



**Unabhängig. Objektiv. Wirksam.**

Dampfschiffstraße 2  
A-1033 Wien  
Postfach 240

Tel. +43 (1) 711 71 - 0  
Fax +43 (1) 712 94 25  
office@rechnungshof.gv.at

## **RECHNUNGSHOFBERICHT**

VORLAGE VOM 31. MÄRZ 2016

**REIHE BUND 2016/3**

### **INSTRUMENTE ZUR FINANZIELLEN STEUERUNG DER KRANKENVERSICHERUNG**

### **AUSGEWÄHLTE STEUERUNGSBEREICHE IN DER KRANKENVERSICHERUNG**

### **EUROPÄISCHER GLOBALISIERUNGSFONDS — 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**

## INHALTSVERZEICHNIS

### Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

|                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Prüfungsziel .....</b>                                                                 | <b>7</b>  |
| <b>Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger .....</b> | <b>7</b>  |
| <b>Ziele, Instrumente und Akteure der Steuerung .....</b>                                 | <b>8</b>  |
| <b>Entwicklung der Rechtsgrundlagen zur Steuerung .....</b>                               | <b>10</b> |
| <b>Prognoserechnungen .....</b>                                                           | <b>10</b> |
| <i>Rechtliche Vorgaben .....</i>                                                          | <i>10</i> |
| <i>Planungsmaßstab, Planungshorizont und Maßnahmenorientierung .....</i>                  | <i>11</i> |
| <i>Gliederung der Prognoserechnungen / Höhe der Prognoseabweichung .....</i>              | <i>11</i> |
| <i>Allgemeine methodische Mängel .....</i>                                                | <i>11</i> |
| <i>Fehlendes Benchmarking der Prognosegenauigkeit .....</i>                               | <i>12</i> |
| <i>Unterschiede im Planungsprozess .....</i>                                              | <i>12</i> |
| <i>Nachgängige Abweichungsanalyse .....</i>                                               | <i>13</i> |
| <i>Erläuterungen zu den Prognoserechnungen .....</i>                                      | <i>13</i> |
| <i>Nutzung in der gesamtstaatlichen Planung .....</i>                                     | <i>13</i> |
| <i>Zusammenfassung Prognoserechnungen .....</i>                                           | <i>13</i> |
| <b>Kassensanierungspaket .....</b>                                                        | <b>15</b> |
| <i>Entstehung und Kerninhalte .....</i>                                                   | <i>15</i> |
| <i>Bundesmittel .....</i>                                                                 | <i>15</i> |
| <i>Finanzziele .....</i>                                                                  | <i>16</i> |
| <i>Monitoring .....</i>                                                                   | <i>17</i> |
| <i>Zusammenfassung Kassensanierungspaket .....</i>                                        | <i>18</i> |
| <b>Gesundheitsreform 2012 .....</b>                                                       | <b>19</b> |
| <i>Entstehung und Kerninhalte / Ausgabenobergrenzen .....</i>                             | <i>19</i> |
| <i>Operationalisierung der Ausgabenobergrenzen .....</i>                                  | <i>20</i> |
| <i>Kenngrößen zur Zieldefinition / Monitoringprozess .....</i>                            | <i>21</i> |
| <i>Inhaltliche Bewertung der Zielerreichung .....</i>                                     | <i>21</i> |
| <i>Aussagekraft der Monitoringergebnisse .....</i>                                        | <i>22</i> |
| <i>Zusammenfassung Gesundheitsreform 2012 .....</i>                                       | <i>22</i> |
| <b>Interne Finanzziele / Ausgleichsfonds .....</b>                                        | <b>23</b> |
| <b>Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013 .....</b>                              | <b>24</b> |
| <b>Ausblick / Gesamteinschätzung .....</b>                                                | <b>25</b> |
| <b>Schlussempfehlungen .....</b>                                                          | <b>26</b> |



## Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung

|                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Prüfungsziel .....</b>                                                               | <b>31</b> |
| <b>Identifikation maßgeblicher Steuerungsbereiche.....</b>                              | <b>32</b> |
| <b>Ärztliche Hilfe.....</b>                                                             | <b>33</b> |
| <i>Überblick .....</i>                                                                  | <i>33</i> |
| <i>Datenlage zur Steuerung .....</i>                                                    | <i>33</i> |
| <i>Aufwand je Fachrichtung / Stellenplanung bzw. Planung der Angebotsstruktur .....</i> | <i>35</i> |
| <i>Tarifverhandlungen.....</i>                                                          | <i>37</i> |
| <i>Qualitätssicherung .....</i>                                                         | <i>38</i> |
| <i>Patientensteuerung .....</i>                                                         | <i>39</i> |
| <i>Strategische Ziele der Gesundheitsreform .....</i>                                   | <i>39</i> |
| <i>Zusammenfassung ärztliche Hilfe .....</i>                                            | <i>39</i> |
| <b>Heilmittel .....</b>                                                                 | <b>40</b> |
| <i>Überblick .....</i>                                                                  | <i>40</i> |
| <i>Rechtliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten.....</i>                            | <i>41</i> |
| <i>Gesetzlicher Rabatt und Rahmen–Pharmavertrag .....</i>                               | <i>41</i> |
| <i>Preisgestaltung .....</i>                                                            | <i>41</i> |
| <i>Behandlungsökonomie durch die Krankenversicherungsträger.....</i>                    | <i>43</i> |
| <i>Patientensteuerung .....</i>                                                         | <i>43</i> |
| <i>Steuerungsmaßnahmen.....</i>                                                         | <i>44</i> |
| <i>Zusammenfassung Heilmittel .....</i>                                                 | <i>45</i> |
| <b>Krankengeld .....</b>                                                                | <b>47</b> |
| <b>Verwaltungs– und Verrechnungsaufwand .....</b>                                       | <b>47</b> |
| <b>Sonstige Feststellungen.....</b>                                                     | <b>48</b> |
| <b>Schlussempfehlungen.....</b>                                                         | <b>49</b> |

## Europäischer Globalisierungsfonds — Projekt für Transportarbeiter NÖ/OÖ

|                                                                    |           |
|--------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Prüfungsziel .....</b>                                          | <b>55</b> |
| <b>Rahmenbedingungen für die EGF–Umsetzung in Österreich .....</b> | <b>55</b> |
| <b>Abwicklung des Projekts für Transportarbeiter.....</b>          | <b>57</b> |
| <b>Schlussempfehlungen.....</b>                                    | <b>60</b> |

## Münze Österreich Aktiengesellschaft; Follow-up-Überprüfung

|                                                      |           |
|------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Prüfungsziel .....</b>                            | <b>63</b> |
| <b>Strategie .....</b>                               | <b>64</b> |
| <i>Unternehmensstrategie .....</i>                   | <i>64</i> |
| <i>Zielsystem .....</i>                              | <i>64</i> |
| <b>Risikomanagement.....</b>                         | <b>64</b> |
| <i>Risikoidentifikation und Risikobewertung.....</i> | <i>64</i> |
| <i>Risikoaggregation und Risikobewältigung.....</i>  | <i>64</i> |
| <i>Risikoüberwachung.....</i>                        | <i>65</i> |
| <i>Risikoberichtswesen.....</i>                      | <i>65</i> |
| <i>Organisation .....</i>                            | <i>65</i> |
| <b>Vorstand .....</b>                                | <b>66</b> |
| <i>Vorstandsverträge .....</i>                       | <i>66</i> |
| <i>Interne Revision .....</i>                        | <i>66</i> |
| <i>Personal .....</i>                                | <i>66</i> |
| <b>Wirtschaftliche Entwicklung .....</b>             | <b>67</b> |
| <i>Strategische Geschäftsfelder .....</i>            | <i>67</i> |
| <i>Rücklösungsvorsorgen .....</i>                    | <i>68</i> |
| <i>Veranlagung .....</i>                             | <i>68</i> |
| <b>Beteiligungsmanagement.....</b>                   | <b>69</b> |
| <i>Beteiligungsstrategie .....</i>                   | <i>69</i> |
| <i>Beteiligungscontrolling .....</i>                 | <i>69</i> |
| <b>Provisionsgeschäfte.....</b>                      | <b>70</b> |
| <i>Dokumentation .....</i>                           | <i>70</i> |
| <i>Leistungsgegenstand .....</i>                     | <i>70</i> |
| <b>Schlussempfehlungen.....</b>                      | <b>72</b> |

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

|                                                                                                |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Prüfungsziel / Nationaler Aktionsplan Donauschifffahrt .....</b>                            | <b>73</b> |
| <b>Budgetäre Restriktionen des Bundes / Zuteilung der Finanzierungstöcke .....</b>             | <b>74</b> |
| <b>Erfolgspremie des Geschäftsführers / Kennzahlen und Erfolgskriterien bei Projekten.....</b> | <b>74</b> |
| <b>Mindestfahrwassertiefe / Unternehmensstrategie der via donau /</b>                          |           |
| <b>Steuerungsrelevante Kernprozesse .....</b>                                                  | <b>75</b> |
| <b>Anpassung des Personalbedarfs / Zusammenlegung der Standorte .....</b>                      | <b>75</b> |
| <b>Potenzial für Kostensenkungen .....</b>                                                     | <b>75</b> |
| <b>Für Dritte abgewickelte Aufgaben; Ausweis im Jahresabschluss .....</b>                      | <b>76</b> |
| <b>Schlussempfehlungen.....</b>                                                                | <b>76</b> |

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

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Prüfungsziel .....</b>                                        | <b>77</b> |
| <b>Programmerstellung 2014 bis 2020 .....</b>                    | <b>77</b> |
| <b>Prämienfestlegung .....</b>                                   | <b>79</b> |
| <b>Evaluierung der Programme .....</b>                           | <b>80</b> |
| <b>EU-Mittel und nationale Kofinanzierung im ÖPUL 2015 .....</b> | <b>81</b> |
| <b>Schlussempfehlungen.....</b>                                  | <b>81</b> |

## **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 Ausgabendämpfungen 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.**



## 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 Steuerbereiche in der Krankenversicherung“ durch. Das Ergebnis dieser Prüfung wurde zeitgleich im Bericht Bund 2016/3 veröffentlicht. (TZ 1)

## 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)

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)





| 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 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                                                |
| <b>Gesamtein-schätzung Steuerungs-möglichkeit Krankenversicherung</b> |                                                                                 | <b>gering</b>                                 | <b>zentrale Steuerungs-aufgabe</b>                                    | <b>zentrale Steuerungs-aufgabe</b>                                 | <b>im Rahmen der Gesundheits-reform tlw. beeinflussbar</b>                      |

Quelle: RH

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)

### 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)

### 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 Vorschaurechnungen: 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 Gebarungsvorschaurechnungen waren für eine inhaltliche Beurteilung der Qualität der Gebarungsvorschaurechnungen nicht geeignet. Diese beiden Umstände erschwerten die Analyse und das inhaltliche Verständnis der Prognoserechnungen. (TZ 13)

### Nutzung in der gesamtsstaatlichen Planung

Das BMF legte bei seinen Planungen andere Berechnungen zugrunde als die Krankenversicherungsträger und setzte nicht die Werte der Gebarungsvorschaurechnungen an. Dies war eine Folge der unterschiedlichen Planungsmaßstäbe und der sich daraus ergebenden systematisch hohen Abweichungen der Gebarungsvorschaurechnungen von den Ist-Werten. So konnte die gesamtsstaatliche Haushaltsplanung auf die detaillierteren Überlegungen der Gebarungsvorschaurechnungen 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 Gebarungsvorschaurechnung 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 Gebärungsvorschaurechnung 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.

## KASSENSANIERUNGSPAKET

### 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)

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 Gebarungsvorschaurechnung), nicht mit den Aufwandssteigerungen der Vorperioden. Ein derartiger Vergleich zeigte für die WGKK ein kritischeres Bild hinsichtlich des Vorliegens einer Ausgabendämpfung als das offizielle Monitoring. (TZ 26)

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)

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 Zielsteuersystem 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)

#### Kenngößen zur Zieldefinition

Trotz der gesetzlichen Vorgabe der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik der Krankenversicherungsträger fehlten Einnahmenwerte in den definierten Kenngößen. Die gesamte Betrachtung bezog sich ausschließlich auf Kenngößen 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 Kenngößen 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)

### 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 einnahmenorientierten 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 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 Strukturnachteile, 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 Strukturausgleichs 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 Beitragseinnahmen 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 |                         |              |                           |                     |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|---------------------------|---------------------|
|                                                       | Ausgabenobergrenze 2016 |              |                           |                     |
| Versicherungsträger                                   | 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)

## 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)

**Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:**

### ***Prognoserechnungen***

#### **BMG und BMASK**

*(1) Die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebarungsvorschaurechnungen 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 Planungsgenauigkeit anzustreben. Leitgedanke sollte nicht sein, im Ergebnis jedenfalls besser zu liegen als in der Prognose, sondern mit der Prognose möglichst realistisch die tatsächliche Entwicklung abzuschätzen. (TZ 8)*

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

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

*(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)*

*(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)*

*(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)*

## **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.**

### **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)

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

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



## ÄRZTLICHE HILFE

### Überblick

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

- aufgrund des hohen Gebarungsvolumens von rd. 3,8 Mrd. EUR bzw. 25 % der Gesamtausgaben;
- aufgrund des Umstandes, dass die Steigerungsraten 2009 bis 2013 nicht auf das im Kassensanierungspaket 2009 angestrebte Niveau (im Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2013: 2,1 %) reduziert werden konnten; sie lagen im Durchschnitt der Jahre 2009 bis 2013 bei 3 %;
- aufgrund der im Benchmarking aufgezeigten Unterschiede zwischen den Trägern — im Jahr 2013 gab die WGKK rd. 88 EUR je Anspruchsberechtigten mehr für ärztliche Hilfe aus als die StGKK, die Aufwendungen der BVA lagen höher als die der WGKK —, die darauf hindeuteten, dass die unterschiedlichen Vorgehensweisen einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen einer nachhaltigen Finanzierung leisteten;
- weil die Ziele der Gesundheitsreform 2012 besonderes Augenmerk auf die Erbringung der Leistungen am best point of service legten und ein wesentlicher Teil der erwarteten Kostendämpfung in diesem Bereich erzielt werden sollte; und
- weil nach den rechtlichen Rahmenbedingungen in wichtigen Bereichen die Krankenversicherungsträger selbst für eine aktive Steuerung verantwortlich waren (z.B. bei der Festlegung der Anzahl der Vertragspartner, bei der Vereinbarung der abrechenbaren 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)
- 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 Allgemeinmediziner 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 Gebarungsüberprüfung nicht umgesetzt. Die Vorgabe einer Orientierung am Regionalen Strukturplan Gesundheit war für sich genommen nicht geeignet, den Krankenversicherungsträgern die umfassende Gestaltung der Angebotsstruktur zu ermöglichen. (TZ 17)

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

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

– Die Stellenpläne wiesen bei beiden Gebietskrankenkassen mehr Stellen aus, als im Regionalen Strukturplan Gesundheit vorgesehen war. Auch die Verteilung der tatsächlichen Stellen auf 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 Synergieabschlägen verzichtet. (TZ 19)

### 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 Ministerrats 2009 weiterhin bestehende Aufsplitterung der Kompetenz zur Verhandlung der Verträge einerseits und zu ihrem Abschluss andererseits führte dazu, dass der verhandelnde Träger weiterhin nicht die Verantwortung zum Vertragsabschluss übernahm. Die angestrebte Stärkung der strategischen Rolle des Hauptverbands war aus dem Verhandlungsgeschehen der überprüften Träger nicht ersichtlich. Erhebliche Unterschiede zwischen den Vertragsabschlüssen der StGKK, der WGKK und der BVA hinsichtlich der Zeitpunkte, Fristigkeiten und Inhalte der Vertragsabschlüsse zeigten, dass keine einheitliche Strategie verfolgt wurde. (TZ 20, 3)

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

Die im Rahmen der Kassensanierung geplanten Anpassungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, die zur Stärkung der Position der Krankenversicherungsträger in den Vertragsverhandlungen führen sollten, wurden nur teilweise umgesetzt. Dies betraf z.B. das Ziel, die Steigerung der Aufwendungen für ärztliche Hilfe unter den Beitragssteigerungen zu halten, aber auch die Möglichkeiten der Krankenversicherungsträger während eines vertragslosen Zustandes. (TZ 21)

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

aufgrund der Zuweisung durch einzelne Ärzte die Leistungen auf die günstigeren Anbieter fokussieren. (TZ 21)

#### Qualitätssicherung

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

– Eine systematische Behandlung von Elementen der Prozess- und Ergebnisqualität erfolgte in der Qualitätsprüfung der Österreichischen Gesellschaft für Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in der Medizin GmbH (ÖQMed) nicht,

– das BMG nutzte die Möglichkeiten zur Vorgabe von Standards bzw. Richtlinien nicht umfassend,

– die Krankenversicherungsträger nutzten die Möglichkeit von Regelungen in den Gesamtverträgen zur Qualitätssicherung im Einzelfall nicht umfassend. Die bisher gesetzten gesetzlichen Maßnahmen beschränkten sich auf: (TZ 22)

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

– die Aufnahme der Kontrolle der Fortbildungsverpflichtungen in die Qualitätssicherung und

– die Vorbereitungsarbeiten für die Verknüpfung pseudonymisierter Daten zwischen dem Spitalsbereich und dem niedergelassenen Bereich. Diese Schritte waren grundsätzlich zweckmäßig. Jedoch sollten darüber hinausgehend eine umfassende, systematische und transparente Messung von Ergebnisqualität, eine Untersuchung von Zusammenhängen dieser Ergebnisse mit Behandlungs- und Diagnoseschritten im niedergelassenen Bereich und die Nutzung von standardisierten Diagnosen und Behandlungsleitlinien oder Behandlungsrichtlinien (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 niedergelassenen 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                               |
| <b>Datenlage</b>                                   | Unterstützung bei standardisierten Diagnosen, Datenaustausch mit Spitälern    | Datenauswertungen (VPA), Nutzung zur Steuerung, mehr Transparenz im Benchmarking, kostenbasierte Tarifikalkulation |
| <b>Angebotsstrukturen</b>                          | Flexibilisierung der Rahmenbedingungen, klare Regelung eines Vorrangs für RSG | Optimierung Stellenpläne, Strategie für Wahlärzte                                                                  |
| <b>Tarifverhandlungen</b>                          | Flexibilisierung rechtlicher Rahmenbedingungen                                | Vereinbarung von Degressionsmodellen                                                                               |
| <b>Qualitätssicherung</b>                          | Stärkung unabhängiger Gremien                                                 | aktive Nutzung bestehender Möglichkeiten                                                                           |
| <b>Patientensteuerung</b>                          | 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 Gebarungsumfangs (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 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)

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

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

Auch eine monetäre Zielvorgabe für die Maßnahmen der Behandlungsökonomie der einzelnen Träger fehlte, die StGKK und die BVA führten keine quantifizierte Bewertung der Erfolge ihrer Maßnahmen durch. Dadurch fehlte die Grundlage für die Entwicklung von Steuerungsmaßnahmen zur Hebung der Ökonomiepotenziale und ein Maßstab für die Messung der erzielten Erfolge. Es blieb letztlich offen, ob die hohe Differenz zwischen dem in der Auswertung des Hauptverbands ausgewiesenen Potenzial (z.B. bei der WGKK rd. 25 Mio. EUR) und den tatsächlich erreichten und finanziell bewerteten Erfolgen (rd. 5 Mio. EUR bei der WGKK) auf eine zu hohe Potenzialschätzung des Hauptverbands, auf noch nicht vollständige Wirksamkeit der Maßnahmen der Träger oder auf noch nicht durch Maßnahmen abgedeckte Bereiche zurückging. (TZ 33)

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

### Patientensteuerung

Eine Einbeziehung der Patienten in die Bemühungen für eine ökonomische Verschreibweise 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 hatten 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 Heilmittel Ausgaben 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.

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 aus Anlass der Gebärungsüberprüfung 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 Heilmittelaufwendungen 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 VERRECHNUNGS-AUFWAND

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.
  - 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 mussten.
- 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 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)



**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)*

*(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)*

### **Hauptverband, StGKK, WGKK, BVA**

*(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)*

*(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)*

*(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 Sonderversicherungsträger 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)*

**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)*

*(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)*

## **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.**

### **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 TRANSPORTARBEITER

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 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-Miteinsatzes. (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)

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/OÖ war aufwändig. Neben dem BMASK und dessen externem Dienstleister wirkten das AMS sowie zwei Projektträger unmittelbar mit. Während die im EGF-Projekt Transportarbeiter NÖ/OÖ 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)

#### **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)*

*(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)*

## **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.**

### **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 Gebarungsüberprüfung (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 reihte 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 Risiko-identifikation und -bewertung einmal jährlich (zur Jahresmitte) 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)

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 Rücklösenfalls, die Rücklösenmodalitäten 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 Münzumlaufs 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 Rücklösenfalls 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)

## BETEILIGUNGSMANAGEMENT

### 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 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)

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 (Provisionsgeschäfte) verwies. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lagen jedoch keine Provisionsvereinbarungen vor. (TZ 37)

**Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH die folgenden Empfehlungen an die Münze Österreich Aktiengesellschaft (Münze) hervor:**

*(1) Die Einbindung von 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)*

*(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)*



## 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“.**

### 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 Donauschiffahrt (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 FINANZIERUNGSTÖPFE

Die via donau setzte die Empfehlung des RH, einen Neuvorschlag der Zuteilung der Finanzierungstöpfe 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,
- 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 Gebarungsüberprüfung 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)

#### MINDESTFAHRWASSERTIEFE

Die via donau setzte die Empfehlung des RH um, durch zielgerichtete Maßnahmen die durchgehende Verfügbarkeit einer Mindest-Fahrwassertiefe 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)

#### UNTERNEHMENSSTRATEGIE 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 erforderlichen 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 ABGEWICKELTE AUFGABEN;  
AUSWEIS IM JAHRESABSCHLUSS**

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)

**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 Finanzierungstöpfe 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)*

*(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)*

## **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.**

### **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)

### **PROGRAMMERSTELLUNG 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 prämiensfähig 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 Flächen, 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)

#### 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 Funktions-trennung 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-Evaluierungs-beirats 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 Evaluierungs-verantwortlichen, den Leistungsumfang und den Zeitplan fest. Anforderungsprofile für die weiteren Evaluierungen des Programms fehlten allerdings ebenso wie schriftliche Leistungs-vereinbarungen 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 Zwischen-bericht 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 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)

#### **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)*

*(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)*

*(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)*