

## **ANFRAGE**

der Abgeordneten Dr. Dagmar Belakowitsch-Jenewein  
und weiterer Abgeordneter  
an die Bundesministerin für Gesundheit  
**betreffend Empfehlungen des Rechnungshofs zur Gebarung der  
Krankenversicherungen REIHE BUND 2016/3**

**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 Ausschreibungsmöglichkeiten 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)

Die unterzeichneten Abgeordneten stellen daher an die Bundesministerin für Gesundheit folgende

**Anfrage**

1. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 01 bis 12 setzen und bis wann?
2. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 01 bis 12 setzen und bis wann?
3. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 13 bis 21 setzen und bis wann?
4. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 13 bis 21 setzen und bis wann?
5. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 22 setzen und bis wann?
6. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 22 setzen und bis wann?
7. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 23 bis 28 setzen und bis wann?
8. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 23 bis 28 setzen und bis wann?
9. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 29 bis 34 setzen und bis wann?
10. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 29 bis 34 setzen und bis wann?
11. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 35 setzen und bis wann?

12. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 35 setzen und bis wann?
13. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 36 bis 41 setzen und bis wann?
14. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 36 bis 41 setzen und bis wann?
15. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 42 bis 48 setzen und bis wann?
16. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 42 bis 48 setzen und bis wann?
17. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 49 setzen und bis wann?
18. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 49 setzen und bis wann?
19. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 50 bis 53 setzen und bis wann?
20. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 50 bis 53 setzen und bis wann?
21. Welche Maßnahmen werden Sie im Ressortbereich zu den RH-Empfehlungen 54 setzen und bis wann?
22. Welche Maßnahmen werden Sie als Aufsichtsbehörde im Sozialversicherungswesen zu den RH-Empfehlungen 54 setzen und bis wann?



The image contains several handwritten signatures and initials in black ink. In the upper left, there is a signature that appears to read 'Eduard Spitzer'. To its right is a signature that looks like 'Müller-Tsch'. Below these, on the left, is a signature that appears to read 'Lindner'. In the center, there is a large, stylized initial 'R'. To the right of the 'R' is a signature that appears to read 'Klaus Tsch'. Below the 'R' and 'Klaus Tsch' signatures, there is another signature that appears to read 'Hofbauer'. At the bottom left, there is a signature that appears to read 'Böhm'.



A large, stylized handwritten mark or signature at the bottom left corner of the page.

