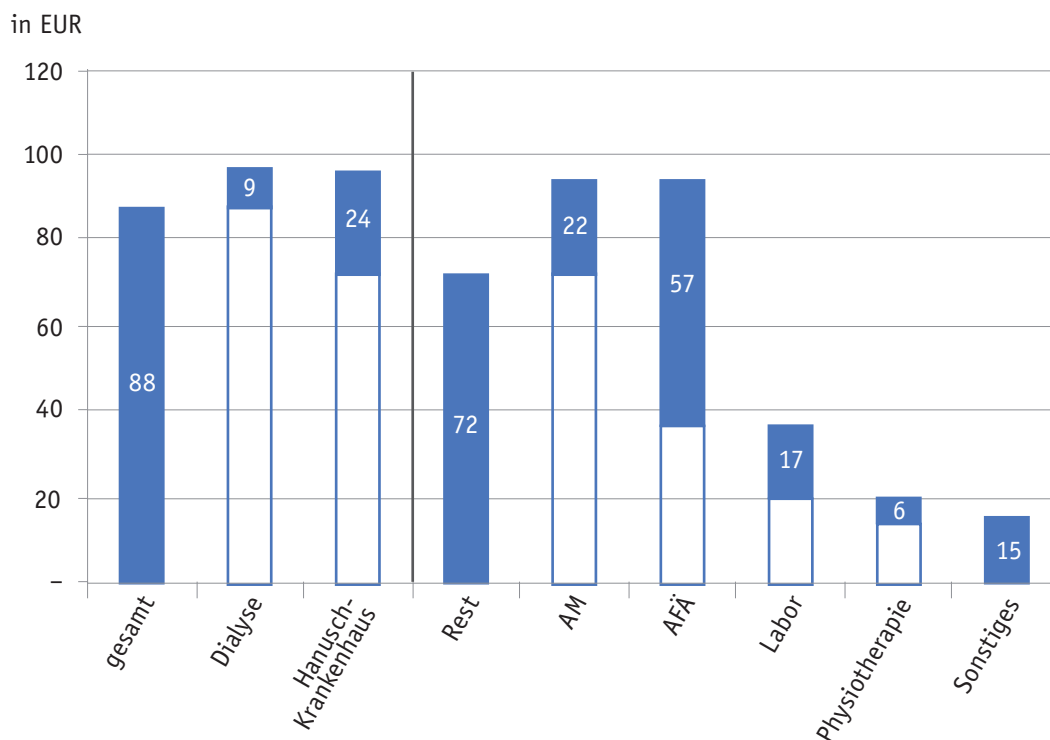
Aufwand je
Fachrichtung

16.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt auf Fachrichtungen heruntergebrochene Auffälligkeiten im Bereich ärztliche Hilfe im Vergleich von StGKK und WGKK, dies als Ergebnis der vom RH gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern – in stark vereinfachter Form²⁷ – durchgeführten Analysen zur Nachbildung der seit 2010 nicht mehr verfügbaren Ergebnisse der Vertragspartneranalyse:

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

Ärztliche Hilfe

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



AM = Allgemeinmedizin; AFÄ = allgemeine Fachärzte

Quellen: StGKK; WGKK; Darstellung RH

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

- Für die rd. 24 EUR je Anspruchsberechtigten höheren Kosten der WGKK im Bereich ambulanter Leistungen in Krankenanstalten, die sich überwiegend aus dem Hanusch-Krankenhaus ergaben, waren keine detaillierten Leistungswerte bekannt. Darüber hinaus waren im außerordentlichen Ergebnis Ersätze für einen Teil dieser Leistungen enthalten.
- Die StGKK bezahlte im Jahr 2013 rd. 9 EUR pro Anspruchsberechtigten für Dialyse. Die WGKK verbuchte Leistungen für Dialyse (einen Zuschuss für eine GmbH, die gemeinsam mit dem Land Wien Dialyseleistungen erbrachte) als medizinische Rehabilitation.



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

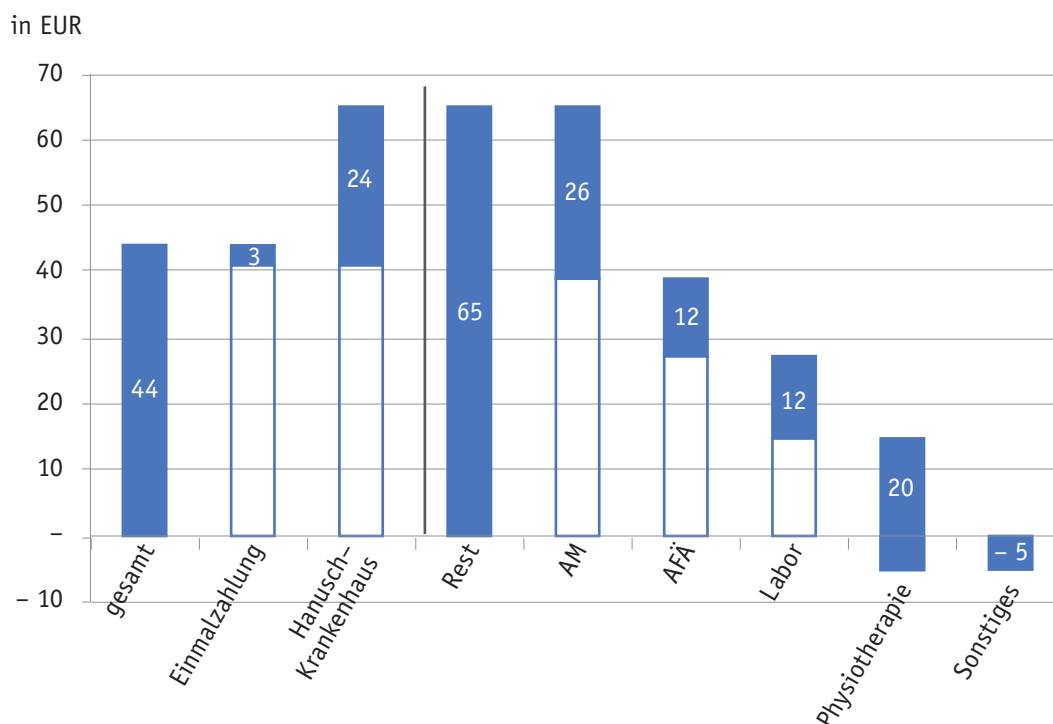
- Die WGKK gab rd. 22 EUR je Anspruchsberechtigten weniger für Allgemeinmediziner aus, aber 57 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für allgemeine Fachärzte.
- Rund 17 EUR gab die WGKK mehr für Laborleistungen aus.
- Die WGKK gab um rd. 6 EUR je Anspruchsberechtigten mehr und damit rund doppelt so viel für Psychotherapie aus.

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

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

Ärztliche Hilfe

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



AM = Allgemeinmedizin; AFÄ = allgemeine Fachärzte

Quellen: WGKK, BVA; Darstellung RH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

Stellenplanung bzw.
Planung der
Angebotsstruktur

Grundsätzliche Vorgaben und Vorgehensweise der Träger

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

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

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

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

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

a) Stellenplan

- Die StGKK verfügte über eine detaillierte Stellenplanung, in der sie Bezirken bzw. Regionen eine bestimmte Zahl von Stellen je Fachrichtung zuordnete.
- Die WGKK legte die Gesamtzahl von Allgemeinmedizinerinnen und allgemeinen Fachärztinnen fest. Eine weitere fachliche oder regionale Detaillierung erfolgte nicht.
- Bei der BVA war im Gesamtvertrag kein Stellenplan enthalten. Die BVA verfügte (auch regional) im Vergleich zu den Gebietskrankenkassen über mehr Vertragspartner.

b) Orientierung der Stellenpläne an den Regionalen Strukturplänen Gesundheit

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

Ärztliche Hilfe

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

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

c) Dynamische Stellenplanung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

Ärztedichte im Vergleich

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

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

Tabelle 3: Anspruchsberechtigte pro Vertragsarzt StGKK und WGKK 2013			
	StGKK	WGKK	Differenz
	Anzahl der Ärzte		
Allgemeinmedizin	614	788	174
allgemeine Fachärzte	343	792	449
sonstige Fachärzte	29	125	96
gesamt	986	1.705	719
	Anzahl der Anspruchsberechtigten je Arzt		
Allgemeinmedizin	1.505	2.015	34
allgemeine Fachärzte	2.695	2.005	– 26
sonstige Fachärzte	31.872	12.705	– 60
gesamt	937	931	– 1

Quellen: StGKK; WGKK

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

- Die StGKK gewährte zur Zeit der Gebärungsüberprüfung 1.120 Wahlärzten ein Rezepturrecht und auch das Recht, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen durchzuführen.
- Die WGKK gewährte rd. 204 Ärzten ein Rezepturrecht; Wahlärzte hatten grundsätzlich kein Recht, Arbeitsunfähigkeitsmeldungen zu erstellen.
- Während bei StGKK und WGKK die Abrechnung von Wahlarztrechnungen dazu führte, dass für den Patienten jedenfalls eine höhere Belastung als bei Inanspruchnahme eines Vertragsarztes entstand (mindestens 20 % des Kassentarifs),³⁵ war dies bei der BVA nicht in jedem Fall so. Soweit ein Wahlarzt den BVA-Tarif vereinbarte, hatte der Patient in jedem Fall 20 % des Tarifs zu tragen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe**18.3 (1) Stellungnahmen zur Angebotsstruktur der WGKK**

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

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

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

(2) Stellungnahmen zur Strategie im Wahlarztbereich

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

Tagesrandzeiten, Gruppenpraxen und PHC

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

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

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

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

³⁶ 21 Allgemeinmediziner, 93 allgemeine Fachärzte, 84 technische Fächer

³⁷ Der vorige Gruppenpraxengesamtvertrag stammte aus dem Jahr 2004 und enthielt ebenfalls keine Abschlüsse.

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

Andere Möglichkeiten der Umstellung der Versorgung (z.B. Kündigung von Einzelverträgen und Neuausschreibung als PHC) waren nicht vorgesehen. Verschiedene Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der PHC (z.B. die Möglichkeit eines eigenen Gesamtvertrags zur Regelung besonderer Vergütungsformen sowie die Regelung von gesellschaftsrechtlichen bzw. berufsrechtlichen Rahmenbedingungen⁴⁰) sollten laut Vertretern der Krankenversicherungsträger in einer eigenen gesetzlichen Regelung normiert werden; zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lag dazu noch kein Entwurf vor.

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

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

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

Tarifverhandlungen

Grundsätzliche Unterschiede zwischen den Trägern

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

- Für die StGKK galt 2009 und 2010 eine Honorarregelung aus 2008. Für die Jahre 2011 und 2012 schloss sie ex post eine Honorarvereinbarung ab. Im Jahr 2013 kam keine Regelung zu Stande, es trat somit nach dem steiermärkischen Gesamtvertrag eine an der Kaufkraftentwicklung orientierte automatische Tarifierhöhung ein. Die StGKK schloss somit die Vereinbarungen überwiegend im Nachhinein ab.
- Auch für die WGKK galt im Jahr 2009 eine Honorarregelung aus 2008. Im Dezember 2010 erfolgte der Abschluss für die Jahre 2010 und 2011, im Jänner 2012 für die Jahre 2012 und 2013. Die WGKK schloss somit die Vereinbarungen überwiegend im Vorhinein ab, es kam für jedes Jahr des Überprüfungszeitraums eine Vereinbarung zu Stande.
- Für die BVA galt in den Jahren 2009 und 2010 eine Vereinbarung vom September 2009. Für die Jahre 2011 bis 2013 kam keine Einigung über eine allgemeine Honorarveränderung zu Stande,⁴³ es erfolgte jedoch auch keine Kündigung des Gesamtvertrags. Im Jahr 2013 erfolgte eine Einmalzahlung von 10 Mio. EUR für drei Jahre (die in der folgenden Tabelle den jeweiligen Jahren zugeordnet ist); im Jahr 2015 erfolgte eine höhere Tarifierhöhung (insgesamt rd. 5,88 %).

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

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

⁴³ Einzelregelungen für bestimmte Fachgruppen kamen dagegen zu Stande.

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

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

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

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

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

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

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

Tabelle 5: Honorarerhöhung – Erwartung bei Vertragsabschluss; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	gesamt
	in %					
StGKK	1,25	1,15	2,10	1,79	2,58	9,18
WGKK	1,02	– 0,15	1,24	1,16	0,71	4,04
BVA	0,90	0,90	0,60	1,30	1,40	5,20

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

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

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

Ärztliche Hilfe

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

Tabelle 6: Mengensteigerung – Erwartung bei Vertragsabschluss; StGKK, WGKK und BVA 2009 bis 2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	gesamt
	in %					
StGKK ¹	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
WGKK	3,24	5,24	2,73	2,84	4,00	19,38
BVA	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	2,01

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

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Darstellung RH

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

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

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

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

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

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

⁴⁶ siehe Bericht des RH, Reihe Bund 2008/2

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

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

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

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

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

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

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

20.3 (1) Stellungnahme zur Darstellung des Sachverhalts:

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

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

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

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

(3) Stellungnahmen zur Weiterentwicklung des Vertragspartnerrechts:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

(3) Gegenäußerung des RH zur Weiterentwicklung des Vertragspartnerrechts:

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

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

Beispiel Laborleistungen und rechtliche Rahmenbedingungen der Vertragsverhandlungen

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

Ursache dafür war, dass die Obergrenze für Aufwendungen für die Laborfachärzte („Deckel“) in den Jahren 2009⁵¹ bis 2015 stark anstieg:⁵²

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

Tabelle 7: Ausgabenobergrenzen Laborfachärzte WGKK

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

Quelle: WGKK

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

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

Die NÖGKK schloss im Jahr 2012 einen Vertrag⁵³ mit einem 2011 neu zugelassenen Institut in St. Pölten, der um 40 % günstigere Tarife als jene der Wiener Laborfachärzte enthielt. Im Jahr 2014 vereinbarte die NÖGKK weiters mit der niederösterreichischen Ärztekammer, dass die zuweisenden Ärzte an jenen Laboranbieter zu überweisen hatten, den die NÖGKK und die niederösterreichische Ärztekammer in einem Rundschreiben als den günstigsten qualifizierten. Ein Teil der angestrebten Einsparungen sollte für neue Leistungen bzw. höhere Vergütung in anderen ärztlichen Bereichen verwendet werden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

angestrebte Tarifierhöhung unterhalb der Beitragseinnahmensteigerung wurde nicht verbindlich geregelt.⁵⁶

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

Qualitätssicherung

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

- Verschiedene Fachgesellschaften gaben Leitlinien heraus; diese waren im Einzelfall nicht verbindlich.
- Das Gesundheitsqualitätsgesetz⁵⁷ ermöglichte dem BMG, als Orientierungshilfe Standards zu empfehlen oder Richtlinien als Verordnung zu erlassen und damit verbindlich zu machen.
- Die Krankenversicherungsträger konnten bestimmte Vorgehensweisen mit den Ärztekammern in den Gesamtverträgen vereinbaren, entweder für alle verbindlich oder als freiwillige Maßnahmen.

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

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

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

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

⁵⁷ BGBl. I Nr. 179/2004 i.d.g.F.

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

Zur Umsetzung war geplant, eine Ergebnisqualitätsmessung⁶⁰ für den ambulanten Bereich aus vorhandenen Routinedaten bis Ende 2014 zu entwickeln und in der Folge zu pilotieren und umzusetzen. Dazu sollten verbindliche Mindestanforderungen bis Mitte 2014 festgelegt und organisatorische und rechtliche Voraussetzungen auf Bundesebene geschaffen werden. 2015 sollte eine entsprechende Qualitätssicherung bereits erfolgen, 2016 darüber berichtet werden.

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

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

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

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

Die bisher gesetzten gesetzlichen Maßnahmen beschränkten sich auf

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

- die Aufnahme der Kontrolle der Fortbildungsverpflichtungen in die Qualitätssicherung und
- die Vorbereitungsarbeiten für die Verknüpfung pseudonymisierter Daten zwischen dem Spitalsbereich und dem niedergelassenen Bereich.

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

Patientensteuerung

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

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

Wesentliche Teilaspekte der Steuerungsmöglichkeiten waren

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

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

Ärztliche Hilfe

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

- Patienten der WGKK mussten z.B. zur Zeit der Gebärungsüberprüfung CT- und MR-Untersuchungen nicht mehr vorab genehmigen lassen, jene der BVA schon.⁶¹ Bei der StGKK bestand eine Genehmigungspflicht für CT- und MR-Untersuchungen unter bestimmten Voraussetzungen, insbesondere bei Zuweisung durch einen Allgemeinmediziner ohne Beilage eines entsprechenden Facharzt-Befundes, bei Zuweisung durch einen Facharzt außerhalb seines Fachgebiets, bei Abklärung von mehr als drei Körperregionen und bei Zuweisung zu bestimmten Untersuchungen (z.B. Coronarangiographie etc.)
- Patienten der StGKK und der WGKK konnten ohne Zuweisung durch einen Allgemeinmediziner nur eine bestimmte Zahl von Fachärzten in Anspruch nehmen.⁶² Bei der BVA gab es keine entsprechende Regelung.

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

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

Anspruchsberechtigte der Gebietskrankenkassen grundsätzlich keine Kostenbeteiligungen für ärztliche Hilfe.⁶³

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

- Die BVA hatte nach § 63 Abs. 4 B-KUVG einen Kostenbeitrag von 20 % einzuheben. In welchen Fällen der Inanspruchnahme der ärztlichen Hilfe dieser Behandlungsbeitrag zu bezahlen war, hatte die BVA in der Satzung unter Bedachtnahme auf eine ökonomische Bereitstellung der ärztlichen Hilfe und auf die finanzielle Leistungsfähigkeit der Versicherungsanstalt festzusetzen. Im Überprüfungszeitraum fanden zwei Änderungen statt.⁶⁴
- Die SVA halbierte die grundsätzlich vorgesehene Kostenbeteiligung von 20 % in Abhängigkeit von der Erreichung von Gesundheitszielen durch den Patienten. Die VAEB reduzierte im Überprüfungszeitraum den für ihre Anspruchsberechtigten geltenden Selbstbehalt von 14 % auf 7 % und führte eine teilweise Rückvergütung bei Nutzung von Generika ein (siehe TZ 34).

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

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

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

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

Strategische Ziele der Gesundheitsreform

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

Die folgende Tabelle stellt diese Unterschiede vereinfachend dar:

Tabelle 8: Unterschiede in den Rahmenbedingungen für den intra- und extra-muralen Bereich		
	Sozialversicherung	Spitäler
Gestaltung der Angebots-Struktur	Regelung durch Gesamtvertrag (im Einvernehmen mit der Ärztekammer)	Finanzierer treffen die Struktur-entscheidungen selbst
Leistungsdefinition	Honorarkataloge historisch gewachsen, unterschiedlich zwischen Bundesländern, überwiegend keine Basis in Kostenkalkulationen	stationäre Leistungen im LKF-System einheitlich definiert, regelmäßige Kalkulation der Leistungen
Vergütung	überwiegend Vergütung nach Einzel-leistungen (Träger trägt Risiko von Mengensteigerungen)	ambulante Leistungen überwiegend pauschal vergütet
Qualität	überwiegend nur Strukturqualität adressiert	Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualitätskriterien grundsätzlich adressiert

LKF = leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Quelle: RH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ärztliche Hilfe

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

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

Zusammenfassung ärztliche Hilfe

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

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

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

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



Ärztliche Hilfe

BMASK BMF BMG

**Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung**
Tabelle 9: Handlungsbedarf zur Steuerung der ärztlichen Hilfe

	Handlungsbedarf BMG bezüglich Änderungen der Rahmenbedingungen	Handlungsbedarf Krankenversicherungsträger zur Nutzung bestehender Rahmenbedingungen
Datenlage	Unterstützung bei standardisierten Diagnosen, Datenaustausch mit Spitälern	Datenauswertungen (VPA), Nutzung zur Steuerung, mehr Transparenz im Benchmarking, kostenbasierte 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

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

Heilmittel

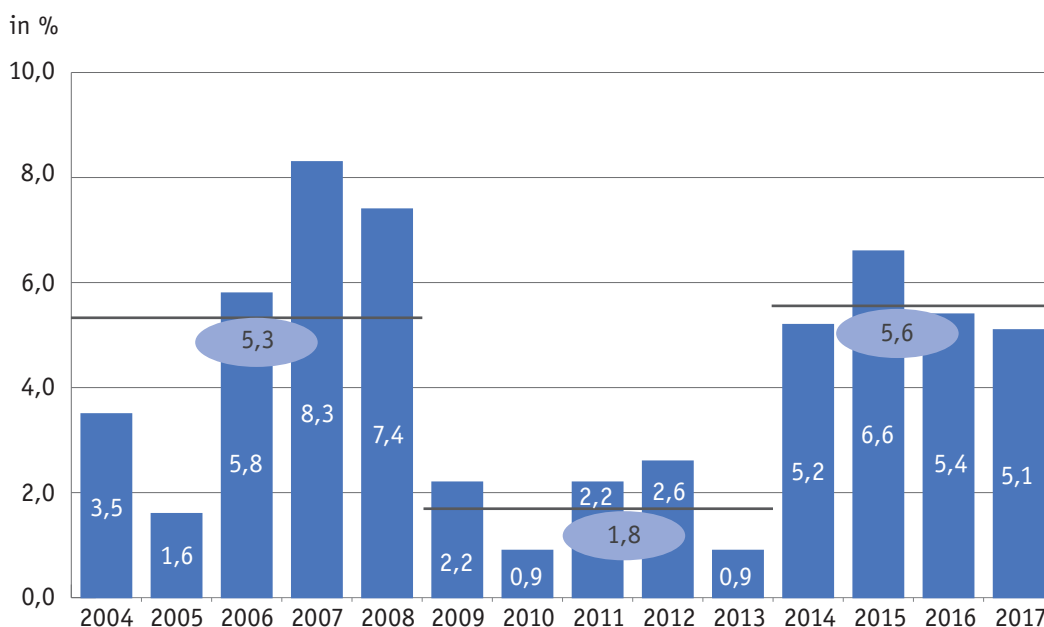
Überblick

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

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

Heilmittel

Abbildung 6: Steigerungsrate der Aufwendungen für Heilmittel 2004 bis 2017



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

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

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

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

Tabelle 10: Preis und Mengeneffekte Heilmittel

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

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Leistungsstatistik-Heilmittelstatistik Hauptverband

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

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

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

Heilmittel

Tabelle 11: Bandbreite der Entwicklung der Heilmittelausgaben je Anspruchsberechtigten

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

höchster Wert, niedrigster Wert

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; StGKK; WGKK; Darstellung RH

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

(4) Gut dokumentiert waren jedoch einzelne besondere Entwicklungen:

- Einerseits kam es durch Zulassung von Nachfolgeprodukten („Generika“) in einigen Bereichen zu deutlichen Preissenkungen bei Wirkstoffen, deren Patente ausliefen (z.B. Magenschutz, siehe dazu TZ 30).
- Andererseits kam es zu einem hohen Anstieg der Kosten bei Arzneimitteln mit einem Kassenverkaufspreis von über 700 EUR; diese machten im Jahr 2013 bereits 12 % aus (siehe dazu TZ 31).
- Ab 2014 war ein bestimmtes Präparat für einen erheblichen Teil der Kostensteigerung verantwortlich: Zur Behandlung von Hepatitis C stand Anfang 2014 ein Präparat (Sovaldi) zur Verfügung, das im Hinblick auf seinen Behandlungsnutzen eine Monopolstellung einnahm. Die Kosten der Behandlung pro Patient lagen zwischen

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

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

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

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

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

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

Heilmittel

Rechtliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten

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

- Die Zulassung eines Heilmittels erfolgte in London bei der EMA (European Medicines Agency). Die Entscheidung, das Produkt zuzulassen, galt für ganz Europa und lag somit außerhalb des Einflussbereichs der Sozialversicherungsträger bzw. des Gesamtstaates.⁶⁷
- Die Sozialversicherung bezahlte jene Heilmittel, die in den Erstattungskodex (EKO) aufgenommen waren. Damit das Heilmittel in den Erstattungskodex aufgenommen wurde, gab es ein Verfahren im Hauptverband, das den therapeutischen Nutzen prüfte und mit Preisverhandlungen bzw. Vorgaben verbunden war (siehe TZ 30). Über die Aufnahme in den Erstattungskodex hatte der Hauptverband mit Bescheid zu entscheiden. Bei Erfüllung der entsprechenden Voraussetzungen hatten die Antragsteller nach den europarechtlichen Rahmenbedingungen einen Rechtsanspruch auf Aufnahme. Es handelte sich somit weniger um eine Beschaffung von Heilmitteln für die Versicherten, als vielmehr um ein hoheitliches Verfahren.
- Nach der Zulassung konnten Ärzte das Heilmittel verschreiben. Der Patient hatte dann die Möglichkeit, das Medikament selbst zu bezahlen oder eine Einzelfallgenehmigung vom Krankenversicherungsträger zu verlangen. Der Preis richtete sich nach den Pharmaunternehmen, wobei die Möglichkeit bestand, ein Preisregulierungsverfahren durchzuführen (siehe TZ 31).
- Die Erstattungsfähigkeit konnte weiters an medizinische Bedingungen gebunden sein, die dann im Einzelfall von den Sozialversicherungsträgern zu prüfen waren.
- Im Erstattungskodex waren häufig mehrere Heilmittel mit ähnlicher Wirkung enthalten, die unterschiedliche Preise aufwiesen. Dabei galt für die Vertragsärzte der Grundsatz der ökonomischen Verschreibeweise: Bei mehreren gleichwertigen Alternativen waren die Behandlungskosten im Verhältnis zum Erfolg und zur Dauer der Behandlung möglichst gering zu halten. Die Sozialversicherungsträger unterstützten dabei die Vertragspartner durch Informationen über die jeweils verfügbaren Heilmittel und deren Preise. Bei Abweichungen in der Verschreibeweise führten sie Detailanalysen und Gespräche mit den Ärzten über das individuelle Verschreibeverhalten durch. Teilweise war dazu die vorangegangene Behand-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Heilmittel

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

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

Gesetzlicher
Rabatt und Rahmen-
Pharmavertrag

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 8 des Rahmen-Pharmavertrags in der Fassung der Verlängerung enthielt folgende Passage: Der Vertrag kann „mit sofortiger Wirkung (...) aufgelöst werden, wenn bis zum 31. Dezember 2015 gesetzliche oder sonstige neue Maßnahmen zur Heilmittelkostendämpfung zu Lasten der pharmazeutischen Unternehmen⁷⁰ (...) in Kraft treten (...)“. Weiters war für den Fall einer derartigen Auflösung eine Rückzahlungsverpflichtung normiert.

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

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

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

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

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

Heilmittel

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

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

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

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

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

Preisgestaltung

Übersicht

29 Für die Preisgestaltung waren drei rechtliche Regimes maßgeblich:

- Für Heilmittel im Erstattungskodex gab es ein gesetzlich umfassend geregeltes Verfahren über Preisverhandlungen und deren Maßstäbe.
- Für andere Heilmittel galt grundsätzlich eine freie Preisgestaltung durch die Anbieter mit der Möglichkeit einer Preisregulierung.
- Für die Vertriebswege (sowohl für Heilmittel im Erstattungskodex als auch für andere Heilmittel) gab es eine Vergütung, deren Höhe das BMG durch Verordnungen regelte.

Preisregelungen im Zusammenhang mit dem Erstattungskodex (EKO)

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

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

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

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

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

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

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

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

Heilmittel

(3) Laut einer Auswertung des Hauptverbands ergebe sich ein prospectives rechnerisches Kostenreduktionspotenzial von rd. 138 Mio. EUR⁷⁴, würde der Träger bezogen auf zeitlich zurückliegende Verschreibungen eines Halbjahres (April 2014 bis September 2014) das günstigste verfügbare Heilmittel laut aktuellem Erstattungskodex bezahlen. Bei dieser Berechnung zog der Hauptverband alle gleichen und gleichartigen Heilmittel bzw. Biosimilars heran, eine detaillierte medizinische Bewertung je Heilmittel (z.B. hinsichtlich etwaiger Probleme der Umstellung von Heilmitteln) oder der Verfügbarkeit der jeweiligen günstigen Heilmittel in der entsprechenden Menge erfolgte nicht.⁷⁵ Unabhängig davon lag die Generikaquote bei den ersetzbaren Verschreibungen im Jahr 2013 bei rd. 46 % der Kosten bzw. rd. 50 % der Verordnungen.

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

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

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

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

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

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

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

- Nach § 351g Abs. 2 Z 3 ASVG waren Vergabeverfahren für Wirkstoffgruppen möglich (z.B. wenn das Preisband zu breit war oder keine Nachfolge durch ein Generikum erfolgte). Eine andere Bestimmung des ASVG⁷⁷ sah jedoch eine Ausschreibung von Heilmitteln nur dann vor, wenn kein Generikum zur Verfügung stand. Eine SV-interne Arbeitsgruppe interpretierte dies im Jahr 2006 als Einschränkung der Möglichkeit der Ausschreibung und empfahl, von dieser Möglichkeit abzusehen. Tatsächlich fanden im Prüfungszeitraum keine Ausschreibungen zu Generika statt.
- Im Jahr 2008 lag dem Nationalrat ein Gesetzesentwurf vor, wonach die Krankenversicherungsträger die Kosten höchstens bis zum jeweiligen Referenzpreis übernehmen. Würde auf Verlangen eines Versicherten ein teureres Heilmittel abgegeben, so hätte der Versicherte die Differenz tragen müssen. Der Gesetzesentwurf wurde nicht beschlossen.
- In einigen Staaten verschrieb der Arzt – verpflichtend oder freiwillig – lediglich einen Wirkstoff. Es war dann Aufgabe des Apothekers, das günstigste Heilmittel mit diesem Wirkstoff auszugeben. Der Hauptverband übermittelte dem RH eine Aufstellung, aus der sich ergab, dass derartige Regelungen im europäischen Vergleich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die Regel waren.⁷⁸ In Österreich bestand diese Möglichkeit nicht; der Arzt war gemäß Ärztegesetz verpflichtet, ein einzelnes Präparat auszusuchen.

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

⁷⁷ § 351c Abs. 10 Z 3 ASVG

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

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

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

Heilmittel

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

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

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

(2) Der RH kritisierte jedoch, dass keine quantifizierte Einschätzung der Potenziale der einzelnen Steuerungsmaßnahmen bestand und daher auch keine sachgerechte Priorisierung erfolgen konnte. Es bestand insbesondere keine analytische Grundlage, um einzuschätzen, ob der Verzicht auf gesetzliche Maßnahmen im Rahmen-Pharmavertrag mit den dort vereinbarten rd. 18,22 Mio. EUR im Jahr angemessen abgegolten wurde. Dies sah der RH umso kritischer, als die Auswertung des Hauptverbands nach den BIG-Daten⁸² zumindest rechnerisch ein Potenzial von bis zu 138 Mio. EUR im Halbjahr auswies.

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

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

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

⁸² Datenbank Business Intelligence im Gesundheitswesen

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

- den Verzicht des Hauptverbands auf die Möglichkeit zur Ausschreibung,
- die Nutzung der Abschnitt VII-Verfahren⁸³ durch den Hauptverband nur nach Maßgabe der verbleibenden Ressourcen.

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

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

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

- Für die Generikaregelung im Erstattungskodex war ab dem vierten Generikum in einer Wirkstoffgruppe lediglich eine fixe Preissenkung von 10 Cent vorgesehen. Dadurch wurden nach Ansicht des RH nicht alle Möglichkeiten zur Preisoptimierung ausgeschöpft.
- Weitere grundsätzliche Möglichkeiten zum Umgang mit Preisdifferenzen, wie etwa die Einführung eines Referenzpreismodells oder die Ermöglichung oder Vorschreibung von Aut-idem-Regelungen, blieben entgegen den in Europa üblichen Regelungen ungenutzt.

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

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

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

Heilmittel

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

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

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

Preisregulierung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Heilmittel

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

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

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

Vertriebsspannen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Heilmittel

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

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

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

Behandlungs-
ökonomie durch
die Kranken-
versicherungsträger

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

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

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

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

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

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

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

- Die StGKK verfügte im gesamten Prüfungszeitraum über eine Organisationseinheit zur Ökonomiekontrolle und legte besonderes Augenmerk auf Bewilligung und Kontrolle der ökonomischen Richtlinien (z.B. regelmäßige Analyse der Heilmitteldaten und individuelle Beratung) sowie auf Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung für ökonomischen Heilmiteleinsatz.⁹¹ Sie führte ein Maßnahmencontrolling durch; eine gesamthafte finanzielle Bewertung der Kostendämpfung erfolgte nicht.
- Die WGKK schuf im Jahr 2012 auf Grundlage einer Empfehlung des RH aus dem Jahr 2011⁹² eine eigene Organisationseinheit zur Heilmittelökonomie, verstärkte ihren Personaleinsatz und erstellte im Jahr 2013 eine detaillierte Darstellung der Maßnahmen und ihrer Erfolge. Sie wies darin eine Kostendämpfung von rd. 5 Mio. EUR aus.⁹³
- Die BVA wies darauf hin, dass die überwiegende Zahl ihrer Vertragsärzte auch mit den Gebietskrankenkassen einen Vertrag hatten und von diesen über Heilmittelverschreibungen informiert wurden. Auch die BVA nannte jedoch einige Aktivitäten mit Bezug auf die Heilmittelökonomie, insbesondere Informationsgespräche bei Abschluss neuer Verträge.

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

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

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

Heilmittel

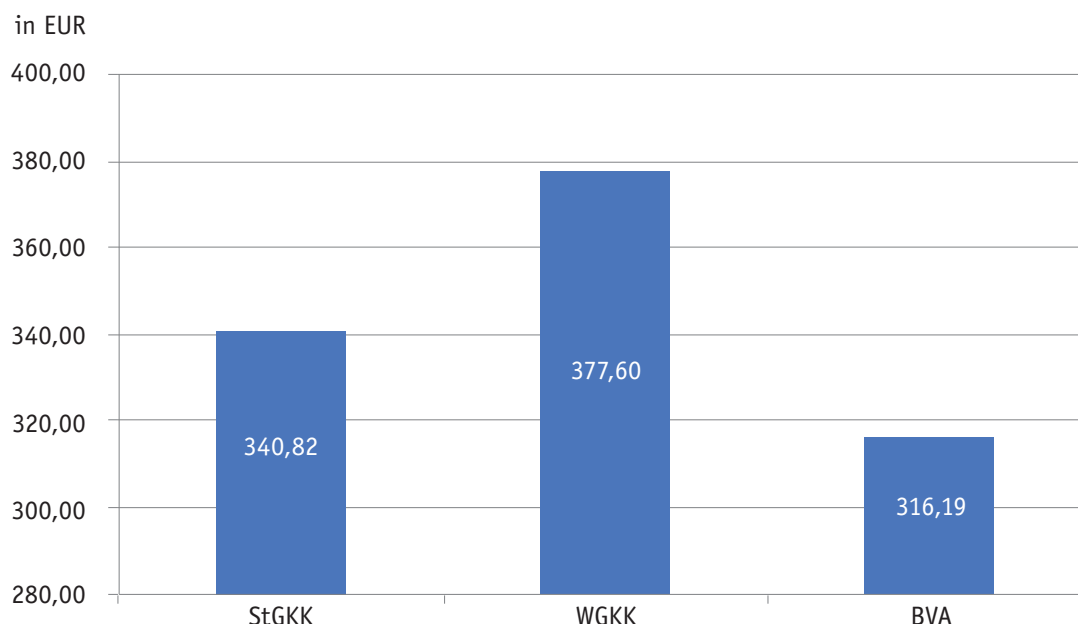
(3) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung stellte der Hauptverband ein EDV-Programm zur Verfügung, das für den Einsatz bei verschreibenden Ärzten das aktuell günstigste Heilmittel mit bestimmten Wirkstoffen identifizierte („Ökotool“). Es bildete eine wesentliche Voraussetzung für die ökonomische Verschreibweise.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

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

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

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

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



Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

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

Rund zwei Drittel der Abweichungen⁹⁵ (rd. 22 EUR je Anspruchsberechtigten) zwischen der WGKK und der StGKK waren auf Unterschiede bei Medikamenten mit Bezug auf HIV bzw. mit Bezug zur Suchtmittelsubstitution zurückzuführen.⁹⁶

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

⁹⁶ J05 – ANTIVIRALE MITTEL ZUR SYSTEMISCHEN ANWENDUNG. Diese Medikamente wurden bei HIV, Hepatitis C und Herpes verabreicht. Der Aufwand pro Anspruchsberechtigten lag bei der StGKK bei rd. 6 EUR und bei der WGKK bei rd. 20 EUR, somit um rd. 14 EUR höher. Der Anteil der wegen HIV-Patienten behandelten Patienten lag bei der WGKK höher als bei der StGKK.

N07 – ANDERE MITTEL FÜR DAS NERVENSYSTEM. Diese Gruppe beinhaltete Präparate, die zur Behandlung von Alkoholismus und Substitutionstherapie zur Anwendung kamen. Bei der StGKK lag im Jahr 2013 der Aufwand pro Anspruchsberechtigten bei rd. 3 EUR und bei der WGKK bei rd. 11 EUR, somit rd. 8 EUR höher (deutlich höhere Anzahl an opiatabhängigen Patienten mit Substitutionstherapie bei der WGKK). Siehe dazu schon den Bericht des RH Reihe Bund 2008/2 TZ 14 (Sonderindikationen).

Heilmittel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) Stellungnahmen zur Setzung monetärer Ziele im Heilmittelbereich

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

Heilmittel

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

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

(3) Stellungnahme zur verbindlichen Einführung des Ökotools

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

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

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

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

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

Patientensteuerung

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

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

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

Heilmittel

gepräparaten (Generika) zu steigern. VAEB-Versicherte, denen ihr Arzt ein kostengünstigeres Generikum verordnete, erhielten von der VAEB dabei eine Vergütung von 1 EUR je abgegebener Packung. Die Vergütung erfolgte jährlich im Nachhinein im Rahmen des Behandlungsbeitrags. Im Jahr 2009 wurde vorerst für fünf ausgewählte Medikamentengruppen⁹⁷ dieses Projekt umgesetzt. Nach Angaben der VAEB ergab sich eine Reduktion der Anzahl der Verordnungen bzw. eine Kostenreduktion im Jahr 2009 von rd. 3,251 Mio. EUR. In rd. 45.000 Fällen erfolgte eine Umstellung der Medikamente. Die Ersparnis bewertete die VAEB mit rd. 1,10 Mio. EUR. Der Vorstand der VAEB beschloss am 9. Dezember 2009 eine Erweiterung der Medikamentengruppen um fünf weitere Gruppen. Insgesamt wurden im Jahr 2013 rd. 1,137 Mio. Heilmittel als kostengünstig bewertet und mit 1 EUR je verordnete Packung honoriert. Seit Beginn des Projekts erhielten die VAEB-Versicherten rd. 5,6 Mio. EUR refundiert.

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

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

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

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

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

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

Konsenses nicht umgesetzt worden. In den vergangenen Jahren sei das Vertrauen in Generika sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten gestiegen. Eine günstigere Rezeptgebühr bei Generika könne diese Tendenz noch verstärken. Ein Versicherter, für dessen Behandlung nur ein Originalpräparat zur Verfügung stehe und der die höhere Rezeptgebühr entrichten müsse, könne eine die Generika begünstigende Regelung als ungerecht empfinden.

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

(3) Laut Stellungnahme der StGKK könne ein heilmittelstrategisches Konzept zur Einbeziehung der Patienten nur in einer entsprechenden trägerübergreifenden Arbeitsgruppe erstellt werden.

- 34.4** Der RH stimmte dem BMG zu, dass die Wahrnehmung der Patienten einen wesentlichen Aspekt des Heilmittelverbrauchs darstellte. Umso wesentlicher wäre, auch die Patienten in die Bemühungen um eine ökonomische Verschreibweise einzubeziehen. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest. Bei ihrer Umsetzung wäre – im Sinne des BMG – auf eine faire Lastenverteilung für alle betroffenen Gruppen zu achten.

Steuerungs- maßnahmen

Steuerungsmaßnahmen des Kassensanierungspakets

- 35.1** (1) Im Rahmen des Kassensanierungspakets 2009 waren Maßnahmen mit Bezug auf die Heilmittelausgaben Teil der geplanten Vorhaben. Ein Maßnahmencontrolling dazu führten weder das BMG noch der Hauptverband.

(2) Die folgende Übersicht zeigt 13 Maßnahmen,⁹⁸ die im Rahmen des vom Hauptverband im Sommer 2009 vorgelegten Sanierungspakets vorgesehen waren, sowie ihren Umsetzungsstand bei der StGKK, der WGKK und der BVA:

⁹⁸ Nicht in die Übersicht aufgenommen ist ein (nach Auffassung des RH eher für Einzelfälle relevantes) Spezialproblem der direkten Applikation von Heilmitteln durch Ärzte sowie die Nutzung von mengenorientierten Preisen (die nach Angaben des Hauptverbands bereits laufend im Einsatz waren).

Heilmittel

Tabelle 12: Umsetzung Vorhaben Kassensanierungspaket im Heilmittelbereich

Maßnahme	Umsetzungsstand	Qualifikation als wesentliche Änderung aus Sicht des RH
Gesamtsystem		
Gesamtausgabenbeschränkung (Obergrenze für Heilmittelausgaben)	nicht eingeführt	nein
Ökonomiepotenziale auf Trägerebene		
Einsatz kostengünstiger Heilmittel (Verpflichtung im Gesamtvertrag)	WGKK und BVA ja, StGKK nein (aber keine Sanktion)	tlw.
Forcierung Arzneidialog, individuelle Evaluierung, Dämpfungspotenziale sind zu eruieren, regionale Projekte, Best-practice-Modell	Arzneidialoge finden statt, Auswertungen Hauptverband zeigen weiterhin erhebliche Potenziale	tlw.
Anreizsysteme (z.B. Vergütung für Ärzte bei ökonomischer Verschreibweise)	weder bei StGKK noch bei WGKK oder BVA umgesetzt	nein
differenzierte Rezeptgebühr	nicht umgesetzt	nein
Maßnahmen mit Bezug zu Marketing		
Preisauszeichnung auf Apothekenebene (Transparenz für Patient über Kosten der Heilmittel für die Krankenversicherung)	nicht umgesetzt	nein
Eindämmung Marketing (Fachwerbung Preisauszeichnung, Offenlegung Zuwendungen und Studien, Ärztesoftware etc.), Beschränkung der steuerlichen Absetzung, EU-Richtlinie	tlw. umgesetzt (z.B. Offenlegung über Studien)	tlw.
Sonstiges		
Erstattungskodex Vorrang in Spitälern	KAKuG-Bestimmung, unterschiedliche Umsetzung in Ländern	tlw.
Nomenklatur wirkstoffgleicher Heilmittel	nein	nein
Senkung Höchstaufschläge Großhandel	durch Rahmen-Pharmavertrag ersetzt	tlw.
Senkung Aufschläge Apotheken	durch Vereinbarung mit Apothekerkammer ersetzt	tlw.
E-Medikation	hat stattgefunden, Ausrollung 2016 geplant	tlw.
Packungsgrößen	Studie erfolgt, keine Maßnahmen	nein

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Von den angeführten 13 Maßnahmen wurden sieben teilweise umgesetzt, sechs nicht. In der Berichterstattung über die Umsetzung des Kassensanierungspakets war dies nicht klar ausgewiesen, weil die Entwicklung der Heilmittelausgaben ohnehin positiv verlief.

Die zu prüfende Gesamtausgabenbeschränkung wurde nicht umgesetzt. Eine Verpflichtung zum Einsatz des kostengünstigsten Heilmittels bzw. des Ökotools war nach einem Bericht des Hauptverbands im Februar 2013 in den Gesamtverträgen von neun der 13 Träger enthalten, darunter der WGKK und der BVA, nicht aber der StGKK. Die Arzneimitteldialoge wurden intensiviert, nicht zuletzt gründete die WGKK eine eigene Abteilung (siehe TZ 33). Die Auswertungen des Hauptverbands (siehe TZ 30) zeigten jedoch weiterhin erhebliches Potenzial. Spezifische Anreizsysteme waren bei den drei überprüften Trägern nicht installiert. Die differenzierte Rezeptgebühr wurde nicht umgesetzt (siehe TZ 34). Eine Preisauszeichnungspflicht auf Apothekenebene, die Änderung der Nomenklatur wirkstoffgleicher Heilmittel⁹⁹ und eine Änderung im System der Packungsgrößen¹⁰⁰ erfolgten nicht. Zur Eindämmung des Marketings gab es einige Maßnahmen,¹⁰¹ eine vollständige Umsetzung lag jedoch nicht vor. Die E-Medikation war bis zur Gebarungsüberprüfung nicht vollständig umgesetzt, aber pilotiert worden.¹⁰² Anstatt die Spannen im Vertriebsweg zu senken, wurde ein Vertrag zwischen der Pharmawirtschaft bzw. Apotheken und dem Hauptverband abgeschlossen (TZ 32).

35.2 (1) Der RH kritisierte, dass von den 13 Maßnahmen des Kassensanierungspakets 2009 nur sieben teilweise und sechs nicht umgesetzt wurden. Er war der Ansicht, dass dies in einer Phase stärkerer Innovationen oder sonst steigender Heilmittelkosten zu erheblichen Problemen führen konnte, da die genannten Maßnahmen teilweise Voraussetzung für eine nachhaltige Kostendämpfung waren.

Der RH kritisierte auch, dass kein Maßnahmencontrolling und keine Berichterstattung an den Ministerrat erfolgten.

Er empfahl dem Hauptverband für die Umsetzung der Heilmittelstrategie, ein entsprechendes Maßnahmencontrolling durchzuführen.

⁹⁹ Der Hauptverband wies darauf hin, dass dafür europarechtliche Änderungen erforderlich seien.

¹⁰⁰ Eine vom Hauptverband in Auftrag gegebene Studie kam zum Ergebnis, dass kein wesentlicher Änderungsbedarf bestehe.

¹⁰¹ zum Beispiel Verordnung über die Meldung von Nichtinterventionellen Studien (Anwendungsbeobachtungen)

¹⁰² vergleiche den Bericht des RH „Pilotprojekt e-Medikation“, Reihe Bund 2014/3

Heilmittel

(2) Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Auswahl der Maßnahmen nur bedingt ausgewogen war: Im Rahmen des Kassensanierungspakets legte der Hauptverband (der sich diesbezüglich mit der Pharmawirtschaft abzustimmen hatte) 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 Autidem- oder eine Festpreisregelung) ebenso verzichtet wie auf eine Senkung der Spannen für Großhandel und Apotheken.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der Erstellung einer Heilmittelstrategie anlässlich des Auslaufens des Rahmen-Pharmavertrags in umfassender Weise alle Hebel für eine Kostendämpfung zu prüfen, und dabei sowohl die Preisbildung als auch die Menge der verordneten Heilmittel und die ökonomische Auswahl zu berücksichtigen.

35.3 (1) *Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, er habe zuletzt eine Einigung mit der Pharmawirtschaft über einen neuen Rahmen-Pharmavertrag erzielt. Die Empfehlung des RH zur Einführung eines Maßnahmencontrollings zur Umsetzung der Heilmittelstrategie nahm er zur Kenntnis.*

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

Abstimmung mit Spitälern

36.1 (1) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag zur Gesundheitsreform 2012 sah in Art. 11 vor, durch die Maßnahmen der Gesundheitsreform im Zeitraum 2012 bis 2014 eine Kostendämpfung von rd. 943 Mio. EUR im niedergelassenen Bereich bei Heilmitteln zu erreichen. Inhaltlich beschränkte sich die Gesundheitsreform 2012 auf Maßnahmen der Abstimmung zwischen intra- und extramuralem Sektor. Maßnahmen, die nur dem Krankenversicherungssektor zuzuordnen waren, waren in den Steuerungsvorgaben der Gesundheitsreform nicht enthalten.

Eine Zuordnung der Kostendämpfungspotenziale auf konkrete Maßnahmen erfolgte nicht.

In den Landes-Zielsteuerungsverträgen waren keine Kostendämpfungspotenziale im Heilmittelbereich beziffert.

(2) Das den Zielen der Gesundheitsreform 2012 zugrunde liegende Abstimmungsproblem ließ sich wie folgt beschreiben: Die (Erst-)Einstellung, welche (neuen) Medikamente ein Patient benötigte, erfolgte vielfach in den Krankenanstalten. Bei der Entlassung des Patienten aus dem Spital enthielt der Arztbrief die entsprechenden Medikamente. Im Spitalsbereich war die Preisgestaltung der Heilmittel im Ankauf durch die Krankenanstalten oft anders als im niedergelassenen Bereich. Selbst wenn die im Krankenhaus ausgewählten Heilmittel im nach der Entlassung kostentragenden niedergelassenen Sektor nicht ökonomisch optimal waren, erfolgte häufig keine Umstellung. Daher hatten die Krankenversicherungsträger die Kosten für die teureren Präparate zu tragen.

Der Hauptverband wies im Zuge der Gebarungsüberprüfung beispielsweise darauf hin, dass im Bereich der Rheumatologie allein durch den Ersatz eines Präparats durch günstigere Vergleichsprodukte rd. 21,81 Mio. EUR jährliche Einsparungen im niedergelassenen Bereich möglich wären.

(3) Die grundsätzliche Lösung dieser Problemstellung – eine abgestimmte Einkaufs- und Verschreibweise – stand im Grunde außer Streit. Zur Umsetzung waren im Bundes-Zielsteuerungsvertrag mehrere Maßnahmen vorgesehen, die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung erst teilweise umgesetzt waren:

- eine Bindung der Krankenanstalten an das Ökotool des Hauptverbands (siehe im Folgenden Punkt (4)),
- eine besondere Abstimmung in einer neu geschaffenen Medikamentenkommission bei teuren Heilmitteln, die sowohl in Krankenanstalten als auch im niedergelassenen Bereich eingesetzt werden konnten (siehe im Folgenden Punkt (5))¹⁰³ und
- die Beratung der Krankenanstalten durch die Krankenversicherungsträger (siehe im Folgenden Punkt (6)).

¹⁰³ Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthielt in Art. 7 zwei operative Ziele zum Heilmittelbereich, nämlich unter 7.1.3 „Ausgewählte sektorenübergreifende Probleme iZm der Medikamentenversorgung mit Blick auf den best point of service sowie der Effektivität und Effizienz zu lösen“ und unter 7.1.4 „Für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente sind auf Bundes- und/oder Landesebene gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte mit gemeinsamer Finanzverantwortung zu entwickeln und umzusetzen.“

Heilmittel

(4) Seit 2004 hatten gemäß § 24 KAKuG Empfehlungen (im Entlassungsbrief) zur Medikation den vom Hauptverband herausgegebenen Erstattungskodex und die Richtlinien über die ökonomische Verschreibeweise von Heilmitteln zu berücksichtigen.

Das Kassensanierungspaket 2009 sah vor, dass die Verordner in den Krankenanstalten den Erstattungskodex und die Richtlinien nicht nur zu berücksichtigen, sondern gesetzlich zwingend einzuhalten hatten. Dies sei durch EDV-Programme zu unterstützen, die das jeweils kostengünstigste Präparat automatisch anzeigten.

Ab 2010 erlaubte das KAKuG Ausnahmen von der Verschreibung des im Rahmen der Richtlinien vorgesehenen Heilmittels nur mehr bei medizinischer Notwendigkeit.

Der Hauptverband ermöglichte den Krankenanstalten den kostenlosen Bezug des Ökotools. Aus den dem RH vorgelegten Unterlagen ergab sich, dass die tatsächliche Nutzung des Ökotools begonnen hatte, aber noch nicht abgeschlossen war.

(5) Die Konstituierung der Medikamentenkommission erfolgte nicht innerhalb der vorgesehenen Frist bis Ende Dezember 2013, sondern erst mit 19. März 2014. Ihre Konzepte sollten bis Ende 2014 vorliegen. Empfehlungen und Entscheidungen hatten einstimmig zu erfolgen. Im Jahr 2014 fanden vier Sitzungen der Medikamentenkommission statt.

Die Medikamentenkommission hatte keine Liste mit bestimmten maßgeblichen Heilmitteln, sondern lediglich eine Geschäftsordnung beschlossen. Allfällige Konkretisierungen würden anhand der eingebrachten Anträge vorgenommen.

Eine Empfehlung an die Bundeszielsteuerungskommission gab es bis Ende 2014 nicht. Im Februar 2015 warf der Hauptverband in einem Schreiben an das BMG die Frage auf, ob die Medikamentenkommission auf Basis der bestehenden Konzeption die ihr zugedachten Aufgaben erfüllen könne.

(6) Die StGKK und die WGKK hatten – in unterschiedlicher organisatorischer Form¹⁰⁴ – Ärzte zur Beratung von Ärzten bzw. Apotheken in den Spitälern beschäftigt. Sie waren auch in Arzneimittelkommiss-

¹⁰⁴ Die WGKK hatte Ärzte beschäftigt, die in den Spitälern vor Ort tätig waren und sich neben der Beratung der Ärzte auch mit Patientenservice befassten (z.B. Ausstellen eines Rezepts für Patienten bei der Entlassung). Die StGKK hatte dazu zentral Kapazitäten eingeteilt und wies auf die dezentralere Spitalsstruktur in der Steiermark hin.

sionen von Spitälern vertreten, welche die Einkaufsentscheidungen für die Spitäler trafen.

Im steiermärkischen Landes-Zielsteuerungsvertrag war vor allem die Mitwirkung an den Maßnahmen auf Bundesebene vorgesehen; weiters die Erstellung eines IT-Konzepts zur Anwendung des Ökotools und des Arzneimittel-Bewilligungs-Systems (ABS) in Landesfondskrankenanstalten sowie die Umsetzung der e-Medikation.

Der Wiener Landes-Zielsteuerungsvertrag nannte darüber hinaus weitere Maßnahmen, z.B. integrierte Versorgungsprogramme für ausgewählte, häufige und/oder chronische Erkrankungen (z.B. Demenz, Sucht, Diabetes etc.) zu entwickeln, festzulegen und umzusetzen oder die Medikamentenversorgung in Pflegeheimen effektiv zu gestalten.

36.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass die Gesundheitsreform im Heilmittelbereich nur die sektorenübergreifende Optimierung ansprach. Er hielt dies für einen wesentlichen Faktor in der Nutzung von Kostendämpfungspotenzialen im Heilmittelbereich, wies jedoch darauf hin, dass auch weitere Maßnahmen (z.B. zur Preisgestaltung) zur Kostendämpfung erforderlich waren.

Der RH kritisierte, dass unklar blieb, welche Maßnahmen in welchem Umfang zu dem erheblichen Kostendämpfungspotenzial im Heilmittelbereich (943 Mio. EUR) beitragen sollten. Dies erschwerte eine Priorisierung und ein Controlling der Zielerreichung.

(2) Der RH begrüßte

- die Klarstellung der Verbindlichkeit der ökonomischen Verschreibeweise im KAKuG und die Bereitstellung des Ökotools an die Krankenanstalten,
- die Einrichtung der Medikamentenkommission und
- die Beratungsleistungen der StGKK und der WGKK in den Spitälern und die Teilnahme der Träger an den Arzneimittelkommissionen der Spitäler.

Der RH kritisierte jedoch, dass die Umsetzung der Maßnahmen zur Abstimmung zwischen Krankenversicherungsträgern und Spitälern in wesentlichen Bereichen noch unvollständig war:

- Die Integration des Ökotools in die Krankenanstalten war noch nicht abgeschlossen.

Heilmittel

- Die Medikamentenkommission konstituierte sich mit Verspätung; sie erstellte bis Ende 2014 noch keine Empfehlungen an die Bundeszielsteuerungskommission. Der bloße Verweis auf die Geschäftsordnung statt eines konkreten Maßnahmenkatalogs war nach Ansicht des RH erheblich unzweckmäßig.

Der RH empfahl dem Hauptverband, der StGKK, der WGKK und der BVA, die Bemühungen um eine sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen weiterzuführen, dazu jedoch auch konkrete Einsparungsziele der einzelnen Maßnahmen zu formulieren und deren Erreichung zu überprüfen.

36.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, seitens des Bundes sei auf eine entsprechende Darstellung der Einsparungspotenziale Wert gelegt worden. Dazu sei aber kein Einvernehmen mit den Ländern und der Sozialversicherung erzielt worden. Das BMG werde im Rahmen seiner Möglichkeiten die Verbesserung der Abstimmung zwischen intra- und extramuralem Bereich insbesondere im Zusammenhang mit Heilmitteln weiter vorantreiben.*

(2) Laut Stellungnahme der StGKK werde sie ihre Bemühungen zur sektorenübergreifenden Optimierung der Heilmittelverordnungen zusammen mit dem Hauptverband und den anderen Trägern weiterführen. Bei besonders teuren intravenösen Therapien finde durch Sondervereinbarungen mit Krankenhäusern bereits eine sektorenübergreifende Optimierung statt. Diese werde im Sinne der Zielsteuerung Gesundheit zu adaptieren sein.

Operative finanzielle Zielvorgaben

37.1 *(1) Die Balanced Scorecard (BSC) des Hauptverbands enthielt den Zielwert von 30 Mio. EUR für Einsparungen aus Preisverhandlungen im Rahmen des Erstattungskodex für die Jahre 2010 bis 2014. Dies galt unabhängig davon, wie viele neue Generika bzw. sonstige Präparate auf den Markt kommen würden.*

Eine Übersicht des Hauptverbands – die der Hauptverband auch zur Beurteilung der Erreichung der BSC-Ziele intern verwendete – bezifferte die Einsparungen im Jahr 2010 mit 100,24 Mio. EUR, im Jahr 2011 mit 56,70 Mio. EUR, im Jahr 2012 mit 113,00 Mio. EUR sowie im Jahr 2013 mit 97,42 Mio. EUR.¹⁰⁵ Darin enthalten waren auch frei-

¹⁰⁵ Dieser Wert war auch im Jahresbericht des Hauptverbands enthalten.

willige Preissenkungen; die Hochrechnung der Einspareffekte erfolgte anhand geschätzter Mengen und die Bewertung jeweils nur für ein Jahr.

Aus Anlass der Gebarungsüberprüfung erstellte der Hauptverband eine weitere Berechnung, die die Effekte auch über die Jahre kumulierte (d.h., eine Verhandlung aus 2009 wurde auch für die Folgejahre als Einsparung gezählt), freiwillige Preissenkungen nicht enthielt und die Höhe der Einsparung anhand der Mengen nach der Preissenkung ermittelte. Die Einsparungen lagen nach dieser Berechnung zwischen 6,76 Mio. EUR (2009) und 209,47 Mio. EUR (2013).

Eine unabhängige Evaluierung der Verhandlungserfolge des Hauptverbands bzw. der Prioritätensetzung z.B. hinsichtlich der Vorgehensweise für Abschnitt VII-Verfahren¹⁰⁶ erfolgte nicht.

(2) Die Krankenversicherungsträger definierten keine finanziellen Zielvorgaben für die Maßnahmen der Heilmittelökonomie.

37.2 (1) Der RH begrüßte, dass für die Aufgaben des Hauptverbands eine quantitative Zielvorgabe in der BSC vorhanden war. Er kritisierte, dass dies bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern nicht der Fall war.

(2) Auch im Bereich des Hauptverbands waren hinsichtlich der Zielvorgaben und der Ergebnismessung Verbesserungen nötig: Der RH kritisierte, dass die Zielvorgabe

- ohne Bezug auf die maßgeblichen Einflussgrößen (z.B. Anzahl der Neuzulassungen oder Generika) definiert wurde und
- über die Jahre gleich blieb, obwohl sie mehrmals um ein Vielfaches überschritten wurde.

(3) Weiters kritisierte der RH, dass die Evaluierung der Zielerreichung nur bedingt geeignet war, da auch freiwillige Preissenkungen inkludiert waren und die Methodik der Bewertung nicht ausgereift war. Dies zeigte sich darin, dass die aus Anlass der Gebarungsüberprüfung erstellte Auswertung zu gänzlich anderen Ergebnissen führte.

(4) Der RH empfahl daher dem Hauptverband, die Methode der Zielvorgaben für die Preisverhandlungen des Hauptverbands und der Bewertung der Zielerreichung weiterzuentwickeln. Er empfahl weiters, eine in regelmäßigen Abständen durchgeführte unabhängige Evaluierung des Vorgehens in diese Bewertung aufzunehmen.

¹⁰⁶ Abschnitt VII der Verfahrensordnung zur Herausgabe des Erstattungskodex nach § 351g ASVG-VO-EKO

Heilmittel

Der RH wiederholte seine Empfehlung an die Krankenversicherungsträger (TZ 33), auch monetäre Zielvorgaben für die Maßnahmen der Heilmittelökonomie festzulegen.

**Zusammenfassung
Heilmittel**

38 (1) Zusammengefasst waren in der Steuerung im Heilmittelbereich folgende Mängel festzustellen:

- 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 nicht umgesetzt. Ein Maßnahmencontrolling war nicht erfolgt.
- Bei den Bemühungen der Gesundheitsreform zeigten sich Verzögerungen, insbesondere in der Umsetzung des Ökotools in den Spitälern und in der Arbeit der Medikamentenkommission.

(2) Der RH hielt es angesichts der erneut stark steigenden Heilmittelaufwendungen und des Auslaufens des Rahmen-Pharmavertrags für erforderlich, eine grundsätzliche Strategie zur Steuerung der Heilmittelaufwendungen zu erarbeiten. Wesentliche Eckpunkte wären dabei:

- die möglichst umfassende Nutzung der verfügbaren Daten (inklusive Analyse der Preis- und Mengenentwicklung sowie Analyse der Unterschiede der einzelnen Träger),
- die Steuerung der Preisbildung (Preisregulierung, optimale Nutzung der EKO-Logik, gegebenenfalls Reduzierung von Preisbändern in einzelnen ATC-Gruppen, kritische Analyse der Spannenregulierung etc.),
- die konsequente Umsetzung des Ökonomiegebots bei den Heilmittel-Verschreibungen (Analyse des tatsächlichen Potenzials, Abwägung der Potenziale mit den Eingriffen in das bestehende System),
- die Einbeziehung der Patienten in die Steuerung,
- die konsequente Weiterführung der Ansätze zur sektorenübergreifenden Optimierung zwischen intra- und extramuralem Bereich.

Die in einer solchen Strategie festgelegten Ziele wären konkret – auch monetär – zu bewerten und regelmäßig im Sinne eines Maßnahmen- und Erfolgscontrollings zu evaluieren.

Krankengeld

39.1 (1) Die WGKK hatte um rd. 50 % höhere Aufwendungen pro Anspruchsberechtigten für Krankengeld als die StGKK. Dies lag an folgenden Faktoren:

- Der Anteil der Arbeitslosen an den Anspruchsberechtigten lag bei der WGKK um rund ein Drittel höher als bei der StGKK. Arbeitslose hatten sowohl häufigere als auch längere Krankenstände als Erwerbstätige.
- Die WGKK hatte 40 % mehr Krankengeldtage pro Arbeitslosem als die StGKK.
- Die WGKK hatte rd. 30 % mehr Krankengeldtage pro Erwerbstätigem als die StGKK.

(2) Die WGKK führte im Prüfungszeitraum ein Projekt durch, mit dem durch schärfere Kontrollen (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 Konzept, wie dieser Erfolg in den Regelbetrieb überführt werden sollte, lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor.

Krankengeld

- 39.2** Der RH wies auf das Optimierungspotenzial im Bereich Krankengeld hin, das im Projekt der WGKK aufgezeigt wurde, kritisierte jedoch, dass noch kein umfassendes Konzept vorlag, wie dieses Potenzial insgesamt realisiert werden konnte.

Der RH empfahl der WGKK, insbesondere aufgrund der sehr dynamischen Entwicklung der Krankengeldaufwendungen die Bemühungen um eine Kontrolle der Krankenstandsfälle fortzuführen.

- 39.3** *(1) Der Hauptverband nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Kenntnis und sagte zu, sie bei seiner weiteren Vorgangsweise zum Thema zu berücksichtigen. Er verwies weiters auf die Maßnahmen im Rahmen des Zielsteuerungssystems (§ 441e ASVG).*

(2) Laut Stellungnahme der WGKK habe sie mit Beginn 2015 ein Bündel an Maßnahmen zur Neuregelung der Krankenstandskontrolle umgesetzt und das vom RH angeführte Projekt in den Regelbetrieb übernommen. Zu erwähnen seien in diesem Zusammenhang eine nahezu durchgängige elektronische Krankenstandsmeldung, die ermögliche, sofort mit der Anmeldung auch eine Abmeldung durchzuführen; die gezielte Steuerung der Krankenstandskontrollen (Einladeort, Einladezeit); die Verkürzung der Einladungstermine; die Aufforderung an „auffällige Versicherte“, sich am Tag nach der Krankmeldung in der Zentrale der WGKK zur Krankenkontrolle einfinden (mit der Konsequenz der Nichtanerkennung des Krankenstandes bzw. nur des Tages der Krankmeldung bei Zuwiderhandeln). Durch diese Maßnahmen habe die WGKK (als einzige Gebietskrankenkasse) für den Zeitraum Jänner bis August 2015 einen Rückgang der Aufwendungen für Krankengeld in Höhe von 4,8 % verzeichnen können.

Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

Steuerungsmaßnahmen

- 40.1** (1) Zur Ermittlung des Aufwands bzw. der Kosten des Verwaltungsbereichs der Sozialversicherung lagen zwei verschiedene Kennzahlen vor:

- einerseits „Verwaltungskosten“ nach Kostenrechnung, im Jahr 2013 rd. 1.610,81 Mio. EUR,
- andererseits die Position „Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand“ im Rechnungsabschluss, die für die Summe der Sozialversicherungsträger im Jahr 2013 rd. 1.129,02 Mio. EUR ausmachte.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Dieser war mit Ersätzen und Vergütungen für bestimmte Tätigkeiten saldiert; unsaldiert ergaben sich rd. 1.299,33 Mio. EUR.



Die Differenz ergab sich aus verschiedenen Positionen (z.B. dem Vertrauensärztlichen Dienst sowie Personal- und Sachkosten bei Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation und Unfallverhütung), die im Rechnungsabschluss in Leistungspositionen gebucht werden durften.

Von der Rechnungsabschlussposition „Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand“ entfielen auf die Krankenversicherung¹⁰⁸ brutto 742,27 Mio. EUR, „netto“ (d.h. nach Gegenrechnung der Ersätze insbesondere für Beitragseinhebung) 440,73 Mio. EUR (2,8 % der Gesamteinnahmen).¹⁰⁹

(2) Zur Steuerung bzw. Eindämmung der Verwaltungskosten verpflichtete der Gesetzgeber im Jahr 2001 die Sozialversicherungsträger dazu,¹¹⁰ ihren Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand auf das jeweilige Niveau des Jahres 1999 zurückzuführen (bereinigt um verschiedene, wenig beeinflussbare Positionen bzw. angepasst an die Inflation). Da mit zunehmendem zeitlichem Abstand zum Basisjahr 1999 die Bereinigungen immer aufwändiger und ihr Effekt intransparenter wurde, ersetzte der Gesetzgeber dieses Regime im Jahr 2011 durch eine alternative Regelung: Statt des gesetzlich geregelten Verwaltungskostendeckels war in das nach § 441e ASVG einzurichtende Zielsteuerungssystem im Bereich der Sozialversicherung verpflichtend eine Zielvorgabe zum Verwaltungsbereich aufzunehmen. Die Ausgestaltung dieser Regelung oblag der Sozialversicherung selbst, wobei die Ziele mit dem B MASK und dem B M G abzustimmen waren.

(3) Die Sozialversicherungsträger legten folgende Vorgehensweise fest:

- Berechnungsbasis war der Anteil des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands an den Beitragseinnahmen des jeweiligen Versicherungsträgers.¹¹¹
- Zur Ermittlung der Verwaltungskostenobergrenze erhöhten sie diesen Wert um 0,4 %, um Spielraum für etwaige Innovationen und Investitionen zu schaffen.
- Eine Adaptierung aufgrund etwaiger im Ist-Zustand identifizierter Einsparungspotenziale oder Aufholbedarfe erfolgte nicht.

¹⁰⁸ auf die Pensionsversicherung 569,78 Mio. EUR und auf die Unfallversicherung 118,51 Mio. EUR

¹⁰⁹ Im Jahr 2013 arbeiteten im Jahresdurchschnitt 26.200 Personen (VZÄ) für die Sozialversicherung. Auf die Krankenversicherung entfielen 13.182 VZÄ. Dabei waren 7.832 VZÄ in der Verwaltung und Verrechnung tätig, 4.510 VZÄ in den Eigenen Einrichtungen und 840 VZÄ im Vertrauensärztlichen Dienst.

¹¹⁰ § 625 Abs. 8 bis 15 ASVG

¹¹¹ im Durchschnitt der Geschäftsjahre 2008 bis 2010

Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

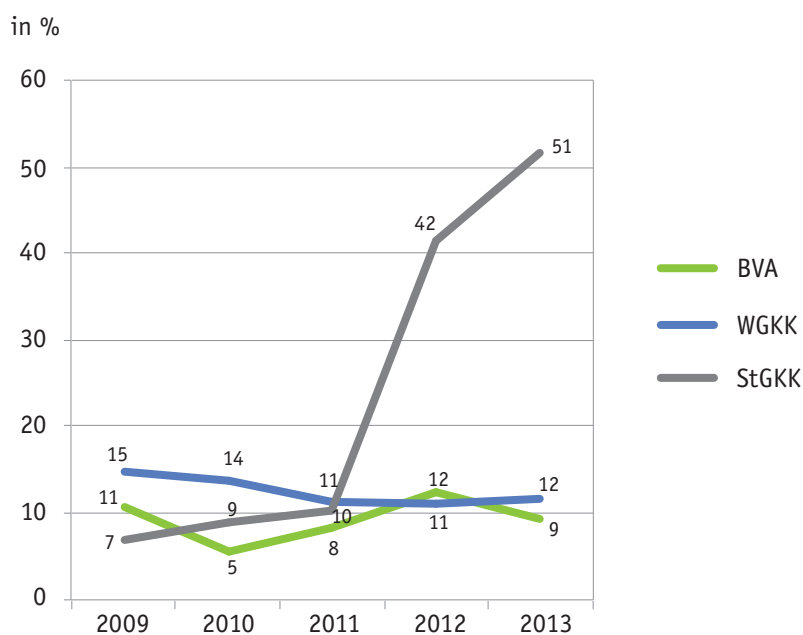
- Weiters erfolgte keine Beschreibung der durch die Verwaltung zu erreichenden Outcomes oder Wirkungen (z.B. Anteil der zu prüfenden Beitragszahler, Dauer der Bearbeitung von Genehmigungen oder Kostenersätzen etc.).

Die Evaluierung der Einhaltung der Verwaltungskostenziele im Rahmen der BSC erfolgte durch eine Überprüfung, ob die tatsächlichen Verwaltungsaufwendungen unter dem Vergleichswert lagen.

Die tatsächlichen Aufwendungen wurden weder in den Berichten ausgewiesen noch verglichen oder näher analysiert.

(4) Die folgende Abbildung zeigt, wie stark die Obergrenze der nach dieser Vorgehensweise zulässigen Verwaltungsaufwendungen von den tatsächlichen Aufwendungen abwich („Reserve“), dies vor und nach der Änderung:

Abbildung 8: Unterschied zwischen Obergrenze und Ist-Wert Verwaltungskosten 2009 bis 2013



Quelle: RH

Die Obergrenze wurde zumindest um 5 %, zum Teil um bis zu 51 % unterschritten. In der Regel ergab sich eine „Reserve“ von rd. 10 %.

Bei der StGKK vergrößerte sich in den Jahren 2011 bzw. 2012 die Verwaltungskostenreserve auf rd. 50 %.

40.2 (1) Der RH hielt es grundsätzlich für sinnvoll, in das Zielsteuerungssystem der Sozialversicherung auch die Position des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands einzubeziehen. Er sah jedoch wesentliche Mängel bei den trägerübergreifenden Steuerungsmechanismen:

- Der RH kritisierte, dass sich der „Verwaltungskostendeckel“ nicht auf die rd. 1,6 Mrd. EUR Verwaltungskosten laut Kostenrechnung, sondern lediglich auf den mit rd. 1,1 Mrd. EUR deutlich geringeren Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand bezog.
- Der RH kritisierte, dass konkrete Vorgaben zum Output der Verwaltungstätigkeit fehlten: Eine verstärkte Tätigkeit des Trägers konnte zu höheren Kosten, aber auch zu höherem Nutzen führen (z.B. könnten zusätzliche Prüfer höhere Beitragseinnahmen bewirken, eine bessere Beratung der Vertragspartner könnte Einsparungen bei Heilmitteln bringen oder eine verstärkte Beratung bei Vorsorgeuntersuchungen könnte zu Verhaltensänderungen von Risikopatienten, besserer Gesundheit und letztlich niedrigeren Kosten 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.

(2) Der RH hob hervor, dass der Verwaltungskostendeckel seit dem Jahr 2012 nicht mehr gesetzlich geregelt, sondern Teil des Zielsteuerungssystems der Sozialversicherungsträger war. Seither hatte daher die Selbstverwaltung in Eigenverantwortung den effizienten Mitteleinsatz zu steuern. Der RH hielt jedoch die gewählte Lösung nicht für effektiv:

- Er kritisierte, dass die Sozialversicherungsträger sich für eine bloße Fortschreibung historischer Werte als Obergrenze entschieden hatten. Dies konnte nach Ansicht des RH nicht ersetzen, dass die Träger untereinander die tatsächliche Entwicklung, etwaige Überstände oder Fehlbedarfe analysierten und Sollvorgaben entwickelten.
- Der RH kritisierte die pauschale Zurechnung von 0,4 % der Beitragseinnahmen zur Ausgabenobergrenze. Diese 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.
- Der RH kritisierte, dass das Reporting bezüglich der Verwaltungskostenziele nur die Einhaltung des Deckels umfasste, aber nicht die tatsächliche Höhe und Entwicklung der Verwaltungskosten.

Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

(3) Der RH empfahl daher dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, die Zielsteuerung für die Verwaltungsaufwendungen zu überarbeiten, insbesondere die gesamten Verwaltungskosten in die Ziele einzubeziehen, die Aufwendungen mit Outcome-Zielen zu verbinden und abseits der Fortführung historischer Werte konkrete Maßnahmen aus den Vergleichen zwischen den Trägern abzuleiten.

40.3 (1) *Wie das BMG in seiner Stellungnahme mitteilte, umfasse die Kostenrechnung den bewerteten Verbrauch von Gütern, der durch die betriebliche Leistungserstellung insgesamt bedingt sei, und gehe somit über die Verwaltungstätigkeit im engeren Sinn hinaus.*

Bei der vom RH angeführten Differenz zwischen den Verwaltungskosten laut Kostenrechnung und dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand im Rechnungsabschluss (z.B. Vertrauensärztlicher Dienst, Personal- und Sachkosten bei Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation und Unfallverhütung) handle es sich weitestgehend um Leistungsaufwendungen, die in der Buchhaltung auch als solche verbucht werden müssten. Die Berücksichtigung solcher Leistungsaufwandselemente sei in einem Verwaltungskostendeckel sachlich nicht gerechtfertigt und würde eine Begrenzung oder Kürzung von gesetzlich zustehenden Leistungen bedeuten.

Überdies würden bei der Berechnung des Verwaltungskostendeckels nach Vorschlag des RH Daten aus der Buchhaltung (Beitragseinnahmen) mit Daten aus der Kostenrechnung (Verwaltungskosten laut Kostenrechnung) vermischt werden.

Aus diesen Gründen könne das BMG der diesbezüglichen Empfehlung des RH nicht näher treten.

(2) *Der Hauptverband nahm die Empfehlung des RH zur Kenntnis und verwies auf die Maßnahmen des Zielsteuerungssystems (§ 441e ASVG).*

(3) *Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie sehe keinen Mehrwert, wenn der Fokus auf der Kostenrechnung und nicht wie bisher auf der Erfolgsrechnung liege.*

(4) *Laut Stellungnahme der WGKK und der BVA sei die Thematik Verwaltungseffizienz in der SV-BSC verankert. Für 2016 sei die Entwicklung und Festlegung eines neuen Modells, das ab 2017 gelten soll, unter der Federführung des Hauptverbands und unter Einbindung aller Träger vorgesehen.*

40.4 (1) Der RH merkte zunächst gegenüber dem BMG und der StGKK an, dass seine Empfehlung nicht darauf abzielte, einen Wechsel der Datengrundlagen bzw. eine Vermengung der Datengrundlagen zwischen Buchhaltung und Kostenrechnung herbeizuführen.

Gegenstand der Empfehlung war, welche Bereiche von der Zielsteuerung umfasst sein sollten. Der RH konnte dabei den Einwand des BMG nicht nachvollziehen, eine Einbeziehung z.B. des Vertrauensärztlichen Dienstes in die Steuerung würde zu einer unzulässigen Begrenzung der gesetzlich zustehenden Leistungen führen. Er wies darauf hin, dass einerseits auch der Verwaltungsaufwand (etwa die Beitragserhebung oder die Kontrolle der Abrechnungen und deren Überweisung) für die Aufrechterhaltung des Betriebs erforderlich war. Andererseits galten gerade für die Leistungen (ärztliche Hilfe, Heilmittel etc.) nach dem Kassensanierungspaket 2009 und der Gesundheitsreform 2012 Ausgabenobergrenzen.

Nach Ansicht des RH war es wesentlich, jenen Ressourceneinsatz, der direkt von den Krankenversicherungsträgern verantwortet ist, auch in besonderer Weise direkt zu steuern. Der RH hielt es diesbezüglich für beachtlich, dass in der zur Steuerung dienenden Kostenrechnung die genannten Bereiche sehr wohl der Verwaltung zugeordnet waren. Es wäre nicht nachvollziehbar, einen Aufwand in Höhe von rd. 500 Mio. EUR – der hinsichtlich Personalbedarfsplanung, Gehaltsentwicklung, Beförderungen, Ausstattung etc. direkt vom jeweiligen Versicherungsträger gesteuert wird – von den finanziellen Zielen und den Berichterstattungen auszunehmen. Dies beeinträchtigte nach Ansicht des RH die Glaubwürdigkeit der Berichterstattung. Der RH hielt daher diesbezüglich an seiner Empfehlung fest.

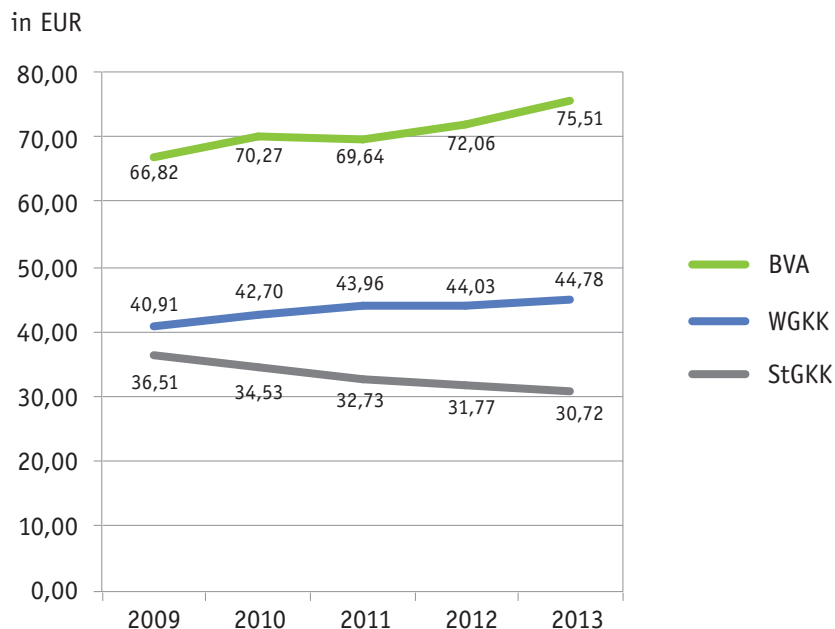
(2) Im Übrigen vermisste der RH in den Stellungnahmen Äußerungen zu den viel grundsätzlicheren Empfehlungen des RH, nämlich die Steuerung des Verwaltungsaufwands, um Output-Ziele zu ergänzen und neben historischen Ist-Werten auch konkrete Sollwerte als Steuerungsparameter zu entwickeln. Er hielt gerade die Umsetzung dieser Empfehlungen für grundlegend für die weitere Entwicklung der Steuerung und hielt auch an diesen Empfehlungen fest.

Entwicklung bei der StGKK, der WGKK und der BVA

41.1 (1) Die Höhe des Netto-Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands je Anspruchsberechtigten im Jahr 2013 war bei den überprüften Krankenversicherungsträgern unterschiedlich:

Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

Abbildung 9: Nettoverwaltungs- und Verrechnungsaufwand je Anspruchsberechtigten 2009 bis 2013



Quellen: Rechnungsabschlüsse StGKK, WGKK, BVA; Darstellung RH

Die StGKK wies im Jahr 2013 mit rd. 30,72 EUR den niedrigsten Wert aller neun Gebietskrankenkassen auf, bei der WGKK betrug er rd. 44,78 EUR, bei der BVA rd. 75,51 EUR je Anspruchsberechtigten.

Der RH führte im Rahmen der Gebarungsüberprüfung keine vertiefte Analyse der einzelnen Geschäftsprozesse durch, forderte jedoch die einzelnen Träger dazu auf, zu den unterschiedlichen Verwaltungsaufwendungen Stellung zu nehmen.

Die WGKK führte die Höhe ihrer Verwaltungskosten vor allem auf Aufwandstreiber im Beitragsbereich (z.B. Anzahl der Insolvenzanträge, Unternehmensgründungen etc.) zurück, die in Wien besonders hoch seien. Weiters wies die WGKK im EDV-Bereich und im Wirtschaftswesen überdurchschnittlich hohe Kosten auf, was sie zu einem Großteil auf das Hanusch-Krankenhaus, aperiodische EDV-Kosten (Ausrolung neuer Software) sowie die Verbesserung der EDV-Unterstützung für die (Zahn-)Gesundheitszentren zurückführte.

Die BVA begründete den substantiell höheren Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand einerseits mit zusätzlichen Aufgaben (etwa Einhebung des Behandlungsbeitrags, erweiterte Heilbehandlung und Rehabilitation), andererseits mit dem Umstand, dass sie als bundesweiter Träger im ganzen Bundesgebiet präsent sein müsse. Die konkret

genannten Zusatzaufwendungen machten rd. 11,13 Mio. EUR (bzw. rd. 15 EUR je Anspruchsberechtigten) aus; sie konnten somit nicht den gesamten Unterschied erklären.

(2) Während der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand je Anspruchsberechtigten 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 StGKK gab an, durch Organisations- und Prozessoptimierungen den Sach- und Personalaufwand in Relation zu den Gesamtaufwendungen kontinuierlich reduziert zu haben. Im Zeitraum 2008 bis 2013 wurde die Anzahl der Mitarbeiter im Bereich der Verwaltung um 11,2 % (86,78 VZÄ) reduziert.
- Die WGKK begründete den Anstieg mit den Lohnerhöhungen inklusive Biennalvorrückungen, der Schaffung der neuen Abteilung Medizinische Behandlungsökonomie im Jahr 2013, neuen Dienstposten im Bereich der Beitragsprüfung und im Bereich des Kinderbetreuungsgeldes und schwankenden EDV-Kosten.
- Die BVA begründete die Steigerung mit der Erhöhung der Anzahl der Anspruchsberechtigten, dem Angebot neuer Dienstleistungen (Ausbau des Bereichs Gesundheitsförderung, Case Manager in allen Landesstellen, Zunahme des Bereichs Kostenerstattungen, Vorhaben im Bereich „Baumanagement und Organisation“).¹¹²

Der RH hatte der WGKK im Jahr 2008 empfohlen, den Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand zu senken.¹¹³ Anlässlich der Follow-up-Überprüfung im Jahr 2011 hatte er der WGKK empfohlen, den Anstieg der Verwaltungskosten möglichst gering zu halten und sämtliche Möglichkeiten zur Kostensenkung auszuschöpfen.¹¹⁴

41.2 Der RH wies darauf hin, dass sowohl je Anspruchsberechtigten als auch in der Entwicklung von 2009 bis 2013 zwischen den drei überprüften Trägern erhebliche Unterschiede bestanden: 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.

¹¹² z.B. Generalsanierung des Bürogebäudes Wien, Umbau und Erweiterung des Therapiezentrum Buchenberg in Waidhofen, Erweiterung des Therapiezentrum Rosalinhof in Bad Tatzmannsdorf, Neubau des Therapiezentrum Justuspark in Bad Hall, Umbauten im Rehabilitationszentrum Austria in Bad Schallerbach

¹¹³ siehe Bericht des RH, Reihe Bund 2008/2 TZ 17

¹¹⁴ siehe Bericht des RH, Reihe Bund 2011/12 TZ 8

Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

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 %.

Der RH nahm zur Kenntnis, dass die Träger mit höherem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand eine Reihe von Gründen dafür nannten. Er wies jedoch darauf hin, dass die genannten Aufwandstreiber in der Verwaltungskostendeckelung (siehe TZ 40) nicht als relevante Kriterien angegeben waren und wies weiters darauf hin, dass diese Gründe die unterschiedliche Entwicklung im Zeitverlauf nicht erklären konnten.

Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, den Unterschied im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand pro Anspruchsberechtigten sowie die unterschiedliche Entwicklung über die Jahre auch über das Monitoring des Verwaltungskostendeckels hinaus für eine Diskussion und Beschlussfassung von Maßnahmen zur Optimierung der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwendungen zu nutzen.

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

(2) Die StGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, es sei ihr seit einigen Jahren gelungen, den günstigsten Wert für den Verwaltungsaufwand je Anspruchsberechtigten aufzuweisen. Dies habe sie durch kontinuierliche Prozessoptimierungen, laufende Prozessanalysen auch in Zusammenhang mit dem Dienstpostenplan und dem Internen Kontrollsystem, einen verantwortungsbewussten Umgang mit den Personal- und Sachkosten, die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Kosteneffizienz und durch umfassende Einbindung der Gremien (eigene Prüfkomitees) erreicht. Trotz der zwischen 2007 bis 2011 erfolgten Generalsanierung des Verwaltungsgebäudes sei ein Rückgang des Verwaltungs- und Verrechnungsaufwands um 16 % erreicht worden.

(3) Laut Stellungnahme der WGKK verfolge sie aktiv die Entwicklung im Bereich der Verwaltungskosten. Dabei fokussiere sie nicht nur auf die eigenen Verwaltungskosten, sondern auch auf den Trägervergleich. Es erfolge ein quartalsweises Monitoring, den Netto-Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand je Anspruchsberechtigten habe sie von 2013 auf 2014 um 3,82 % gesenkt. Aufgrund unterschiedlicher Rahmenbedingungen z.B. im Beitragsbereich sei ein Vergleich mit anderen Gebietskrankenkassen mit Vorsicht zu interpretieren. So gebe es in Wien doppelt so viele Unternehmens-Neugründungen sowie -schließungen wie z.B. in der Steiermark, die WGKK führe gegenüber den anderen Gebietskrankenkassen insgesamt gesehen überproporti-

onal mehr Beitragskonten (z.B. doppelt so viele wie die StGKK). Es seien daher höhere Personalressourcen erforderlich.

Sonstige Maßnahmen
im Zeitraum 2009
bis 2013

42.1 (1) In dem vom Hauptverband 2009 vorgelegten Kostendämpfungskonzept war auch eine Einsparung im Verwaltungsbereich von 45 Mio. EUR im Zeitraum 2010 bis 2012 vorgesehen (das waren rd. 3 % des Nettoverwaltungs- und Verrechnungsaufwands des Jahres 2013 pro Jahr; im Vergleich dazu beliefen sich die Bundesmittel auf rd. 1,3 Mrd. EUR und die Kostendämpfungen bei Vertragspartnern auf rd. 1.680 Mio. EUR).

Die Einsparungen sollten durch Verwaltungsvereinfachungen, gemeinsame Einkaufsmodelle, eine Rechenzentrenkonsolidierung und verbindliche Vorgaben für einheitliche EDV-Abrechnungen erreicht werden. Der Hauptverband erstellte ein Arbeitsprogramm zur Umsetzung dieser Pläne, aus dem vier Projektgruppen hervorgingen. Ein Projekt (Projekt 3) befasste sich mit Verwaltungssynergien.¹¹⁵ Konkrete Einsparziele waren dabei nicht vorgegeben.¹¹⁶ Mehrere Projekte (z.B. die Analyse des Vertrauensärztlichen Dienstes) endeten ohne konkrete finanzielle Ergebnisse.

Bei der ersten Integration der Konsolidierungsziele in die BSC-Ziele (an die der Erhalt der Mittel des Kassenstrukturfonds geknüpft war) sahen die Sozialversicherungsträger keine Einsparung im Verwaltungsbereich vor. Die Beträge sollten durch Einsparungen bei den Heilmitteln kompensiert werden.

Nach einem Nachbesserungsauftrag des BMF und des BMG erstellte der Hauptverband ein Konzept für weitere Maßnahmen zur Kostendämpfung im Verwaltungsbereich. Die kumulierten Kostendämpfungspotenziale für die Jahre 2011 bis 2013 wurden mit rd. 14 Mio. EUR bewertet.¹¹⁷ Der Hauptverband übernahm die Maßnahmen in der Folge in die BSC und damit in die Linienorganisation.

(2) Die Geschäftsführung des Hauptverbands hatte bereits im Jahr 2003 beschlossen, die Anzahl der Rechenzentren bis 2007 von 18 auf maximal fünf (OÖGKK, WGKK, Hauptverband, PVA, AUVA) zu reduzieren.

¹¹⁵ Die Themenfelder waren ärztlicher Dienst, Beschaffung, Verwaltungskostendeckel, IT-Strukturen, Senkung der IT-Kosten und Rechenzentrumskonsolidierung.

¹¹⁶ Zum ärztlichen Dienst hielt der entsprechende Endbericht fest, dass keine endgültige Beurteilung einer Synergie getroffen werden könne. Durch weniger Vorladungen könnten jedoch 10 % gespart werden.

¹¹⁷ Aufgelistet waren Synergien im Backoffice und Bündelung trägerübergreifender Aufgaben, IKT- und IT-Prozesse, Modernisierung und Flexibilisierung des Dienstrechts.

Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand

Erklärtes Ziel war, die IT-Kosten um 15 % zu senken.¹¹⁸ Das BMG stellte im Jahr 2012 anlässlich einer Einschau¹¹⁹ fest, die Konsolidierung der Rechenzentren habe rund zehn Jahre gedauert, weil die Träger Beschlüsse des Hauptverbands nur zögerlich umgesetzt hätten. Dadurch seien vermutlich beträchtliche Kosteneinsparungen nicht erfolgt. Im Oktober 2014 berichtete der Hauptverband an das BMASK und das BMG, dass die IT-Gesamtkosten (im Jahr 2013 rd. 244,0 Mio. EUR) seit dem Jahr 2007 um nur rd. 1,7 % angestiegen waren und somit annähernd konstant gehalten werden konnten.¹²⁰ Der ab dem Jahr 2008 vorgegebene IT-Kostendeckel sei immer eingehalten worden.

42.2 Der RH kritisierte, dass

- die ursprünglich im Kassensanierungspaket vorgesehenen Kostendämpfungsziele für den Bereich der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwendungen ohne weitere Begründung nicht in die BSC-Ziele aufgenommen wurden;
- auch nach Nachbesserungsaufträgen des BMF und des BMG die Krankenversicherungsträger das Einsparungsziel von 45 Mio. EUR nicht systematisch verfolgten und nur für 14 Mio. EUR quantifizierte Ziele formulierten;
- mehrere Projekte (z.B. die Analyse des Vertrauensärztlichen Dienstes) ohne konkrete finanzielle Ergebnisse endeten.

Im Bereich der Rechenzentren hielt der RH zwar die letztlich erfolgte Konsolidierung für positiv. Er kritisierte jedoch die rund zehnjährige Dauer dieses Projekts und die dadurch verlorenen Kostendämpfungs-potenziale.

Der RH empfahl dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, klare Vorgaben zur trägerübergreifenden Verwaltungskos-

¹¹⁸ Im „Teilprojekt Senkung der IT-Kosten“ im Jahr 2009 wurden die Festlegung des IT-Gesamtkostendeckels 2010 und eine mehrjährige IT-Kostenplanung als Ziele definiert. Im „Teilprojekt Rechenzentrums-Konsolidierung“ wurden drei Ziele (Rechenzentrum Monitoring, Konsolidierung von Hosts und Rechenzentrum-Standorten sowie Standardproduktbetrieb) behandelt.

¹¹⁹ „Bericht über das Ergebnis der im Jahre 2012 durchgeführten Untersuchung der Personal- und Kostenstruktur in der IT der Sozialversicherung sowie von Aspekten der EDV-Sicherheit durch Organe des Bundesministeriums für Gesundheit“

¹²⁰ Dies ergebe sich aus dem ab 2009 eingerichteten IT-Kostencontrolling, das die IT-Gesamtkosten aller Träger, des Hauptverbands, des ELGA GmbH-Anteils und der ITSV GmbH sowie die IT-Kosten der SVD GmbH und der Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Errichtungsgesellschaft m.b.H. betrachte.

tenoptimierung zu machen, entsprechende Maßnahmen zu setzen und Umsetzungsbeschlüsse zu fassen.

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

(2) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, generelle trägerübergreifende Vorgaben und Maßnahmen würden kaum effektiv genug sein, um den Trägerspezifika gerecht zu werden (z.B. bauliche Maßnahmen, Sanierungen). Die StGKK erachte eine trägerindividuelle Umsetzung als zielführender.

42.4 Der RH sah gegenüber der StGKK die Vorgaben zur trägerübergreifenden Verwaltungskostenoptimierung (z.B. bei gemeinsamen EDV-Aufwendungen oder der verstärkten Nutzung von Synergie-Effekten) nicht als Alternative, sondern als notwendige Ergänzung zu trägerspezifischen Maßnahmen. Er rief in Erinnerung, dass die zunächst klaren Vorgaben des Kassensanierungskonzepts (Einsparungen von 45 Mio. EUR) in der Folge an Klarheit verloren hatten bzw. keine Maßnahmen in vollem Umfang entwickelt worden waren und hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Sonstige Feststellungen

43.1 (1) Gemäß § 159 B-KUVG durfte bei der BVA neben dem Generaldirektor nur ein Stellvertreter bestellt werden. Dementsprechend war im Dienstpostenplan der BVA nur ein Generaldirektor-Stellvertreter vorgesehen.

Die Besetzung dieser Position erfolgte üblicherweise durch den Vorstand (in dem auch Vertreter der Aufsichtsbehörde anwesend sind). Änderungen im Dienstpostenplan für derartige leitende Positionen bedurften nach § 31 Abs. 7 Z 2 ASVG der Genehmigung durch den Hauptverband. Der Hauptverband war nicht für die Prüfung des Ist-Standes zuständig.

(2) Im September 2009 beschloss das Präsidium der BVA, dass ab 1. Oktober 2009 ein Geschäftsbereichsleiter bis auf weiteres bezugsrechtlich (nach § 50 DOA) gleich einem zweiten Generaldirektorstellvertreter verwendet werden sollte. Er erhielt daher eine Verwendungszulage zuerkannt (monatlicher Mehraufwand rd. 1.800 EUR) und die Berechtigung, den Titel „Generaldirektor-Stellvertreter“ zu führen.

Als Begründung wurden „stark gestiegene Anforderungen an die Büroleitung (große Zahl von Projekten, Mehraufgaben durch das

Sonstige Feststellungen

Pensionsservice, umfangreiche Arbeit auf politischer Ebene sowie im Hauptverband etc.)“ angeführt. Der Vorstand – bei dessen Sitzungen ein Vertreter der Aufsichtsbehörde vertreten war – wurde mit dieser Entscheidung nicht befasst. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung (März 2015), also über fünf Jahre später, war die Verwendungszulage noch aufrecht.

Auch der Hauptverband und das BMG waren mit der Betrauung eines zweiten Generaldirektor-Stellvertreters nicht befasst worden.

- 43.2** Der RH kritisierte, dass die BVA seit 2009 entgegen der gesetzlichen Vorgaben de facto einen zweiten Generaldirektor-Stellvertreter beschäftigte und wies auf die monatlichen Mehrkosten von rd. 1.800 EUR hin.

Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass die Einsetzung eines zweiten Generaldirektor-Stellvertreters im Wege einer Verwendungszulage außerhalb des Vorstands und damit ohne Beteiligung der Aufsichtsbehörde sowie außerhalb des Dienstpostenplans und damit ohne Genehmigungspflicht durch den Hauptverband erfolgte. Der RH sah darin eine Umgehung der gesetzlich geregelten Rahmenbedingungen.

Der RH empfahl der BVA, aufgrund der gesetzlichen Regelung in § 159 B-KUVG in Zukunft nur noch einen Generaldirektor-Stellvertreter vorzusehen.

Der RH empfahl weiters dem BMG, zu prüfen, wie die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Anzahl der Generaldirektoren und deren Stellvertreter in der Sozialversicherung wirksamer sichergestellt werden kann.

- 43.3** *Die BVA führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sich im Hinblick auf die Ruhestandsversetzung des derzeitig ständig bestellten Stellvertreters des leitenden Angestellten der BVA mit 1. Dezember 2015 diese Angelegenheit bereinige.*
- 43.4** Der RH entgegnete der BVA, dass erst dann von einer Bereinigung der Angelegenheit gesprochen werden kann, wenn die ständige Stellvertretung regelkonform ausgeschrieben und besetzt ist und die provisorisch besetzte Position nicht mehr besteht.

Schlussempfehlungen

44 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

**BMG, Hauptverband,
StGKK, WGKK, BVA**

(1) Im Sinne einer Leistungsverlagerung zum best point of service wäre für die notwendigen Anpassungen im niedergelassenen Bereich bei der Angebotsplanung, der Leistungsdefinition, bei den Tarifen und bei der Qualitätssicherung zu sorgen. (TZ 24)

(2) Die tatsächliche und die formelle Verantwortung für den Abschluss sowie die Verhandlung der Gesamtverträge wäre zusammenzuführen. (TZ 20)

(3) Eine Strategie für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu Möglichkeiten der Preisregulierung wäre zu definieren. (TZ 31)

(4) Es wäre regelmäßig zu evaluieren, wie hoch die Einsparungsmöglichkeiten durch Auswahl der jeweils günstigsten Heilmittel sind. Regelmäßige Kosten-Nutzen-Analysen wären durchzuführen, ob grundsätzliche Regelungen – wie z.B. die Ausschreibung bestimmter Wirkstoffe, die Einführung eines Referenzpreismodells oder die Ermöglichung oder Vorgabe eines Aut-idem-Modells – zu substantiellen ökonomischen Verbesserungen führen würden. (TZ 30)

(5) Die Bemühungen um eine sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen wären weiterzuführen; dazu wären jedoch auch konkrete Einsparungsziele zu den einzelnen Maßnahmen zu formulieren und deren Erreichung zu überprüfen. (TZ 36)

(6) Die Daten aus der Vertragspartneranalyse wären dazu zu nutzen, konkrete Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten. (TZ 11)

(7) Die Aufwendungen für ärztliche Hilfe wären in den Rechnungsabschlüssen periodengerecht abzugrenzen. (TZ 14)

(8) Standardisierte Diagnosen und einheitliche Behandlungsrichtlinien wären zu erstellen. (TZ 7)

(9) Elemente der Prozess- und Ergebnisqualität in der Qualitätssicherung im niedergelassenen Bereich wären verstärkt zu berücksichtigen und die institutionellen Rahmenbedingungen wären für diese Ziele zu optimieren. (TZ 22)

Schlussempfehlungen

Hauptverband, StGKK, WGKK, BVA

(10) Maßnahmen der Patientensteuerung wären systematisch in die Überlegungen für eine Steuerung der Krankenversicherungsträger im Bereich der ärztlichen Hilfe aufzunehmen. (TZ 23)

(11) Die Effekte der unterschiedlichen Regelungen im Bereich der Behandlungsbeiträge wären zu evaluieren und so für künftige Entscheidungen eine verbesserte Datengrundlage zu erarbeiten. (TZ 23)

(12) Es wäre darauf zu achten, dass die Werte der Ärztekostenstatistik in Zukunft valide sind. (TZ 13)

(13) Bei Abweichungen von den Vorgaben der trägerübergreifenden Steuerung im Heilmittelbereich wären die Entscheidungsträger umfassend zu informieren. (TZ 33)

(14) Bei der Erstellung einer Heilmittelstrategie anlässlich des Auslaufens des Rahmen-Pharmavertrags wären in umfassender Weise alle Hebel für eine Kostendämpfung zu prüfen, und dabei sowohl die Preisbildung als auch die Menge der verordneten Heilmittel und die ökonomische Auswahl zu berücksichtigen. (TZ 35)

(15) Die Koordination im Heilmittelbereich wäre weiterzuführen und es wären verstärkt auch gemeinsame Positionen zu Anforderungen an das BMG (z.B. Preisregulierung) bzw. zu internationalen Aspekten (z.B. gemeinsamer Einkauf) zu entwickeln. (TZ 27)

(16) Die Zielsteuerung für die Verwaltungsaufwendungen wäre zu überarbeiten, insbesondere die gesamten Verwaltungskosten in die Ziele einzubeziehen, die Aufwendungen mit Outcome-Zielen zu verbinden und abseits der Fortführung historischer Werte konkrete Maßnahmen aus den Vergleichen zwischen den Trägern abzuleiten. (TZ 40)

(17) Der Unterschied im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand pro Anspruchsberechtigten sowie die unterschiedliche Entwicklung über die Jahre wäre auch über das Monitoring des Verwaltungskostendeckels hinaus für eine Diskussion und Beschlussfassung von Maßnahmen zur Optimierung der Verwaltungs- und Verrechnungsaufwendungen zu nutzen. (TZ 41)

(18) Es wären klare Vorgaben zur trägerübergreifenden Verwaltungskostenoptimierung zu machen, entsprechende Maßnahmen zu setzen und Umsetzungsbeschlüsse zu fassen. (TZ 42)



Schlussempfehlungen

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung

(19) Leistungen der ärztlichen Hilfe wären auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten zu vergüten. Auch für bereits in den Vertrag aufgenommene Leistungen wäre eine Nachkalkulation zu erstellen. (TZ 12)

(20) Eine trägerübergreifende Strategie zum Wahlarztbereich wäre zu erarbeiten. (TZ 18)

(21) Als Teil der Heilmittelstrategie wäre auch ein Konzept über Maßnahmen mit direktem Bezug zu den Patienten zu erstellen. (TZ 34)

**Hauptverband,
StGKK, WGKK**

(22) Die in § 32h ASVG vorgesehenen Analysen wären weiter zu entwickeln und dabei insbesondere

- a) in Zukunft eine zeitnahe Durchführung sicherzustellen,
- b) die einzelnen Leistungen, deren Mengen und Preise systematisch zu vergleichen und
- c) aus den Analysen Empfehlungen für die Gesamtvertragsverhandlungen abzuleiten, um den Auftrag des Hauptverbands, dabei koordinierend vorzugehen, datenbasiert erfüllen zu können. (TZ 10)

BMG, Hauptverband

(23) Die Analyse der Daten zur ärztlichen Hilfe und der Daten der Spitalsambulanzen wäre zeitnah abzuschließen. (TZ 8)

(24) Angesichts stärkerer Zielvorgaben an die Krankenversicherungsträger zur Ausgabenentwicklung wäre auf die Sicherstellung einer angemessenen Kostenentwicklung der ärztlichen Hilfe und der Versorgung der Bevölkerung auch bei Nichteinigung zwischen Krankenversicherung und Ärztekammer hinzuwirken. (TZ 21)

(25) Es wäre auf eine weitere Flexibilisierung der Stellenplanung hinzuwirken. (TZ 17)

(26) Der Auftrag an den Hauptverband hinsichtlich einer Verordnung über Kostenbeiträge nach § 31 Abs. 5a ASVG wäre rechtlich klarzustellen; gegebenenfalls wäre eine entsprechende Verordnung zu erlassen. (TZ 23)

Schlussempfehlungen

(27) Es wäre auf Maßnahmen hinzuwirken, die im Falle technischer Fortschritte mit der Wirkung einer Kostensenkung eine Flexibilisierung der Tarifverhandlungen ermöglichen. (TZ 21)

(28) Bei Auslaufen des Rahmen-Pharmavertrags Ende 2015 wäre auch bei vertraglichen Maßnahmen die Autonomie des Gesetzgebers und die Möglichkeit, Ökonomiepotenziale zu nutzen, nicht einzuschränken. (TZ 28)

BMG

(29) Auf die Einbeziehung der Sondersversicherungsträger in die Vertragspartneranalyse nach § 32h ASVG wäre hinzuwirken. (TZ 10)

(30) Weisungen zur Erlassung der Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG wären zu erteilen. (TZ 33)

(31) Es wäre auf die sorgfältige und korrekte Berechnung des EU-Durchschnittspreises von Arzneimitteln in der Preiskommission zu achten. (TZ 30)

(32) Es wäre zu prüfen, wie die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Anzahl der Generaldirektoren und deren Stellvertreter in der Sozialversicherung wirksamer sichergestellt werden kann. (TZ 43)

(33) Eine Klarstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausschreibe-Möglichkeiten im Heilmittelbereich wäre vorzunehmen. (TZ 30)

(34) Bei teuren Medikamenten wäre die Vergütung des Vertriebs auch bei Apotheken als Fixbetrag zu regeln und sollte auch im Großhandel keine Differenzierung zwischen den Bereichen des Erstattungskodex vorgenommen werden. (TZ 32)

BMG, BMASK

(35) Die Rechnungsvorschriften wären dahingehend zu ändern, dass die Aufwendungen für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen in den Einzelnachweisungen auch nach Fachrichtungen (und zwar übergreifend über Institute, Eigene Einrichtungen der Krankenversicherungsträger, Vereine, Vertragsärzte, Wahlärzte etc.) aufgeschlüsselt werden müssen. (TZ 9)



Schlussempfehlungen

BMASK BMF BMG

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der
Krankenversicherung

Hauptverband

(36) Eine genauere Analyse der Preis- und Mengenentwicklung im Heilmittelbereich sowie der Unterschiede in der Entwicklung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern wäre durchzuführen und diese Analyse in die Gespräche über das Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG einzubringen. (TZ 26)

(37) Die Möglichkeiten zur Ausschreibung von Heilmitteln wären aktiv zu nutzen. (TZ 30)

(38) Eine quantifizierte Potenzialeinschätzung der möglichen Steuerungsmaßnahmen im Heilmittelbereich wäre vorzunehmen und daraus eine Priorisierung des Ressourceneinsatzes abzuleiten. (TZ 30)

(39) Die Methode der Zielvorgaben für die Preisverhandlungen des Hauptverbands und der Bewertung der Zielerreichung wäre weiterzuentwickeln. Weiters wäre eine in regelmäßigen Abständen durchgeführte unabhängige Evaluierung des Vorgehens in diese Bewertung aufzunehmen. (TZ 37)

(40) Eine Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) wäre zu erlassen. (TZ 33)

(41) Für die Umsetzung der Heilmittelstrategie wäre ein entsprechendes Maßnahmencontrolling durchzuführen. (TZ 35)

StGKK, WGKK, BVA

(42) Der Einsatz neuartiger Maßnahmen – z.B. Case Manager, Disease Management Programme – zur Patientensteuerung wäre in die Überlegungen für eine Steuerung der Krankenversicherungsträger einzubeziehen. (TZ 23)

(43) In der sogenannten Fremdkassenabrechnung wären die versicherten Personen, die erbrachten Leistungen und deren Kosten genau anzugeben. (TZ 6)

(44) Die Versorgung zu Tagesrandzeiten bzw. am Wochenende wäre weiter zu verbessern; in diesem Zusammenhang wären die Möglichkeiten der Primary Health Care zu nutzen. (TZ 19)

(45) Die jeweiligen Systeme der Vergütung wären regelmäßig zu vergleichen, auf ihre Auswirkungen hin zu untersuchen und bewährte Vergütungsformen verstärkt einzusetzen. (TZ 20)

Schlussempfehlungen

(46) Die Maßnahmen zur Dämpfung der Laborausgaben wären fortzuführen. (TZ 21)

(47) Für jedes Jahr wären monetäre Ziele für die Maßnahmen der Heilmittelökonomie zu setzen und die Zielerreichung bzw. –vorgabe zu evaluieren. (TZ 33, 37)

(48) In den Bereichen der ärztlichen Hilfe mit besonders hohen Aufwendungen wäre eine Optimierung der gesamtvertraglichen Regelungen vorzunehmen. (TZ 16)

StGKK

(49) Die verbindliche Nutzung des Ökotools wäre im Gesamtvertrag zu vereinbaren. (TZ 33)

WGKK

(50) Die Stellenplanung wäre im Hinblick auf die hohe Fachärztedichte zu optimieren. (TZ 18)

(51) Die Aufnahme einer Gesamtausgabenbeschränkung in den Gesamtvertrag bzw. einer mengenmäßigen Preisdegression im Bereich der ärztlichen Hilfe wären anzustreben. (TZ 20)

(52) Angesichts der hohen Aufwendungen für Fachärzte im Rahmen der Gesundheitsreform wäre die Neugestaltung der Primärversorgung im Sinne des best point of service konsequent umzusetzen. (TZ 16)

(53) Aufgrund der sehr dynamischen Entwicklung der Krankengeldaufwendungen wären die Bemühungen um eine Kontrolle der Krankenstandsfälle fortzuführen. (TZ 39)

BVA

(54) Aufgrund der gesetzlichen Regelung in § 159 Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG) wäre in Zukunft nur noch ein Generaldirektor-Stellvertreter vorzusehen. (TZ 43)



Bericht des Rechnungshofes

**Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ**



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	330
Abkürzungsverzeichnis _____	331

BMASK

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

KURZFASSUNG _____	334
Prüfungsablauf und –gegenstand _____	341
Rahmenbedingungen für die EGF–Umsetzung in Österreich _____	343
Zielsetzung und rechtlicher Rahmen des EGF _____	343
Finanzielle Ausstattung _____	344
Nationale Abwicklungs- und Koordinationsstruktur _____	347
Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ _____	353
Vorbereitung des Projekts _____	353
EGF–Antragstellung an die Europäische Kommission _____	354
Förderung der Projektträger _____	358
Projektziele _____	363
Projektumsetzung _____	364
Projektergebnis _____	367
Schlussempfehlungen _____	373

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	EGF-Projekte in Österreich 2007 bis 2013 _____	345
Abbildung 1:	EGF-Beitrag je Projekt in Mio. EUR (Mittelausschöpfung in %) _____	346
Tabelle 2:	Aufgaben der EGF-Stellen im nationalen Verwaltungs- und Kontrollsystem _____	348
Abbildung 2:	Projektabwicklung des EGF-Projekts Transport- arbeiter NÖ/OÖ für ein genehmigtes Projektvolumen von 5,61 Mio. EUR _____	349
Tabelle 3:	EGF-Projekttypen _____	351
Tabelle 4:	EGF-Antrag Transportarbeiter NÖ/OÖ vom 3. Jänner 2011 _____	355
Tabelle 5:	Zeitlicher Ablauf der EGF-Fördervertrags- abschlüsse _____	361
Tabelle 6:	Art und Höhe der bewilligten Förderungen je Projektträger _____	361
Tabelle 7:	Geplante Maßnahmen im Projekt _____	364
Abbildung 3:	Verweildauern der Projektteilnehmer _____	366
Abbildung 4:	Verbleib der Projektteilnehmer (in %) _____	367
Tabelle 8:	Ausgaben des EGF-Projekts Transport- arbeiter NÖ/OÖ _____	370
Abbildung 5:	Projektausgaben (in 1.000 EUR, Anteile in %) _____	370
Tabelle 9:	Auszahlungen für Projektverwaltung und -durchführung _____	371

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

ABl.	Amtsblatt der Europäischen Union
Abs.	Absatz
AlVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
AMS	Arbeitsmarktservice
Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EGF	Europäischer Globalisierungsfonds
EU	Europäische Union
EUR	Euro
exkl.	exklusive
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
Mio.	Million(en)
NÖ	Niederösterreich
Nr.	Nummer
OÖ	Oberösterreich
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite
u.a.	unter anderem
USt	Umsatzsteuer
TZ	Textzahl(en)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Europäischer Globalisierungsfonds — Projekt für Transportarbeiter NÖ/OÖ

Zur Unterstützung arbeitsloser Transportarbeiter in Niederösterreich und Oberösterreich gewährte die Europäische Kommission dem BMASK im Jahr 2011 rd. 3,64 Mio. EUR aus Mitteln des Europäischen Globalisierungsfonds (EGF). Das BMASK überschätzte das Teilnehmerinteresse und den Weiterbildungsbedarf vor Projektbeginn deutlich. Statt der geplanten 502 Personen nahmen bis Ende 2012 nur 134 Personen am Projekt teil. Die Projektabwicklung des BMASK war mangelhaft, da die Begutachtung der Projektanträge und -annahmen, messbare Projektziele und ein Projektcontrolling fehlten.

Aufgrund der deutlich geringeren Teilnehmerzahl beliefen sich die endabgerechneten Projektausgaben auf rd. 15,7 % der genehmigten EU-Mittel (EGF). In der Folge forderte die Europäische Kommission im Jahr 2013 die nicht ausgenutzten EGF-Mittel in Höhe von rd. 3,07 Mio. EUR vom BMASK zurück.

Die Verwaltung und Durchführung des Projekts war aufwändig. Neben dem BMASK und dessen externem Dienstleister wirkten das Arbeitsmarktservice sowie zwei Projektträger unmittelbar mit. Während die im Projekt dargestellten Verwaltungskosten rd. 131.000 EUR betrugen, lagen die Gesamtkosten der Projektverwaltung und Projektdurchführung – bei Hinzurechnung von Vor- und Nacharbeiten außerhalb des Projekts – nahezu um zwei Drittel höher bei insgesamt rd. 213.000 EUR. Das Verhältnis der Verwaltungskosten zu den Ausgaben für Schulungsmaßnahmen (rd. 333.000 EUR) war unausgewogen. Es bestand ein deutliches Missverhältnis zwischen den Kosten für die Projektdurchführung und den Projektergebnissen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungsüberprüfung zum Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ aus dem Europäischen Fonds für die Anpassung an die Globalisierung (EGF) war die Beurteilung der Projektannahmen, der Anforderungen an den Projektantrag sowie der Angemessenheit der Zielvereinbarung und der Zielerreichung. Auch untersuchte und beurteilte der RH den in diesem Zusammenhang entstandenen Verwaltungsaufwand. (TZ 1)

Rahmenbedingungen für die EGF-Umsetzung in Österreich

Der EGF wurde für die Periode 2007 bis 2013 als Finanzierungsinstrument eingerichtet, um Arbeitskräfte, die infolge von wirtschaftlichen Veränderungen arbeitslos geworden waren, bei der Rückkehr in das Erwerbsleben zu unterstützen. Die Unterstützung aus dem EGF ergänzte die bestehenden Maßnahmen der Mitgliedstaaten auf nationaler und regionaler Ebene (sogenannte Komplementarität der Maßnahmen). (TZ 2)

In der Periode 2007 bis 2013 wickelte das BMASK sechs EGF-Projekte ab. In Summe wurden damit 1.188 gekündigte Arbeitnehmer gefördert und rd. 16,83 Mio. EUR an EGF-Mitteln beansprucht. Das BMASK beantragte EU-weit den durchschnittlich höchsten EGF-Betrag pro Arbeitskraft (rd. 14.000 EUR), allerdings schöpfte es die insgesamt rd. 28 Mio. EUR an EU-Mitteln für EGF-Projekte nicht aus. Das Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ wies einen sehr niedrigen Ausschöpfungsgrad von rd. 15,7 % auf (Österreich-Durchschnitt rd. 60 %). Dieser sehr niedrige Ausschöpfungsgrad war eine Folge der deutlichen Überschätzung der Teilnehmerzahl. Trotz Hinweisen der Europäischen Kommission ab dem Jahr 2010 auf mögliche Ursachen für die geringe Ausschöpfung von EU-Mitteln bei EGF-Projekten verzichtete das BMASK auf eigene Analysen, um daraus Schlussfolgerungen für künftige Projekte ableiten zu können. (TZ 3)

Das EGF-Abwicklungssystem wies eine hohe Komplexität auf. Das BMASK betraute mindestens fünf Stellen – Verwaltungsbehörde, Zahlstelle, Finanzkontrolle, das Arbeitsmarktservice (AMS) mit seinen Landesgeschäftsstellen sowie einen externen Dienstleister – mit Abwicklungs- und Umsetzungsaufgaben im Rahmen des EGF-Verwaltungs- und Kontrollsystems. Bei der Durchführung des Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ kamen noch zwei Projektträger hinzu. Die aufwändige Abwicklungsstruktur erhöhte den Verwaltungs- und Koordinationsaufwand. (TZ 4)

Die seit März 2015 geänderte Geschäfts- und Personaleinteilung des BMASK, wonach die Verwaltungsbehörde und die Zahlstelle in zwei getrennten Abteilungen angesiedelt waren und damit die zuvor bestandene direkte hierarchische Abhängigkeit beseitigt war, war zweckmäßig. (TZ 4)

EGF-Projekte konnten in Form von Arbeitsstiftungen oder als „stiftungsähnliche Maßnahmen“ durchgeführt werden, wobei bei stiftungsähnlichen Maßnahmen ausschließlich die öffentliche Hand die Finanzierung übernahm. Dadurch bestand das Risiko, dass betroffene Unternehmen in Kenntnis dieser Abwicklungsformen einen geringeren Anreiz hatten, sich finanziell zu beteiligen. (TZ 5)

Das BMASK beauftragte auch bei diesem Projekt einen externen Dienstleister mit der Unterstützung der Verwaltungsbehörde bei der Abwicklung der EGF-Anträge und Projekte. Der RH hatte schon in seinem Bericht „Europäischer Sozialfonds – Prüfbehörde“ (Reihe Bund 2015/15) Auslagerungen von verwaltungseigenen Kernaufgaben und Prüftätigkeiten an externe Dienstleister kritisiert. Der Einsatz externer Dienstleister sollte sich vorrangig auf temporäre Kapazitätsmängel, Arbeitsspitzen sowie temporär benötigte Qualifikationen beschränken. Die Leistungserbringung zur Unterstützung der Verwaltungsbehörde fand bereits vor der Beauftragung durch das BMASK statt. Das BMASK forderte die vereinbarten Tätigkeits- und Leistungsberichte des externen Dienstleisters nicht zu den vorgesehenen Terminen ein und verzichtete auf die schriftliche Dokumentation von Besprechungen. (TZ 6)

Abwicklung des Projekts für Trans- portarbeiter

Das BMASK entschied im Mai 2010, zur Unterstützung der gekündigten Mitarbeiter der Transportunternehmen in Niederösterreich und Oberösterreich einen EGF-Antragsentwurf für ein Projekt vorzubereiten. Das BMASK dokumentierte die Aktivitäten im Vorfeld der Antragstellung nicht schriftlich. Es fehlten insbesondere die Entscheidungsgründe, einen Antrag für EU-Mittel (EGF) vorzubereiten, sowie die Darstellung und Bewertung von Handlungsalternativen. Aufgrund der fehlenden Dokumentation war die Entscheidung, finanzielle Mittel aus dem EGF zu beantragen, wenig transparent. (TZ 7)

Weiters dokumentierte das BMASK die Arbeitsaufträge an den externen Dienstleister nicht. Eine Beurteilung, wie das BMASK als Auftraggeber seine Steuerungs- und Koordinationsfunktion gegenüber dem externen Dienstleister wahrnahm, war daher nicht möglich. Auch dokumentierte das BMASK nicht schriftlich nachvollziehbar

Kurzfassung

die laut EGF-Verordnung vorgesehene Begutachtung des Antrags zum Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ. (TZ 7, 8)

Das BMASK identifizierte im EGF-Antrag die Ende November 2010 arbeitslos gemeldeten Transportarbeiter (502 Personen) als potenzielle Zielgruppe, ohne zuvor deren Interesse an einer Projektteilnahme sowie den individuellen Bildungs- und Schulungsbedarf zu erheben. Das BMASK überschätzte die Teilnehmerzahlen deutlich, da es auch weitere Einflussgrößen – wie die für die Transportbranche typische saisonale Schwankung der Arbeitslosigkeit – nicht berücksichtigte. (TZ 9)

Es war nicht erkennbar, ob das BMASK Anstrengungen unternommen hatte, um zumindest jene Unternehmen, die die meisten Arbeitskräfte freigesetzt hatten, finanziell an dem Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ zu beteiligen. Infolge trug das BMASK damit auch das gesamte finanzielle Risiko im Falle einer Ablehnung des EGF-Antrags durch die Europäische Kommission. (TZ 10)

Das BMASK argumentierte hinsichtlich der verfügbaren Budgetmittel zur Finanzierung des Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ widersprüchlich: Während es gegenüber der EU-Kommission im EGF-Antrag mit nicht vorhandenen Budgetmitteln argumentierte, sicherte es intern den mit der Projektabwicklung betrauten Akteuren die Projektfinanzierung auch ohne EU-Mittel (EGF) zu. Daher war der tatsächliche Bedarf an EU-Mitteln (EGF) für das Projekt nicht beurteilbar. (TZ 10)

Aufgrund der Ausgestaltung des EGF-Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ als stiftungsähnliche Maßnahme waren Projektträger nötig, um die Teilnehmer zu betreuen und bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Der Prozess zur Auswahl der beiden Projektträger des EGF-Projekts war intransparent. Da das BMASK die Förderung nicht bekannt machte, war die Gleichbehandlung von potenziellen Förderwerbern nicht gewährleistet. (TZ 11)

Die vier Förderanträge der beiden Förderwerber (Projektträger) umfassten auf jeweils rd. 25 Seiten weitgehend identische Darstellungen der Teilprojekte, obwohl im Hinblick auf die Projektabschnitte eine stärkere Differenzierung geboten gewesen wäre. In den Antragsformularen fehlten wesentliche Fragen; so die Frage nach allfälligen Förderzusagen sonstiger Fördergeber, die Frage nach Nachweisen der zur Durchführung erforderlichen fachlichen und wirtschaftlichen Fähigkeiten der Förderwerber und die Frage, ob es sich um einen privaten oder öffentlichen Förderwerber handelte.

Zudem wiesen die in den Förderanträgen enthaltenen Projektbudgets keine ausreichend nachvollziehbare Detaillierung zur Prüfung der Angemessenheit der geplanten Ausgaben auf. (TZ 11)

Zu keinem der vier Förderanträge existierte eine aktenmäßige Dokumentation der Plausibilisierung durch das BMASK, etwa zur betraglichen Angemessenheit der geplanten Ausgaben im Hinblick auf die angestrebten Ziele. Damit konnte das Risiko, dass aufgrund von mangelhaften Projektannahmen und überhöhten Projektbudgets Fördermittel unzweckmäßig und unwirtschaftlich eingesetzt werden, nicht ausgeschlossen werden. (TZ 11)

Das BMASK schloss alle vier Förderverträge jeweils erst nach Projektbeginn sowie bei zwei Verträgen erst nach Ende des Förderzeitraums ab. (TZ 12)

Von den bewilligten Fördermitteln der beiden Projektträger waren rd. 13,5 % (135.000 EUR) für Verwaltungstätigkeiten vorgesehen. Der Einsatz von zwei Projektträgern verursachte Doppelgleisigkeiten; er führte teilweise zur Verdoppelung von administrativen Tätigkeiten (u.a. Berichtswesen, Verwaltung der Projektteilnehmer) und schmälerte damit den Mehrwert des EGF-Mitteleinsatzes. (TZ 12)

Es war zweckmäßig, die Förderverträge für das EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ in Phasen zu unterteilen, um vor der Bewilligung zusätzlicher Fördermittel die Nachfrage nach den Leistungen des Projekts zu beurteilen. Jedoch war die fehlende Dokumentation der Beurteilung des Teilnehmerinteresses zu beanstanden. Die erwarteten Teilnehmerzahlen der Phase II waren nicht realistisch, da sie den vorzeitigen Projektausstieg – u.a. aufgrund von Wiederbeschäftigung – nicht berücksichtigten. Es bestand somit das Risiko, dass aufgrund der überhöhten Planung der Teilnehmerzahlen unverhältnismäßig hohe Projektbudgets bewilligt und infolge ausbezahlt wurden. (TZ 13)

Das BMASK schloss die Förderverträge der Phase II mit der beträchtlichen Laufzeit von 19 Monaten ab, ohne davor das im Vergleich zum EGF-Antrag geringere Teilnehmerinteresse zu analysieren und die Projektmaßnahmen anzupassen. Auch nahm das BMASK in den Förderverträgen keine Termine zur Vorlage von Fortschrittsberichten – Meilensteine – auf. Dadurch verfügte das BMASK während der Projektlaufzeit nicht über Informationen zur Beurteilung und Steuerung des Projekts. (TZ 13)

Kurzfassung

Das BMASK hatte für das EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ vor Projektbeginn weder messbare Zielwerte für die Anzahl der Teilnehmer noch Wirkungsziele – beispielsweise den Anteil der wiederbeschäftigten Projektteilnehmer – festgelegt. Dadurch waren die Steuerung des Projektverlaufs sowie die Beurteilung des Projekterfolgs – auch hinsichtlich der geschlechterspezifischen Wirkung – nicht möglich. (TZ 14)

Das BMASK forderte die in den Förderverträgen vereinbarten Sachberichte nicht ein. Die von den Projektträgern vorgelegten Teilnehmerstatistiken waren wenig geeignet, um den Projektverlauf und den erzielten Projekterfolg zu beurteilen. Das BMASK erfasste auch Personen, die wenige Tage am Projekt teilnahmen – beispielsweise waren 33 Personen nur bis zu 30 Tage im Projekt gemeldet –, in der Teilnehmerstatistik als Projektteilnehmer. Die überwiegende Mehrheit (110 Personen) der so ermittelten insgesamt 134 Projektteilnehmer trat nach einem halben Jahr aus dem Projekt aus. (TZ 15, 16)

Statt der geplanten 502 Personen inklusive der Kurzzeiteilnehmer nahmen nur 134 Personen am Projekt teil. Die Begründung des BMASK, wonach die Unterschreitung auf das lange Bewilligungsverfahren der EU-Mittel (EGF) bzw. auf die schwere Erreichbarkeit der betroffenen Arbeitslosen zurückzuführen war, war ungenügend. Es gab insbesondere Mängel bei

- der Begutachtung der Projektannahmen, weil das BMASK das Teilnehmerinteresse und den Weiterbildungsbedarf der Teilnehmer vor Projektbeginn überschätzte,
- der Festlegung von Projektzielen, weil das BMASK keine messbaren und nachvollziehbaren Teilnehmerziele für das Projekt vereinbarte,
- dem Projektcontrolling, weil das BMASK es verabsäumte, mit den Projektträgern Meilensteine und Fortschrittsberichte zu vereinbaren. (TZ 17)

Der Anteil der nach Projektende arbeitslosen Personen im EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ lag bei rd. 38,8 %. Eine Beurteilung dieses Ergebnisses war aufgrund fehlender Zielwerte zur Projektwirkung nicht möglich, eine Analyse der Projektergebnisse lag nicht vor. Eine Analyse der Projektergebnisse – auch um die Entscheidung zu beurteilen, ein EGF-Projekt zur Unterstützung von

arbeitslosen Transportarbeitern einzurichten – wäre jedoch angebracht gewesen, weil

- die Anzahl der Projektteilnehmer im Vergleich zu den ursprünglichen Planannahmen deutlich geringer war,
- der Anteil der Kurzteilnehmer bei rd. 25 % lag (bis zu 30 Tage im Projekt),
- nach Projektende 56 % der Teilnehmer weiterhin ohne Beschäftigung waren. (TZ 17)

Das BMASK verfügte über keine Informationen zur Wiederbeschäftigung der Projektteilnehmer samt Branche und Dienstgeber. Es gab beispielsweise keine Information darüber, ob einzelne Personen vorübergehend am EGF-Projekt teilnahmen und danach zu ihrem ursprünglichen Dienstgeber zurückkehrten. (TZ 17)

Die endabgerechneten Projektausgaben beanspruchten rd. 15,7 % der genehmigten EU-Mittel (EGF). Das BMASK musste der Europäischen Kommission die nicht ausgenützten EU-Mittel (EGF) in Höhe von rd. 3,07 Mio. EUR im Jahr 2013 rückerstatten. (TZ 18)

Die Verwaltung und Durchführung des EGF-Projekts Transportarbeiter NÖ/00 war aufwändig. Neben dem BMASK und dessen externem Dienstleister wirkten das AMS sowie zwei Projektträger unmittelbar mit. Während die im EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/00 dargestellten Kosten rd. 131.000 EUR betrugen, lagen die Gesamtkosten – bei Hinzurechnung von Vor- und Nacharbeiten außerhalb des Projekts – um nahezu zwei Drittel höher bei insgesamt rd. 213.000 EUR. Es bestand damit ein deutliches Missverhältnis zwischen den Kosten für die Projektdurchführung und den Projektergebnissen. (TZ 18)

Kurzfassung

Kenndaten zum Europäischen Globalisierungsfonds (EGF) – Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ				
Rechtsgrundlagen (Auszug)				
EU-Recht	Verordnung (EG) Nr. 1927/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Dezember 2006 zur Einrichtung des Europäischen Fonds für die Anpassung an die Globalisierung, ABL. Nr. L 406 vom 30. Dezember 2006, i.d.F. der Verordnung (EG) Nr. 546/2009, ABL. Nr. L 167 vom 29. Juni 2009 Verordnung (EG) Nr. 1083/2006 des Rates vom 11. Juli 2006 mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den Europäischen Sozialfonds und den Kohäsionsfonds, ABL. Nr. L 210 vom 31. Juli 2006 Verordnung (EG) Nr. 1828/2006 der Kommission vom 8. Dezember 2006 zur Festlegung von Durchführungsvorschriften zur Verordnung (EG) Nr. 1083/2006 des Rates mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den Europäischen Sozialfonds und den Kohäsionsfonds und der Verordnung (EG) Nr. 1080/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, ABL. Nr. L 45 vom 15. Februar 2007			
österreichisches Recht	Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über das Verwaltungs- und Kontrollsystem in Österreich für die EU-Strukturfonds in der Periode 2007 bis 2013, BGBl. I Nr. 60/2008 Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 (ALVG), BGBl. Nr. 609/1977 i.d.F. BGBl. I Nr. 111/2010 vom 20. Dezember 2010 Bundesrichtlinie des Arbeitsmarktservice zur Anerkennung, Förderung und Durchführung von Maßnahmen der Arbeitsstiftung, Fassung vom 1. Juli 2010			
Behörden laut EU-Vorgaben (Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems, Stand 2. Juli 2010)				
Verwaltungsbehörde	BMASK Sektion VI, Abteilung 9 ¹			
Zahlstelle	BMASK Sektion VI, Abteilung 9, Stabstellenfunktion mit direkter Zuordnung zur Sektionsleitung			
EGF-Finanzkontrolle	BMASK Sektion VI, Referat 5a			
Periode 2007 bis 2013				
EGF-Projekte Österreichs gesamt	6			
bewilligte Finanzierung 2007 bis 2013				
EGF-Projekte Österreichs	EU-Mittel (EGF)	nationale Kofinanzierung	gesamt	Anteile an EGF-Projekten
	in Mio. EUR			in %
gesamt	28,00	15,08 ²	43,08	100,0
davon Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ	3,64	1,96 ³	5,61	13,0
Auszahlungen 2007 bis 2013				
EGF-Projekte Österreichs	EU-Mittel (EGF)	nationale öffentliche Kofinanzierung	öffentliche Mittel gesamt	Anteile an EGF-Projekten
	in Mio. EUR			in %
gesamt	16,83	3,34	20,17	100,0
davon Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ	0,57	0,31	0,88	4,4

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

Fortsetzung: Kenndaten zum Europäischen Globalisierungsfonds (EGF) – Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ				
geförderte Personen				
	Programmperiode 2007 bis 2013		davon im EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ	
	Anzahl	Anteile in %	Anzahl	Anteile in %
gesamt	1.188	100,0	134	100,0
<i>davon Frauen</i>	<i>304</i>	<i>25,6</i>	<i>21</i>	<i>15,7</i>
<i>Männer</i>	<i>884</i>	<i>74,4</i>	<i>113</i>	<i>84,3</i>

Rundungsdifferenzen möglich

- ¹ Die Bezeichnungen stimmten zum Zeitpunkt der Projektdurchführung mit der damalig gültigen Geschäfts- und Personaleinteilung (GPE) überein. Seit März 2015 war die Abteilung 3 für die Angelegenheiten des EGF zuständig, die Programmbehördenfunktionen blieben aufrecht.
- ² Als nationale Kofinanzierung kamen öffentliche und private Mittel zum Einsatz.
- ³ Beim EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ kamen ausschließlich öffentliche Mittel als nationale Kofinanzierung zum Einsatz.

Quellen: BMASK; Europäische Kommission (Stand 30. Juni 2015); Darstellung RH

Prüfungsablauf und
–gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von Juli 2015 bis September 2015 die Gebärung des BMASK hinsichtlich des Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ¹ aus dem Europäischen Fonds für die Anpassung an die Globalisierung (Europäischer Globalisierungsfonds – EGF). Das Projekt startete am 14. Februar 2011 und wurde mit 31. Dezember 2012 abgeschlossen.

Ziel der Überprüfung war die Beurteilung der Projektannahmen, der Anforderungen an den Projektantrag sowie der Angemessenheit der Zielvereinbarung und der Zielerreichung. Auch untersuchte und beurteilte der RH den in diesem Zusammenhang entstandenen Verwaltungsaufwand.

(2) Nichtziel war die Überprüfung von recht- und ordnungsmäßigen Aspekten der Umsetzung des nationalen EGF-Systems. Machte der RH im Zuge der Prüfungshandlungen allerdings Feststellungen, die Fragen der Recht- und Ordnungsmäßigkeit betrafen (wie die Förderfähigkeit von Ausgaben oder die Einhaltung unionsrechtlicher Bestimmungen), berichtet er auch darüber.

(3) Zum im November 2015 übermittelten Prüfungsergebnis gab das BMASK im Jänner 2016 seine Stellungnahme ab. Der RH übermittelte seine Gegenäußerung im März 2016.

¹ Antrag EGF/2011/001 AT/Niederösterreich–Oberösterreich, Österreich – RH-Kurzbezeichnung: „Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ“

Prüfungsablauf und –gegenstand

(4) Die Stellungnahme des BMASK enthielt allgemeine Ausführungen, ohne konkret auf die Kritik und Empfehlungen des RH in einzelnen TZ einzugehen. Laut Stellungnahme wäre zur Beurteilung des EGF-Projekts ein grundlegendes Verständnis für den Bereich Arbeitsmarktpolitik notwendig gewesen, das aus Sicht des BMASK gefehlt habe. Es liege in der Natur der Arbeitsmarktdynamik, dass es zwischen der Zahl der Personen, die von Unternehmen zur Kündigung angemeldet würden, den tatsächlichen Arbeitslosen und den schlussendlichen Teilnehmern an Programmen große Unterschiede gebe. Die Maßnahmen müssten jedoch für alle potenziellen Teilnehmer zur Verfügung stehen.

Ferner sei eine Differenz zwischen bewilligten und verausgabten Mitteln nicht mit Kosten für den österreichischen Bundeshaushalt verbunden. Dies werde aber im RH-Bericht als kritisch gesehen. Dabei werde die strategische Ausrichtung aller Ressorts – dass Österreich als Nettozahler in den EU-Haushalt möglichst hohe Beträge aus Brüssel wieder zurückhole – völlig ausgeblendet.

(5) Der RH stellte gegenüber dem BMASK klar, dass seine Beurteilung auch die Arbeitsmarktdynamik in der Transportbranche miteinbezog. Er hob hervor, dass das BMASK die für diese Branche typische saisonale Schwankung der Arbeitslosenzahlen in seinen Planungsannahmen für das Projekt ebenso wenig berücksichtigte wie den Bildungs- und Schulungsbedarf der potenziellen Zielgruppe, was zur deutlichen Überschätzung der potenziellen Teilnehmerzahl (502 Personen) beitrug (siehe TZ 9). Der RH betonte weiters, dass das BMASK trotz des im Projektverlauf erkennbar geringeren Teilnehmerinteresses verabsäumte, darauf zu reagieren und die Projektmaßnahmen anzupassen (siehe TZ 13). Er wies nochmals darauf hin, dass die deutliche Unterschreitung der geplanten Teilnehmerzahl um rd. 73,3 % insbesondere auch Folge einer mangelhaften Projektabwicklung war (siehe TZ 7 bis 15, 17 und 18).

Zur Argumentation des BMASK, es seien durch die nicht ausgenutzten EGF-Mittel keine Kosten für den Bundeshaushalt entstanden, entgegnete der RH, dass sich seine Kritik nicht auf den Umstand des sehr niedrigen Ausschöpfungsgrads bezog, sondern auf den Verzicht des BMASK, mögliche Ursachen für die geringe Ausschöpfung von EU-Mitteln bei EGF-Projekten zu analysieren, um daraus Schlussfolgerungen für künftige Projekte ableiten zu können (siehe TZ 3).

Der RH hielt dem BMASK schließlich entgegen, dass öffentliche Fördermittel effizient und zielorientiert einzusetzen sind. Dies galt ungeachtet der vom BMASK ins Treffen geführten strategischen Ausrichtung auf eine EU-Mittelausschöpfung. Beim gegenständlichen Projekt EGF-

**Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/00**

Transportarbeiter fehlten Zielwerte zur Projektwirkung (siehe TZ 14) und die Kosten für die Projektdurchführung standen in einem Missverhältnis zu den Projektergebnissen (siehe TZ 18). Daher hielt der RH seine Kritik und seine Empfehlungen aufrecht.

Rahmenbedingungen für die EGF–Umsetzung in Österreich

Zielsetzung und
rechtlicher Rahmen
des EGF

2 (1) Ziel des Europäischen Globalisierungsfonds (EGF) war es, Arbeitskräfte, die infolge von wirtschaftlichen Veränderungen arbeitslos geworden waren, bei der Rückkehr in das Erwerbsleben zu unterstützen. Der EGF wurde im Jahr 2006 für die Periode 2007 bis 2013 eingerichtet. Gemäß EGF–Verordnung² war eine Förderung möglich, wenn eines der folgenden Kriterien zutraf:

- mindestens 500 Kündigungen innerhalb eines Zeitraums von vier Monaten in einem Unternehmen eines Mitgliedstaats,
- mindestens 500 Kündigungen innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten in mehreren Unternehmen in einer Branche³ sowie in einer Region⁴ oder in zwei aneinandergrenzenden Regionen,
- weniger als 500 Kündigungen auf kleinen Arbeitsmärkten oder unter außergewöhnlichen Umständen, falls die Kündigungen schwerwiegende Auswirkungen für die Beschäftigung und auf die lokale Wirtschaft hatten.

(2) Mit Unterstützung des EGF sollte die Wiedereingliederung dieser Arbeitnehmer in das Erwerbsleben erleichtert werden, durch die Bereitstellung von Finanzbeiträgen für zeitlich begrenzte und koordinierte Pakete personalisierter Dienstleistungen. Diese Pakete umfassten aktive Arbeitsmarktmaßnahmen wie Beratungs- und Orientierungsaktivitäten, Weiterbildungsmaßnahmen sowie individuelle Qualifizierungsmaßnahmen.

² Verordnung (EG) Nr. 1927/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 20. Dezember 2006 zur Einrichtung des Europäischen Fonds für die Anpassung an die Globalisierung, i.d.F. der Verordnung (EG) Nr. 546/2009

³ Die Branche definierte sich über die Systematik der Wirtschaftszweige in der Europäischen Union, NACE 2–Abteilung (Nomenclature statistique des activités économiques dans la Communauté européenne)

⁴ Der Regionsbegriff bezog sich auf die NUTS–II–Ebene. NUTS (Nomenclature des unités territoriales statistiques) bezeichnete eine hierarchische Systematik zur eindeutigen Identifizierung und Klassifizierung der räumlichen Bezugseinheiten der amtlichen Statistik in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Rahmenbedingungen für die EGF-Umsetzung in Österreich

(3) Die EGF-Verordnung sah die Komplementarität der Maßnahmen vor. Die Unterstützung aus dem EGF trat nicht an die Stelle von Maßnahmen, für die die Unternehmen aufgrund des nationalen Rechts oder wegen Kollektivvereinbarungen verantwortlich waren. Auch wies die EGF-Verordnung auf die ergänzende Komponente des EGF zu bestehenden Maßnahmen der Mitgliedstaaten auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene hin⁵.

(4) Antragsberechtigt waren alle Mitgliedstaaten der EU. Die antragstellenden Mitgliedstaaten mussten die Verbindung zwischen den Kündigungen und den weitgehenden strukturellen Veränderungen im Welt handelsgefüge nachweisen.

Für Österreich stellte das BMASK bei der Kommission den Antrag.

Finanzielle Ausstattung

3.1 (1) In der Periode 2007 bis 2013 beantragten die EU-Mitgliedstaaten rd. 492 Mio. EUR EU-Mittel aus dem Europäischen Globalisierungsfonds (EGF). Der EGF kofinanzierte Maßnahmen zu 50 % bzw. 65 %⁶, den Restbetrag stellte der betroffene Mitgliedstaat aus öffentlichen bzw. privaten Mitteln bereit.

(2) Der EGF war nicht im Mehrjährigen Finanzrahmen der EU 2007 bis 2013 berücksichtigt. Aus diesem Grund musste jeder von einem Mitgliedstaat eingereichte Antrag auf EGF-Unterstützung von der Europäischen Kommission bewertet und von der EU-Haushaltsbehörde (Rat der Europäischen Union und Europäisches Parlament) genehmigt werden.

(3) In der Periode 2007 bis 2013 wickelte das BMASK sechs EGF-Projekte ab. In Summe wurden damit 1.188 gekündigte Arbeitnehmer gefördert und rd. 16,83 Mio. EUR an EGF-Mitteln beansprucht. Folgende Tabelle stellt die EGF-Projekte in Österreich dar:

⁵ Verordnung (EG) Nr. 1927/2006, Art. 6

⁶ Laut EGF-Verordnung (EG) Nr. 1927/2006 i.d.F. der Verordnung (EG) Nr. 546/2009 betrug der Kofinanzierungssatz für alle zwischen dem 1. Mai 2009 und dem 31. Dezember 2011 eingereichten Anträge 65 %. Vor und nach diesem Zeitraum betrug der Kofinanzierungssatz 50 %.



Rahmenbedingungen für die
EGF-Umsetzung in Österreich

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

Tabelle 1: EGF-Projekte in Österreich 2007 bis 2013

Projekt	Antragsdatum	EU-Mittel (EGF) genehmigt	EU-Mittel (EGF) ausgezahlt
		in Mio. EUR	
Automobil	3. Juli 2009	5,71	5,56
Stahlstiftung	8. März 2010	8,28	5,15
AT&S	9. April 2010	1,22	0,44
Transportarbeiter NÖ/OÖ	3. Jänner 2011	3,64	0,57
Tabak	20. Dezember 2011	3,94	2,06
Soziale Dienstleistungen	20. Dezember 2011	5,20	3,04
Summe		28,00	16,83

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMASK; Darstellung RH

(4) Österreich beantragte laut Durchführungsbericht der Europäischen Kommission⁷ aus dem Jahr 2015 im Durchschnitt der Jahre 2007 bis 2014 den mit Abstand höchsten EGF-Betrag pro Arbeitskraft (rd. 14.000 EUR)⁸. Damit lag Österreich um rd. 4.000 EUR über dem zweitgereihten Mitgliedstaat (Dänemark mit rd. 10.000 EUR). Die Europäische Kommission wies bereits im Jahr 2010 auf die generelle Unterausschöpfung der beantragten EU-Mittel (EGF) in den Mitgliedstaaten hin. Diese lag beispielsweise in den Jahren 2013 und 2014 EU-weit bei durchschnittlich rd. 50 %. Als mögliche Gründe führte sie unrealistische Projektannahmen an, u.a. die Einberechnung von „Reserven“ in den beantragten Projektbudgets sowie überschätzte Teilnehmerzahlen.

(5) In Österreich lag die Ausschöpfung der EU-Mittel der sechs EGF-Projekte bei durchschnittlich rd. 60 %, wobei es große Unterschiede gab: Die Bandbreite reichte von rd. 97,4 % (Automobil) bis rd. 15,7 % (Transportarbeiter NÖ/OÖ). Das BMASK analysierte die Gründe für die Abweichungen zwischen den genehmigten und ausgezahlten Mitteln nicht. Laut Auskunft des BMASK sei bei der Antragstellung der EGF-Projekte grundsätzlich von der maximal zu erwartenden Anzahl an Teilnehmern (siehe TZ 9) ausgegangen worden. Demnach sollte möglichst vielen interessierten Arbeitskräften ein Zugang zu den EGF-

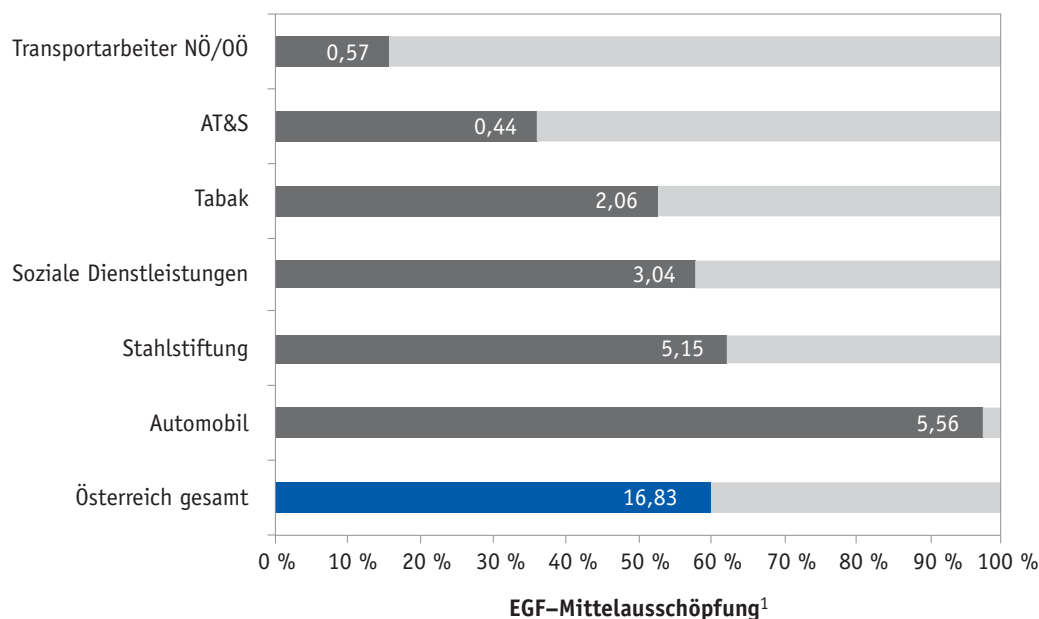
⁷ Bericht der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat über die Tätigkeit des Europäischen Fonds für die Anpassung an die Globalisierung in den Jahren 2013 und 2014, COM (2015) 355 final

⁸ Die beantragten Mittel beinhalteten neben Schulungsmaßnahmen auch Maßnahmen zur Einkommensstützung für Arbeitslose (insbesondere „Stiftungsarbeitslosengeld“ sowie Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes – siehe Tabelle 3).

Rahmenbedingungen für die EGF-Umsetzung in Österreich

Maßnahmen geboten werden. Folgende Abbildung zeigt die EGF-Mittelausschöpfung in Österreich pro Projekt:

Abbildung 1: EGF-Beitrag je Projekt in Mio. EUR (Mittelausschöpfung in %)



¹ EGF-Mittelausschöpfung = Anteil der endabgerechneten an den genehmigten EU-Mitteln (EGF)

Quellen: BMASK, Stand 30. Juni 2015; Darstellung und Berechnungen RH

3.2 Der RH hob hervor, dass das BMASK EU-weit den durchschnittlich höchsten EGF-Betrag pro Arbeitskraft (rd. 14.000 EUR) beantragte, allerdings die insgesamt rd. 28 Mio. EUR an EU-Mitteln für EGF-Projekte nicht ausschöpfte: Das Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ wies einen sehr niedrigen Ausschöpfungsgrad von rd. 15,7 % auf (Österreich-Durchschnitt rd. 60 %). Der RH wies kritisch darauf hin, dass dieser sehr niedrige Ausschöpfungsgrad eine Folge der deutlichen Überschätzung der Teilnehmerzahl war (TZ 9, 17).

Er kritisierte, dass trotz Hinweisen der Europäischen Kommission ab dem Jahr 2010 auf mögliche Ursachen für die geringe Ausschöpfung von EU-Mitteln bei EGF-Projekten das BMASK auf eigene Analysen verzichtete, um daraus Schlussfolgerungen für künftige Projekte ableiten zu können.

Der RH empfahl dem BMASK, die Gründe für die Abweichung zwischen den genehmigten und ausbezahlten EU-Mitteln (EGF) zu analysieren und die Ergebnisse bei künftigen EGF-Anträgen zur Plausibilisierung der Projektannahmen (Teilnehmerzahlen, Budgets) zu nutzen.



Rahmenbedingungen für die EGF-Umsetzung in Österreich



Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für Transportarbeiter NÖ/00

Nationale Abwick-
lungs- und
Koordinationsstruktur

4.1 (1) Die EGF-Verordnung schuf in der Periode 2007 bis 2013 einen verbindlichen Rahmen für die Verwaltung und Finanzkontrolle der EGF-Maßnahmen⁹. Für die Umsetzung von EGF-Maßnahmen hatte das BMASK als zuständiges Bundesministerium ein Verwaltungs- und Kontrollsystem einzurichten und folgende Stellen mit festgelegten Zuständigkeiten zu benennen:

- eine Verwaltungsbehörde,
- eine Zahlstelle sowie
- eine EGF-Finanzkontrolle.

Das BMASK folgte hinsichtlich der Umsetzung des Verwaltungs- und Kontrollsystems den Bestimmungen der Allgemeinen Strukturfondsverordnung¹⁰.

Die Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems (Stand 2. Juli 2010) umfasste das Zusammenwirken der zuständigen Stellen, das Verfahren zur Vorbereitung von Anträgen an die Europäische Kommission sowie zur Bewilligung, Ausführung und Verbuchung der Zahlungen.

(2) Für das BMASK übernahm die Abteilung 9 in der Sektion VI, Arbeitsmarkt, sowohl die Aufgaben der Verwaltungsbehörde als auch der Zahlstelle. Der für die Zahlstelle zuständige Mitarbeiter war in dieser Funktion direkt der Sektionsleitung zugeordnet und damit gegenüber seiner Abteilungsleitung weisungsfrei gestellt. Die Funktion der EGF-Finanzkontrolle nahm das Referat 5a, ebenfalls in der Sektion VI, Arbeitsmarkt, wahr. Aufgrund einer Geschäfts- und Personaleinteilungsänderung im BMASK war seit März 2015 die Abteilung 3 anstelle der Abteilung 9 als Verwaltungsbehörde tätig.

(3) Zusätzlich delegierte die Verwaltungsbehörde BMASK Teilaufgaben an einen externen Dienstleister. Dieser unterstützte einerseits die Verwaltungsbehörde bei der EGF-Antragstellung des BMASK, andererseits führte er die Abrechnungskontrolle (Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit auf Belegsebene) sowie Vor-Ort-Kontrollen bei den Projektträgern durch (zum externen Dienstleister siehe TZ 6).

(4) Die EU-rechtlich definierten Aufgaben der mit der Umsetzung des EGF betrauten Stellen zeigt nachfolgende Tabelle:

⁹ Verordnung (EG) Nr. 1927/2006, Art. 18 Management und Finanzkontrolle

¹⁰ Verordnung (EG) Nr. 1083/2006 mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den Europäischen Sozialfonds und den Kohäsionsfonds

Rahmenbedingungen für die EGF-Umsetzung in Österreich

Tabelle 2: Aufgaben der EGF-Stellen im nationalen Verwaltungs- und Kontrollsystem

<p>Verwaltungsbehörde und Zahlstelle folgt der Verordnung (EG) Nr. 1927/2006 und den Verordnungen (EG) Nr. 1083/2006, Art. 60 sowie Nr. 1828/2006</p>	<p>BMASK, Sektion VI/Abteilung 9</p> <p>Die Verwaltungsbehörde</p> <ul style="list-style-type: none"> – ist u.a. dafür verantwortlich, dass die Projekte nach dem Grundsatz der wirtschaftlichen Haushaltsführung verwaltet und durchgeführt werden, – stellt sicher, dass die Projektdurchführung den Rechtsvorschriften der EU und Österreichs entspricht, – überprüft die Anträge auf einen EGF-Finanzbeitrag und achtet auf die Einhaltung der entsprechenden Förderanforderungen, – übermittelt die Anträge an die Europäische Kommission, – beantwortet Fragen der Europäischen Kommission im Antragsverfahren und arbeitet an Evaluierungen mit, – überwacht die Einhaltung der Komplementarität der Maßnahmen, – beachtet die Gleichstellung von Frauen und Männern sowie die Nicht-Diskriminierung, – informiert über die EGF-finanzierten Maßnahmen und macht diese allgemein bekannt, – erstellt den Schlussbericht und übermittelt diesen nach Prüfung der Abrechnungen und Aufgaben der durchführenden Einrichtung an die Europäische Kommission. <p>Die Zahlstelle (als Stabsfunktion mit direkter Zuordnung zur Sektionsleitung)</p> <ul style="list-style-type: none"> – verantwortet die Auszahlung der EGF-Finanzmittel aufgrund des Prüfberichts der Technischen Hilfe (First Level-Kontrolle) sowie von Überprüfungen der Verwaltungsbehörde und der System- und Stichprobenprüfung der EGF-Finanzkontrolle.
<p>externe Verwaltungsunterstützung (Technische Hilfe) gemäß Art. 3 der Verordnung (EG) Nr. 1927/2006</p>	<p>externer Dienstleister (Technische Hilfe)</p> <p>Die Verwaltungsunterstützung (Technische Hilfe)</p> <ul style="list-style-type: none"> – bereitet die Informationen für die EGF-Antragstellung auf, – übernimmt die Kontaktarbeit mit Partnern für EGF-Anträge (Sozialpartner, AMS, Landesverwaltungen), – berät die Unternehmen (bzw. die durchführenden Einrichtungen/Arbeitsstiftungen) bei der Erstellung der Antragskonzepte, – unterstützt die Verwaltungsbehörde bei der Fertigstellung der Anträge an die Europäische Kommission sowie bei der Klärung von Anfragen seitens der Europäischen Kommission sowie beim Abschluss von EGF-Projekten (Abschlussberichte), – führt die First Level-Kontrolle im Sinne des Art. 4 Abs. 5 der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über das Verwaltungs- und Kontrollsystem in Österreich für die EU-Strukturfonds in der Periode 2007 bis 2013 durch, – leitet Prüfberichte an die Verwaltungsbehörde weiter, – wertet Daten für Begleitung und Evaluierung aus.
<p>EGF-Finanzkontrolle gemäß Art. 18 der Verordnung (EG) Nr. 1927/2006</p>	<p>BMASK, Sektion VI/Abteilung 5/Referat 5a</p> <p>Die EGF-Finanzkontrolle</p> <ul style="list-style-type: none"> – überprüft, ob alle Vorschriften zur Fehlerlosigkeit, Rechtmäßigkeit, Förderfähigkeit und Ordnungsmäßigkeit der Ausgaben eingehalten wurden, – bestätigt anhand der ihr vorliegenden Unterlagen (Berichte und eigene Prüftätigkeit) die Rechtmäßigkeit der von der EGF-Verwaltungsbehörde im Abschlussbericht erklärten Ausgaben und übermittelt diesen im Anschluss an die Verwaltungsbehörde, – stellt sicher, dass finanzierte Aufwendungen auf überprüfbaren Unterlagen beruhen sowie ordnungsgemäß und den Regeln entsprechend getätigt wurden, – stellt den Schlussbericht sowie die Prüfergebnisse der Europäischen Kommission zur Verfügung, – meldet Unregelmäßigkeiten und dokumentiert diese in einem Kontrollbericht.

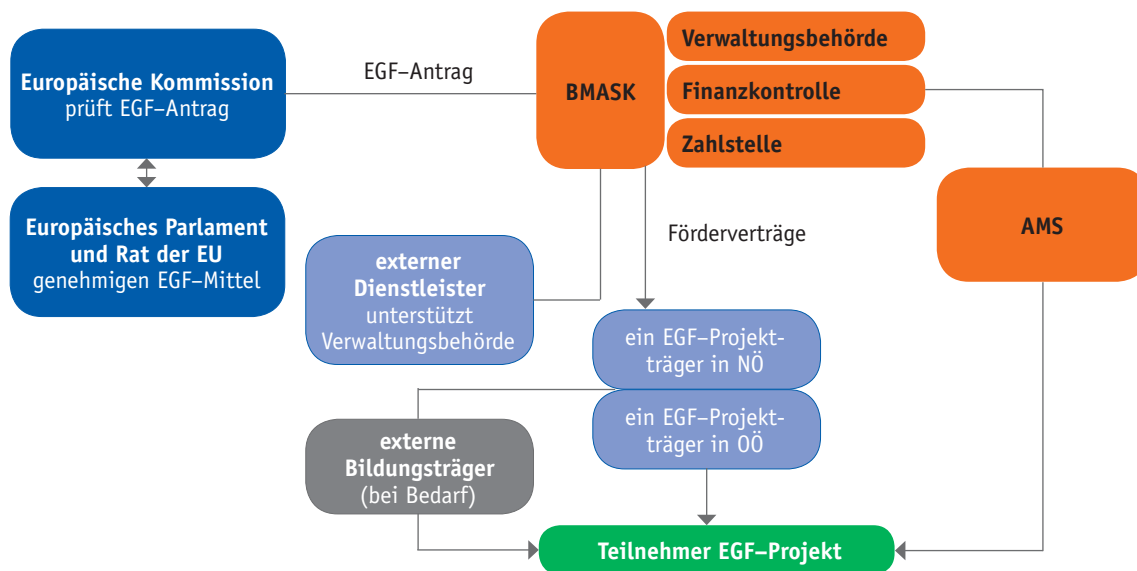
Quellen: BMASK (Verwaltungs- und Kontrollsystem Stand 2. Juli 2010); Darstellung RH

(5) Das Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) mit den jeweiligen Landesorganisationen nahm gemäß der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems eine unterstützende Rolle bei der Umsetzung des EGF in Österreich ein. Die Landesgeschäftsstellen des AMS sollten demnach u.a. den Informationsprozess mit den betroffenen Unternehmen unterstützen und die jeweiligen arbeitsmarktpolitischen Instrumente (u.a. Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen) einsetzen.

(6) Neben den in der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems benannten Stellen kamen zur Projektabwicklung noch Projektträger hinzu. Beim Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ gab es zwei Träger in den beiden Ländern (siehe TZ 11), die Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen selbst bzw. durch externe Bildungsträger durchführten.

(7) Folgende Abbildung stellt die EGF-Projektabwicklung schematisch dar:

Abbildung 2: Projektabwicklung des EGF-Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ für ein genehmigtes Projektvolumen von 5,61 Mio. EUR



Quellen: BMASK; Darstellung RH

4.2 (1) Der RH verwies kritisch auf die hohe Komplexität des EGF-Abwicklungssystems: Das BMASK betraute mindestens fünf Stellen – Verwaltungsbehörde, Zahlstelle, Finanzkontrolle, das AMS mit seinen Landesgeschäftsstellen sowie einen externen Dienstleister – mit Abwicklungs- und Umsetzungsaufgaben im Rahmen des EGF-Verwaltungs- und Kontrollsystems. Bei der Durchführung des Projekts

Rahmenbedingungen für die EGF-Umsetzung in Österreich

Transportarbeiter NÖ/OÖ kamen noch zwei Projektträger hinzu. Die aufwändige Abwicklungsstruktur erhöhte nach Ansicht des RH den Verwaltungs- und Koordinationsaufwand.

Der RH empfahl dem BMASK, das System der EGF-Umsetzung in Österreich zu vereinfachen, um damit den Verwaltungs- und Koordinationsaufwand bei der Umsetzung von EGF-Projekten zu reduzieren.

(2) Aus Sicht des RH gewährleistete die Weisungsfreistellung des Mitarbeiters der Zahlstelle aufgrund der direkten hierarchischen Abhängigkeit eine primär nur formale Funktionstrennung. Der RH erachtete die seit März 2015 geänderte Geschäfts- und Personaleinteilung, wonach die Verwaltungsbehörde und die Zahlstelle in zwei getrennten Abteilungen angesiedelt waren, als zweckmäßig.

5.1 (1) Gemäß der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems für die Umsetzung des EGF in Österreich¹¹ konnten EGF-Projekte in Form von Arbeitsstiftungen oder – ab Juli 2010 – auch als sogenannte „stiftungsähnliche Maßnahmen“ durchgeführt werden. Bei stiftungsähnlichen Maßnahmen gab es – im Gegensatz zu Arbeitsstiftungen – kein Bescheidverfahren des AMS zur Anerkennung des beantragten Maßnahmenkonzepts, sondern Förderverträge zwischen dem BMASK und den Projektträgern. Die Finanzierung der Projektkosten erfolgte grundsätzlich ausschließlich mit öffentlichen Mitteln (EU-Mittel 65 %, nationale Mittel 35 %)¹².

(2) In der Periode 2007 bis 2013 bewilligte die Europäische Kommission insgesamt sechs EGF-Projekte, davon vier als Arbeitsstiftungen und das Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ als stiftungsähnliche Maßnahme. Ein Projekt (Tabak) umfasste eine Arbeitsstiftung und eine stiftungsähnliche Maßnahme. Folgende Tabelle stellt die Projekttypen beispielhaft gegenüber:

¹¹ In der Fassung des Verwaltungs- und Kontrollsystems vom 2. Juli 2010 war das BMASK das für den EGF zuständige Bundesministerium, siehe TZ 4.

¹² Kofinanzierungssatz für die im Zeitraum vom 1. Mai 2009 bis 31. Dezember 2011 eingereichten EGF-Anträge, siehe TZ 3

Tabelle 3: EGF-Projekttypen

	Arbeitsstiftung gemäß § 18 des Arbeitslosenversicherungsgesetzes	stiftungsähnliche Maßnahme Projekt Transportarbeiter NÖ/00
Ziele	Integration von Arbeitslosen in den Arbeitsmarkt durch berufliche Aus- und Weiterbildung, Vermittlungsaktivitäten und Beratung	
Leistungen	Maßnahmenbündel, z.B. Berufsorientierung, aktive Arbeitssuche, Aus- und Weiterbildung	
Anwendung	Beteiligung und Mitfinanzierung betroffener Unternehmen gesichert	keine (finanzielle) Beteiligung betroffener Unternehmen
Akteure	Stiftungsträger, Unternehmen, AMS, eventuell Länder	Projektträger, AMS, BMASK
Anerkennung des Maßnahmenkonzepts	Bescheid des AMS auf Grundlage des Arbeitslosenversicherungsgesetzes und der AMS-Bundesrichtlinie „Arbeitsstiftung“ ¹	Fördervertrag zwischen BMASK und Projektträger
ationale Kofinanzierung	<ul style="list-style-type: none"> – vorwiegend² private Mittel der betroffenen Unternehmen sowie bei Bedarf – öffentliche Mittel: AMS bzw. Länder 	<ul style="list-style-type: none"> – keine privaten Mittel – ausschließlich öffentliche Mittel: BMASK, AMS
Zuschussleistungen des AMS für Teilnehmer	insbesondere verlängerter Bezug von Arbeitslosengeld („Stiftungsarbeits- losengeld“)	insbesondere Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhalts

¹ AMS-Bundesrichtlinie zur Anerkennung, Förderung und Durchführung von Maßnahmen der Arbeitsstiftung² Ausnahmen beispielsweise bei Insolvenzstiftungen

Quellen: BMASK; Darstellung RH

Die Entscheidung, ein EGF-Projekt als Arbeitsstiftung oder als stiftungsähnliche Maßnahme abzuwickeln, war maßgeblich von der Bereitschaft der betroffenen Unternehmen bestimmt, sich finanziell zu beteiligen.

5.2 Der RH bemerkte kritisch, dass es zur Abwicklung von EGF-Projekten sowohl die Form der Arbeitsstiftung als auch der stiftungsähnlichen Maßnahme gab, wobei bei stiftungsähnlichen Maßnahmen ausschließlich die öffentliche Hand die Finanzierung übernahm. Aus Sicht des RH bestand das Risiko, dass betroffene Unternehmen in Kenntnis der Abwicklungsformen einen geringeren Anreiz hatten, sich finanziell zu beteiligen (siehe TZ 10 zur fehlenden Beteiligung der betroffenen Unternehmen im Projekt Transportarbeiter NÖ/00).

Der RH empfahl dem BMASK, bei EGF-Projekten auf eine angemessene Mitfinanzierung der betroffenen Unternehmen zu achten und öffentliche Mittel vorwiegend als Anreiz für die Beteiligung privater Akteure einzusetzen.

Rahmenbedingungen für die EGF-Umsetzung in Österreich

6.1 (1) Das BMASK beauftragte einen externen Dienstleister nach Durchführung eines Vergabeverfahrens mit der Unterstützung der Verwaltungsbehörde bei der Abwicklung der EGF-Anträge und Projekte (siehe Tabelle 2, TZ 4). Den Rahmenwerkvertrag (Auftragswert rd. 1,13 Mio. EUR, exkl. USt) zur Beauftragung des externen Dienstleisters mit einem Leistungszeitraum vom 1. Mai 2010 bis 31. Dezember 2013 unterfertigte der Auftragnehmer am 8. Juli 2010, das BMASK am 17. Jänner 2011, somit acht Monate nach Leistungsbeginn.

(2) Der vereinbarte Leistungsgegenstand umfasste die „Informationsaufbereitung für die EGF-Antragstellung“ und die „Unterstützung bei der Umsetzung von EGF-Projekten“¹³. Der externe Dienstleister verpflichtete sich laut Vertrag u.a. dazu,

- quartalsweise Leistungsberichte über die Dauer und den Inhalt der Tätigkeiten sowie Tätigkeitsberichte über den Fortgang der Arbeit vorzulegen sowie
- die laufende Abstimmung mit dem BMASK – einschließlich Besprechungen – zu dokumentieren bzw. zu protokollieren.

Das BMASK forderte vom externen Dienstleister die Tätigkeits- und Leistungsberichte für den Zeitraum zweites Quartal 2010 bis drittes Quartal 2013 nicht ein. Der externe Dienstleister übermittelte die Berichte erst bei der Rechnungslegung im November 2013. Obwohl demnach mehrfach Besprechungen mit Vertretern des BMASK zum EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ stattfanden und der externe Dienstleister dem BMASK die Besprechungszeiten verrechnete, konnte das BMASK keine Besprechungsprotokolle vorlegen (siehe TZ 7).

6.2 Der RH verwies hinsichtlich der Auslagerung von verwaltungseigenen Kernaufgaben und Prüftätigkeiten an externe Dienstleister auf seine früheren Empfehlungen an das BMASK¹⁴. Demnach wäre der Einsatz externer Dienstleister vorrangig auf temporäre Kapazitätsmängel, Arbeitsspitzen sowie temporär benötigte Qualifikationen zu beschränken.

¹³ Leistungspositionen: 1) Informationsaufbereitung, Analyse, 2) Vorbereitung zur Antragstellung, 3) Begleitung, Durchführung EGF-Projekte, 4) Programm- und Projekt-Set up, Prüfung der Belege, Erstellung und Zertifizierung des Abschlussberichts sowie weitere Leistungen im Rahmen der finanziellen Prüfung, 5) Unterstützung Öffentlichkeitsarbeit

¹⁴ siehe Bericht „Europäischer Sozialfonds – Prüfbehörde“ (Reihe Bund 2015/15)

**Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ**

Der RH kritisierte, dass die Leistungserbringung zur Unterstützung der Verwaltungsbehörde bereits vor der schriftlichen Beauftragung durch das BMASK stattfand. Er bemängelte, dass das BMASK die vereinbarten Tätigkeits- und Leistungsberichte des externen Dienstleisters nicht zu den vorgesehenen Terminen einforderte und auf die schriftliche Dokumentation von Besprechungen verzichtete.

Der RH empfahl dem BMASK, die Vergabeverfahren so abzuwickeln, dass die Beauftragung von Auftragnehmern vor der Leistungserbringung erfolgt. Er empfahl weiters, die vertraglich vereinbarten Berichte von Auftragnehmern zeitgerecht einzufordern und auf eine nachvollziehbare Dokumentation der erbrachten Leistungen zu achten.

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ**Vorbereitung des
Projekts**

7.1 (1) Im Jahr 2009 waren in Österreich ein Rückgang im Güterexport, eine Steigerung der Insolvenzen im Transportgewerbe und eine Zunahme arbeitslos gemeldeter Personen, vor allem in Oberösterreich, zu verzeichnen. Das BMASK entschied im Mai 2010, zur Unterstützung der gekündigten Mitarbeiter der Transportunternehmen in Niederösterreich und Oberösterreich einen EGF-Antragsentwurf für ein Projekt vorzubereiten¹⁵.

Über die Entscheidungsfindung und -gründe (einschließlich der Handlungsalternativen) im Vorfeld der Beantragung von EU-Mitteln (EGF) für das Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ konnte das BMASK dem RH keine Unterlagen vorlegen. Die aktenmäßige Dokumentation des BMASK zum Projekt begann erst mit dem EGF-Antrag an die Europäische Kommission vom 3. Jänner 2011.

(2) Der vom BMASK mit der Erstellung von Antragskonzepten beauftragte externe Dienstleister (siehe TZ 6) verfasste laut eigenen Tätigkeitsberichten im Zeitraum Mai bis Dezember 2010 die Antragsentwürfe für das EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ. Demnach umfassten die Leistungen Recherchen, Auswertungen und Besprechungen u.a. mit Vertretern der AMS-Landesgeschäftsstellen Niederösterreich und Oberösterreich sowie der Verwaltungsbehörde im BMASK.

¹⁵ Laut Tätigkeitsbericht des externen Dienstleisters vom November 2013 über das 2. Quartal 2010 kontaktierte die Arbeiterkammer Oberösterreich das BMASK bezüglich eines EGF-Projekts für Transportarbeiter.

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

(3) Das BMASK als Auftraggeber war für die Steuerung und Koordination des externen Dienstleisters verantwortlich. Die im Zuge der Projektvorbereitung erteilten Arbeitsaufträge sowie Abstimmungsgespräche waren nicht schriftlich dokumentiert.

7.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das BMASK die Aktivitäten im Vorfeld der Antragstellung zum EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ nicht schriftlich dokumentierte. Es fehlten insbesondere die Entscheidungsgründe, einen Antrag für EU-Mittel (EGF) vorzubereiten, sowie die Darstellung und Bewertung von Handlungsalternativen. Aufgrund der fehlenden Dokumentation beurteilte der RH die Entscheidung, finanzielle Mittel aus dem EGF zu beantragen, als wenig transparent.

Der RH beurteilte weiters kritisch, dass das BMASK die Arbeitsaufträge an den externen Dienstleister nicht dokumentierte. Dadurch konnte der RH nicht beurteilen, wie das BMASK als Auftraggeber seine Steuerungs- und Koordinationsfunktion gegenüber dem externen Dienstleister wahrnahm.

Der RH empfahl dem BMASK, bei EGF-Projekten eine nachvollziehbare Dokumentation von Entscheidungen sicherzustellen, um ein transparentes Verwaltungshandeln zu gewährleisten. Dies wäre insbesondere für die Entscheidungsgründe, Handlungsalternativen und Arbeitsaufträge an externe Dienstleister geboten.

EGF-Antragstellung
an die Europäische
Kommission

8.1 (1) Die Verwaltungsbehörde im BMASK hatte gemäß der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems vor der Antragstellung an die Europäische Kommission die EGF-Anträge zu prüfen, zu ergänzen und darauf zu achten, dass sie den Anforderungen der EGF-Verordnung entsprachen.

(2) Der vom externen Dienstleister erstellte Antrag enthielt ein Standardformular der Europäischen Kommission u.a. mit Angaben zu Projektumfang, -dauer und -budget sowie zu den vorgesehenen Projektträgern (siehe TZ 11). Die Beilagen zum Antrag umfassten Listen mit Angaben zu den gekündigten Arbeitskräften sowie deren ehemaligen Arbeitgebern (Unternehmen der Transportbranche). Die folgende Tabelle fasst die Eckdaten des Antrags zusammen:



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

Tabelle 4: EGF–Antrag Transportarbeiter NÖ/OÖ vom 3. Jänner 2011

Ziele	Unterstützung ehemaliger Mitarbeiter des Bereichs Güterbeförderung im Straßenverkehr in Nieder- und Oberösterreich bei der Suche nach beruflichen Perspektiven und nachhaltiger Integration in den Arbeitsmarkt
Zielgruppe	maximal 502 Personen
Projektbeginn	1. Februar 2011 (maximale Laufzeit zwei Jahre)
Projektkosten	rd. 5,61 Mio. EUR (davon rd. 3,64 Mio. EUR EU–Mittel aus dem EGF)
EGF–Projekttyp	stiftungsähnliche Maßnahme ohne finanzielle Beteiligung der betroffenen Unternehmen
Projektträger	NÖ: Verein A, OÖ: Verein B

Quellen: BMASK; Darstellung RH

(3) Das BMASK dokumentierte die in der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems vorgesehene Begutachtung des Antrags einschließlich einer Plausibilisierung des geplanten Projektumfangs (Teilnehmerzahlen, Maßnahmen), der Projekthalte (u.a. Prüfung der arbeitsmarktpolitischen Sinnhaftigkeit der geplanten Schulungsmaßnahmen) sowie der Kosten und Ziele nicht.

8.2 Der RH kritisierte, dass das BMASK die laut EGF–Verordnung vorgesehene Begutachtung des Antrags zum Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ nicht schriftlich nachvollziehbar dokumentierte.

Er empfahl dem BMASK nachdrücklich, die EGF–Anträge auf Plausibilität sowie sachliche und betragliche Angemessenheit zu überprüfen und die Ergebnisse der Begutachtung nachvollziehbar zu dokumentieren.

9.1 (1) Das BMASK bezog sich bei der Berechnung der gekündigten Personen auf den Referenzzeitraum¹⁶ von 1. Februar 2010 bis 31. Oktober 2010. In diesem Zeitraum kündigten in Nieder- und Oberösterreich 706 Unternehmen¹⁷ der Transportbranche insgesamt 2.338 Personen (u.a. Kraftfahrer, Bürofachkräfte), davon 1.274 in Niederösterreich und 1.064 in Oberösterreich.

(2) Ende November 2010 waren in der Transportbranche¹⁸ in Niederösterreich und Oberösterreich von den 2.338 Personen noch 502 Personen arbeitslos gemeldet. Diese Personenzahl übernahm das BMASK

¹⁶ laut Art. 2 der Verordnung (EG) Nr. 1927/2006 i.d.F. der Verordnung (EG) Nr. 546/2009

¹⁷ davon 384 Unternehmen in Niederösterreich und 322 in Oberösterreich

¹⁸ Rubrik „Güterbeförderung auf der Straße“ (NACE Gruppe 4941)

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

als potenzielle Zielgruppe für das Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ in den EGF-Antrag.

Eine darüber hinausgehende Analyse der potenziellen Projektteilnehmer, beispielsweise hinsichtlich ihrer Vorqualifikation (u.a. Kraftfahrer, Bürokraft, Lagerarbeiter) und des möglichen Bedarfs nach Weiterbildung, Höherqualifizierung oder beruflicher Neuorientierung, erfolgte nicht.

Auch berücksichtigte das BMASK andere Faktoren – wie beispielsweise die nach Angaben des BMASK für die Transportbranche typische saisonale Schwankung der Arbeitslosigkeit – nicht. Gemäß einer Auswertung des BMASK vom August 2015 erreichte die Anzahl der Arbeitslosen in der Transportbranche (Österreich gesamt) im Zeitraum 2010 bis 2012 jeweils in den Wintermonaten den Höchststand und ging jeweils ab März deutlich zurück.

- 9.2** Der RH hielt kritisch fest, dass das BMASK im EGF-Antrag die Ende November 2010 arbeitslos gemeldeten Transportarbeiter (502 Personen) als potenzielle Zielgruppe identifizierte, ohne zuvor deren Interesse an einer Projektteilnahme sowie den Bildungs- und Schulungsbedarf zu erheben. Er kritisierte die deutliche Überschätzung der Teilnehmerzahlen, da das BMASK auch weitere Einflussgrößen – wie die für die Transportbranche typische saisonale Schwankung der Arbeitslosigkeit – nicht berücksichtigte (siehe TZ 17 hinsichtlich des Projektergebnisses).

Der RH empfahl dem BMASK, bei der Planung von EGF-Projekten insbesondere den Qualifizierungsbedarf der Personen sowie die Saisonalität von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit der betroffenen Branche zu berücksichtigen.

- 10.1** (1) Das BMASK übermittelte der Europäischen Kommission am 3. Jänner 2011 den vom zuständigen Leiter der Sektion VI unterfertigten Antrag auf eine Förderung aus dem EGF. Darin wies das BMASK darauf hin, dass im Jahr 2011 keine budgetäre Möglichkeit bestünde, die Wiedereingliederung arbeitsloser Transportarbeiter in den Arbeitsmarkt durch Beratungs- und Qualifizierungsmaßnahmen umfassend zu unterstützen. Da die betroffenen Personen aus einer Vielzahl von kleinen Unternehmen stammten, sei das Konzept der Kurzarbeit nicht anwendbar.



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

(2) Auf die 20 größten betroffenen Transportunternehmen entfiel laut EGF-Antrag¹⁹ rund ein Viertel (619 Personen) der insgesamt 2.338 Kündigungen, davon auf ein Unternehmen 225 Kündigungen. Für den RH war aufgrund der vom BMASK vorgelegten Unterlagen nicht nachvollziehbar, ob im Vorfeld der Antragstellung Gespräche mit den betroffenen Unternehmen – insbesondere hinsichtlich einer finanziellen Beteiligung am Projekt – stattgefunden hatten.

(3) Am 11. Jänner 2011 fand eine Besprechung zum Projekt zwischen Vertretern des BMASK, des AMS und des externen Dienstleisters statt. Dabei wurde u.a. gemäß Auskunft des BMASK an die Europäische Kommission festgehalten, das Projekt als stiftungsähnliche Maßnahme mit zwei Projektträgern durchzuführen.

Gemäß Besprechungsprotokoll des BMASK sollten die Maßnahmen mit 1. März 2011 – vor Bewilligung der EU-Mittel (EGF) – beginnen. Das BMASK wollte demnach die arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen vorfinanzieren und im Fall einer Antragsablehnung durch die Europäische Kommission die Kosten tragen.

(4) Die Europäische Kommission fasste am 22. Dezember 2011 – nach Mitbefassung des Rates der Europäischen Union und des EU-Parlaments – den Beschluss zur EGF-Finanzierung des Projekts und stellte die gesamten bewilligten EU-Mittel (EGF) von rd. 3,64 Mio. EUR im März 2012 als Vorfinanzierung zur Verfügung.

10.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass nicht erkennbar war, ob das BMASK Anstrengungen unternommen hatte, um zumindest jene Unternehmen, die die meisten Arbeitskräfte freigesetzt hatten, finanziell an dem Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ zu beteiligen. Der RH kritisierte, dass infolge des BMASK damit auch das gesamte finanzielle Risiko im Falle einer Ablehnung des EGF-Antrags durch die Europäische Kommission zu tragen gehabt hätte.

Der RH verwies hinsichtlich der Bedeutung der finanziellen Beteiligung privater Akteure an EGF-Projekten auf seine Empfehlung in TZ 5.

(2) Der RH wies kritisch auf die widersprüchliche Argumentation des BMASK hinsichtlich der verfügbaren Budgetmittel zur Finanzierung des Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ hin. Während das BMASK gegenüber der Europäischen Kommission im EGF-Antrag mit nicht vorhandenen Budgetmitteln argumentierte, sicherte es intern den mit der Projektabwicklung betrauten Akteuren die Projektfinanzierung auch ohne EU-

¹⁹ Referenzzeitraum des EGF-Antrags: 1. Februar 2010 bis 31. Oktober 2010

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

Mittel (EGF) zu. Aus Sicht des RH war daher der tatsächliche Bedarf an EU-Mitteln (EGF) für das Projekt nicht beurteilbar.

Der RH empfahl dem BMASK, den tatsächlichen Finanzierungsbedarf vor der Anforderung von EU-Fördermitteln aus dem EGF plausibel darzustellen.

Förderung der Projektträger

11.1 (1) Das BMASK verantwortete gemäß EU-Vorgaben die Verwaltung und Finanzkontrolle der EGF-Projekte. In Übereinstimmung mit dem Grundsatz der wirtschaftlichen Haushaltsführung waren die EU-Mittel (EGF) demnach „sparsam, wirtschaftlich und wirksam“²⁰ einzusetzen. Dies bedingte die Überprüfung der sachlichen und betraglichen Angemessenheit der geplanten sowie der tatsächlich getätigten Projektausgaben.

(2) Aufgrund der Ausgestaltung des Projekts als stiftungsähnliche Maßnahme war zumindest ein geeigneter Projektträger nötig, um die Teilnehmer zu betreuen und bei der Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt zu unterstützen. Das BMASK führte kein Auswahlverfahren – beispielsweise mit einem Aufruf zur Einreichung von Förderanträgen – durch. Laut Auskunft des BMASK nominierten die Landesgeschäftsstellen des AMS der Länder Niederösterreich und Oberösterreich im Vorfeld der EGF-Antragstellung jeweils einen Projektträger:

- Verein A für das Bundesland Niederösterreich,
- Verein B für das Bundesland Oberösterreich.

Mitgliederauskünfte zu den Mitgliedern konnte das BMASK trotz wiederholter Nachfrage nicht übermitteln.

(3) Die beiden Vereine stellten – jeweils mit 12. Dezember 2010 bzw. 14. April 2011 datierte – Förderanträge für zwei Projektphasen (Februar bis Mai 2011 bzw. Mai 2011 bis Dezember 2012, siehe TZ 12). Die insgesamt vier Förderanträge enthielten auf rd. 25 Seiten weitgehend wortidentische Darstellungen der Ziele, Maßnahmen (u.a. Berufsorientierung, Arbeitssuche, Qualifizierungsmaßnahmen) und Durchführungsstrukturen, ohne insbesondere im Hinblick auf die verschiedenen Projektphasen zu differenzieren.

²⁰ siehe Verordnung (EG, Euratom) Nr. 1605/2002 des Rates vom 25. Juni 2002 über die Haushaltsordnung für den Gesamthaushaltsplan der Europäischen Gemeinschaften, Art. 27, sowie – grundsätzlich unverändert – Verordnung (EU, Euratom) Nr. 966/2012 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 25. Oktober 2012, Art. 30



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/OÖ



Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

In den verwendeten Antragsformularen des BMASK fehlten wesentliche Fragen, beispielsweise nach allfälligen Förderzusagen sonstiger Fördergeber sowie nach Nachweisen der zur Durchführung erforderlichen fachlichen und wirtschaftlichen Fähigkeiten der Förderwerber. Das BMASK forderte auch keine Unterlagen zu den Förderwerbern ein, um den Vereinstyp (privat bzw. öffentlich) beurteilen zu können.

(4) Die in den Förderanträgen enthaltenen Projektbudgets wiesen einen geringen Detaillierungsgrad auf. Sie gliederten sich in sechs Kostenpositionen²¹, die weitgehend den geplanten Maßnahmen entsprachen.

Eine Aufgliederung nach den Personal- und Sachkosten fehlte, obwohl beide Projektträger beabsichtigten, die Projektmaßnahmen mit eigenem Personal sowie durch externe Bildungsträger anzubieten. Ebenso fehlten nähere Angaben zu den Kalkulationsgrundlagen, wie beispielsweise die Anzahl der geplanten Projektteilnehmer pro Land und Träger, die Qualifikation des eingesetzten Personals, die Gehälter und die geplante Stundenanzahl im Projekt.

(5) Zu keinem der vier Förderanträge existierte eine aktenmäßige Dokumentation der Plausibilisierung durch das BMASK, etwa zur betraglichen Angemessenheit der geplanten Ausgaben im Hinblick auf die angestrebten Ziele.

(6) Die mangelhaften Förderanträge bildeten in weiterer Folge einen integralen Bestandteil der Förderverträge, die das BMASK mit beiden Vereinen schloss (siehe TZ 12).

(7) Um die Arbeitsschritte der Förderabwicklung zu standardisieren, setzte das BMASK Ende September 2015 ein Förderhandbuch (u.a. mit Musterformularen, Checklisten und Musterförderverträgen) für die künftige Abwicklung von Förderungen im Rahmen der Gebarung Arbeitsmarktpolitik in Kraft.

11.2 (1) Der RH beurteilte kritisch, dass der Prozess zur Auswahl der beiden Träger des EGF-Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ intransparent war. Da das BMASK die Förderung nicht bekannt machte, war die Gleichbehandlung von potenziellen Förderwerbern nicht gewährleistet.

Er empfahl dem BMASK, für die Auswahl von Projektträgern ein transparentes Auswahlverfahren sicherzustellen.

²¹ Informations- und Aufnahmeverfahren, Berufsorientierung, aktive Arbeitssuche, Betreuung während Qualifizierung, individuelle Qualifizierungsmaßnahmen, Verwaltung/Management (Technische Unterstützung)

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

(2) Der RH hielt kritisch fest, dass die vier Förderanträge der beiden Förderwerber (Projektträger) auf jeweils rd. 25 Seiten weitgehend identische Darstellungen der Teilprojekte umfassten, obwohl im Hinblick auf die Projektabschnitte eine stärkere Differenzierung geboten gewesen wäre. In den Antragsformularen fehlten wesentliche Fragen:

- nach allfälligen Förderzusagen sonstiger Fördergeber,
- zu Nachweisen der zur Durchführung erforderlichen fachlichen und wirtschaftlichen Fähigkeiten der Förderwerber und
- ob es sich um einen privaten oder öffentlichen Förderwerber handelte.

Zudem wiesen die in den Förderanträgen enthaltenen Projektbudgets keine ausreichend nachvollziehbare Detaillierung zur Prüfung der Angemessenheit der geplanten Ausgaben auf.

Der RH empfahl dem BMASK, in den Antragsformularen für EGF-Förderungen von den Förderwerbern wesentliche Mindestangaben zur Beurteilung der Förderwürdigkeit, zur Art des Förderwerbers (öffentlich/privat) und zur Vermeidung von Doppelförderungen einzufordern und den Detaillierungsgrad der Projektbudgets zu erhöhen.

(3) Der RH kritisierte, dass das BMASK die Förderanträge zum EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ keiner sachlichen und betraglichen Begutachtung unterzog und nachvollziehbar dokumentierte. Aus Sicht des RH bestand damit das Risiko, dass aufgrund von mangelhaften Projektannahmen und überhöhten Projektbudgets Fördermittel unzulässig und unwirtschaftlich eingesetzt werden.

Der RH empfahl dem BMASK, die EGF-Förderanträge dem Grunde und der Höhe nach angemessen zu begutachten und zu plausibilisieren und die Ergebnisse der Begutachtung im Förderakt nachvollziehbar zu dokumentieren.

- 12.1** (1) Das BMASK informierte die beiden Vereine A (Niederösterreich) und B (Oberösterreich) bereits rund fünf Monate vor Abschluss der Förderverträge mit Schreiben vom 31. Jänner 2011 darüber, dass sie das EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ ab Mitte Februar des Jahres 2011 umsetzen sollten.



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

(2) Das BMASK schloss die Förderverträge im Juni 2011 auf der Grundlage der vorgelegten – mangelhaften – Förderanträge (siehe TZ 11) ab. Der Abschluss der Förderverträge erfolgte somit rückwirkend bzw. nach dem Beginn des jeweiligen Förderzeitraums. Die folgende Tabelle stellt den zeitlichen Ablauf der Vertragsabschlüsse dar:

Tabelle 5: Zeitlicher Ablauf der EGF-Fördervertragsabschlüsse			
Projektphase	Fördernehmer	Förderzeitraum	Vertragsunterzeichnung BMASK
Phase I – zwei Förderverträge	NÖ: Verein A OÖ: Verein B	14. Februar 2011 bis 14. Mai 2011	20. Juni 2011, rund ein Monat nach Ende Projektphase I
Phase II – zwei Förderverträge	NÖ: Verein A OÖ: Verein B	15. Mai 2011 bis 31. Dezember 2012	27. Juni 2011, rund ein Monat nach Beginn der Projektphase II

Quellen: BMASK; Darstellung RH

(3) Das BMASK bewilligte den beiden Vereinen Förderungen in Höhe von insgesamt 997.000 EUR aus EGF-Mitteln. Die Förderungen umfassten die Finanzierung der von den Projektträgern selbst angebotenen Leistungen (u.a. Berufsorientierung), der zugekauften Schulungsmaßnahmen sowie von Verwaltungstätigkeiten:

Tabelle 6: Art und Höhe der bewilligten Förderungen je Projektträger				
	Verein A, NÖ	Verein B, OÖ	Summe	
	in EUR			Anteil in %
Projektmaßnahmen	585.000	412.000	997.000	100,0
<i>davon Verwaltungstätigkeiten</i>	<i>81.000</i>	<i>54.000</i>	<i>135.000</i>	<i>13,5</i>

Quellen: BMASK; Darstellung RH

Das BMASK bewilligte für Verwaltungstätigkeiten Fördermittel in Höhe von 135.000 EUR (dies entsprach rd. 13,5 % der insgesamt genehmigten Fördermittel für die beiden Projektträger).

Die Förderung von zwei Projektträgern verursachte Doppelgleisigkeiten, beispielsweise konnten beide Projektträger gemäß Fördervertrag Ausgaben für Verwaltungstätigkeiten geltend machen. Diese Tätigkeiten umfassten je Projektträger identische Aufgaben (z.B. ein Berichtswesen, die Verwaltung der Projektteilnehmer (Ein- und Ausritte) sowie die Organisation von Kursen vor Ort).

12.2 (1) Der RH kritisierte, dass das BMASK alle vier Förderverträge jeweils erst nach Projektbeginn sowie bei zwei Verträgen erst nach Ende des Förderzeitraums abschloss.

Er empfahl dem BMASK, die Förderverträge vor Beginn des Förderzeitraums abzuschließen.

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

(2) Der RH hob kritisch hervor, dass von den bewilligten Fördermitteln für die beiden Projektträger rd. 13,5 % (135.000 EUR) für Verwaltungstätigkeiten vorgesehen waren. Er kritisierte, dass der Einsatz von zwei Projektträgern teilweise zur Verdoppelung von administrativen Tätigkeiten führte (u.a. Berichtswesen, Verwaltung der Projektteilnehmer) und damit den Mehrwert des EGF-Mitteleinsatzes schmälerte.

Der RH empfahl dem BMASK, auf eine effiziente Projektorganisation zu achten und den Verwaltungsaufwand gering zu halten.

- 13.1** (1) Das BMASK schloss mit beiden Projektträgern zunächst Förderverträge über einen dreimonatigen Zeitraum ab (Phase I, Mitte Februar bis Mitte Mai 2011), weil – laut BMASK – zu Projektbeginn das Teilnehmerinteresse nicht absehbar war. Der Abschluss der Förderverträge für die restliche Projektlaufzeit (Phase II, Mitte Mai 2011 bis Ende Dezember 2012) sollte gemäß einem Aktenvermerk des BMASK vom April 2011 auf Grundlage der tatsächlichen Teilnehmerzahlen erfolgen.

Diese Beurteilung des Teilnehmerinteresses durch das BMASK lag nicht schriftlich dokumentiert vor.

(2) Laut Auskunft des BMASK vom August 2015 basierten die Förderverträge der Phase II auf den insgesamt 134 Personen, die bis Mitte Mai 2011 am Projekt teilgenommen hatten. Die Förderverträge zur Phase II enthielten keine Angaben zur Teilnehmerzahl.

Die 134 Projektteilnehmer umfassten auch Personen, die bereits nach einer Woche aus dem Projekt ausgetreten waren (u.a. auf eigenen Wunsch oder bei Wiederbeschäftigung). Eine Auswertung des RH ergab, dass bis Ende April 2011 (zwei Wochen vor Beginn der Phase II) 129 Personen in das Projekt eingetreten waren, davon waren 88 Personen (rd. 68 %) im Projekt als aktive Teilnehmer gemeldet. Die anderen Personen waren zwischenzeitlich u.a. bereits wieder beschäftigt – teilweise ohne die im Projekt angebotenen individuellen Schulungsmaßnahmen überhaupt genutzt zu haben (siehe zu den Verweildauern TZ 16).

(3) Obwohl ein im Vergleich zu den Annahmen des EGF-Antrags deutlich geringeres Interesse am Projekt erkennbar war, schloss das BMASK die Förderverträge der Phase II (19 Monate), ohne das Maßnahmenkonzept anzupassen und Bestimmungen über die Kontrolle des weiteren Projektverlaufs – insbesondere Meilensteine und Fortschrittsberichte – zu vereinbaren.



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

- 13.2** (1) Der RH bewertete es als zweckmäßig, die Förderverträge für das EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ in Phasen zu unterteilen, um vor der Bewilligung zusätzlicher Fördermittel die Nachfrage nach den Leistungen des Projekts zu beurteilen.

Er stellte jedoch kritisch die fehlende Dokumentation der Beurteilung des Teilnehmerinteresses fest. Aus Sicht des RH waren die erwarteten Teilnehmerzahlen der Phase II nicht realistisch, da sie den vorzeitigen Projektausstieg – u.a. aufgrund von Wiederbeschäftigung – nicht berücksichtigten. Es bestand somit das Risiko, dass aufgrund der überhöhten Planung der Teilnehmerzahlen unverhältnismäßig hohe Projektbudgets bewilligt und infolge ausbezahlt wurden.

Der RH empfahl dem BMASK, beim Abschluss von Förderverträgen sämtliche vorhandene Informationen nachvollziehbar zu berücksichtigen und zu plausibilisieren. Hinsichtlich der Plausibilisierung von Projektannahmen – einschließlich deren Dokumentation – verwies der RH auf seine Empfehlung in TZ 11, wonach die Förderanträge dem Grunde und der Höhe nach angemessen begutachtet werden sollten.

- (2) Der RH kritisierte, dass das BMASK Förderverträge der Phase II mit der beträchtlichen Laufzeit von 19 Monaten abschloss, ohne davor das im Vergleich zum EGF-Antrag geringere Teilnehmerinteresse zu analysieren und die Projektmaßnahmen anzupassen. Er bemängelte weiters, dass das BMASK in den Förderverträgen keine Termine zur Vorlage von Fortschrittsberichten – Meilensteine – aufnahm. Dadurch verfügte das BMASK während der Projektlaufzeit nicht über Informationen zur Beurteilung und Steuerung des Projekts.

Er empfahl dem BMASK, in Förderverträgen Bestimmungen über die Vorlage von Projektfortschrittsberichten (Meilensteine) aufzunehmen, um den Projektverlauf und -erfolg beurteilen und steuern zu können.

Projektziele

- 14.1** (1) Das EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ zielte gemäß EGF-Antrag darauf ab, einen Beitrag zur beruflichen Neuorientierung und Höherqualifizierung der Arbeitslosen zu leisten sowie den Strukturwandel in der Branche durch zielgerichtete Qualifikationen zu unterstützen. Diese inhaltlichen Ziele sollten durch fünf im Projekt angebotene Maßnahmen (Berufsorientierung, aktive Arbeitssuche, individuelle Qualifizierungsmaßnahmen, betriebliche Praktika und Unternehmensgründung) erreicht werden. Die folgende Tabelle stellt die geplanten Maßnahmen und (maximal erwarteten) Teilnehmerzahlen dar:

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

Tabelle 7: Geplante Maßnahmen im Projekt

	geplante Teilnehmer	Anteil
	Anzahl	in %
Information und Aufnahmeverfahren	502	–
Aufnahme in Betreuungsmaßnahmen	450	–
davon		
<i>Berufsorientierung</i>	450	100,0
<i>aktive Arbeitssuche</i>	300	66,7
<i>individuelle Qualifizierungsmaßnahmen</i>	300	66,7
<i>betriebliche Praktika</i>	50	11,1
<i>Unternehmensgründung</i>	10	2,2

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMASK; Darstellung und Berechnung RH

(2) Der EGF-Antrag sowie die vier EGF-Förderverträge mit den Projektträgern enthielten zu den geplanten Teilnehmerzahlen keine verbindlichen Zielwerte, beispielsweise eine Mindestanzahl an Teilnehmern getrennt nach Frauen und Männern. Ebenso fehlten aussagekräftige Zielindikatoren zur Messung der angestrebten Projektwirkung, etwa der Anteil der wiederbeschäftigten Projektteilnehmer.

- 14.2** Der RH kritisierte, dass das BMASK für das EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ vor Projektbeginn weder messbare Zielwerte für die Anzahl der Teilnehmer noch Wirkungsziele – beispielsweise den Anteil der wiederbeschäftigten Projektteilnehmer – festgelegt hatte. Dadurch waren die Steuerung des Projektverlaufs sowie die Beurteilung des Projekterfolgs – auch hinsichtlich der geschlechterspezifischen Wirkung – nicht möglich.

Der RH empfahl dem BMASK, bei EGF-Projekten konkret messbare Indikatoren für Teilnehmerzahlen und Wirkungsziele – getrennt nach Frauen und Männern – festzulegen und mittels Soll-Ist-Vergleichen nachzuverfolgen. Die Ergebnisse sollte das BMASK bei der Beurteilung des Projekterfolgs berücksichtigen und daraus Schlüsse für künftige Projekte ziehen.

Projektumsetzung

- 15.1** (1) Die Förderverträge enthielten Berichtspflichten. Demnach hatten die Fördernehmer jeweils Sachberichte – einschließlich Angaben zur durchgeführten Leistung sowie der erzielten Erfolge – und die Projektabrechnungen nach Ende der beiden Projektphasen vorzulegen.



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/00

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/00

(2) Das BMASK forderte von den Projektträgern die Sachberichte nicht ein. Das BMASK akzeptierte stattdessen Teilnehmerstatistiken zum Projekt, die den Berichten zu den Abrechnungsprüfungen (August 2012 bzw. Mai 2013) beigelegt waren. Diese enthielten Angaben zu den Projektteilnehmern – u.a. Namen sowie die Daten des Projekteintritts und des Projektaustritts. Weiterführende Informationen über den Projektverlauf sowie über die Projektergebnisse (beispielsweise Anzahl der absolvierten Schulungen, erworbene Qualifizierung, Abbruchquoten mit Begründung) waren nicht vorhanden.

- 15.2** Der RH bemängelte, dass das BMASK die in den Förderverträgen vereinbarten Sachberichte nicht einforderte. Die von den Projektträgern vorgelegten Teilnehmerstatistiken waren aus Sicht des RH wenig geeignet, um den Projektverlauf und den erzielten Projekterfolg zu beurteilen.

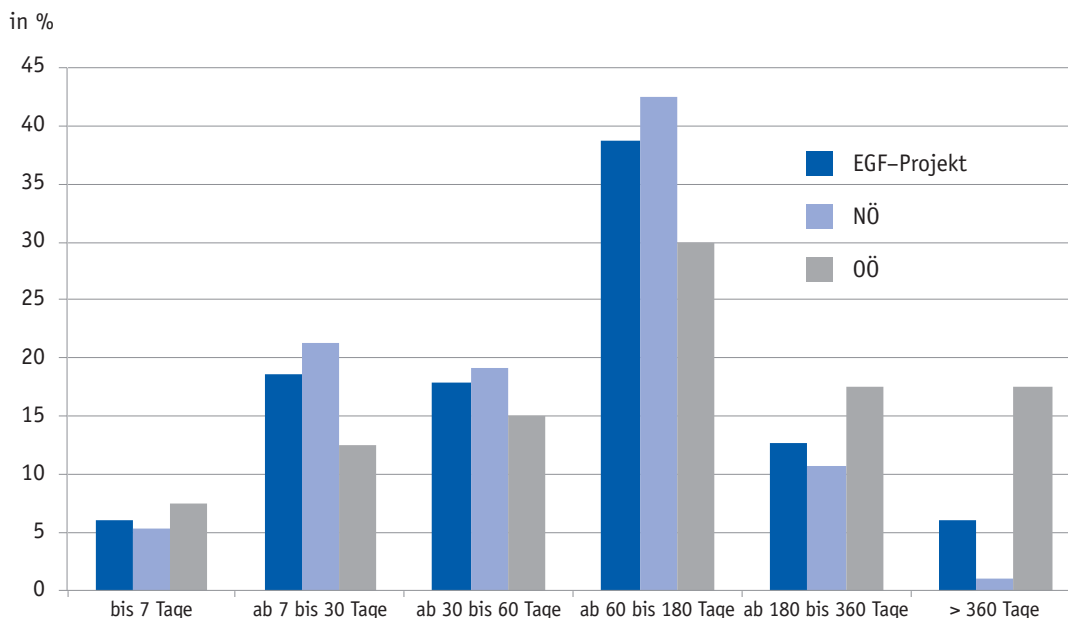
Der RH empfahl dem BMASK, in den Förderverträgen Mindestinhalte für Sachberichte festzulegen, die eine Beurteilung der Projektdurchführung erlaubten. Weiters empfahl er dem BMASK, die Berichte zu den vorgesehenen Terminen von den Fördernehmern einzufordern.

- 16.1** (1) Das Projektkonzept sah für jeden Projektteilnehmer zunächst eine Berufsorientierung vor, die grundsätzlich mit einer Dauer von maximal sechs Wochen begrenzt war. Diese umfasste u.a. die Analyse der persönlichen Situation, der Fähigkeiten und Interessen sowie das Kennenlernen verschiedener Berufsbilder.

Im Anschluss vereinbarten die Projektträger mit den Teilnehmern individuelle Bildungspläne zu den geplanten Schulungsmaßnahmen. Nachfolgende Abbildung zeigt die Verweildauern der Teilnehmer des EGF-Projekts, die im Durchschnitt bei rd. 110 Tagen lag:

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

Abbildung 3: Verweildauern der Projektteilnehmer



Quellen: BMASK; Darstellung RH

(2) Von den insgesamt 134 Teilnehmern blieb die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer (rd. 81 %) nicht länger als ein halbes Jahr im Projekt. Insgesamt 33 Personen (rd. 25 %) waren bis zu 30 Tage im Projekt gemeldet; einzelne Teilnehmer blieben wenige Tage. Unabhängig von der jeweiligen Verweildauer im Projekt zählten die Personen für die Gesamtdauer des Projekts als Projektteilnehmer.

(3) Die individuellen Schulungsmaßnahmen reichten von Weiterbildung und Qualifizierung in der Transportbranche (u.a. C95-Schein als Nachweis der Fahrerqualifizierung, Gefahrgutschein) bis hin zur Ausbildung für kaufmännische bzw. EDV-Berufe, Logistik- und Produktionsberufe. Daran nahmen von den 134 EGF-Projektteilnehmern insgesamt 99 Personen teil.

16.2 Der RH wies darauf hin, dass das BMASK auch Personen, die wenige Tage am Projekt teilnahmen, in der Teilnehmerstatistik als Projektteilnehmer erfasste. Insgesamt 33 Personen (rd. 25 %) waren bis zu 30 Tage im Projekt gemeldet. Die überwiegende Mehrheit (110 Personen) der so ermittelten insgesamt 134 Projektteilnehmer trat nach einem halben Jahr aus dem Projekt aus.

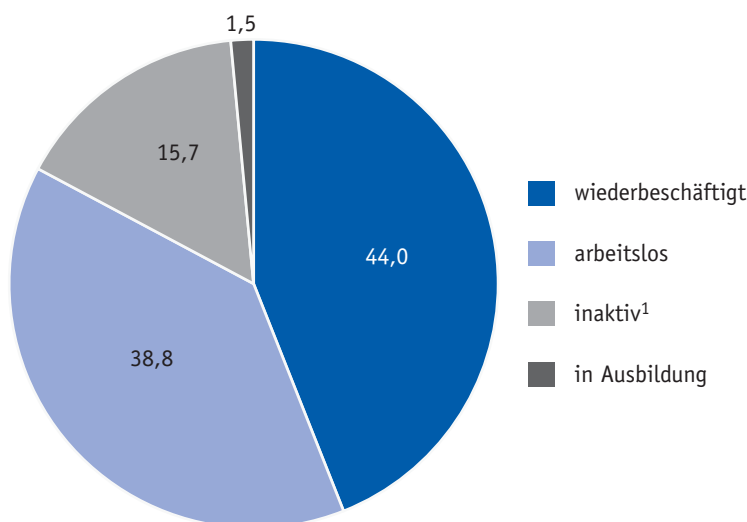
Projektergebnis

17.1 (1) Das BMASK berichtete der Europäischen Kommission am 14. Mai 2013 über die Umsetzung des EGF-Projekts. Insgesamt nahmen demnach anstatt der geplanten 502 Personen 134 Personen an den Projektmaßnahmen teil (inklusive der Kurzzeiteilnehmer, siehe TZ 16). Das BMASK begründete dies im Schreiben an die Europäische Kommission mit

- der – aus seiner Sicht – langen Dauer bis zur Bewilligung des EGF-Antrags,
- der großen Anzahl betroffener Kleinunternehmen, die das Erreichen der potenziellen Teilnehmer schwierig gemacht habe.

(2) Als Projektergebnis enthielt der Endbericht eine Übersicht über den Verbleib der Projektteilnehmer. Folgende Abbildung stellt den Verbleib der Projektteilnehmer dar:

Abbildung 4: Verbleib der Projektteilnehmer (in %)



¹ inaktiv: z.B. Erwerbspension, Versicherungslücken

Quellen: BMASK; Darstellung RH, Stand Ende Februar 2013

Nach Ende der Betreuung durch die Projektträger waren (Stand Ende Februar 2013)

- 59 Personen (rd. 44 %) wieder beschäftigt,
- 52 Personen (rd. 38,8 %) weiterhin arbeitslos und

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

- 21 Personen (rd. 15,7 %) inaktiv gemeldet (u.a. Personen mit Versicherungslücken, Pensionisten, Personen, die beim Partner mitversichert waren).

Insgesamt war somit mehr als die Hälfte der Projektteilnehmer (rd. 56 %) – einschließlich der zwei Personen, die sich in Ausbildung befanden – nach Ende der Betreuung nicht beschäftigt.

(3) Das BMASK wertete den Anteil der wiederbeschäftigten Personen (rd. 44 %) zum Stand Ende Februar 2013 positiv, wiewohl es vor Projektbeginn keine Zielwerte festgelegt hatte (siehe TZ 14). Eine Analyse zu den Projektergebnissen (einschließlich Durchführungsqualität) lag nicht vor.

Gemäß einer Auswertung des BMASK zu den sechs österreichischen EGF-Projekten des Zeitraums 2007 bis 2013 lag das Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ hinsichtlich der Wiederbeschäftigung im Mittelfeld. Das Projekt hatte jedoch den höchsten Anteil an arbeitslosen Personen (rd. 38,8 %) und an inaktiven Personen (rd. 15,7 %). Der Anteil der Personen in Ausbildung war hingegen mit rd. 1,5 % mit Abstand am geringsten.

(4) Wie das BMASK der Europäischen Kommission berichtete, blieben die meisten Personen, die am EGF-Projekt teilnahmen, in der Transportbranche. Die Projektunterlagen des BMASK über die Teilnehmer enthielten keine Angaben zur Branche bzw. zu den Dienstgebern der wiederbeschäftigten Personen.

17.2 (1) Der RH hob kritisch hervor, dass statt der geplanten 502 Personen inklusive der Kurzzeittelnehmer nur 134 Personen am Projekt teilnahmen. Er hielt die Begründung des BMASK, wonach die Unterschreitung auf das lange Bewilligungsverfahren der EU-Mittel (EGF) bzw. auf die schwere Erreichbarkeit der betroffenen Arbeitslosen zurückzuführen war, als ungenügend. Wie der RH feststellte, gab es insbesondere Mängel bei

- der Begutachtung der Projektannahmen, weil das BMASK das Teilnehmerinteresse und den Weiterbildungsbedarf der Teilnehmer vor Projektbeginn überschätzte (siehe TZ 9),
- der Festlegung von Projektzielen, weil das BMASK keine messbaren und nachvollziehbaren Teilnehmerziele für das Projekt vereinbarte (siehe TZ 14),



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/OÖ

- dem Projektcontrolling, weil das BMASK es verabsäumte, mit den Projektträgern Meilensteine und Fortschrittsberichte zu vereinbaren (siehe TZ 13).

(2) Der RH hielt fest, dass der Anteil der nach Projektende arbeitslosen Personen im EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ bei rd. 38,8 % lag. Er bemängelte, dass eine Beurteilung dieses Ergebnisses aufgrund fehlender Zielwerte zur Projektwirkung nicht möglich war und eine Analyse der Projektergebnisse nicht vorlag. Aus Sicht des RH wäre eine Analyse der Projektergebnisse – auch um nach Projektende zu beurteilen, ob ein EGF-Projekt zur Unterstützung von arbeitslosen Transportarbeitern ein geeignetes Instrument war – angebracht gewesen, weil

- die Anzahl der Projektteilnehmer im Vergleich zu den ursprünglichen Planannahmen deutlich geringer war,
- der Anteil der Kurzteilnehmer bei rd. 25 % lag (bis zu 30 Tage im Projekt),
- nach Projektende 56 % der Teilnehmer weiterhin ohne Beschäftigung waren.

Der RH empfahl dem BMASK, die Ergebnisse von EGF-Projekten gesamthaft zu analysieren und die Schlussfolgerungen künftig bei der Auswahl der arbeitsmarktpolitischen Instrumente zu nützen.

(3) Der RH kritisierte, dass das BMASK über keine Informationen zur Wiederbeschäftigung der Projektteilnehmer samt Branche und Dienstgeber verfügte. Es gab beispielsweise keine Information darüber, ob einzelne Personen vorübergehend am EGF-Projekt teilnahmen und danach zu ihrem ursprünglichen Dienstgeber zurückkehrten (siehe TZ 9).

Der RH empfahl dem BMASK, bei EGF-Projekten in den Auswertungen zum Projektergebnis Angaben über die Wiederbeschäftigung der Personen hinsichtlich Branche und Dienstgeber aufzunehmen.

- 18.1** (1) Die ausbezahlten Projektausgaben erreichten laut Endbericht vom Mai 2013 insbesondere aufgrund der deutlich geringeren Teilnehmeranzahl rd. 15,7 % der bewilligten Ausgaben (rd. 880.000 EUR).

In der Folge forderte die Europäische Kommission im Jahr 2013 die nicht ausgenutzten EU-Mittel (EGF) von rd. 3,07 Mio. EUR vom BMASK zurück. Die folgende Tabelle stellt die bewilligten den ausbezahlten und endabgerechneten Projektausgaben gegenüber.

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

Tabelle 8: Ausgaben des EGF-Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ

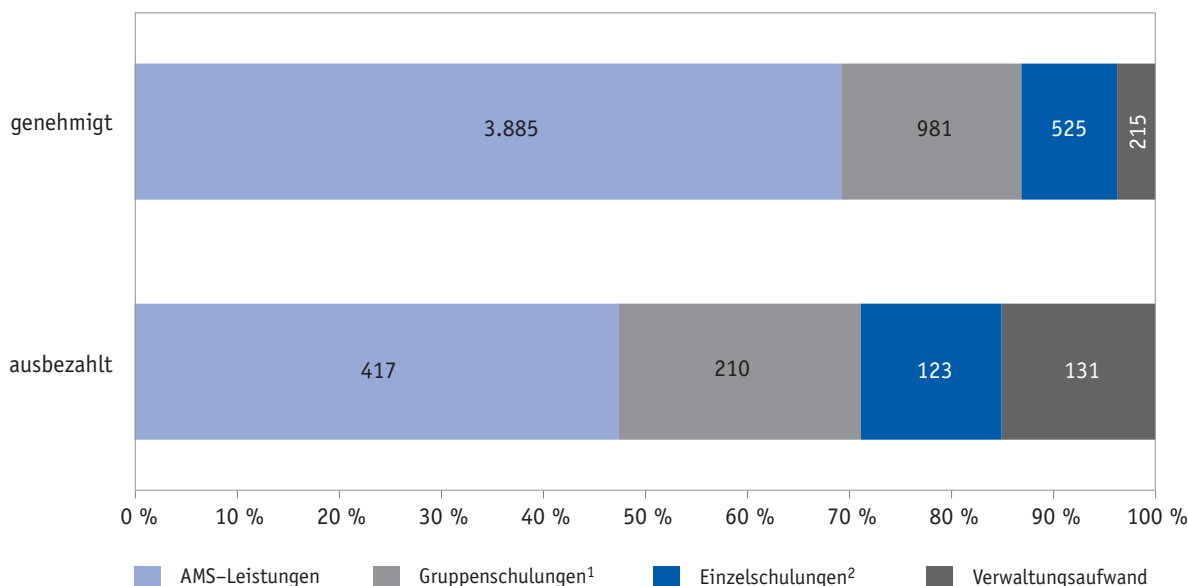
	Ausgaben		Abweichung der bewilligten von den ausbezahlten Ausgaben
	bewilligt	ausbezahlt	
	in EUR		
gesamt	5.605.800	879.754	84,3
davon EU-Mittel (EGF), 65 %	3.643.770	571.840	
Teilnehmer (Anzahl)	502	134	73,3
Gesamtausgaben pro Teilnehmer (Durchschnitt)	11.167	6.565	41,2

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMASK; Darstellung und Berechnung RH

(2) Von den ausbezahlten Projektausgaben (rd. 880.000 EUR) entfielen rd. 47 % (rd. 417.000 EUR) auf die Zuschussleistungen²² des AMS für die Projektteilnehmer sowie über ein Drittel (rd. 332.000 EUR) auf EGF-projektspezifische Gruppen- bzw. Einzelschulungen. Folgende Abbildung stellt die Anteile der genehmigten und ausbezahlten Projektausgaben dar:

Abbildung 5: Projektausgaben (in 1.000 EUR, Anteile in %)



Rundungsdifferenzen möglich

¹ Information und Aufnahmeverfahren, Berufsorientierung sowie aktive Arbeitssuche

² individuelle Qualifizierungsmaßnahmen

Quellen: BMASK; Darstellung und Berechnung RH

²² Bei den AMS-Zuschussleistungen handelte es sich insbesondere um die Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhalts.



Abwicklung des Projekts für
Transportarbeiter NÖ/00

BMASK

Europäischer Globalisierungsfonds – Projekt für
Transportarbeiter NÖ/00

Der Anteil der Ausgaben für die Verwaltungstätigkeiten der beiden Projektträger sowie des externen Dienstleisters des BMASK war mit rd. 14,9 % (rd. 131.000 EUR) mehr als drei Mal so hoch als geplant (rd. 3,8 %).

(3) Neben den im Projekt zur Gänze aus EU-Mitteln (EGF) finanzierten Verwaltungskosten flossen zusätzlich nationale Budgetmittel in die Projektverwaltung und –durchführung. Dies betraf insbesondere Kosten der Projektvor- und –nachbereitung außerhalb des förderfähigen Projektzeitraums sowie internes Personal der in die EGF-Förderabwicklung involvierten Akteure. Nachstehende Tabelle stellt die Auszahlungspositionen dar:

Tabelle 9: Auszahlungen für Projektverwaltung und –durchführung	
1. Finanzierung innerhalb des EGF-Projekts (EGF-Mittel)	ausbezahlte Mittel
	in EUR
Verwaltungsaufwand beider Projektträger (siehe TZ 12)	99.153
externer Dienstleister des BMASK	
– Technische Hilfe im förderfähigen Zeitraum (Abrechnungskontrollen)	31.618
2. Finanzierung außerhalb des EGF-Projekts (nationale Budgetmittel des Bundes) u.a. für	
externen Dienstleister des BMASK	
– Technische Hilfe außerhalb des förderfähigen Projektzeitraums (u.a. Vorbereitung EGF-Antrag, Auswertungen)	32.812
internes Personal der EGF-Behörden im BMASK (Verwaltungsbehörde, Zahlstelle, Finanzkontrolle)¹	48.941
Summe	212.524

Rundungsdifferenzen möglich

¹ RH-Kalkulation auf Basis von Angaben des BMASK zum Personaleinsatz (Zeitraum 2010 bis 2014) und gemäß Kundmachungen des BMF betreffend die Werte für den durchschnittlichen Personalaufwand der Jahre 2010 und 2014 (Akademiker, Höherer Dienst 3)

Quellen: BMASK; BGBl. II Nr. 97/2011; BGBl. II Nr. 69/2015; Darstellung und Berechnung RH

Die für die Projektverwaltung und –durchführung insgesamt ausbezahlten EGF- und nationalen Mittel beliefen sich auf mindestens 212.524 EUR²³, während für den eigentlichen Zweck des Projekts – die Schulungsmaßnahmen (Gruppen- und Einzelschulungen) – rd. 332.000 EUR zuzüglich der AMS-Leistungen (rd. 417.000 EUR) ausbezahlt wurden. Bezogen auf die 134 Projektteilnehmer ergab dies durchschnittliche Verwaltungskosten von rd. 1.586 EUR pro Teilnehmer.

²³ Der Personalaufwand des BMF sowie des AMS für die Abwicklung der EU-Fördermittel (EGF) war darin nicht enthalten.

Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter NÖ/OÖ

18.2 (1) Der RH hielt kritisch fest, dass die endabgerechneten Projektausgaben rd. 15,7 % der genehmigten EU-Mitteln (EGF) beanspruchten und das BMASK die nicht ausgenützten EU-Mittel (EGF) in Höhe von rd. 3,07 Mio. EUR der Europäischen Kommission im Jahr 2013 rückerstatten musste. Hinsichtlich der Abweichung zwischen den genehmigten und ausbezahlten EU-Mitteln (EGF) verwies der RH auf seine Empfehlungen in TZ 3.

(2) Der RH hob kritisch die aufwändige Verwaltung und Durchführung des EGF-Projekts Transportarbeiter NÖ/OÖ hervor, bei der – neben dem BMASK und dessen externem Dienstleister – das AMS sowie zwei Projektträger unmittelbar mitwirkten (siehe TZ 4). Während die im EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ dargestellten Kosten rd. 131.000 EUR betrugen, lagen die Gesamtkosten der Projektverwaltung und Projektdurchführung – bei Hinzurechnung von Vor- und Nacharbeiten außerhalb des Projekts – um nahezu zwei Drittel höher bei insgesamt rd. 213.000 EUR. Aus Sicht des RH bestand damit ein deutliches Missverhältnis zwischen den Kosten für die Projektdurchführung und den Projektergebnissen.

Der RH empfahl dem BMASK, künftig ein solches Missverhältnis zu vermeiden; dazu sollte vor der Entscheidung, EGF-Mittel zu beantragen, der Verwaltungsaufwand gesamthaft ermittelt und bei der Durchführung künftiger Projekte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Ausgaben für Verwaltungstätigkeiten und den Ausgaben für die Projektmaßnahmen hergestellt werden.

Schlussempfehlungen

19 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen an das BMASK hervor:

(1) Die Gründe für die Abweichung zwischen den genehmigten und ausbezahlten EU-Mitteln aus dem Europäischen Globalisierungsfonds (EGF) sollten analysiert und die Ergebnisse bei künftigen EGF-Anträgen zur Plausibilisierung der Projektannahmen (Teilnehmerzahlen, Budgets) genutzt werden. (TZ 3)

(2) Das System der EGF-Umsetzung in Österreich sollte vereinfacht werden, um damit den Verwaltungs- und Koordinationsaufwand bei der Umsetzung von EGF-Projekten zu reduzieren. (TZ 4)

(3) Bei EGF-Projekten sollte auf eine angemessene Mitfinanzierung der betroffenen Unternehmen geachtet werden. Öffentliche Mittel sollten vorwiegend als Anreiz für die Beteiligung privater Akteure eingesetzt werden. (TZ 5)

(4) Vergabeverfahren wären so abzuwickeln, dass die Beauftragung von Auftragnehmern vor der Leistungserbringung erfolgt. (TZ 6)

(5) Die vertraglich vereinbarten Berichte von Auftragnehmern wären zeitgerecht einzufordern; auf eine nachvollziehbare Dokumentation der erbrachten Leistungen wäre zu achten. (TZ 6)

(6) Um ein transparentes Verwaltungshandeln zu gewährleisten, sollte bei EGF-Projekten eine nachvollziehbare Dokumentation von Entscheidungen sichergestellt werden. Dies wäre insbesondere für die Entscheidungsgründe, Handlungsalternativen und Arbeitsaufträge an externe Dienstleister geboten. (TZ 7)

(7) Die EGF-Anträge wären auf Plausibilität sowie auf sachliche und betragliche Angemessenheit zu überprüfen; die Ergebnisse der Begutachtung wären nachvollziehbar zu dokumentieren. (TZ 8)

(8) Bei der Planung von EGF-Projekten wären insbesondere der Qualifizierungsbedarf der Personen sowie die Saisonalität von Beschäftigung und Arbeitslosigkeit der betroffenen Branche zu berücksichtigen. (TZ 9)

Schlussempfehlungen

(9) Der tatsächliche Finanzierungsbedarf wäre vor der Anforderung von EU-Fördermitteln aus dem EGF plausibel darzustellen. (TZ 10)

(10) Für die Auswahl von Projektträgern wäre ein transparentes Auswahlverfahren sicherzustellen. (TZ 11)

(11) In den Antragsformularen für EGF-Förderungen wären von den Förderwerbern wesentliche Mindestangaben zur Beurteilung der Förderwürdigkeit, zur Art des Förderwerbers (öffentlich/privat) und zur Vermeidung von Doppelförderungen einzufordern; der Detaillierungsgrad der Projektbudgets in den Anträgen wäre zu erhöhen. (TZ 11)

(12) Die EGF-Förderanträge wären dem Grunde und der Höhe nach angemessen zu begutachten und zu plausibilisieren; die Ergebnisse der Begutachtung wären im Förderakt nachvollziehbar zu dokumentieren. (TZ 11)

(13) Die Förderverträge wären vor Beginn des Förderzeitraums abzuschließen. (TZ 12)

(14) Um den Verwaltungsaufwand gering zu halten, wäre auf eine effiziente Projektorganisation zu achten. (TZ 12)

(15) Beim Abschluss von Förderverträgen wären sämtliche vorhandene Informationen nachvollziehbar zu berücksichtigen und zu plausibilisieren. (TZ 13)

(16) Um den Projektverlauf und Projekterfolg beurteilen und steuern zu können, sollten in Förderverträgen Bestimmungen über die Vorlage von Projektfortschrittsberichten (Meilensteine) aufgenommen werden. (TZ 13)

(17) Bei EGF-Projekten sollten konkret messbare Indikatoren für Teilnehmerzahlen und Wirkungsziele – getrennt nach Frauen und Männern – festgelegt und mittels Soll-Ist-Vergleichen nachverfolgt werden. Die Ergebnisse wären bei der Beurteilung des Projekterfolgs zu berücksichtigen und daraus Schlüsse für künftige Projekte zu ziehen. (TZ 14)

(18) In den Förderverträgen sollten Mindestinhalte für Sachberichte festgelegt werden, die eine Beurteilung der Projektdurchführung erlauben. (TZ 15)

(19) Berichte der Fördernehmer zu den geförderten Projekten wären zu den vorgesehenen Terminen einzufordern. (TZ 15)

(20) Die Ergebnisse von EGF-Projekten wären gesamthaft zu analysieren und die Schlussfolgerungen künftig bei der Auswahl der arbeitsmarktpolitischen Instrumente zu nützen. (TZ 17)

(21) Bei EGF-Projekten wären in den Auswertungen zum Projektergebnis Angaben über die Wiederbeschäftigung der Personen hinsichtlich Branche und Dienstgeber aufzunehmen. (TZ 17)

(22) Um künftig ein Missverhältnis zwischen den Kosten für die Projektdurchführung und den Projektergebnissen zu vermeiden, wäre vor der Entscheidung, EU-Mittel (EGF) zu beantragen, der Verwaltungsaufwand gesamthaft zu ermitteln und bei der Durchführung künftiger Projekte ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Ausgaben für Verwaltungstätigkeiten und den Ausgaben für die Projektmaßnahmen herzustellen. (TZ 18)





Bericht des Rechnungshofes

**Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung**



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis _____ 381

**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Finanzen****Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung**

KURZFASSUNG _____ 384

Prüfungsablauf und -gegenstand _____ 393

Strategie _____ 394

Unternehmensstrategie _____ 394

Zielsystem _____ 395

Risikomanagement _____ 396

Risikoidentifikation und Risikobewertung _____ 396

Risikoaggregation und Risikobewältigung _____ 397

Risikoüberwachung _____ 398

Risikoberichtswesen _____ 401

Organisation _____ 403

BMF

Inhalt



Vorstand	403
Vorstandsverträge	403
Interne Revision	406
Personal-Sonderverträge	407
Wirtschaftliche Entwicklung	407
Strategische Geschäftsfelder	407
Veranlagung	418
Beteiligungsmanagement	421
Beteiligungsstrategie	421
Beteiligungscontrolling	422
Provisionsgeschäfte	426
Dokumentation	426
Leistungsgegenstand	427
Schlussempfehlungen	436
Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens	441

ANHANG

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

AG	Aktiengesellschaft
B2C	Business-to-Consumer
bzw.	beziehungsweise
ca.	cirka
EDV	elektronische Datenverarbeitung
EU	Europäische Union
EUR	Euro
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
inkl.	inklusive
ISO	International Organization for Standardization
IT	Informationstechnologie
Mio.	Million(en)
Münze	Münze Österreich Aktiengesellschaft
OeNB	Oesterreichische Nationalbank
ÖIAG	Österreichische Industrieholding Aktiengesellschaft
rd.	rund
RH	Rechnungshof
SGF	strategisches Geschäftsfeld
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Finanzen

Münze Österreich Aktiengesellschaft; Follow-up-Überprüfung

Die Münze Österreich Aktiengesellschaft und die Oesterreichische Nationalbank (OeNB) setzten den überwiegenden Teil der Empfehlungen des RH, die er im Jahr 2013 zur Gebarungsüberprüfung „Münze Österreich Aktiengesellschaft“ (Reihe Bund 2013/10) veröffentlicht hatte, um.

Die Münze Österreich Aktiengesellschaft verbesserte das Projekt- und Terminmanagement des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses, überprüfte Risikoeinstufungen des Risikomanagements, nahm erforderliche Umgliederungen vor und verbesserte die Risikoberichterstattung. Weiters steigerte die Münze Österreich Aktiengesellschaft die Aussagekraft ihrer Beteiligungsberichte, erstellte plausible Zielvorgaben für die Geschäftsführer ihrer Tochtergesellschaft und sah geeignete Regelungen zur Korruptionsprävention für Provisionsgeschäfte vor.

Eine Festlegung von Risikobewältigungsstrategien für Nebenrisiken sowie deren Einbindung in die Prozessorganisation war noch nicht vollständig abgeschlossen. Inwieweit die von der Münze Österreich Aktiengesellschaft geplanten und zum Teil bereits ergriffenen Maßnahmen ausreichen werden, um bei allen strategischen Geschäftsfeldern einen positiven Deckungsbeitrag nach Vollkosten zu erreichen, war noch nicht abschätzbar.

Die Änderungen des Scheidemünzengesetzes sahen Ausnahmebestimmungen zu den allgemeinen Rechnungslegungsvorschriften (Begrenzung von Gewinnrücklagen und Rückstellungsverbote) vor; ergebniswirksame Erträge der Münze daraus waren an die OeNB und in weiterer Folge an den Bund abzuführen. Die Begrenzung der bilanziellen Vorsorgen könnte im Falle der Risikoverwirklichung diese budgetären Einmaleffekte umkehren.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung der Münze Österreich Aktiengesellschaft (Münze) war es, die Umsetzung von ausgewählten Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebärungsüberprüfung (Reihe Bund 2013/10) abgegeben hatte. (TZ 1)

Strategie

Unternehmensstrategie

Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, dem Aufsichtsrat über Strategiepapiere in schriftlicher Form zu berichten und seine diesbezügliche Zustimmung einzuholen, indem der Vorstand die Strategie dem Aufsichtsrat im März 2015 vorlegte und letzterer diese beschloss. (TZ 2)

Zielsystem

Die Empfehlung des RH, das Projekt- und Terminmanagement des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses straffer zu führen, setzte die Münze um. Mittels IT-Unterstützung senkte sie den Anteil jener Prozessverbesserungsvorschläge, deren Umsetzung mehr als drei Monate überfällig war, von 70 % im Oktober 2014 auf 22 % im Juni 2015. Im selben Zeitraum stieg der Anteil der termintreuen Projekte von 12 % auf 53 % an. (TZ 3)

Risikomanagement

Risikoidentifikation und Risikobewertung

Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, sowohl für die Hauptrisiken als auch für die Nebenrisiken die Risikoeinstufungen zu überprüfen und gegebenenfalls Umkategorisierungen vorzunehmen, indem sie einen jährlichen Risikobericht erstellte und unter Einbindung der Risikoverantwortlichen Maßnahmen zur Begrenzung sowie Minderung der Risiken erarbeitete. (TZ 4)

Die Empfehlung des RH, die Einbindung von Nebenrisiken in die Prozessorganisation zügig voranzutreiben, um den Vorgaben international anerkannter Normen besser zu entsprechen, setzte die Münze teilweise um, weil eine gesamthafte Erfassung aller Nebenrisiken noch nicht abgeschlossen war. (TZ 5)

Risikoaggregation und Risikobewältigung

Die Münze setzte die Empfehlung des RH, Risikobewältigungsstrategien auch für Nebenrisiken festzulegen, teilweise um, indem sie im Rahmen einer laufenden Fehlermöglichkeits- und Einfluss-Analyse ausgehend von der Prozess- und Betriebsebene potenzielle Risiken identifizierte, nach ihrer Priorität reihete und Maßnahmen zu deren Risikominderung und -begrenzung festlegte. Eine gesamthafte Erfassung aller Nebenrisiken war noch nicht abgeschlossen. (TZ 6)

Risikoüberwachung

Die Münze stufte das Nebenrisiko „falsche Anlagestrategie“ im Jahr 2012 unter die Top-Risiken. Sie setzte somit die Empfehlung des RH um. (TZ 7)

Die Empfehlung des RH, die potenziellen finanziellen Auswirkungen des Beteiligungsrisikos als „hoch“ einzustufen, setzte die Münze nicht um, weil insbesondere die Geschäftsentwicklung der Finanzbeteiligung aufgrund allenfalls erforderlicher Abwertungen negative Auswirkungen von mehr als 500.000 EUR auf das jährliche Geschäftsergebnis der Münze haben kann. Die Münze nahm zwar im November 2013 eine Änderung der Bewertung des Beteiligungsrisikos aufgrund von Planabweichungen eines Beteiligungsunternehmens vor, die Einstufung verblieb jedoch im mittleren Bereich der Top-Risiken. (TZ 8)

Die Münze erstellte einen schriftlichen Verhaltenskodex, sah Kontrollen durch den Compliance-Officer vor und bezog allfällige Verstöße gegen den Verhaltenskodex in das Interne Kontrollsystem mit ein. Sie setzte damit die Empfehlung des RH um. (TZ 9)

Risikoberichtswesen

Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die Risikoberichterstattung an den Vorstand in die vierteljährlichen Managementreportings aufzunehmen, teilweise um, indem die vierteljährlich extern erstellten Risikocontrollingberichte vom Vorstand behandelt wurden und dieser eine inhaltliche Information an den Aufsichtsrat gab. Eine vierteljährliche Berichterstattung in den quartalsmäßig stattfindenden Management Reviews unterblieb, weil die Münze die Risikoidentifikation und -bewertung einmal jährlich (zur Jah-

Kurzfassung

resmitte) vornahm. Der RH konnte im überprüften Zeitraum keine wesentlichen Änderungen der Hauptrisiken feststellen. (TZ 10)

Die Empfehlung des RH, hinsichtlich der Hauptrisiken eine durchgängige, strukturierte und umfassende Berichterstattung an den Aufsichtsrat und die Oesterreichische Nationalbank (OeNB) einzuführen, setzte die Münze um, indem sie an den Aufsichtsrat der Münze und den Unterausschuss des Generalrats der OeNB über die Entwicklung der Haupt- und Nebenrisiken und Maßnahmen des Risikomanagements umfassend Bericht erstattete. (TZ 11)

Organisation

Die Münze setzte die Empfehlung des RH, eine Übereinstimmung der in der Funktionsmatrix und im Organigramm angeführten Funktionen herzustellen, um, indem sie die im Vorbericht festgestellten Unterschiede zwischen Organigramm (mangelnde Erkennbarkeit der in zweiter Ebene dargestellten Aufgabengebiete als Abteilungen oder als Bereiche) und Funktionsmatrix beseitigte. (TZ 12)

Vorstand**Vorstandsverträge**

Die OeNB setzte die Empfehlung des RH, die Auszahlung von Remunerationen und Prämien an Mitglieder des Vorstands an die Erreichung von im Vorhinein vereinbarten Zielen zu knüpfen sowie im Sinne der Nachhaltigkeit auch langfristige Ziele zu definieren und eine Gewichtung der Ziele vorzunehmen, um. Zwar kam die Zielvereinbarung 2014 erst mit Zustimmung des Personalausschusses des Aufsichtsrats der Münze im Juni 2014 zustande, der Abschluss jener für 2015 erfolgte jedoch bereits im Dezember 2014. Die in den Vereinbarungen enthaltenen Ziele sahen sowohl auf Finanz- als auch auf Prozessebene mehrjährige Aspekte vor. Eine Gewichtung hinsichtlich einzelner und gesamthafter Zielerreichung lag vor. (TZ 13)

Neben der vom RH empfohlenen Dokumentation enthielt der Bundes-Public Corporate Governance Kodex-Bericht der Münze Angaben zu Vergütungen der Geschäftsführung und der Mitglieder des Überwachungsorgans. Die OeNB setzte somit die Empfehlung des RH um, Zielvereinbarungen bei der Gewährung von Remunerationen und Prämien an Vorstandsmitglieder als auch die Bewertung der Zielerreichung schriftlich zu dokumentieren und die Vergütungen aus Transparenzgründen in einem Corporate Governance Bericht offenzulegen. (TZ 14)

Interne Revision

Die Interne Revision der Münze erstattete dem Prüfungsausschuss des Aufsichtsrats jährlich Bericht und überwachte die Umsetzung der Empfehlungen und damit auch des Verbesserungspotenzials. Der termingerechte Umsetzungsgrad lag im Dezember 2014 bei rd. 68 %; innerhalb der festgesetzten Umsetzungsfrist lagen weitere rd. 18 % der noch offenen Empfehlungen. Die Münze setzte somit die Empfehlung des RH um, die Ergebnisse der Prüfungen der Internen Revision dem Aufsichtsrat zur Kenntnis zu bringen und dabei gewonnenes Verbesserungspotenzial zu realisieren. (TZ 15)

Personal

Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, die Auszahlung der Prämien entsprechend den Regelungen in den Sonderverträgen vom Grad der Erreichung der im Vorhinein vereinbarten gewichteten Ziele abhängig zu machen und dies schriftlich zu dokumentieren. (TZ 16)

Wirtschaftliche Entwicklung

Strategische Geschäftsfelder

Die von der Münze geplanten und zum Teil bereits ergriffenen Maßnahmen schienen grundsätzlich geeignet, die Deckungsbeiträge zu verbessern. Die tatsächliche Auswirkung dieser Maßnahmen auf die Deckungsbeiträge war aber noch nicht ersichtlich und daher nicht messbar. Die Münze setzte daher die Empfehlung des RH, Maßnahmen zur Verbesserung der Deckungsbeiträge zu setzen und gegebenenfalls auch die Fortführung einiger strategischer Geschäftsfelder zu hinterfragen, teilweise um. (TZ 17)

Die Münze hinterfragte auch die Fortführung einiger strategischer Geschäftsfelder. Aufgrund der positiven Deckungsbeiträge nach Herstellkosten bei fünf der sechs strategischen Geschäftsfelder sowie der Erwartung einer schlechteren Auslastung der Produktionsanlagen und höherer Stückkosten bei den verbleibenden Produkten im Fall der Einstellung von strategischen Geschäftsfeldern traf die Münze die Entscheidung, alle strategischen Geschäftsfelder fortzuführen. (TZ 17)

Kurzfassung

Wie bereits in seinem Vorbericht (TZ 26) festgestellt, sind unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten langfristig die Vollkosten zu beachten. Die strategischen Geschäftsfelder 4, 5 und 6 wiesen negative Deckungsbeiträge nach Vollkosten auf. Inwieweit die von der Münze geplanten und zum Teil bereits ergriffenen Maßnahmen ausreichen werden, um bei allen strategischen Geschäftsfeldern einen positiven Deckungsbeitrag nach Vollkosten zu erreichen, war zur Zeit der Follow-up-Überprüfung nicht abschätzbar. (TZ 17)

Die Münze setzte die Empfehlung des RH, einen Stresstest über ihre Überlebensfähigkeit bei einem wesentlichen Rückgang der Nachfrage nach Euro-Umlaufmünzen und einer durchschnittlichen Geschäftsentwicklung in den anderen strategischen Geschäftsfeldern durchzuführen, um, indem sie im Jahr 2013 einen Stresstest und im Jahr 2014 eine weiterführende Sensitivitätsanalyse ihres Geschäftsmodells vornahm. (TZ 18)

Die von der Münze geplanten und zum Teil bereits ergriffenen Maßnahmen schienen grundsätzlich geeignet, eine ausreichende Senkung der Kosten und eine Steigerung der Effizienz zu erreichen. Die tatsächliche Auswirkung dieser Maßnahmen auf die Kosten und Effizienz der Münze war jedoch noch nicht ersichtlich und daher nicht messbar. Die Münze setzte somit die Empfehlung des RH, auf einer betriebswirtschaftlichen Analyse basierende Maßnahmen zur ausreichenden Senkung der Kosten und zur Steigerung der Effizienz bei den Gold- und Silberanlageprodukten zu ergreifen, teilweise um. (TZ 19)

Rücklösungsvorsorgen

Der RH hatte der Münze und der OeNB empfohlen, Möglichkeiten zu evaluieren, die – unter Beachtung der Bestimmungen des Scheidemünzengesetzes und der Rechnungslegungsvorschriften – dazu geeignet sind, die finanziellen Mittel nicht in der Münze dauerhaft (in Form von Rücklagen und Rückstellungen) zu binden. Dabei sollten sie insbesondere die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Rücklösungsfalls, die Rücklösungsmodalitäten innerhalb des OeNB-Konzerns und die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Münze berücksichtigen. Die Münze und die OeNB setzten die Empfehlung des RH um, indem sie eine Arbeitsgruppe einsetzten, die Parameter für die Berechnung der Höhe der Rücklösungsvorsorgen erarbeitete. (TZ 20)

Durch die gesetzliche Begrenzung der Gewinnrücklagen zur Rücklösung von Euro-Umlaufmünzen auf 30 % des Münzumschlags bestand eine Unterdeckung von 93,4 Mio. EUR gegenüber dem gutachterlich festgestellten Wert. Darüber hinaus bewirkte das gesetzliche Rückstellungsverbot für Schilling-Silber- und Umlaufmünzen eine Unterdeckung in Höhe von 86,5 Mio. EUR. Auf diesen Umstand wies auch der Wirtschaftsprüfer der Münze ergänzend im Bestätigungsvermerk des Jahres 2014 hin. (TZ 20)

Durch die Gewinnabfuhr an die OeNB in Höhe von 184,82 Mio. EUR könnten bei Eintritt des Rücklösungsfalls und damit der Risikoverwirklichung die Vorsorgen der Münze nicht zur vollständigen Abdeckung der Verpflichtungen ausreichen, und es müssten von der OeNB Mittel zur Verfügung gestellt werden. Daraus ergäbe sich in letzter Konsequenz eine Schmälerung der Gewinnabfuhr der OeNB an den Bund. (TZ 20)

Veranlagung

Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, ein einheitliches Reporting und Risikoreporting für ihr Portfolio einzuführen, das insbesondere eine Gesamtperformance, Portfoliozusammensetzung, Benchmarks und Risikoerwartungen umfasst. Das Risikoreporting betrachtete das gesamte Portfolio der Münze und umfasste die Zusammensetzung des Asset Mix, Benchmarks sowie Risikokennzahlen. (TZ 21)

Die Münze dokumentierte nunmehr die Ergebnisse der Veranlagungsausschüsse, insbesondere die Änderung oder Beibehaltung der Anlagepolitik, des Asset Mix sowie die Vorgaben des Vorstands der Münze. Sie setzte damit die Empfehlung des RH um, für die Veranlagungsausschüsse der Münze sowie die Veranlagungsentscheidungen betreffend die selbstverwalteten Teile der Veranlagung eine schriftliche Dokumentation einzuführen. (TZ 22)

Die Münze setzte die Empfehlung des RH teilweise um, eine übergeordnete Veranlagungsstrategie zu erstellen, welche die strategische Zielsetzung der Veranlagungsentscheidungen gesamthaft umfasst, und diese dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorzulegen. Der Vorstand der Münze erstellte zwar eine Veranlagungsstrategie, die Anlageklassen, Benchmarks, Risikolimits, ein Berichtswesen und einen Prozess für die Reaktion auf exogene Marktschocks umfasste. Eine Behandlung und Beschlussfassung im Aufsichtsrat unterblieb jedoch. (TZ 23)

Kurzfassung**Beteiligungs-
management****Beteiligungsstrategie**

Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die Beteiligungsstrategie zu überarbeiten und zu präzisieren und mit quantitativ messbaren Zielen sowie zeitlichen Vorgaben zu versehen, um. Sie überarbeitete die Beteiligungsstrategie und bezog ein Monitoring der Geschäftsentwicklung in die laufenden Prozesse mit ein. Die operativen Beteiligungen hatten Jahresplanungen der Münze vorzulegen; deren Erfüllung war in der periodischen Berichterstattung miteinbezogen. (TZ 24)

Die Münze überarbeitete die Beteiligungsstrategie in Abstimmung mit der OeNB und deren strategischer Zielrichtung für ihre Tochterunternehmen und legte diese dem Aufsichtsrat zur im Juni 2015 erfolgten Beschlussfassung vor. Sie setzte damit die Empfehlung des RH um, die Beteiligungsstrategie in regelmäßigen Abständen von zwei bis drei Jahren auf ihre Relevanz im sich ständig verändernden wirtschaftlichen Umfeld zu evaluieren, gegebenenfalls anzupassen und dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorzulegen. (TZ 25)

Beteiligungscontrolling

Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die schriftlichen Erörterungen zu den einzelnen Tochtergesellschaften der Münze im Rahmen der Beteiligungsberichte an den Aufsichtsrat ausführlicher zu gestalten, um, indem sie in die Beteiligungsberichte Abweichungserläuterungen von Plan- und Vorjahreszahlen aufnahm sowie die Entwicklungen relevanter Kennzahlen erläuterte. (TZ 26)

Die Empfehlung des RH, das Berichtswesen über die Geschäftsentwicklung der Beteiligungen der Münze aussagekräftiger zu gestalten und grundsätzlich Plan- und Ist-Zahlen sowie eine Vorschau der jeweiligen Kennzahlen im mehrjährigen Vergleich darzustellen und zu erläutern, setzte die Münze um. Die Beteiligungsberichte enthielten Abweichungserläuterungen von Plan- und Vorjahreszahlen, erläuterten die Entwicklungen relevanter Kennzahlen und ermöglichten Mehrjahresvergleiche durch Erweiterung der dargestellten Vorjahresergebnisse um ein zusätzliches Vergleichsjahr. (TZ 27)

Die Münze setzte die Empfehlung des RH, mit den Geschäftsführern der Tochtergesellschaften der Münze während eines Geschäftsjahres eine periodische Geschäftsberichterstattung festzulegen, um, indem der Vorstand der Münze periodische Berichtspflichten für die



Kurzfassung

BMF

Münze Österreich Aktiengesellschaft; Follow-up-Überprüfung

Tochtergesellschaften vorsah und insbesondere von den Geschäftsführern der Schoeller Münzhandel GmbH in monatlichen Sitzungen Informationen über den Geschäftsbetrieb erlangte. (TZ 28)

Der Vorstand der Münze vereinbarte gewichtete quantitative und qualitative Finanz-, Prozess- und Kundenziele mit den Geschäftsführern. Die Zielvorgaben waren plausibel, weil sie sich auf die Erreichung von Budgetzahlen und geplanten Maßnahmen bezogen. Die Münze setzte somit die Empfehlung des RH, plausible quantitative Zielvorgaben für die Geschäftsführer der Schoeller Münzhandel GmbH zu erstellen, um. (TZ 29)

Die Münze setzte die Empfehlung des RH nicht um, in Vorstand und Aufsichtsrat zumindest halbjährlich über Stand und Entwicklung der Eventualverbindlichkeiten zu berichten. Der Vorstand berichtete dem Aufsichtsrat zwar – zusätzlich zur Behandlung des Jahresabschlusses – im November 2013 und Juni 2015 (für 2014 und 2015) über Stand und Entwicklung der Eventualverbindlichkeiten. Eine gesonderte Berichterstattung im Jahr 2014 unterblieb jedoch. (TZ 30)

Provisionsgeschäfte

Dokumentation

Die Münze nutzte das Customer Relationship Management System für den Bereich der Geschäftskunden und erfasste alle Vertriebsaufträge, ebenso wie die Fertigungsaufträge (inkl. Materialverwaltung) zentral in der EDV-Buchhaltung. Sie setzte damit die Empfehlung des RH, auf die Dokumentation der Geschäftsfälle verstärkt Bedacht zu nehmen, um. (TZ 31)

Leistungsgegenstand

Die Münze setzte die Empfehlung des RH teilweise um, bei Abschluss von Verträgen mit Handelsagenturen darauf zu achten, dass der vertraglich geschuldete Leistungsgegenstand hinreichend konkret umschrieben ist und damit eine Beurteilung der Leistungserbringung und der Angemessenheit des Entgelts ermöglicht wird. Dies deshalb, weil die Münze mittels Organisationsanweisung und Checkliste Vorkehrungen traf, die eine vertiefte Prüfung des Provisionsempfängers vorsahen und mit Beurteilung der Angemessenheit der Provision im Verhältnis zur Auftragssumme eine konkrete Beschreibung des Leistungsgegenstandes erforderlich machten; zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH lagen allerdings keine Provisionsvereinbarungen vor. (TZ 32)

Kurzfassung

Die Münze setzte die Empfehlung des RH teilweise um, im Zusammenhang mit Handelsagenten keine Zahlungen freizugeben, ohne konkrete Leistungsnachweise vom Vertragspartner erhalten zu haben. Sie traf mittels Organisationsanweisung und Checkliste zwar Vorkehrungen, die eine vertiefte Prüfung des Provisionsempfängers vorsahen und mit der Beurteilung der Angemessenheit der Provision im Verhältnis zur Auftragssumme eine konkrete Beschreibung des Leistungsgegenstandes erforderlich machten. Es lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH jedoch keine Provisionsvereinbarungen vor. (TZ 33)

Die Münze beendete bestehende Verträge und sah in der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ Prüfschritte (Entscheidung über Preise, Konditionen und Auftragsannahme, Abdeckung sämtlicher Kosten des Provisionsempfängers) vor, die geeignet waren, abstrakte Erfolgshonorarvereinbarungen zu vermeiden. Der RH wies jedoch darauf hin, dass zur Zeit seiner Gebarungsüberprüfung keine Provisionsvereinbarungen vorlagen. Die Münze setzte somit die Empfehlung des RH, von abstrakten Erfolgshonorarvereinbarungen Abstand zu nehmen und Erfolgshonorare nur an im Vorfeld genau definierte, objektivier- und messbare Leistungen zu knüpfen, teilweise um. (TZ 34)

Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, bestehende Verträge mit Handelsagenten und Beratern unter Anwendung der Compliance-Checkliste zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern oder die Vertragsverhältnisse zu beenden, indem sie die geschäftlichen Beziehungen beendete. (TZ 35)

Die Münze sah mittels Organisationsanweisung verpflichtend vor, explizite Bestimmungen zur Korruptionsprävention in die Verträge aufzunehmen und diesbezügliche Verpflichtungserklärungen der Vertragspartner einzuholen. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch den RH lagen jedoch keine Provisionsvereinbarungen vor. Die Münze setzte somit die Empfehlung des RH teilweise um. (TZ 36)

Die Münze setzte die Empfehlung des RH teilweise um, hinsichtlich künftiger Geschäftsbeziehungen Adaptierungen der Prozesse vorzunehmen, die eine Abbildung von Maßnahmen der Compliance-Checkliste ermöglichen und darauf abstellende interne Kontrollen einzurichten. Sie sah in der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ konkrete Prüfschritte vor Abschluss einer Provisionsvereinbarung vor. Darüber hinaus erstellte die Münze eine Checkliste, die explizit auf die Notwendigkeit einer Genehmigung des Vorstands für akquisitionsfördernde Maßnahmen (Provi-

**Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung**

sionsgeschäfte) verwies. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lagen jedoch keine Provisionsvereinbarungen vor. (TZ 37)

Kenndaten der Münze Österreich Aktiengesellschaft						
gesetzliche Grundlage	Scheidemünzengesetz 1988					
Gegenstand	Prägung, Inverkehrsetzung und Einziehung von Scheide- und Handelsmünzen, Erzeugung und der Verkauf von Gegenständen aus edlen und unedlen Metallen sowie deren Scheidung und Raffination, Herstellung automatengerechter Ersatzprodukte für Scheidemünzen					
Standort	Wien					
	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2010 bis 2014
	in Mio. EUR					in %
Umsatzerlöse	1.583,74	2.558,94	1.696,19	1.894,24	1.141,09	- 27,9
Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	76,69	70,60	78,41	61,35	193,26	152,0
Jahresüberschuss	74,05	66,86	73,53	57,43	185,89	151,0
Bilanzgewinn	84,90	77,76	83,29	67,72	20,54	- 75,8
Ausschüttung Dividende	18,00	20,00	20,00	36,50	67,70	276,1
Gewinnabfuhr an OeNB					184,82	
	Anzahl					
Mitarbeiter inkl. Vorstände ¹	212,1	211,4	215,7	216,2	214,5	3,6
	in Mio. EUR					
Personalaufwand	16,29	15,93	16,95	18,04	18,24	12,0

¹ im Jahresdurchschnitt; in Vollbeschäftigungsäquivalenten

Quellen: Münze; RH

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

1 (1) Der RH überprüfte im Juni 2015 bei der Münze Österreich Aktiengesellschaft (Münze) sowie der Oesterreichischen Nationalbank (OeNB) die Umsetzung ausgewählter, strategisch relevanter Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2013/10 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

(2) Zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen hatte der RH den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen bei der überprüften Stelle nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinem Bericht Bund 2014/16 veröffentlicht.

Prüfungsablauf und –gegenstand

(3) Zu dem im Oktober 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die OeNB und die Münze im November 2015 sowie das BMF im Jänner 2016 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen an die Münze sowie an das BMF im März 2016.

(4) Das BMF teilte in seiner Stellungnahme allgemein mit, dass es sich bei der Münze um eine 100 %ige Tochter der OeNB handle. Da die OeNB in ihrer Geschäftstätigkeit weisungsfrei und vom Bund unabhängig sei, habe der Bundesminister für Finanzen keine rechtliche Möglichkeit, in die Geschäftspolitik der Münze einzugreifen.

(5) Der RH verwies gegenüber der Stellungnahme des BMF auf die gemäß § 4 Scheidemünzengesetz bestehende Aufsicht des Bundesministers für Finanzen. Dieses Aufsichtsrecht umfasste die Überwachung der Einhaltung des Scheidemünzengesetzes und der sonstigen von der Münze bei Erfüllung ihrer Aufgaben nach dem Scheidemünzengesetz einzuhaltenden Rechtsvorschriften.

Strategie

Unternehmensstrategie

2.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 3) empfohlen, dem Aufsichtsrat über Strategiepapiere in schriftlicher Form zu berichten und seine diesbezügliche Zustimmung einzuholen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung entsprochen zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im Zuge der Erarbeitung der neuen Strategie 2013 – 2017 durch den Vorstand der Aufsichtsratsvorsitzende der Münze den Vorstand im Rahmen der Aufsichtsrats-sitzung im Dezember 2013 über die in Ausarbeitung befindliche neue Strategie der OeNB informierte. Die bestehende Strategie der Münze sollte weiterhin Gültigkeit besitzen, jedoch unter dem Vorbehalt, dass gewisse Vorhaben (z.B. Entwicklung der 5-EUR-Münze) nicht mehr weiterverfolgt werden sollten. Für die Ausarbeitung der neuen Strategie der Münze sollte eng mit der OeNB, insbesondere mit der Beteiligungsverwaltung der OeNB kooperiert werden.

Der Vorstand der Münze erarbeitete eine neue Strategie für den Zeitraum 2013 bis 2017 und legte diese dem Aufsichtsrat vor. Dieser erteilte in der Aufsichtsratssitzung im März 2015 seine Zustimmung.

Zielsystem

2.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, dem Aufsichtsrat über Strategiepapiere in schriftlicher Form zu berichten und seine diesbezügliche Zustimmung einzuholen, indem der Vorstand die Strategie dem Aufsichtsrat im März 2015 vorlegte und letzterer diese beschloss.

3.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 4) empfohlen, das Projekt- und Terminmanagement des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses straffer zu führen, um die vorhandenen Verbesserungspotenziale mit Nachdruck zu heben.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine straffe Führung des Projekt- und Terminmanagements des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses durch einen ca. zweiwöchig stattfindenden Reviewprozess im Kernteam-Meeting sichergestellt worden sei. Zusätzlich werde der Kontinuierliche Verbesserungsprozess monatlich in der Produktionsrunde und bei Bedarf in gesonderten Qualitätszirkeln einem Review unterzogen. Darüber hinaus hätten die jeweiligen Projektleiter periodisch an das Kernteam berichtet.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im Kontinuierlichen Verbesserungsprozess weiterhin neue Prozessverbesserungsvorschläge erarbeitet wurden. Der Anteil von offenen, noch nicht bearbeiteten Prozessverbesserungsvorschlägen war mit 56 % im November 2011 auf durchschnittlich 16 % im Jahr 2015 (bis Juni 2015) deutlich rückläufig. Ebenso sank der Anteil jener Prozessverbesserungsvorschläge, deren Umsetzung mehr als drei Monate überfällig war, von 70 % im Oktober 2014 auf 22 % im Juni 2015. Im selben Zeitraum stieg der Anteil der termintreuen Projekte von 12 % auf 53 % an.

Die Münze entwickelte eine IT-gestützte Lösung zur Verfolgung des Projekt- und Terminmanagements. Dadurch erhielten die Projekt- und Prozessverantwortlichen der Münze jederzeit einen aktuellen Statusbericht sowie die Möglichkeit eines gezielten Managements des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses.

3.2 Die Münze setzte somit die Empfehlung des RH, das Projekt- und Terminmanagement des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses straffer zu führen, um.

Risikomanagement

Risikoidentifikation und Risikobewertung

4.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 6) empfohlen, sowohl für die Hauptrisiken als auch für die Nebenrisiken die Risikoeinstufungen zu überprüfen und gegebenenfalls Umkategorisierungen von Neben- zu Hauptrisiken und umgekehrt vorzunehmen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung entsprochen zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze ihre Risiken laufend überprüfte und in jährlichen Risikoberichten darstellte. Darin beschrieb die Münze wesentliche Veränderungen, z.B. bei Vertriebspartnern, Beteiligungen und dem Marktverhalten, die zu einer Änderung der Risikobewertung oder der Risikoklassifizierung als Haupt- oder Nebenrisiko führten. Auch kam es zu Umgliederungen zwischen den Risikoarten (Haupt- oder Nebenrisiko; siehe TZ 7).

Die Münze band die Risikoverantwortlichen in den fortlaufenden Reviewprozess ein. Ebenso erarbeitete die Münze Maßnahmen zur Begrenzung und Minderung der Risiken, deren Wirkung sich in der Risikoklassifizierung widerspiegelte.

4.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, für die Hauptrisiken als auch für die Nebenrisiken die Risikoeinstufungen zu überprüfen und gegebenenfalls Umkategorisierungen vorzunehmen, um, indem sie einen jährlichen Risikobericht erstellte und unter Einbindung der Risikoverantwortlichen Maßnahmen zur Begrenzung und Minderung der Risiken erarbeitete.

5.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 6) empfohlen, die Einbindung von Nebenrisiken in die Prozessorganisation zügig voranzutreiben, um den Vorgaben von international anerkannten Normen besser zu entsprechen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Einbindung von Nebenrisiken in die Prozessorganisation bereits großteils mittels Fehlermöglichkeits- und Einfluss-Analysen durchgeführt zu haben. Aufgrund der detaillierten Prozessdokumentation der Münze und entsprechend einem risikoorientierten Vorgehen sei eine Einbindung aller Nebenrisiken noch nicht abgeschlossen. Ein zügiger Abschluss der Analysen werde jedoch angestrebt.



Risikomanagement

Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze ein an internationalen Normen orientiertes Risikomanagement erarbeitete. Auf Ebene der Prozessorganisation analysierte die Münze im Rahmen der laufenden Fehlermöglichkeits- und Einfluss-Analyse ausgehend von der Prozess- und Betriebsebene potenzielle Risiken. Für identifizierte Risiken sah die Münze Maßnahmen zur Risikominderung und -begrenzung vor und definierte Umsetzungsverantwortliche. Nach Auskunft der Münze waren dabei noch nicht alle Nebenrisiken eingebunden, ein zügiger Abschluss werde jedoch weiterhin angestrebt.

5.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die Einbindung von Nebenrisiken in die Prozessorganisation zügig voranzutreiben, teilweise um, weil eine gesamthafte Erfassung aller Nebenrisiken noch nicht abgeschlossen war. Er hielt seine Empfehlung, die Einbindung von Nebenrisiken in die Prozessorganisation zügig voranzutreiben, daher aufrecht.

Risikoaggregation und Risikobewältigung

6.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 7) empfohlen, Risikobewältigungsstrategien auch für Nebenrisiken festzulegen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass im Rahmen der Fehlermöglichkeits- und Einfluss-Analysen bereits für einen Großteil der Prozesse die Risiken evaluiert und bewertet sowie geeignete Risikobewältigungsstrategien (Kontrollen) etabliert worden seien. Aufgrund der detaillierten Prozessdokumentation der Münze und entsprechend einem risikoorientierten Vorgehen sei eine Einbindung aller Nebenrisiken noch nicht abgeschlossen. Ein zügiger Abschluss der Analysen werde jedoch angestrebt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze mit der Organisationsanweisung Risikomanagement (zuletzt aktualisiert am 6. Juni 2014) Risikopolitik, Risikostrategien, Umsetzungsschritte des Risikomanagements, Risikoidentifikation und Risikobewertung schriftlich festlegte. Die Münze analysierte im Rahmen der laufenden Fehlermöglichkeits- und Einfluss-Analyse ausgehend von der Prozess- und Betriebsebene potenzielle Risiken, deren Auswirkungen und mögliche Ursachen. Die Analyse berücksichtigte bestehende Kontrollmaßnahmen und leitete eine Risikoprioritätszahl aus dem Produkt der Wahrscheinlichkeit des Eintreffens (Auftreten), des Schadensausmaßes (Bedeutung) und der Entdeckbarkeit (Entdeckung) her.

Für Risiken mit hoher Prioritätszahl erarbeitete die Münze Maßnahmen zur Risikominderung und -begrenzung, für die sie Umsetzungsverantwortliche festlegte. In der Folge nahm die Münze eine Neubewertung vor.

Risikomanagement

rechnung der Risikoprioritätszahl vor. Bei geringer Risikominderung und –begrenzung übernahm die Münze diese Prozess- und Betriebsrisiken in die laufende Beobachtung des Risikomanagements. So etablierte die Münze Risikobewältigungsstrategien für Nebenrisiken durch den Einbau von Kontrollpunkten in die Abläufe. Nach Auskunft der geprüften Stelle waren dabei noch nicht alle Nebenrisiken eingebunden, ein zügiger Abschluss wird jedoch angestrebt.

- 6.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH, Risikobewältigungsstrategien auch für Nebenrisiken festzulegen, teilweise um, indem sie im Rahmen einer laufenden Fehlermöglichkeits- und Einfluss-Analyse ausgehend von der Prozess- und Betriebsebene potenzielle Risiken identifizierte, nach ihrer Priorität reihte und Maßnahmen zu deren Risikominderung und –begrenzung festlegte. Eine gesamthafte Erfassung aller Nebenrisiken war noch nicht abgeschlossen.

Der RH hielt seine Empfehlung, Risikobewältigungsstrategien auch für Nebenrisiken festzulegen, daher aufrecht.

Risikoüberwachung

- 7.1** (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 8) empfohlen, das Nebenrisiko „falsche Anlagestrategie“ zu einem Hauptrisiko umzugliedern.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Empfehlung umgesetzt zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze im Jahr 2012 das Nebenrisiko „falsche Anlagestrategie“ in ein Hauptrisiko umgliederte. In den Risikoberichten der Jahre 2013 und 2014 erfolgte ein Ausweis des Risikos „falsche Anlagestrategie“ unter den Top-Risiken (Hauptrisiken) der Münze.

- 7.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH daher um.

- 8.1** (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 8) empfohlen, die potenziellen finanziellen Auswirkungen des Beteiligungsrisikos als „hoch“ einzustufen, weil insbesondere die Geschäftsentwicklung der Finanzbeteiligung aufgrund allenfalls erforderlicher Abwertungen negative Auswirkungen von mehr als 500.000 EUR auf das jährliche Geschäftsergebnis der Münze haben kann.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Risikoeinstufung „hoch“ nicht allein von der Höhe des möglichen Schadens abhängig sei. Aus der Kombination der im ISO-zertifizierten Risikomanagementsystem festgelegten Parameter ergebe sich die derzeitige Einstufung „mittel“. Ein Umreihungsbedarf sei aktuell nicht ableitbar.

Das Risikomanagementsystem werde im Rahmen der jährlichen ISO-Audits überprüft. Auch bei der letzten Überprüfung des Risikomanagementsystems im Rahmen der bisher durchgeführten ISO-Audits seien keine Abweichungen festgestellt worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das auf internationale Normen (ISO-Normen) referenzierende Risikomanagement der Münze jene Risiken als Top-Risiken führte, die einen vom Vorstand festzulegenden Schwellenwert (seit 2014: 20 Mio. EUR) überstiegen oder die der Vorstand zu einem Top-Risiko erklärte. Die Münze bewertete die Risiken nach der Wahrscheinlichkeit des Eintreffens, dem Schadensausmaß und der Entdeckungswahrscheinlichkeit. Die Top-Risiken verfolgte die Münze mit Risikomanagementmaßnahmen, alle anderen identifizierten Risiken unterlagen einer jährlichen Beobachtung bzw. deckte die Münze mittels des Internen Kontrollsystems ab.

Die Münze erhöhte im November 2013 die Einschätzung des Beteiligungsrisikos aufgrund der Abweichung einer Beteiligung von den Planzahlen. Das Risiko verblieb in der Kategorie „mittel“ der Top-Risiken, weil es den vom Vorstand festgelegten Schwellenwert von 20 Mio. EUR nicht überschritt.

8.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die potenziellen finanziellen Auswirkungen des Beteiligungsrisikos als „hoch“ einzustufen, weil insbesondere die Geschäftsentwicklung der Finanzbeteiligung aufgrund allenfalls erforderlicher Abwertungen negative Auswirkungen von mehr als 500.000 EUR auf das jährliche Geschäftsergebnis der Münze haben kann, nicht um. Dies deshalb, weil die Münze zwar eine Änderung der Bewertung des Beteiligungsrisikos im November 2013 aufgrund von Planabweichungen eines Beteiligungsunternehmens vornahm, die Einstufung jedoch im mittleren Bereich der Top-Risiken verblieb. Damit war die Intention der Empfehlung des RH trotz mangelnder formeller Umsetzung als erfüllt anzusehen.

Der RH empfahl, die finanziellen Auswirkungen des Beteiligungsrisikos weiterhin zu beobachten und erforderlichenfalls Umreihungen vorzunehmen.

Risikomanagement

8.3 *Laut Stellungnahme der Münze werde das Risikomanagementsystem im Rahmen der jährlichen ISO-Audits (zuletzt 2015 ohne Feststellung von Abweichungen) überprüft. Aus der Kombination der im ISO-zertifizierten Risikomanagementsystem festgelegten Parameter ergebe sich die derzeitige Risikoeinstufung „mittel“. Ein Umreichungsbedarf sei daraus aktuell nicht ableitbar.*

9.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 8) empfohlen, einen schriftlichen Verhaltenskodex (hinsichtlich des Verhaltens der Mitarbeiter gegenüber Geschäftspartnern, insbesondere bezüglich allfälliger Interessenkonflikte oder möglicher Geschenkannahmen) zu erstellen, um u.a. den bisherigen Erfahrungen mit außereuropäischen Geschäftspartnern im Verkauf Rechnung zu tragen und hinsichtlich des Umgangs mit hohen Edelmetallvolumina über selbstverpflichtende Standards zu verfügen. Verstöße gegen den Verhaltenskodex wären in die Risikobetrachtung miteinzubeziehen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass Compliance-Richtlinien erlassen worden seien, die ein verantwortungsvolles und rechtmäßiges Handeln der Mitarbeiter der Münze sicherstellen sollten. Die Erarbeitung sei in Zusammenarbeit mit der Compliance-Stelle der OeNB erfolgt und sei dem Aufsichtsrat zur Kenntnisnahme vorgelegt worden. Insbesondere sei mit den Bereichen Einkauf und Verkauf eine Compliance-Schulung durchgeführt worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Compliance-Officer der Münze mit Genehmigung des Vorstands im November 2013 einen Verhaltenskodex (insbesondere nach Erfahrungen mit außereuropäischen Geschäftspartnern) in Form einer Organisationsanweisung „Richtlinien für Geschenke und Einladungen“ erlassen hatte. Diese regelte Annahme und Vergabe von Geschenken und Einladungen. Die in den Ausnahmen genannten Möglichkeiten unterlagen jeweils einer Genehmigungs- und Dokumentationspflicht (durch Vorgesetzte) und hatten dienstlichen Interessen zu dienen. Jedenfalls untersagt waren Vorteilsannahmen und -weitergaben von potenziellen Geschäftspartnern.

Die Mitarbeiter der Münze hatten – im Sinne der Organisationsanweisung – zulässige Vorteilsannahmen und -weitergaben dem Abteilungs-/Stabstellenleiter – soweit möglich – im Voraus zur Kenntnis zu bringen und nachweislich genehmigen zu lassen sowie ordnungsgemäß zu dokumentieren. Der Compliance-Officer der Münze konnte stichprobenweise in die Liste der angenommenen Einladungen Einsicht nehmen. Eine Einsichtnahme war für 2015 geplant.

Die Münze führte Compliance-Schulungen für sämtliche Mitarbeiter der Bereiche Marketing und Verkauf im Juni 2013 und für jene des Bereichs Einkauf im Juni 2014 durch.

Die Münze bezog allfällige Verstöße gegen den Verhaltenskodex nicht direkt in die Risikobetrachtung mit ein, sondern deckte negative Auswirkungen im Rahmen des Internen Kontrollsystems (z.B. Betragsgrenzen für Angebotseinholungen, Risiko-Checklisten und Vorstandsfreigaben) ab.

- 9.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH, einen schriftlichen Verhaltenskodex zu erstellen und Verstöße gegen den Verhaltenskodex in die Risikobetrachtung miteinzubeziehen, um, indem die Münze einen Verhaltenskodex erstellte, Kontrollen durch den Compliance-Officer vorsah und allfällige Verstöße gegen den Verhaltenskodex in das Interne Kontrollsystem miteinbezog.

Risikoberichtswesen

- 10.1** (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 9) empfohlen, die Risikoberichterstattung an den Vorstand in die vierteljährlichen Managementreportings aufzunehmen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, eine umfassende Analyse aufgrund des damit verbundenen Aufwands und der nur sehr geringen kurzzeitigen Änderungen der Top-Risiken auf jährlicher Basis durchzuführen. Die Veranlagungs-/Finanzrisiken würden durch externe Experten viermal pro Jahr analysiert und vom Vorstand dem Aufsichtsrat berichtet.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Risikoberichterstattung Bestandteil des Management Reviews des zweiten Quartals (jeweils im Monat August des laufenden Jahres) war. Eine Risikoidentifikation und -bewertung nahm die Münze jährlich (zur Jahresmitte) vor. Im überprüften Zeitraum 2013 bis 2014 kam es zu keinen wesentlichen, insbesondere kurzfristigen, Veränderungen in der Struktur der Hauptrisiken.

Externe Experten führten bis zu viermal jährlich ein Veranlagungscontrolling (siehe TZ 21) durch, über dessen Ergebnisse der Vorstand im Aufsichtsrat berichtete.

- 10.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die Risikoberichterstattung an den Vorstand in die vierteljährlichen Managementreportings aufzunehmen, teilweise um, indem die vierteljährlich extern erstellten Risikocontrollingberichte vom Vorstand behandelt wurden und dieser eine inhaltliche Information an den Aufsichtsrat gab. Eine vierteljähr-

Risikomanagement

liche Berichterstattung in den quartalsmäßig stattfindenden Management Reviews unterblieb, weil die Münze die Risikoidentifikation und -bewertung einmal jährlich (zur Jahresmitte) vornahm.

Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, über sich kurzfristig abzeichnende Änderungen der Risikosituation im Rahmen des Managementreportings vierteljährlich zu berichten.

10.3 *Laut Stellungnahme der Münze werde eine umfassende Analyse der TOP-Risiken aufgrund des damit verbundenen Aufwands und der – wie auch durch den RH festgestellten – nur unwesentlichen kurzzeitigen Änderungen auf jährlicher Basis durchgeführt und durch den Vorstand behandelt.*

10.4 Der RH entgegnete der Münze, dass kurzfristige Änderungen der Risikosituation nicht ausschließbar waren. Er hielt daher seine Empfehlung über sich kurzfristig abzeichnende Änderungen der Risikosituation im Rahmen des Managementreportings vierteljährlich zu berichten, aufrecht.

11.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 9) empfohlen, hinsichtlich der Hauptrisiken eine durchgängige, strukturierte und umfassende Berichterstattung an den Aufsichtsrat und die OeNB einzuführen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine regelmäßige Berichterstattung der Hauptrisiken sowie der Veranlagungsrisiken an den Aufsichtsrat und den Unterausschuss des Generalrats der OeNB erfolge. Eine weitere Detaillierung des Reportingwesens werde gemeinsam mit der Beteiligungsverwaltung der OeNB erarbeitet.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze dem Aufsichtsrat im September 2013 und 2014 über die Entwicklung der Haupt- und Nebenrisiken und des Risikomanagements Bericht erstattete. Ebenso berichtete die Münze an den Unterausschuss des Generalrats der OeNB über die Entwicklung der Haupt- und Nebenrisiken und das Risikomanagement im Jänner 2014 und 2015. Die Berichte gingen jeweils auf die konkreten Veränderungen der Risikosituation sowie auf von der Münze getroffene Maßnahmen ein. In Abstimmung mit der Beteiligungsverwaltung der OeNB nahm die Münze eine Überarbeitung des Risikoreportings vor.



Münze Österreich Aktiengesellschaft; Follow-up-Überprüfung

- 11.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH, hinsichtlich der Hauptrisiken eine durchgängige, strukturierte und umfassende Berichterstattung an den Aufsichtsrat und die OeNB einzuführen, somit um.

Organisation

- 12.1** (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 10) empfohlen, eine Übereinstimmung der in der Funktionsmatrix und im Organigramm angeführten Funktionen (auf erster und zweiter organisatorischer Ebene) herzustellen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung nachgekommen zu sein.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze sowohl das Organigramm als auch die Funktionsmatrix anpasste. Eine laufende Anpassung des Organigramms und der Funktionsmatrix erfolgte bei Änderung der Personalstruktur. Die letzte Änderung des Organigramms gab der Vorstand der Münze am 7. Oktober 2014 frei. Aus dem Organigramm waren die jeweiligen Bereichs- und Abteilungsleiter ersichtlich. Die Funktionsmatrix (Stichtag 1. Juni 2015) stimmte mit den im Organigramm angeführten Funktionen überein.

- 12.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH, eine Übereinstimmung der in der Funktionsmatrix und im Organigramm angeführten Funktionen herzustellen, um, indem sie die im Vorbericht festgestellten Unterschiede zwischen Organigramm (mangelnde Erkennbarkeit der in zweiter Ebene dargestellten Aufgabengebiete als Abteilungen oder als Bereiche) und Funktionsmatrix beseitigte.

Vorstand

Vorstandsverträge

- 13.1** (1) Der RH hatte der OeNB in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, die Auszahlung von Remunerationen und Prämien an Mitglieder des Vorstands entsprechend dem Beschluss vom Personalausschuss vom Juli 2010 und Oktober 2011 an die Erreichung von im Vorhinein vereinbarten Zielen zu knüpfen. Dabei wären im Sinne der Nachhaltigkeit auch langfristige Ziele zu definieren und eine Gewichtung der Ziele vorzunehmen.

(2) Die OeNB hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, schriftliche Zielvereinbarungen für 2014 erarbeitet zu haben, die eine Gewichtung der Ziele sowie eine klare Definition der Zielerreichungsgrade enthielten. Ebenso seien auch Ziele definiert worden, die einen mehrjährigen Aspekt aufweisen würden. Eine Evaluierung und laufende Wei-

Vorstand

terentwicklung des Zielsystems entsprechend den Best Practices sei vorgesehen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Personalausschuss des Aufsichtsrats der Münze im Juni 2014 den Zielvereinbarungen für das Geschäftsjahr 2014 für die beiden Mitglieder des Vorstands der Münze zugestimmt hatte. Die Zustimmung zur Zielvereinbarung für das Geschäftsjahr 2015 erfolgte im Dezember 2014.

Die in den Vereinbarungen 2014 und 2015 enthaltenen Ziele waren als Finanz- und Prozessziele ausgestaltet. Darüber hinaus vereinbarte der Aufsichtsrat der Münze mit jedem Vorstand Individualziele (z.B. Erreichung positiver Deckungsbeiträge in zugeordneten Geschäftsfeldern). Ein Aspekt der Mehrjährigkeit war sowohl in den Finanzzielen (z.B. nachhaltige Steigerung der operativen Effizienz; nachhaltige Verbesserung der Ertrags-/Risikorelation) als auch in den Prozesszielen (z.B. Konzern-Mehrjahresplanung, Konzerntreasury, Konzernrevision) enthalten. Die jeweiligen Ziele waren qualitativ oder quantitativ beschrieben und hinsichtlich der einzelnen (dreistufig: kleiner 80 %, 80 % und 100 %) und gesamthaften (Gewichtung pro Ziel in %) Zielerreichung jeweils gewichtet.

13.2 Die OeNB setzte die Empfehlung des RH um, die Auszahlung von Remunerationen und Prämien an Mitglieder des Vorstands an die Erreichung von im Vorhinein vereinbarten Zielen zu knüpfen sowie im Sinne der Nachhaltigkeit auch langfristige Ziele zu definieren und eine Gewichtung der Ziele vorzunehmen. Zwar kam die Zielvereinbarung 2014 erst mit Zustimmung des Personalausschusses des Aufsichtsrats der Münze im Juni 2014 zustande, jedoch erfolgte der Abschluss jener für 2015 bereits im Dezember 2014. Die in den Vereinbarungen enthaltenen Ziele sahen sowohl auf Finanz- als auch auf Prozessebene mehrjährige Aspekte vor. Eine Gewichtung hinsichtlich einzelner und gesamthafter Zielerreichung lag vor.

14.1 (1) Der RH hatte der OeNB in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, sowohl Zielvereinbarungen bei der Gewährung von Remunerationen und Prämien an Vorstandsmitglieder als auch die Bewertung der Zielerreichung schriftlich zu dokumentieren und die Vergütungen aus Transparenzgründen in einem Corporate Governance-Bericht offenzulegen.

(2) Die OeNB hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, bei den Zielvereinbarungen für die Vorstände für das Geschäftsjahr 2014 als auch für die Bewertung der Zielerreichung betreffend das Jahr 2013 auf eine ent-

sprechende Dokumentation geachtet zu haben. Hinsichtlich der Offenlegung der Bezüge sei aufgrund der geplanten Umsetzung des Bundes-Public Corporate Governance Kodex ab 2015 eine Berichterstattung gegeben. Gemäß den Regeln des Kodex sei auch eine Veröffentlichung vorgesehen. Dies bedürfe jedoch der Zustimmung des Vorstands.

(3) (a) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Personalausschuss des Aufsichtsrats der Münze im Dezember 2013 mit dem Vorstand der Münze vereinbarte, dass dieser seine Sichtweise betreffend den Grad der Zielerreichung schriftlich darlegte und begründete. Die Mitglieder des Personalausschusses behandelten und hinterfragten im Juli 2014 unter Beiziehung der Vorstände die im Juni 2014 dem Personalausschuss dargelegte Begründung zur Zielerreichung 2013. Im Anschluss daran erfolgte die Beschlussfassung zur Gewährung der Prämien für eine 100 %ige Zielerreichung.

Der Vorstand der Münze übermittelte dem Personalausschuss im Juni 2015 seine Einschätzung der Zielerreichung 2014. Die Abteilung Beteiligungs- und Zahlungsverkehrssteuerung der OeNB überprüfte die Einschätzungen des Vorstands und gab eine Empfehlung zum Grad der Zielerreichung an den Personalausschuss ab. Dieser behandelte und hinterfragte im Juni 2015 unter Beiziehung der Vorstände die Zielerreichung 2014. Im Anschluss daran erfolgte die Beschlussfassung zur Gewährung der Prämien für eine 100 %ige Zielerreichung.

Die Beteiligungsverwaltung der OeNB dokumentierte die Zielvereinbarung, die Bewertung der Zielerreichung (Protokolle des Personalausschusses) sowie die Verständigung der Vorstände über den Beschluss des Personalausschusses.

(b) In den Zielvereinbarungen der Vorstände der Münze war als ein Prozessziel die Implementierung des Bundes-Public Corporate Governance Kodex enthalten. Der Vorstand legte dem Aufsichtsrat im Juni 2015 einen Bundes-Public Corporate Governance Kodex-Bericht vor. Dieser stellte die Vergütungen der Geschäftsführung und der Mitglieder des Überwachungsorgans (Aufsichtsrat) dar.

14.2 Die OeNB setzte die Empfehlung des RH, sowohl Zielvereinbarungen bei der Gewährung von Remunerationen und Prämien an Vorstandsmitglieder als auch die Bewertung der Zielerreichung schriftlich zu dokumentieren und die Vergütungen aus Transparenzgründen in einem Corporate Governance-Bericht offenzulegen, um. Dies deshalb, weil die Zielvereinbarungen, die Beurteilung des Zielerreichungsgrads und die entsprechenden Beschlüsse des Personalausschusses dokumentiert waren. Darüber hinaus enthielt der Bundes-Public Corporate

Vorstand

Governance Kodex-Bericht der Münze Angaben zu Vergütungen der Geschäftsführung und der Mitglieder des Überwachungsorgans.

Interne Revision

15.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 17) empfohlen, die Ergebnisse der Prüfungen der Internen Revision dem Aufsichtsrat zur Kenntnis zu bringen und dabei gewonnenes Verbesserungspotenzial umgehend umzusetzen.

(2) Die Münze hatte dies im Nachfrageverfahren zugesagt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Interne Revision der Münze dem Prüfungsausschuss des Aufsichtsrats im Dezember 2013 und November 2014 über die Prüfungsfeststellungen und deren Umsetzungsstand Bericht erstattete. Ebenso umfassten die Berichte Aussagen zum Internen Kontrollsystem der Münze sowie zur Goldrevision.

Die Prüfungen der Internen Revision führten zu risikoklassifizierten (niedrig, mittel, hoch) Feststellungen und daran anknüpfenden Empfehlungen. Für sämtliche Empfehlungen, die nach Vorstands freigabe des Berichts der Internen Revision umzusetzen waren, vereinbarte die Interne Revision mit dem Management der Münze zentrale Umsetzungsverantwortliche und Umsetzungstermine. Die Interne Revision überwachte die Umsetzung der Empfehlungen (Plausibilisierung der Umsetzungsmeldungen, Follow-up-Prüfungen).

Der termingerechte Umsetzungsgrad der seit 2012 abgegebenen Empfehlungen lag im Dezember 2014 bei rd. 68 %. Innerhalb der festgesetzten Umsetzungsfrist lagen rd. 18 % der noch offenen Empfehlungen. Zu einer Terminüberschreitung kam es bei rd. 12 % der Empfehlungen.

Die Interne Revision zeigte in ihren Berichten Verbesserungspotenzial u.a. in den Bereichen der Tochterunternehmen, Prozessidentifikation und -dokumentation, Kreditkarten, Beschaffung sowie Vertragsmanagement auf.

15.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, die Ergebnisse der Prüfungen der Internen Revision dem Aufsichtsrat zur Kenntnis zu bringen und dabei gewonnenes Verbesserungspotenzial zu realisieren. Dies insbesondere deshalb, weil die Interne Revision dem Prüfungsausschuss des Aufsichtsrats jährlich Bericht erstattete sowie die Umsetzung der Empfehlungen und damit auch des Verbesserungspotenzials überwachte. Der termingerechte Umsetzungsgrad lag im Dezember 2014 bei rd. 68 %; innerhalb der festgesetzten Umsetzungsfrist lagen weitere rd. 18 % der noch offenen Empfehlungen.



Münze Österreich Aktiengesellschaft; Follow-up-Überprüfung

Personal-Sonderverträge

16.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 21) empfohlen, die Auszahlung der Prämien entsprechend den Regelungen in den Sonderverträgen vom Grad der Erreichung der im Vorhinein vereinbarten gewichteten Ziele abhängig zu machen und dies schriftlich zu dokumentieren.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Empfehlung des RH umgesetzt zu haben. Ein schriftlicher Nachweis werde in der Personalstelle als Grundlage für die Auszahlung archiviert. Darüber hinaus werde das System entsprechend den modernen Managementpraktiken laufend weiterentwickelt werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Vorstand der Münze Zielvereinbarungen mit den – mittels Sondervertrags angestellten – Mitarbeitern der Münze im Rahmen von Mitarbeitergesprächen vor Beginn des Beurteilungszeitraums (2014: im Zeitraum Oktober bis November 2013; 2015: im Zeitraum Oktober bis Dezember 2014) abschloss.

Die Vereinbarungen enthielten (der jeweiligen organisatorischen Aufgabenstellung entsprechend) Finanz-, Prozess-, Kunden- sowie Lern- bzw. Innovationsziele. Die jeweiligen Zielebenen waren qualitativ oder quantitativ beschrieben und hinsichtlich der einzelnen (dreistufig: kleiner als 80 %, 80 % und 100 %) und gesamthaften (Gewichtung pro Ziel in %) Zielerreichung jeweils gewichtet.

Die Zielbewertung durch den Vorstand erfolgte in Abhängigkeit der Erreichung quantitativer Zielgrößen bzw. Erfüllung qualitativer Kriterien. Eine Dokumentation samt entsprechender Begründung lag in der Personalstelle vor. Die Auszahlung der Prämien für die Zielerreichung 2013 nahm die Personalstelle auf Grundlage des Vorstandsbeschlusses vom September 2014 vor. Die Auszahlungshöhe entsprach dem Grad der Zielerreichung.

16.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH somit um.

Wirtschaftliche Entwicklung

Strategische
Geschäftsfelder

Überblick

17.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 26) empfohlen, Maßnahmen zur Verbesserung der Deckungsbeiträge zu setzen und gegebenenfalls auch die Fortführung einiger strategischer Geschäftsfelder zu hinterfragen.

Wirtschaftliche Entwicklung

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass – ergänzend zu einer Vielzahl an Detailmaßnahmen – ein umfassendes „Lean Production“-Projekt zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung in der Produktion mit dem Ziel, den Fertigungskostenindex zu senken, durchgeführt worden sei. Zudem seien eine externe Evaluierung des Vertriebs- und Versandprozesses durchgeführt und Optimierungspotenziale aufgezeigt worden.

Empfehlungen aus dem „Lean Production“-Projekt bzw. der Evaluierung des Vertriebs- und Versandprozesses seien in Form von Maßnahmenpaketen an die operativen Einheiten übergeben worden und befänden sich in Umsetzung bzw. seien großteils bereits umgesetzt. Darüber hinaus sei mit dem Eigentümer eine Analyse der strategischen Geschäftsfelder durchgeführt worden.

(3) (a) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze Detailmaßnahmen und ein „Lean Production“-Projekt¹ durchgeführt, ein Beratungsunternehmen mit der Evaluierung des Vertriebs- und Versandprozesses beauftragt und in Kooperation mit einer österreichischen Forschungsorganisation ein Projekt zur Effizienzsteigerung der Kommissionier- und Versandprozesse für das B2C-Geschäft („Business-to-Consumer“) durchgeführt hatte.

Die Münze setzte zur Verbesserung der Deckungsbeiträge Detailmaßnahmen (u.a. Anpassung der Verpackungseinheiten in der Produktion zur Vermeidung von Umverpackungen bei der Kommissionierung, Reduktion des Mittelgewichts bei Silberunzen zur Einsparung der benötigten Silberbestände).

Im Fokus des im Zeitraum Mai 2013 bis Dezember 2013 durchgeführten „Lean Production“-Projekts stand eine Analyse der Wertströme für die Produkte der strategischen Geschäftsfelder (SGF).² Das Projekt war auf die Identifikation von möglichen Maßnahmen zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung in der Produktion und Senkung des Fertigungskostenindex ausgerichtet. Die durchgeführte Analyse resultierte in 89 Maßnahmenpaketen (z.B. Umstellen der Lieferfrequenz, Änderung der Containergrößen), die zur Zeit der Follow-up-Überprüfung zum Teil noch nicht umgesetzt waren.

¹ Unter „Lean Production“ ist der sowohl sparsame als auch zeiteffiziente Einsatz der Produktionsfaktoren Betriebsmittel, Personal, Werkstoffe, Planung und Organisation im Rahmen aller Unternehmensaktivitäten zu verstehen.

² „Euro-Umlaufmünzen“ (SGF 1), „Gold- und Silberanlageprodukte“ (SGF 3) und „Kleinserien, Handelsware“ (SGF 4)

Die im Rahmen des Projekts „Vertrieboptimierung“ von einem internationalen Beratungs- und IT-Dienstleistungsunternehmen im Jahr 2014 durchgeführte Evaluierung des Vertriebs- und Versandprozesses mündete in 49 Arbeitspakete³. Bis zum Abschluss des Projekts im Jänner 2015 setzte die Münze 37 dieser 49 Arbeitspakete um.⁴ Inwieweit die Maßnahmen zu einer messbaren Optimierung des Vertriebs- und Versandprozesses bzw. zur Senkung der Vertriebs- und Versandkosten beitragen werden, war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht ersichtlich.

Ein Projekt zur Effizienzsteigerung der Kommissionier- und Versandprozesse für das B2C-Geschäft⁵ („Business-to-Consumer“) durch eine österreichische Forschungsorganisation umfasste

- eine strukturierte Analyse der Kommissionier- und Versandprozesse sowie
- die Entwicklung eines Stufenplans für Maßnahmen zur Effizienzsteigerung,

um mit den bestehenden Personalressourcen eine schnellere Abwicklung der eingehenden Kundenaufträge zu erreichen. Die Umsetzung dieser Maßnahmen stand per Ende Juni 2015 noch aus.

Die von der Münze geplanten und gesetzten Maßnahmen zielten auf Effizienz- und Effektivitätssteigerung, Prozessoptimierung bzw. auf Senkung der Vertriebs- und Versandkosten ab. Sie waren damit grundsätzlich zur Verbesserung der Deckungsbeiträge geeignet. Eine abschließende Beurteilung der Auswirkungen der Maßnahmen auf die Verbesserung der Deckungsbeiträge war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aufgrund der verzögerten Wirkung und der teilweise noch ausstehenden Umsetzung noch nicht möglich.

³ Die Arbeitspakete umfassten u.a. Führung von Kundenstammdaten, Protokoll- und Kassabuchgenerierung aus EDV-Buchhaltung, Anpassung für Erlagscheinformat, Einrichtung eines Händlerbereichs im Webshop, Geschenklieferungen bei abweichender Rechnungsadresse.

⁴ Die verbleibenden zwölf Arbeitspakete wurden an Fachabteilungen zur anschließenden Umsetzung übergeben.

⁵ Das B2C-Geschäft („Business-to-Consumer“) umfasste die direkten Geschäftsbeziehungen der Münze mit Konsumenten (z.B. durch den Online-Shop). Das Wachstum im B2C-Geschäft führte zunehmend zu Engpässen, welche die Münze besonders im Hinblick auf saisonale Spitzenzeiten (z.B. Weihnachten) als kritisch einstufte.

Wirtschaftliche Entwicklung

(b) Die Münze war ihren Produktgruppen entsprechend in sechs strategische Geschäftsfelder⁶ unterteilt. Maßgeblich für die Entscheidung der Münze über eine Fortführung ihrer sechs strategischen Geschäftsfelder war ein positiver Deckungsbeitrag⁷ nach Herstellkosten.⁸

Der von der Münze im Zeitraum 2011 bis 2014 ermittelte Deckungsbeitrag nach Herstellkosten war beim SGF 6 negativ. Bei den SGF 1 bis 5 war er positiv, wie auch eine im Jahr 2014 von der Münze durchgeführte und dem Aufsichtsrat präsentierte Sensitivitätsanalyse (siehe TZ 18) ergab. Darüber hinaus erwartete die Münze bei einer Einstellung einzelner SGF auch eine schlechtere Auslastung der Produktionsanlagen und damit höhere Stückkosten für die Produkte der verbleibenden SGF. Darauf basierend entschied sich die Münze zur Fortführung aller SGF.

Die von der Münze im Zeitraum 2011 bis 2014 ermittelten Deckungsbeiträge nach Vollkosten der SGF 4, 5 und 6 waren negativ. Den positiven Gesamtdeckungsbeitrag nach Vollkosten, den die Münze jedes Jahr erreichte, ermöglichten die positiven Deckungsbeiträge nach Vollkosten der SGF 1, 2 und 3.

- 17.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH teilweise um, Maßnahmen zur Verbesserung der Deckungsbeiträge zu setzen und gegebenenfalls auch die Fortführung einiger strategischer Geschäftsfelder zu hinterfragen.

Die von der Münze geplanten und zum Teil bereits ergriffenen Maßnahmen schienen grundsätzlich geeignet, die Deckungsbeiträge zu verbessern. Der RH wies aber darauf hin, dass die tatsächliche Auswirkung dieser Maßnahmen auf die Deckungsbeiträge noch nicht ersichtlich und messbar war.

Die Münze hinterfragte auch die Fortführung einiger strategischer Geschäftsfelder. Aufgrund der positiven Deckungsbeiträge nach Herstellkosten bei fünf der sechs strategischen Geschäftsfelder sowie der Erwartung einer schlechteren Auslastung der Produktionsanlagen und höherer Stückkosten bei den verbleibenden Produkten im Fall der Ein-

⁶ „Euro-Umlaufmünzen“ (SGF 1), „Sammlermünzen“ (SGF 2), „Gold- und Silberanlageprodukte“ (SGF 3), „Kleinserien, Handelsware“ (SGF 4), „Auftragsleistungen“ (SGF 5) und „Altsilber, Rohstoffe und Vorproduktion“ (SGF 6)

⁷ Wie im Vorbericht werden auch in diesem Bericht die Deckungsbeiträge zur Wahrung von wettbewerbsrelevanten Betriebsgeheimnissen nicht ausgewiesen.

⁸ Dieser Deckungsbeitrag berücksichtigte nicht die Gemeinkosten (nicht direkt zurechenbar; Umlage über festgelegte Schlüssel wie z.B. Prozent- oder Verrechnungssätze) für Verwaltung und Vertrieb sowie für Forschung und Entwicklung. Im Gegensatz dazu berücksichtigte der Deckungsbeitrag nach Vollkosten auch diese Kosten.

stellung von strategischen Geschäftsfeldern traf die Münze die Entscheidung, alle strategischen Geschäftsfelder fortzuführen.

Der RH wies – wie bereits in seinem Vorbericht – darauf hin, dass unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten langfristig die Vollkosten zu beachten sind und dass die strategischen Geschäftsfelder 4, 5 und 6 weiterhin negative Deckungsbeiträge nach Vollkosten aufwiesen. Inwieweit die von der Münze geplanten und zum Teil bereits ergriffenen Maßnahmen ausreichen werden, um bei allen strategischen Geschäftsfeldern einen positiven Deckungsbeitrag nach Vollkosten zu erreichen, war zur Zeit der Follow-up-Überprüfung nicht abschätzbar.

Der RH empfahl daher der Münze, die geplanten Maßnahmen konsequent umzusetzen und deren Auswirkungen auf die Deckungsbeiträge nach Vollkosten zu ermitteln.

- 17.3** (a) Die Münze teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass messbare positive Auswirkungen von Maßnahmen anhand von an den RH übermittelten Beispielen dargestellt worden seien (z.B. Reduktion der Silberleihe (direkt messbar und monetär bewertbar), Verkürzung von Umrüstzeiten bei Schlüsselmaschinen und dadurch höhere Maschinenverfügbarkeit (direkt messbar und monetär bewertbar)). Eine Würdigung dieser Daten durch den RH sei unterblieben.

(b) Laut Stellungnahme der Münze basiere ihre Strategie auf vier Hauptgeschäftsfeldern (Umlaufmünzen, Anlageprodukte, Sammlermünzen, Auftragsfertigung), um einen gegenseitigen Ausgleich bei Auslastungsschwankungen in einem oder mehreren der Geschäftsfelder zu erzielen. Im Rahmen einer Geschäftsfeldanalyse sei auf Basis des Geschäftsjahres 2013 festgestellt worden, dass der Wegfall einzelner bzw. mehrerer Geschäftsfelder eine Verschlechterung des Jahresergebnisses (und somit der Summe aller Deckungsbeiträge nach Vollkosten) bewirke. Jene drei Geschäftsfelder, die keine Vollkostendeckung erreichten, würden einen positiven Ergebnisbeitrag von ca. 3 Mio. EUR bis 4 Mio. EUR pro Jahr liefern. Der Grund hierfür bestehe in einer besseren Kapazitätsauslastung und in der Folge einer entsprechenden Fixkostendegression.

Auf Basis der bereits eingeleiteten Maßnahmen werde an einer Verbesserung der Vollkostendeckung gearbeitet.

- 17.4** (a) Der RH entgegnete der Münze, dass er auch die von der Münze in ihrer Stellungnahme angeführten Maßnahmen insofern gewürdigt hatte, als sie ihm grundsätzlich geeignet erschienen, die Deckungsbeiträge zu verbessern (siehe TZ 17.2). Der RH wies aber erneut darauf hin, dass die gesamthafte Auswirkung der von der Münze geplanten

Wirtschaftliche Entwicklung

und ergriffenen Maßnahmen zur Zeit der Gebahrungsüberprüfung noch nicht endgültig ersichtlich und messbar gewesen war.

(b) Die Stellungnahme der Münze bestätigte die Feststellungen des RH, wonach die Münze bei einer Einstellung einzelner strategischer Geschäftsfelder auch eine schlechtere Auslastung der Produktionsanlagen und damit höhere Stückkosten für die Produkte der verbleibenden strategischen Geschäftsfelder erwartete.

Der RH begrüßte die Zusage der Umsetzung seiner Empfehlung.

Stresstest – wirtschaftliche Bedeutung des Strategischen Geschäftsfelds 1

18.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 29) empfohlen, einen Stresstest über ihre Überlebensfähigkeit bei einem wesentlichen Rückgang der Nachfrage nach Euro-Umlaufmünzen und einer durchschnittlichen Geschäftsentwicklung – etwa entsprechend den im überprüften Zeitraum 2006 bis 2010 verwendeten Planwerten – in den anderen strategischen Geschäftsfeldern durchzuführen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass Stresstests über die Überlebensfähigkeit der Münze bei einem wesentlichen Rückgang der Nachfrage nach Euro-Umlaufmünzen und einer durchschnittlichen Geschäftsentwicklung durchgeführt und dem Aufsichtsrat zur Kenntnis gebracht worden seien.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze sowohl einen Stresstest als auch eine Sensitivitätsanalyse ihres Geschäftsmodells vorgenommen hatte. So führte die Münze im Jahr 2013 einen Stresstest durch, dessen Ziel die Ermittlung der Auswirkungen verschiedener Stressszenarien auf das Betriebsergebnis der Münze war. Das Betriebsergebnis dieses Ausgangsszenarios betrug 32 Mio. EUR (Planwerte 2013).

Die nachfolgende Tabelle weist das Ausgangsszenario und die fünf Stressszenarien sowie das jeweils ermittelte Betriebsergebnis aus:

Tabelle 1: Stresstest der Münze		
Szenario	Definition des Szenarios	Betriebsergebnis
		in Mio. EUR
Ausgangsszenario	Planwerte für das Jahr 2013	32,0
Szenario 1	Wegfall der Nachfrage nach 1- und 2-Euro-Umlaufmünzen sowie nach 1- und 2-Cent-Umlaufmünzen	- 2,5
Szenario 2	Rückgang der Nachfrage nach Anlagemünzen um 50 %	25,7
Szenario 3	Rückgang der Nachfrage nach Sammlermünzen um 50 %	24,5
Szenario 4	Rückgang der Nachfrage nach Anlagemünzen und Sammlermünzen um jeweils 50 % (Kombination der Szenarien 2 und 3)	18,2
Szenario 5	Rückgang der Nachfrage nach Sammlermünzen um 50 % und Wegfall der Nachfrage nach 1- und 2-Cent-Umlaufmünzen	- 1,0

Quelle: Münze

Der durchgeführte Stresstest zeigte beim Szenario 1, das zu einer Senkung des Betriebsergebnisses auf rd. -2,5 Mio. EUR führte, die größten Auswirkungen auf das Betriebsergebnis der Münze und bestätigte die große wirtschaftliche Bedeutung des SGF 1 (Euro-Umlaufmünzen) für die Münze.

Der Vorstand der Münze präsentierte dem Aufsichtsrat der Münze die Ergebnisse des Stresstests in der Aufsichtsratssitzung vom September 2013 und wies darauf hin, dass aus seiner Sicht das Geschäftsmodell der Münze gegenüber kurzfristigen Krisen stabil aufgestellt sei, aber kumulativen negativen Entwicklungen nicht standhalten könne. Der Aufsichtsrat nahm die Ergebnisse zur Kenntnis und hielt die geplante Berücksichtigung des Stresstests bei der anstehenden Formulierung der „Strategie 2013 – 2017“ fest.

Die Münze berücksichtigte die Ergebnisse des Stresstests in ihrer „Strategie 2013 – 2017“. So beinhaltete die „Strategie 2013 – 2017“ die Einführung einer 5-Euro-Umlaufmünze als langfristiges Ziel sowie die Prüfung der Aufnahme neuer Produkte und Dienstleistungen (z.B. neue Metallprodukte oder das Goldlagergeschäft), um marktbedingten Schwankungen besser begegnen zu können.

Im Jahr 2014 nahm die Münze eine Sensitivitätsanalyse ihres Geschäftsmodells vor. Die Münze zog ihre Geschäftsmodelle 2013 und 2014 als Ausgangsszenarien heran. Auf Basis dieser beiden Geschäftsmodelle und in jeweils acht Szenarien analysierte die Münze die Auswirkungen der Einstellung einzelner oder mehrerer strategischer Geschäftsfelder

Wirtschaftliche Entwicklung

sowie weiterer Szenarien (etwa Einführung des Euro-Poolings⁹) auf das Jahresergebnis der Münze.

Wie der im Jahr 2013 durchgeführte Stresstest zeigte auch die Sensitivitätsanalyse die große wirtschaftliche Bedeutung des SGF 1 (Euro-Umlaufmünzen) für die Münze. Beim Szenario der Einstellung aller anderen strategischen Geschäftsfelder betrug das Jahresergebnis rd. 77,4 % des Wertes im Geschäftsmodell 2013 und 101,8 % des Wertes im Geschäftsmodell 2014. Der Unterschied zwischen den beiden Werten (77,4 % bzw. 101,8 %) resultierte aus den im Geschäftsmodell 2014 im Vergleich zum Geschäftsmodell 2013 höheren Rohertragsanteilen und niedrigeren Kostenanteilen des SGF 1.

Die Sensitivitätsanalyse machte auch das mit einem eventuellen Euro-Pooling verbundene wirtschaftliche Risiko für die Münze deutlich. Bei diesem Szenario sank das Jahresergebnis auf rd. 65,2 % des Wertes im Geschäftsmodell 2013 bzw. auf rd. 66,1 % des Wertes im Geschäftsmodell 2014. Dieser Rückgang beim Jahresergebnis resultierte aus der angenommenen deutlichen Reduktion bei der Produktion und beim Absatz von Euro-Umlaufmünzen im Fall eines Euro-Poolings. Bezogen auf den Euro-Raum wies die Münze zur Zeit der Sensitivitätsanalyse einen Produktionsanteil von rd. 11 % bei den Euro-Umlaufmünzen auf.

Gemäß den Angaben der Münze wäre bei der Realisierung des Euro-Poolings der rd. 2,8 % betragende Kapitalschlüssel der OeNB bei der Europäischen Zentralbank eine mögliche Basis für den auf die Münze entfallenden Produktionsanteil.¹⁰ Ein derartiger Rückgang bei der Produktion und in weiterer Folge beim Absatz der Euro-Umlaufmünzen wäre laut Münze nur in Jahren mit hohem Umsatz bei den Gold- und Silberanlageprodukten verkraftbar bzw. müsste durch ein hohes Finanzergebnis kompensiert werden.

- 18.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, einen Stresstest über ihre Überlebensfähigkeit bei einem wesentlichen Rückgang der Nachfrage nach Euro-Umlaufmünzen und einer durchschnittlichen Geschäftsentwicklung in den anderen strategischen Geschäftsfeldern durchzuführen, indem sie im Jahr 2013 einen Stresstest und im Jahr 2014 eine weiterführende Sensitivitätsanalyse ihres Geschäftsmodells vornahm.

⁹ Bei einem – bisher nicht realisierten – Euro-Pooling würde auf EU-Ebene (etwa durch die Europäische Zentralbank) geregelt werden, in welchem Ausmaß die einzelnen Euro-Länder Euro-Umlaufmünzen prägen dürfen.

¹⁰ Der Kapitalschlüssel ist der Anteil der einzelnen nationalen Zentralbanken (NZB) der EU am Kapital der Europäischen Zentralbank.

Strategisches Geschäftsfeld 3 – Gold- und Silberanlageprodukte

19.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, auf einer betriebswirtschaftlichen Analyse basierende Maßnahmen zur ausreichenden Senkung der Kosten und zur Steigerung der Effizienz bei den Gold- und Silberanlageprodukten zu ergreifen, um auch in Wirtschaftsjahren mit geringeren Absatzmengen sowie Gold- und Silberpreisen bzw. wettbewerbsbedingt gesenkten Aufschlägen positive Deckungsbeiträge zu erwirtschaften.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass – ergänzend zu einer Vielzahl an Detailmaßnahmen – ein umfassendes „Lean Production“-Projekt zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung in der Produktion mit dem Ziel, den Fertigungskostenindex zu senken, durchgeführt worden sei. Zudem seien eine externe Evaluierung des Vertriebs- und Versandprozesses durchgeführt und Optimierungspotenziale aufgezeigt worden. Empfehlungen aus dem „Lean Production“-Projekt bzw. der Evaluierung des Vertriebs- und Versandprozesses seien in Form von Maßnahmenpaketen an die operativen Einheiten übergeben worden und befänden sich in Umsetzung bzw. seien großteils bereits umgesetzt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze Detailmaßnahmen (siehe TZ 17) gesetzt und ein „Lean Production“-Projekt zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung in der Produktion und zur Senkung des Fertigungskostenindex durchgeführt, ein Beratungsunternehmen mit der Evaluierung des Vertriebs- und Versandprozesses beauftragt und in Kooperation mit einer österreichischen Forschungsorganisation ein Projekt zur Effizienzsteigerung der Kommissionier- und Versandprozesse für das B2C-Geschäft durchgeführt hatte.

Diese Maßnahmen waren nicht nur auf die Gold- und Silberanlageprodukte ausgerichtet, sondern betrafen auch die anderen strategischen Geschäftsfelder, weil sowohl die Produktionsanlagen als auch die Vertriebsprozesse für Produkte aus verschiedenen strategischen Geschäftsfeldern bestimmt waren.

19.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, auf einer betriebswirtschaftlichen Analyse basierende Maßnahmen zur ausreichenden Senkung der Kosten und zur Steigerung der Effizienz bei den Gold- und Silberanlageprodukten zu ergreifen, teilweise um. Die von der Münze geplanten und zum Teil bereits ergriffenen Maßnahmen schienen grundsätzlich geeignet, eine ausreichende Senkung der Kosten und eine Steigerung der Effizienz zu erreichen. Der RH wies aber darauf hin, dass die tatsächliche Auswirkung dieser Maßnahmen auf die Kosten und Effizi-

Wirtschaftliche Entwicklung

enz der Münze jedoch noch nicht ersichtlich und daher nicht messbar war.

19.3 *Die Münze teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass messbare positive Auswirkungen von Maßnahmen anhand von an den RH übermittelten Beispielen dargestellt worden seien (z.B. Reduktion der Silberleihe (direkt messbar und monetär bewertbar), Verkürzung von Umrüstzeiten bei Schlüsselmaschinen und dadurch höhere Maschinenverfügbarkeit (direkt messbar und monetär bewertbar)). Eine Würdigung dieser Daten durch den RH sei unterblieben.*

19.4 Der RH entgegnete der Münze, dass er auch die von der Münze in ihrer Stellungnahme angeführten Maßnahmen insofern gewürdigt hatte als sie ihm grundsätzlich geeignet erschienen, die Deckungsbeiträge zu verbessern (siehe TZ 17.2). Der RH wies aber erneut darauf hin, dass die gesamthafte Auswirkung der von der Münze geplanten und ergriffenen Maßnahmen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht endgültig ersichtlich und messbar gewesen war.

Rücklösungsvorsorgen

20.1 (1) Der RH hatte im Vorbericht festgestellt, dass die Münze – zur Erfüllung der gesetzlich vorgesehenen Rücklösungsverpflichtung¹¹ von Scheidemünzen und aus rechnungslegungsrechtlichen Gründen – bis zum Jahr 2010 bilanzielle Vorsorgen in der Höhe von rd. 370 Mio. EUR aufgebaut hatte. Der RH hatte der Münze und der OeNB in seinem Vorbericht (TZ 31) empfohlen, im Zusammenwirken zwischen Münze und OeNB Möglichkeiten zu evaluieren, die – unter Beachtung der Bestimmungen des Scheidemünzengesetzes und der Rechnungslegungsvorschriften – dazu geeignet sind, die finanziellen Mittel nicht in der Münze dauerhaft (in Form von Rücklagen und Rückstellungen) zu binden. Dabei waren insbesondere die Eintrittswahrscheinlichkeit eines Rücklösungsfalles, die Rücklösungsmodalitäten innerhalb des OeNB-Konzerns und die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Münze zu berücksichtigen.

(2) Die Münze wie auch die OeNB hatten im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine Entscheidung zur Bindung von finanziellen Mitteln in Form von Rücklagen und Rückstellungen in der Münze durch den österreichischen Gesetzgeber bereits im Rahmen der Novellierung des Scheidemünzengesetzes vorweggenommen worden sei. Durch diese

¹¹ Unter Rücklösungen waren die Umtauschverpflichtungen der Münze von Euro- und Cent-Münzen, Schilling- und Groschen-Münzen, Sammlermünzen und beschädigten Münzen gegen Banknoten oder andere Scheidemünzen zu verstehen.

Änderung sei die Höhe der Rücklagen für Euro-Rücklösungen sowie die Rückstellung für beschädigte Euro-Münzen mit einem festgelegten Prozentsatz des Münzumschlags beschränkt worden. Ferner sei festgelegt, dass ein sich ergebender Bilanzgewinn zu 90 % dem Aktionär zuzuführen sei.

Darüber hinaus sei eine Arbeitsgruppe zwischen OeNB und Münze eingerichtet worden, um eine gemeinsame Sichtweise in Bezug auf die wesentlichen Annahmen, die Methoden und daraus resultierend die Höhe der erforderlichen Rücklösungsvorsorgen zu entwickeln. Das Resultat dieser Arbeitsgruppe diene als Grundlage für eine nachvollziehbare Berechnung der Rücklösungsvorsorgen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die OeNB und die Münze eine Arbeitsgruppe einrichteten. Diese behandelte die Empfehlung des RH und erarbeitete Parameter für die Berechnung der Höhe der Rücklösungsvorsorgen, die als 4-Szenario-Risikomodell¹² in ein Gutachten zur Bestimmung der Rücklösungsverpflichtung zum 31. Dezember 2014 einfließen.

Der RH stellte weiters fest, dass der Gesetzgeber im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes 2014 eine Änderung des § 3 Scheidemünzengesetz vornahm. Die Änderungen umfassten ein Rückstellungsverbot für Schilling-Silber- und Umlaufmünzen, die Begrenzung der Gewährleistungsrückstellung auf 4 % des Münzumschlags sowie die Begrenzung der Gewinnrücklage auf 30 % des Münzumschlags. Der sich aus der Auflösung der Rückstellungen sowie der Begrenzung der Rücklagen ergebende Bilanzgewinn war zu 90 % an die OeNB abzuführen. Die Gewinnabfuhr des Jahres 2014 betrug 184,82 Mio. EUR.

Die Rücklösungsverpflichtung für Euro-Umlaufmünzen laut Gutachten betrug 510,58 Mio. EUR, die Gewährleistungsrückstellung 33,11 Mio. EUR. Das Gutachten bemaß die Schilling-Rücklösungsverpflichtung mit 86,46 Mio. EUR. Die Münze bildete für das Jahr 2014 eine Gewinnrücklage in Höhe von 417,2 Mio. EUR, die dem gemäß Scheidemünzengesetz zulässigen Höchstausmaß von 30 % des Münzumschlags entsprach. Daraus ergab sich eine Unterdeckung gegenüber dem gutachterlich bestimmten Wert in Höhe von 93,4 Mio. EUR.

Ohne den Bestätigungsvermerk für das Jahr 2014 einzuschränken, wies der Wirtschaftsprüfer ergänzend darauf hin, dass aufgrund der im Jahr 2014 geänderten Gesetzeslage die Rücklösungsverpflichtungen für Scheide- und Gedenkmünzen in Schilling und Euro nicht in der

¹² Die Szenarien umfassten die Einführung eines neuen Zahlungsmittels, Fälschungen, Einführung neuer Banknoten sowie Währungsänderungen.

Wirtschaftliche Entwicklung

Höhe des unternehmensrechtlichen Erfordernisses im Jahresabschluss gebildet werden durften.

- 20.2** Die Münze und die OeNB setzten die Empfehlung des RH um, im Zusammenwirken Möglichkeiten zu evaluieren, die – unter Beachtung der Bestimmungen des Scheidemünzengesetzes und der Rechnungslegungsvorschriften – dazu geeignet sind, die finanziellen Mittel nicht in der Münze dauerhaft (in Form von Rücklagen und Rückstellungen) zu binden, indem sie eine Arbeitsgruppe einsetzten, die Parameter für die Berechnung der Höhe der Rücklösungsvorsorgen erarbeitete.

Der RH wies darauf hin, dass durch die gesetzliche Begrenzung der Gewinnrücklagen zur Rücklösung von Euro-Umlaufmünzen auf 30 % des Münzumlaufs eine Unterdeckung von 93,4 Mio. EUR gegenüber dem gutachterlich festgestellten Wert bestand. Darüber hinaus bewirkte das gesetzliche Rückstellungsverbot für Schilling-Silber- und Umlaufmünzen eine Unterdeckung in Höhe von 86,5 Mio. EUR. Auf diesen Umstand wies auch der Wirtschaftsprüfer der Münze ergänzend im Bestätigungsvermerk für das Jahr 2014 hin.

Der RH hielt fest, dass durch die Gewinnabfuhr an die OeNB in Höhe von 184,82 Mio. EUR bei Eintritt der Risikoverwirklichung des Rücklösungsfalls die Vorsorgen der Münze nicht zur vollständigen Abdeckung der Verpflichtungen ausreichen könnten und von der OeNB Mittel zur Verfügung gestellt werden müssten. Daraus ergäbe sich in letzter Konsequenz eine Schmälerung der Gewinnabfuhr der OeNB an den Bund.

Veranlagung

Berichtswesen

- 21.1** (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 33) empfohlen, ein einheitliches Reporting und Risikoreporting für ihr Portfolio einzuführen, das insbesondere eine Gesamtperformance, Portfoliozusammensetzung, Benchmarks und Risikoerwartungen umfasst, um einen gesamthaften standardisierten Überblick über ihr veranlagtes Vermögen zu erhalten.

(2) Die Münze hatte dies im Nachfrageverfahren zugesagt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass ein externer Experte das Finanzportfolio der Münze drei- (2014) bis viermal (2013) jährlich analysierte. Dabei bezog er das gesamte durch die Münze veranlagte Finanzportfolio ein. Die Berichterstattung bestand aus einem Management Summary sowie einer Langfassung. Die Analyse umfasste die Risikolage der Gesamtveranlagungen, die Zusammensetzung des Asset Mix (u.a. Anleihen, Aktien, Fonds, Gelder) des gesamten Portfolios der Münze mit Bezug zu den jeweiligen Benchmarks sowie Risikokennzahlen.

21.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH somit um.

Veranlagungsentscheidungen

22.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 34) empfohlen, für die Veranlagungsausschüsse der Münze sowie die Veranlagungsentscheidungen betreffend die selbstverwalteten Teile der Veranlagung eine schriftliche Dokumentation einzuführen.

(2) Die Münze hatte dies im Nachfrageverfahren zugesagt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze Veranlagungsausschüsse mit Vertretern der Kapitalanlagegesellschaften, die mit der Verwaltung der Finanzanlagen der Münze beauftragt waren, zumindest zweimal jährlich abhielt. Die Ergebnisse der Veranlagungsausschüsse waren in Protokollform schriftlich dokumentiert. In den Protokollen waren Änderungen oder die Beibehaltung der Anlagepolitik und des Asset Mix sowie Vorgaben des Vorstands der Münze hinsichtlich Terminen zur Erstellung der Rechenschaftsberichte dokumentiert.

22.2 Die Münze setzte somit die Empfehlung des RH um.

Veranlagungsstrategie

23.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 35) empfohlen, eine übergeordnete Veranlagungsstrategie zu erstellen, welche die strategische Zielsetzung der Veranlagungsentscheidungen gesamthaft umfasst, und diese dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorzulegen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine solche Strategie erstellt worden sei, die in der Folge mit dem Eigentümer abgestimmt und mit den neu erarbeiteten Gruppenrichtlinien in Einklang gebracht worden sei.

Wirtschaftliche Entwicklung

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Vorstand der Münze eine Veranlagungsstrategie (Grundsätze für Finanzveranlagungen) erstellte und diese im September 2014 beschloss. Ziel der Veranlagungsstrategie war es, einen Rahmen für die Erreichung der strategischen und operativen Ziele der Münze zu schaffen. Darüber hinaus schuf sie Vorgaben für die Verwaltung der Kapitalanlagen sowie die Definition des für die Münze akzeptablen Risikos. Die Veranlagungsstrategie legte einen Prozess und Verantwortlichkeiten für die Reaktion auf exogene Marktschocks fest, definierte Benchmarks und Risikolimits für die zulässigen Anlageklassen (u.a. Aktien, Anleihen, Geldmarkt).

Das Berichtswesen umfasste die Behandlung der Ergebnisse der Veranlagung im halbjährlichen Veranlagungsausschuss mit den Vermögensverwaltern der Spezialfonds (Vertretern der Kapitalanlagegesellschaften) und einen konsolidierten Vermögensbericht, der sowohl die Kapitalanlagen in den Spezialfonds als auch den Eigenbestand erfasste.

Eine Behandlung und Beschlussfassung im Aufsichtsrat der Münze unterblieb jedoch, weil das Veranlagungsmanagement beginnend mit Ende 2015 durch die OeNB wahrgenommen werden sollte und damit eine strategische Neuausrichtung verbunden war.

23.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH teilweise um, eine übergeordnete Veranlagungsstrategie zu erstellen, welche die strategische Zielsetzung der Veranlagungsentscheidungen gesamthaft umfasst, und dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorzulegen. Der Vorstand der Münze erstellte zwar eine Veranlagungsstrategie, die Anlageklassen, Benchmarks, Risikolimits, ein Berichtswesen und einen Prozess für die Reaktion auf exogene Marktschocks umfasste. Eine Behandlung und Beschlussfassung im Aufsichtsrat unterblieb jedoch.

Der RH hielt seine Empfehlung an die Münze dahingehend aufrecht, die strategische Neuausrichtung der Veranlagungen der Münze auch nach Übernahme des Veranlagungsmanagements durch die OeNB einer Beschlussfassung im Aufsichtsrat zuzuführen.

23.3 *Die Münze teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass eine Behandlung und Beschlussfassung der übergeordneten Veranlagungsstrategie im Aufsichtsrat der Münze erfolgt sei.*

Beteiligungsmanagement

Beteiligungsstrategie **24.1** (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 39) empfohlen, die Beteiligungsstrategie zu überarbeiten und zu präzisieren und mit quantitativ messbaren Zielen sowie zeitlichen Vorgaben zu versehen.

(2) Die Münze hatte dies im Nachfrageverfahren zugesagt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Vorstand der Münze im September 2014 den Entwurf einer überarbeiteten Beteiligungsstrategie beschloss. Die Beteiligungsstrategie unterschied zwischen operativen Beteiligungen (z.B. zur Erhöhung der Produktionstiefe, Verbesserung der Marktbearbeitung, Absicherung des Kerngeschäfts, Hebung von Synergien) und Finanzbeteiligungen (z.B. zur Absicherung von Finanzreserven).

Die Beteiligungsziele und -struktur umfassten das Kerngeschäft und operative Beteiligungen. Die Beteiligungsziele definierten als Kerngeschäft den Bereich der Produktion und den Vertrieb von Münzplättchen und Münzen, die hierfür erforderliche Beschaffung von Edelmetall sowie die Erbringung von Beratungs- und Dienstleistungen in diesen Bereichen.

Die Beteiligungsziele für operative Beteiligungen waren auf die Erhöhung der Produktionstiefe (Argor Heraeus SA, einem Beteiligungsunternehmen der Münze), Verbesserung der Marktbearbeitung (Schoeller Münzhandel GmbH) und Gewinnung von Synergien (PRINT and MINT SERVICE GmbH) gerichtet.

Die Beteiligungsstrategie der Münze sah ein laufendes Monitoring vor. Dieses adressierte die Fähigkeit der Beteiligungsunternehmen, eigenständig und regelmäßig einen Gewinn zu erwirtschaften. Ein Monitoring der Geschäftsentwicklung war in die laufenden Prozesse der Münze eingebunden und dadurch einer Überprüfung unterzogen. Dies erfolgte durch Ad-hoc-Analysen sowie zumindest quartalsweise Berichterstattung (Kennzahlen und wesentliche Entwicklungen). Darüber hinaus sah die Beteiligungsstrategie vor, dass jede operative Beteiligung einen Jahresplan für das kommende Geschäftsjahr der Münze vorzulegen hatte, dessen Erfüllung in die periodische Berichterstattung der Organe der Münze einzufließen hatte. Der Jahresabschluss war binnen drei Monaten nach Abschluss eines Geschäftsjahres vorzulegen.

24.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die Beteiligungsstrategie zu überarbeiten und zu präzisieren und mit quantitativ messbaren Zielen sowie zeitlichen Vorgaben zu versehen, um. Sie überarbeitete die

Beteiligungsmanagement

Beteiligungsstrategie und bezog ein Monitoring der Geschäftsentwicklung in die laufenden Prozesse mit ein. Die operativen Beteiligungen hatten Jahresplanungen der Münze vorzulegen, und deren Erfüllung war in die periodische Berichterstattung miteinbezogen.

25.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 39) empfohlen, die Beteiligungsstrategie in regelmäßigen Abständen von zwei bis drei Jahren auf ihre Relevanz im sich ständig verändernden wirtschaftlichen Umfeld zu evaluieren, gegebenenfalls anzupassen und dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorzulegen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die überarbeitete und adaptierte Beteiligungsstrategie vom Vorstand beschlossen und dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorgelegt worden sei. Durch eine laufende Evaluierung der Beteiligungsstrategie sei eine allfällige Anpassung an geänderte Rahmenbedingungen sichergestellt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Vorstand der Münze die Beteiligungsstrategie bis September 2014 überarbeitet und beschlossen hatte. Die Überarbeitung erfolgte in Abstimmung mit der OeNB und deren strategischer Zielrichtung für ihre Tochterunternehmen. Der Aufsichtsrat beschloss die Beteiligungsstrategie im Juni 2015.

25.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, die Beteiligungsstrategie in regelmäßigen Abständen von zwei bis drei Jahren auf ihre Relevanz im sich ständig verändernden wirtschaftlichen Umfeld zu evaluieren, gegebenenfalls anzupassen und dem Aufsichtsrat zur Beschlussfassung vorzulegen, um, indem die Münze die Beteiligungsstrategie in Abstimmung mit der OeNB und deren strategischer Zielrichtung für ihre Tochterunternehmen überarbeitete und dem Aufsichtsrat zur im Juni 2015 erfolgten Beschlussfassung vorlegte.

Beteiligungscontrolling

26.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 41) empfohlen, die schriftlichen Erörterungen zu den einzelnen Tochtergesellschaften der Münze im Rahmen der Beteiligungsberichte an den Aufsichtsrat ausführlicher zu gestalten.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung des RH entsprochen zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze dem Aufsichtsrat halbjährlich einen seit 2014 ergänzten Beteiligungsbericht vorlegte. Dieser umfasste einen (periodenbezogenen) Vergleich der Vorjahres-, Plan-

und Ist-Zahlen. Die Erläuterungen gingen auf die Abweichungen der Ist-Zahlen von den Plan- und Vorjahreszahlen ein. Von den Erläuterungen waren die Entwicklungen relevanter Kennzahlen der Umsatz- und Erlössituation, des Betriebsergebnisses und des Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit sowie der Personalstand umfasst. Ebenso war im Halbjahresbericht eine Vorschau für die erwartete Geschäftsentwicklung der jeweiligen Beteiligung enthalten.

26.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH somit um.

27.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 41) empfohlen, das Berichtswesen über die Geschäftsentwicklung der Beteiligungen der Münze aussagekräftiger zu gestalten und grundsätzlich Plan- und Ist-Zahlen sowie eine Vorschau der jeweiligen Kennzahlen im mehrjährigen Vergleich darzustellen und zu erläutern.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, ihr Berichtswesen über die Geschäftsentwicklung der Beteiligungen aussagekräftiger gestaltet zu haben. Im Detail seien die tabellarischen Angaben um die Daten der geschäftlichen Entwicklung eines weiteren Vorjahres ergänzt, die Berichte übersichtlicher strukturiert und durch entsprechende Überschriften gegliedert und – soweit sinnvoll bzw. mit den zur Verfügung stehenden Daten möglich – die Umsatzentwicklungen auch auf Ebene der Geschäftsfelder dargestellt worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze die Berichte über die Geschäftsentwicklung der Beteiligungen überarbeitet hatte. Diese umfassten entsprechend der Berichtsperiode einen Vergleich der Vorjahres-, Plan- und Ist-Zahlen. Der Bericht beinhaltete einen Überblick über relevante Kennzahlen (Brutto-Umsatz, Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit, Personal) sowie Kurzberichte zu den einzelnen Beteiligungen.

Die Erläuterungen der Kurzberichte analysierten die Abweichungen von Plan- und Vorjahreszahlen. Von den Erläuterungen waren die Entwicklungen der Umsatz- und Erlössituation, des Betriebsergebnisses und des Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit sowie der Personalstand umfasst. Der Halbjahresbericht umfasste eine Vorschau für die erwartete Geschäftsentwicklung.

Die Berichte umfassten weiters eine detaillierte Darstellung der Ergebnisentwicklung der wesentlichen Beteiligungen basierend auf der Ergebnisrechnung. Die Aufnahme eines weiteren vorangegangenen

Beteiligungsmanagement

Jahres ermöglichte einen Mehrjahresvergleich der Geschäftsentwicklung.

27.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH somit um.

Berichterstattung

28.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 44) empfohlen, mit den Geschäftsführern der Tochtergesellschaften der Münze während eines Geschäftsjahres eine periodische Geschäftsberichterstattung festzulegen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie fünf operativ tätige Beteiligungen halten würde. Zusätzlich zu den Informationen, die die Münze durch die Teilnahme von Mitgliedern ihres Vorstands an den Aufsichtsratssitzungen der Casinos Austria Aktiengesellschaft, an den Verwaltungsratssitzungen der Argor Heraeus SA, im Beirat der PRINT and MINT SERVICE GmbH und in den monatlichen Jour Fixes mit der Geschäftsführung der Schoeller Münzhandel GmbH gewinnen würde, würden die operativ tätigen Beteiligungen der Münze mindestens quartalsweise über ihre geschäftliche Entwicklung berichten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze im Jahr 2014 eine laufende Berichterstattung je nach Größe und Einfluss auf das Unternehmen in unterschiedlichem Umfang und Berichtszeitraum festlegte. Die Tochterunternehmen der Münze (Schoeller Münzhandel GmbH, Hans W. Hercher Münzen GmbH) erstatteten ebenso quartalsweise Bericht wie das Joint Venture der Münze und der Oesterreichischen Banknoten- und Sicherheitsdruck GmbH, die PRINT and MINT SERVICE GmbH. Die Münze erhielt monatliche Berichte von ihrem Beteiligungsunternehmen Argor Heraeus SA und Jahresabschlüsse von der World Money Fair Holding GmbH (Beteiligungsunternehmen). Die Berichterstattung des Beteiligungsunternehmens Casinos Austria AG (gemäß § 9b ÖIAG-Gesetz 2000 per 20. März 2015 an die Österreichische Bundes- und Industriebeteiligungen GmbH übertragen) richtete sich nach den aktienrechtlichen Vorschriften gemäß § 47a Aktiengesetz.

Der Vorstand der Münze hielt monatlich Sitzungen mit den Geschäftsführern der Schoeller Münzhandel GmbH ab. Dabei informierten die Geschäftsführer den Vorstand über den laufenden Geschäftsgang, legten Ergebniszahlen vor, erläuterten Planabweichungen und informierten über zukünftige Projekte.

28.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, mit den Geschäftsführern der Tochtergesellschaften der Münze während eines Geschäftsjahres eine periodische Geschäftsberichterstattung festzulegen, um, indem der Vorstand der Münze periodische Berichtspflichten für die Tochtergesellschaften vorsah und insbesondere von den Geschäftsführern der Schoeller Münzhandel GmbH in monatlichen Sitzungen Informationen über den Geschäftsbetrieb erlangte.

29.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 46) empfohlen, plausible quantitative Zielvorgaben für die Geschäftsführer der Schoeller Münzhandel GmbH zu erstellen.

(2) Die Münze hatte dies im Nachfrageverfahren zugesagt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Vorstand der Münze Zielvereinbarungen mit den Geschäftsführern der Schoeller Münzhandel GmbH abschloss. Die Vereinbarungen enthielten Finanz-, Prozess- und Kundenziele. Die jeweiligen Zielebenen waren qualitativ oder quantitativ beschrieben und hinsichtlich der einzelnen (dreistufig: kleiner als 80 %, 80 % und 100 %) und gesamthaften (Gewichtung pro Ziel in %) Zielerreichung jeweils gewichtet.

Die Finanzziele (z.B. Jahresüberschuss, Fixkosten) waren am Budget orientiert. Die Prozessziele stellten auf die Erreichung geplanter Maßnahmen (z.B. Online-Shop) ab. Die Zielbewertung durch den Vorstand erfolgte in Abhängigkeit der Erreichung quantitativer Zielgrößen bzw. Erfüllung von qualitativen Kriterien.

29.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, plausible quantitative Zielvorgaben für die Geschäftsführer der Schoeller Münzhandel GmbH zu erstellen, um, indem der Vorstand der Münze gewichtete quantitative und qualitative Finanz-, Prozess- und Kundenziele mit den Geschäftsführern vereinbarte. Die Zielvorgaben waren plausibel, weil sie sich auf die Erreichung von Budgetzahlen und geplanten Maßnahmen bezogen.

30.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 48) empfohlen, in Vorstand und Aufsichtsrat zumindest halbjährlich über Stand und Entwicklung der Eventualverbindlichkeiten zu berichten.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sich der Aufsichtsrat der Münze mit diesem Thema beschäftigt und festgelegt habe, dass das Eingehen sämtlicher über geringe Grenzwerte im Ein-

Beteiligungsmanagement

zelfall und/oder kumuliert hinausgehender Eventualverbindlichkeiten dem Aufsichtsrat zur Genehmigung vorzulegen seien.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Vorstand der Münze dem Aufsichtsrat über den Stand der Eventualverbindlichkeiten berichtete. Grundsätzlich erfolgte die Kommunikation an den Aufsichtsrat im Rahmen der Berichterstattung über die Jahresabschlussprüfung. Darüber hinaus legte der Vorstand eine Detailaufstellung in den Aufsichtsratssitzungen im November 2013 und im Juni 2015 vor. Für 2015 und Folgejahre plante die Münze, über die Detailaufstellung zweimal im Jahr an den Aufsichtsrat zu berichten.

Die überwiegende Anzahl der Eventualverbindlichkeiten stand im Zusammenhang mit der Teilnahme an Ausschreibungen (sogenannte bid bonds). Eine seitens der Münze festgelegte Regelung sah vor, dass bei Überschreiten eines Schwellenwerts von 2 Mio. EUR der Aufsichtsrat zu informieren war. Der betraglich überwiegende Teil der Eventualverbindlichkeiten in Höhe von maximal 35 Mio. EUR entfiel auf das Konsignationslager der Argor Heraeus SA bei der Schoeller Münzhandel GmbH (einem Tochterunternehmen der Münze), dessen Wert die Münze über eine Eventualverbindlichkeit abdeckte.

30.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH nicht um, in Vorstand und Aufsichtsrat zumindest halbjährlich über Stand und Entwicklung der Eventualverbindlichkeiten zu berichten. Der Vorstand berichtete dem Aufsichtsrat – zusätzlich zur Behandlung des Jahresabschlusses – im November 2013 und Juni 2015 (für 2014 und 2015) über Stand und Entwicklung der Eventualverbindlichkeiten. Eine gesonderte Berichterstattung im Jahr 2014 unterblieb aber.

Der RH hielt seine Empfehlung an die Münze aufrecht, den Aufsichtsrat halbjährlich über den Stand der Eventualverbindlichkeiten zu informieren.

Provisionsgeschäfte

Dokumentation

31.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 53) empfohlen, zusätzlich zur bereits geänderten Pouvoirordnung auf die Dokumentation der Geschäftsfälle verstärkt Bedacht zu nehmen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Dokumentation von Geschäftsfällen bereits stark verbessert worden sei. So sei dazu ein Customer Relationship Management System eingeführt



Provisionsgeschäfte

Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung

worden. Weiters seien abrechnungsrelevante Informationen zentral in der EDV-Buchhaltung dokumentiert.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze ein Customer Relationship Management System im Bereich der Geschäftskunden nutzte. Darin bildete sie den Prozess vor einer Auftragserteilung ab, indem sie Kundenkontakte erfasste, Angebote zuordnete oder Gründe für Ablehnungen der Angebote festhielt.

Die Münze erfasste alle Vertriebsaufträge ebenso wie die Fertigungsaufträge (inkl. Materialverwaltung) zentral in der EDV-Buchhaltung. Für den Bereich der Großkunden bestand ein eigener Prozess, der sicherstellte, dass sämtliche Schritte (Anlage des Auftrags, Rückdeckung, Kurspflege und Bewertung des Auftrags, Zahlungseingang bis zur Faktura) revisionssicher¹³ nachvollziehbar war.

31.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, auf die Dokumentation der Geschäftsfälle verstärkt Bedacht zu nehmen, um, indem sie das Customer Relationship Management System für den Bereich der Geschäftskunden nutzte und alle Vertriebsaufträge ebenso wie die Fertigungsaufträge (einschließlich der Materialverwaltung) zentral in der EDV-Buchhaltung erfasste.

Leistungsgegenstand

32.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 56) empfohlen, bei Abschluss von Verträgen mit Handelsagenturen darauf zu achten, dass der vertraglich geschuldete Leistungsgegenstand hinreichend konkret umschrieben ist und damit eine Beurteilung der Leistungserbringung und der Angemessenheit des Entgelts ermöglicht wird.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass aktuell keine aktiven Verträge mit Handelsagenten vorhanden seien. Durch Einführung einer zwingend einzuhaltenden Compliance-Checkliste sei jedoch sichergestellt, dass allfällig zukünftige Verträge mit Handelsagenten einen ausreichend konkret umschriebenen Leistungsgegenstand aufweisen müssten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze jene vom Vorbericht umfassten vertraglichen Beziehungen beendete (siehe TZ 35). Darüber hinaus erstellte die Münze im September 2012 die Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“, die Regelungen der Voraussetzungen enthielt, unter denen beispielsweise mit einem Handelsvertreter eine Vereinbarung geschlossen werden durfte, die diesem

¹³ Nachvollziehbarkeit von Handlung, Akteur und Zeitpunkt

Provisionsgeschäfte

eine Provisionszahlung durch die Münze zusichert. Provisionsvereinbarungen durften nur abgeschlossen werden, wenn keine Indizien für Tatbestände der Untreue oder Steuerhinterziehung vorlagen.

Der RH stellte fest, dass zur Beurteilung des Leistungsgegenstands, der Leistungserbringung sowie der Angemessenheit des Entgelts vor Abschluss einer Provisionsvereinbarung Prüfungsschritte durchzuführen waren. Diese zielten auf die Klärung von Eigenschaften des Provisionsempfängers (Identität, Vertretungsbefugnis, Kontaktaufnahme, Geschäftstätigkeit) sowie auf Vorerfahrungen der Münze, auf Vertragskonditionen, Leistungsumfang und Kosten ab. Ebenso war die Einholung von schriftlichen Bestätigungen des Provisionsempfängers zu gesetzeskonformem Verhalten und Korruptionsprävention erforderlich. Die Angemessenheit der Provisionshöhe zur Auftragssumme war ebenfalls zu beurteilen, um ein Vorliegen von Indizien eines Schädigungsvorsatzes an den beteiligten Parteien zu hinterfragen.

Die Münze erstellte weiters eine Checkliste für die Projektübersicht und Risikobewertung, die den Bereich Honorare umfasste. Dabei waren der Empfänger, der Betrag, der Leistungsumfang und die (oben beschriebene) Prüfung des Empfängers zu verzeichnen. Explizit war darauf verwiesen, dass akquisitionsfördernde Maßnahmen eine Vorstandsgenehmigung erforderten.

- 32.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH, bei Abschluss von Verträgen mit Handelsagenturen darauf zu achten, dass der vertraglich geschuldete Leistungsgegenstand hinreichend konkret umschrieben ist und damit eine Beurteilung der Leistungserbringung und der Angemessenheit des Entgelts ermöglicht wird, teilweise um. Dies deshalb, weil die Münze mittels Organisationsanweisung und Checkliste Vorkehrungen traf, die eine vertiefte Prüfung des Provisionsempfängers vorsahen und mit Beurteilung der Angemessenheit der Provision im Verhältnis zur Auftragssumme eine konkrete Beschreibung des Leistungsgegenstandes erforderlich machten.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass zur Zeit seiner Gebarungsüberprüfung keine Provisionsvereinbarungen vorlagen und daher – mangels konkreter Anwendung der Regelungen – eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH nicht ableitbar war. Er empfahl der Münze daher, bei Abschluss von Provisionsvereinbarungen auf die Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ besonders zu achten.

32.3 Die Münze teilte in ihrer Stellungnahme mit, alle notwendigen und möglichen Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung des RH getroffen zu haben. Nach Auffassung der Münze sei die Empfehlung übererfüllt, indem sie bestehende Vertragsverhältnisse mit Handelsagenten – wie auch vom RH empfohlen – beendet habe und von neuen Verträgen bewusst Abstand genommen habe.

Nach Ansicht der Münze sei für eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH – trotz etablierter präventiver Kontrollen und bewusster Abstandnahme von Neuverträgen – der Abschluss von Provisionsvereinbarungen notwendig.

32.4 Der RH entgegnete der Münze, dass er die Einrichtung von präventiven Kontrollen sowie die Beendigung von bestehenden Vertragsverhältnissen (unter Anwendung der Compliance-Checkliste, siehe TZ 35) mit Handelsagenten positiv würdigte und daher auch eine teilweise (für den Bereich der Handelsagenten vollständige) Umsetzung seiner Empfehlung feststellte.

Der RH empfahl nicht den Abschluss von Verträgen sondern im Fall eines Abschlusses auf die inhaltliche Ausgestaltung Bedacht zu nehmen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Beurteilung der Wirksamkeit von präventiven Kontrollen im Sinne der Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ jedoch erst nach erfolgten Vertragsabschlüssen möglich, was zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht der Fall war.

33.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 56) empfohlen, im Zusammenhang mit Handelsagenten keine Zahlungen freizugeben, ohne konkrete Leistungsnachweise seitens des Vertragspartners erhalten zu haben.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dies durch die Compliance-Checkliste sichergestellt zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze im September 2012 die Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ erstellte (siehe TZ 32). Die Münze erstellte weiters eine Checkliste für die Projektübersicht und Risikobewertung, die den Bereich Honorare umfasste. Dabei waren der Empfänger, der Betrag, der Leistungsumfang und die (unter TZ 32 beschriebene) Prüfung des Empfängers zu verzeichnen.

Provisionsgeschäfte

Die Checkliste umfasste Angaben zum gesamten Projekt (Vertragsbedingungen, Metallkosten, Preisgestaltung, Zahlungsabwicklung).

- 33.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH, im Zusammenhang mit Handelsagenten keine Zahlungen freizugeben, ohne konkrete Leistungsnachweise seitens des Vertragspartners erhalten zu haben, teilweise um. Dies deshalb, weil die Münze mittels Organisationsanweisung und Checkliste Vorkehrungen traf, die eine vertiefte Prüfung des Provisionsempfängers vorsahen und mit Beurteilung der Angemessenheit der Provision im Verhältnis zur Auftragssumme eine konkrete Beschreibung des Leistungsgegenstandes erforderlich machten.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass zur Zeit seiner Gebarungsüberprüfung keine Provisionsvereinbarungen vorlagen und daher – mangels konkreter Anwendung der Regelungen – eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH nicht ableitbar war. Er empfahl der Münze daher, bei Abschluss von Provisionsvereinbarungen auf die Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ und die Anwendung der Checkliste besonders zu achten.

- 33.3** *Wie bereits zu TZ 32 teilte die Münze in ihrer Stellungnahme wiederholt mit, alle notwendigen und möglichen Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung des RH getroffen zu haben. Nach Auffassung der Münze sei die Empfehlung übererfüllt, indem sie bestehende Vertragsverhältnisse mit Handelsagenten – wie auch vom RH empfohlen – beendet habe und von neuen Verträgen bewusst Abstand genommen habe.*

Nach Ansicht der Münze sei für eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH – trotz etablierter präventiver Kontrollen und bewusster Abstandnahme von Neuverträgen – der Abschluss von Provisionsvereinbarungen notwendig.

- 33.4** Der RH entgegnete der Münze abermals (siehe TZ 32), dass er die Einrichtung von präventiven Kontrollen sowie die Beendigung von bestehenden Vertragsverhältnissen (unter Anwendung der Compliance-Checkliste, siehe TZ 35) mit Handelsagenten positiv würdigte und daher auch eine teilweise (für den Bereich der Handelsagenten vollständige) Umsetzung seiner Empfehlung feststellte.

Der RH empfahl nicht den Abschluss von Verträgen, sondern im Falle eines Abschlusses auf die inhaltliche Ausgestaltung Bedacht zu nehmen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Beurteilung der Wirksamkeit von präventiven Kontrollen im Sinne der Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ dem RH jedoch erst nach erfolgten Vertragsabschlüssen möglich, war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht der Fall war.

34.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 57) empfohlen, von abstrakten Erfolgshonorarvereinbarungen Abstand zu nehmen und Erfolgshonorare nur an im Vorfeld genau definierte, objektivier- und messbare Leistungen zu knüpfen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dies durch die Compliance-Checkliste sichergestellt zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze jene vom Vorbericht umfassten vertraglichen Beziehungen beendete (siehe TZ 35). Die Münze erstellte im September 2012 die Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ (siehe TZ 32). Einer der notwendigen Prüfschritte bei Abschluss einer Provisionsvereinbarung umfasste die Beurteilung der Angemessenheit der Provisionshöhe zur Auftragssumme. Weiters sah die Organisationsanweisung vor, zu überprüfen, ob die alleinige Entscheidung über Preise, Konditionen und Auftragsannahme bei der Münze lag. Ebenso war zu prüfen, ob mit der Provisionszahlung sämtliche Kosten des Provisionsempfängers im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit abgegolten waren.

Die Münze erstellte weiters eine Checkliste für die Projektübersicht und Risikobewertung, die den Bereich Honorare umfasste. Dabei waren der Empfänger, der Betrag, der Leistungsumfang und die (unter TZ 32 beschriebene) Prüfung des Empfängers zu verzeichnen.

34.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, von abstrakten Erfolgshonorarvereinbarungen Abstand zu nehmen und Erfolgshonorare nur an im Vorfeld genau definierte, objektivier- und messbare Leistungen zu knüpfen, teilweise um, indem sie bestehende Verträge beendete und in der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ Prüfschritte (Entscheidung über Preise, Konditionen und Auftragsannahme, Abdeckung sämtlicher Kosten des Provisionsempfängers) vorsah, die geeignet waren, abstrakte Erfolgshonorarvereinbarungen zu vermeiden.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass zur Zeit seiner Gebarungsüberprüfung keine Provisionsvereinbarungen vorlagen und daher – mangels konkreter Anwendung der Regelungen – eine vollständige Umsetzung

Provisionsgeschäfte

der Empfehlung des RH nicht ableitbar war. Er empfahl der Münze daher, bei Abschluss von Provisionsvereinbarungen auf die Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ und die Anwendung der Checkliste besonders zu achten.

- 34.3** *Wie bereits zu TZ 32 und 33 teilte die Münze in ihrer Stellungnahme mit, alle notwendigen und möglichen Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung des RH getroffen zu haben. Nach Auffassung der Münze sei die Empfehlung übererfüllt, indem sie bestehende Vertragsverhältnisse mit Handelsagenten – wie auch vom RH empfohlen – beendet habe und von neuen Verträgen bewusst Abstand genommen habe.*

Nach Ansicht der Münze sei für eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH – trotz etablierter präventiver Kontrollen und bewusster Abstandnahme von Neuverträgen – der Abschluss von Provisionsvereinbarungen notwendig.

- 34.4** Der RH entgegnete der Münze abermals (siehe TZ 32 und 33), dass er die Einrichtung von präventiven Kontrollen sowie die Beendigung von bestehenden Vertragsverhältnissen (unter Anwendung der Compliance-Checkliste, siehe TZ 35) mit Handelsagenten positiv würdigte und daher auch eine teilweise (für den Bereich der Handelsagenten vollständige) Umsetzung seiner Empfehlung feststellte.

Der RH empfahl nicht den Abschluss von Verträgen, sondern im Falle eines Abschlusses auf die inhaltliche Ausgestaltung Bedacht zu nehmen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Beurteilung der Wirksamkeit von präventiven Kontrollen im Sinne der Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ dem RH jedoch erst nach erfolgten Vertragsabschlüssen möglich, was zur Zeit der Gebärungsüberprüfung nicht der Fall war.

- 35.1** (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 59) empfohlen, bestehende Verträge mit Handelsagenten und Beratern unter Anwendung der Compliance-Checkliste zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern oder die Vertragsverhältnisse zu beenden.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass aktuell keine aktiven Handelsvertreterverträge mehr vorhanden seien. Allfällige neue Verträge mit Handelsagenten und Beratern bedürften einer

Freigabe im Vier-Augen-Prinzip durch zwei Vorstandsmitglieder und müssten gegen eine Compliance-Checkliste geprüft werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze den bestehenden Vertrag mit einem Handelsagenten für den arabischen Raum mit Schreiben vom Jänner 2013 per November 2013 gekündigt hatte. Darüber hinaus beendete die Münze 2013 die Mitgliedschaft bei einem Verein, der als Berater für den arabischen Raum zur Verfügung stand.

35.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH um, bestehende Verträge mit Handelsagenten und Beratern unter Anwendung der Compliance-Checkliste zu überprüfen und gegebenenfalls zu ändern oder die Vertragsverhältnisse zu beenden, indem sie die geschäftlichen Beziehungen beendete.

36.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 59) empfohlen, explizite Bestimmungen zur Korruptionsprävention in die Verträge aufzunehmen und diesbezügliche Verpflichtungserklärungen der Vertragspartner einzuholen.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Empfehlung des RH durch eine Organisationsanweisung umgesetzt zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze die vom Vorbericht umfassten vertraglichen Beziehungen beendete (siehe TZ 35). Darüber hinaus erstellte die Münze im September 2012 die Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ (siehe TZ 32), die Regelungen der Voraussetzungen enthielt, unter denen beispielsweise mit einem Handelsvertreter eine Vereinbarung geschlossen werden durfte, die diesem eine Provisionszahlung durch die Münze zusichert. Provisionsvereinbarungen durften nur abgeschlossen werden, wenn keine Indizien für Tatbestände der Untreue oder Steuerhinterziehung vorlagen.

Der RH stellte fest, dass hinsichtlich Korruptionsprävention vor Abschluss einer Provisionsvereinbarung eine Prüfung durchzuführen war. Diese zielte auf die Klärung von Eigenschaften des Provisionsempfängers (Identität, Vertretungsbefugnis, Kontaktaufnahme, Geschäftstätigkeit) sowie Vorerfahrungen der Münze, Vertragskonditionen, Leistungsumfang und Kosten ab. Ebenso war die Einholung von schriftlichen Bestätigungen des Provisionsempfängers zu gesetzeskonformem Verhalten und Korruptionsprävention erforderlich. Die Angemessenheit der Provisionshöhe zur Auftragssumme war ebenfalls

Provisionsgeschäfte

zu beurteilen, um ein Vorliegen von Indizien eines Schädigungsvorsatzes an den beteiligten Parteien zu hinterfragen.

- 36.2** Die Münze setzte die Empfehlung des RH teilweise um, explizite Bestimmungen zur Korruptionsprävention in die Verträge aufzunehmen und diesbezügliche Verpflichtungserklärungen der Vertragspartner einzuholen, indem sie die Einholung entsprechender Erklärungen mittels Organisationsanweisung verpflichtend vorsah.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass zur Zeit seiner Gebarungsüberprüfung keine Provisionsvereinbarungen vorlagen und daher – mangels konkreter Anwendung der Regelungen – eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH nicht ableitbar war. Er empfahl der Münze daher, bei Abschluss von Provisionsvereinbarungen auf die Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ und die Anwendung der Checkliste besonders zu achten.

- 36.3** *Wie bereits zu TZ 32 bis 34 teilte die Münze in ihrer Stellungnahme mit, alle notwendigen und möglichen Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung des RH getroffen zu haben. Nach Auffassung der Münze sei die Empfehlung übererfüllt, indem sie bestehende Vertragsverhältnisse mit Handelsagenten – wie auch vom RH empfohlen – beendet habe und von neuen Verträgen bewusst Abstand genommen habe.*

Nach Ansicht der Münze sei für eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH – trotz etablierter präventiver Kontrollen und bewusster Abstandnahme von Neuverträgen – der Abschluss von Provisionsvereinbarungen notwendig.

- 36.4** Der RH entgegnete der Münze abermals (siehe TZ 32, 33 und 34), dass er die Einrichtung von präventiven Kontrollen sowie die Beendigung von bestehenden Vertragsverhältnissen (unter Anwendung der Compliance-Checkliste, siehe TZ 35) mit Handelsagenten positiv würdigte und daher auch eine teilweise (für den Bereich der Handelsagenten vollständige) Umsetzung seiner Empfehlung feststellte.

Der RH empfahl nicht den Abschluss von Verträgen, sondern im Falle eines Abschlusses auf die inhaltliche Ausgestaltung Bedacht zu nehmen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Beurteilung der Wirksamkeit von präventiven Kontrollen im Sinne der Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ dem

RH jedoch erst nach erfolgten Vertragsabschlüssen möglich, was zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht der Fall war.

37.1 (1) Der RH hatte der Münze in seinem Vorbericht (TZ 59) empfohlen, hinsichtlich künftiger Geschäftsbeziehungen Adaptierungen der Prozesse vorzunehmen, die eine Abbildung von Maßnahmen der Compliance-Checkliste ermöglichen, und darauf abstellende interne Kontrollen einzurichten.

(2) Die Münze hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Prozesse derart mit Kontrollen versehen worden seien, dass Verträge mit Handelsagenten und Beratern nur im Vier-Augen-Prinzip durch zwei Vorstandsmitglieder und unter Anwendung einer Compliance-Checkliste abgeschlossen werden dürften.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Münze im September 2012 die Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ erstellte (siehe TZ 32). Die Münze erstellte weiters eine Checkliste für die Projektübersicht und Risikobewertung, die den Bereich Honorare umfasste. Dabei waren der Empfänger, der Betrag, der Leistungsumfang und die (unter TZ 32 beschriebene) Prüfung des Empfängers zu verzeichnen. Explizit war darauf verwiesen, dass akquisitionsfördernde Maßnahmen eine Vorstandsgenehmigung erforderten.

37.2 Die Münze setzte die Empfehlung des RH, hinsichtlich künftiger Geschäftsbeziehungen Adaptierungen der Prozesse vorzunehmen, die eine Abbildung von Maßnahmen der Compliance-Checkliste ermöglichen, und darauf abstellende interne Kontrollen einzurichten, teilweise um, indem sie in der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ konkrete Prüfschritte vor Abschluss einer Provisionsvereinbarung vorsah. Darüber hinaus erstellte die Münze eine Checkliste, die explizit auf die Notwendigkeit einer Genehmigung des Vorstands für akquisitionsfördernde Maßnahmen (Provisionsgeschäfte) verwies.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass zur Zeit seiner Gebarungsüberprüfung keine Provisionsvereinbarungen vorlagen und daher – mangels konkreter Anwendung der Regelungen – eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH nicht ableitbar war. Er empfahl der Münze daher, bei Abschluss von Provisionsvereinbarungen auf die Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ und die Anwendung der Checkliste besonders zu achten.

Provisionsgeschäfte

- 37.3** *Wie bereits zu den vorangehenden TZ teilte die Münze in ihrer Stellungnahme mit, alle notwendigen und möglichen Maßnahmen zur Umsetzung der Empfehlung des RH getroffen zu haben. Nach Auffassung der Münze sei die Empfehlung übererfüllt, indem sie bestehende Vertragsverhältnisse mit Handelsagenten – wie auch vom RH empfohlen – beendet habe und von neuen Verträgen bewusst Abstand genommen habe.*

Nach Ansicht der Münze sei für eine vollständige Umsetzung der Empfehlung des RH – trotz etablierter präventiver Kontrollen und bewusster Abstandnahme von Neuverträgen – der Abschluss von Provisionsvereinbarungen notwendig.

- 37.4** Der RH entgegnete der Münze abermals (siehe TZ 32, 33, 34 und 36), dass er die Einrichtung von präventiven Kontrollen sowie die Beendigung von bestehenden Vertragsverhältnissen (unter Anwendung der Compliance-Checkliste, siehe TZ 35) mit Handelsagenten positiv würdigte und daher auch eine teilweise (für den Bereich der Handelsagenten vollständige) Umsetzung seiner Empfehlung feststellte.

Der RH empfahl nicht den Abschluss von Verträgen, sondern im Falle eines Abschlusses auf die inhaltliche Ausgestaltung Bedacht zu nehmen.

Vor diesem Hintergrund ist eine Beurteilung der Wirksamkeit von präventiven Kontrollen im Sinne der Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ dem RH jedoch erst nach erfolgten Vertragsabschlüssen möglich, was zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht der Fall war.

Schlussempfehlungen

- 38** Der RH stellte fest, dass die Münze von den insgesamt 34 überprüften Empfehlungen 21 umsetzte, elf teilweise und zwei nicht umsetzte.

Die OeNB setzte alle drei Empfehlungen des RH um.



Schlussempfehlungen

BMF

Münze Österreich Aktiengesellschaft;
Follow-up-Überprüfung

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts (Reihe Bund 2013/10)					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
Münze Österreich Aktiengesellschaft					
3	schriftlicher Bericht an Aufsichtsrat; Einholung von dessen Zustimmung zu Strategiepapieren	2	X		
4	strafferes Projekt- und Terminmanagement des Kontinuierlichen Verbesserungsprozesses	3	X		
6	Überprüfung der Risikoeinstufungen für Haupt- und Nebenrisiken; gegebenenfalls Vornahme von Umkategorisierungen	4	X		
6	zügige Einbindung der Nebenrisiken in die Prozessorganisation	5		X	
7	Festlegung von Risikobewältigungsstrategien für Nebenrisiken	6		X	
8	Umgliederung des Nebenrisikos „falsche Anlagestrategie“ zu Hauptrisiko	7	X		
8	Einstufung potenzieller finanzieller Auswirkungen des Beteiligungsrisikos als „hoch“	8			X
8	Erstellung eines schriftlichen Verhaltenskodex und Einbeziehung von Verstößen in die Risikobetrachtung	9	X		
9	Aufnahme der Risikoberichterstattung an Vorstand in das vierteljährliche Managementreporting	10		X	
9	strukturierte und umfassende Berichterstattung an den Aufsichtsrat und die Oesterreichische Nationalbank hinsichtlich der Hauptrisiken	11	X		
10	Herstellung einer Übereinstimmung der in Funktionsmatrix und Organigramm angeführten Funktionen	12	X		
17	Information des Aufsichtsrats über Ergebnisse der Internen Revision sowie Umsetzung des Verbesserungspotenzials	15	X		
21	Auszahlung von Prämien entsprechend Zielerreichung und Dokumentation darüber	16	X		
26	Setzen von Maßnahmen zur Verbesserung der Deckungsbeiträge; gegebenenfalls Hinterfragen einiger strategischer Geschäftsfelder	17		X	
29	Durchführung eines Stresstests	18	X		
30	Senkung der Kosten und Steigerung der Effizienz bei Gold- und Silberanlageprodukten	19		X	

Schlussempfehlungen

Fortsetzung: Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts (Reihe Bund 2013/10)					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
31	Evaluierung von Möglichkeiten einer nicht dauerhaften Bindung der finanziellen Mittel in der Münze Österreich Aktiengesellschaft	20	X		
33	einheitliches Reporting und Risikoreporting für das Portfolio der Münze Österreich Aktiengesellschaft	21	X		
34	schriftliche Dokumentation für Veranlagungsausschüsse und für Veranlagungsentscheidungen bei selbstverwalteten Teilen der Veranlagung	22	X		
35	Erstellen einer übergeordneten Veranlagungsstrategie; Beschlussfassung durch Aufsichtsrat	23		X	
39	Überarbeitung und Präzisierung der Beteiligungsstrategie und Ergänzung um messbare Ziele	24	X		
39	regelmäßige Evaluierung und Anpassung der Beteiligungsstrategie; Vorlage an den Aufsichtsrat zur Beschlussfassung	25	X		
41	ausführlichere Erörterungen zu den Tochtergesellschaften in den Beteiligungsberichten an den Aufsichtsrat	26	X		
41	aussagekräftigere Gestaltung des Berichtswesens über die Geschäftsentwicklung der Beteiligungen; Aufnahme von Plan- und Ist-Zahlen	27	X		
44	Festlegung einer periodischen Geschäftsberichterstattung mit den Geschäftsführern der Tochtergesellschaften	28	X		
46	Erstellung quantitativer Zielvorgaben für Geschäftsführer der Schoeller Münzhandel GmbH	29	X		
48	zumindest halbjährliche Berichterstattung über Eventualverbindlichkeiten an Vorstand und Aufsichtsrat	30			X
53	Verbesserung der Dokumentation der Geschäftsfälle	31	X		
56	konkrete Umschreibung des geschuldeten Leistungsgegenstands bei Abschluss von Verträgen mit Handelsagenten	32		X	
56	keine Zahlungsfreigabe an Handelsagenten ohne konkrete Leistungsnachweise	33		X	
57	keine abstrakten Erfolgshonorarvereinbarungen; Vereinbarung objektiver- und messbarer Leistungen	34		X	

Fortsetzung:		Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts (Reihe Bund 2013/10)			
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
59	Überprüfung bestehender Verträge mit Handelsagenten, gegebenenfalls Änderung oder Beendigung der Vertragsverhältnisse	35	X		
59	Aufnahme von Bestimmungen zur Korruptionsprävention in Verträge; Einholung von Verpflichtungserklärungen	36		X	
59	Prozessadaptierungen für künftige Geschäftsbeziehungen unter Berücksichtigung der Compliance-Checkliste und Einrichtung interner Kontrollen	37		X	
Oesterreichische Nationalbank					
12	Auszahlung von Remunerationen und Prämien an Mitglieder des Vorstands nach Erreichung von im Vorhinein vereinbarten Zielen; Definition von langfristigen Zielen und Gewichtung der Ziele	13	X		
12	Dokumentation von Zielvereinbarungen, Prämien und Zielerreichung von Vorstandsmitgliedern; Offenlegung von Vergütungen	14	X		
31	Evaluierung von Möglichkeiten einer nicht dauerhaften Bindung der finanziellen Mittel in der Münze Österreich Aktiengesellschaft	20	X		

Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH die folgenden Empfehlungen an die Münze Österreich Aktiengesellschaft (Münze) hervor:

- (1) Die Einbindung vor Nebenrisiken in die Prozessorganisation wäre zügig voranzutreiben. (TZ 5)
- (2) Risikobewältigungsstrategien wären auch für Nebenrisiken festzulegen. (TZ 6)
- (3) Die finanziellen Auswirkungen des Beteiligungsrisikos wären weiterhin zu beobachten und erforderlichenfalls Umreihungen vorzunehmen. (TZ 8)
- (4) Über sich kurzfristig abzeichnende Änderungen der Risikosituation wäre im Rahmen des Managementreportings vierteljährlich zu berichten. (TZ 10)

Schlussempfehlungen

(5) Die geplanten Maßnahmen wären konsequent umzusetzen und deren Auswirkungen auf die Deckungsbeiträge nach Vollkosten zu ermitteln. (TZ 17)

(6) Die strategische Neuausrichtung der Veranlagungen der Münze auch nach Übernahme des Veranlagungsmanagements durch die Oesterreichische Nationalbank (OeNB) wäre einer Beschlussfassung im Aufsichtsrat zuzuführen. (TZ 23)

(7) Der Aufsichtsrat wäre halbjährlich über den Stand der Eventualverbindlichkeiten zu informieren. (TZ 30)

(8) Bei Abschluss von Provisionsvereinbarungen wäre auf die Anwendung und Einhaltung der Organisationsanweisung „Compliance bei Provisionsverträgen“ und die Anwendung der Checkliste besonders zu achten. (TZ 32 bis 34, 36, 37)



BMF

ANHANG
Entscheidungsträger

ANHANG

Entscheidungsträger
des überprüften Unternehmens

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in **Blaudruck**

ANHANG
Entscheidungsträger**Münze Österreich Aktiengesellschaft****Aufsichtsrat**

Vorsitzender Mag. Dr. Wolfgang DUCHATCZEK
(25. November 1997 bis 21. Juni 2013)

[Dr. Kurt PRIBIL](#)
(seit 21. Juni 2013)

Stellvertreter des
Vorsitzenden Mag. Dr. Peter ZÖLLNER
(23. Juni 2004 bis 31. März 2013)

[Dr. Peter MOOSLECHNER](#)
(seit 1. April 2013)

Vorstand

[Mag. Gerhard STARSICH](#)
(seit 16. Juli 2008)

[Dipl.-Ing. Dr. Manfred MATZINGER-LEOPOLD](#)
(seit 1. September 2012)



Bericht des Rechnungshofes

**via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung**



Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	446
Abkürzungsverzeichnis	447

BMVIT**Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Verkehr, Innovation und Technologie****via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung**

KURZFASSUNG	450
Prüfungsablauf und -gegenstand	454
Nationaler Aktionsplan Donauschifffahrt	454
Budgetäre Restriktionen des Bundes	456
Zuteilung der Finanzierungstöpfe	457
Erfolgsprämie des Geschäftsführers	458
Kennzahlen und Erfolgskriterien bei Projekten	458
Mindestfahrwassertiefe	459
Unternehmensstrategie der via donau	461
Steuerungsrelevante Kernprozesse	461
Anpassung des Personalbedarfs	462
Zusammenlegung der Standorte	463
Potenzial für Kostensenkungen	464
Für Dritte abgewickelte Aufgaben; Ausweis im Jahresabschluss	465
Schlussempfehlungen	466
Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens	469

ANHANG

Tabellen



Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteil der Verfügbarkeit der Mindestfahrwassertiefe
auf der Donau _____ 460

Tabelle 2: Maßnahmen zur Kostensenkung _____ 465

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
bzw.	beziehungsweise
DHK	Donauhochwasserschutz-Konkurrenz
DoRIS	Donau river information services
EU	Europäische Union
EUR	Euro
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
G&V	Gewinn- und Verlustrechnung
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IMS	Integriertes Managementsystem
insb.	insbesondere
IT	Informationstechnologie
km	Kilometer
m	Meter
m.b.H./mbH	mit beschränkter Haftung
p.a.	per annum
MbO	Management by Objectives
Mio.	Million(en)
NAP	Nationaler Aktionsplan
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof

Abkürzungen



TZ	Textzahl(en)
via donau VZÄ	via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH Vollzeitäquivalent(e)
z.B.	zum Beispiel



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Verkehr, Innovation und Technologie

via donau – Österreichische Wasserstraßen- Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung

Die via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH kam dem überwiegenden Teil der Empfehlungen des RH, die er im Jahr 2013 (Reihe Bund 2013/12) zur Gebarungsüberprüfung „via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH“ veröffentlicht hatte, nach.

Die via donau führte zwar Wirkungsziele mit geeigneten Kennzahlen und Erfolgskriterien für ihre Projekte ein, dieses Wirkungscontrolling war aber erst ab einem Gesamtprojektvolumen von 500.000 EUR verpflichtend zu erfassen. Bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle entsprach dies rd. 21 % aller Projekte aus dem Jahr 2015.

Die via donau setzte Maßnahmen zur Erreichung einer durchgehenden Mindest-Fahrwassertiefe von 2,50 m und erstellte gemeinsam mit dem BMVIT das „Aktionsprogramm Donau des bmvit bis 2022“.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH (via donau) war es, die Umsetzung von ausgewählten Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei der vorangegangenen Gebarungsüberprüfung „via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH“ (Reihe Bund 2013/12) abgegeben hatte. (TZ 1)

Nationaler Aktionsplan Donauschifffahrt

Die via donau setzte die Empfehlung des RH, eine Überarbeitung, Aktualisierung und Anpassung des Nationalen Aktionsplans Donauschifffahrt (NAP) gemeinsam (BMVIT und via donau) durchzuführen, um, indem der NAP durch das „Aktionsprogramm Donau des bmvit bis 2022“ entsprechend aktualisiert und angepasst wurde sowie regelmäßige Fortschrittsberichte erstellt wurden. (TZ 2)

Eine Kennzahl für das künftige Transportvolumen auf der Donau war im Aktionsprogramm Donau nicht enthalten, obwohl im Gesamtverkehrsplan für Österreich durch das BMVIT ein Zielwert, den Güterverkehr auf der Donau im Zeitraum 2010 bis 2020 um 20 % (von rd. 11 Mio. auf rd. 13 Mio. Tonnen pro Jahr) zu steigern, definiert war. (TZ 2)

Budgetäre Restriktionen des Bundes

Die Empfehlung des RH, etwaige budgetäre Restriktionen des Bundes in den Budgets und Vorschaurechnungen zu berücksichtigen, setzte die via donau um, weil sie die voraussichtlichen budgetären Vorgaben des BMVIT in den Vorschaurechnungen berücksichtigte. (TZ 3)

Zuteilung der Finanzierungstöcke

Die via donau setzte die Empfehlung des RH, einen Neuvorschlag der Zuteilung der Finanzierungstöcke zu erstellen, nicht um. Die Finanzierung der verschiedenen Aufgaben- und Leistungsbereiche (z.B. Schleusenaufsicht) der via donau wich nach wie vor von der im Wasserstraßengesetz festgelegten Systematik ab. (TZ 4)

Erfolgsprämie des Geschäftsführers

Die via donau setzte die Empfehlungen des RH um,

- den Prozess der Entstehung der jährlichen Ziele für die Gewährung der jährlichen Erfolgsprämie des Geschäftsführers schriftlich zu dokumentieren,



Kurzfassung

BMVIT

via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung

- die vereinbarten Ziele durch Zielinhalt, Zielausmaß, Messgrößen und konkrete Maßnahmen zu beschreiben,
- die jährlichen Ziele um mittelfristige Ziele zu ergänzen und
- die Entstehung der jährlichen Ziele für die Gewährung der jährlichen Erfolgsprämie des Geschäftsführers schriftlich zu dokumentieren. (TZ 5)

Kennzahlen und Erfolgskriterien bei Projekten

Die via donau führte die Wirkungsziele mittels eines zusätzlichen Datenblatts „Wirkungscontrolling“ für Projekte im November 2014 ein. Dieses war geeignet, Kennzahlen und Erfolgskriterien zu definieren. Bei Projekten waren die expliziten Wirkungsziele erst ab einem Gesamtvolumen von über 500.000 EUR verpflichtend zu erfassen. Dies entsprach im Jahr 2015 (bis zum Ende der Gebärungsüberprüfung an Ort und Stelle) rd. 21 % aller Projekte. Damit setzte sie die Empfehlung des RH, bei allen Projekten entsprechende Kennzahlen und Erfolgskriterien zu definieren, teilweise um. (TZ 6)

Mindestfahrwasser- tiefe

Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, durch zielgerichtete Maßnahmen die durchgehende Verfügbarkeit einer Mindestfahrwassertiefe von 2,50 m anzustreben, indem sie entsprechende Maßnahmen setzte. Im Jahr 2014 war allerdings nur eine Verfügbarkeit von 61 % im Raum östlich von Wien – hervorgerufen durch außergewöhnliche Ereignisse, wie das Hochwasser im Jahr 2013 und das Niedrigwasser von Jänner bis April 2014 – gegeben. (TZ 7)

Unternehmens- strategie der via donau

Die Empfehlung des RH, die Unternehmensstrategie der via donau im Aufsichtsrat beschließen zu lassen und in angemessenen Zeiträumen zu evaluieren, setzte die via donau um. (TZ 8)

Steuerungsrelevante Kernprozesse

Die via donau entsprach der Empfehlung des RH, sich auf steuerungsrelevante Kernprozesse zu konzentrieren, indem sie die Prozesse mit steuerungsrelevanten Kennzahlen ausstattete und diese jeweils nach einer Evaluierung zu Prozessanpassungen nutzte. (TZ 9)

Anpassung des Personalbedarfs

Die via donau passte ihre Aufbauorganisation entsprechend ihrer Prozesslandkarte an, es konnte jedoch eine Personalreduktion zwischen 2012 und 2015 trotz Zusammenlegung zweier Standorte nicht erreicht werden. Damit setzte sie die Empfehlung des RH, den erforder-

Kurzfassung

derlichen Personalbedarf nach Abschluss des Projekts Prozessmanagement erneut anzupassen, teilweise um. (TZ 10)

**Zusammenlegung
der Standorte**

Der RH hatte im Vorbericht empfohlen, die Zusammenlegung der beiden Standorte in Wien (Brigittenauer Sporn, Tech Gate) voranzutreiben. Die via donau setzte die Empfehlung um, indem sie die beiden Standorte 2015 zusammenlegte. (TZ 11)

**Potenzial für
Kostensenkungen**

Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, Potenziale für Kostensenkungen weiterhin auszuloten, weil Maßnahmen zur Kostenreduktion, insbesondere in den Bereichen Druckkosten, Briefversand, Betriebs- und Geschäftsausstattung, Raummieten, Reinigungskosten sowie wasserbauliche Verbesserung gesetzt wurden. (TZ 12)

**Für Dritte abge-
wickelte Aufgaben;
Ausweis im Jahres-
abschluss**

Die Empfehlung des RH, im Sinne der Transparenz und Aussagekraft des Rechnungswesens sämtliche Aufwendungen und Erlöse der auf Namen und auf Rechnung Dritter von der via donau abgewickelten Aufgaben hinkünftig in den Jahresabschlüssen auszuweisen – dies betraf die Abwicklung eines Projekts Hochwasserschutz an der March – setzte die via donau um. (TZ 13)

via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung

Kenndaten zur via donau – Österreichische Wasserstraßen–Gesellschaft mbH						
Rechtsgrundlagen	Wasserstraßengesetz, BGBl. I Nr. 177/2004 i.d.g.F.					
Hauptaufgaben	Bundes–Wasserstraßenverwaltung (insb. Wasserstraßenmanagement, Hochwasserschutz, Gewässeraufsicht, Liegenschaftsmanagement), hoheitliche Aufgaben der Schleusen–, Gewässer– und Wehraufsicht, Betrieb von Binnenschifffahrtsinformationssystemen (z.B. DoRIS) in Österreich, Entwicklungsaufgaben für die Binnenschifffahrt (Beteiligung an nationalen und internationalen Projekten)					
Eckdaten des österreichischen Donau–Abschnitts	Länge: rd. 351 km Höhenunterschied: rd. 150 m Anzahl der Schleusen: 10 geschleuste Schiffseinheiten 2014: 101.165 Transportaufkommen 2014: 10,1 Mio. Tonnen (Güterverkehr) bzw. 1,1 Mio. Passagiere (Personenverkehr)					
	2011	2012	2013	2014	Vorschau 2015	Veränderung 2011 bis 2014
	in Mio. EUR					in %
Kenndaten Bilanz						
Aktiva						
Anlagevermögen	12,14	12,99	13,30	12,89	13,43	6,2
Umlaufvermögen	22,13	17,29	23,23	26,75	19,54	20,9
aktive Rechnungsabgrenzung	0,16	0,34	0,16	0,20	0,20	25,0
Passiva						
Eigenkapital	10,69	10,96	11,40	11,85	11,90	10,9
Investitionszuschüsse	–	–	3,22	3,10	2,95	–
Rückstellungen	5,49	4,77	4,83	4,16	4,14	– 24,2
Verbindlichkeiten	7,12	8,72	10,57	6,45	5,40	– 9,4
passive Rechnungsabgrenzung	11,13	6,17	6,68	14,27	8,78	28,2
Bilanzsumme	34,43	30,62	36,69	39,84	33,17	15,7
Kenndaten Gewinn– und Verlustrechnung						
Erlöse						
Eigenerlöse ¹	2,28	2,30	3,46	3,66	3,86	60,5
Zuschüsse und Leistungsabgeltungen Bund ¹	26,33	24,45	33,73	33,89	30,33	28,7
Zuschüsse und Leistungsabgeltungen EU ¹	2,31	3,01	5,82	5,29	2,40	129,0
sonstige betriebliche Erträge ²	0,45	0,37	1,22	0,82	0,25	82,2
Aufwendungen						
Material und sonstige bezogene Leistungen	– 7,99	– 9,72	– 22,60	– 21,41	– 13,94	168,0
Personalaufwand	– 13,58	– 13,05	– 13,97	– 14,30	– 14,63	5,3
Abschreibungen und sonstige betriebliche Aufwendungen	– 10,04	– 7,24	– 7,29	– 7,56	– 8,28	– 24,7
Betriebsergebnis	– 0,24	0,12	0,38	0,38	– 0,01	–
Finanzergebnis (Zinserträge)	0,39	0,14	0,07	0,07	0,06	– 82,1
Jahresüberschuss	0,16	0,26	0,44	0,45	0,05	181,3
Bilanzgewinn ¹	4,47	4,73	5,18	5,63	5,68	26,0
	Anzahl in VZÄ					
Mitarbeiter	234,7	228,5	223,3	225,9	233,24	– 3,7

Rundungsdifferenzen möglich

¹ inklusive Gewinnvorträgen aus Vorjahren² inklusive Bestandsveränderungen

Quelle: via donau

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 Der RH überprüfte im Juni und Juli 2015 bei der via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH (via donau) die Umsetzung ausgewählter Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebärungsüberprüfung abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2013/12 veröffentlichte Bericht „via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH“ wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen hatte der RH den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen bei der überprüften Stelle nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens hatte er in seinem Bericht Reihe Bund 2014/16 veröffentlicht.

Zu dem im Oktober 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMVIT im Jänner 2016 und die via donau im November 2015 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Februar 2016.

Nationaler Aktions- plan Donauschiff- fahrt

- 2.1 (1) Der RH hatte in seinem Vorbericht (TZ 10) der via donau empfohlen, eine Überarbeitung, Aktualisierung und Anpassung des Nationalen Aktionsplans Donauschiffahrt (NAP) gemeinsam (BMVIT und via donau) durchzuführen. Der Überarbeitung wären realistische Annahmen für die Steigerung des Gütertransports zugrunde zu legen und diese dann in angemessenen Zeiträumen (etwa alle drei bis fünf Jahre) zu evaluieren.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass der Entwurf des neuen NAP abgeschlossen sei; in drei thematisch fokussierten Workshops sollten im September 2014 die Bereiche Wirtschaft (Schiffahrt), Umwelt und Hochwasserschutz mit den Stakeholdern abgestimmt werden. Die Veröffentlichung und die Einbringung in politische Gremien sei für November/Dezember 2014 in Aussicht genommen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau mit dem „Aktionsprogramm Donau des bmvit bis 2022“ (Aktionsprogramm Donau) den NAP im Jahr 2015 ersetzte.

In das Aktionsprogramm Donau wurde keine Kennzahl über die Entwicklung des künftigen Transportvolumens aufgenommen. Das entsprechende Ziel war in Maßnahme 11 des Aktionsprogramms Donau „Transporte auf der Donau weiterentwickeln“ allgemein festgelegt. Das BMVIT definierte im Gesamtverkehrsplan für Österreich, der Grundlage für das Aktionsprogramm Donau war, das Ziel, den Güterverkehr auf der Donau im Zeitraum 2010 bis 2020 um 20 % (von rd. 11 Mio. Tonnen pro Jahr auf rd. 13 Mio. Tonnen pro Jahr) zu steigern.



Nationaler Aktionsplan Donauschifffahrt

via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up–Überprüfung

Die ursprüngliche Prognose des NAP zur Erhöhung des Transportvolumens konnte 2014 nicht erreicht werden, weil das Transportaufkommen mit rd. 10,10 Mio. Tonnen im Jahr 2014 unter dem Wert von 2012 mit rd. 10,71 Mio. Tonnen und somit deutlich unter dem Zielwert von 25 Mio. Tonnen pro Jahr (für das Jahr 2015) lag.

Das Aktionsprogramm Donau sah alle zwei Jahre einen Fortschrittsbericht vor, wobei die einzelnen Maßnahmen über Wirkungsindikatoren durch die via donau gemessen werden sollten. Der Fortschrittsbericht sollte auch einen Einblick in den Stand der Umsetzung der Maßnahmen des Aktionsprogramms Donau im Sinne einer Evaluation geben.

- 2.2** Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, indem der NAP durch das „Aktionsprogramm Donau des bmvit bis 2022“ entsprechend aktualisiert und angepasst wurde. Der RH stellte aber kritisch fest, dass keine Kennzahl für das künftige Transportvolumen auf der Donau im Aktionsprogramm Donau enthalten war, obwohl im Gesamtverkehrsplan für Österreich durch das BMVIT ein Zielwert, den Güterverkehr auf der Donau im Zeitraum 2010 bis 2020 um 20 % (von rd. 11 Mio. Tonnen pro Jahr auf rd. 13 Mio. Tonnen pro Jahr) zu steigern, definiert war.

Der RH empfahl der via donau, das im Gesamtverkehrsplan für Österreich festgelegte Ziel, den Güterverkehr auf der Donau bis 2020 um 20 % zu erhöhen, in das Aktionsprogramm Donau aufzunehmen.

- 2.3** (1) *Laut Stellungnahme des BMVIT könne die via donau bestenfalls die infrastrukturellen Voraussetzungen für einen Verkehrszuwachs um 20 % schaffen. Die tatsächliche Verkehrsentwicklung hänge von vielen Faktoren ab, auf welche die via donau keinen Einfluss habe, wie z.B. die allgemeine Lage der Wirtschaft, die Rohstoffpreise in verschiedenen Regionen und den Bedarf an bestimmten Gütern.*

(2) *Laut Stellungnahme der via donau beinhalte das Aktionsprogramm Donau jene Maßnahmen und Ziele, die im unmittelbaren Einflussbereich des BMVIT und der via donau liegen würden. Für den gesamten Maßnahmenkatalog sei ein konsistentes Ziel- und Monitoringkonzept ausgearbeitet worden, woran der Fortschritt der Maßnahmen periodisch gemessen werde. Dabei werde auf steuerungsrelevante – d.h. von BMVIT und via donau unmittelbar beeinflussbare – Meilensteine und Wirkungsindikatoren fokussiert. Die tatsächliche Entwicklung des Verkehrsaufkommens sei eine Folgewirkung autonomer und externer Einflüsse (insbesondere der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung sowie der grundlegenden internationalen Wirtschafts- und Transportbeziehungen).*

Nationaler Aktionsplan Donauschifffahrt

Weiters hielt die via donau fest, dass die Entwicklung des Verkehrsaufkommens im Donaukorridor auch in den geplanten Fortschrittsberichten zum Aktionsprogramm beobachtet und interpretiert werde. Die Fortschrittsberichte sollten auch Aussagen zu Folgewirkungen beinhalten. Diese würden teilweise durch Maßnahmen aus dem Aktionsprogramm angestoßen, unterlägen jedoch zusätzlichen maßgeblichen Einflussfaktoren außerhalb des Einflussbereichs des BMVIT. Folgewirkungen seien beispielsweise die Auslastung der Schiffe, der Modal Split, die Verkehrssicherheit, die Biodiversität oder der ökologische Zustand der Gewässer.

- 2.4** Der RH entgegnete dem BMVIT und der via donau, dass die Messung des Verkehrsaufkommens und daher die Aufnahme einer Kennzahl in das Aktionsprogramm zweckmäßig wäre, weil bei einer Abweichung des von der via donau prognostizierten Verkehrsaufkommens auch die infrastrukturellen Maßnahmen anzupassen wären.

Budgetäre Restriktionen des Bundes

- 3.1** (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 20) empfohlen, etwaige budgetäre Restriktionen des Bundes in den Budgets und Vorscheurechnungen der via donau zu berücksichtigen, so dass die Geschäftsführung rechtzeitig das abzuarbeitende Aufgaben- und Projektportfolio an die zur Verfügung stehenden Unternehmensressourcen anpassen kann.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass das jeweilige Arbeitsprogramm der via donau auf die zur Verfügung stehenden Bundesmittel abgestimmt werde und die Steuerung über eine entsprechende Prioritätenreihung der Projekte erfolge.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau das jährliche Einvernehmen schriftlich dokumentierte und damit den Dokumentationsgrad erhöhte. Weiters bildete sie die budgetären Vorgaben des BMVIT in ihren Vorscheurechnungen ab. Die via donau stimmte die internen Planungsvorgaben auf den voraussichtlich verfügbaren Finanzrahmen in den Jahren 2013 bis 2015 ab.

- 3.2** Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, weil sie die voraussichtlichen budgetären Vorgaben des BMVIT in den Vorscheurechnungen berücksichtigte.



via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung

Zuteilung der Finanzierungstöpfе

- 4.1** (1) Die via donau hatte zur Finanzierung ihrer verschiedenen Aufgaben- und Leistungsbereiche die im § 18 Abs. 1 bis 3 Wasserstraßengesetz angeführten Abgeltungen des Bundes genutzt. Eine Analyse des RH hatte aufgezeigt, dass die Finanzierung der verschiedenen Aufgaben- und Leistungsbereiche von der im Wasserstraßengesetz festgelegten Systematik abgewichen war (so war z.B. der Bereich Schleusen- und Wehraufsicht durch die Basisfinanzierung bezuschusst worden). Der RH hatte daher der via donau in seinem Vorbericht (TZ 30, 31) empfohlen, entsprechend der gemeinsamen Festlegung (via donau und BMVIT) einen Neuvorschlag der Zuteilung der Finanzierungstöpfе zu erstellen und hinkünftig für eine zweck- und gesetzeskonforme Verwendung der Mittel gemäß § 18 Wasserstraßengesetz zu sorgen.
- (2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass für den Abbau der Guthabenstände des Bundes ein unterjähriges Cash-Pooling zwischen den Finanzierungstöpfеn erforderlich sei. Darüber hinaus sei kein Widerspruch zu gesetzlichen Bestimmungen ersichtlich.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau bezüglich des unterjährigen Cash-Poolings weiterhin keinen Widerspruch zu gesetzlichen Bestimmungen erblickte. Die unterjährige Liquiditätssteuerung der via donau wich nach wie vor von der im Wasserstraßengesetz festgelegten Systematik (Finanzierungstöpfе) ab.
- 4.2** Die via donau setzte somit die Empfehlung des RH nicht um. Der RH empfahl daher neuerlich, bei der Finanzierung der verschiedenen Aufgaben- und Leistungsbereiche für eine zweck- und gesetzeskonforme Verwendung der Mittel der verschiedenen Aufgaben- und Leistungsbereiche (z.B. Schleusenaufsicht) gemäß § 18 Wasserstraßengesetz zu sorgen. Er verblieb bei seiner Ansicht, dass die im Wasserstraßengesetz festgelegte Systematik zur Finanzierung der verschiedenen Aufgaben- und Leistungsbereiche einzuhalten wäre.
- 4.3** *Laut Stellungnahme des BMVIT sei eine Neuordnung der Finanzierungstöpfе nicht erforderlich, weil die zweck- und gesetzeskonforme Verwendung der Mittel gemäß § 18 Wasserstraßengesetz gegeben sei.*
- 4.4** Der RH entgegnete dem BMVIT, dass gerade durch das unterjährige Cash-Pooling eine zweck- und gesetzeskonforme Verwendung der Mittel für die verschiedenen Aufgaben- und Leistungsbereiche nicht gegeben war und hielt an seiner Empfehlung fest.

**Erfolgsprämie des
Geschäftsführers**

5.1 (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 4) empfohlen, den Prozess der Entstehung der jährlichen Ziele für die Gewährung der jährlichen Erfolgsprämie des Geschäftsführers schriftlich zu dokumentieren. Die vereinbarten Ziele sollten nur durch besonderes Engagement erreichbar sein und durch Zielinhalt, Zielausmaß, Messgrößen und konkrete Maßnahmen beschrieben sein. Die jährlichen Ziele wären um mittelfristige Ziele zu ergänzen, die den nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens begünstigen.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die jährliche Zielvereinbarung für die erfolgsabhängige Prämie der Geschäftsführung mit dem BMVIT abgestimmt und entsprechend dokumentiert werde.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Entstehung der Zielvereinbarungen für die Erfolgsprämie des Geschäftsführers zwischen Geschäftsführer und Aufsichtsrat der via donau dokumentiert war. Für die Jahre 2013 bis 2015 wurden mehrjährige (in der Regel zwei bis drei Jahre) Ziele aufgenommen. Die mittelfristigen Ziele konnten durch die Umsetzung von aufeinanderfolgenden, inhaltlich abgestimmten Unternehmens- bzw. Abteilungszielen (durch MbO-Vereinbarungen) erreicht werden. Die vereinbarten Ziele waren überwiegend mit konkreten Jahreszielen bzw. Maßnahmen beschrieben.

5.2 Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, weil der Entstehungsprozess der Zielvereinbarungen schriftlich dokumentiert war, mittelfristige Ziele definiert und die vereinbarten Ziele überwiegend mit konkreten Jahreszielen bzw. Maßnahmen beschrieben waren.

**Kennzahlen und
Erfolgskriterien bei
Projekten**

6.1 (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 7) empfohlen, zukünftig bei allen Projekten entsprechende Kennzahlen und Erfolgskriterien zu definieren, um feststellen zu können, ob die Projektziele tatsächlich erreicht wurden.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie die bestehenden Projektmanagementvorlagen in Hinblick auf die Empfehlungen des RH weiter mit der Unternehmensstrategie verschränkt habe. Der Konnex zur Unternehmensstrategie sei einerseits durch die vollständige Angabe der strategischen Aktionsfelder und andererseits durch den Beitrag zu den strategischen Wirkungszielen gegeben. Damit einhergehend werde die Ausrichtung an die Ziellandschaft und die Wirkungsorientierung weiter betont und forciert.



**Kennzahlen und Erfolgskriterien
bei Projekten**



**via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung**

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau ihre Projektvorlagen erweiterte. Insbesondere führte sie eine neue Vorlage unter dem Titel „Wirkungscontrolling“ ein, in der Wirkungsziele und deren Erreichung dokumentiert wurden. Diese Vorlage war nur für Projekte mit einem Gesamtvolumen ab rd. 500.000 EUR verpflichtend anzuwenden, unter diesem Betrag konnte sie als Hilfestellung herangezogen werden. Projekte mit einem Gesamtvolumen von über 500.000 EUR machten im Jahr 2015 (bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle) rd. 21 % aller laufenden Projekte (zwölf von 57) aus. Das Datenblatt war – seit seiner Einführung im November 2014 – bislang nur für zwei Projekte verpflichtend anzuwenden.

- 6.2** Die via donau setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem sie die Wirkungsziele mittels eines zusätzlichen Datenblatts „Wirkungscontrolling“ für Projekte im November 2014 einführte. Dieses war geeignet, Kennzahlen und Erfolgskriterien zu definieren. Der RH hielt jedoch kritisch fest, dass bei Projekten die expliziten Wirkungsziele erst ab einem Gesamtvolumen von über 500.000 EUR verpflichtend zu erfassen waren. Bis zum Ende der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle entsprach dies im Jahr 2015 rd. 21 % aller Projekte.

Der RH empfahl der via donau, zukünftig die Verpflichtung, explizite Wirkungsziele zu erfassen, so festzulegen, dass entsprechend der jeweiligen Größe von Projekten Wirkungsziele erfasst werden. Demgemäß wären Kennzahlen und Erfolgskriterien entsprechend der Projektgröße zu definieren, um feststellen zu können, ob die Projektziele tatsächlich erreicht wurden.

- 6.3** *Laut Stellungnahme der via donau werde die Messung der Wirkungen auch für Projekte unter 500.000 EUR durchgeführt.*

Mindestfahr- wassertiefe

- 7.1** (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 11) empfohlen, durch zielgerichtete Maßnahmen (z.B. Erhaltungsbaggerungen, Weiterverfolgung des flussbaulichen Gesamtprojekts östlich von Wien) die durchgehende Verfügbarkeit einer Mindestfahrwassertiefe von 2,50 m anzustreben.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass aufgrund der Umsetzung eines kundenorientierten Wasserstraßenmanagements und einer straffen Priorisierung und Durchführung der notwendigen operativen Tätigkeiten (insbesondere Vermessen und Baggern der relevanten Seichtstellen in der Donau) trotz des Jahrhundert-Hochwassers im Juni 2013 und den damit verbundenen erhöhten notwendigen Erhaltungsmaßnahmen eine relativ hohe Verfügbarkeit (2013:

Mindestfahrwassertiefe

Erreichung einer Mindestfahrwassertiefe von 2,50 m innerhalb der Tiefenrinne zu 98 % in der Wachau und zu 86 % östlich von Wien) erreicht werden konnte.

Die via donau sei auch weiterhin bemüht, die Verfügbarkeit der Wasserstraße Donau durch entsprechende Maßnahmen kontinuierlich zu verbessern (z.B. durch Einführung eines umfassenden und IT-gestützten Wasserstraßen-Management Systems).

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau in den Jahren 2012 bis 2014 gezielt Maßnahmen setzte, um die Fahrwassertiefe von 2,50 m über das gesamte Jahr aufrechtzuerhalten. Die Maßnahmen setzten sich insbesondere aus

- dem Abschluss von Rahmenvereinbarungen für Nassbaggerungen¹ über drei (plus zwei) Jahre zur raschen Beauftragung im Anlassfall,
- der Einführung eines umfassenden und IT-gestützten Wasserstraßen-Infrastrukturmanagementsystems sowie
- der wasserbaulichen Optimierung im Bereich Petronell-Witzelsdorf

zusammen. Zudem führte die via donau Kundenzufriedenheitserhebungen durch.

Die Mindestfahrwassertiefe konnte in den Jahren 2012 bis 2014 wie folgt erreicht werden:

Tabelle 1: Anteil der Verfügbarkeit der Mindestfahrwassertiefe auf der Donau

Fahrwassertiefe 2,50 m	2012	2013	2014	1. Halbjahr 2015
	in % Verfügbarkeit			
Wachau	100	98	96	100
östlich von Wien	87	86	61	88

Quelle: via donau

¹ Die via donau schloss drei regionale Rahmenvereinbarungen (Wachau, oberes Donautal, Carnuntum) für Nassbaggerungen ab; diese sollen neben einer Preisstabilität zu einer beschleunigten Beauftragung der notwendigen Erhaltungsmaßnahmen und einer rascheren Beseitigung der auftretenden Seichtstellen beitragen.

via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung

Im Jahr 2014 war die geringe Verfügbarkeit der Mindestfahrwassertiefe östlich von Wien aufgrund außerordentlicher Ereignisse wie der niedrigen Wasserstände von Jänner bis April sowie der anhaltenden Aufarbeitungsmaßnahmen nach dem Jahrhunderthochwasser von 2013 (Anlandungen östlich von Wien) begründet.

- 7.2** Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, indem sie zielgerichtet Maßnahmen für eine durchgehende Mindestfahrwassertiefe von 2,50 m setzte.

Unternehmensstrategie der via donau

- 8.1** (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 14) empfohlen, die Unternehmensstrategie der via donau im Aufsichtsrat beschließen zu lassen und in angemessenen Zeiträumen (etwa alle drei bis fünf Jahre) zu evaluieren und die daraus resultierenden Anpassungen bzw. Änderungen vorzunehmen.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung entsprochen zu haben.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau ihre Unternehmensstrategie im Aufsichtsrat genehmigen ließ und diese mit Wirkungskennzahlen (bereitgestellte Fahrrinne, Wartezeit Schleusen, Dammverteidigungskosten km/Jahr, Kundenzufriedenheit) versah. Diese Wirkungskennzahlen werden in definierten Abständen (zumeist jährlich) überprüft und die Unternehmensstrategie soll entsprechend dem Ergebnis der Prüfung angepasst werden.

- 8.2** Die via donau setzte die Empfehlungen des RH um, indem die Unternehmensstrategie durch den Aufsichtsrat genehmigt und diese kontinuierlich evaluiert werden soll.

Steuerungsrelevante Kernprozesse

- 9.1** (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 18) empfohlen, sich auf steuerungsrelevante Kernprozesse zu konzentrieren (z.B. „Wasserstraße managen“, „Donauschiffahrt entwickeln“, „Hochwasserschutz durchführen“, „ökologischen Zustand erhalten und verbessern“). Darauf aufbauend wären ehestmöglich geeignete Unternehmenskennzahlen zur aktiven Unternehmenssteuerung abzuleiten und diese laufend mit einem noch zu erstellenden Zielwertekatalog abzugleichen.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Anzahl der steuerungsrelevanten Geschäftsprozesse durch Prozessoptimierung bzw. -vereinfachung weiter reduziert werden konnte. Die

Steuerungsrelevante Kernprozesse

Kernprozesse der via donau würden aktuell 29 Teilprozesse umfassen. Davon würden 21 aktiv mittels Kennzahlen gesteuert.

Im Wirtschaftsjahr 2013 sei das Kennzahlenportfolio um die „Wirkungsorientierung“ erweitert worden. Die via donau habe ein Bezugssystem (Wirkungsbaum) zur durchgängigen Darstellung von Wirkungszielen des Eigentümers, strategischen Wirkungszielen der via donau, Kernprozessen, Wirkungen der Kernprozesse und Messung der Wirkungen mittels Kennzahlen/Indikatoren erarbeitet. Sie erhebe die Prozesskennzahlen (Ist/Soll) im Rahmen der quartalsweisen Prozesssteuerung, lege bei Abweichungen außerhalb des Toleranzbereichs operative Gegensteuerungsmaßnahmen fest und überwache diese.

Im Laufe des Wirtschaftsjahres 2014 seien die Kernprozesse „Wasserstraße managen“, „Liegenschaften“, „Hochwasserschutz durchführen“ und „Treppel- und Uferbegleitwege erhalten“ in Bearbeitung. Die via donau informiere den Eigentümer und den Aufsichtsrat über die Ergebnisse der operativen Prozesssteuerung.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau die Anzahl der Prozesse von 120 auf 94 reduzierte, wobei sie 79 Prozesse als steuerungsrelevant einstufte. Eine weitere Reduktion steuerungsrelevanter Prozesse war geplant. Die via donau definierte Prozesskennzahlen (Wirkung, Finanz/Effizienz, Qualität, Kunden, IMS²-Kennzahl, Basis-kennzahl), die in regelmäßigen Abständen evaluiert wurden, um die Prozesse anzupassen. Die Evaluierung und Anpassung nahm ein Lenkungsausschuss für das Prozessmanagement vor.

9.2 Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, indem sie die Prozesse mit steuerungsrelevanten Kennzahlen ausstattete und diese jeweils nach einer Evaluierung zu Prozessanpassungen nutzte.

Anpassung des Personalbedarfs

10.1 (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 24) empfohlen, den erforderlichen Personalbedarf nach Abschluss des Projekts Prozessmanagement erneut anzupassen, um allfällige Potenziale zur Steigerung der Unternehmenseffizienz auszuschöpfen. Ebenso wäre zu prüfen, inwieweit eine Standortkonzentration in Wien weitere Potenziale für Personalstraffungen eröffnen würde.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die „Basis der Ressourcenplanung die Mittelfristplanung wäre, welche mit dem bmvit abgestimmt würde“. An der Standortkonzentration Wien

² IMS: Integriertes Management-System



Anpassung des Personalbedarfs



via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung

werde aktuell gearbeitet. Ziel sei es, die Standortkonzentration bis Ende des Jahres abzuschließen und entsprechende Synergien zu nutzen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau seit 2012 die Aufbauorganisation an das Prozessmodell angepasst hatte. Ziel dieser Anpassung war die „Harmonisierung der Standards über alle Standorte, der Abbau von Doppelgleisigkeiten und die Schließung von ‚gaps‘ in den Prozessen“. In „Mitarbeiterinformationen“ stellte die Geschäftsführung die organisatorischen sowie personellen Änderungen – diese betrafen insbesondere die Abteilungen Erhaltung, Infrastruktur Services, Engineering, DHK – Management Gesellschaft m.b.H. – vor.

So übernahm der Geschäftsführer der via donau ab April 2015 zusätzlich die Geschäftsführung der DHK – Management Gesellschaft m.b.H. Die via donau sparte weiters einige Führungspositionen – Abteilungs- und Teamleiterpositionen wurden nicht nachbesetzt oder entfielen – ein. Die bisherige Geschäftsführerin der DHK – Management Gesellschaft m.b.H. schied Ende September 2015 aus der via donau aus.

Zwischen 2012 und 2015 ging jedoch mit der Änderung der Aufbauorganisation und Übernahme neuer Aufgaben keine Personalreduktion einher. Auch die Zusammenlegung der beiden Wiener Standorte (siehe TZ 11) brachte keine Personalstraffung. Die via donau teilte alle Mitarbeiter des Standortes Brigittenauer Sporn auf andere Standorte der via donau (Tech Gate Wien und andere Standorte entlang der Donau, wie Krems, Bad Deutsch-Altenburg und Angern) auf.

10.2 Die via donau setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem sie zwar ihre Aufbauorganisation entsprechend ihrer Prozesslandkarte anpasste, jedoch eine Personalreduktion – trotz Zusammenlegung zweier Standorte – zwischen 2012 und 2015 nicht erreicht werden konnte. Der RH präzisierte seine Empfehlung, Potenziale für Personalstraffungen auszuloten sowie den Personalstand anzupassen.

10.3 *Laut Stellungnahme der via donau werde der Personalbedarf laufend evaluiert und angepasst.*

Zusammenlegung der Standorte

11.1 (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 25) empfohlen, die Zusammenlegung der beiden Standorte in Wien (Brigittenauer Sporn, Tech Gate) voranzutreiben.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass an der Standortkonzentration Wien laufend gearbeitet werde. Der Stand der

Zusammenlegung der Standorte

Arbeiten wäre so weit fortgeschritten, dass die Standortkonzentration voraussichtlich Ende 2013 abgeschlossen sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau die beiden Wiener Standorte am Brigittenauer Sporn und im Tech Gate im Jahr 2015 zusammenlegte. Der bestehende Mietvertrag mit der DHK – Management Gesellschaft m.b.H. wurde per 30. April 2015 aufgelöst. Die bis dahin an diesem Standort beschäftigten Mitarbeiter wurden soweit möglich auf andere Standorte der via donau (Tech Gate Wien und andere Standorte entlang der Donau, wie Krems, Bad Deutsch-Altenburg und Angern) verlegt. Durch die Zusammenlegung der beiden Standorte in Wien kam es zur Reduktion von Miet- und Reinigungskosten (siehe Tabelle 2).

- 11.2** Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, indem sie die beiden in Wien befindlichen Standorte am Brigittenauer Sporn und Tech Gate im Jahr 2015 am Standort Tech Gate zusammenlegte.

Potenzial für Kostensenkungen

- 12.1** (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 26) empfohlen, die Potenziale für Kostensenkungen, wie etwa in den Bereichen Drucksortenerstellung und Öffentlichkeitsarbeit, Reinigungskosten, Mieten für Betriebs- und Geschäftsausstattung sowie Raummieten, weiterhin auszuloten.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie im Rahmen der Ausarbeitung des Programms „Innovationsbasierendes Effizienzsteigerungsprogramm“ bereits viele mittelfristige Maßnahmen und Quick wins identifiziert habe, aus deren Umsetzung sie wesentliche Kostensenkungen erwarte. Es sei geplant, die Quick wins bereits bis Ende 2014 umzusetzen. Darüber hinaus solle das Kostenartenmonitoring weiterentwickelt werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau im Zusammenhang mit dem Effizienzsteigerungsprogramm Kostenarten überprüfte, Einsparungspotenziale aufzeigte und zum Teil lukrierte. Im Zusammenhang mit der Zusammenlegung der beiden Wiener Standorte konnte die via donau, durch Mietverhandlungen und Verringerung des Reinigungsleistungsumfangs, sowohl Raummiet- als auch Reinigungskosten einsparen.



Potenzial für Kostensenkungen

BMVIT

via donau – Österreichische Wasserstraßen-
Gesellschaft mbH; Follow-up-Überprüfung

Tabelle 2: Maßnahmen zur Kostensenkung

	Maßnahmen	Einsparungspotenzial	Umsetzung
Reduktion Kopier- und Druckkosten	Mitarbeiter-Bewusstseinsbildung, Reduzierung von internen Farbdrucken, kostengünstigeres Druckpapier	sinkende Kosten (ohne Bezifferung)	bis Ende 2014
Umstellung Briefversand	Falten von Briefsendungen auf Format A5, wenn möglich	Reduktion Portokosten (ohne Bezifferung)	bis Juni 2014
Optimierung Voice- und Datennetzwerk	Abschluss eines neuen Vertrags oder Optimierung des bestehenden Vertrags	ca. 10 % der Kosten p.a., rd. 7.000 EUR p.a.	bis Ende 2015
Optimierung wasserbaulicher Maßnahmen – Witzelsdorf	wasserbauliche Optimierungen (Erhöhung des Leitwerks und der vier Buhnen) der Seichtstelle Witzelsdorf	Reduktion des laufenden Erhaltungsaufwands, rd. 150.000 EUR p.a.	bis Juni 2015
Raummiete	Zusammenlegung der Wiener Standorte, Mietpreisverhandlungen	rd. 50.000 EUR p.a.	ab Jänner 2015
Reinigungskosten	Zusammenlegung der Wiener Standorte, Verringerung Reinigungsleistung	rd. 12.000 EUR p.a.	ab Juni 2015

Quellen: via donau; RH

12.2 Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, weil Maßnahmen zur Kostenreduktion insbesondere in den Bereichen Druckkosten, Briefversand, Betriebs- und Geschäftsausstattung, Raummieten, Reinigungskosten sowie wasserbauliche Verbesserung gesetzt wurden.

Für Dritte abgewickelte Aufgaben; Ausweis im Jahresabschluss

13.1 (1) Der RH hatte der via donau in seinem Vorbericht (TZ 28) empfohlen, im Sinne der Transparenz und Aussagekraft des Rechnungswesens sämtliche Aufwendungen und Erlöse der auf Namen und auf Rechnung Dritter von der via donau abgewickelten Aufgaben hinkünftig in den Jahresabschlüssen auszuweisen. Die via donau stellte nämlich jene Kosten und Finanzierungen des Projekts Hochwasserschutz an der March, deren Abrechnung im Namen und auf Rechnung zweier externer Hochwasserverbände erfolgte, nicht in den Jahresabschlüssen dar.

(2) Die via donau hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie die Empfehlung umgesetzt habe, indem sie nach Abstimmung mit den Abschlussprüfern der via donau Angaben über die treuhändige Abwicklung der Sanierung und Erhaltung des Hochwasserschutzsystems an der March in den Anhang zum Jahresabschluss 2013 aufgenommen habe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die via donau im Jahresabschluss 2013 und 2014 die Aufwendungen und Erlöse der auf Namen und auf Rechnung Dritter von der via donau abgewickelten Aufgaben – dies betraf die Abwicklung eines Projekts Hochwasserschutz an der March – jeweils im Anhang des Jahresabschlusses aufnahm.

13.2 Die via donau setzte somit die Empfehlung des RH um.

Schlussempfehlungen

14 Der RH stellte fest, dass die via donau von zwölf Empfehlungen des Vorberichts neun Empfehlungen umsetzte, zwei teilweise und eine nicht umsetzte.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts (Reihe Bund 2013/5)					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
10	Überarbeitung, Aktualisierung und Anpassung des Nationalen Aktionsplans	2	X		
20	Berücksichtigung budgetärer Restriktionen des Bundes	3	X		
30, 31	Neuvorschlag der Zuteilung der Finanzierungstöcke sowie zweck- und gesetzeskonforme Verwendung der Mittel	4			X
4	Dokumentation der Entstehung der jährlichen MbO-Ziele des Geschäftsführers	5	X		
7	Definition von Kennzahlen und Erfolgskriterien bei Projekten	6		X	
11	Anstreben einer Mindestfahrwassertiefe von 2,5 m	7	X		
14	Evaluierung der Unternehmensstrategie; Beschluss der Strategie durch den Aufsichtsrat	8	X		
18	Konzentration auf steuerungsrelevante Kernprozesse	9	X		
24	Anpassung des Personalbedarfs nach Abschluss des Projekts Prozessmanagement	10		X	
25	Zusammenlegung der Standorte in Wien	11	X		
26	Ausloten des Potenzials für Kostensenkungen	12	X		
28	Ausweis sämtlicher Aufwendungen und Erlöse der für Dritte abgewickelten Aufgaben im Jahresabschluss	13	X		

Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH folgende Empfehlungen an die via donau hervor:

(1) Das im Gesamtverkehrsplan für Österreich festgelegte Ziel, den Güterverkehr auf der Donau bis 2020 um 20 % zu erhöhen, wäre in das „Aktionsprogramm Donau des bmvit bis 2022“ aufzunehmen. (TZ 2)

(2) Entsprechend der gemeinsamen Festlegung (via donau und BMVIT) wäre ein Neuvorschlag der Zuteilung der Finanzierungstöcke zu erstellen und hinkünftig für eine zweck- und gesetzeskonforme Verwendung der Mittel der verschiedenen Leistungs- und Aufgabenbereiche (z.B. Schleusenaufsicht) gemäß § 18 Wasserstraßengesetz zu sorgen. (TZ 4)

Schlussempfehlungen

(3) Die Verpflichtung, explizite Wirkungsziele zu erfassen, wäre so festzulegen, dass entsprechend der jeweiligen Größe von Projekten Wirkungsziele erfasst werden. Demgemäß wären entsprechend der Projektgröße Kennzahlen und Erfolgskriterien zu definieren, um feststellen zu können, ob die Projektziele tatsächlich erreicht wurden. (TZ 6)

(4) Potenziale für Personalstraffungen wären auszuloten und der Personalstand anzupassen. (TZ 10)



BMVIT

ANHANG
Entscheidungsträger

ANHANG

Entscheidungsträger des überprüften Unternehmens

Anmerkung:
im Amt befindliche Entscheidungsträger in **Blaudruck**



ANHANG
Entscheidungsträger

via donau – Österreichische Wasserstraßen-Gesellschaft mbH

Aufsichtsrat

Vorsitzende **Dr. Alice EPLER**
(seit 27. Juni 2011)

Stellvertreter der
Vorsitzenden **Ferry ELSHOLZ**
(seit 31. August 2007)

Mag. Heimo GRADISCHNIG
(seit 31. August 2007)

Geschäftsführung **Dipl.-Ing. Hans-Peter HASENBICHLER**
(seit 1. November 2008)



Bericht des Rechnungshofes

**Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung**



Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	474
Abkürzungsverzeichnis _____	475
Glossar _____	477

BMLFUW

Wirkungsbereich des Bundesministeriums für
Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung

KURZFASSUNG _____	482
Prüfungsablauf und -gegenstand _____	488
Programmerstellung 2014 bis 2020 _____	489
Prämienfestlegung _____	504
Evaluierung der Programme _____	511
ÖPUL-Begleitausschuss und ÖPUL-Evaluierungsbeirat _____	527
EU-Mittel und nationale Kofinanzierung im ÖPUL 2015 _____	530
Schlussempfehlungen _____	533

ANHANG

Anhang 1 und 2 _____	539
----------------------	-----

Tabellen Abbildungen



Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Geplante Finanzierung des ÖPUL 2015 gemäß Programm LE 14–20_____	489
Tabelle 2:	Vergleich Untermaßnahmen ÖPUL 2007 und ÖPUL 2015 _____	496
Tabelle 3:	Kofinanzierung für das ÖPUL 2015_____	531
Abbildung 1:	Kontext ÖPUL 2007 _____	539
Abbildung 2:	Kontext ÖPUL 2015 _____	540
Tabelle 4:	Mindestkofinanzierung gemäß Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 (Langfassung)_____	541
Tabelle 5:	Geplante Kofinanzierung für ÖPUL 2015 gemäß Programm LE 14–20 (Langfassung) _____	542

Abkürzungen

Abkürzungsverzeichnis

ABl.	Amtsblatt
Abs.	Absatz
AMA	Agrarmarkt Austria
Art.	Artikel
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BOKU	Universität für Bodenkultur
bzw.	beziehungsweise
EG	Europäische Gemeinschaft
ELER	Europäischer Fonds zur Entwicklung des ländlichen Raums
EU	Europäische Union
EUR	Euro
ff.	folgende
GAP	Gemeinsame Agrarpolitik der EU
GIS	Geografisches Informationssystem
ha	Hektar
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
inkl.	inklusive
INVEKOS	Integriertes Verwaltungs- und Kontrollsystem
leg. cit.	legis citatae (der zitierten Vorschrift)
lit.	litera
LN	landwirtschaftliche Nutzfläche(n)
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
ÖPUL	Österreichisches Programm zur Förderung einer umweltge- rechten, extensiven und den natürlichen Lebensraum schüt- zenden Landwirtschaft

Abkürzungen



rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
u.Ä.	und Ähnliches
UBAG	Umweltgerechte Bewirtschaftung von Acker- und Grünland- flächen
UBB	Umweltgerechte und Biodiversitätsfördernde Bewirtschaf- tung
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

Glossar

Bergmäher

Extensives, gemähtes Grünland über der Dauersiedlungsgrenze bzw. über der Seehöhe der Betriebsstätte. ÖPUL 2007 bot dafür die Untermaßnahme 16 (Bewirtschaftung von Bergmähdern) an, ÖPUL 2015 die Untermaßnahme Bewirtschaftung von Bergmähwiesen.

Biodiversität

Biologische Vielfalt umfasst die Vielfalt der Arten, der Ökosysteme sowie die genetische Vielfalt innerhalb der Arten.

Entwicklung des ländlichen Raums

Zweite Säule der EU-Agrarpolitik zur Verbesserung von Wettbewerbsfähigkeit, Umwelt und Lebensqualität im ländlichen Raum.

Extensivierung

Verminderung der landwirtschaftlichen Produktion beispielsweise durch Reduktion von Dünge- und Pflanzenschutzmitteln.

Gemeinsame Agrarpolitik (GAP)

Landwirtschaftspolitik der EU, umfasst Einkommensstützungen sowie Marktordnungen (erste Säule) und die Entwicklung des ländlichen Raums (zweite Säule).

Indikator

Hilfsmittel zur Messung der Ergebnisse im Hinblick auf ein Ziel, eine verwendete Ressource, einen erzeugten Output, eine erzielte Wirkung oder eine (wirtschaftliche, soziale oder ökologische) Kontextvariable. Indikatoren liefern Informationen in Form quantitativer Werte, mit denen sich Fakten oder Meinungen darstellen lassen (z.B. der Prozentsatz regionaler Unternehmen,

Glossar



die durch eine öffentliche Intervention gefördert wurden; der Prozentsatz der Auszubildenden, die sich als zufrieden oder sehr zufrieden bezeichnen).

Mitnahmeeffekt

Effekt von finanziellen Anreizmaßnahmen, bei denen gewünschte Verhaltensänderungen auch ohne zusätzlichen Anreiz teilweise oder in vollem Umfang zustande kommen.

Modulation

Gestaffelte Kürzung der Prämien, je nach Größe der landwirtschaftlichen Nutzfläche eines Betriebs.

Natura 2000

Netz von Schutzgebieten innerhalb der EU zum länderübergreifenden Schutz gefährdeter wildlebender Pflanzen- und Tierarten und ihrer natürlichen Lebensräume.

ÖPUL 2007

Kurzbezeichnung für das „Österreichische Programm zur Förderung einer umweltgerechten, extensiven und den natürlichen Lebensraum schützenden Landwirtschaft 2007–2013“. Das ÖPUL 2007 diente der nationalen Umsetzung der Agrarumweltmaßnahmen (Maßnahme 214) und der Tierschutzmaßnahmen (Maßnahme 215) des Programms LE 07–13.

ÖPUL 2015

Kurzbezeichnung für das „Österreichische Programm zur Förderung einer umweltgerechten, extensiven und den natürlichen Lebensraum schützenden Landwirtschaft 2014–2020“. Das ÖPUL 2015 dient der nationalen Umsetzung der „Agrarumwelt und Klimamaßnahme“ (Art. 28 der Verordnung (EU) Nr. 1305/2013), der Maßnahme „Ökologischer/Biologischer Landbau“ (Art. 29 leg. cit.), der Maßnahme „Natura 2000“ (Art. 30 leg. cit.) und der Maßnahme „Tierschutz“ (Art. 33 leg. cit.) des Programms LE 14–20.

Programme zur Entwicklung des Ländlichen Raums (Programm LE 07–13 und Programm LE 14–20)

Vom EU-Mitgliedstaat ausgearbeitete und von der Europäischen Kommission genehmigte Dokumente zur Planung und Umsetzung von aus ELER- und nationalen Mitteln finanzierten Maßnahmen im Rahmen der zweiten Säule der GAP.

Teilstudie

Für spezifische Fragestellungen der Evaluierung des ÖPUL vergab das BMLFUW Evaluierungsprojekte (RH-Bezeichnung: Teilstudien), deren Ergebnisse in die Evaluierungen einfließen.

Untermaßnahme

Teil einer Maßnahme der Programme LE 07–13 oder LE 14–20. Die Maßnahme ÖPUL 2007 enthielt 29 Untermaßnahmen, die Maßnahme ÖPUL 2015 enthielt 22 Untermaßnahmen mit jeweils spezifischen Auflagen für einen Verpflichtungszeitraum von fünf bis sieben Jahren.



Wirkungsbereich des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007; Follow-up-Überprüfung

Das BMLFUW kam den Empfehlungen des RH, die er zum Thema „Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007“ in der Reihe Bund 2013/5 veröffentlicht hatte, nur zum Teil nach. Das BMLFUW reduzierte die Untermaßnahmen im Agrarumweltprogramm von 29 (ÖPUL 2007) auf 22 (ÖPUL 2015). Es überarbeitete die Anforderungen innerhalb der Untermaßnahmen auf Basis der Erkenntnisse aus den Vorperioden teilweise deutlich und bot die Untermaßnahmen „Integrierte Produktion“ und „Ökopunkte“ nicht mehr an.

Die Prämienberechnung basierte auf aktuellen Daten und berücksichtigte ertragssteigernde Effekte. Verbesserungsbedarf bestand jedoch bei der Festlegung regional differenzierter Prämien.

Das BMLFUW legte bisher keine Wirkungsindikatoren für eine gezieltere Ergebnis- und Wirkungsmessung im Rahmen der Begleitung und Bewertung des ÖPUL 2015 fest. Ebenso unterblieb eine Differenzierung von Zustandsverbesserung und Zustandserhaltung bei der Zieldefinition des ÖPUL 2015.

In der Periode 2014 bis 2020 waren für das ÖPUL 2015 öffentliche Mittel von insgesamt 3,234 Mrd. EUR vorgesehen. Die darin enthaltenen nationalen Kofinanzierungsmittel in Höhe von 1,597 Mrd. EUR lagen um 198,59 Mio. EUR über dem für eine vollständige Ausschöpfung der EU-Mittel erforderlichen Betrag von 1,398 Mrd. EUR. Für das ÖPUL 2007 hatte die freiwillig höhere nationale Kofinanzierung rd. 410 Mio. EUR betragen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Follow-up-Überprüfung war es, die Umsetzung ausgewählter Empfehlungen zu beurteilen, die der RH bei einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zum Thema „Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007“ abgegeben hatte. Das ÖPUL 2007 war eine Maßnahme in dem aus nationalen und EU-Mitteln finanzierten „Österreichischen Programm für die Entwicklung des Ländlichen Raums 2007–2013 (Programm LE 07–13)“. Für die Finanzierung des Nachfolgeprogramms ÖPUL 2015 waren in Summe 3,234 Mrd. EUR vorgesehen. (TZ 1)

Programm- erstellung 2014 bis 2020

Das BMLFUW setzte die Empfehlung, schon im Strategieprozess zur Programmperiode ab 2014 geeignete und ausreichend spezifische Indikatoren insbesondere für die Ergebnis- und Wirkungsmessung des ÖPUL festzulegen, nicht um. Das BMLFUW hatte – zusätzlich zu den von der Europäischen Kommission geforderten Indikatoren – keine weiteren Indikatoren für eine gezieltere Ergebnis- und Wirkungsmessung des ÖPUL 2015 festgelegt. Die für das ÖPUL 2015 vorgesehenen Indikatoren waren für eine Begleitung und Bewertung des Programms nicht ausreichend spezifisch. Das Projekthandbuch für die Evaluierung des Programms LE 14–20, das zusätzliche Indikatoren enthalten sollte, war noch nicht erstellt. (TZ 2)

Das BMLFUW stellte im Programm LE 14–20 die Grundanforderungen – das sind Anforderungen z.B. an die Betriebsführung, deren Einhaltung rechtlich geboten und daher nicht prämienfähig ist – und Mehrverpflichtungen der ÖPUL-Untermaßnahmen detailliert dar. Damit setzte es die entsprechende Empfehlung um. Auch bot das BMLFUW Maßnahmen, die nicht ausreichend über die Grundanforderungen hinausgingen, nicht mehr an. (TZ 3)

Auch die Empfehlung, bei der Weiterentwicklung des ÖPUL einen höheren Mehrwert für die Umwelt bzw. eine Steigerung der Kosteneffektivität anzustreben, setzte das BMLFUW um: Es bot Maßnahmen, die nur knapp über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgingen, im ÖPUL 2015 nicht mehr an, überarbeitete die Anforderungen der Untermaßnahmen, gab dabei teilweise strengere Auflagen vor und differenzierte die Prämiensätze stärker. (TZ 4)

Indem das BMLFUW die Zielsetzung insbesondere der Untermaßnahme „Bewirtschaftung von Bergmähwiesen und Steilflächen“ ökologisch begründete, setzte es eine weitere Empfehlung um. Anstelle der Festlegung von Gebietskulissen schränkte das BMLFUW die Flä-

chen, in denen die Erhaltung der Bewirtschaftung aus ökologischen Gründen als vorrangig erachtet wird, durch geänderte Vorgaben in den Untermaßnahmen zielgerichteter ein und folgte damit der Empfehlung des RH. (TZ 5)

Im Sinne der Empfehlung des RH, eine Vereinfachung des ÖPUL in der nächsten Programmperiode (gemeint: 2014 bis 2020) zu überprüfen, reduzierte das BMLFUW die Anzahl der Untermaßnahmen von 29 auf 22 und überarbeitete die Anforderungen in den Untermaßnahmen in Richtung Vereinfachung. Das ÖPUL 2015 blieb jedoch weiterhin sehr komplex. (TZ 6)

Das BMLFUW konzipierte die ÖPUL 2007-Untermaßnahme „Umweltgerechte Bewirtschaftung von Acker- und Grünlandflächen“ in Form der ÖPUL 2015-Untermaßnahme „Umweltgerechte und Biodiversitätsfördernde Bewirtschaftung“ neu mit dem Ziel, ihre Wirksamkeit zu erhöhen. Es setzte dadurch die Empfehlung des RH um. (TZ 7)

Nur teilweise umgesetzt war hingegen die Empfehlung, die Ziele des ÖPUL und seiner Untermaßnahmen im Sinne einer wirkungsorientierten Verwaltung konkret zu formulieren und dabei nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung zu differenzieren. Das BMLFUW formulierte die Ziele der überprüften Untermaßnahmen im ÖPUL 2015 zwar konkreter als im ÖPUL 2007, womit auch der Grad der Zielerreichung besser überprüft werden kann. Eine strikte Differenzierung der Zieldefinition nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung erfolgte allerdings nicht. (TZ 8)

Zur Gänze offen war die Empfehlung, zusätzliche relevante Wirkungsindikatoren für das ÖPUL und seine Untermaßnahmen (z.B. Biodiversitäts- oder Bodenindikatoren) für die Programmperiode ab 2014 festzulegen und mit Zielwerten zu versehen: Das BMLFUW hatte keine zusätzlichen Wirkungsindikatoren für das ÖPUL 2015 definiert. (TZ 9)

Das BMLFUW bot das Blau- und das Gelbflächenkonzept im ÖPUL 2015 nicht mehr an. Dadurch setzte es die Empfehlung des RH um, die Konzepte der Blau- und Gelbflächen im Hinblick auf Teilnahmehemmnisse zu analysieren und entweder anzupassen oder nicht mehr anzubieten. (TZ 10, 11)

Kurzfassung

Prämienfestlegung

Das BMLFUW startete ein ergebnisorientiertes Pilotprojekt im Naturschutz als alternatives Honorierungsmodell zur bisherigen Prämienberechnung durch Experten. Von einer Prämienermittlung auf Basis von Ausschreibungen nahm das BMLFUW jedoch weiterhin Abstand. Die Empfehlung war daher nur teilweise umgesetzt. (TZ 12)

Im Sinne der Empfehlung des RH berücksichtigte das BMLFUW bei der Prämienkalkulation etwaige, nach längerer Teilnahme an ÖPUL-Untermaßnahmen eintretende Kostenminderungen oder Ertragssteigerungen. (TZ 13)

Teilweise umgesetzt war die Empfehlung zur Weiterentwicklung der ÖPUL-Prämien in Richtung einer besseren Anpassung an die tatsächlichen, regional unterschiedlichen Kosten und Erträge der Betriebe, einer Verringerung von Mitnahmeeffekten und einer Steigerung der Kosteneffektivität: Das BMLFUW bot die Untermaßnahmen im Bereich Wasserschutz regional an, berücksichtigte im Rahmen der Prämienkalkulationen regionale Unterschiede – über zusammenfassende Durchschnittswerte – und reduzierte durch differenziertere Prämien bei einzelnen Untermaßnahmen das Risiko von Mitnahmeeffekten. Darüber hinausgehend legte das BMLFUW jedoch keine regional unterschiedlichen Prämiensätze fest. (TZ 14)

Das BMLFUW stellte – in Umsetzung der Empfehlung des RH – sicher, dass für die Prämienermittlung möglichst aktuelle Daten und wissenschaftliche Grundlagen verwendet werden. (TZ 15)

Evaluierung der Programme

Entgegen den entsprechenden Empfehlungen unterzog das BMLFUW die Modulation keiner Bewertung hinsichtlich ihrer ökologischen Vor- und Nachteile, untersuchte nicht den Einfluss des Faktors Betriebsgröße auf die Erreichung von Umweltzielen (insbesondere den Erhalt der Kulturlandschaft) und unterließ auch Untersuchungen von Mitnahmeeffekten. (TZ 16, 17)

Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH teilweise um, den Grundsatz der Funktionstrennung bzw. Offenlegung allfälliger Interessenkonflikte und die Vermeidung von unklaren Über- und Unterordnungsverhältnissen im Rahmen der Dienst- und Fachaufsicht in der Umsetzung des ÖPUL zu beachten: Es wählte für die Ex-ante-Evaluierung des Programms LE 14–20 Personen aus, die keine Mitglieder des Begleitausschusses oder ÖPUL-Evaluierungsbeirats waren. Von den 26 in die Ex-ante-Evaluierung involvierten Fachexperten waren jedoch 22 in Organisationen tätig, die als nachgeordnete Dienststellen oder als ausgegliederte Gesellschaften zum

BMLFUW ressortierten und schon zuvor Teilstudien durchgeführt hatten. (TZ 18)

Ebenfalls teilweise umgesetzt war die Empfehlung, den Leistungsumfang und die relevanten Fristen für die Abgabe der Berichte mit jedem Evaluator schriftlich zu vereinbaren und das Anforderungsprofil des Evaluators schriftlich festzulegen. Das BMLFUW legte zwar im Werkvertrag für die Ex-ante-Evaluierung das Anforderungsprofil des Evaluierungsverantwortlichen, den Leistungsumfang und den Zeitplan fest. Anforderungsprofile für die weiteren Evaluierungen des Programms fehlten allerdings ebenso wie schriftliche Leistungsvereinbarungen der Evaluatoren. (TZ 20)

In teilweiser Umsetzung der Empfehlung zur Erweiterung des Kreises der Auftragnehmer von Teilstudien hatte das BMLFUW im Rahmen der Evaluierung des Programms LE 07–13 zumindest ein Projekt nach Bundesvergabegesetz vergeben. Alle anderen Vergaben seit Dezember 2012 erfolgten jedoch weiterhin ohne Ausschreibung bzw. Interessensbekundung. (TZ 21)

Nach den Feststellungen des Vorberichts ging eine Fläche, die im Rahmen mehrerer Untermaßnahmen gefördert wurde, mehrfach in die Berechnung des Indikators „geförderte Fläche“ ein. Entgegen der Empfehlung des RH nahm das BMLFUW im jährlichen Zwischenbericht 2013 an die Europäische Kommission zum Programm LE 07–13 keine Bereinigung der Mehrfachzählungen vor. Hingegen war die Darstellung im Grünen Bericht 2014 positiv, da sie sowohl die im ÖPUL einbezogenen Flächen je Untermaßnahme als auch die um Mehrfachzählungen bereinigte ÖPUL-Fläche enthielt. (TZ 22)

Weiterhin nicht umgesetzt waren die Empfehlungen, das österreichweite Monitoringnetz zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten vollständig einzurichten und verstärktes Augenmerk auf ein in die laufende Abwicklung integriertes Monitoring von Agrarumweltdaten und die Verwaltung und Nutzung solcher Daten zu legen. (TZ 23, 24)

Indem das BMLFUW einen Begleitausschuss LE 14–20 mit aktualisierter Geschäftsordnung einrichtete, folgte es der entsprechenden Empfehlung des RH. (TZ 25)

Zur Zeit der Follow-up-Überprüfung hatte das BMLFUW seine Überlegungen in Bezug auf einen eigenen ÖPUL-Evaluierungsbeirat für die Periode 2014 bis 2020 noch nicht abgeschlossen. Somit entfiel der Anwendungssachverhalt für die Empfehlungen des RH, die

Kurzfassung

Rolle des ÖPUL-Beirats im Evaluierungsprozess stärker auf Qualitätssicherung auszurichten, die Geschäftsordnung für den ÖPUL-Evaluierungsbeirat zu aktualisieren und dem Begleitausschuss die Evaluierungsberichte mit ÖPUL-Bezug vor deren Zuleitung an die Europäische Kommission gemeinsam mit einer Stellungnahme des ÖPUL-Evaluierungsbeirats zur Prüfung und Diskussion vorzulegen. Eine diesbezügliche Umsetzungsbeurteilung durch den RH war daher nicht möglich. (TZ 19, 25, 26)

**EU-Mittel
und nationale
Kofinanzierung im
ÖPUL 2015**

Die im Programm LE 14–20 geplanten nationalen Kofinanzierungsmittel für das ÖPUL 2015 in Höhe von 1,597 Mrd. EUR lagen um 198,59 Mio. EUR über dem für eine vollständige Ausschöpfung der EU-Mittel erforderlichen Betrag von 1,398 Mrd. EUR (siehe § 1 Z 7 Landwirtschaftsgesetz 1992). In seinem Vorbericht hatte der RH eine freiwillig höhere nationale Kofinanzierung für das ÖPUL 2007 von rd. 410 Mio. EUR ermittelt. (TZ 27)

Kenndaten zum ÖPUL 2007 und zum ÖPUL 2015 (Österreichisches Programm zur Förderung einer umweltgerechten, extensiven und den natürlichen Lebensraum schützenden Landwirtschaft; Programm 2007–2013 und 2014–2020)

Rechtsgrundlagen (Auszug) auf europäischer Ebene	ÖPUL 2007			
	<ul style="list-style-type: none">– Verordnung (EG) Nr. 1698/2005 des Rates vom 20. September 2005 über die Förderung der Entwicklung des ländlichen Raums durch den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER), ABl. Nr. L 277 vom 21. Oktober 2005– Verordnung (EG) Nr. 1974/2006 der Kommission vom 15. Dezember 2006 mit Durchführungsbestimmungen zur Verordnung (EG) Nr. 1698/2005 des Rates über die Förderung der Entwicklung des ländlichen Raums durch den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER), ABl. Nr. L 368 vom 23. Dezember 2006			
	ÖPUL 2015			
Rechtsgrundlagen (Auszug) auf nationaler Ebene	<ul style="list-style-type: none">– Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 17. Dezember 2013 über die Förderung der ländlichen Entwicklung durch den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1698/2005, ABl. Nr. L 347 vom 20. Dezember 2013– Durchführungsverordnung (EU) Nr. 808/2014 der Kommission vom 17. Juli 2014 mit Durchführungsvorschriften zur Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 des Europäischen Parlaments und des Rates über die Förderung der ländlichen Entwicklung durch den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER), ABl. Nr. L 227 vom 31. Juli 2014			
	ÖPUL 2007			
	<ul style="list-style-type: none">– Österreichisches Programm für die Entwicklung des Ländlichen Raums 2007 bis 2013 (LE 07–13), genehmigt mit Entscheidung der Europäischen Kommission K(2007) 5163 vom 25. Oktober 2007 und i.d.F. nach der neunten Programmänderung– Sonderrichtlinie des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW) für das Österreichische Programm zur Förderung einer umweltgerechten, extensiven und den natürlichen Lebensraum schützenden Landwirtschaft (ÖPUL 2007), GZ BMLFUW–LE.1.1.8/0073–II/8/2007 i.d.g.F.			
	ÖPUL 2015			
	<ul style="list-style-type: none">– Österreichisches Programm für die Entwicklung des Ländlichen Raums 2014 bis 2020 (LE 14–20), genehmigt mit dem Durchführungsbeschluss der Europäischen Kommission C(2014) 9784 vom 12. Dezember 2014– Sonderrichtlinie des Bundesministers für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft (BMLFUW) für das Österreichische Programm zur Förderung einer umweltgerechten, extensiven und den natürlichen Lebensraum schützenden Landwirtschaft (ÖPUL 2015), GZ BMLFUW–LE.1.1.8/0089–II/3/2014			
	finanzielle Dotierung des ÖPUL 2007 im Programm LE 07–13 und des ÖPUL 2015 im Programm LE 14–20			
	Programm LE 07–13²		Programm LE 14–20¹	
	in Mio. EUR			
EU–Mittel	4.025,58		3.937,55	
nationale Mittel	3.902,46		3.762,45	
Gesamtmittel LE	7.928,04		7.700,00	
davon				
ÖPUL	ÖPUL 2007		ÖPUL 2015	
EU–Mittel	1.907,31		1.637,30	
nationale Mittel	1.825,92		1.596,65	
Gesamtmittel ÖPUL	3.733,23		3.233,95	
Teilnehmerzahlen und Flächen im Jahr 2014 (ÖPUL 2007) und im Jahr 2015 (ÖPUL 2015)				
	ÖPUL 2007	ÖPUL 2015	Veränderung	
				in %
teilnehmende Betriebe (Anzahl)	102.260	91.304	10.956	10,71
eingebrachte Fläche (in Mio. ha)	2,09	2,02	0,07	3,35

¹ Daten aus dem Programm LE 14–20 (Punkt 10. Finanzierungsplan)² Daten aus dem Programm LE 07–13 in der Fassung nach der 9. Programmänderung (Punkt 6. Finanzierungsplan)

Quellen: ÖPUL 2007: Grüner Bericht 2015; Zahlen 2014; ÖPUL 2015: BMLFUW (vorläufige, von der AMA noch nicht geprüfte Antragsdaten; Stand Antragsteller ÖPUL per 2. Juni 2015; Betriebe mit gültigem Herbstantrag 2014 und gültigem Mehrfachantrag 2015)

**Prüfungsablauf und
-gegenstand**

- 1 (1) Der RH überprüfte im Juni und Juli 2015 beim BMLFUW die Umsetzung jener Empfehlungen, die er bei einer vorangegangenen Gebärungsüberprüfung zum Thema „Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007“ betreffend die Maßnahme ÖPUL 2007 abgegeben hatte. Das ÖPUL 2007 war eine Maßnahme in dem aus nationalen und EU-Mitteln finanzierten „Österreichischen Programm für die Entwicklung des Ländlichen Raums 2007–2013 (Programm LE 07–13)“. Der in der Reihe Bund 2013/5 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Weiters hatte der RH zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen deren Umsetzungsstand bei der überprüften Stelle nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens veröffentlichte er in seinem Bericht Reihe Bund 2014/16.

(2) Die Follow-up-Überprüfung umfasste den Zeitraum ab dem Jahr 2012 und betraf daher sowohl das ÖPUL 2007 als auch das ÖPUL 2015. Der RH hatte die Empfehlungen des Vorberichts auf Basis des Programms LE 07–13 und im Hinblick auf die Programmgestaltung 2014 bis 2020 abgegeben. Dementsprechend beurteilt der RH in diesem Bericht die Umsetzung der Empfehlungen vor dem Hintergrund der EU-Vorgaben für die Programmgestaltung 2014 bis 2020 und des Österreichischen Programms LE 14–20.

(3) Das Programm LE 07–13 hatte vier von der EU für die Entwicklung des ländlichen Raums vorgegebene Schwerpunkte umfasst. Das ÖPUL 2007 war im Schwerpunkt 2 „Umwelt“ verankert gewesen und hatte insgesamt 29 Untermaßnahmen enthalten (siehe im Detail Anhang 1).

Für das Programm LE 14–20 gab die EU (in der zweiten Säule der Gemeinsamen Agrarpolitik – „Entwicklung des ländlichen Raums“) sechs Prioritäten mit 18 zugeordneten Schwerpunkten vor. Das ÖPUL 2015 bezog sich auf insgesamt vier Prioritäten – dabei insbesondere auf die Priorität 4 (betreffend Ökosysteme) und die Priorität 5 (betreffend Ressourcen und Klima) – und auf acht Schwerpunkte (u.a. betreffend biologische Vielfalt, Wasser oder Boden). Es enthielt insgesamt 22 Untermaßnahmen (siehe im Detail Anhang 1). Die Umsetzung begann im Jahr 2015.

Für die Finanzierung des ÖPUL 2015 waren in Summe 3,234 Mrd. EUR vorgesehen:



Prüfungsablauf und –gegenstand

BMLFUW

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up–Überprüfung**Tabelle 1: Geplante Finanzierung des ÖPUL 2015 gemäß Programm LE 14–20³**

	ELER– Beitragssatz	EU–Mittel	nationaler Satz Kofinanzierung	ationale Kofinanzierung	gesamt
	in %	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	
Übergangsregionen ¹	63,00	179,94	37,00	105,68	285,63
übrige Regionen ²	49,43	1.457,36	50,57	1.490,97	2.948,33
gesamt		1.637,30		1.596,65	3.233,95

Rundungsdifferenzen möglich

¹ gemäß Art. 59 Abs. 3 lit. c Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 – Übergangsregionen, die nicht unter Art. 59 Abs. 3 lit. b leg. cit. fallen² gemäß Art. 59 Abs. 3 lit. d Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 – übrige Regionen³ Aufgliederung nach Maßnahmen siehe Anhang 2

Quellen: Programm LE 14–20 (Punkt 10. Finanzierungsplan); RH

(4) Zu dem im Oktober 2015 übermittelten Prüfungsergebnis nahm das BMLFUW im Jänner 2016 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenüberung im März 2016.

(5) Das BMLFUW wies in einer Vorbemerkung zu seiner Stellungnahme darauf hin, dass sich gegenüber „der eigentlichen Prüfung“ (gemeint: Vorbericht) und dem Zeitpunkt, zu dem die Empfehlungen ausgesprochen wurden, einige Rahmenbedingungen deutlich geändert hätten und dies die Umsetzung teilweise wesentlich beeinflusst habe. Als Beispiel führte es Änderungen im Zeitplan der Ex-post-Evaluierung der Periode 2007–2013 sowie geänderte Evaluierungsvorgaben für die Periode 2014–2020 an. Das BMLFUW verwies weiters auf seine Stellungnahme zum Vorbericht, die weiterhin aufrecht bleibe.

(6) Der RH betonte gegenüber dem BMLFUW, dass er die geänderten Rahmenbedingungen in seinen Feststellungen und Beurteilungen – wie schon in dieser TZ in Punkt (2) dargelegt – berücksichtigt hatte.

Programm- erstellung 2014 bis 2020

2.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 9) empfohlen, schon im Strategieprozess zur Programmperiode ab 2014 geeignete und ausreichend spezifische Indikatoren für die Begleitung und Bewertung, insbesondere die Ergebnis- und Wirkungsmessung des ÖPUL festzulegen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW mitgeteilt, dass die Vorgaben der Europäischen Kommission betreffend SWOT-Analyse¹ und den verschiedenen Evaluierungsvorgaben erfüllt seien und die entsprechenden Indikatoren und Messgrößen genannt würden. Darüber hinaus

¹ SWOT = strengths (Stärken), weaknesses (Schwächen), opportunities (Chancen) und threats (Risiken)

Programmerstellung 2014 bis 2020

gehende Zielgrößen würden sich aus anderen Bereichen (z.B. Biodiversitätsstrategie) ergeben und im Rahmen der bestehenden Berichtspflichten entsprechend behandelt werden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW in der Programmplanung LE 14–20 die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Indikatoren² für die Begleitung und Bewertung des Programms 2014 bis 2020 übernahm. Das Begleitungs- und Bewertungssystem der Europäischen Kommission für die Programmperiode 2014 bis 2020³ bezog sich auf die von ihr für diesen Zeitraum definierten Prioritäten und Schwerpunkte und war deutlich umfangreicher als jenes für die Programmperiode 2007 bis 2013. Die darin vorgegebenen Indikatoren bezogen sich maßgeblich auf quantifizierbare Flächen-, Betriebs-, Teilnehmer- und Ausgabenzahlen; sie waren für eine gezieltere Ergebnis- und Wirkungsmessung des ÖPUL 2015 nicht ausreichend spezifisch. Das BMLFUW definierte im Strategieprozess zur Programmperiode ab 2014 keine zusätzlichen Indikatoren.

Laut BMLFUW sei vorgesehen, in einem „Projekthandbuch für die Evaluierung des Programms LE 2020“ auch weitere, differenzierte Indikatoren zur Programmbewertung zu beschreiben. Dieses Projekthandbuch war zur Zeit der Follow-up-Überprüfung noch nicht erstellt.

- 2.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung nicht um, weil es im Strategieprozess zur Programmperiode 2014 bis 2020 zusätzlich zu den von der Europäischen Kommission geforderten Indikatoren keine weiteren für eine gezieltere Ergebnis- und Wirkungsmessung des ÖPUL 2015 festgelegt hatte. Die für das ÖPUL 2015 vorgesehenen Indikatoren waren für eine Begleitung und Bewertung des Programms nicht ausreichend spezifisch.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, zeitgerecht, sowohl für die Evaluierung des ÖPUL 2015 als auch im Strategieprozess für künftige Programme, geeignete und ausreichend spezifische Indikatoren für die Begleitung und Bewertung des ÖPUL festzulegen.

- 2.3** *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme mit, dass für die Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen des ÖPUL eine Reihe von Daten existierte (Flächendaten, Qualitätsdaten betreffend Wasser, Boden-erosion und andere), auf Basis derer „einfache Indikatoren“ entwickelt worden seien. Neben den von der EU für das gesamte LE-Programm vorgegebenen Ex-ante-, Halbzeit- sowie Ex-post-Evaluierungen, stra-*

² Verordnung (EU) Nr. 808/2014, Anhang IV

³ Art. 14 Verordnung (EU) Nr. 808/2014

tegischen Umweltprüfungen sowie jährlichen Durchführungsberichten würden regelmäßig erhobene Daten über die Grund- und Oberflächenwasserqualität zur Bewertung des ÖPUL verwendet. Dazu habe das BMLFUW Studien in Auftrag gegeben. Für die Periode 2014 bis 2020 sei ebenfalls geplant, ergänzend zu vorgegebenen Wirkungsindikatoren (z.B. Farmland Bird Index) und zu Indikatoren, die sich aus Akzeptanzdaten oder Messdaten ergeben, zusätzliche Daten und Indikatoren im Rahmen von Fallstudien zu erheben.

Wie bereits in der Stellungnahme zum Vorbericht ausgeführt, sei aus Sicht des BMLFUW die Festlegung zusätzlicher Indikatoren im Vorhinein sachlich nicht erforderlich.

2.4 Der RH nahm zur Kenntnis, dass das BMLFUW zusätzlich zu den bereits verfügbaren Daten die Erhebung weiterer Daten sowie Evaluierungen und Fallstudien für die Periode 2014–2020 plante. Allerdings erachtete es der RH für eine erfolgreiche, laufende Wirkungsmessung und begleitende, zeitnahe Steuerung des ÖPUL erforderlich, bereits im Strategieprozess zur Programmperiode 2014 bis 2020 über die von der Europäischen Kommission geforderten Indikatoren hinausgehende, geeignete und ausreichend spezifische Indikatoren als Maßstab festzulegen. Er hielt daher seine Kritik und Empfehlung weiter aufrecht.

3.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 13) empfohlen, bei der Erstellung des Programms 2014 bis 2020 die Grundanforderungen an Förderempfänger als Referenzniveau (das sind einschlägig verpflichtende, z.B. gesetzlich vorgesehene, Anforderungen gemäß nationalem Recht⁴) für die Bewertung des Umfangs der freiwilligen Mehrverpflichtungen (prämienfähige Agrarumweltleistungen) ausreichend detailliert und nachvollziehbar darzustellen. Grundanforderungen sind jene Anforderungen z.B. an die Betriebsführung oder an den Zustand der Flächen, deren Einhaltung rechtlich geboten und daher nicht prämienfähig ist.

(2) Laut Mitteilung des BMLFUW im Nachfrageverfahren erfolge die Darstellung der Grundanforderungen als Referenzniveau laut Programmvorgaben für ÖPUL in Summe und, wo erforderlich, ergänzend auch spezifisch für die einzelnen Untermaßnahmen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass ÖPUL-Zahlungen nach den Vorgaben der EU auch in der Programmperiode 2014 bis 2020 nur gewährt werden durften, wenn die Mehrverpflichtungen über die ein-

⁴ beispielsweise Düngeobergrenzen oder Vorgaben bei der Anwendung von Pflanzenschutzmitteln

Programmerstellung 2014 bis 2020

schlägigen obligatorischen Grundanforderungen (= Baseline) hinausgingen⁵. Das BMLFUW stellte die Grundanforderungen generell im Anhang⁶ des Programms LE 14–20 dar und beschrieb zusätzlich zu jeder einzelnen ÖPUL–Untermaßnahme den Umfang der Mehrverpflichtung. Diese Beschreibung war deutlich detaillierter als im vorangegangenen Programm. Das BMLFUW nahm auch Untermaßnahmen – wie beispielsweise die Maßnahmen zur Integrierten Produktion⁷ oder bei der Untermaßnahme „Bewirtschaftung von Bergmähwiesen“ die Förderung für Steilflächen mit einer Hangneigung unter 50 % – im ÖPUL 2015 nicht mehr auf, weil sie nicht ausreichend über die Grundanforderungen hinausgingen.

3.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung um, indem es die jeweiligen Grundanforderungen und Mehrverpflichtungen der ÖPUL–Untermaßnahmen detailliert darstellte und Maßnahmen, die nicht ausreichend über die Grundanforderungen hinausgingen, nicht mehr anbot.

4.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 14) empfohlen, bei der Weiterentwicklung des ÖPUL für die künftige Programmperiode einen höheren Mehrwert für die Umwelt bzw. eine Steigerung der Kosteneffektivität der eingesetzten Finanzmittel anzustreben.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW darauf verwiesen, dass der Umweltmehrwert durch den Entfall bestimmter Maßnahmen im ÖPUL 2015, die nur knapp über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgingen (insbesondere im Bereich der Maßnahmen zur Integrierten Produktion), erhöht worden sei. Auch die Kosteneffektivität sei z.B. durch Neukalkulation aller Prämiensätze auf Basis neuester Daten und externer Prüfung der Prämienkalkulation durch die Universität für Bodenkultur (BOKU) gesteigert worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW Untermaßnahmen des ÖPUL 2007, die keinen deutlich definierbaren Mehrwert aufwiesen, im ÖPUL 2015 nicht mehr anbot (z.B. die Untermaßnahmen zur Integrierten Produktion). Die Anforderungen der Untermaßnahmen aus dem ÖPUL 2007 überarbeitete das BMLFUW teilweise deutlich: Es

⁵ Art. 28 Abs. 3, Art. 29 Abs. 2, Art. 33 Abs. 2 der Verordnung (EU) Nr. 1305/2013

⁶ Anhang 8.10.9, Baseline Grundanforderungen

⁷ Unter Integrierter Produktion ist eine naturnahe und tierfreundliche Landwirtschaft zu verstehen, die zwischen herkömmlicher und biologischer Landwirtschaft angesiedelt war.

- erhöhte beispielsweise die Anforderungen betreffend einer verpflichtenden Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen⁸ bzw. betreffend Mindestteilnahmeflächen⁹,
- differenzierte die Prämiensätze stärker, z.B. für tierhaltende Betriebe, nicht tierhaltende Betriebe oder Milchviehhalter¹⁰, oder den Prozentanteil an Landschaftselementen an der landwirtschaftlichen Nutzfläche eines Betriebs und
- eliminierte jene Anforderungen aus der Untermaßnahme „Umweltgerechte Bewirtschaftung von Acker- und Grünlandflächen“ (UBAG), die schlecht überprüfbar waren oder häufig zu Abweichungen führten (z.B. Einschränkung in Bezug auf Düngung oder Viehbesatz) bzw. keinen Zusatznutzen für die Umwelt brachten (z.B. flächenbezogene Aufzeichnungen zu Düngung, Anbau oder Ernte).

4.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH um, indem es Maßnahmen, deren Mehrverpflichtungen nur knapp über die gesetzlichen Bestimmungen hinausgingen, im ÖPUL 2015 nicht mehr anbot (siehe auch TZ 3); weiters indem es die Anforderungen der Untermaßnahmen überarbeitete, dabei teilweise strengere Auflagen vorgab und die Prämiensätze stärker differenzierte.

Da eine tatsächliche Steigerung der Kosteneffektivität am Beginn der Programmumsetzung noch nicht beurteilbar war, empfahl der RH dem BMLFUW, im Rahmen der Evaluierungsmaßnahmen für das ÖPUL 2015 zu prüfen, ob der angestrebte Mehrwert für die Umwelt bzw. die Steigerung der Effektivität der eingesetzten Finanzmittel eingetreten ist.

4.3 *Das BMLFUW wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass der geplante Mehrwert des Programms erst nach Vorliegen der Evaluierungsergebnisse und die Effektivität der Finanzmittel erst nach abschließendem Vergleich der Kosten der Perioden 2007 bis 2013 und 2014 bis 2020 feststellbar seien. Bei der laufenden Evaluierung werde aber die entsprechende Fragestellung berücksichtigt werden.*

⁸ Bei der Untermaßnahme „Umweltgerechte und biodiversitätsfördernde Bewirtschaftung“ nahm das BMLFUW eine Weiterbildungsverpflichtung neu auf. Im Rahmen der Untermaßnahme „Biologische Wirtschaftsweise“ galt die Weiterbildungsverpflichtung im ÖPUL 2015 für alle Betriebe und nicht, wie noch im ÖPUL 2007, nur für Neueinsteiger.

⁹ Mindestteilnahmeflächen galten im ÖPUL 2015, z.B. in den Untermaßnahmen „Alpung und Behirtung“ oder „Verzicht auf Fungizide und Wachstumsregulatoren bei Getreide“.

¹⁰ z.B. in den Untermaßnahmen „Umweltgerechte und biodiversitätsfördernde Bewirtschaftung“, „Bergmähwiesen“, „Einschränkung ertragssteigernder Betriebsmittel“

Programmerstellung 2014 bis 2020

5.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 16) empfohlen, die ÖPUL-Zahlungen zur Verhinderung von Betriebsaufgaben – im Gegensatz zu den Ausgleichszahlungen¹¹ – ökologisch zu begründen und Gebiete, in denen die Erhaltung der Bewirtschaftung aus ökologischen Gründen als vorrangig erachtet wird, nach geeigneten ökologischen Kriterien festzulegen. Dies vor dem Hintergrund, dass nach den Feststellungen des Vorberichts Überschneidungen zwischen Ausgleichszulagen und ÖPUL-Zahlungen bestanden.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen, wonach bei allen ÖPUL-Maßnahmen zusätzliche Auflagen und Einschränkungen im Vergleich zu den „Ausgleichszahlungen“ definiert worden seien und eine Teilnahme somit eine zusätzliche Leistung bedeute. Bei ÖPUL-Maßnahmen stünde nicht die Verhinderung der Betriebsaufgabe im Vordergrund, sondern die Sicherung der Flächenbewirtschaftung als ein österreichweites Ziel. Eine klare Maßnahmendefinition und Fokussierung auf bestimmte Lebensräume (z.B. Bergmähder oder Streuobstwiesen) oder besonders aufgabegefährdete Flächen (z.B. steile Grünlandflächen oder Hutweiden) sei zielführender als eine – zwangsläufig – Unschärfen aufweisende Gebietskulisse.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW die beiden ÖPUL 2007-Untermaßnahmen „Mahd von Steilflächen“ und „Bewirtschaftung von Bergmähdern“ überarbeitet und im ÖPUL 2015 in der Untermaßnahme „Bewirtschaftung von Bergmähwiesen“¹² zusammengefasst hatte. Diese Untermaßnahme, die von einer Überschneidung mit der Maßnahme „Ausgleichszahlungen“ des Programms LE 14–20 betroffen sein konnte, begründete das BMLFUW mit dem hohen ökologischen Wert der Erhaltung artenreicher Bergmähwiesen und Steilflächen sowie deren Bedeutung für zahlreiche (seltene) Tier- und Pflanzenarten.

Zusätzlich verschärfte das BMLFUW in der Untermaßnahme „Bewirtschaftung von Bergmähwiesen“ die Anforderung in Bezug auf Steilflächen insofern, als solche mit Hangneigung unter 50 % nicht mehr förderbar waren. Ebenso definierte es die Fördervoraussetzungen für Bergmähder gezielter als im ÖPUL 2007. Dadurch konnte – gegenüber

¹¹ Ziel der Zahlungen für aus naturbedingten oder anderen spezifischen Gründen benachteiligte Gebiete (Ausgleichszahlungen) war insbesondere die nachhaltige Pflege der Kulturlandschaft durch Förderung der Aufrechterhaltung der Landbewirtschaftung trotz erschwelter Bewirtschaftungsbedingungen und damit Sicherung der Bodenressourcen und Vermeidung der Folgen abnehmender Bewirtschaftung wie vor allem Erosion, Verlust der landwirtschaftlichen Produktionsfähigkeit der Böden, Verwaldung und Verlust der Artenvielfalt (Maßnahme 13 des Programms LE 14–20; Art. 31 Verordnung (EU) Nr. 1305/2013).

¹² Programm LE 14–20, Punkt 8.2.8.3.14. 10.1.14.

einer Festlegung von Gebietskulissen – eine punktuellere Abgrenzung jener Flächen erreicht werden, bei denen die Erhaltung der Bewirtschaftung aus ökologischen Gründen vorrangig war.

5.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung um, indem es die Zielsetzung insbesondere der Untermaßnahme „Bewirtschaftung von Bergmähwiesen und Steilflächen“ ökologisch begründete. Anstelle einer Festlegung von Gebietskulissen schränkte das BMLFUW die Flächen, in denen die Erhaltung der Bewirtschaftung aus ökologischen Gründen als vorrangig erachtet wird, durch die geänderten Vorgaben in der Untermaßnahme zielgerichteter ein.

6.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 34) empfohlen, eine Vereinfachung des ÖPUL in der nächsten Programmperiode, etwa durch eine weitere Verringerung der Zahl der Untermaßnahmen, zu überprüfen.

(2) Laut Mitteilung des BMLFUW im Nachfrageverfahren habe es im ÖPUL 2015 einige Untermaßnahmen sowie besonders schwer prüfbare Auflagen (z.B. Düngereduktion) weitgehend gestrichen. Jedoch stünden Ideen zur Vereinfachung oft den Vorgaben zur besonderen Zielgerichtetheit und gegebenen gesetzlichen Bestimmungen (z.B. Greening¹³ oder Aktionsprogramm Nitrat) entgegen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das ÖPUL 2015 insgesamt 22 Untermaßnahmen umfasste, während im ÖPUL 2007 noch 29 Untermaßnahmen angeboten waren. Das ÖPUL 2015 enthielt

- fünf Untermaßnahmen aus dem ÖPUL 2007 nicht mehr (ÖPUL 2007–Untermaßnahmen 7, 9, 11, 12, 18),
- sieben Untermaßnahmen aus dem ÖPUL 2007 in überarbeiteter Form in anderen Untermaßnahmen (ÖPUL 2007–Untermaßnahmen 4, 6, 10, 14, 15, 21, 24) und
- vier Untermaßnahmen, die teilweise Aspekte bisheriger Untermaßnahmen im ÖPUL 2007 waren und zwecks Klarheit und Übersichtlichkeit im ÖPUL 2015 gesondert dargestellt waren (ÖPUL 2015–

¹³ Sogenannte Greening–Verpflichtungen wie die Grünlanderhaltung, der Anbau verschiedener Kulturen in einem Jahr und die Anlage ökologischer Vorrangflächen wie z.B. Brachen oder Zwischenfruchtanbau waren neuer Bestandteil der Flächenprämien ab 2015 als Voraussetzung für den Erhalt von Direktzahlungen.

Programmerstellung 2014 bis 2020

Untermaßnahmen 7, 11, 13 und 18)¹⁴. Die Untermaßnahme 22 „Natura 2000“ war im Programm LE 07–13 noch als eigene Maßnahme ausgewiesen.

Die folgende Tabelle stellt die Untermaßnahmen des ÖPUL 2007 jenen des ÖPUL 2015 gegenüber:

Tabelle 2: Vergleich Untermaßnahmen ÖPUL 2007 und ÖPUL 2015	
Untermaßnahmen im ÖPUL 2007¹	Untermaßnahmen im ÖPUL 2015¹
(1) Biologische Wirtschaftsweise	(20) Biologische Wirtschaftsweise
(2) Umweltgerechte Bewirtschaftung UBAG	(1) Umweltgerechte und Biodiversitätsfördernde Bewirtschaftung UBB (teilweise Untermaßnahmen (6) und (14) aus ÖPUL 2007 inkludiert)
(3) Verzicht auf ertragssteigernde Betriebsmittel auf Ackerflächen	(2) Einschränkung ertragssteigernder Betriebsmittel (teilweise Untermaßnahme (4) aus ÖPUL 2007 inkludiert)
(4) Verzicht auf ertragssteigernde Betriebsmittel auf Ackerfutter- und Grünlandflächen	(3) Verzicht auf Fungizide und Wachstumsregulatoren bei Getreide
(5) Verzicht auf Fungizide auf Getreideflächen	
(6) Umweltgerechte Bewirtschaftung von Heil- und Gewürzpflanzen, Alternativen und Saatgutvermehrung	
(7) Integrierte Produktion bestimmter Ackerkulturen	
(8) Erosionsschutz Obst und Hopfen	(10) Erosionsschutz Obst, Wein, Hopfen (teilweise Untermaßnahme (10) aus ÖPUL 2007 inkludiert)
(9) Integrierte Produktion Obst und Hopfen	
(10) Erosionsschutz Wein	
(11) Integrierte Produktion Wein	
	(11) Pflanzenschutzmittelverzicht Wein und Hopfen
(12) Integrierte Produktion geschützter Anbau	
	(13) Einsatz von Nützlingen im geschützten Anbau
(13) Silageverzicht	(12) Silageverzicht
(14) Erhaltung von Streuobstbeständen	
(15) Mahd von Steilflächen	
(16) Bewirtschaftung von Bergmähdern	(14) Bewirtschaftung von Bergmähwiesen (teilweise Untermaßnahme (15) aus ÖPUL 2007 inkludiert)
(17) Alpung und Behirtung	(15) Alpung und Behirtung
(18) Ökopunkte	
(19) Begrünung von Ackerflächen	(6) Begrünung von Ackerflächen – Zwischenfruchtanbau
	(7) Begrünung von Ackerflächen – System Immergrün (teilweise Untermaßnahme (24) aus ÖPUL 2007 inkludiert)
(20) Mulch- und Direktsaat	(8) Mulch- und Direktsaat (inkl. Strip-Till)
(21) Regionalprojekt für Grundwasserschutz und Grünlanderhaltung (Salzburg)	

¹⁴ Beispielsweise wurden Vorgaben bzw. Optionen betreffend Nützlingseinsatz aus der im ÖPUL 2015 nicht mehr angebotenen Untermaßnahme „Integrierte Produktion geschützter Anbau“ des ÖPUL 2007 in überarbeiteter Form im ÖPUL 2015 als neue Untermaßnahme „Einsatz von Nützlingen im geschützten Anbau“ übernommen.



Programmerstellung 2014 bis 2020

BMLFUW

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung**Fortsetzung: Vergleich Untermaßnahmen ÖPUL 2007 und ÖPUL 2015**

(22) Vorbeugender Boden- und Gewässerschutz	(16) Vorbeugender Grundwasserschutz (teilweise Untermaßnahme (21) aus ÖPUL 2007 inkludiert)
	(18) Vorbeugender Oberflächengewässerschutz auf Ackerflächen
(23) Bewirtschaftung von besonders auswaschungsgefährdeten Ackerflächen	(17) Bewirtschaftung auswaschungsgefährdeter Ackerflächen
(24) Untersaat bei Mais	
(25) Verlustarme Ausbringung von flüssigen Wirtschaftsdüngern und Biogasgülle	(9) Bodennahe Ausbringung flüssiger Wirtschaftsdünger und Biogasgülle
(26) Seltene Nutztierassen	(5) Erhaltung gefährdeter Nutztierassen
(27) Seltene landwirtschaftliche Kulturpflanzen	(4) Anbau seltener landwirtschaftlicher Kulturpflanzen
(28) Naturschutz	(19) Naturschutz
(29) Tierschutzmaßnahme	(21) Tierschutz – Weide
	(22) Natura 2000 – Landwirtschaft

¹ Die Nummerierung der Untermaßnahmen entspricht der Darstellung in der jeweiligen Sonderrichtlinie.

Legende:

im ÖPUL 2015 nicht mehr angebotene Untermaßnahmen
Untermaßnahmen, die in überarbeiteter Form im ÖPUL 2015 in andere Untermaßnahmen inkludiert wurden
im ÖPUL 2015 getrennt dargestellte Aspekte aus bisherigen Untermaßnahmen bzw. einer eigenständigen Maßnahme im Programm LE 07-13 (Natura 2000)

Quellen: Sonderrichtlinien ÖPUL 2007 und ÖPUL 2015; Darstellung RH

Das ÖPUL 2015 enthielt die Untermaßnahmen zur „Integrierten Produktion“ und „Ökopunkte“ nicht mehr (siehe auch TZ 4).

Darüber hinaus überarbeitete das BMLFUW die Anforderungen in den Untermaßnahmen (siehe TZ 4).

6.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH um, indem es die Anzahl der Untermaßnahmen von 29 auf 22 reduzierte und die Anforderungen in den Untermaßnahmen in Richtung Vereinfachung überarbeitete. Der RH verwies jedoch kritisch auf die noch immer hohe Komplexität des ÖPUL 2015 und empfahl dem BMLFUW, weitere Möglichkeiten zur Verringerung der Komplexität zu nutzen.

6.3 *Das BMLFUW hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Vereinfachung des Programms ein wesentliches Ziel sei. Die Verringerung der Maßnahmenzahl stelle dabei jedoch nur einen Teilaspekt dar. Zusätzlich habe man versucht, die Anzahl der Einzelaufgaben zu reduzieren, diese zu vereinfachen und ihre Überprüfbarkeit zu verbessern.*

Das BMLFUW wies auf das Spannungsverhältnis zwischen den Vereinfachungsbestrebungen und den Vorgaben zur besonderen Zielgerichtetheit von Maßnahmen und Auflagen (z.B. Naturschutz), der systemisch bedingten Komplexität mancher erwünschter Wirtschaftsweisen (z.B.

Programmerstellung 2014 bis 2020

Biolandbau) sowie dem auch vom RH in TZ 14 unterstützten Wunsch nach Regionalisierung hin. Das BMLFUW und die Zahlstelle AMA würden nicht zuletzt auch aus Eigeninteresse im Rahmen des geringen Spielraums weiter an möglichen Vereinfachungen arbeiten.

7.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 38) empfohlen, die Konzeption und Kosteneffektivität der Untermaßnahme „Umweltgerechte Bewirtschaftung von Acker- und Grünlandflächen“ (UBAG) mit dem Ziel einer künftigen Steigerung des Wirkungsgrads zu überprüfen. Laut Feststellungen des Vorberichts hatte UBAG – obwohl es die ausgabenstärkste ÖPUL 2007–Untermaßnahme war – nur drei Schutzgüter positiv beeinflusst und sich in keinem Fall als eine „stark wirksame“ Untermaßnahme gezeigt.

(2) Wie das BMLFUW im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, habe es die Untermaßnahme UBAG weiterentwickelt und in ihrer Wirksamkeit – insbesondere im Bereich Biodiversität – erhöht.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW die Untermaßnahme UBAG im ÖPUL 2015 gemäß Erkenntnissen aus der Maßnahmenumsetzung und aus Evaluierungen in neu konzipierter Form als Untermaßnahme „Umweltgerechte und Biodiversitätsfördernde Bewirtschaftung“ (UBB) anbot.

Wesentliche zusätzliche Elemente in der Untermaßnahme UBB waren:

- eine Weiterbildungsverpflichtung im Ausmaß von fünf Stunden,
- die Anlage von Biodiversitätsflächen,
- die individuelle und nicht mehr pauschale Abgeltung für die Erhaltung und den naturverträglichen Umgang mit Landschaftselementen sowie
- ein Zuschlag für Blühkulturen sowie Heil- und Gewürzpflanzen auf Ackerflächen (dieser war im ÖPUL 2007 Teil einer eigenen Untermaßnahme).

Demgegenüber entfielen

- Anforderungen bezüglich flächenbezogener Aufzeichnungen,
- Spritzgeräteprüfungen¹⁵,
- Düngebeschränkungen sowie
- die Teilnahme an UBB als generelle Einstiegsvoraussetzung im ÖPUL.

7.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung um, indem es die Untermaßnahme UBAG im ÖPUL 2015 in Form der Untermaßnahme UBB mit dem Ziel neu konzipierte, ihre Wirksamkeit zu erhöhen. Da eine tatsächliche Steigerung des Wirkungsgrads am Beginn der Programmumsetzung noch nicht beurteilbar war, empfahl der RH dem BMLFUW, diese im Rahmen der Evaluierungsmaßnahmen für das ÖPUL 2015 zu überprüfen.

7.3 *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es – aufgrund der unbestritten besonderen Bedeutung der Maßnahme UBB insbesondere im Bereich Biodiversität – die Ergebnisse der Untersuchungen im Rahmen des Evaluierungsprojekts „Weiterentwicklung und Verbesserung bestehender Auflagen der ÖPUL-Maßnahme Blühstreifen und Biodiversitätsflächen“ schon in die Konzeption der Maßnahme einfließen habe lassen. Es werde auch entsprechende Vorgaben für die künftige Evaluierung treffen. Zur Verdeutlichung seiner Bemühungen wies das BMLFUW auf die in der Maßnahme UBB neu eingeführte verpflichtende Weiterbildung und Verankerung der Biodiversität hin.*

8.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 10, 35, 45, 60) empfohlen, die Ziele des ÖPUL und seiner Untermaßnahmen im Sinne einer wirkungsorientierten Verwaltung in der Programmperiode ab 2014 konkret zu formulieren, sodass der Grad der Zielerreichung überprüft werden kann. Dabei wäre nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung zu differenzieren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen. Demnach seien zur Beurteilung der ausreichenden Konkretisierung der allgemeinen Ziele auch die konkreten Ziele der Untermaßnahmen einzubeziehen. Der RH habe in seiner Beur-

¹⁵ Diese sind nunmehr gesetzlich verpflichtend vorgesehen (Art. 8 und Anhang II der Richtlinie 2009/128 EG).

Programmerstellung 2014 bis 2020

teilung eines der insgesamt sechs „besonderen Ziele“¹⁶ des ÖPUL 2007 hervorgehoben – nämlich das Ziel der angemessenen Abgeltung von Umweltleistungen. Damit entstehe der Eindruck, es finde nur dieses Ziel Beachtung, nicht jedoch die fünf anderen Ziele, die vorrangig die Umweltleistung darstellten.

Für die Definition und Vorgabe von Zielen für das nächste Programm seien wie bisher primär die EU-Vorgaben ein entscheidendes Kriterium. Seitens des BMLFUW sei jedoch eine Weiterentwicklung in Form einer stärkeren Differenzierung innerhalb der Maßnahmen (z.B. Acker und Grünland) angedacht, um die Wirkung besser beurteilen zu können.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW die Ziele der vom RH überprüften Untermaßnahmen¹⁷ im ÖPUL 2015 genauer formulierte als im ÖPUL 2007. In einzelnen Zieldefinitionen fanden sich Unterscheidungen nach Zustandserhaltung bzw. Zustandsverbesserung; eine klare Trennung erfolgte nicht.

- 8.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem es die Ziele der vom RH überprüften Untermaßnahmen im ÖPUL 2015 konkreter formulierte als im ÖPUL 2007. Damit kann auch der Grad der Zielerreichung besser überprüft werden. Eine strikte Differenzierung der Zieldefinition nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung erfolgte allerdings nicht. Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, die Ziele des ÖPUL und seiner Untermaßnahmen in künftigen Programmperioden nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung zu differenzieren.

¹⁶ 1. Förderung einer umweltfreundlichen Landwirtschaft (und Weidewirtschaft geringer Intensität),
2. Erhaltung traditioneller und besonders wertvoller landwirtschaftlich genutzter Kulturlandschaften,
3. Erhaltung der Landschaft (und der historischen Merkmale auf landwirtschaftlichen Flächen),
4. Förderung der Einbeziehung der Umweltplanung in die landwirtschaftliche Praxis,
5. Beitrag zur Verwirklichung der nationalen und gemeinschaftlichen Agrar- und Umweltpolitik durch Förderung von Vertragsnaturschutz, Gewässerschutz, Bodenschutz, Erhaltung genetischer Ressourcen im Bereich von landwirtschaftlichen Tier- und Kulturpflanzen, Grundwasserschutzmaßnahmen und die Förderung der biologischen Wirtschaftsweisen sowie
6. Sicherung einer angemessenen Abgeltung für die angebotenen Umweltdienstleistungen

¹⁷ Biologische Wirtschaftsweisen, Naturschutz, Vorbeugender Grundwasserschutz, Bewirtschaftung auswaschungsgefährdeter Ackerflächen, Vorbeugender Oberflächengewässerschutz auf Ackerflächen

8.3 *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme mit, dass das österreichische Umweltprogramm grundsätzlich nach dem Vorsorgeprinzip (vorausschauende Vermeidung negativer Umwelteinwirkungen) und weniger nach dem Reparaturprinzip konzipiert sei. Eine Differenzierung nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung sei dabei nicht immer möglich und auch nicht unbedingt sinnvoll.*

8.4 Der RH verwies darauf, dass er unter TZ 8.1 Punkt (3) das Bemühen des BMLFUW nach zumindest partiell differenzierten Zieldefinitionen nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung festgestellt hatte. Er entgegnete dem BMLFUW jedoch, dass mit einer strikteren Differenzierung auch der Grad der Zielerreichung besser überprüft werden könne und hielt daher seine Empfehlung weiter aufrecht.

9.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 29, 45, 67) empfohlen, zusätzliche relevante Wirkungsindikatoren für das ÖPUL und seine Untermaßnahmen (z.B. Biodiversitäts- oder Bodenindikatoren) für die Programmperiode ab 2014 festzulegen und mit Zielwerten zu versehen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen, wonach die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Wirkungsindikatoren im Programm LE 07–13 thematisch auf sieben Indikatoren fokussiert seien und insbesondere Aussagen auf Programmebene zulassen sollten. Wirkungsindikatoren auf Schutzgutebene seien im Konzept nicht vorgesehen. Aussagen zum Schutzgut Boden seien mit den zielorientierten Basisindikatoren und Ergebnisindikatoren zu treffen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW im Programm LE 14–20 die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Indikatoren für die Begleitung und Bewertung berücksichtigte. Diese waren jedoch vorwiegend output-orientiert (z.B. quantifizierbare Flächen-, Betriebs-, Teilnehmer- und Ausgabenzahlen) und vor allem für statistische Zwecke verwendbar. Sie eigneten sich bei einigen Maßnahmen nur bedingt, den Fortschritt des Programms zu steuern und seine Wirkung zu messen.

Das BMLFUW hatte zur Zeit der Follow-up-Überprüfung noch keine zusätzlichen Wirkungsindikatoren festgelegt. Es kündigte jedoch an, darüber im Zuge der Festlegungen für die Evaluierung des Programms LE 14–20 und damit auch für das ÖPUL 2015 zu entscheiden (siehe auch TZ 2).

Programmerstellung 2014 bis 2020

- 9.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil es bis zur Follow-up-Überprüfung des RH keine zusätzlichen Wirkungsindikatoren für das ÖPUL 2015 definiert hatte.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, zusätzliche relevante Wirkungsindikatoren für das ÖPUL 2015 festzulegen und mit Zielwerten zu versehen.

- 9.3** *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme – wie schon in TZ 2 – mit, dass für die Überprüfung der Wirkung der Maßnahmen des ÖPUL eine Reihe von Daten existierte (Flächendaten, Qualitätsdaten betreffend Wasser, Bodenerosion und andere), auf Basis derer „einfache Indikatoren“ entwickelt worden seien. Neben den von der EU für das gesamte LE-Programm vorgegebenen Ex-ante-, Halbzeit- sowie Ex-post-Evaluierungen, strategischen Umweltprüfungen sowie jährlichen Durchführungsberichten würden regelmäßig erhobene Daten über die Grund- und Oberflächenwasserqualität zur Bewertung des ÖPUL verwendet. Dazu habe das BMLFUW Studien in Auftrag gegeben. Für die Periode 2014 bis 2020 sei ebenfalls geplant, ergänzend zu vorgegebenen Wirkungsindikatoren (z.B. Farmland Bird Index) und zu Indikatoren, die sich aus Akzeptanzdaten oder Messdaten ergeben, zusätzliche Daten und Indikatoren im Rahmen von Fallstudien zu erheben.*

Wie bereits in der Stellungnahme zum Vorbericht ausgeführt, sei aus Sicht des BMLFUW die Festlegung zusätzlicher Indikatoren im Vorhinein sachlich nicht erforderlich.

- 9.4** Der RH nahm zur Kenntnis, dass das BMLFUW zusätzlich zu den bereits verfügbaren Daten die Erhebung weiterer Daten sowie Evaluierungen und Fallstudien für die Periode 2014–2020 plante. Allerdings erachtete es der RH für eine erfolgreiche, laufende Wirkungsmessung und begleitende, zeitnahe Steuerung des ÖPUL erforderlich, bereits im Strategieprozess zur Programmperiode 2014 bis 2020 über die von der Europäischen Kommission geforderten Indikatoren hinausgehende, geeignete und ausreichend spezifische Indikatoren als Maßstab festzulegen. Er hielt daher seine Kritik und Empfehlung weiter aufrecht.

10.1 (1) Laut den Feststellungen des Vorberichts konnte die Teilnahme an der ÖPUL 2007–Untermaßnahme „Naturschutz“ im Rahmen von Rot-, Gelb- oder Blauflächen¹⁸ erfolgen. Aufgrund geringer Teilnahme hatte der RH dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 63) empfohlen, die Konzepte der Blau- und Gelbflächen im Hinblick auf Teilnahmehemmnisse zu analysieren und entweder anzupassen oder nicht mehr anzubieten.

(2) Laut Mitteilung des BMLFUW im Nachfrageverfahren werde das Konzept der Blau- und Gelbflächen in der bestehenden Form nicht weiter geführt, da die Umsetzung zu kompliziert und aufwendig bzw. im Bereich der Gelbflächen auch keine Akzeptanz gegeben sei. Für die neue Naturschutzmaßnahme würden verstärkt regionale Auflagenpakete – die sich an übergeordneten Naturschutzplanungen orientierten – eingesetzt. Auch würden alle Naturschutzflächen schlaggenau¹⁹ im INVEKOS–GIS²⁰ erfasst und die Information über die Ziele auf der Fläche verbessert. In Summe sollten diese Maßnahmen zu einer effektiveren Umsetzung der Naturschutzmaßnahme führen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW auf Basis der Erfahrungswerte und Teilnehmerzahlen im ÖPUL 2007 die Konzepte der Blau- und Gelbflächen im ÖPUL 2015 nicht mehr anbot (siehe auch TZ 11).

10.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH um, indem es das Blau- und das Gelbflächenkonzept im ÖPUL 2015 nicht mehr anbot.

11.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 63) empfohlen, bereits im Vorfeld der Erstellung von Blauflächen–Projekten auf jene Faktoren zu achten, die für eine ausreichende Beteiligung maßgeb-

¹⁸ Rotflächen waren einzelne Flächen eines Betriebs, die vor einer Antragstellung durch einen Kartierer begutachtet wurden. Bei Eignung der Flächen legte der Kartierer Bewirtschaftungsauflagen fest, die während der mehrjährigen Vertragsdauer einzuhalten waren. Bei der Teilnahme in Form von Gelbflächen begutachtete der Kartierer alle Flächen des Betriebs, wählte die potenziellen Vertragsflächen aus und legte zugleich eine jährliche Mindestbewirtschaftungsfläche fest. Der Landwirt konnte jährlich entscheiden, welche der ausgewählten potenziellen Vertragsflächen er im betreffenden Jahr auflagentgemäß bewirtschaftete.

Blauflächen waren definierte Gebiete mit vorab festgelegten Schutzzwecken und Bewirtschaftungsauflagen, die ohne betriebsindividuelle Kartierung beantragt werden konnten.

¹⁹ Ein Schlag ist ein einheitlich bewirtschafteter Teil eines Feldstücks. Ein Feldstück ist eine zusammenhängende landwirtschaftliche Fläche eines Betriebsinhabers.

²⁰ Das GIS ist ein geografisches Informationssystem mit – gegenüber der klassischen Landkarte – erweiterten Nutzungsmöglichkeiten. Es ist im INVEKOS–GIS mit Daten aus dem Integrierten Verwaltungs- und Kontrollsystem der Förderabwicklung, z.B. den individuell erfassten Landschaftselementen, verknüpft.

Programmerstellung 2014 bis 2020

lich sind, wie beispielsweise die Gestaltung von Prämien und Bewirtschaftungsauflagen sowie Information und Schulung.

(2) Wie das BMLFUW im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, habe es das Blauflächenkonzept umgestellt, sodass die Auflagenpakete jetzt zielgerichteter von den Kartierern eingesetzt werden könnten. Es habe Anstrengungen in Richtung Verbesserung der Information unternommen (z.B. Kartiererhandbuch oder GIS-Zugang für Kartierer).

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW die Untermaßnahme „Naturschutz“ im ÖPUL 2015 grundsätzlich überarbeitet hatte und beispielsweise die Blau- und Gelbflächenkonzepte nicht mehr anbot (siehe auch TZ 10). Das Konzept der Rotflächen behielt das BMLFUW im ÖPUL 2015 grundsätzlich bei.

- 11.2** Da das BMLFUW das Blauflächenkonzept im ÖPUL 2015 nicht mehr anbot, war der Anwendungssachverhalt der Empfehlung entfallen. Eine Umsetzungsbeurteilung durch den RH war daher nicht möglich.

Prämienfestlegung

- 12.1** (1) Laut den Feststellungen des Vorberichts ermittelten Experten der Bundesanstalt für Agrarwirtschaft (AWI) bzw. des Österreichischen Kuratoriums für Landtechnik und Landentwicklung (ÖKL) die Prämien bzw. Leistungsabgeltungen für Agrarumweltleistungen. Ausschreibungen zur Ermittlung der Prämien kamen in Österreich nicht zu Anwendung. Der RH hatte daher dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 15) empfohlen, ergänzend zur Prämienberechnung durch Experten auch Erfahrungen mit Ausschreibungen und ergebnisorientierten Honorierungsmodellen zu gewinnen, etwa anhand geeigneter Modellversuche und experimenteller, interdisziplinärer Forschungen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW mitgeteilt, seine Position zu Ausschreibungen sei gegenüber der Stellungnahme zum Vorbericht unverändert: Ausschreibungen seien in Art. 39 Abs. 4 Verordnung (EG) Nr. 1698/2005 als eine optionale Möglichkeit genannt. Bei der kleinen Betriebs- und Flächenstruktur in Österreich und den derzeit angewandten Maßnahmen und Zielsetzungen seien Ausschreibungen jedoch ein sehr teures und ungeeignetes Instrument, bei denen die Kosten eines Verfahrens kaum in Relation zum möglichen Nutzen stünden. Bei den meisten Flächenmaßnahmen stelle sich die Frage, wie eine Bewertung und Reihung erfolgen solle. Bei der Naturschutzmaßnahme gebe es bereits ein zusätzliches Auswahlverfahren im Rahmen der Kartierung und Besichtigung vor Ort. Ebenso werde bei manchen Maßnahmen durch Regionalisierung in Form von Gebietskulissen (z.B. vorbeugender Gewässerschutz) eine Steuerungsfunktion erreicht.

Im ÖPUL 2015 werde es im Rahmen der Naturschutzmaßnahme ein Pilotprojekt mit einem ergebnisorientierten Ansatz geben. Auch sei Österreich Teilnehmer im EU-weiten Projekt „Ergebnisorientierung“ im Bereich Naturschutzförderung.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW für das ÖPUL 2015, aus Gründen der Kontinuität ähnlich wie schon für das ÖPUL 2007, die Bundesanstalt für Agrarwirtschaft (AWI), das Österreichische Kuratorium für Landtechnik und Landentwicklung (ÖKL) und die Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik (HAUP) mit der Kalkulation der Prämien beauftragte. Mit dem von der Europäischen Kommission für das Programm LE 14–20 geforderten Gutachten²¹ zur Angemessenheit und Korrektheit der Prämienkalkulationen beauftragte das BMLFUW die Universität für Bodenkultur (BOKU).

Eine Prämienermittlung auf Basis von Ausschreibungen nahm das BMLFUW weiterhin nicht vor.

Betreffend ergebnisorientierten Honorierungsmodellen fokussierte die Untermaßnahme Naturschutz im ÖPUL 2015 stärker auf individuelle Vorhaben. So nahmen beispielsweise zur Zeit der Follow-up-Überprüfung 20 Betriebe an einem Pilotprojekt zum „ergebnisorientierten Vertragsnaturschutz“ teil. Gegenstand der Vereinbarungen bei diesem Pilotprojekt waren konkrete Ziele, parallel zu den – sonst üblichen – fix vorgegebenen Bewirtschaftungsauflagen auf Flächen.

12.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem es ein Pilotprojekt zur ergebnisorientierten Honorierung im Naturschutz als alternatives Honorierungsmodell startete. Der RH wies jedoch kritisch darauf hin, dass das BMLFUW von einer Prämienermittlung auf Basis von Ausschreibungen weiterhin Abstand nahm.

Er empfahl daher dem BMLFUW neuerlich, in Anbetracht der Bedeutung und des finanziellen Volumens des ÖPUL ergänzend zu den bisherigen Ansätzen der Prämienberechnung weitere alternative Modelle zu untersuchen, zu erproben und zu entwickeln. Dazu sollten auch entsprechende Erfahrungen mit anderen Mitgliedstaaten ausgetauscht werden.

²¹ Gemäß Art. 62 Abs. 2 VO (EU) Nr. 1305/2013 hatten die Mitgliedstaaten sicherzustellen, dass die auf Grundlage von Standardkosten oder zusätzlichen Kosten und Einkommensverlusten erfolgten Prämienberechnungen angemessen und korrekt waren und im Voraus auf der Grundlage einer fairen, ausgewogenen und überprüfbaren Berechnung erstellt wurden.

Prämienfestlegung

12.3 *Das BMLFUW verwies in seiner Stellungnahme auf die Umsetzung des auch vom RH festgehaltenen ergebnisorientierten Honorierungsmodells im Rahmen der Naturschutzmaßnahme. Ein Erfahrungsaustausch mit anderen Ländern erfolge bereits und solle entsprechend weitergeführt werden. Beispielsweise habe Österreich im Rahmen des Forschungsprojekts MERIT (Ergebnisorientiertes Einkommen in der Berglandwirtschaft) in Kooperation mit Deutschland, Schweiz, Frankreich, Italien und Slowenien (Beobachterstatus) in fünf Pilotgebieten u.a. die Stärken und Schwächen von ergebnisorientierten Systemen, den Umfang des zusätzlichen Verwaltungs- und Kontrollaufwands, des Beratungs- und Weiterbildungsbedarfs sowie die Übertragbarkeit des ergebnisorientierten Systems auf andere Alpenregionen untersucht.*

Art. 49 der VO (EU) Nr. 1305/2013 sehe zwar die Möglichkeit für Ausschreibungs- bzw. Call-Verfahren vor, dies wäre jedoch für die in ÖPUL angesprochenen LE-Maßnahmen nicht verpflichtend. Grundsätzlich sei für ÖPUL-Flächenzahlungen klar geregelt, dass zusätzliche Kosten und Einkommensverluste, die aus den Verpflichtungen entstünden, abgeltungsfähig seien. Ausschreibungsverfahren seien bei der kleinen Betriebs- und Flächenstruktur und den derzeit angewandten Maßnahmen und Zielsetzungen ein sehr teures und ungeeignetes Instrument.

12.4 Der RH nahm den vom BMLFUW begonnenen Erfahrungsaustausch über ergebnisorientierte Honorierungsmodelle mit anderen Ländern positiv zur Kenntnis. Betreffend den Einsatz alternativer Prämienermittlungsmethoden entgegnete er dem BMLFUW, dass im Interesse eines effizienten und effektiven Mitteleinsatzes, wiewohl unter Berücksichtigung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, anhand geeigneter Modellversuche und interdisziplinärer Forschungen zu untersuchen wäre, ob im Wege von Ausschreibungen Umweltleistungen kostengünstiger bereitgestellt werden könnten. Der RH hielt daher seine Empfehlung weiter aufrecht.

13.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 16) empfohlen, die nach längerer Teilnahme an ÖPUL-Untermaßnahmen allfällig eintretenden kostenmindernden oder ertragssteigernden Effekte, etwa eine höhere Ertragsfähigkeit des Bodens, in der Prämienkalkulation zu berücksichtigen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen, gemäß der die bisherigen Effekte von Extensivierungsmaßnahmen bei der Prämienkalkulation für die Folgeperiode – wo möglich – berücksichtigt worden seien. Die Kalkulationen zu den neuen Maßnahmen seien neu zu erstellen; dabei werde das

BMLFUW abermals veranlassen, allfällige ertragssteigernde Aspekte durch umweltgerechte Bewirtschaftungsmethoden zu berücksichtigen. Eventuelle Mehrerträge aus verbesserter Bodenertragsfähigkeit würden (z.B. beim Biolandbau) indirekt berücksichtigt, weil sie sich in den durchschnittlichen Erträgen im Biolandbau wiederfinden. Nicht jede qualitative Verbesserung des Bodens habe zwangsläufig auch eine Erhöhung seiner Ertragsfähigkeit zur Folge. Für die Umwelt könne sie aber dennoch wichtig sein (z.B. Erosionsschutz oder Kohlenstoffbindung durch Humus).

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW bei zwei vom RH beispielhaft geprüften Prämienberechnungen kostenmindernde und/oder ertragssteigernde Effekte berücksichtigte:

- Die Prämienkalkulation der Untermaßnahme „Begrünung – Zwischenfruchtanbau“ berücksichtigte die positive Wirkung des Zwischenfruchtanbaus,
- jene der Untermaßnahme „Silageverzicht“ den Preiszuschlag für den möglichen Verkauf der Milch als Heumilch.

Die BOKU, die das BMLFUW mit der Prüfung der Angemessenheit und Korrektheit der Prämienkalkulationen beauftragt hatte, bestätigte, dass die zugrunde liegenden Berechnungen für die Prämien im Wesentlichen angemessen und korrekt waren. Ergebnisse aus der Begutachtung zu den einzelnen Prämienberechnungen diskutierte das BMLFUW mit den Experten der BOKU; gegebenenfalls führte es Änderungen durch (siehe auch TZ 15).

13.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH um, indem es bei Prämienkalkulationen etwaige Kostenminderungen oder Ertragssteigerungen berücksichtigte.

14.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 17) empfohlen, die ÖPUL-Prämien in Richtung einer besseren Anpassung an die tatsächlichen, regional unterschiedlichen Kosten und Erträge der Betriebe, einer Verringerung von Mitnahmeeffekten und einer Steigerung der Kosteneffektivität weiterzuentwickeln.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW mitgeteilt, dass das Thema Regionalisierung umfassend diskutiert worden sei. Eine räumliche Regionalisierung erfolge im neuen Programm nur im Bereich Wasserschutz. Es werde jedoch versucht, die Maßnahmen thematisch zielgerichteter zu gestalten, um gezielt bestimmte Bereiche anzuspre-

Prämienfestlegung

chen. Im Rahmen der Naturschutzmaßnahme werde der regionale Naturschutzplan gestärkt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW im ÖPUL 2015 bei den Untermaßnahmen „Vorbeugender Gewässerschutz“, „Bewirtschaftung auswaschungsgefährdeter Ackerflächen“, „Vorbeugender Oberflächengewässerschutz auf Ackerflächen“ und „Naturschutz“ eine regional eingeschränkte Teilnahme vorsah.

Auf eine Regionalisierung der Prämiensätze entsprechend regional unterschiedlicher Kosten und Erträge verzichtete das BMLFUW; es begründete dies mit fließenden Regionsübergängen und deren schwerer Abgrenzbarkeit.

Regionale Unterschiede flossen jedoch teilweise – über die zusammenfassenden Durchschnittswerte – in die Prämienberechnungen ein. Beispielsweise waren die unterschiedlichen Ertragsauswirkungen in Feucht- oder Trockengebieten bei den Prämien für die Untermaßnahme „Verzicht auf Fungizide und Wachstumsregulatoren“ bei Getreide berücksichtigt. Bei der Prämienermittlung der Maßnahme „Vorbeugender Grundwasserschutz auf Ackerflächen“, die ohnehin auch eine regional eingeschränkte Teilnahme vorsah, waren zusätzlich regional unterschiedliche Deckungsbeiträge in Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark mitbestimmend.

Mitnahmeeffekte versuchte das BMLFUW durch eine adäquate Prämienskalkulation – beispielsweise durch teilweise Differenzierung der Prämien für tierhaltende Betriebe, nicht tierhaltende Betriebe oder Milchviehhalter²² – zu vermeiden. Die individuelle Erfassung der Landschaftselemente im INVEKOS-GIS ab der Periode 2014 bis 2020 ermöglichte eine gezielte betriebsbezogene Abgeltung für deren Erhalt und Pflege.

- 14.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem es die Untermaßnahmen im Bereich Wasserschutz regional anbot, regionale Unterschiede – über zusammenfassende Durchschnittswerte – im Rahmen der Prämienkalkulationen berücksichtigte und durch differenziertere Prämien bei einzelnen Untermaßnahmen das Risiko von Mitnahmeeffekten reduzierte. Darüber hinausgehend legte das BMLFUW jedoch keine regional unterschiedlichen Prämiensätze fest.

²² z.B. in den Untermaßnahmen „Umweltgerechte und biodiversitätsfördernde Bewirtschaftung“, „Bergmähwiesen“, „Einschränkung ertragssteigernder Betriebsmittel“

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, die tatsächlichen, regional unterschiedlichen Kosten und Erträge der Betriebe in künftigen Programmen verstärkt zu berücksichtigen.

14.3 *Das BMLFUW verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass die seinerzeitige Anregung des RH zu einer stärkeren Differenzierung der Prämien nach regionalen Gesichtspunkten in die Kalkulation eingeflossen sei. Eine weitere regionale Differenzierung aller Maßnahmen sei wegen des enormen, nicht abschätzbaren Verwaltungsmehraufwands und mangels einer eindeutigen und fachlich argumentierbaren Grenzziehung nicht realisierbar. Aus den vorhandenen Standarddeckungsbeiträgen und Strukturauswertungen habe sich gezeigt, dass eine regionale Prämiendifferenzierung kein geeignetes Instrument darstelle. Unterschiedliche Prämienansprüche ergäben sich vielmehr aus der ökonomischen Ausrichtung der einzelnen Betriebe (z.B. Bewirtschaftungsintensität) bzw. den Betriebstypen, die jedoch innerhalb der Regionen sehr inhomogen verteilt seien. Eine Prämiendifferenzierung anhand von Betriebstypen sei sowohl aus fachlichen als auch aus wettbewerblichen Gründen nicht sinnvoll argumentierbar. In der Kalkulation wäre daher ein „Mischbetrieb“ verschiedener Betriebstypen als Kalkulationsbetrieb verwendet worden (gewichtet nach Anzahl der jeweiligen Betriebe). Die daraus errechneten Prämien würden daher dem Umstand unterschiedlicher Prämienansprüche Rechnung tragen und Mitnahmeeffekte reduzieren. An einer weiteren Verbesserung der Datengrundlage und der Verwendung differenzierterer Daten für zukünftige Kalkulationen werde weiter gearbeitet.*

14.4 Der RH hielt fest, dass er die vom BMLFUW gesetzten Maßnahmen in TZ 14.2 anerkannt hatte. Jedoch beschränkte sich die Berücksichtigung regional unterschiedlicher Gegebenheiten auf wenige Untermaßnahmen bzw. auf die Verwendung von Durchschnittswerten. Er entgegnete dem BMLFUW, dass ein höherer Verwaltungsaufwand gerechtfertigt wäre, wenn der Nutzen (geringere Mitnahmeeffekte, höhere Kosteneffektivität) gegenüber dem höheren Verwaltungsaufwand überwiegt. Im Interesse einer leistungsgerechten Abgeltung hielt der RH daher seine Empfehlung betreffend einer stärkeren Berücksichtigung weiter aufrecht.

15.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 18) empfohlen, der Prämienermittlung für die nächste Programmperiode aktuelle, nach wissenschaftlichen Standards dokumentierte und überprüfbare Daten zugrunde zu legen, die den technischen und wissenschaftlichen Fortschritt im Agrarsektor berücksichtigen. Dies vor dem Hin-

Prämienfestlegung

tergrund, dass einige Referenzquellen für die Prämienermittlung im Programm LE 07–13 aus den 1990er Jahren stammten.

(2) Laut Mitteilung des BMLFUW im Nachfrageverfahren habe es die neuen Prämienkalkulationen entsprechend den Vorgaben der Europäischen Kommission durchgeführt und dabei den Empfehlungen des RH Rechnung getragen. Das BMLFUW verwies zudem auf die Prämienkalkulationen durch Experten der Bundesanstalt für Agrarwirtschaft (AWI), des Österreichischen Kuratoriums für Landtechnik und Landentwicklung (ÖKL) und der Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik (HAUP) sowie die externe Überprüfung durch die BOKU.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW folgende Datenquellen für die Prämienkalkulation verwendete²³:

1. statistische/empirische Daten (INVEKOS, Arbeitskreise),
2. Literaturquellen (Standarddeckungsbeiträge, Publikationen),
3. Workshops/Fragebögen/Expertenansichten.

Die relevanten Annahmen (z.B. Preise) für die Kalkulationen bezogen sich grundsätzlich auf die Jahre 2010 bis 2013. Daten aus Studien, beispielsweise zu Arbeitszeitaufwänden oder Deckungsbeitragsberechnungen, waren teilweise älteren Datums²⁴.

Die Experten der BOKU waren laufend über den jeweiligen Stand der Prämienberechnungen informiert und hatten die Möglichkeit, Anmerkungen und Änderungsvorschläge bereits im Prozess der Prämienberechnung zu machen²⁵. Damit stellte das BMLFUW sicher, dass neueste wissenschaftliche Erkenntnisse direkt in die Berechnung einfließen konnten.

- 15.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH um, indem es sicherstellte, dass möglichst aktuelle Daten und wissenschaftliche Grundlagen für die Prämienberechnungen verwendet wurden.

²³ Anhang 8.10.10 zum Programm LE 14–20, Grundsätze der Prämienkalkulation

²⁴ Prämienkalkulation Silageverzicht DB-Datenkatalog (BMLFUW 2008)

²⁵ z.B. Besprechungsnotiz vom 13. Februar 2013 zur „Zertifizierung der ÖPUL 2014, Kalkulation“ mit Vertretern des BMLFUW, des Österreichischen Kuratoriums für Landtechnik und Landentwicklung (ÖKL) und der BOKU

**Evaluierung der
Programme**

16.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 19) empfohlen, die von der Europäischen Kommission und in Evaluierungsberichten wiederholt vorgeschlagene Anpassung der Modulation (das ist die progressive prozentuelle Kürzung der Prämien ab 100 ha Nutzfläche) hinsichtlich ihrer ökologischen Vor- und Nachteile vertiefend zu untersuchen und den Einfluss des Faktors Betriebsgröße auf die Erreichung von Umweltzielen, insbesondere den Erhalt der Kulturlandschaft (Vermeidung von Marginalisierung²⁶) zu bewerten.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen, wonach ein direkter Zusammenhang von freiwilliger Umweltleistung und Betriebsgröße nicht ableitbar und auch in keiner EU-Verordnung angesprochen sei. Eine Modulation könne die Fixkostendegression nur näherungsweise berücksichtigen. Aufgrund der mittlerweile eingetretenen strukturellen Änderungen könne die Zunahme der Betriebsgröße – je nach Sichtweise – als Argument für oder gegen die Anhebung der Modulationsgröße von 100 ha verwendet werden. Das BMLFUW werde daher die Modulation in bestehender Form weiterführen. Es gebe nur eine geringfügige Verschärfung durch die Anpassung des Kürzungsprozentsatzes von 92,5 % auf 90 % im Bereich 100 ha bis 300 ha.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW die Modulation hinsichtlich ihrer ökologischen Vor- und Nachteile nicht vertieft untersucht hatte. Im Rahmen der Ex-post-Bewertung²⁷ des Programms LE 07–13 plante das BMLFUW eine Evaluierung zum Erhalt der Kulturlandschaft. Details hiezu lagen zur Zeit der Follow-up-Überprüfung noch nicht vor.

Das BMLFUW behielt die Modulation im ÖPUL 2015 gegenüber ÖPUL 2007 nahezu unverändert bei (Punkt 1.9.2.4 der Sonderrichtlinie ÖPUL 2015)²⁸. Lediglich im Bereich von 100 ha bis 300 ha reduzierte es den Auszahlungsprozentsatz von 92,5 % auf 90 %. Das BMLFUW begründete dies damit, dass die Prämienberechnungen maßgeblich auf variablen Kosten basierten, die durch die Betriebsgröße wenig beeinflusst waren, und die Expertenmeinungen zu einer geänderten Abstufung der Modulation im ÖPUL 2015 unterschiedlich waren.

²⁶ Erhaltung oder Verbesserung von Landschaften und ihren charakteristischen Ausprägungen, Erhaltung der traditionellen Kulturlandschaft

²⁷ Der Evaluierungsbericht zur Ex-post-Bewertung des Programms LE 07–13 ist bis Ende Dezember 2016 an die Europäische Kommission zu übermitteln.

²⁸ Demnach waren Prämien – je nach Ausmaß der gesamten bewirtschafteten landwirtschaftlichen Nutzfläche (LN) – wie folgt zu gewähren: bis zum 100. ha 100 % Prämie, vom 100. bis zum 300. ha 90 % Prämie, vom 300. bis zum 1.000. ha 85 % Prämie und darüber 75 % Prämie.

Evaluierung der Programme

- 16.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH nicht um: Es hatte die Modulation keiner vertieften Untersuchung hinsichtlich ihrer ökologischen Vor- und Nachteile unterzogen und den Einfluss des Faktors Betriebsgröße auf die Erreichung von Umweltzielen, insbesondere den Erhalt der Kulturlandschaft, nicht untersucht.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, die Modulation hinsichtlich ihrer ökologischen Vor- und Nachteile vertiefend zu untersuchen und den Einfluss des Faktors Betriebsgröße auf die Erreichung von Umweltzielen, insbesondere den Erhalt der Kulturlandschaft (Vermeidung von Marginalisierung) zu bewerten.

- 16.3** *Das BMLFUW wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass in der VO (EU) Nr. 1305/2013 zur ländlichen Entwicklung weder eine Modulation noch eine soziale oder rein finanztechnische Staffelung oder Kürzung von Agrarumweltzahlungen gefordert oder vorgesehen sei. Aus Sicht der angemessenen Abgeltung von Umweltleistungen stelle die Prämienberechnung auf Mindererträge und Mehrkosten ab, wobei nur variable Kosten abgegolten würden. Eine Modulation aufgrund der Fixkostendegression sei daher schwierig argumentierbar. Das BMLFUW sehe auch keinen direkten Zusammenhang von Umweltleistung und Betriebsgröße. Aufgrund der mittlerweile eingetretenen strukturellen Änderungen könne die Zunahme der Betriebsgröße als Argument für oder gegen die Modulation verwendet werden. Das BMLFUW bleibe daher bei der Ansicht, dass eine gesonderte vertiefende Untersuchung der Modulation nicht erforderlich sei. Es werde jedoch intern eine nähere Analyse und Interpretation der Teilnahmedaten nach Betriebsgröße bei den einzelnen Maßnahmen durchführen. Erste Auswertungen machten beispielsweise deutlich, dass größere Betriebe überproportional oft an der Naturschutzmaßnahme teilnehmen würden.*

- 16.4** Der RH entgegnete dem BMLFUW, dass in Österreich schon seit 1998 ein Modulationssystem für ÖPUL-Prämien bestand, obwohl dies in einschlägigen EU-Vorschriften nicht verpflichtend vorgesehen war. Die Modulation erfuhr einige Änderungen und wurde letztendlich auch für die Programmperiode 2014–2020 beibehalten. Nachdem das BMLFUW durch Integration eines Modulationssystems im ÖPUL 2015 selbst einen Zusammenhang zwischen dem Faktor Betriebsgröße und der Erreichung von Umweltzielen hergestellt hatte, konnte der RH die Argumentation des BMLFUW, wonach ein direkter Zusammenhang von Umweltleistung und Betriebsgröße nicht gegeben sei, nicht nachvollziehen. Vor dem Hintergrund, dass das BMLFUW keine diesbezüglichen Untersuchungen angestellt hatte, hielt der RH daher seine Empfehlung weiter aufrecht.

17.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 20) empfohlen, im Rahmen der Evaluierungen geeignete Methoden zur Untersuchung von Mitnahmeeffekten einzusetzen, die notwendigen Daten zu erheben und diesbezügliche Auswertungen zu erstellen.

(2) Laut Mitteilung des BMLFUW im Nachfrageverfahren könne die Frage der gesonderten Evaluierung von Mitnahmeeffekten noch nicht abschließend beantwortet werden, da noch kein genaues Evaluierungskonzept vorliege.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW zwar durch eine adäquate Prämienberechnung eine Vermeidung von Mitnahmeeffekten anstrebte (siehe auch TZ 14), mögliche Mitnahmeeffekte jedoch nicht explizit untersucht hatte.

17.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung nicht um: Untersuchungen von Mitnahmeeffekten waren unterblieben.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, geeignete Methoden zur Untersuchung von Mitnahmeeffekten einzusetzen, die hierfür notwendigen Daten zu erheben und diesbezügliche Auswertungen zu erstellen.

17.3 (1) *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es unerwünschte Mitnahmeeffekte weitgehend durch die Programm- und Maßnahmenkonzeption hintangehalten habe. Systematische Überzahlungen der kalkulierten Prämien seien dadurch unterbunden, dass keine Leistungen abgegolten werden könnten, die ohnehin schon auf Basis gesetzlicher Bestimmungen einzuhalten wären (Baseline). Dies sei auch durch eine externe Überprüfung der Kalkulation sowie die Programmgenehmigung durch die Europäische Kommission bestätigt worden.*

Bei der Prämienkalkulation werde der Deckungsbeitrag (variable Kosten) eines „Referenzbetriebes“ unter Einhaltung der Baseline bei unterstellter „üblicher“ Flächennutzung dem Deckungsbeitrag dieses Betriebes bei zusätzlicher Einhaltung der relevanten Maßnahmen-Verrichtungen gegenübergestellt. Die vom RH angesprochene Untersuchung von Mitnahmeeffekten könne sich dann nur auf den Einzelbetrieb beziehen. Dies erscheine aus Sicht des BMLFUW jedoch problematisch, da hier Menschen und ihre Fähigkeiten und nicht mehr Maßnahmen verglichen würden. Die Analyse dürfe daher nicht auf Einzelbetriebe abstellen, sondern auf „Betriebstypen“ oder „typische Modellbetriebe“ und dies sei bereits in der Kalkulation erfolgt.

Evaluierung der Programme

(2) Das BMLFUW verwies weiters darauf, dass nicht zwangsläufig ein Mitnahmeeffekt vorliege, wenn eine gewünschte und abgeltungswürdige Verhaltensweise auch schon vor der Abgeltung gegeben war. Beispielsweise müssten sonst in Regionen mit bisher schon extensiver Bewirtschaftung die Bioprämien für Bergbauern in Zone 3 und 4 stark reduziert oder gestrichen werden. Eine derartige Prämiendifferenzierung sei weder für den Biolandbau noch für andere extensive Wirtschaftsweisen politisch gewollt und würde auch fachlich nicht unterstützt. ÖPUL-Ziel sei es vielmehr, die biologische Bewirtschaftung oder die Bewirtschaftung der Almen beizubehalten.

Wie das partielle Agrarsektormodell PASMA gezeigt habe, würden Betriebe ohne Förderung nur mehr über die Dauer des Investitionszyklus (ca. sieben bis zwölf Jahre) die Verhaltensweise beibehalten, dann aber endgültig aufgeben (siehe Evaluierungsstudie „Indikatoren für die Auswirkungen des Programms der Ländlichen Entwicklung 2007/2013 in Österreich“ und die in Ausarbeitung befindliche Fortsetzungsstudie).

(3) Das BMLFUW wies abschließend darauf hin, dass die endgültige Konzeption der Evaluierung des ÖPUL 2015 noch nicht fixiert sei, weshalb die Beurteilung, Mitnahmeeffekte würden nicht geprüft, verfrüht erscheine.

17.4 (1) Der RH entgegnete dem BMLFUW, dass der Ermittlung eines „Referenzbetriebes“ bzw. eines „typischen Modellbetriebes“ eine Bandbreite an unterschiedlich wirtschaftenden Einzelbetrieben zugrunde liegen müssen. Daher erschien es auch erforderlich, die zugrunde liegenden Vorgangsweisen und Daten regelmäßig zu erheben und auf Angemessenheit – auch hinsichtlich möglicher Mitnahmeeffekte – zu analysieren.

(2) Zu dem vom BMLFUW angeführten Zielkonflikt und dem Beispiel eines extensiv wirtschaftenden Bergbauern in der Zone 3 oder 4 entgegnete der RH, dass mit ÖPUL-Förderungen die zusätzlichen Kosten und Einkommensverluste infolge der eingegangenen Verpflichtungen (z.B. biologische Wirtschaftsweise) abzudecken sind. Für naturbedingte Nachteile landwirtschaftlicher Betriebe in Berggebieten und anderen benachteiligten Regionen wären Förderungen im Rahmen der Ausgleichszulage vorgesehen. Zur Vermeidung von Mitnahmeeffekten wäre auch eine entsprechende Abgrenzung der Mehrkosten bzw. Mindererträge aufgrund eingegangener ÖPUL-Verpflichtungen von den mit der Ausgleichszulage abzugeltenden naturbedingten Erschwernissen sicherzustellen. Der RH hielt daher seine Empfehlung weiter aufrecht, entsprechende Untersuchungen im Rahmen der Evaluierung des ÖPUL 2015 vorzunehmen.

(3) Abschließend wies der RH darauf hin, dass sich seine Beurteilung auf Handlungen bezogen hatte, die zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bereits gesetzt oder in die Wege geleitet und damit überprüfbar waren. Wie das BMLFUW selbst ausführte, war die Evaluierung des ÖPUL 2015 zu dieser Zeit noch nicht konzipiert.

18.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 26, 28) empfohlen, den Grundsatz der Funktionstrennung bzw. Offenlegung allfälliger Interessenkonflikte und die Vermeidung von unklaren Über- und Unterordnungsverhältnissen im Rahmen der Dienst- und Fachaufsicht in der Umsetzung des ÖPUL zu beachten. Dies betraf z.B. die Bestellung von Evaluatoren und die Beauftragung und Organisation von Teilstudien sowie die Zusammensetzung des ÖPUL-Evaluierungsbeirats.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen. Demnach stelle es keinen die Evaluierungsqualität oder die Objektivität einzelner Studien beeinträchtigenden Sachverhalt dar, wenn dieselbe Organisation, die einen Evaluator stellte, auch Evaluierungsprojekte durchführte. Dies insbesondere, wenn die Letztentscheidung für die Vergabe der Evaluierungsprojekte beim BMLFUW und nicht bei den Evaluatoren liege. Aufgrund der Expertise von nur wenigen Experten in bestimmten Themenbereichen sei es bisher nicht möglich gewesen, eine gewünschte „Funktionstrennung“ zu realisieren, daher müssten in diesem Fall auch mehrere Beauftragungen an ein und dieselbe Organisationseinheit vergeben werden. Durch die gewählte Vergabep Praxis habe aber das Risiko von Fehlschlägen bei der Studiendurchführung deutlich vermindert werden können. Das BMLFUW setze mittlerweile das Instrument „Interessenserkundung“ im Zusammenhang mit der Vergabe von Evaluierungsprojekten konsequent ein, aktuell z.B. bei der Vergabe der Evaluierung des Netzwerk-Land.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW im Rahmen der Markterkundung zur Ex-ante-Evaluierung des Programms LE 14–20 auf die Vermeidung von Interessenkonflikten unter Punkt 11 der Anbotseinholung Bezug nahm. Demnach

- waren Doppel- und Mehrfachfunktionen zu vermeiden,
- durften Personen nicht gleichzeitig in die Evaluierung und in die Programmentwicklung sowie deren begleitende Prozesse eingebunden sein,

Evaluierung der Programme

- durften die beauftragten „Ex-ante-Evaluierungsverantwortlichen“ und Evaluatoren nicht im Begleitausschuss oder ÖPUL-Evaluierungsbeirat nominiert sein.

Aufgrund der Markterkundung übertrug das BMLFUW die Ex-ante-Evaluierung an eine Kooperation aus zwei Institutionen. Im Rahmen dieser Kooperation nahmen 26 Fachexperten die Ex-ante-Evaluierung wahr, 22 davon waren in Organisationen tätig, die als nachgeordnete Dienststellen oder als ausgegliederte Gesellschaften zum BMLFUW ressortierten²⁹ (siehe auch TZ 20) und schon zuvor mit der Durchführung von Teilstudien beauftragt waren.

Die 26 Fachexperten waren weder im Begleitausschuss noch im ÖPUL-Evaluierungsbeirat Mitglied.

Die Evaluierungsplanung für das Programm LE 14–20 sowie die Ausarbeitung des Evaluierungshandbuchs waren zur Zeit der Follow-up-Überprüfung noch nicht abgeschlossen (siehe auch TZ 2). Ob ausreichend Maßnahmen zur Vermeidung allfälliger Interessenkonflikte oder unklarer Über- und Unterordnungsverhältnisse bei der Bestellung von Evaluatoren und der Beauftragung und Organisation von Teilstudien gesetzt werden, entzog sich daher einer Überprüfung durch den RH.

- 18.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH teilweise um, indem es für die Ex-ante-Evaluierung des Programms LE 14–20 Personen auswählte, die keine Mitglieder des Begleitausschusses oder ÖPUL-Evaluierungsbeirats waren. Der RH stellte jedoch kritisch fest, dass von den 26 in die Ex-ante-Evaluierung involvierten Fachexperten 22 in Organisationen tätig waren, die zum BMLFUW ressortierten und schon zuvor Teilstudien durchgeführt hatten.

Eine Umsetzungsbeurteilung hinsichtlich der Empfehlung zur Funktionstrennung bzw. Offenlegung allfälliger Interessenkonflikte bei weiteren Evaluierungen des Programms LE 14–20 war mangels abgeschlossener Evaluierungsplanung nicht möglich.

²⁹ Sieben Experten der Bundesanstalt für Agrarwirtschaft (AWI), fünf Experten der Bundesanstalt für Bergbauernfragen (BABF), drei Experten vom Umweltbundesamt (UBA), drei Experten vom Lehr- und Forschungszentrum Raumberg-Gumpenstein, je ein Experte vom Lehr- und Forschungszentrum Francisco-Josephinum, vom Bundesforschungszentrum für Wald (BFW), vom Bundesamt für Wasserwirtschaft (BAW) und von der Österreichischen Agentur für Ernährungssicherheit (AGES). Drei Experten waren von der BOKU, eine Expertin vom Unternehmen Art of Change and Development (Arcade).

Um die Evaluierung des Programms LE 14–20 (und damit des ÖPUL 2015) unter möglichst objektiven Rahmenbedingungen zu gewährleisten, hielt der RH seine Empfehlung an das BMLFUW daher weiter aufrecht, den Grundsatz der Funktionstrennung bzw. Offenlegung allfälliger Interessenkonflikte und die Vermeidung von unklaren Über- und Unterordnungsverhältnissen im Rahmen der Dienst- und Fachaufsicht zu beachten.

- 18.3** *Das BMLFUW wiederholte die bereits in seiner Stellungnahme zum Vorbericht vertretene Ansicht, wonach weder die Evaluierungsqualität noch die Objektivität einzelner Studien beeinträchtigt gewesen seien, wenn jene Organisation, die einen Evaluator stelle, auch externe Evaluierungsprojekte durchführe, weil die Letztentscheidung für die Vergabe beim BMLFUW liege. Es wies weiters darauf hin, dass für bestimmte Themenbereiche und Fragestellungen der Kreis der geeigneten Experten beschränkt sei und auch Alleinstellungsmerkmale der beauftragten Organisationen (z.B. Birdlife Österreich für die Erhebung des Farmland Bird Index) bestünden. Die Vorgangsweise sei auch von der EU-Kommission im Rahmen des Feedbacks zur Halbzeitbewertung nicht in Frage gestellt worden.*

Das BMLFUW werde sich jedoch im Zuge der Planung und Umsetzung der Evaluierung des Programms der Periode 2014 bis 2020 weiter bemühen, im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten auf eine möglichst umfassende Funktionstrennung und die Vermeidung von Interessenkonflikten zu achten, insbesondere auch durch die Trennung der Aufgabenbereiche „Umsetzung“ und „Evaluierung“ des LE-Programms.

- 18.4** Der RH hielt daran fest, dass die von ihm (siehe TZ 28 im Vorbericht) festgestellten personellen und organisatorischen Verschränkungen das Risiko von Interessenkonflikten bergen. Er nahm daher die Absicht des BMLFUW, künftig auf eine möglichst umfassende Funktionstrennung und Vermeidung von Interessenkonflikten zu achten, zur Kenntnis.

- 19.1** (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 26) empfohlen, die Rolle des ÖPUL-Evaluierungsbeirats im Evaluierungsprozess stärker auf Qualitätssicherung auszurichten.

(2) Wie das BMLFUW im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, habe es die Rolle des ÖPUL-Evaluierungsbeirats überdacht; dem Aspekt der Qualitätssicherung sei bei zukünftigen Evaluierungsprojekten ein größeres Augenmerk zu schenken.

Evaluierung der Programme

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Europäische Kommission bezüglich Begleitung und Bewertung des Programms LE 14–20 die Einrichtung eines LE-Begleitausschusses vorsah. Diesen (Begleitausschuss LE 14–20) richtete das BMLFUW mit der Geschäftsordnung vom 19. Februar 2015 ein.

Das BMLFUW hatte zur Zeit der Follow-up-Überprüfung nicht entschieden, ob zusätzlich zum Begleitausschuss LE 14–20 weiterhin ein ÖPUL-Evaluierungsbeirat als eigenes Gremium speziell für Evaluierungen im Bereich des ÖPUL 2015 eingesetzt werden sollte (z.B. als ständige Arbeitsgruppe des Begleitausschusses LE 14–20).

Der ÖPUL-Evaluierungsbeirat hatte zur Zeit der Follow-up-Überprüfung etwa zwei Jahre nicht mehr getagt, war jedoch in den jährlichen Zwischenberichten an die Europäische Kommission³⁰ mehrfach als Akteur im Rahmen der ÖPUL-Evaluierungen genannt.

- 19.2** Das BMLFUW hatte seine Überlegungen in Bezug auf einen eigenen ÖPUL-Evaluierungsbeirat zur Zeit der Follow-up-Überprüfung noch nicht abgeschlossen. Somit entfiel der Anwendungssachverhalt für die Empfehlung des RH und damit die Umsetzungsbeurteilung durch den RH.

Im Fall des weiteren Bestehens des ÖPUL-Evaluierungsbeirats empfahl der RH dem BMLFUW, die Rolle des ÖPUL-Evaluierungsbeirats – z.B. bei der Qualitätssicherung im Evaluierungsprozess – klar zu definieren.

- 19.3** *Das BMLFUW wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass der ÖPUL-Evaluierungsbeirat eine Sonderstellung eingenommen habe und vom BMLFUW freiwillig lange vor der verpflichtenden Vorgabe einer begleitenden Evaluierung ins Leben gerufen worden sei. Er sei von Beginn an als Expertengremium konzipiert gewesen, welches sich mit spezifischen Evaluierungsfragen betreffend das ÖPUL auseinandersetze.*

Da der Begleitausschuss LE 14–20 schon aufgrund der Vorgaben der VO (EU) Nr. 1305/2013 eine zentrale Rolle bei der Begleitung des Programms einnehme, erscheine es sinnvoll, seine Rolle zu stärken und eine Arbeitsgruppe „Bewertung“ sowie eine Unterarbeitsgruppe „Bewertung von Umwelt- und Klimaauswirkungen“ zu installieren. Insbesondere das letztere Gremium werde den ÖPUL-Evaluierungsbeirat ersetzen. Die Festlegung seiner Rolle werde in die Planung der Unterarbeitsgruppe einfließen. Eine erste Diskussion dazu werde im für Februar 2016 geplanten Begleitausschuss stattfinden.

³⁰ jährliche Berichte über die Umsetzung des Programms LE 07–13 gemäß Art. 82 Verordnung (EG) Nr. 1698/2005

20.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 27) empfohlen, den Leistungsumfang und die relevanten Fristen für die Abgabe der Evaluierungsberichte mit jedem Evaluator schriftlich zu vereinbaren und das Anforderungsprofil des Evaluators schriftlich festzulegen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen. Demnach sei es der Empfehlung des RH im Rahmen der Erstellung der Ex-ante-Evaluierung für die Programmperiode 2014 bis 2020 bereits nachgekommen und habe klare Anforderungsprofile für die einzelnen Evaluatoren erstellt. Auch bei anderen Evaluierungsprojekten gebe es diesbezügliche Verbesserungen. Die Empfehlungen des RH, Leistungsbeschreibungen und die Dokumentation von Vergaben und zu erbringenden Leistungen zu verbessern, würden bereits in die Konzeption und Vergabe der Ex-ante-Evaluierung einfließen. Das BMLFUW werde mit den Evaluatoren in Zukunft individuelle Leistungsvereinbarungen festlegen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW die Ex-ante-Evaluierung für das Programm LE 14–20 an eine Kooperation aus zwei Institutionen als Evaluierungsverantwortliche übertrug (siehe auch TZ 18). Im Werkvertrag waren die Rahmenbedingungen für die Evaluierungsverantwortung (z.B. Anforderungsprofil, Leistungsumfang, Zeitplan) definiert. Für die im Rahmen der beauftragten Kooperation eingebundenen 26 Fachexperten gab es jedoch keine schriftlichen Anforderungsprofile oder Leistungsvereinbarungen.

Darüber hinausgehend hatte das BMLFUW die Evaluatoren für die weiteren Evaluierungen (Teilstudien) des Programms LE 14–20 zur Zeit der Follow-up-Überprüfung noch nicht bestimmt. Ebenso lagen keine konkreten Anforderungsprofile für Evaluatoren oder Entwürfe für schriftliche Leistungsvereinbarungen, wie z.B. in den Werkverträgen³¹ zu den einzelnen Teilstudien, vor.

20.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH teilweise um, weil es im Werkvertrag für die Ex-ante-Evaluierung das Anforderungsprofil des Evaluierungsverantwortlichen, den Leistungsumfang und den Zeitplan festlegte. Anforderungsprofile für die weiteren Evaluierungen fehlten allerdings ebenso wie schriftliche Leistungsvereinbarungen der Evaluatoren.

³¹ z.B. Werkvertrag FIBL (Forschungsinstitut für biologischen Landbau) zur Teilstudie ÖPUL-Evaluierung von Blühstreifen und Biodiversitätsflächen in den Maßnahmen „Biologische Wirtschaftsweise“ und „Umweltgerechte Bewirtschaftung von Acker- und Grünlandflächen (UBAG)“

Evaluierung der Programme

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, den Leistungsumfang und die relevanten Fristen für die Abgabe der Berichte mit jedem Evaluator schriftlich zu vereinbaren und das Anforderungsprofil des Evaluators schriftlich festzulegen.

20.3 *Das BMLFUW wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es in seinem Interesse liege, Evaluierungsberichte mit hoher Qualität und zeitgerecht zu erhalten, daher werde laufend an der Verbesserung der vertraglichen Vorgaben gearbeitet. Für die Ex-post-Evaluierung hätten die Evaluatoren schriftliche Unterlagen zur Orientierung für ihre Arbeit erhalten. In Besprechungen seien die Aufgaben konkret erörtert sowie Protokolle zur Festlegung von Inhalten und Fristen erstellt worden. Es sei geplant, ein Projekthandbuch mit entsprechenden generellen Vorgaben zu erarbeiten, mit den beteiligten Evaluatoren individuelle Leistungsvereinbarungen mit klar festgelegtem Leistungsumfang und Fristen abzuschließen und in den regelmäßigen Besprechungen mit den Evaluatoren konkrete Leistungen festzumachen und zu dokumentieren.*

21.1 (1) Für spezifische Fragestellungen der Evaluierung des ÖPUL vergab das BMLFUW Evaluierungsprojekte (sogenannte Teilstudien), deren Ergebnisse in die Evaluierung einfließen. Nach den Feststellungen des Vorberichts hatte das BMLFUW für die Evaluierung des ÖPUL 2007 rd. 30 Teilstudien an etwa ein Dutzend Auftragnehmer vergeben; davon bis zu sieben Teilstudien an einen einzigen Auftragnehmer. Der RH hatte daher dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 28) empfohlen, den Kreis der Auftragnehmer von Teilstudien durch Interessensbekundungen und Ausschreibungen zu erweitern.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen. Demnach werde es für die Vergabe von Evaluierungsprojekten das Instrument der Interessensbekundung verstärkt nutzen. Interessensbekundungen und Ausschreibungen würden jedoch dort unterbleiben, wo es aufgrund der Expertise und Sonderstellung einzelner Auftragnehmer keine Alternativen gebe oder eine Direktvergabe aus Effizienzgründen wirtschaftlich und fachlich sinnvoller sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW bis zur Follow-up-Überprüfung insgesamt 81 Teilstudien zur Evaluierung des Programms LE 07–13 wie folgt beauftragt hatte:

- 62 Teilstudien als Direktvergabe ohne vorhergehende Markterkundung,
- 15 Teilstudien als Direktvergabe nach Markterkundung und
- eine Teilstudie (Green care) als Direktvergabe mit vorhergehender Bekanntmachung gemäß § 41 Bundesvergabegesetz.

52 der 81 Teilstudien waren per Dezember 2012 (dem Ende der Gebärungsüberprüfung des Vorberichts) bereits abgeschlossen. Von den verbleibenden 29 Teilstudien vergab das BMLFUW eine zwecks Erweiterung des Auftragnehmerkreises (Evaluierung der Bildungsmaßnahmen im Rahmen der Initiative „Green care“) nach vorhergehender Bekanntmachung.

- 21.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH teilweise um, weil es im Rahmen der Evaluierung des Programms LE 07–13 zumindest ein Projekt nach vorhergehender Bekanntmachung gemäß § 41 Bundesvergabegesetz vergab und damit den Auftragnehmerkreis erweiterte. Alle anderen Vergaben seit Dezember 2012 erfolgten jedoch weiterhin ohne Ausschreibung bzw. Interessensbekundung.

Im Hinblick auf die hohe Anzahl an Teilstudien empfahl der RH dem BMLFUW neuerlich, die Instrumente der Interessensbekundung und Ausschreibung künftig verstärkt zu nutzen.

- 21.3** *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Anregungen des RH, die Leistungsbeschreibungen und die Dokumentation von Vergaben und zu erbringenden Leistungen zu verbessern, bereits in die Konzeption und Vergabe der Ex-ante-Evaluierung des LE-Programms für die Periode 2014 bis 2020 eingeflossen seien. Nach einer Markterkundung wären die Koordination und die Berichtsgestaltung vergeben worden. Dieser begonnene Weg würde konsequent fortgesetzt werden.*

- 21.4** Der RH nahm die vom BMLFUW gesetzten und künftig beabsichtigten Maßnahmen zur Kenntnis. Er verwies jedoch darauf, dass bisher Teilstudien vielfach an Fachexperten nachgeordneter Dienststellen oder ausgegliederter Gesellschaften des BMLFUW vergeben wurden. Der RH hielt daher seine Empfehlung weiter aufrecht.

- 22.1** (1) Nach den Feststellungen des Vorberichts war ein wichtiger Indikator für den Umsetzungsgrad des ÖPUL 2007 die geförderte Fläche. Wurde eine Fläche im Rahmen mehrerer Untermaßnahmen gefördert, so ging diese Fläche mehrfach in die Berechnung des Indikatorwerts ein. Der

Evaluierung der Programme

RH hatte daher dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 31) empfohlen, in den Berichten und Evaluierungen zum ÖPUL bei allen Flächen, auf denen mehrere Untermaßnahmen umgesetzt wurden, jeweils auch die physische Fläche – bereinigt um Mehrfachzählungen – zusätzlich anzugeben.

(2) Wie das BMLFUW im Nachfrageverfahren mitgeteilt hatte, arbeite es laufend an der Verbesserung von Berichten, sowohl inhaltlich als auch betreffend die Darstellung. Jedoch seien die EU-Vorgaben zu beachten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW im jährlichen Zwischenbericht 2013 an die Europäische Kommission zum Programm LE 07–13 Flächen, auf denen mehrere ÖPUL–Untermaßnahmen umgesetzt waren, ohne Bereinigung um Mehrfachzählungen addierte. Die Summe lag mit 3.848.693 ha höher als die landwirtschaftliche Nutzfläche ohne Almfläche der ÖPUL–Betriebe 2013 mit 2.145.612 ha.

Der jährliche Zwischenbericht 2014 enthielt keine Flächenangaben zu ÖPUL–Untermaßnahmen. Weitere Evaluierungsberichte (wie z.B. der Ex–post–Evaluierungsbericht für das Programm LE 07–13) an die Europäische Kommission lagen zur Zeit der Follow–up–Überprüfung noch nicht vor.

Im Grünen Bericht 2014 gab das BMLFUW die im ÖPUL einbezogenen Flächen ebenfalls je Untermaßnahme an, wies jedoch zusätzlich die Summe der ÖPUL–Flächen bereinigt um Mehrfachzählungen³² aus und begründete diese Darstellung mit dem Vermerk „Summenbildung bei Flächen und Betrieben wegen Mehrfachnennungen nicht möglich“.

22.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil es im jährlichen Zwischenbericht 2013 an die Europäische Kommission zum Programm LE 07–13 keine Bereinigung der Mehrfachzählungen vornahm.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, in den jährlichen Zwischenberichten und künftigen Evaluierungsberichten bei allen Flächen, auf denen mehrere Untermaßnahmen umgesetzt wurden, jeweils auch die physische Fläche – bereinigt um Mehrfachzählungen – zusätzlich anzugeben.

Als positives Beispiel erachtete der RH die Darstellung im Grünen Bericht 2014, die sowohl die im ÖPUL einbezogenen Flächen je Untermaßnahme als auch die um Mehrfachzählungen bereinigte ÖPUL–Fläche enthielt.

³² Das sind Flächen, auf denen mehrere ÖPUL–Untermaßnahmen umgesetzt wurden.

22.3 *Das BMLFUW wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es die Vorgaben für die jährlichen Durchführungsberichte mehrfach mit der Europäischen Kommission diskutiert habe und diese die Durchführungsberichte immer angenommen und positiv beurteilt habe. Da eine Interpretation der Daten auf Basis der Vorgaben jedoch schwierig sei, habe das BMLFUW in den Berichten zum ÖPUL immer zusätzliche Daten geliefert, die über die Anforderungen hinausgingen. Diese Daten seien nicht in den jährlichen Zwischenbericht 2014 integriert worden, weil die Finanzierung von ÖPUL und Ausgleichszulage schon aus den Mitteln der Periode 2014–2020 erfolgt sei. Damit aber keine Information verloren gehe, sei ein gesonderter Bericht erstellt worden, der dem Begleitausschuss und der Europäischen Kommission vorgelegt worden sei. Diesen Bericht habe das BMLFUW ebenfalls an den RH übermittelt. Weiters habe es die Darstellungen in den Berichten an die Europäische Kommission und im Grünen Bericht weitgehend aufeinander abgestimmt. Hiezu habe es eine Tabelle 2 („Landwirtschaftliche Nutzfläche der ÖPUL-Betriebe 2007 – 2014“) sowie eine Tabelle 4 („Betriebe, Hektar und Prämien nach ÖPUL-Untermaßnahmen für das Jahr 2014“) angefügt.*

22.4 Der RH entgegnete dem BMLFUW, dass er die Beweiskraft der beiden angeführten Tabellen nicht nachvollziehen konnte. Sie wiesen Differenzen auf, wie sie der RH in TZ 22.1 bereits thematisiert hatte, ohne diese entsprechend zu erläutern.

Der RH nahm zur Kenntnis, dass das BMLFUW ergänzend zu den Zwischenberichten gesonderte Berichte mit zusätzlichen Informationen verfasste. Er entgegnete dem BMLFUW jedoch, dass im Interesse der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der ÖPUL-Daten in den dafür einschlägigen Berichten, sohin in den Zwischen- und Evaluierungsberichten, bei allen Flächen, auf denen mehrere Untermaßnahmen umgesetzt wurden, jeweils auch die physische Fläche – bereinigt um Mehrfachzählungen – angegeben und mit einer entsprechenden Erläuterung versehen werden sollte. Der RH hielt daher seine Empfehlung weiter aufrecht.

23.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 67) empfohlen, das österreichweite Monitoringnetz zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten (zur Messung der Zielerreichung im Schutzgut Biodiversität) vollständig einzurichten.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen, wonach es versuche, die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Indikatoren durch weitere

Evaluierung der Programme

Daten und Fallstudien zu ergänzen, um zu einer nachvollziehbaren Aussage zu kommen. Für die Halbzeitevaluierung des ÖPUL 2007 seien die bestehenden Indikatoren und Teilstudien ausreichend gewesen. Für die Zukunft werde die Nutzung bestehender Daten und Erhebungen verstärkt geprüft. Betreffend ein österreichweites Monitoringnetz habe das BMLFUW schon erste Schritte gesetzt und ein mögliches Erhebungsraster festgelegt. Die Umsetzung hänge aber stark von budgetären Mitteln und auch der Zusammenarbeit mit anderen Stellen, z.B. den Bundesländern, ab und könne aus derzeitiger Sicht nicht zugesagt werden, werde aber weiter geprüft. Aus Sicht der Evaluierung des ÖPUL sei die Weiterführung und Ergänzung bestehender Methoden und Projekte (Teilstudien) eine sinnvolle und wahrscheinlich kostengünstigere Alternative.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW kein österreichweites Monitoringnetz zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten eingerichtet hatte. Es begründete dies damit, dass mehrere Organisationen für verschiedene Auftraggeber und Teilbereiche mit unterschiedlichen Methoden Daten erheben und in einer Datenbank erfassen sollten und es dazu noch keine Abstimmung gebe. Ebenso waren zur Zeit der Follow-up-Überprüfung weder die Kostenaufteilung noch die konkrete Stichprobenerhebung oder die Speicherung und Verwaltung erhobener Daten geklärt.

- 23.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH nicht um, weil es kein österreichweites Monitoringnetz zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten eingerichtet hatte.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, das österreichweite Monitoringnetz zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten vollständig einzurichten.

- 23.3** *Das BMLFUW wies in seiner Stellungnahme auf die unterschiedlichen Zuständigkeiten hin, wonach das BMLFUW für „die Angelegenheiten des Mess-, Auswerte- und Dokumentationswesens auf dem Gebiet des Umweltschutzes und der Umweltkontrolle“, worunter auch die Erfassung der biologischen Vielfalt falle, zuständig sei. Der Naturschutz und der Schutz des Bodens fielen beispielsweise in die Zuständigkeit der Länder und könnten daher gemäß Art. 15 B-VG nicht vom BMLFUW allein durchgeführt werden. Offen sei auch noch die Frage, inwieweit LE-Budgetmittel dafür herangezogen werden könnten. Der Aufwand für die Errichtung eines Messnetzes, wie vom RH in TZ 24 beschrieben, würde den Effekt bei weitem übersteigen.*

Das BMLFUW habe sich jedoch intensiv um Kooperation mit allen fachlich betroffenen Stellen, u.a. mit den Naturschutzabteilungen der Bundesländer, zur Umsetzung eines Biodiversitäts-Monitorings in Österreich bemüht, erste Schritte für ein österreichweites Monitoringnetz gesetzt und ein mögliches Erhebungsraster festgelegt. Dafür nutze und verwerte es auch Informationen aus anderen Bereichen (z.B. die Auswertungen des Zusammenhangs zwischen HN VF-Flächen (HN VF = High Nature Value Farmland) und Natura 2000-Flächen im Rahmen der LE-Evaluierung) und dem Monitoring der LE (von den 21 derzeit bewertbaren Indikatoren würden zehn Indikatoren Daten aus der LE bzw. dem INVEKOS zugrunde liegen).

23.4 Der RH nahm die Bemühungen des BMLFUW um Kooperation mit allen fachlich betroffenen Stellen auf Bundes- und Landesebene zur Kenntnis. Er entgegnete jedoch, dass ein österreichweites Monitoringnetz zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten im Hinblick auf eine wirkungsorientierte Programmumsetzung unerlässlich ist, um die Zielerreichung im Bereich Biodiversität zu messen. Neben der Effektivität können mit Hilfe der Monitoringergebnisse – im Kosten-Nutzen-Vergleich – auch Aussagen zum effizienten Mitteleinsatz getroffen werden. Der RH hielt daher sowohl aus Gründen der Effektivität aber auch der Sparsamkeit seine Empfehlung aufrecht.

24.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 22, 30, 45, 63) empfohlen, bei der künftigen Gestaltung des ÖPUL verstärktes Augenmerk auf ein – möglichst in die laufende Abwicklung integriertes – Monitoring von Daten über Zustand und Veränderungen der Agrarumwelt (etwa Bodenproben, die verstärkt verpflichtend zu erheben wären oder Daten zur Biodiversität) und die Verwaltung und Nutzung solcher Daten zu Informations- und Forschungszwecken zu legen. Das Monitoring sollte auch die von Landwirten im Rahmen von Monitoring-Projekten erhobenen Beobachtungsdaten umfassen und Auswertungen für die Evaluatoren sowie Rückmeldungen an die Betriebe erlauben.

(2) Laut Mitteilung des BMLFUW im Nachfrageverfahren sei die Ersterfassung der Landschaftselemente bereits abgeschlossen und werde für die Kontrolle (verwaltungstechnisch und vor Ort) bereits herangezogen. Das Thema Bodenproben sei im Rahmen der Programmgestaltung umfassend diskutiert worden und bleibe Bestandteil im Rahmen der Maßnahme „Vorbeugender Gewässerschutz“. Eine Ausweitung auf andere Bereiche erachte das BMLFUW als nicht zielführend.

Evaluierung der Programme

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW für den Bereich Biodiversität über kein in die laufende Abwicklung eingebettetes Monitoring verfügte (siehe TZ 23).

Das BMLFUW beabsichtigte, die Ergebnisse aus Bodenproben in einem Monitoring künftig zentral zusammenzufassen und für Evaluierungs- und Informationszwecke zu verwenden. Zur Zeit der Follow-up-Überprüfung war die Vorgangsweise betreffend Datengewinnung und -verwaltung noch nicht konkretisiert. Bodenproben waren im ÖPUL 2015 im Vergleich zum ÖPUL 2007 nicht verstärkt gefordert.³³

Im Bereich Naturschutz plante das BMLFUW ein zentrales Monitoring. Dazu war im Juni 2015 ein Projektvorschlag „MONDAT“ eingereicht, den das BMLFUW zur Zeit der Follow-up-Überprüfung jedoch noch nicht beschlossen hatte. Das Projekt zielte u.a. darauf ab, für das BMLFUW, die Länder sowie Experten relevante Fachdaten des Monitorings zu Tier- und Pflanzenarten und deren Lebensräume verfügbar zu machen und auch die Öffentlichkeit über Naturschutzmaßnahmen zu informieren.

Zusätzlich plante das BMLFUW, die Daten aus einem Bildungsprojekt im Bereich Naturschutz (Projekt „Wir schauen drauf“), welches bereits im Programmzeitraum 2007 bis 2013 gelaufen war, zu standardisieren, in die Monitoringdatenbank aufzunehmen und auch für Rückmeldungen an die Betriebe zu verwenden.

24.2 Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH nicht um: Zur Zeit der Follow-up-Überprüfung hatte das BMLFUW zwar einige entsprechende Maßnahmen geplant, aber keine Projekte umgesetzt.

Der RH hielt daher seine Empfehlung an das BMLFUW aufrecht, auf ein – möglichst in die laufende Abwicklung integriertes – Monitoring von Daten über Zustand und Veränderungen der Agrarumwelt (etwa Bodenproben, die verstärkt verpflichtend zu erheben wären oder Daten zur Biodiversität) und die Verwaltung und Nutzung solcher Daten zu

³³ Bodenproben waren laut Sonderrichtlinie (SRL) ÖPUL 2015 nur in zwei Fällen gefordert:

- 1) Die einschlägigen Mindestanforderungen für den Einsatz von Dünge- und Pflanzenschutzmitteln galten in allen Untermaßnahmen mit Mindestanforderungen für die Ausbringung von Düngemitteln. Bodenuntersuchungen waren nur vorgesehen, wenn über die Empfehlungen für die sachgerechte Düngung des Fachbeirats für Bodenschutz und Bodenfruchtbarkeit hinaus zusätzliche Phosphordünger aus Handelsdüngern über 100 kg/ha P₂O₅ eingesetzt wurden (Punkt 1.6.8.1. der SRL ÖPUL 2015).
- 2) Bei der Untermaßnahme „Vorbeugender Grundwasserschutz“ (Acker und Grünland); pro angefangene 5 ha Grünlandfläche ist bis 31. Dezember 2018 mindestens eine Bodenuntersuchung hinsichtlich des pH-Wertes sowie des Phosphor- und Kalium-Gehalts und des Humusgehalts zu ziehen.



Evaluierung der Programme

BMLFUW

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung

Informations- und Forschungszwecken zu achten. Das Monitoring solle auch die von Landwirten im Rahmen von Monitoring-Projekten erhobenen Beobachtungsdaten umfassen und Auswertungen für die Evaluatoren sowie Rückmeldungen an die Betriebe erlauben.

24.3 *Ergänzend zur Stellungnahme zu TZ 23 wies das BMLFUW darauf hin, dass die von der Europäischen Kommission vorgegebenen Indikatoren die Grundlage für die Bewertung des Programms für den Bereich Biodiversität seien. Das BMLFUW habe diese Indikatoren durch weitere Daten und Fallstudien ergänzt. Damit sei aus seiner Sicht für die Halbzeitbewertung und die Ex-post-Bewertung der Periode 2007 bis 2013 eine ausreichende Beurteilung möglich gewesen.*

Daten für Monitoring und Evaluierung betreffend die Biodiversität sollen künftig verstärkt aus dem ÖPUL selbst, aber auch aus der projektbezogenen Naturschutzmaßnahme oder der Bildungsmaßnahme der LE gewonnen werden. Das BMLFUW nannte hierzu drei in den letzten Wochen genehmigte Projekte:

- Einrichtung einer öffentlich zugänglichen Monitoringdatenbank für die ÖPUL-Naturschutzmaßnahme,*
- Umsetzung des ergebnisorientierten Naturschutzplans und*
- Verlängerung und Weiterentwicklung des Projekts „Wir schauen drauf“ (Biodiversitätsmonitoring mit Landwirtinnen).*

24.4 Der RH nahm zur Kenntnis, dass das BMLFUW die von der Europäischen Kommission für den Bereich Biodiversität vorgegebenen Indikatoren um weitere Daten und Fallstudien ergänzte und einige, zur Zeit der Follow-up-Überprüfung noch in Planung befindliche Monitoring-Projekte zwischenzeitlich genehmigte.

ÖPUL-Begleitausschuss und ÖPUL-Evaluierungsbeirat

25.1 (1) Der RH hatte dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 23, 26) empfohlen, die Geschäftsordnungen des ÖPUL-Begleitausschusses und des ÖPUL-Evaluierungsbeirats insbesondere im Hinblick auf aktuelle EU-Vorgaben zu aktualisieren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW mitgeteilt, dass es Überlegungen gebe, den ÖPUL-Evaluierungsbeirat als ständige Arbeitsgruppe in den Begleitausschuss LE 14–20 zu integrieren.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW mit Geschäftsordnung vom 19. Februar 2015 den Ausschuss zur Begleitung der

ÖPUL-Begleitausschuss und ÖPUL-Evaluierungsbeirat

Durchführung des Programms für ländliche Entwicklung 2014–2020 (sogenannter Begleitausschuss LE 14–20) eingerichtet hatte. Es erfüllte damit die EU-Vorgaben³⁴ in Bezug auf die Begleitung des Programms LE 14–20.

Im Gegensatz zum Begleitausschuss LE 14–20 war der ÖPUL-Evaluierungsbeirat kein von der EU gefordertes Gremium. Er hatte zur Zeit der Follow-up-Überprüfung seit etwa zwei Jahren nicht mehr getagt. Jedoch war er im Jahresbericht 2014 an die Europäische Kommission zum Programm LE 07–13 mehrfach als beratendes Expertengremium im Evaluierungsprozess des ÖPUL angegeben (siehe auch TZ 19). Eine Entscheidung, ob zusätzlich zum Begleitausschuss LE 14–20 weiterhin ein ÖPUL-Evaluierungsbeirat als eigenes Gremium speziell für ÖPUL-Evaluierungen eingesetzt werden sollte (z.B. als ständige Arbeitsgruppe des Begleitausschusses LE 14–20), lag zur Zeit der Follow-up-Überprüfung nicht vor. Dementsprechend hatte das BMLFUW auch die Geschäftsordnung aus dem Jahr 1996 noch nicht aktualisiert.

- 25.2** Das BMLFUW setzte die Empfehlung des RH um, indem es den Begleitausschuss LE 14–20 mit aktualisierter Geschäftsordnung einrichtete.

Da zur Zeit der Follow-up-Überprüfung die Überlegungen zum Weiterbestehen des ÖPUL-Evaluierungsbeirats noch nicht abgeschlossen waren, entfiel diesbezüglich der Anwendungssachverhalt für die Empfehlung des RH und damit die Umsetzungsbeurteilung durch den RH.

Im Fall des weiteren Bestehens des ÖPUL-Evaluierungsbeirats empfahl der RH dem BMLFUW, die Geschäftsordnung des ÖPUL-Evaluierungsbeirats zu aktualisieren.

- 25.3** *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Anregungen des RH betreffend die Festlegung der Rolle des Begleitausschusses einschließlich der Arbeitsgruppe „Bewertung“ und der Unterarbeitsgruppe „Bewertung von Umwelt- und Klimaauswirkungen“, welche den ÖPUL-Evaluierungsbeirat ersetzen werde, in die Planung der Unterarbeitsgruppe einfließen würden. Eine erste Diskussion dazu werde im für Februar 2016 geplanten Begleitausschuss stattfinden.*

- 26.1** (1) Nach den Feststellungen des Vorberichts wurde der Bericht über die Halbzeitevaluierung 2010 im Begleitausschuss erst nach Übermittlung an die Europäische Kommission erörtert. Der RH hatte daher dem BMLFUW in seinem Vorbericht (TZ 24) empfohlen, dem Begleitauss-

³⁴ Art. 47 ff. Verordnung (EU) Nr. 1303/2013



ÖPUL-Begleitausschuss und
ÖPUL-Evaluierungsbeirat

BMLFUW

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung

schuss die Evaluierungsberichte mit ÖPUL-Bezug vor deren Zuleitung an die Europäische Kommission gemeinsam mit einer Stellungnahme des ÖPUL-Evaluierungsbeirats zur Prüfung und Diskussion vorzulegen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das BMLFUW auf seine Stellungnahme zum Vorbericht verwiesen. Demnach sei eine Befassung des Begleitausschusses vor Übermittlung der Evaluierungsergebnisse an die Europäische Kommission aufgrund des engen, EU-rechtlich vorgegebenen Zeitkorsetts nicht möglich gewesen. Daher sei die umfassende Diskussion der Ergebnisse im Beisein der Kommissionsvertreter in einem eigens dafür einberufenen Begleitausschuss im Jänner 2011 erfolgt. Bedeutsame Anregungen von Mitgliedern des Begleitausschusses hätten auch noch zu diesem Zeitpunkt zu Ergänzungen bzw. Korrekturen führen können. Ein substanzieller Verbesserungsvorschlag, der eine Abänderung des Evaluierungsberichts erfordert hätte, sei aber ausgeblieben.

Das BMLFUW werde sich bemühen, kommende Evaluierungen noch vor der Übermittlung an die Europäische Kommission dem Begleitausschuss vorzulegen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das BMLFUW über das Fortbestehen des ÖPUL-Evaluierungsbeirats bzw. dessen Aufgaben in der Periode 2014 bis 2020 noch keine Entscheidung getroffen hatte (siehe auch TZ 19 und 25).

Die Geschäftsordnung des Begleitausschusses LE 14–20 umfasste als eine seiner Aufgaben die Prüfung und Genehmigung der jährlichen Durchführungsberichte vor deren Übermittlung an die Europäische Kommission. Eine konkrete Regelung hinsichtlich der Behandlung von Evaluierungsberichten enthielt sie nicht.

26.2 Da zur Zeit der Follow-up-Überprüfung die Überlegungen zum Weiterbestehen des ÖPUL-Evaluierungsbeirats noch nicht abgeschlossen waren, entfiel der Anwendungssachverhalt für die Empfehlung des RH und damit die Umsetzungsbeurteilung durch den RH.

Im Fall des weiteren Bestehens des ÖPUL-Evaluierungsbeirats empfahl der RH dem BMLFUW erneut, dem Begleitausschuss die Evaluierungsberichte mit ÖPUL-Bezug vor deren Zuleitung an die Europäische Kommission gemeinsam mit einer Stellungnahme des ÖPUL-Evaluierungsbeirats zur Prüfung und Diskussion vorzulegen. Dies wäre in der Geschäftsordnung des Begleitausschusses entsprechend zu regeln.

ÖPUL–Begleitausschuss und ÖPUL–Evaluierungsbeirat

26.3 *Das BMLFUW teilte in seiner Stellungnahme mit, dass eine Befassung des Begleitausschusses vor Übermittlung der Monitoring- und Evaluierungsergebnisse an die Europäische Kommission in der Geschäftsordnung entsprechend vorgesehen sei. Es hielt weiters fest, dass der Begleitausschuss vorschriftsgemäß bei Programmänderungen rechtzeitig informiert und im Rahmen der mündlichen und schriftlichen Verfahren befasst werde. Die Europäische Kommission habe die Vorbereitung der Unterlagen und die Gestaltung der Sitzungen bisher sehr positiv beurteilt.*

EU–Mittel und nationale Kofinanzierung im ÖPUL 2015

27.1 (1) Das von der Europäischen Kommission im Dezember 2014 genehmigte Programm LE 14–20 sah für die siebenjährige Programmdauer des ÖPUL 2015 EU–Mittel in Höhe von rd. 1,637 Mrd. EUR vor.

Art. 59 der Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 sah für Österreich einen Höchstsatz der ELER³⁵–Beteiligung von maximal 53 % (bzw. 63 % für das Burgenland als Übergangsregion gemäß Art. 59 Abs. 3 lit. c leg. cit.) vor. Die vollständige Ausschöpfung der EU–Mittel erforderte daher eine nationale Kofinanzierung von mindestens 47 % (bzw. 37 % im Burgenland).

Das Landwirtschaftsgesetz 1992 definierte in § 1 Z 7 als eines der Ziele der Agrarpolitik, die EU–Kofinanzierungsmöglichkeiten für die Land- und Forstwirtschaft umfassend auszuschöpfen. Es bestand somit eine materiell–rechtliche Grundlage für die Bereitstellung von nationalen Mitteln³⁶ in der zur umfassenden Ausschöpfung der EU–Mittel erforderlichen Höhe von 37 % bzw. 47 %.

(2) Die österreichische Bundesregierung projektierte in ihrem Arbeitsprogramm für die Jahre 2013 bis 2018 den nationalen Kofinanzierungssatz für die neuen Programme der ländlichen Entwicklung 2014 bis 2020 mit 50 %. Die Landesagrarreferenten beschlossen am 20. März 2014 eine Gesamtfördersumme (EU– und nationale Mittel) für das Programm LE 14–20 von 7,700 Mrd. EUR (siehe Kenndaten) und damit einen nationalen Kofinanzierungsanteil im Programm LE 14–20 von durchschnittlich 48,86 % über alle ELER–Maßnahmen und Regionen³⁷. Daraus abgeleitet ergaben sich für das ÖPUL 2015 die nationalen Kofinanzierungssätze von 37 % für Übergangsregionen und 50,57 % für

³⁵ ELER: Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums

³⁶ Gemäß § 3 Landwirtschaftsgesetz 1992 stellte der Bund Mittel für Förderungsmaßnahmen dann zur Verfügung, wenn das jeweilige Land für jede Förderungsmaßnahme Landesmittel im Ausmaß von zwei Drittel der Bundesmittel zur Verfügung stellte.

³⁷ Ausgehend von den zur Verfügung stehenden EU–Mitteln in Höhe von rd. 3,936 Mrd. EUR und der beschlossenen Gesamtfördersumme von rd. 7,700 Mrd. EUR errechnete sich ein Anteil nationaler Mittel von 48,86 %.



EU-Mittel und nationale Kofinanzierung
im ÖPUL 2015

BMLFUW

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung

die übrigen Regionen (siehe Tabelle 3) in dem von der Europäischen Kommission genehmigten Programm LE 14–20.

Die Aufteilung der EU-Mittel (ELER-Beitragssatz) und der nationalen Kofinanzierung stellte sich wie folgt dar:

Tabelle 3: Kofinanzierung für das ÖPUL 2015 ³					
	ELER- Beitragssatz	EU-Mittel	nationaler Satz Kofinanzierung	nationale Kofinanzierung	gesamt
	in %	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	
für eine vollständige Ausschöpfung der EU-Mittel erforderliche nationale Kofinanzierung gemäß EU-Vorgaben:					
Übergangsregionen ¹	63,00	179,94	37,00	105,68	285,63
übrige Regionen ²	53,00	1.457,36	47,00	1.292,37	2.749,73
gesamt		1.637,30		1.398,06	3.035,36
im Programm LE 14–20 geplante nationale Kofinanzierung:					
Übergangsregionen ¹	63,00	179,94	37,00	105,68	285,63
übrige Regionen ²	49,43	1.457,36	50,57	1.490,97	2.948,33
gesamt		1.637,30		1.596,65	3.233,95
Differenz		0,00		198,59	198,59

Rundungsdifferenzen möglich

¹ gemäß Art. 59 Abs. 3 lit. c Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 – Übergangsregionen, die nicht unter Art. 59 Abs. 3 lit. b leg. cit. fallen

² gemäß Art. 59 Abs. 3 lit. d Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 – übrige Regionen

³ Aufgliederung nach Maßnahmen siehe Anhang 2

Quellen: Programm LE 14–20 (Punkt 10. Finanzierungsplan); Art. 59 Verordnung (EU) Nr. 1305/2013; RH

Die im Programm LE 14–20 geplanten nationalen Kofinanzierungsmittel für das ÖPUL 2015 in Höhe von 1,597 Mrd. EUR lagen um 198,59 Mio. EUR über dem, für eine vollständige Ausschöpfung der EU-Mittel gemäß § 1 Z 7 Landwirtschaftsgesetz 1992 erforderlichen Betrag von 1,398 Mrd. EUR. In seinem Vorbericht hatte der RH eine freiwillig höhere nationale Kofinanzierung für das ÖPUL 2007 von rd. 410 Mio. EUR ermittelt.

27.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die nationale Kofinanzierung für das ÖPUL 2015 um 198,59 Mio. EUR über das Ausschöpfungsziel gemäß § 1 Z 7 Landwirtschaftsgesetz 1992 hinausging.

27.3 Das BMLFUW verwies in seiner Stellungnahme auf seine schon mehrfach – auch im Zusammenhang mit anderen Berichten des RH, z.B. „LEADER 2007 bis 2013“, Reihe Bund 2012/7 – dargestellte Position. Es könne die Kritik des RH hinsichtlich der fehlenden Rechtsgrundlage für einen Teil der aufgewendeten Mittel nicht nachvollziehen. Der nationale Anteil (der sogenannte Kofinanzierungssatz) könne von einem Mitgliedsland innerhalb der in der EU-Verordnung vorge-

EU-Mittel und nationale Kofinanzierung im ÖPUL 2015

sehenen Bandbreite festgelegt werden. Für Österreich sei er – wie in der Regierung vereinbart – mit rd. 50 % festgelegt worden. Dieser nationale Anteil sei im Programm von der EU genehmigt, in der nationalen Umsetzungsrichtlinie festgeschrieben und in den nationalen Budgets nach jeweils längeren politischen Verhandlungen im erforderlichen Ausmaß dotiert worden. Der nationale Anteil sei daher umfassend rechtlich legitimiert. Die Interpretation des Landwirtschaftsgesetzes 1992 (LWG), wonach für nationale, über das Mindesterfordernis hinausgehende Kofinanzierungsmittel keine Rechtsgrundlage gegeben sei, weise das BMLFUW zurück. Das LWG definiere weder in § 1 noch an anderer Stelle EU-rechtlich festgelegte maximale EU-Beteiligungssätze. Vielmehr normierte es, dass die von der EU zur Verfügung gestellten Mittel jedenfalls auszunutzen seien. Wäre die Intention des Gesetzgebers die Ausnutzung von maximalen EU-Beteiligungssätzen gewesen, hätte dies im Gesetzestext zum Ausdruck gebracht werden müssen.

- 27.4** Der RH entgegnete dem BMLFUW, dass Beschlüsse der Bundes- bzw. Landesregierungen sowie die materiell-inhaltliche Einbindung des Parlaments und der Landtage – wenngleich rechtlich nicht zwingend – allein in Anbetracht der Höhe des nationalen Mittelanteils (rd. 1,6 Mrd. EUR im Zeitraum 2014 bis 2020) geboten wären. Der RH vertrat die Auffassung, dass fehlende Transparenz über die budgetären Optionen bei der Festlegung der nationalen Kofinanzierungsmittel die Budgetrechte des Parlaments und der Landtage präjudizierte.

Der über den von der EU geforderten Mindestkofinanzierungsanteil hinausgehende nationale Anteil wurde – wie auch in der Stellungnahme des BMLFUW ausgeführt – im Programm von der EU genehmigt, in der nationalen Umsetzungsrichtlinie festgeschrieben und dotiert. Der RH verblieb daher bei seiner Position, dass eine materiell-rechtliche Grundlage für die Bereitstellung nationaler Budgetmittel des Bundes (und indirekt der Länder) in der zur umfassenden Ausschöpfung der EU-Mittel erforderlichen Höhe bestand, dass jedoch für darüber hinausgehende mehrjährige Verpflichtungen auch das Parlament und die Landtage – jeweils rechtzeitig vor der Programmeinreichung – in geeigneter Weise einzubinden wären.



Schlussempfehlungen

BMLFUW

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung

Schlussempfehlungen

28 Der RH stellte zusammenfassend fest, dass das BMLFUW neun der 25 vom RH überprüften Empfehlungen umsetzte, sechs teilweise und sieben nicht umsetzte. Bezüglich drei Empfehlungen nahm der RH mangels Anwendungssachverhalt von der Umsetzungsbeurteilung Abstand.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts (Reihe Bund 2013/5)					
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung			
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	umgesetzt	teilweise umgesetzt	nicht umgesetzt
9	Festlegen von geeigneten, ausreichend spezifischen Indikatoren für ÖPUL 2015 schon im Strategieprozess	2			X
13	nachvollziehbare Darstellung der Grundanforderungen zur Bewertung des Umfangs der prämierten Agrarumweltleistungen	3	X		
14	Erwirken eines höheren Mehrwerts für die Umwelt und mehr Kosteneffektivität von ÖPUL	4	X		
16	ökologische Begründung der ÖPUL-Zahlungen zur Verhinderung von Betriebsaufgaben; Festlegung prioritärer Gebiete für den Erhalt der Bewirtschaftung nach ökologischen Kriterien	5	X		
34	Vereinfachung von ÖPUL durch Verringerung der Zahl der Untermaßnahmen	6	X		
38	Überprüfung der Konzeption der Untermaßnahme UBAG zur Steigerung des Wirkungsgrads	7	X		
10, 35, 45, 60	konkrete Formulierung der Ziele des ÖPUL und seiner Untermaßnahmen und Differenzierung nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung	8		X	
29, 45, 67	Festlegung zusätzlicher Wirkungsindikatoren für ÖPUL und seine Untermaßnahmen und Unterlegung mit Zielwerten	9			X
63	Analyse und Anpassung der Konzepte der Gelb- und Blauflächen auf Teilnahmehemmnisse; gegebenenfalls Streichung	10	X		
63	Bedachtnahme auf maßgebliche Faktoren für eine ausreichende Beteiligung bei Blauflächen-Projekten	11	kein Anwendungssachverhalt		

Schlussempfehlungen

Fortsetzung: Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts (Reihe Bund 2013/5)					
15	Prämienermittlung auch mit ergebnisorientierten Honorierungsmodellen und Ausschreibungen	12		X	
16	Berücksichtigung kostenmindernder oder ertragssteigernder Effekte von ÖPUL in der Prämienkalkulation	13	X		
17	Weiterentwicklung der ÖPUL-Prämien im Sinne einer besseren Anpassung an regional unterschiedliche Kosten und Erträge der Betriebe, einer Verringerung von Mitnahmeeffekten und einer Steigerung der Kosteneffektivität	14		X	
18	Prämienermittlung auf Grundlage aktueller, nach wissenschaftlichen Standards dokumentierter Daten und unter Berücksichtigung des technisch-wissenschaftlichen Fortschritts im Agrarsektor	15	X		
19	Untersuchung der Modulation auf ökologische Vor- und Nachteile	16			X
20	Einsatz geeigneter Methoden zur Untersuchung der Mitnahmeeffekte; Erhebung der Daten und Erstellung von Auswertungen	17			X
26, 28	Bedachtnahme auf Grundsatz der Funktions-trennung; Offenlegung von Interessenkonflikten; Vermeidung unklarer Über- und Unterordnungs-verhältnisse in der Dienst- und Fachaufsicht	18		X	
26	mehr Qualitätssicherungsfunktion für den ÖPUL-Evaluierungsbeirat	19	kein Anwendungssachverhalt		
27	schriftliche Festlegung von Leistungsumfang und Anforderungsprofil der Evaluatoren sowie von relevanten Fristen zur Berichtsabgabe	20		X	
28	Erweiterung des Auftragnehmerkreises von Teilstudien durch Interessensbekundungen und Ausschreibungen	21		X	
31	Bereinigung der Flächen mit mehreren ÖPUL-Untermaßnahmen um Mehrfachzählungen	22			X
67	vollständige Einrichtung eines Monitoringnetzes zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten	23			X
22, 30, 45, 63	Erhebung und Nutzung der Zustands- und Veränderungsdaten der Agrarumwelt (z.B. Bodenproben)	24			X
23, 26	Aktualisierung der Geschäftsordnung des ÖPUL-Begleitausschusses	25	X		
24	Vorlage der Evaluierungsberichte mit ÖPUL-Bezug an den Begleitausschuss zur Prüfung und Diskussion vor Übermittlung an Europäische Kommission	26	kein Anwendungssachverhalt		

Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH folgende Empfehlungen an das BMLFUW hervor:

(1) Sowohl für die Evaluierung des ÖPUL 2015 als auch im Strategieprozess für künftige Programme sollten zeitgerecht geeignete und ausreichend spezifische Indikatoren für die Begleitung und Bewertung des ÖPUL festgelegt werden. (TZ 2)

(2) Im Rahmen der Evaluierungsmaßnahmen für das ÖPUL 2015 wäre zu prüfen, ob der angestrebte Mehrwert für die Umwelt bzw. die Steigerung der Effektivität der eingesetzten Finanzmittel eingetreten ist. (TZ 4)

(3) Weitere Möglichkeiten zur Verringerung der Komplexität des ÖPUL wären zu nutzen. (TZ 6)

(4) Die tatsächliche Steigerung des Wirkungsgrades der Untermaßnahme „Umweltgerechte und Biodiversitätsfördernde Bewirtschaftung“ (UBB) sollte im Rahmen der Evaluierungsmaßnahmen für das ÖPUL 2015 überprüft werden. (TZ 7)

(5) Um den Grad der Zielerreichung besser überprüfen zu können, wären die Ziele des ÖPUL und seiner Untermaßnahmen in künftigen Programmperioden nach Zustandserhaltung und Zustandsverbesserung zu differenzieren. (TZ 8)

(6) Es wären zusätzliche relevante Wirkungsindikatoren für das ÖPUL 2015 festzulegen und mit Zielwerten zu versehen. (TZ 9)

(7) In Anbetracht der Bedeutung und des finanziellen Volumens des ÖPUL wären ergänzend zu den bisherigen Ansätzen der Prämienberechnung weitere alternative Honorierungsmodelle zu untersuchen, zu erproben und zu entwickeln. Darüber hinaus sollten entsprechende Erfahrungen mit anderen Mitgliedstaaten ausgetauscht werden. (TZ 12)

(8) Die tatsächlichen, regional unterschiedlichen Kosten und Erträge der Betriebe sollten zur Verringerung von Mitnahmeeffekten und zur Steigerung der Kosteneffektivität verstärkt berücksichtigt werden. (TZ 14)

Schlussempfehlungen

(9) Die Modulation wäre hinsichtlich ihrer ökologischen Vor- und Nachteile vertiefend zu untersuchen und der Einfluss des Faktors Betriebsgröße auf die Erreichung von Umweltzielen, insbesondere den Erhalt der Kulturlandschaft zu bewerten. (TZ 16)

(10) Im Rahmen der Evaluierungen wären geeignete Methoden zur Untersuchung von Mitnahmeeffekten einzusetzen, die hierfür notwendigen Daten zu erheben und diesbezügliche Auswertungen zu erstellen. (TZ 17)

(11) In der Evaluierungsplanung für das Programm LE 14–20 (und damit für das ÖPUL 2015) sowie im Evaluierungshandbuch wären der Grundsatz der Funktionstrennung, die Offenlegung von Interessenkonflikten und die Vermeidung von unklaren Über- und Unterordnungsverhältnissen im Rahmen der Dienst- und Fachaufsicht zu beachten. (TZ 18)

(12) Im Fall des Weiterbestehens des ÖPUL-Evaluierungsbeirats wäre dessen Rolle – z.B. bei der Qualitätssicherung im Evaluierungsprozess – klar zu definieren. (TZ 19)

(13) Mit jedem für die Zwischen- und Ex-post-Evaluierung des Programms LE 14–20 beauftragten Evaluator wären der Leistungsumfang und die relevanten Fristen für die Abgabe der Berichte schriftlich zu vereinbaren und das Anforderungsprofil des Evaluators schriftlich festzulegen. (TZ 20)

(14) Zur Erweiterung des Auftragnehmerkreises wären für die Vergabe von Teilstudien künftig verstärkt die Instrumente der Interessensbekundung und Ausschreibung zu nutzen. (TZ 21)

(15) In den jährlichen Zwischenberichten und Evaluierungsberichten zum ÖPUL wäre bei allen Flächen, auf denen mehrere Untermaßnahmen umgesetzt wurden, jeweils auch die physische Fläche – bereinigt um Mehrfachzählungen – zusätzlich anzugeben. (TZ 22)

(16) Das österreichweite Monitoringnetz zur Stichprobenerhebung ausgewählter Tier- und Pflanzenarten wäre vollständig einzurichten. (TZ 23)



Schlussempfehlungen

BMLFUW

Agrarumweltprogramm ÖPUL 2007;
Follow-up-Überprüfung

(17) Auf ein – möglichst in die laufende Abwicklung integriertes – Monitoring von Daten über Zustand und Veränderungen der Agrarumwelt (etwa Bodenproben, die verstärkt verpflichtend zu erheben wären oder Daten zur Biodiversität) und die Verwaltung und Nutzung solcher Daten zu Informations- und Forschungszwecken wäre zu achten. Das Monitoring sollte auch die von Landwirten im Rahmen von Monitoring-Projekten erhobenen Beobachtungsdaten umfassen und Auswertungen für die Evaluatoren sowie Rückmeldungen an die Betriebe erlauben. (TZ 24)

(18) Im Fall des weiteren Bestehens des ÖPUL-Evaluierungsbeirats wäre seine Geschäftsordnung zu aktualisieren. (TZ 25)

(19) Im Fall des Weiterbestehens des ÖPUL-Evaluierungsbeirats wären die Evaluierungsberichte mit ÖPUL-Bezug vor deren Zuleitung an die Europäische Kommission dem Begleitausschuss gemeinsam mit einer Stellungnahme des ÖPUL-Evaluierungsbeirats zur Prüfung und Diskussion vorzulegen. Dies wäre in der Geschäftsordnung des Begleitausschusses entsprechend zu regeln. (TZ 26)





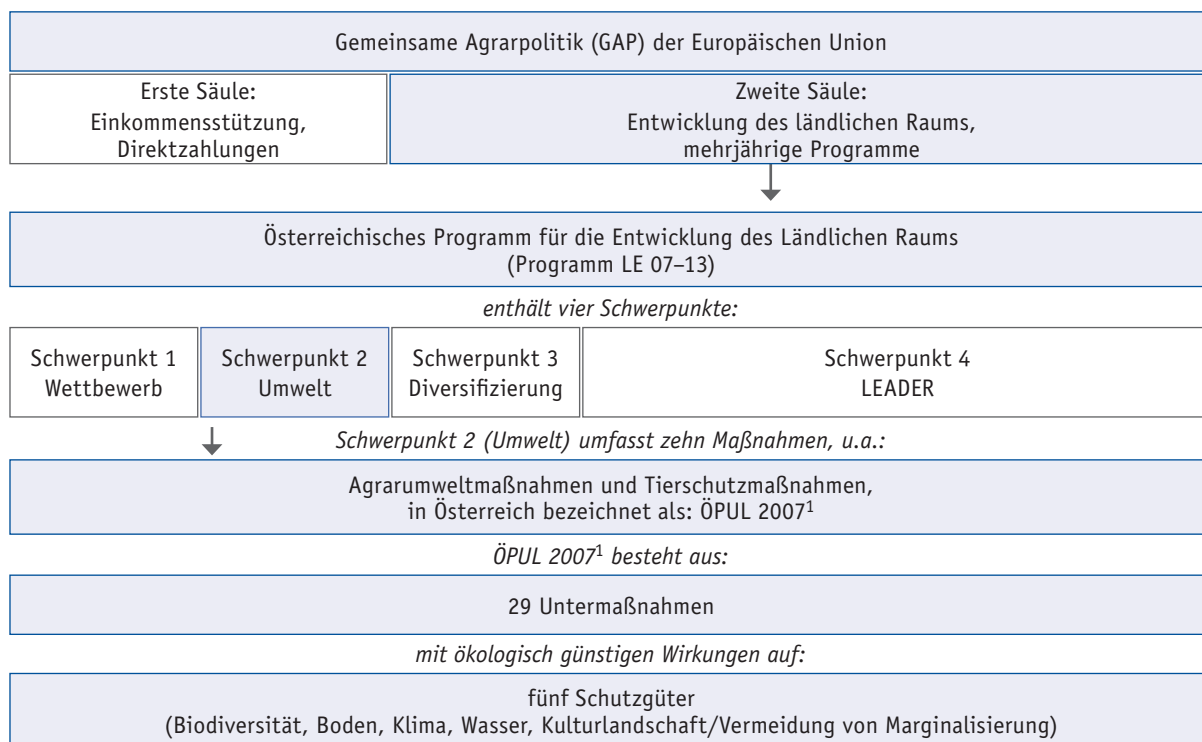
BMLFUW

ANHANG

Anhang 1 und 2

Anhang 1

Abbildung 1: Kontext ÖPUL 2007



¹ ÖPUL 2007 diente laut Programm LE 07-13 der nationalen Umsetzung der Agrarumweltmaßnahmen (M 214) und der Tierschutzmaßnahmen (M 215).

Quellen: Programm LE 07-13; Darstellung RH

Abbildung 2: Kontext ÖPUL 2015

Gemeinsame Agrarpolitik (GAP) der Europäischen Union	
Erste Säule: Einkommensstützung, Direktzahlungen	Zweite Säule: Entwicklung des ländlichen Raums, mehrjährige Programme

Österreichisches Programm für die Entwicklung des Ländlichen Raums (Programm LE 14–20)

basiert auf sechs Prioritäten mit 18 zugeordneten Schwerpunktbereichen¹;
für ÖPUL 2015 relevant:

Prioritäten	betroffene Schwerpunktbereiche in ÖPUL 2015
Priorität 1: Förderung von Wissenstransfer und Innovation in der Land- und Forstwirtschaft und den ländlichen Gebieten	1A) Förderung der Innovation, der Zusammenarbeit und des Aufbaus der Wissensbasis in ländlichen Gebieten 1C) Förderung des lebenslangen Lernens und der beruflichen Bildung in der Land- und Forstwirtschaft
Priorität 2: Verbesserung der Lebensfähigkeit der landwirtschaftlichen Betriebe und der Wettbewerbsfähigkeit aller Arten von Landwirtschaft in allen Regionen und Förderung innovativer landwirtschaftlicher Techniken und der nachhaltigen Waldbewirtschaftung	2A) Verbesserung der Wirtschaftsleistung aller landwirtschaftlichen Betriebe, Unterstützung der Betriebsumstrukturierung und –modernisierung insbesondere mit Blick auf die Erhöhung der Marktbeteiligung und –orientierung sowie der landwirtschaftlichen Diversifizierung
Priorität 3: Förderung der Organisation der Nahrungsmittelkette einschließlich Verarbeitung und Vermarktung von Agrarerzeugnissen, des Tierschutzes und des Risikomanagements in der Landwirtschaft	keine Schwerpunkte in ÖPUL 2015
Priorität 4: Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der mit der Land- und Forstwirtschaft verbundenen Ökosysteme	4A) Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der biologischen Vielfalt, auch in Natura-2000-Gebieten und in Gebieten, die aus naturbedingten oder anderen spezifischen Gründen benachteiligt sind, der Landbewirtschaftung mit hohem Naturwert sowie des Zustands der europäischen Landschaften 4B) Verbesserung der Wasserwirtschaft, einschließlich des Umgangs mit Düngemitteln und Schädlingsbekämpfungsmitteln 4C) Verhinderung der Bodenerosion und Verbesserung der Bodenbewirtschaftung
Priorität 5: Förderung der Ressourceneffizienz und Unterstützung des Agrar-, Nahrungsmittel- und Forstsektors beim Übergang zu einer kohlenstoffarmen und klimaresistenten Wirtschaft	5D) Verringerung der aus der Landwirtschaft stammenden Treibhausgas- und Ammoniakemissionen 5E) Förderung der Kohlenstoff-Speicherung und –Bindung in der Land- und Forstwirtschaft
Priorität 6: Förderung sozialer Eingliederung, Senkung von Armut und ökonomische Entwicklung in ländlichen Bereichen	keine Schwerpunkte im ÖPUL 2015

ÖPUL 2015² besteht aus:

22 Untermaßnahmen

mit ökologisch günstigen Wirkungen auf:

Biodiversität, Luft- und Klimaschutz, Boden, Wasser, genetische Ressourcen, Tierschutz
--

¹ Teil 6 des Anhangs I der Verordnung (EU) Nr. 808/2014

² ÖPUL 2015 fasst die nationale Umsetzung von Art. 28 Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 (Agrarumwelt und Klimamaßnahmen), Art. 29 leg. cit. (Ökologischer/Biologischer Landbau), Art. 30 leg. cit. (Zahlungen im Rahmen von Natura 2000 und der Wasserrahmenrichtlinie) und Art. 33 leg. cit. (Tierschutz) zusammen.

Quellen: Programm LE 14–20; Darstellung RH

Anhang 2

Tabelle 4: Mindestkofinanzierung gemäß Verordnung (EU) Nr. 1305/2013 (Langfassung)					
	ELER– Beitrags-satz	ELER–Mittel	nationaler Satz Kofinanzierung	nationale Kofinanzierung	gesamt
	in %	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	in EUR
Agrarumwelt– und Klimamaßnahme (Art. 28)					
Übergangsregionen ¹	63,00	117,26	37,00	68,87	186,13
übrige Regionen ²	53,00	1.013,48	47,00	898,75	1.912,23
Ökologischer/Biologischer Landbau (Art. 29)					
Übergangsregionen ¹	63,00	61,80	37,00	36,30	98,10
übrige Regionen ²	53,00	339,03	47,00	300,65	639,69
Natura 2000 und WRR (Art. 30)					
Übergangsregionen ¹	63,00	0,22	37,00	0,13	0,35
übrige Regionen ²	53,00	1,56	47,00	1,38	2,94
Tierschutz (Art. 33)					
Übergangsregionen ¹	63,00	0,66	37,00	0,39	1,05
übrige Regionen ²	53,00	103,28	47,00	91,59	194,87
Summe		1.637,30		1.398,06	3.035,36

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Art. 59 Abs. 3 lit. c – Übergangsregionen, die nicht unter Art. 59 Abs. 3 lit. b fallen

² Art. 59 Abs. 3 lit. d – übrige Regionen

Quellen: Art. 59 Abs. 3c und d der Verordnung (EU) Nr. 1305/2013; RH

Tabelle 5: Geplante Kofinanzierung für ÖPUL 2015 gemäß Programm LE 14–20 (Langfassung)

	ELER– Beitrags- satz	ELER–Mittel	nationaler Satz Kofinanzierung	naionale Kofinanzierung	gesamt
	in %	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	in EUR
10.3.8. M 10 – Agrarumwelt– und Klimamaßnahme (Art. 28)					
Übergangsregionen ¹	63,00	117,26	37,00	68,87	186,13
übrige Regionen ²	49,43	1.013,48	50,57	1.036,86	2.050,34
10.3.9. M 11 – Ökologischer/Biologischer Landbau (Art. 29)					
Übergangsregionen ¹	63,00	61,80	37,00	36,30	98,10
übrige Regionen ²	49,43	339,03	50,57	346,85	685,89
10.3.10. M 12 – Natura 2000 und WRR (Art. 30)					
Übergangsregionen ¹	63,00	0,22	37,00	0,13	0,35
übrige Regionen ²	49,43	1,56	50,57	1,59	3,15
10.3.12. M 14 – Tierschutz (Art. 33)					
Übergangsregionen ¹	63,00	0,66	37,00	0,39	1,05
übrige Regionen ²	49,43	103,28	50,57	105,66	208,95
Summe		1.637,30		1.596,65	3.233,96

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Art. 59 Abs. 3 lit. c – Übergangsregionen, die nicht unter Art. 59 Abs. 3 lit. b fallen² Art. 59 Abs. 3 lit. d – übrige Regionen

Quellen: Programm LE 14–20 (Punkt 10. Finanzierungsplan); RH



Wien, im März 2016

Der Präsident:

Dr. Josef Moser

**Bisher erschienen:**

- Reihe Bund 2016/1 Bericht des Rechnungshofes
- Unternehmensliquiditätsstärkungsgesetz – Vergabe von Haftungen
 - Energie-Control Austria
 - Pensionsrecht der Bediensteten der Sozialversicherungen;
Follow-up-Überprüfung
 - Zusammenarbeit Bundessozialamt und Sozialabteilung Land Steiermark; Follow-up-Überprüfung
 - Wiener Stadterweiterungsfonds; Follow-up-Überprüfung
- Reihe Bund 2016/2 Bericht des Rechnungshofes
- Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik
 - Löschung von Abgabenrückständen
 - KELAG Wärme GmbH
 - MAK – Österreichisches Museum für angewandte Kunst;
Follow-up-Überprüfung
 - Wellcon Gesellschaft für Prävention und Arbeitsmedizin GmbH;
Follow-up-Überprüfung

