



## Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



III-221 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP

Reihe BUND 2018/64

**R**



**H**

# Bericht des Rechnungshofes

## Vorbemerkungen

### Vorlage

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

### Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäussierung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

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

#### IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof  
1031 Wien,  
Dampfschiffstraße 2  
<http://www.rechnungshof.gv.at>  
Redaktion und Grafik: Rechnungshof  
Herausgegeben: Wien, im November 2018

#### AUSKÜNFTE

Rechnungshof  
Telefon (+43 1) 711 71 – 8876  
Fax (+43 1) 712 94 25  
E-Mail [presse@rechnungshof.gv.at](mailto:presse@rechnungshof.gv.at)  
facebook/RechnungshofAT  
Twitter: @RHSprecher

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



## Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	2
<b>Kurzfassung</b>	3
<b>Kenndaten</b>	6
<b>Prüfungsablauf und –gegenstand</b>	6
<b>Überblick</b>	7
<b>Rechtliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten</b>	9
<b>Gesetzlicher Rabatt und Rahmen–Pharmavertrag</b>	10
<b>Preisregulierungen im Zusammenhang mit dem Erstattungskodex</b>	10
<b>Ausschreibungen im Heilmittelbereich</b>	11
<b>Regelmäßige Evaluierung von Einsparpotenzialen</b>	13
<b>Preisregulierung</b>	14
<b>Behandlungsoökonomie durch die Krankenversicherungsträger</b>	16
<b>Information der Entscheidungsträger</b>	18
<b>Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG</b>	19
<b>Verpflichtende Einführung des IT–Ökotools</b>	21
<b>Patientensteuerung</b>	21
<b>Steuerungsmaßnahmen des Kassensanierungspakets</b>	22
<b>Prüfung aller Hebel einer Kostendämpfung bei Auslaufen des Rahmen–Pharmavertrags</b>	23
<b>Abstimmung mit Spitätern</b>	24
<b>Schlussempfehlungen</b>	27

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BIG	Business Intelligence Gesundheit
BMG	Bundesministeriengesetz 1986 i.d.F. BGBl. I Nr. 164/2017
bspw.	beispielsweise
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz, BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EU	Europäische Union
EUR	Euro
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
Mio.	Millionen
Nr.	Nummer
rd.	rund
RH	Rechnungshof
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



## Wirkungsbereich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und  
Konsumentenschutz

## Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung; Follow-up–Überprüfung

## Kurzfassung

Der RH prüfte im Februar und März 2018 beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (**Ministerium**), beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**), bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (**StGKK**) und der Wiener Gebietskrankenkasse (**WGKK**) die Umsetzung von Empfehlungen aus der Prüfung „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3) mit dem Schwerpunkt Heilmittel. Der RH stellte fest, dass

- das Ministerium von sieben überprüften Empfehlungen des Vorberichts vier umsetzte, eine teilweise und zwei nicht umsetzte,
- der Hauptverband von zwölf überprüften Empfehlungen des Vorberichts sieben umsetzte, drei teilweise und zwei nicht umsetzte,
- die StGKK von neun überprüften Empfehlungen des Vorberichts sechs umsetzte und drei teilweise umsetzte und
- die WGKK von acht überprüften Empfehlungen des Vorberichts fünf umsetzte und drei teilweise umsetzte. (**TZ 1, TZ 19**)

Der Hauptverband erstellte ein Konzept für eine vergleichende Analyse der Preis- und Mengenentwicklung von Heilmitteln und richtete ein Benchmarking ein. Im Rahmen dieses Benchmarkings stellte er alle zwei Monate das Kostenreduktionspotenzial im Trägervergleich zur Verfügung. Monetäre Gesamtziele für die Heilmittelökonomie der StGKK und der WGKK fehlten jedoch. (**TZ 2, TZ 8, TZ 10, TZ 11**)

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



Der Hauptverband, die StGKK und die WGKK setzten – wie vom RH empfohlen – die trägerübergreifende Kooperation im Heilmittelbereich fort. In der Arbeitsgruppe Medikamente erarbeiteten sie verschiedene gemeinsame Positionen. Im Rahmen der zwischenstaatlichen „BeNe–LuxA“ Initiative vereinbarten Belgien, Niederlande, Luxemburg und Österreich, gemeinsam Herausforderungen der Gesundheitssysteme zu bewältigen. Vor allem geht es dabei um die Finanzierbarkeit von Arzneimitteln, die Preistransparenz und die Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie. ([TZ 3](#))

Der vom Hauptverband ausverhandelte „Rahmen–Pharmavertrag 2018“ enthielt nicht mehr – wie der vorherige Vertrag – eine Einschränkung des gesetzgeberischen Spielraums, also keinen Verzicht auf Anpassung von rechtlichen Rahmenbedingungen, die zu Lasten der pharmazeutischen Industrie wirken. ([TZ 4](#))

Das Ministerium änderte 2017 die „Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission für die Ermittlung des EU–Durchschnittspreises“. Damit ist die Berechnung des EU–Durchschnittspreises als Voraussetzung einer Preisregulierung klargestellt. Mit der ASVG–Novelle 2017 regelte der Gesetzgeber eine Preisobergrenze für bestimmte Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex. ([TZ 5](#), [TZ 9](#))

Nicht umgesetzt hat das Ministerium bzw. der Hauptverband die RH–Empfehlung, die rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausschreibe–Möglichkeiten im Heilmittelbereich klarzustellen und diese aktiv zu nutzen. Der Hauptverband sah weiterhin rechtliche Unklarheiten und Hindernisse bei der Durchführung von Ausschreibungen und hatte daher keine durchgeführt. Der Bundes–Zielsteuerungsvertrag Gesundheit aus dem Jahr 2017 sah jedoch die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen sektoren– und EU–mitgliedstaatenübergreifenden Einkaufs vor. Dazu war ausdrücklich angemerkt, dass die notwendigen bundesgesetzlichen Bestimmungen – insbesondere das Vergabewesen und das Sozialversicherungsrecht betreffend – noch zu schaffen seien. ([TZ 6](#), [TZ 7](#), [TZ 18](#))

Das Ministerium erteilte nicht – wie vom RH empfohlen – eine Weisung zur Erlassung der Richtlinie über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots. Mangels Einvernehmens mit der Österreichischen Ärztekammer und mangels Weisung des Ministeriums fehlte auch die Richtlinie selbst. ([TZ 12](#), [TZ 13](#))

Die StGKK und die WGKK erstellten Informationen an Patientinnen und Patienten und bezogen diese somit in die Heilmittelökonomie ein. Direkte finanzielle Anreize für die Patientinnen und Patienten bestanden nicht. Stattdessen waren Wirkstoffverschreibungen oder Generikasubstitution langjährige Forderungen der Sozialversicherung. ([TZ 8](#), [TZ 15](#))

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



Der RH stellte in seiner Follow-up-Überprüfung jedoch fest, dass sich trotz der Bemühungen des Ministeriums und der Sozialversicherungsträger die Ausgaben für Heilmittel in den Jahren 2014 bis 2016 um jährlich rd. 4,1 % erhöhten, nachdem sie in den Jahren 2009 bis 2013 jährlich nur um rd. 1,4 % gestiegen waren. Der Anteil der Ausgaben für hochpreisige Heilmittel und für Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex an den Gesamtausgaben für Heilmittel nahm weiter zu. ([TZ 2](#), [TZ 9](#))

## Empfehlungen

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

- Die Ursachenanalyse zur Entwicklung der Preise und Mengen im Heilmittelbereich im Hinblick auf die Steuerung und die Festlegung von Maßnahmen wäre weiter zu verbessern.
- Es sollten ein besonderer Schwerpunkt auf den Bereich hochpreisiger Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex gelegt und dort weitere Maßnahmen gesetzt werden.
- Die Verantwortung für die gemäß BIG Benchmarking realisierbaren Einsparpotenziale durch die Verwendung günstiger Heilmittel zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband wäre klar zuzuordnen; dazu wären konkrete Ziele zu setzen und deren Umsetzung regelmäßig zu überprüfen.
- Das Ministerium sollte bundesgesetzliche Rahmenbedingungen für den geplanten gemeinsamen sektoren- und EU-mitgliedstaatenübergreifenden Einkauf von Arzneimitteln schaffen. ([TZ 19](#))

# Bericht des Rechnungshofes



Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung

## Kenndaten

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung					
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBI. Nr. 189/1955 i.d.g.F.				
Heilmittelausgaben der Krankenversicherungsträger					
	2014	2015	2016	2017 <sup>1</sup>	Veränderung 2017 zu 2014
in Mio. EUR					in %
<b>Summe</b>	<b>3.193,68</b>	<b>3.354,67</b>	<b>3.439,00</b>	<b>3.568,89</b>	<b>12</b>
<i>davon</i>					
<i>Steiermärkische Gebietskrankenkasse</i>	330,79	345,04	354,69	368,52	11
<i>Wiener Gebietskrankenkasse</i>	633,68	665,01	679,81	705,63	11

<sup>1</sup> Vorläufige Erfolgsrechnung 2017 (Erstellungsmonat: Februar 2018)

Quelle: Hauptverband

## Prüfungsablauf und –gegenstand

1

(1) Der RH überprüfte im Februar und März 2018 beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**), bei der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (**StGKK**) und der Wiener Gebietskrankenkasse (**WGKK**) die Umsetzung ausgewählter Empfehlungen, die er im Zuge einer vorangegangenen Gebarungsüberprüfung zum Thema „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ abgegeben hatte. Der in der Reihe Bund 2016/3 veröffentlichte Bericht wird in der Folge als Vorbericht bezeichnet.

Zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen hatte der RH im Jahr 2017 den Umsetzungsstand seiner Empfehlungen bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens findet sich im Internet unter <http://www.rechnungshof.gv.at/berichte/nachfrageverfahren>.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2016 und 2017.

(2) Die Angelegenheiten der Gesundheit waren bis 30. Juni 2016 im Bundesministerium für Gesundheit und vom 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG-Novelle 2017<sup>1</sup> ressortieren diese Angelegenheiten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, das auch Adressat der Emp-

<sup>1</sup> BGBI. I Nr. 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



fehlungen des RH ist. Der RH verwendet für alle drei Ressorts die Bezeichnung **Ministerium**.

(3) Zu dem im Juni 2018 übermittelten Prüfungsergebnis gaben das Ministerium im August 2018, der Hauptverband, die StGKK und die WGKK im September 2018 eine Stellungnahme ab. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im November 2018.

## Überblick

### 2.1

(1) Der RH hatte dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 26) empfohlen, eine genauere Analyse der Preis- und Mengenentwicklung im Heilmittelbereich sowie der Unterschiede in der Entwicklung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern durchzuführen und diese Analyse in die Gespräche über das Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG einzubringen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Hauptverband mitgeteilt, er habe nach Veröffentlichung des Vorberichts sämtliche Themen mit Heilmittelbezug evaluiert. Im Zuge dessen seien ein Maßnahmenkatalog erstellt und eine Untergruppe zur Analyse der unterschiedlichen Entwicklung der Preis- und Mengenentwicklung der Träger geschaffen worden. Diese habe ein entsprechendes Konzept erarbeitet („BIG Benchmarking II“).

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband ein Konzept für eine vergleichende Analyse der Preis- und Mengenentwicklung von Heilmitteln erstellte und ein Benchmarking einrichtete. Im Rahmen dieses Benchmarkings stellte der Hauptverband den Krankenversicherungsträgern alle zwei Monate das Kostenreduktionspotenzial im Trägervergleich zur Verfügung. Weitere Informationen zur Inanspruchnahme sowie zur Verordnungspraxis und Ausgabenstruktur waren zur Zeit der Follow-up-Überprüfung Inhalt eines Pilotprojekts. Die Balanced Scorecard nach § 441e ASVG enthielt Zielwerte zum Heilmittelbereich.

Der RH stellte jedoch auch fest, dass in den Jahren 2014 bis 2016 die Steigerungsrate für die Ausgaben für Heilmittel jährlich rd. 4,1 % betrug, nachdem sie in den Jahren 2009 bis 2013 jährlich nur rd. 1,4 % betragen hatte.<sup>2</sup> Auffällig war insbesondere, dass die Anzahl der Verordnungen 2013 bis 2016 um insgesamt rd. 3,2 % zurückging.<sup>3</sup> Die Steigerung der Ausgaben je Verordnung war mit rd. 16 % in diesem Zeitraum die stärkste seit 2004.

<sup>2</sup> Quelle: Hauptverband, Leistungsstatistik; Berechnung anhand des geometrischen Mittels

<sup>3</sup> Die Aufschlüsselung nach der Anzahl der Verordnungen war für das Jahr 2017 zur Zeit der Geburgsüberprüfung noch nicht verfügbar.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



Eine gesamthafte Erklärung für die unterschiedliche Entwicklung der Heilmittelausgaben konnten – wie bereits im Vorbericht kritisiert – weder die überprüften Träger noch der Hauptverband oder das Ministerium vorlegen. Es war nicht klar, ob die Veränderungen auf unterschiedliche Packungsgrößen, demographische Faktoren, therapeutische Verbesserungen oder Preisstrategien der pharmazeutischen Industrie zurückgingen.

## 2.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als teilweise umgesetzt, weil der Hauptverband ein Analysekonzept im Heilmittelbereich entwickelte und als Pilotprojekt umsetzte sowie alle zwei Monate Benchmarking–Analysen an die Krankenversicherungsträger übermittelte und entsprechende Ziele in das Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG aufnahm.

Der RH wies jedoch darauf hin, dass die Ausgaben je Heilmittelverordnung im Zeitraum 2013 bis 2016 stark gestiegen waren und eine gesamthafte Erklärung dazu fehlte. Insbesondere war nicht klar, ob die Veränderungen auf wenig beeinflussbare demographische Faktoren, positive therapeutische Weiterentwicklungen oder Maßnahmen der Preisgestaltung seitens der pharmazeutischen Industrie zurückzuführen waren.

**Er verwies auf seine Empfehlung zu TZ 9 und empfahl dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, die Ursachenanalyse zur Entwicklung der Preise und Mengen im Heilmittelbereich im Hinblick auf die Steuerung und die Festlegung von Maßnahmen weiter zu verbessern.**

## 2.3

(1) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass im Oktober 2018 ein neues Tool zur Analyse von unterschiedlichen Entwicklungen der Heilmittelausgaben im Rahmen eines Workshops mit Vertreterinnen und Vertretern aller Krankenversicherungsträger vorgestellt werde. In weiterer Folge werde er daraus resultierende Analysen vierteljährlich an die Krankenversicherungsträger ausschicken. Im darauffolgenden Jahr sei eine Evaluierung vorgesehen. Eine „gesamthafte Erklärung“ für die Gründe der bisherigen Ausgabensteigerungen könne der Hauptverband aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren noch nicht stichhaltig darlegen. Dennoch werde er gemeinsam mit den Krankenversicherungsträgern weiterhin die Benchmarking–Analysen fortführen und entsprechende Maßnahmen und Ziele verfolgen. Insofern werde er die Empfehlung des RH beachten und in weiterer Folge umsetzen.

(2) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie der Empfehlung entspreche. Die zuständige Fachabteilung der WGKK behalte kritische Entwicklungen am Medikamentenmarkt vorausschauend und rückblickend im Auge. Sie beobachte neue auf den Markt gelangende Wirkstoffe, die für die WGKK ökonomisch bzw. für

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



die Behandlungsqualität wichtig seien. Diese Informationen würden u.a. einer rechtzeitigen strategischen Positionierung insbesondere für Verhandlungen im Hauptverband dienen. In der Vergangenheit hätten die intensiven Bemühungen der WGKK z.B. dazu beigetragen, dass bei bestimmten Heilmitteln eine Einschränkung des Einsatzgebiets und Preisreduktionen erreicht worden seien.

Daneben führe die WGKK ein laufendes, retrospektives Monitoring kritischer Entwicklungen durch. Aus den daraus gewonnenen Erkenntnissen würde sie geeignete Handlungsoptionen ableiten wie bspw. die Planung von Offensiven, gezielte pharmaunabhängige Beratung und Fortbildung oder Setzung von Maßnahmen für einen restriktiven Einsatz bzw. kontrollierten Zugang.

## 2.4

Der RH wies gegenüber dem Hauptverband und der WGKK darauf hin, dass trotz der erläuterten Einzelanalysen die für das weitere Vorgehen entscheidende Ursachenanalyse für die Gesamtentwicklung der Heilmittelausgaben offen blieb. Er erkannte die Bemühungen des Hauptverbands und der WGKK zum besseren Verständnis der Heilmittelentwicklungen und sah deren Nutzung für eine Erklärung der gesamthaften Entwicklung der Heilmittelausgaben entgegen.

## Rechtliche Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten

### 3.1

(1) Der RH hatte dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 27) empfohlen, die Koordination im Heilmittelbereich weiterzuführen und verstärkt auch gemeinsame Positionen zu Anforderungen an das Ministerium (z.B. Preisregulierung) bzw. zu internationalen Aspekten (z.B. gemeinsamer Einkauf) zu entwickeln.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Hauptverband mitgeteilt, zur Koordination im Heilmittelbereich würden vierteljährlich Sitzungen der Arbeitsgruppe Medikamente stattfinden. Als gemeinsame Position habe die Sozialversicherung z.B. die gesetzliche Umsetzung der Wirkstoffverschreibung gefordert. Der Hauptverband beteilige sich seit dem Jahr 2016 an einer zwischenstaatlichen Zusammenarbeit im Arzneimittelbereich („BeNe–LuxA“ Initiative).

Die StGKK und die WGKK hatten im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Koordination des Heilmittelbereichs dem Hauptverband obliege. Sie würden diesen dabei unterstützen und sich in den entsprechenden Arbeitsgruppen einbringen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Sozialversicherungsträger im Rahmen der Arbeitsgruppe Medikamente die Kooperation im Heilmittelbereich weiterführten und verschiedene gemeinsame Positionen erarbeiteten. Bei der „BeNe–LuxA“ Initi-

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



ative handelte es sich um eine freiwillige Vereinbarung zwischen Belgien, Niederlande, Luxemburg und Österreich mit dem Ziel, gemeinsam Herausforderungen der nationalen Gesundheitssysteme – wie die Finanzierbarkeit von Arzneimitteln, die Preistransparenz und Verhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie – zu bewältigen und den Informationsaustausch untereinander zu fördern.

- 3.2** Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt, weil eine vom Hauptverband geführte Arbeitsgruppe zur Koordination des Heilmittelbereichs bereits einige gemeinsame Positionen entwickelte, woran die StGKK und die WGKK teilnahmen.

## Gesetzlicher Rabatt und Rahmen–Pharmavertrag

- 4.1** (1) Der RH hatte dem Ministerium und dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 28) empfohlen, bei Auslaufen des Rahmen–Pharmavertrags Ende 2015 auch bei vertraglichen Maßnahmen die Autonomie des Gesetzgebers und die Möglichkeit, Ökonomiepotenziale zu nutzen, nicht einzuschränken.
- (2) Im Nachfrageverfahren hatten das Ministerium und der Hauptverband mitgeteilt, dass die vom RH kritisierte Einschränkung des Spielraums des Gesetzgebers im damaligen Rahmen–Pharmavertrag im für den Zeitraum 2016 bis 2018 gelgenden „Rahmen–Pharmavertrag 2018“ nicht mehr enthalten sei.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die festgelegte Einschränkung des gesetzgeberischen Spielraums im „Rahmen–Pharmavertrag 2018“ nicht mehr enthalten war.
- 4.2** Der RH beurteilte seine Empfehlung daher als umgesetzt.

## Preisregulierungen im Zusammenhang mit dem Erstattungskodex

- 5.1** (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, auf die sorgfältige und korrekte Berechnung des EU–Durchschnittspreises von Arzneimitteln in der Preiskommission zu achten.
- (2) Im Nachfrageverfahren hatte das Ministerium mitgeteilt, dass die Berechnung in der „Regelung für die Vorgehensweise der Preiskommission für die Ermittlung des EU–Durchschnittspreises gemäß § 351c Abs. 6 ASVG“ festgelegt sei. Diese sei 2017 geändert worden. Ein EU–Durchschnittspreis könne seither ermittelt werden, wenn die Fabriks– bzw. Depotabgabepreise in mindestens zwei Mitgliedstaaten der EU, ausgenommen Österreich, bekannt seien.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Ministerium die Berechnung des EU-Durchschnittspreises klargestellt und vereinfacht hatte. Seit der Neuregelung bestanden somit keine Auffassungsunterschiede mehr zwischen dem Hauptverband und dem Ministerium.

## 5.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt.

## Ausschreibungen im Heilmittelbereich

### 6.1

(1) Der RH hatte dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, die Möglichkeiten zur Ausschreibung von Heilmitteln aktiv zu nutzen.

(2) In seiner Stellungnahme hatte der Hauptverband die Empfehlung des RH zur Kenntnis genommen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband im Heilmittelbereich keine Ausschreibungen vornahm, da er weiterhin erhebliche rechtliche Hindernisse sah. Laut Hauptverband sei die Formulierung unklar (so sei teilweise die Heilmittelbewilligungskommission befugt, dem Hauptverband Ausschreibungen zu empfehlen, dieser aber nicht zur Durchführung ermächtigt). Außerdem seien das System des Erstattungskodex und das Alleinstellungsprinzip bei Zuschlagserteilung im Falle einer Ausschreibung nicht kompatibel.

### 6.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als nicht umgesetzt, weil der Hauptverband seit dem Vorbericht keine Ausschreibungen durchführte. Zur weiteren Vorgehensweise verwies der RH auf **TZ 7**.

### 6.3

Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit<sup>4</sup> festgelegt habe, dass ein gemeinsamer sektoren– und bundesländer– sowie EU–mitgliedstaatenübergreifender Einkauf von Medikamenten einschließlich Finanzierungslösungen zu entwickeln sei (Art. 14 Abs. 3). Die dazu erforderliche Schaffung der notwendigen gesetzlichen Bestimmungen und die Ermöglichung von Ausschreibungen mittels vergaberechtlicher Grundlagen sehe der Hauptverband als Aufgabe des Gesetzgebers. Er werde im Rahmen seiner Möglichkeiten das Seine dazu beitragen.

Der Hauptverband wies außerdem auf die erheblichen Hindernisse bei Ausschreibungen im Heilmittelbereich hin. Solche Hindernisse seien zuallererst die Dominanz weltumspannender Hersteller, für deren Produkte es nicht immer einen Anbietermarkt gebe.

<sup>4</sup> BGBl. I Nr. 97/2017

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



## 7.1

- (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, eine Klarstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausschreibe–Möglichkeiten im Heilmittelbereich vorzunehmen.
- (2) Im Nachfrageverfahren hatte das Ministerium mitgeteilt, dass die Ausschreibe–Möglichkeit des Hauptverbands weiterhin unverändert vorgesehen sei (§ 351c Abs. 10 Z 5 ASVG). Es habe keinen Bedarf für eine Klarstellung erkannt.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass eine gesetzliche Änderung im Hinblick auf die im Vorbericht festgestellten Bedenken des Hauptverbands zu den Ausschreibe–Möglichkeiten im Heilmittelbereich unterblieben war. Die Bestimmung galt unverändert weiter. Der Hauptverband sah weiterhin rechtliche Unklarheiten bzw. Hindernisse bei der Durchführung von Ausschreibungen und hatte daher keine durchgeführt (TZ 6).

Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit sah jedoch die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen sektoren– und EU–mitgliedstaatenübergreifenden Einkaufs vor. Dazu war ausdrücklich angemerkt, dass die notwendigen bundesgesetzlichen Bestimmungen – insbesondere das Ver gabewesen und das Sozialversicherungsrecht betreffend – noch zu schaffen seien.

## 7.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als nicht umgesetzt, weil eine rechtliche Klarstellung der Ausschreibe–Möglichkeiten weiterhin offen war.

**Der RH empfahl dem Ministerium, die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen im Sinne des Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit zeitnah zu schaffen.**

## 7.3

Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Gremien der Zielsteuerung–Gesundheit die Thematik „Gemeinsamer Medikamenteneinkauf“ derzeit intensiv diskutieren und mögliche Vorgehensweisen beraten würden. Nach Vorliegen von Ergebnissen und bei entsprechendem Einvernehmen mit den zuständigen Gremien sowohl auf Bundes– als auch auf Länderebene würden – falls erforderlich – die dafür notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen so rasch wie möglich geschaffen werden. Die Entwicklung und Umsetzung eines gemeinsamen sektoren– und EU–mitgliedstaatenübergreifenden Einkaufs seien außerdem Thema in der Fachgruppe Versorgungsprozesse.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



## Regelmäßige Evaluierung von Einsparpotenzialen

### 8.1

- (1) Der RH hatte dem Ministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, 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<sup>5</sup> – zu substanziellem ökonomischen Verbesserungen führen würden.
- (2) Im Nachfrageverfahren hatte das Ministerium mitgeteilt, dass eine Adaptierung der rechtlichen Rahmenbedingungen zur besseren Sicherstellung der Heilmittelökonomie durch die Änderung des ASVG mit BGBl. I Nr. 49/2017 erfolgt sei.

Der Hauptverband hatte im Nachfrageverfahren auf das neu entwickelte Benchmarking–Instrument (TZ 2) verwiesen und mitgeteilt, dass Wirkstoffverschreibung und Generikasubstitution langjährige politisch bedeutsame Forderungen der Sozialversicherung seien.

Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie die Einsparungsmöglichkeiten sowohl mittels trägerinterner Datenauswertungen als auch im Rahmen des regelmäßig vom Hauptverband zur Verfügung gestellten BIG Benchmarking evaluiere.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie sich laufend für die Weiterentwicklung des Heilmittelsystems einsetze. Der Hauptverband würde regelmäßig eine Information übermitteln, aus der die WGKK geeignete Handlungsoptionen ableite; z.B. Planung von Offensiven, Generikainformation an die Vertragspartner.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband alle zwei Monate Einsparungsmöglichkeiten mittels eines neu entwickelten Benchmarking–Instruments evaluierte. Basierend auf diesen Ergebnissen entwickelte der Hauptverband Positionen über grundsätzliche Regelungen, wie z.B. Wirkstoffverschreibung und Generikasubstitution. Im Zuge entsprechender Verhandlungen bewertete er die Folgen verschiedener rechtlicher Maßnahmen auch finanziell.

Durch eine ASVG–Novelle im Jahr 2017 führte der Gesetzgeber in bestimmten Fällen ein „Preisband“ ein, d.h. innerhalb einer Wirkstoffgruppe durften die Preisunterschiede der einzelnen Heilmittel 30 % nicht übersteigen (§ 351c Abs. 11 ASVG). Daraus resultierten eine Annäherung der Preise und in der Folge eine Verringerung

<sup>5</sup> Aut–idem–Regelung: Als medizinisch/pharmazeutischer Fachausdruck wird damit die Möglichkeit der Apothekerin bzw. des Apothekers beschrieben, anstatt des ärztlich verordneten Arzneimittels ein Generikum, also ein wirkstoffgleiches, aber preisgünstigeres Präparat an die Patientin bzw. den Patienten abzugeben.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



des im Rahmen des Benchmarking ermittelten Einsparpotenzials durch eine ökonomischere Medikamentenverschreibweise.

- 8.2** Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt, weil der Hauptverband alle zwei Monate die Einsparungsmöglichkeiten im Heilmittelbereich evaluierte und Positionen über grundsätzliche Regelungen entwickelte.

## Preisregulierung

- 9.1** (1) Der RH hatte dem Ministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 31) empfohlen, eine Strategie für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu Möglichkeiten der Preisregulierung zu definieren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatten das Ministerium und der Hauptverband mitgeteilt, dass der Zielsteuerungsvertrag für die Jahre 2017 bis 2021 zu dieser Thematik ein eigenes operatives Ziel (Medikamentenversorgung sektorenübergreifend gemeinsam optimieren) mit entsprechenden Maßnahmen enthalte und eine ASVG-Novelle 2017 zu einer entsprechenden Gesetzesänderung geführt habe. Der Hauptverband hatte dazu auf seine Vorbereitung für die Evaluierung der Themen auf Basis des Vorberichts des RH hingewiesen (**TZ 2**).

Die StGKK und die WGKK hatten im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie den Hauptverband in der Arbeitsgruppe Medikamente unterstützt hätten und sich für die Entwicklung von Lösungsansätzen bei hochpreisigen Heilmitteln und Heilmitteln außerhalb des Erstattungskodex eingesetzt hätten.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband auf Grundlage des Vorberichts des RH eine Arbeitsgruppe einsetzte und einen Maßnahmenkatalog beschloss, der in eine vom Ministerium vorbereitete Novelle des ASVG und in die neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit einfloss. Gemäß § 351c Abs. 9a ASVG darf der Preis eines Heilmittels, sofern dafür in den vorangegangenen zwölf Monaten ein Umsatz über 750.000 EUR erzielt wurde, den EU–Durchschnittspreis nicht überschreiten. Die neue Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit legte weiters fest, dass ein gemeinsamer sektoren– und EU–mitgliedstaatenübergreifender Einkauf von Medikamenten zu entwickeln und für definierte hochpreisige Medikamente gemeinsame Versorgungsmodelle sowie sektorenübergreifende Finanzierungskonzepte umzusetzen seien. Ein wechselseitiger sektorenübergreifender Datenaustausch über Mengen und Kosten der verordneten Medikamente sei sicherzustellen.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



Der Hauptverband merkte dazu an, dass langfristig ergänzende Maßnahmen (z.B. Transparenz über die tatsächlichen Entwicklungs- und Produktionskosten) erforderlich seien, um volkswirtschaftlich gerechtfertigte Preise sicherzustellen. Dafür sei eine internationale Zusammenarbeit erforderlich.

Der RH stellte weiters fest, dass die StGKK und die WGKK für einzelne Heilmittel im hochpreisigen Segment individuelle Maßnahmen setzten, um die Verschreibung im Einzelfall ökonomisch zu gestalten.

Allerdings nahm der bereits im Prüfungszeitraum des Vorberichts gestiegene Anteil der Ausgaben für hochpreisige Heilmittel und für Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex an den Gesamtausgaben der Krankenversicherungsträger für Heilmittel weiter zu.

## 9.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt, weil der Hauptverband als Folge des Vorberichts des RH einen Maßnahmenkatalog entwickelte und das Ministerium eine entsprechende Gesetzesnovelle vorbereitete, wonach in den maßgeblichen Fällen der EU-Durchschnittspreis nicht mehr überschritten werden durfte.

Der RH wies jedoch auch darauf hin, dass der bereits im Prüfungszeitraum des Vorberichts gestiegene Anteil der Ausgaben für hochpreisige Heilmittel und für Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex an den Gesamtausgaben der Krankenversicherungsträger für Heilmittel weiter zunahm.

**Er verwies dazu auf TZ 17 und empfahl dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, weiter einen besonderen Schwerpunkt auf den Bereich hochpreisiger Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu legen und dort weitere Maßnahmen zu setzen.**

## 9.3

(1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme auf die derzeitige Umsetzung des Medikamentenpakets (BGBl. I Nr. 49/2017), das mit § 351c Abs. 9a ASVG den EU-Durchschnittspreis als Preisgrenze für umsatzstarke Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex festlege. Nach der Evaluierung der dadurch erzielten Auswirkungen sei die Medikamentenstrategie entsprechend zu adaptieren.

(2) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie der Empfehlung entspreche. Sie setze sich laufend für die Entwicklung von Lösungsansätzen für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex ein und unterstütze den Hauptverband. Sie zeige – wie bereits in ihrer Stellungnahme zu TZ 2 erläutert – u.a. frühzeitig kritische Entwicklungen auf, führe gezielte pharmaunabhängige Beratung und Fortbildung durch und setze Maßnahmen für einen restriktiven Einsatz bzw. kontrollierten Zugang zu hochpreisigen Medikamenten.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



## Behandlungsökonomie durch die Krankenversicherungsträger

### 10.1

(1) Der RH hatte der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 33, 37) empfohlen, für jedes Jahr monetäre Ziele für die Maßnahmen der Heilmittelökonomie zu setzen und die Zielerreichung bzw. –vorgabe zu evaluieren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte die StGKK mitgeteilt, dass eine Evaluation der Finanzen im Heilmittelsektor mit Prognosen zur Kostenentwicklung mehrmals jährlich erfolge. Dabei würden jeweils neue Entwicklungen miteinbezogen. Die Umsetzung der strategischen Ziele werde mittels verschiedener Maßnahmen (z.B. medizinisch–ökonomische Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten, monatliche Newsletter) forciert. Eine monetäre Bewertung der Maßnahmen würde mittels Analysen der Verordnungen bzw. Kosten nach Umsetzung vorgenommen.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Empfehlung teilweise umgesetzt sei. Um das Finanzziel „Heilmittel auf Trägerseite“ zu erreichen, sei das Zusammenwirken aller Abteilungen nötig. Das Herunterbrechen auf Abteilungsebene führe lediglich zu einer Erhöhung der Komplexität und zu einer Verringerung der Beeinflussbarkeit der Ziele. Die Abteilung Heilmittelökonomie der WGKK führe viele heilmittelökonomische Interventionen und ein Maßnahmencontrolling durch.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband alle zwei Monate Werte für ein Einsparpotenzial ermittelte und den Krankenversicherungsträgern zur Kenntnis brachte (TZ 2). Diese Informationen nutzten die Krankenversicherungsträger zur Auswahl von Maßnahmen der Heilmittelökonomie. Diese Maßnahmen erfolgten teilweise mit spezifischen monetären Zielen bzw. einer nachträglichen Bewertung. Eine gesamthafte monetäre Zielsetzung erfolgte auf dieser Basis jedoch nicht. Aus Sicht der StGKK und der WGKK war dafür die Beeinflussbarkeit zu gering bzw. die Dynamik der Entwicklung zu hoch. Stattdessen setzten sich die StGKK und die WGKK Ziele für die Gesamtausgaben im Heilmittelbereich im Sinne der Finanzzielsteuerung (d.h. unabhängig von den konkret bestehenden Einsparpotenzialen im Sinne der Heilmittelökonomie).

### 10.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als teilweise umgesetzt, weil die StGKK und die WGKK zwar einzelne Maßnahmen finanziell bewerteten, jedoch keine jährlichen monetären Gesamtziele für die Heilmittelökonomie setzten.

Im Hinblick auf die von der StGKK und der WGKK vertretene beschränkte Beeinflussung der Heilmittelausgaben und der Dynamik ihrer Entwicklung wies der RH darauf hin, dass die Nutzung teurerer, wirkstoffgleicher Heilmittel nicht zweckmäßig war und durch gesetzliche Regelungen (z.B. Aut–idem–Regelung) eingeschränkt werden könnte.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



Eine Klarstellung, welcher Teil der ausgewiesenen Einsparpotenziale durch den Verzicht auf derartige gesetzliche Regelungen trotz erfolgter Maßnahmen der Heilmittelökonomie nicht erreicht werden kann, war nach Ansicht des RH für die Weiterentwicklung der Rechtsgrundlagen und die Verhandlung des Hauptverbands mit der pharmazeutischen Industrie wesentlich.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, die Verantwortung für die gemäß BIG Benchmarking realisierbaren Einsparpotenziale durch Verwendung günstiger Heilmittel zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband klar zuzuordnen, dazu konkrete Ziele zu setzen und deren Umsetzung regelmäßig zu überprüfen.

## 10.3

(1) Der Hauptverband verwies auf seine Stellungnahme zu **TZ 2**.

(2) Die StGKK folge gemäß ihrer Stellungnahme den Empfehlungen des RH und nehme jährlich monetäre Ziele inklusive deren Evaluierung für Heilmaßnahmen in der Heilmittelökonomie auf.

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie dieser Empfehlung teilweise entspreche. Außerdem sei in der Balanced Scorecard der Sozialversicherung nunmehr eine „Konzepterstellung betreffend zusätzlicher Anreize für die Verschreibung von Generika“ enthalten. Konkrete Einsparungen auf der Ebene einzelner Maßnahmen seien jedoch aufgrund der Rahmenbedingungen und externer Einflussfaktoren ex ante nicht ausreichend bestimmbar, womit die Beeinflussung von Zielen nicht im ausreichenden Maße möglich sei. Wichtig seien vielmehr Aktivitäten (sogenannte Treibergrößen), um das übergeordnete Ziel zu erreichen. Dazu setze die WGKK eine Vielzahl heilmittelökonomischer Interventionen, referenziere auch Einsparungsmöglichkeiten und führe ein Maßnahmencontrolling durch. Sie verwende dazu die vom Hauptverband übermittelte Information BIG Benchmarking und leite daraus geeignete Handlungsoptionen ab.

## 10.4

Der RH erkannte die Bemühungen der StGKK und der WGKK zur Realisierung der von BIG Benchmarking aufgezeigten Einsparungsmöglichkeiten. Er wies jedoch gegenüber der WGKK neuerlich darauf hin, dass ohne ein gesamthaftes Ziel auf Trägerebene unklar blieb, welcher Teil des ausgewiesenen Einsparpotenzials in der konkreten Verantwortung des einzelnen Trägers bzw. der Verantwortung des Hauptverbands (z.B. im Rahmen der Verhandlungen zum Rahmen-Pharmavertrag) lag. Dies erschwerte die tatsächliche Realisierung des Einsparpotenzials.

# Bericht des Rechnungshofes



Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung

## Information der Entscheidungsträger

### 11.1

(1) Der RH hatte dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 33) empfohlen, bei Abweichungen von den Vorgaben der trägerübergreifenden Steuerung im Heilmittelbereich die Entscheidungsträger umfassend zu informieren.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Hauptverband mitgeteilt, dass er ein neues Analyse–Tool entwickelt habe, um Steuerungsmöglichkeiten der einzelnen Krankenversicherungsträger für den Heilmittelbereich treffsicherer und wirksam auszustalten („BIG Benchmarking II“) (TZ 2).

Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Vorgaben der trägerübergreifenden Steuerung in den Balanced Scorecard– Zielen umgesetzt würden. Die zeitnahe und umfassende Kommunikation mit den Entscheidungsträgern sei ihr ein Anliegen. Die Finanzziele, die Balanced Scorecard–Ziele sowie das entsprechende Monitoring würden regelmäßig an den Hauptverband übermittelt.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass es sich hierbei um ein trägerübergreifendes Thema handle und sie die Zuständigkeit dafür beim Hauptverband sehe.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass in der Balanced Scorecard des Hauptverbands bzw. der einzelnen Träger Ziele und Maßnahmen zum Bereich Heilmittel vorgesehen waren, über die die Entscheidungsträger regelmäßig informiert wurden. Allerdings waren nicht alle Maßnahmen (z.B. hinsichtlich der Heilmittelstrategie 2009) in die Balanced Scorecard aufgenommen.

### 11.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als teilweise umgesetzt, weil grundsätzlich eine Information der Entscheidungsträger über die Erreichung von Zielen und Vorgaben im Rahmen der Balanced Scorecard sichergestellt war. Allerdings waren darin nicht alle festgelegten Maßnahmen enthalten.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, Klarheit darüber zu schaffen, welche Maßnahmen nach der Beschlusslage im Hauptverband umzusetzen waren (z.B. hinsichtlich der noch offenen Punkte der Heilmittelstrategie 2009), diese vollständig in der Balanced Scorecard zu erfassen und die Entscheidungsträger über den Umsetzungsstand umfassend zu informieren.

### 11.3

(1) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Umsetzungsmöglichkeiten der Heilmittelstrategie 2009 neu evaluiert worden seien. Letztlich

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



habe die Medikamentenstrategie die Heilmittelstrategie 2009 ersetzt. Über den Umsetzungsstand informiere der Hauptverband sämtliche Entscheidungsträger.

(2) Die StGKK und die WGKK verwiesen in ihren Stellungnahmen auf die Zuständigkeit des Hauptverbands. Im Falle von Abweichungen informiere die StGKK den Hauptverband, um daraus resultierende Maßnahmen gemeinsam umzusetzen.

- 11.4** Der RH merkte gegenüber der StGKK und der WGKK an, dass diese aufgrund ihrer Vertretung in den Gremien des Hauptverbands an Entscheidungsfindungen beteiligt waren und daher an der Umsetzung der Empfehlung des RH mitwirken konnten.

## Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG

- 12.1** (1) Der RH hatte dem Ministerium in seinem Vorbericht (TZ 33) empfohlen, Weisungen zur Erlassung der Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) zu erteilen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte das Ministerium mitgeteilt, dass es die vom RH aufgezeigte Thematik der Richtlinie gemäß § 347 Abs. 5 ASVG aufgegriffen und den Stand der Angelegenheit erhoben habe. Die Österreichische Ärztekammer habe bislang keine Kooperationsbereitschaft zur Mitwirkung an einer einvernehmlichen Festlegung der Inhalte einer Richtlinie gemäß § 347 Abs. 5 ASVG gezeigt. Es erfolge eine rechtliche Prüfung, wie der gesetzliche Auftrag umgesetzt werden könne.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Ministerium bisher zwar einen Schriftverkehr mit der Österreichischen Ärztekammer begann, aber keine entsprechenden Weisungen erteilte.

- 12.2** Der RH beurteilte seine Empfehlung als nicht umgesetzt, weil das Ministerium das in § 347 Abs. 5 ASVG vorgesehene Weisungsrecht nicht wahrnahm. Er wies darauf hin, dass die Möglichkeit der Erteilung einer Weisung gerade für den Fall einer mangelnden Einigung mit der Österreichischen Ärztekammer vorgesehen war.

**Der RH hielt seine diesbezügliche Empfehlung aufrecht.**

- 12.3** Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass abzuwarten bleibe, ob eine allfällige gesetzliche Änderung in diesem Bereich im Rahmen der anstehenden Reform der Sozialversicherung aufgegriffen werde.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



Im Übrigen sehe der Gesetzestext vor, dass „die Richtlinie im Einvernehmen zwischen der Österreichischen Ärztekammer und dem Hauptverband zu erlassen ist; bei der Erlassung unterliegen die genannten Institutionen den Weisungen des Bundesministers für Gesundheit.“ Durch die Verbindung der beiden Sätze durch einen Strichpunkt sei zu erkennen, dass der Gesetzgeber dem Einvernehmen der beiden Rechtsträger einen deutlichen Vorrang eingeräumt habe. Bei strenger Wortinterpretation könne herausgelesen werden, dass dies selbst dann zu beachten sei, wenn die zuständige Bundesministerin bzw. der zuständige Bundesminister ihr bzw. sein Weisungsrecht wahrnehme.

## 12.4

Der RH hielt gegenüber dem Ministerium fest, dass Art. 1 Z 93 des Entwurfs eines Sozialversicherungs–Organisationsgesetzes die Aufhebung des § 347 Abs. 5 ASVG vorsehe. Er wies darauf hin, dass der Einsatz statistischer Verfahren zur Prüfung der ökonomischen Verschreibweise somit weiterhin ungeregelt wäre und regte an, der Empfehlung des RH auf anderem Wege zu entsprechen.

## 13.1

(1) Der RH hatte dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 33) empfohlen, eine Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) zu erlassen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Hauptverband mitgeteilt, dass er kein Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer habe herstellen können und daher mit Schreiben vom 30. Juni 2016 an das Ministerium herangetreten sei, damit diese die gesetzlich vorgesehenen Weisungen erteilen solle.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband kein Einvernehmen mit der Österreichischen Ärztekammer herstellte und davon das Ministerium informierte. Die gesetzlich vorgesehene Richtlinie konnte er mangels entsprechender Weisungen des Ministeriums bisher nicht erlassen ([TZ 12](#)).

## 13.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als nicht umgesetzt, weil die Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) noch nicht erlassen war. Er verwies auf seine Empfehlung zu [TZ 12](#).

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



- 13.3** Der Hauptverband wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass ein sozialversicherungsintern erarbeiteter Entwurf vorliege. Er könne hier jedoch weder allein tätig werden noch sei das gesetzlich vorgesehene Einvernehmen bisher zustande gekommen.
- 13.4** Der RH wiederholte seine Gegenäußerung zu **TZ 12**.

## Verpflichtende Einführung des IT-Ökotools

- 14.1** (1) Der RH hatte der StGKK in seinem Vorbericht (TZ 33) empfohlen, die verbindliche Nutzung des IT-Ökotools im Gesamtvertrag zu vereinbaren.
- (2) Im Nachfrageverfahren hatte die StGKK dem RH mitgeteilt, dass es im Rahmen der Honorarverhandlungen für das Jahr 2016 gelungen sei, die verpflichtende Nutzung des IT-Ökotools im Gesamtvertrag zu vereinbaren. Seit 1. Juli 2017 seien daher die Vertragsärztinnen und –ärzte verpflichtet, dieses Instrument bei der Verordnung von Heilmitteln zu verwenden.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die StGKK die verbindliche Nutzung des IT-Ökotools im Gesamtvertrag vereinbart hatte.
- 14.2** Der RH beurteilte seine Empfehlung daher als umgesetzt.

## Patientensteuerung

- 15.1** (1) Der RH hatte dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 34) empfohlen, als Teil der Heilmittelstrategie auch ein Konzept über Maßnahmen mit direktem Bezug zu den Patientinnen und Patienten zu erstellen.
- (2) Im Nachfrageverfahren hatte der Hauptverband mitgeteilt, dass er dazu eine Studie bei der Gesundheit Österreich Forschungs– und Planungs GmbH beauftragt habe.

Die StGKK und die WGKK hatten im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie den Patientenbezug durch Informationskampagnen und Arbeitsbehelfe für die Vertragspartner herstellen würden. Die WGKK führte weiters aus, Anreizsysteme, wie z.B. eine im Vorbericht erwähnte teilweise Rückvergütung von Selbstbehalten, seien für Gebietskrankenkassen jedoch nicht umsetzbar, weil es im Unterschied zu z.B. der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau keinen direkten Geldfluss zu den Versicherten (Behandlungsbeitrag) gebe.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die vom Hauptverband in Auftrag gegebene Studie im Mai 2017 erschienen war. Sie enthielt einen internationalen Vergleich anhand einer Fragebogenerhebung. 14 Rückmeldungen trafen ein, wovon sieben Rückmeldungen monetäre und sieben nicht–monetäre Anreizsysteme betrafen. Drei Länder gaben an, keine spezifischen Maßnahmen diesbezüglich gesetzt zu haben. Die Mehrheit der rückmeldenden EU–Mitgliedstaaten bezog die Patientinnen und Patienten in die Abgabe kostengünstiger Heilmittel ein. Die Aufklärung und Information der Patientinnen und Patienten spielten dabei eine wesentliche Rolle. Auch Wirkstoff verschreibung und Generikasubstitution waren als Gesamtmaßnahmen wesentlich.

Der RH stellte weiters fest, dass die StGKK und die WGKK Informationen an die Patientinnen und Patienten erstellten und diese somit in die Heilmittelökonomie einbezogen. Direkte finanzielle Anreize für die Patientinnen und Patienten waren nicht vorgesehen. Stattdessen waren Maßnahmen wie Wirkstoffverschreibungen und Generikasubstitution eine langjährige Forderung der Sozialversicherung ([TZ 8](#)).

## 15.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung daher als umgesetzt, weil der Hauptverband, die StGKK und die WGKK Maßnahmen mit Patientenbezug thematisiert hatten und eine klare Priorisierung von Maßnahmen (Information, keine finanziellen Anreize, Forderung nach Wirkstoffverschreibungen und Generikasubstitution) vorgenommen hatten.

## Steuerungsmaßnahmen des Kassensanierungspakets

### 16.1

(1) Der RH hatte dem Hauptverband in seinem Vorbericht ([TZ 35](#)) empfohlen, für die Umsetzung der Heilmittelstrategie ein entsprechendes Maßnahmencontrolling durchzuführen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatte der Hauptverband mitgeteilt, die Heilmittelstrategie 2009 sei durch eine neue Medikamentenstrategie abgelöst worden. Dazu habe der Hauptverband ein Monitoring eingerichtet.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband ein Controlling zur Umsetzung der Heilmittelstrategie 2009 einrichtete und dazu eine Aktualisierung der Maßnahmen vornahm.

### 16.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



## Prüfung aller Hebel einer Kostendämpfung bei Auslaufen des Rahmen–Pharmavertrags

### 17.1

- (1) Der RH hatte dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbereicht (TZ 35) empfohlen, bei der Erstellung einer Heilmittelstrategie anlässlich des Auslaufens des Rahmen–Pharmavertrags in umfassender Weise alle Hebel für eine Kostendämpfung zu prüfen, und dabei sowohl die Preisbildung als auch die Menge der verordneten Heilmittel und die ökonomische Auswahl zu berücksichtigen.
- (2) Im Nachfrageverfahren hatte der Hauptverband mitgeteilt, dass ein neuer Rahmen–Pharmavertrag 2018 mit einer Laufzeit vom 1. Jänner 2016 bis 31. Dezember 2018 abgeschlossen worden sei. Dieser Vertrag habe eine zweite Arbeitsgruppe „rechtliche Weiterentwicklung des Erstattungssystems“ vorgesehen, die entsprechende gesetzliche Änderungen ausverhandelt habe (TZ 9).

Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, sie unterstütze die Maßnahmen des Hauptverbands und erarbeite trägerintern strategische Maßnahmen, die in den Balanced Scorecard–Zielen umgesetzt würden.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren darauf hingewiesen, dass die Empfehlung überholt bzw. nicht mehr umsetzbar sei, weil der Rahmen–Pharmavertrag bereits abgeschlossen sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Hauptverband vor Abschluss des Rahmen–Pharmavertrags 2018 mehrere Konzepte zu einer Kostendämpfung im Heilmittelbereich prüfte. Im Bereich von Heilmitteln mit wirkstoffgleichen Alternativen reichte die Bandbreite von einer Aut–idem–Regelung über die gesetzliche Festlegung von maximalen Preisbändern bis zu einer Erleichterung der Streichung besonders teurer Heilmittel aus dem Erstattungskodex. Im Bereich der Heilmittel ohne wirkstoffgleiche Alternativen bzw. bei hochpreisigen Heilmitteln stand vor allem eine Preisregulierung im Vordergrund, wobei der Hauptverband auch andere Maßnahmen (z.B. hinsichtlich der Transparenz der Forschungs– und Herstellungskosten oder einen gemeinsamen Einkauf auf sektorenübergreifender bzw. internationaler Ebene) überlegt hatte.

### 17.2

Der RH beurteilte seine Empfehlung daher als umgesetzt.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



## Abstimmung mit Spitätern

### 18.1

(1) Der RH hatte dem Ministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 36) empfohlen, die Bemühungen um eine sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen weiterzuführen; dazu wären jedoch auch konkrete Einsparungsziele zu den einzelnen Maßnahmen zu formulieren und deren Erreichung zu überprüfen.

(2) Im Nachfrageverfahren hatten das Ministerium und der Hauptverband mitgeteilt, dass bis 2021 dazu im Bundes–Zielsteuerungsvertrag als Maßnahme die Entwicklung von gemeinsamen Indikationsstellungen, Behandlungspfaden und gemeinsamen Finanzierungsmodellen für definierte hochpreisige und spezialisierte Medikamente und deren Umsetzung im Rahmen von Pilotprojekten vorgesehen seien. Dabei würden u.a. die Entwicklung eines sektoren-, bundesländer- und EU-mitgliedstaatenübergreifenden Einkaufs, sektorenübergreifende Versorgungsmodelle für definierte hochpreisige Medikamente sowie ein wechselseitiger Datenaustausch über Mengen und Kosten der im intra- und extramuralen Bereich genutzten Medikamente diskutiert.

Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie in der Arbeitsgruppe Medikamente helfen, trägerübergreifende Themen zu behandeln, um Optimierungsmaßnahmen bestmöglich zu unterstützen.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie dazu verschiedene Maßnahmen setze (z.B. Offensiven zu bestimmten Wirkstoffen, Wirkstoffklassen und Qualitätsthemen, Beratung im intra- und extramuralen Bereich, Informationsdienstleistungen, Mitwirkung bei der Gesundheitsreform, Lobbying für den Einsatz ökonomischer Alternativen im intramuralen Bereich). Konkrete Einsparungen auf der Ebene einzelner Maßnahmen seien jedoch aufgrund der Rahmenbedingungen und externer Einflussfaktoren ex ante nicht ausreichend bestimmbar.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die im Vorbericht beschriebene Medikamentenkommission zur sektorenübergreifenden Optimierung der Heilmittelausgaben in der Zielsteuerungsperiode 2012 bis 2016 kaum Ergebnisse erzielte und in der Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2021 nicht mehr vorgesehen war. Stattdessen war dieses Themenfeld nun dem Teilbereich Behandlungs- und Versorgungsprozesse zugeordnet. Als Messgröße war die Anzahl der gemeinsamen Medikamentenbeschaffungen vorgesehen. In einem ersten Schritt organisierte das Ministerium Einkäuferkonferenzen und bemühte sich um höhere Transparenz über die Einkaufspreise.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



Die im Vorbericht angeführten weiteren Maßnahmen (z.B. Klarstellung der Verbindlichkeit der ökonomischen Verschreibweise im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz<sup>6</sup>, Bereitstellung des Ökotools an die Krankenversicherungsträger, Teilnahme von diesen an den Arzneimittelkommissionen der Spitäler) führten die StGKK und die WGKK weiter.

Genaue Einsparungsziele durch die sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen gab es nicht.

- 18.2** Der RH beurteilte seine Empfehlung als teilweise umgesetzt, weil zwar der Hauptverband, das Ministerium, die StGKK und die WGKK die Bemühungen zur sektorenübergreifenden Optimierung im Heilmittelbereich fortsetzen (z.B. durch Verankerung eines entsprechenden Ziels im neuen Zielsteuerungsvertrag), aber keine entsprechenden monetären Ziele festlegten.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, nach Sicherstellung der Transparenz über die Einkaufspreise konkrete monetäre Ziele für die sektorenübergreifende Kooperation im Heilmittelbereich festzulegen.

- 18.3** (1) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass die Bestimmung zur Berücksichtigung des Erstattungskodex-Ökotools in Krankenanstalten derzeit nicht umfassend umgesetzt werde.

Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit regle auch den Datenaustausch und die Einrichtung einer gemeinsamen Datenbank. Dieser Datenaustausch sei Voraussetzung für eine sektorenübergreifende Beschaffung von Heilmitteln. Die sektorenübergreifende Kooperation im Heilmittelbereich werde aktuell auch durch die Arbeiten im Rahmen der Projektgruppe Medikamente, welche die Fachgruppe Versorgungsprozesse eingesetzt habe, unterstützt. Die Projektgruppe Medikamente prüfe insbesondere die Möglichkeit der Einrichtung einer Clearing–Stelle zum Austausch über Preise und Mengen der verabreichten Arzneimittel sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhausbereich.

Darüber hinaus habe die Projektgruppe Medikamente auch eine Einkäuferkonferenz eingeführt, in deren Rahmen ein fachorientierter Austausch zu Arzneimitteln und Arzneimittelbeschaffung im niedergelassenen Bereich und in Krankenanstalten stattgefunden habe.

<sup>6</sup> BGBI. Nr. 1/1957 i.d.g.F.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



(2) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie seit langem bemüht sei, sektorenübergreifende Optimierungsprozesse im Bereich der Heilmittelverordnungen zu unterstützen. Aus ihrer Sicht sei daher das Vorhaben zur Einrichtung eines Bewertungsboards für Medikamente in Krankenanstalten nach dem Vorbild der Heilmittelevaluierungskommission ein wesentlicher Schritt in die richtige Richtung. In diesem gemeinsamen Pilotprojekt von Hauptverband und Ländern sei auch die StGKK aktiv eingebunden. Im Rahmen sektorenübergreifender Heilmittelverordnungen sei durch entsprechende Verhandlungen mit Pharmaunternehmen in Folge auch die Formulierung von konkreten Einsparungszielen möglich.

(3) Die WGKK hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass sie der Empfehlung entspreche. Neben gesetzlichen Änderungen sei eine erhöhte Transparenz der Einkaufspreise für gemeinsame Preisverhandlungen bzw. einen gemeinsamen Einkauf notwendig. Die Thematik sei im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit verankert worden. Zur Abarbeitung dieser bzw. weiterer Medikamententhemen aus der Zielsteuerung–Gesundheit hätten Bund, Länder und Sozialversicherung eine Projektgruppe Medikamente eingerichtet, worin auch die WGKK vertreten sei.

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



## Schlussempfehlungen

**19** Der RH stellte fest, dass

- das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz von sieben überprüften Empfehlungen des Vorberichts vier umsetzte, eine teilweise und zwei nicht umsetzte,
- der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger von zwölf überprüften Empfehlungen des Vorberichts sieben umsetzte, drei teilweise und zwei nicht umsetzte,
- die Steiermärkische Gebietskrankenkasse von neun überprüften Empfehlungen des Vorberichts sechs umsetzte und drei teilweise umsetzte und
- die Wiener Gebietskrankenkasse von acht überprüften Empfehlungen des Vorberichts fünf umsetzte und drei teilweise umsetzte.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Bund 2016/3			
Vorbericht		Follow-up–Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	Umsetzungsgrad
<b>Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz</b>			
28	Nichteinschränken der Autonomie des Gesetzgebers und der Möglichkeit, Ökonomiepotenziale zu nutzen, bei vertraglichen Maßnahmen bei Auslaufen des Rahmen–Pharmavertrags Ende 2015	4	umgesetzt
30	sorgfältige und korrekte Berechnung des EU–Durchschnittspreises von Arzneimitteln in der Preiskommission	5	umgesetzt
30	Klarstellung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Ausschreibe–Möglichkeiten im Heilmittelbereich	7	nicht umgesetzt
30	regelmäßiges Evaluieren der Höhe der Einsparungsmöglichkeiten durch Auswahl der jeweils günstigsten Heilmittel; regelmäßige Kosten–Nutzen–Analysen, 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	8	umgesetzt
31	Definieren einer Strategie für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu Möglichkeiten der Preisregulierung	9	umgesetzt
33	Erteilen von Weisungen zur Erlassung der Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG	12	nicht umgesetzt

# Bericht des Rechnungshofes



Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Bund 2016/3			
Vorbericht		Follow-up–Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	Umsetzungsgrad
36	Weiterführen der Bemühungen um eine sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen; Formulieren konkreter Einsparungsziele zu den einzelnen Maßnahmen und Überprüfung der Erreichung	18	teilweise umgesetzt
<b>Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger</b>			
26	genauere Analyse der Preis– und Mengenentwicklung im Heilmittelbereich sowie der Unterschiede in der Entwicklung bei den einzelnen Krankenversicherungsträgern und Einbringen dieser Analyse in die Gespräche über das Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG	2	teilweise umgesetzt
27	Weiterführen der Koordination im Heilmittelbereich und verstärktes Entwickeln auch gemeinsamer Positionen zu Anforderungen an das Ministerium (z.B. Preisregulierung) bzw. zu internationalen Aspekten (z.B. gemeinsamer Einkauf)	3	umgesetzt
28	Nichteinschränken der Autonomie des Gesetzgebers und der Möglichkeit, Ökonomiepotenziale zu nutzen, bei vertraglichen Maßnahmen bei Auslaufen des Rahmen–Pharmavertrags Ende 2015	4	umgesetzt
30	aktives Nutzen der Möglichkeiten zur Ausschreibung von Heilmitteln	6	nicht umgesetzt
30	regelmäßiges Evaluieren der Höhe der Einsparungsmöglichkeiten durch Auswahl der jeweils günstigsten Heilmittel; regelmäßige Kosten–Nutzen–Analysen, 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	8	umgesetzt
31	Definieren einer Strategie für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu Möglichkeiten der Preisregulierung	9	umgesetzt
33	umfassende Information der Entscheidungsträger bei Abweichungen von den Vorgaben der trägerübergreifenden Steuerung im Heilmittelbereich	11	teilweise umgesetzt
33	Erlassen einer Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots)	13	nicht umgesetzt
34	Erstellen eines Konzepts über Maßnahmen mit direktem Bezug zu den Patienten als Teil der Heilmittelstrategie	15	umgesetzt
35	Entsprechendes Maßnahmencontrolling für die Umsetzung der Heilmittelstrategie	16	umgesetzt
35	umfassendes Prüfen aller Hebel für eine Kostendämpfung bei der Erstellung einer Heilmittelstrategie anlässlich des Auslaufens des Rahmen–Pharmavertrags und Berücksichtigen der Preisbildung als auch der verordneten Heilmittel und der ökonomischen Auswahl	17	umgesetzt
36	Weiterführen der Bemühungen um eine sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen; Formulieren konkreter Einsparungsziele zu den einzelnen Maßnahmen und Überprüfung der Erreichung	18	teilweise umgesetzt
<b>Steiermärkische Gebietskrankenkasse</b>			
27	Weiterführen der Koordination im Heilmittelbereich und verstärktes Entwickeln auch gemeinsamer Positionen zu Anforderungen an das Ministerium (z.B. Preisregulierung) bzw. zu internationalen Aspekten (z.B. gemeinsamer Einkauf)	3	umgesetzt
30	regelmäßiges Evaluieren der Höhe der Einsparungsmöglichkeiten durch Auswahl der jeweils günstigsten Heilmittel; regelmäßige Kosten–Nutzen–Analysen, 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	8	umgesetzt

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



**Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts**  
**Reihe Bund 2016/3**

Vorbericht		Follow-up-Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	Umsetzungsgrad
31	Definieren einer Strategie für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu Möglichkeiten der Preisregulierung	9	umgesetzt
33, 37	Setzen monetärer Ziele für die Maßnahmen der Heilmittelökonomie und Evaluierungen der Zielerreichung bzw. –vorgabe für jedes Jahr	10	teilweise umgesetzt
33	umfassende Information der Entscheidungsträger bei Abweichungen von den Vorgaben der trägerübergreifenden Steuerung im Heilmittelbereich	11	teilweise umgesetzt
33	Vereinbaren der verbindlichen Nutzung des Ökotools im Gesamtvertrag	14	umgesetzt
34	Erstellen eines Konzepts über Maßnahmen mit direktem Bezug zu den Patienten als Teil der Heilmittelstrategie	15	umgesetzt
35	umfassendes Prüfen aller Hebel für eine Kostendämpfung bei der Erstellung einer Heilmittelstrategie anlässlich des Auslaufens des Rahmen–Pharmavertrags und Berücksichtigen der Preisbildung als auch der verordneten Heilmittel und der ökonomischen Auswahl	17	umgesetzt
36	Weiterführen der Bemühungen um eine sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen; Formulieren konkreter Einsparungsziele zu den einzelnen Maßnahmen und Überprüfung der Erreichung	18	teilweise umgesetzt

## Wiener Gebietskrankenkasse

27	Weiterführen der Koordination im Heilmittelbereich und verstärktes Entwickeln auch gemeinsamer Positionen zu Anforderungen an das Ministerium (z.B. Preisregulierung) bzw. zu internationalen Aspekten (z.B. gemeinsamer Einkauf)	3	umgesetzt
30	regelmäßiges Evaluieren der Höhe der Einsparungsmöglichkeiten durch Auswahl der jeweils günstigsten Heilmittel; regelmäßige Kosten–Nutzen–Analysen, 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	8	umgesetzt
31	Definieren einer Strategie für den Bereich der hochpreisigen Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu Möglichkeiten der Preisregulierung	9	umgesetzt
33, 37	Setzen monetärer Ziele für die Maßnahmen der Heilmittelökonomie und Evaluierungen der Zielerreichung bzw. –vorgabe für jedes Jahr	10	teilweise umgesetzt
33	umfassende Information der Entscheidungsträger bei Abweichungen von den Vorgaben der trägerübergreifenden Steuerung im Heilmittelbereich	11	teilweise umgesetzt
34	Erstellen eines Konzepts über Maßnahmen mit direktem Bezug zu den Patienten als Teil der Heilmittelstrategie	15	umgesetzt
35	umfassendes Prüfen aller Hebel für eine Kostendämpfung bei der Erstellung einer Heilmittelstrategie anlässlich des Auslaufens des Rahmen–Pharmavertrags und Berücksichtigen der Preisbildung als auch der verordneten Heilmittel und der ökonomischen Auswahl	17	umgesetzt
36	Weiterführen der Bemühungen um eine sektorenübergreifende Optimierung der Heilmittelverordnungen; Formulieren konkreter Einsparungsziele zu den einzelnen Maßnahmen und Überprüfung der Erreichung	18	teilweise umgesetzt

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up–Überprüfung



Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

## Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

- (1) Die bundesgesetzlichen Rahmenbedingungen für Ausschreibungen im Heilmittelbereich im Sinne des Art. 14 Abs. 3 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit wären zeitnah zu schaffen. (**TZ 7**)
- (2) Es wären Weisungen zur Erlassung der Richtlinie nach § 347 Abs. 5 ASVG (über die medizinischen und statistischen Parameter bei der Prüfung der Einhaltung des Ökonomiegebots) zu erteilen. (**TZ 12**)

## Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Steiermärkische Gebietskrankenkasse; Wiener Gebietskrankenkasse

- (3) Die Ursachenanalyse zur Entwicklung der Preise und Mengen im Heilmittelbereich im Hinblick auf die Steuerung und die Festlegung von Maßnahmen wäre weiter zu verbessern. (**TZ 2**)
- (4) Es wäre weiter ein besonderer Schwerpunkt auf den Bereich hochpreisiger Heilmittel und der Heilmittel außerhalb des Erstattungskodex zu legen und dort wären weitere Maßnahmen zu setzen. (**TZ 9**)
- (5) Die Verantwortung für die gemäß BIG Benchmarking realisierbaren Einsparpotenziale durch die Verwendung günstiger Heilmittel wäre zwischen den Krankenversicherungsträgern und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger klar zuzuordnen; dazu wären konkrete Ziele zu setzen und deren Umsetzung regelmäßig zu überprüfen. (**TZ 10**)
- (6) Es wäre Klarheit darüber zu schaffen, welche Maßnahmen nach der Beschlusslage im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger umzusetzen waren (z.B. hinsichtlich der noch offenen Punkte der Heilmittelstrategie 2009); diese wären vollständig in der Balanced Scorecard zu erfassen; die Entscheidungsträger wären über den Umsetzungsstand umfassend zu informieren. (**TZ 11**)

# Bericht des Rechnungshofes

Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung;  
Follow-up-Überprüfung



**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz;  
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; Steiermärkische  
Gebietskrankenkasse; Wiener Gebietskrankenkasse**

- (7) Nach Sicherstellung der Transparenz über die Einkaufspreise wären konkrete monetäre Ziele für die sektorenübergreifende Kooperation im Heilmittelbereich festzulegen. (**TZ 18**)



Wien, im November 2018  
Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker





R

—

H



