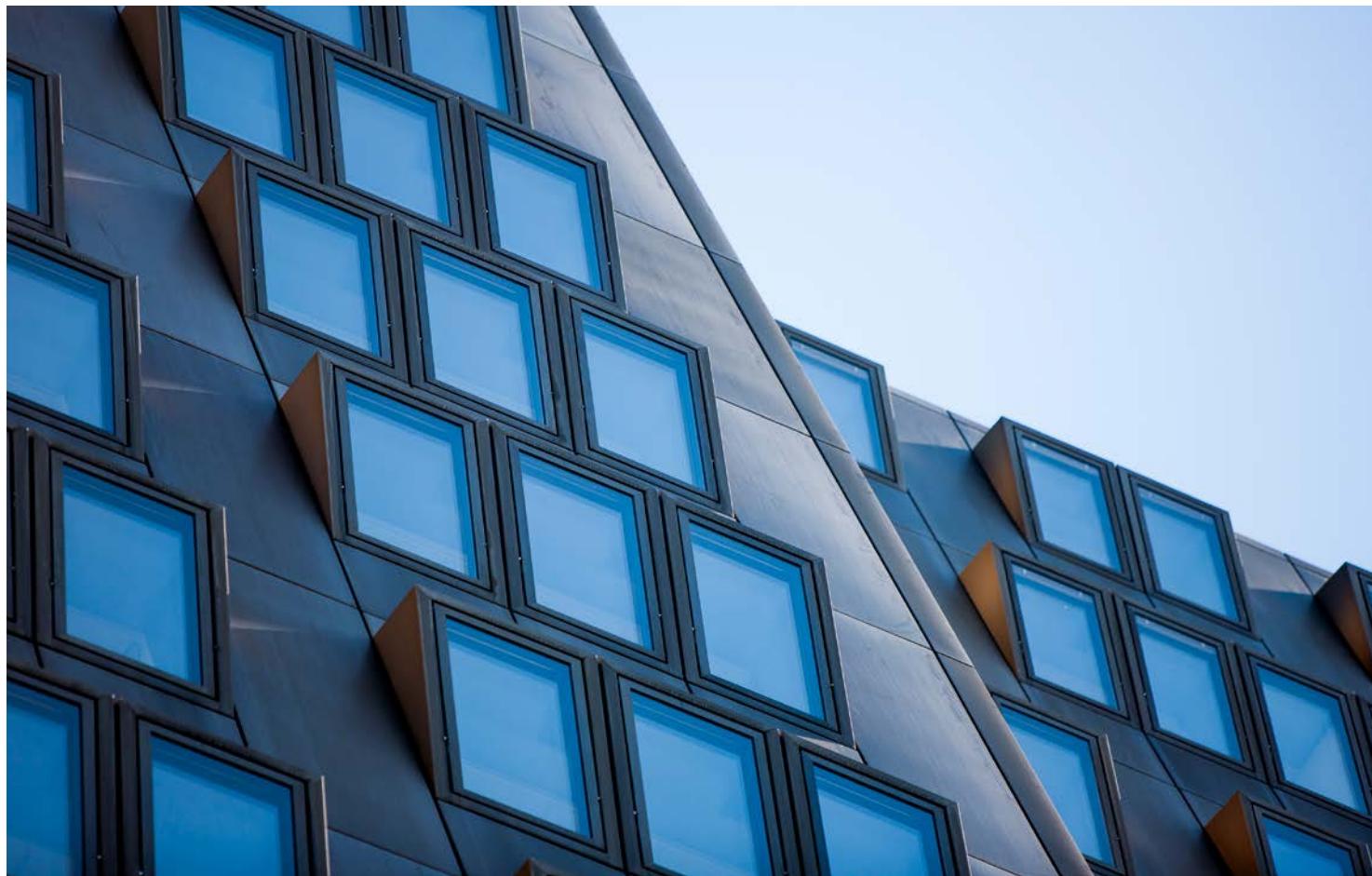




Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung; Follow-up-Überprüfung

Reihe BUND 2019/24

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 Gegenäußerung 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 www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Rechnungshof Österreich

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Juni 2019

AUSKÜNFTE

Rechnungshof

Telefon (+43 1) 711 71 – 8876

E-Mail info@rechnungshof.gv.at

facebook/RechnungshofAT

Twitter: @RHsprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek



Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	2
Prüfungsziel	3
Kurzfassung	3
Empfehlungen	5
Zahlen und Fakten zur Prüfung	7
Prüfungsablauf und –gegenstand	9
Prognoserechnungen	10
Prognoserechnungen – Abstimmung der Planungsvorgaben	10
Maßnahmen bei finanziellen Lücken	11
Gliederung der Prognoserechnung	12
Abweichungserläuterungen	14
Aussagekräftige Erläuterungen	14
Regelmäßige Überprüfung der Qualität der Prognoserechnungen	15
Nutzung von Abweichungen	16
Anstreben einer höheren Planungsgenauigkeit	16
Benchmarking der Prognosegenauigkeit	18
Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung	19
Zielsteuerung	21
Berücksichtigung aktueller Entwicklungen und rollierende Planung	21
Ambitioniertere Neufestlegung der Finanzziele ab 2016	24
Trennung strategischer und operativer Steuerungsziele	25
Verteilung der Gesamtziele auf die einzelnen Krankenversicherungsträger	27
Jährliche Quantifizierung der Ziele auf Fachbereichsebene	29
Zuordnung von Einsparungspotenzialen zu Maßnahmen	30
Interne Unternehmenssteuerung	32
Monitoring	34
Schlussempfehlungen	36



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMG	Bundesministeriengesetz
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
etc.	et cetera
EUR	Euro
exkl.	exklusive
(f)f.	folgend(e) (Seite, Seiten)
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IHS	Institut für Höhere Studien
Mio.	Million(en)
rd.	rund
RH	Rechnungshof
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
TZ	Textzahl(en)
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
z.B.	zum Beispiel



WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung; Follow-up-Überprüfung

Prüfungsziel



Der RH überprüfte im Mai und Juni 2018 das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, um den Stand der Umsetzung von Empfehlungen aus dem Vorbericht „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3) zu beurteilen.

Kurzfassung

Das Gesundheits- und das Sozialministerium setzten von 20 Empfehlungen drei ganz, vier teilweise und 13 nicht um, der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger setzte von sieben Empfehlungen eine ganz, eine teilweise und fünf nicht um. Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse setzte von acht Empfehlungen eine ganz, fünf teilweise und zwei nicht um, die Wiener Gebietskrankenkasse von acht Empfehlungen eine ganz, drei teilweise und vier nicht um. ([TZ 1](#), [TZ 20](#))

Das Gesundheits- und das Sozialministerium passten die Planungsvorgaben für die Sozialversicherungsträger weder hinsichtlich des Zeitraums – zwei oder vier Jahre – noch hinsichtlich des Planungsmaßstabs – realistische Planung oder kaufmännische Vorsicht – an jene der Gebietskörperschaften an. Weiters sahen die Rechnungsvorschriften keine Regelung vor, bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Vorschläge zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit den Prognosen vorzulegen. Das Gesundheits- und das Sozialministerium passten auch die Gliederungsvorschriften für die Prognoserechnungen nicht an. Die Positionen des Rechnungsabschlusses sollten aus Sicht des RH stärker auf die Steuerungsanforderungen ausgerichtet werden, um die vom Gesundheitsministerium eingeforderte Übereinstimmung von Prognoserechnung und Erfolgsrechnung zu wahren. ([TZ 2](#), [TZ 3](#), [TZ 4](#))



Die Rechnungsvorschriften für die Sozialversicherungsträger sahen – wie vom RH empfohlen – auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vor. Das Gesundheitsministerium wertete die Prognosequalität der Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger für die Jahre 2016 und 2017 aus und analysierte diese. Die Ergebnisse lagen jedoch noch nicht vor. ([TZ 5](#), [TZ 7](#))

Die Empfehlungen zur Neufestlegung der Finanzziele und der Ausgabenobergrenzen ab dem Jahr 2016 setzten das Gesundheitsministerium sowie der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger überwiegend nicht um. Sie setzten die Finanzziele und Ausgabenobergrenzen auf den bereits 2012 festgelegten Vorgaben für das Jahr 2016 auf und nicht auf den Ist-Werten 2016. Durch die fehlende Berücksichtigung der prognostizierten Einnahmen waren die Ausgabenobergrenzen 2017 bis 2021 nicht zur operativen Steuerung geeignet. Die Gebarungsvorschrechnung für alle Krankenversicherungsträger vom Februar 2018 ergab dementsprechend für das Jahr 2020 einen Bilanzverlust von rd. 201,41 Mio. EUR. Dabei würden die Ausgabenobergrenzen jedoch noch immer um rd. 360,59 Mio. EUR unterschritten sein. ([TZ 13](#))

Dennoch übernahm die Wiener Gebietskrankenkasse entgegen den Empfehlungen des RH diese Ausgabenobergrenzen erneut unverändert als interne Finanzziele. Im Gegensatz dazu setzte sich die Steiermärkische Gebietskrankenkasse – wenngleich nur für das Jahr 2016 – ambitioniertere Ziele: anstelle des möglichen Maximalwerts laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag von 1.024,67 Mio. EUR vereinbarte sie mit dem Hauptverband einen Zielwert von 977,97 Mio. EUR. ([TZ 12](#), [TZ 15](#), [TZ 18](#))



Der RH wies darauf hin, dass seine Empfehlungen auch im Hinblick auf das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz aufrecht bleiben und sich auch an die jeweiligen Rechtsnachfolger richten.

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH die folgenden Empfehlungen, insbesondere an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, hervor:

EMPFEHLUNGEN

- Es wäre gemeinsam mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger darauf hinzuwirken, dass alle Träger interne Finanzziele nach den Anforderungen rollierende Planung, realistische Ausgangsbasis und zumindest ausgeglichene Gebarung festlegen.
- Die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebarungsvorschau-rechnungen der Sozialversicherungsträger wären mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und des Planungshorizonts zu vereinheitlichen.
- Bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmen-orientierten Ausgabenpolitik wäre in die Rechnungsvorschriften die Vorgabe aufzunehmen, Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.
- Die Gliederung der Prognoserechnungen und der Erfolgsrechnungen wären stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten. (TZ 20)



Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung;
Follow-up-Überprüfung



Zahlen und Fakten zur Prüfung

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung					
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 189/1955 i.d.g.F. Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. 26/2017 Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit, BGBl. I 97/2017 (Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit 2017)				
	2014	2015	2016	2017	Veränderung 2014 bis 2017
alle Krankenversicherungsträger					
Aufwendungen	16.009,41	16.801,69	17.413,06	18.080,77	13
Betriebsergebnis	-56,27	-32,65	63,02	-10,36	–
Steiermärkische Gebietskrankenkasse					
Aufwendungen	1.557,46	1.646,49	1.718,17	1.779,41	14
Betriebsergebnis	6,42	18,20	34,45	29,75	–
Wiener Gebietskrankenkasse					
Aufwendungen	3.115,16	3.236,78	3.349,50	3.505,70	13
Betriebsergebnis	-93,65	-77,27	-28,83	-94,43	–

Quellen: endgültige Erfolgsrechnungen; Hauptverband; RH



Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung;
Follow-up-Überprüfung



Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte im Mai und Juni 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 „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3; in der Folge: **Vorbericht**) abgegeben hatte.

Zur Verstärkung der Wirkung seiner Empfehlungen hatte der RH im Jahr 2017 deren Umsetzungsstand bei den überprüften Stellen nachgefragt. Das Ergebnis dieses Nachfrageverfahrens findet sich auf der Website des RH (www.rechnungshof.gv.at).

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, die Sozialagenden bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Mit Inkrafttreten der BMG-Novelle 2017¹ ressortieren beide Angelegenheiten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH verwendet daher für den überprüften Zeitraum die Bezeichnung Gesundheitsministerium bzw. Sozialministerium, der Adressat der Empfehlungen ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Zu dem im Oktober 2018 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der Hauptverband, die StGKK und die WGKK im Dezember 2018 Stellung. Die Gegenäußerungen des RH ergingen im Mai 2019.

(3) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme auf die organisatorischen Veränderungen durch das vom Nationalrat beschlossene Sozialversicherungs–Organisationsgesetz. Demnach werde es im Lauf des Jahres 2019 zu einer tiefgreifenden Veränderung (Zusammenlegung der Gebietskrankenkassen) und damit auch zu neu zusammengesetzten geschäftsführenden Organen kommen. Die Stellungnahme könne daher nur auf dem Stand der heutigen Verantwortlichkeiten und jedenfalls unvorsichtig des Standpunkts der neuen Verwaltungskörper abgegeben werden. Soweit es dann noch in der Ingerenz der derzeitig verantwortlichen Personen liege, würde der Hauptverband die Empfehlungen des RH bei der weiteren Vorgangsweise im Rahmen der gegebenen Begleitumstände jedoch gerne berücksichtigen.

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



(4) Der RH wies darauf hin, dass seine Empfehlungen auch im Hinblick auf das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz aufrecht bleiben und sich auch an die jeweiligen Rechtsnachfolger richten.

Prognoserechnungen

Prognoserechnungen – Abstimmung der Planungsvorgaben

- 2.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Sozialministerium in seinem Vorbericht (TZ 6, TZ 8, TZ 14) empfohlen, die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Geburungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und des Planungshorizonts zu vereinheitlichen.
- (2) a) Im Nachfrageverfahren hatte das Gesundheitsministerium mitgeteilt, dass die Empfehlung des RH, die Geburungsvorschaurechnung von zwei auf vier Planungsjahre zu erweitern, offen war. In den nächsten Jahren werde das Gesundheitsministerium jedoch verstärkt Augenmerk auf die Prognosequalität legen.
- b) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Empfehlung, die Geburungsvorschaurechnung von zwei auf vier Planungsjahre zu erweitern, nicht umgesetzt worden sei. Es halte aber – abweichend vom Gesundheitsministerium – eine vierjährige Geburungsvorschaurechnung, analog zur mittelfristigen Haushaltsplanung, für den Bereich Pensionsversicherung für sinnvoll.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Planungsvorgaben für die Sozialversicherungsträger weder hinsichtlich des Zeitraums (zwei oder vier Jahre) noch hinsichtlich des Planungsmaßstabs (realistische Planung oder kaufmännische Vorsicht) an jene der Gebietskörperschaften angepasst wurden. Im Redaktionskomitee Rechnungsvorschriften diskutierten das Gesundheitsministerium, das Sozialministerium und die Sozialversicherungsträger die Umsetzung der Empfehlung des RH. Da die Prognosen von WIFO und IHS zum Bruttoinlandsprodukt (**BIP**) nur auf zwei Jahre ausgerichtet und ausgabenseitig Innovationen bei Heilmitteln kaum vorauszusehen waren, lehnten die Finanzleitungen der Sozialversicherungsträger eine mittelfristige Finanzplanung ab, weil diese zu noch größeren Bandbreiten führen würde.
- 2.2 Der RH erachtete seine Empfehlung als nicht umgesetzt, weil sich die Planungsvorgaben der Sozialversicherungsträger zeitlich und hinsichtlich der Planungsmaßstäbe weiterhin von jenen für die Gebietskörperschaften unterschieden.



Der RH verblieb bei seiner Empfehlung an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebarungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und des Planungshorizonts zu vereinheitlichen.

- 2.3 Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz verwies in seiner Stellungnahme auf § 19a der Rechnungsvorschriften für die Erstellung der Gebarungsvorschaurechnung. Danach seien für die Erstellung der Gebarungsvorschaurechnung jene zum Zeitpunkt der Erstellung bekannten Faktoren (wie z.B. die jeweils aktuellsten Wirtschaftswachstumsprognosen und Prognosen über den Beschäftigungsstand, noch nicht veröffentlichte, aber beschlossene Gesetzesänderungen) zu berücksichtigen, die nach kaufmännisch realistisch abschätzbaren Wahrscheinlichkeiten unter Beachtung des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht voraussichtlich die finanzielle Entwicklung des Versicherungsträgers in den dem jeweiligen Geschäftsjahr, für das der Voranschlag erstellt wird, nächstfolgenden zwei Geschäftsjahren beeinflussen werden bzw. können. Beim Prinzip der kaufmännischen Vorsicht handle es sich um einen allgemein anerkannten unternehmensrechtlichen Bewertungsgrundsatz. Die Anwendung dieses Grundsatzes auf das Rechnungswesen der Sozialversicherung erscheine dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz zweckmäßig. Die Empfehlung des RH, den zeitlichen Planungshorizont der Gebarungsvorschaurechnungen von zwei auf vier Jahre zu erweitern, sei in der Regierungsvorlage zum Sozialversicherungs–Organisationsgesetz (§ 443 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) berücksichtigt.

Maßnahmen bei finanziellen Lücken

- 3.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Sozialministerium in seinem Vorbericht (TZ 6) empfohlen, bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in die Rechnungsvorschriften die Vorgabe aufzunehmen, Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.
- (2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, das Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz regle für die Krankenversicherungsträger eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik (§ 16 Abs. 8). Gemäß § 32 Abs. 2 seien bei festgestellten Zielverfehlungen Begründungen und handlungsleitende Empfehlungen der verantwortlichen Stellen einzubringen. Aus diesem Regelungswerk ergebe sich für die Krankenversicherungsträger die Notwendigkeit, sich bei Prognoseabweichungen intensiv mit gegensteuernden Maßnahmen auseinanderzusetzen.
- b) Das Sozialministerium hatte dazu im Nachfrageverfahren keine Angabe gemacht.



(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass in den Rechnungsvorschriften keine Regelung bestand, wonach bei Ausweis von negativen Ergebnissen in den Gebarungsvorschaurechnungen auch Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke vorzuschlagen waren. Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz war zwar das Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik festgeschrieben und ein Monitoringverfahren geregelt. Diese Bestimmungen sahen jedoch eine weniger häufige und weniger detaillierte Darstellung der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger als die Gebarungsvorschaurechnungen vor und waren vorrangig auf die Unterschreitung der Ausgabenobergrenzen ausgerichtet. Auch bei jenen Krankenversicherungsträgern, die ein negatives Betriebsergebnis auswiesen (z.B. die WGKK), waren in den bisherigen Monitoringberichten keine gegensteuernden Maßnahmen enthalten.

- 3.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als nicht umgesetzt, weil die Rechnungsvorschriften weiterhin nicht regelten, dass bei Ausweis von negativen Ergebnissen in den Gebarungsvorschaurechnungen auch gegensteuernde Maßnahmen vorzuschlagen sind.

Der RH verblieb bei seiner Empfehlung an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik in die Rechnungsvorschriften die Vorgabe aufzunehmen, Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.

- 3.3 Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gab in seiner Stellungnahme an, dass mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz in Hinkunft Weisungen über die Struktur und Prozesse für das Zielsteuerungssystem der Sozialversicherung vorgesehen seien. Im Zuge der Erstellung dieser Weisungen werde es eine Umsetzung der Empfehlung des RH prüfen.
- 3.4 Der RH begrüßte die Zusage des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, die Umsetzung seiner Empfehlung zu prüfen.

Gliederung der Prognoserechnung

- 4.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Sozialministerium in seinem Vorbericht (TZ 7) empfohlen, die Gliederung der Prognoserechnungen stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten.
- (2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Empfehlung im Rahmen des Redaktionskomitees Rechnungsvorschriften mit den Sozialversicherungsträgern diskutiert und aufgrund des administrativen Mehraufwands von den Finanzleitungen abgelehnt worden sei. Den Sozialversicherungsträgern würden die steuerungsrelevanten Informationen ohnehin intern zur Verfügung



stehen. Außerdem sollten die Positionen der Prognoserechnung mit jenen der Erfolgsrechnung zwecks Vergleichbarkeit übereinstimmen.

b) Das Sozialministerium hatte im Nachfrageverfahren angegeben, dass es eine ergänzende Stellungnahme als nicht erforderlich erachte.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Vorgaben für die Gliederung der Prognoserechnungen unverändert waren, obwohl von einer verbesserten Gliederung auch externe Nutzer (wie z.B. das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz) profitieren würden. Dies insofern, als diese – im Unterschied zu den Sozialversicherungsträgern – nicht über versicherungsinterne Informationen verfügten.

4.2 Der RH erachtete seine Empfehlung als nicht umgesetzt, da das Gesundheitsministerium die Gliederungsvorschriften für die Prognoserechnungen nicht angepasst hatte. Der RH wies ausdrücklich darauf hin, dass auch die Positionen des Rechnungsabschlusses stärker auf die Steuerungsanforderungen ausgerichtet werden sollten, um die vom Gesundheitsministerium eingeforderte Übereinstimmung von Prognoserechnung und Erfolgsrechnung zu wahren.

Der RH verblieb bei seiner Empfehlung an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, die Gliederung der Prognoserechnungen und der Erfolgsrechnungen stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten.

4.3 Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz führte in seiner Stellungnahme aus, es betrachte die bestehende Gliederung aktuell als zweckmäßig. Das Sozialversicherungs-Organisationsgesetz sehe eine grundlegende Neugestaltung der Organisation der Sozialversicherung vor. Eine allfällige Weiterentwicklung der gegenwärtigen Gliederung erscheine erst nach Umsetzung des Neuorganisationsprozesses zweckmäßig.

4.4 Der RH entgegnete dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, dass gerade aufgrund der Änderungen in der Organisation der Sozialversicherungsträger die Umstellung der steuerungsrelevanten Daten und Prozesse ohnehin erforderlich war. Er verwies auf die bereits im Vorbericht dargestellten Schwächen und Ungleichgewichte bei der derzeitigen Gliederung der Prognoserechnungen und der Erfolgsrechnungen (z.B. die nur insgesamt erfassten Aufwendungen für ärztliche Hilfe unabhängig von der Fachrichtung) und verblieb daher bei seiner Empfehlung.



Abweichungserläuterungen

5.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Sozialministerium in seinem Vorbericht (TZ 13) empfohlen, in den Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen.

(2) Das Gesundheitsministerium und das Sozialministerium hatten im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass diese Empfehlung in der 49. Ergänzung der Rechnungsvorschriften im § 17 Abs. 6 umgesetzt worden sei.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorsahen.

5.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt.

Aussagekräftige Erläuterungen

6.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Sozialministerium in seinem Vorbericht (TZ 13) empfohlen, verstärkt darauf zu achten, dass die Erläuterungen zu den Prognoserechnungen aussagekräftig formuliert sind.

(2) Im Nachfrageverfahren hatten das Gesundheitsministerium und das Sozialministerium auf die vorgenommenen Änderungen in den Rechnungsvorschriften verwiesen (TZ 5) und zugesagt, verstärkt Augenmerk auf die Prognosen und deren Abweichungen vom Endergebnis zu legen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die StGKK und die WGKK im Vergleich zur Vorperiode deutlich konkretere Formulierungen für die Erläuterungen zu den Prognoserechnungen wählten (z.B. Hinweis auf konkrete Wirtschaftsprognosen und deren Werte anstelle allgemeiner Anmerkungen). Allerdings enthielten wesentliche Prognoseannahmen (z.B. Heilmittelausgaben und Beitragseinnahmen für Erwerbstätige) teilweise keine Begründung für ihre geplante Höhe; so wurde z.B. die Erhöhung einer Aufwandsposition mit dem Hinweis „erfahrungsgemäß ist mit Frequenzsteigerungen zu rechnen“ begründet.

6.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als teilweise umgesetzt. Er erachtete die grundsätzlich konkreteren Formulierungen positiv, hielt aber eine weitere Verbesserung für notwendig, um die Prognoserechnung inhaltlich beurteilen und die Annahmen sowie ihre Begründung zwischen den Trägern vergleichen zu können.

Der RH hielt seine Empfehlung an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz aufrecht, verstärkt darauf zu achten, dass die Erläuterungen zu den Prognoserechnungen aussagekräftig formuliert sind.



- 6.3 Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nahm die Empfehlung des RH zur Kenntnis.

Regelmäßige Überprüfung der Qualität der Prognoserechnungen

- 7.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband regelmäßig die Qualität der Prognoserechnungen der Krankenversicherungsträger anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten zu überprüfen.

(2) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren auf die §§ 19 und 19a der Rechnungsvorschriften verwiesen, wonach jene zum Zeitpunkt der Erstellung bekannten Faktoren (wie z.B. Wirtschaftswachstumsprognosen oder nicht veröffentlichte, aber bereits beschlossene Gesetzesänderungen) zu berücksichtigen seien, die unter Beachtung des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht voraussichtlich die finanzielle Entwicklung des Versicherungsträgers beeinflussen würden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Gesundheitsministerium die Prognosequalität der Erfolgsrechnungen der Krankenversicherungsträger (exkl. Betriebskrankenkassen) für die Jahre 2016 und 2017 auswertete und analysierte. Die Ergebnisse lagen jedoch noch nicht vor.

- 7.2 Der RH beurteilte die Empfehlung als teilweise umgesetzt, weil das Gesundheitsministerium die Qualität der Prognoserechnungen ausgewertet hatte, aber noch keine Ergebnisse vorlegen konnte. Er wies darauf hin, dass eine derartige Überprüfung zwar einen einmaligen Aufwand für die Strukturierung der Analyse verursachte, aber aufgrund der gleichbleibenden Struktur der einzelnen Positionen und der elektronischen Datenübermittlung weitgehend automatisierbar wäre.

Der RH verblieb bei seiner Empfehlung an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband regelmäßig die Qualität der Prognoserechnungen der Krankenversicherungsträger anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten zu überprüfen.

- 7.3 Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nahm die Empfehlung des RH zur Kenntnis.



Nutzung von Abweichungen

- 8.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium in seinem Vorbericht (TZ 12) empfohlen, systematisch hohe Abweichungen bei einzelnen Krankenversicherungsträgern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband für Verbesserungen in der Vorgehensweise zu nutzen.
- (2) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren auf die §§ 19 und 19a der Rechnungsvorschriften verwiesen, wonach jene zum Zeitpunkt der Erstellung bekannten Faktoren (wie z.B. Wirtschaftswachstumsprognosen oder nicht veröffentlichte, aber bereits beschlossene Gesetzesänderungen) zu berücksichtigen seien, die unter Beachtung des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht voraussichtlich die finanzielle Entwicklung des Versicherungsträgers beeinflussen.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass das Gesundheitsministerium zwar die Prognosequalität ausgewertet hatte, aber noch keine Ergebnisse vorlagen (TZ 7). Somit hatte es noch keine Maßnahmen ergriffen, um bei einzelnen Krankenversicherungsträgern im Falle regelmäßiger hoher Abweichungen bei einzelnen Positionen eine Verbesserung der Prognosequalität zu erreichen.
- 8.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung daher als nicht umgesetzt.
- Er verblieb bei seiner Empfehlung an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, systematisch hohe Abweichungen bei einzelnen Krankenversicherungsträgern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband für Verbesserungen in der Vorgehensweise zu nutzen.
- 8.3 Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz nahm die Empfehlung des RH zur Kenntnis und merkte in seiner Stellungnahme an, dass bei auffälligen Änderungen einzelner Positionen der Gebarungsvorschaurechnung eine Rückfrage beim Versicherungsträger erfolge. Es sei bestrebt, im Zuge seiner Überprüfungen festgestellte signifikante Abweichungen für Verbesserungen zu nutzen und werde zudem auf eine Umsetzung der Empfehlung des RH im Zielsteuerungssystem der Sozialversicherung hinwirken.

Anstreben einer höheren Planungsgenauigkeit

- 9.1 (1) Der RH hatte der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 8) empfohlen, in der Gebarungsvorschaurechnung eine höhere Planungsgenauigkeit anzustreben. Leitgedanke sollte nicht sein, im Ergebnis jedenfalls besser zu liegen als in der Prognose, sondern mit der Prognose möglichst realistisch die tatsächliche Entwicklung abzuschätzen.



(2) a) Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, sie arbeite an einer verbesserten Genauigkeit der Prognosewerte: Zum einen habe sie seit der Überprüfung durch den RH den internen Abgleich mit dem Rechnungsabschluss um die Geburungsvorschaurechnungen erweitert. Zum anderen würde sie die Entwicklungen zum Vorquartal besonders durchleuchten.

b) Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung zu entsprechen. Es sei ein zentrales Ziel der WGKK, eine möglichst planungsgenaue Geburungsvorschaurechnung zu erstellen. Dieses Ziel werde durch laufende Aktualisierungen und Anpassungen an aktuelle Veränderungen angestrebt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sowohl die StGKK als auch die WGKK eine möglichst realistische Planung als Ziel angaben. Die StGKK sah in ihrer aktuellen Prognose bis 2020 ein positives Betriebsergebnis vor, was aus Sicht des RH angesichts der aktuellen Datenlage dafür sprach, dass sie hinsichtlich der Methodik der Planung im Sinne der RH-Empfehlung vorging.

Die Abweichungen zwischen Prognosen und Ist-Werten waren jedoch nach wie vor hoch, wobei sich im Betrachtungszeitraum auch die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen durchaus volatil zeigten. So veränderte sich für das Jahr 2017 die Prognose der Österreichischen Nationalbank zum Wirtschaftswachstum von 1,5 % im Dezember 2016 (maßgeblich für die Erstellung des Voranschlags im Februar 2017) auf bis zu 3,1 % im Dezember 2017. Im Geschäftsjahr 2016 hatten sich hohe Abweichungen beispielsweise bei den sonstigen betrieblichen Erträgen ergeben, da die StGKK das Zustandekommen eines neuen Rahmenpharmavertrags erst bei Erstellung des Jahresvoranschlags berücksichtigte. Auch beim Rehabilitationsgeld und beim Heilmittelaufwand waren externe Einflüsse für die Abweichungen wesentlich.

9.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt, da die Ausrichtung an einer genaueren, möglichst realitätsnahen Planung statt einer übererfüllbaren Planung sowohl bei der StGKK als auch bei der WGKK plausibel dargestellt war.

Der RH wies allerdings darauf hin, dass die tatsächlichen Abweichungen seit Veröffentlichung des Vorberichts Mitte 2016 noch nicht wesentlich gesunken waren. Dies war aber auch durch externe Faktoren, wie z.B. wesentliche konjunkturelle Änderungen oder den Abschluss eines neuen Rahmenpharmavertrags, bedingt.

9.3 Die StGKK begrüßte in ihrer Stellungnahme, dass der RH ihre Bestrebungen anerkannt und die unerwartete Konjunkturentwicklung berücksichtigt habe.



Benchmarking der Prognosegenauigkeit

- 10.1 (1) Der RH hatte der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 10) empfohlen, regelmäßig ein Benchmarking der Prognosegenauigkeit durchzuführen.
- (2) a) Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie kein trägerübergreifendes Benchmarking im eigentlichen Sinn durchföhre, da viele trägerindividuelle Parameter eine Vergleichbarkeit erschweren würden (z.B. bei Heilmitteln oder beim Krankengeld).
- b) Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, es erfolge ein grobes Benchmarking, da die Prognoserechnungen anderer Träger im Hinblick auf die Ausgleichsfondszahlungen von zentraler Bedeutung für die WGKK seien. Ein detailliertes Benchmarking sei als zentrale Aufgabe der Kontrolle für alle Träger dem Hauptverband zuzuordnen.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die WGKK die Prognoserechnungen anderer Krankenversicherungsträger mehrfach erhob. Dies allerdings vorwiegend im Hinblick auf ihre Gesamtergebnisse, da diese die erwarteten Zahlungen an die WGKK aus dem Ausgleichsfonds beeinflussten, und nicht im Hinblick auf die Anpassung einzelner Entwicklungsparameter. Die StGKK führte kein Benchmarking durch.
- 10.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung bei der StGKK als nicht umgesetzt und bei der WGKK als teilweise umgesetzt. Er wies auf die Anregung der WGKK hin, wonach ein Benchmarking der Prognosegenauigkeit eine Aufgabe des Hauptverbands sei. Dies insofern, als solche regelmäßige Auswertungen automationsunterstützt und ressourcenschonend erfolgen könnten.
- Der RH empfahl dem Hauptverband, regelmäßig ein Benchmarking der Prognosegenauigkeit durchzuführen.
- 10.3 (1) Der Hauptverband merkte in seiner Stellungnahme an, dass er stets daran interessiert sei, die Genauigkeit einschlägiger Prognosen zu verifizieren bzw. zu verbessern. In diesem Sinn werde er auch den Vorschlag des RH im Auge behalten.
- (2) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie für die wesentlichen Positionen der Erfolgsrechnung, die der Träger steuern könne, anlässlich der Erstellung des Rechnungsabschlusses bzw. der quartalsweisen Gebarungsvorschaurechnungen für Hauptpositionen ein Benchmarking mit den Ergebnissen der übrigen Gebietskrankenkassen durchföhre. Einen Mehrwert für das Benchmarking der Prognosegenauigkeit könne sie jedoch nicht erkennen. Wesentlich sei für sie eine möglichst genaue Einschätzung der relevanten Entwicklungen. Diese könnten jedoch in den Bundesländern sehr unterschiedlich sein, was die Aussagekraft eines direkten



Trägervergleichs in Bezug auf die Exaktheit der Vorschau erschwere. Auch die Expertinnen und Experten der Wirtschaftsforschungsinstitute hätten Probleme mit den Rahmenbedingungen für ihre Einschätzungen. Wenn ein Benchmarking etabliert werden solle, sei dieses beim Hauptverband einzurichten.

Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung

- 11.1 (1) Der RH hatte der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 11) empfohlen, die Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung zu verstärken, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan–Ist–Vergleiche.
- (2) a) Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, sie analysiere die Entwicklung der Ansätze im Rahmen der Gebarungsvorschau bzw. der Erfolgsrechnung und thematisiere diese auch in den Gremien (Vorstand, Generalversammlung und Kontrollversammlung). Insbesondere analysiere sie die Abweichung der Erfolgsrechnung zum Jahresvoranschlag und prüfe dabei kritisch die dort gewählten Ansätze.
- b) Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung zu entsprechen. Die Prognoserechnungen würden möglichst zeitnah zu den Sitzungsterminen (entsprechend den Abgabeterminen in den Rechnungsvorschriften) erstellt und den Gremien vorgelegt. Die Abweichungsanalysen würden quartalsweise erfolgen und spezielle Steuerungsthemen besonders thematisieren. Die Befassung der Gremien mit dem Voranschlag bzw. der Gebarungsvorschaurechnung sei von den jeweiligen Sitzungsterminen abhängig.
- (3) Der RH stellte nunmehr fest, dass sowohl die StGKK als auch die WGKK die Gremien aus Termingründen nach wie vor – abhängig vom Sitzungstermin – in rd. 80 % der Fälle erst nach Versendung der Prognoserechnungen an den Hauptverband und das Gesundheitsministerium befassten. Beispielsweise beschloss der Vorstand der StGKK Mitte Dezember 2017 gleichzeitig die Prognoserechnung aus August und aus November.
- 11.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als teilweise umgesetzt, da die StGKK und die WGKK rd. 80 % der Gebarungsvorschaurechnungen bereits weitergeleitet hatten, bevor der Vorstand als geschäftsführendes Organ damit befasst war. Er verwies auf seine Empfehlungen, bei negativen Ergebnissen Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücken gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen (TZ 3) und aussagekräftige Erläuterungen zu den Prognosen zu erstellen (TZ 6).



Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung an die StGKK und die WGKK, die Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung zu verstärken, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan–Ist–Vergleiche.

11.3 (1) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie besonderen Fokus auf die Prognosegenauigkeit des Jahresvoranschlags sowie der zugehörigen Gebarungsvorschaurechnung lege. Dabei sei neben der Büroebene auch die Selbstverwaltung insofern eingebunden, als alle Ansätze in Ausschüssen der Kontrollversammlung behandelt und diskutiert würden. Da diese Sitzungen generell vor der definitiven Erstellung und Versendung der Unterlagen an die Gremien stattfinden, seien Änderungen der vorgeschlagenen Ansätze durch ihre Versicherungsvertreterinnen und –vertreter auch noch im Rahmen der Behandlung der Tagesordnungspunkte während der Sitzungen möglich. Die quartalsweise rollierenden Gebarungsvorschaurechnungen würden mit den Spitzen der Selbstverwaltung im Vorfeld abgestimmt.

(2) Die WGKK gab in ihrer Stellungnahme an, der Empfehlung teilweise zu entsprechen. Das Ziel der vorläufigen Erfolgsrechnung bzw. der Gebarungsvorschaurechnung sei, eine Prognosevorschau auf möglichst aktuelle Daten einzubeziehen und diese zeitnah an das Ministerium zu übermitteln. Die quartalsweisen Abgabetermine beginnend mit 15. Mai seien in den Rechnungsvorschriften deshalb so gewählt, weil dann die Beitragsabrechnungen der jeweiligen Quartale abgeschlossen seien.

Grundsätzlich werde in jeder Vorstandssitzung zeitnah über die aktuelle Entwicklung der bedeutendsten Erfolgsrechnungspositionen berichtet, sodass jederzeit die Möglichkeit bestünde, auf wesentliche Änderungen zu reagieren und die Entwicklungen in den nächsten Prognoseberechnungen zu berücksichtigen.

11.4 Der RH verwies gegenüber der StGKK und der WGKK erneut darauf, dass sich die StGKK und WGKK in rd. 80 % der Fälle erst nach Versendung der Prognoserechnungen an den Hauptverband und das Gesundheitsministerium mit diesen befassten. Eine allgemeine Information über aktuelle Entwicklungen (WGKK) oder ein Vorgespräch in Ausschüssen (StGKK) vor Versendung war nach Ansicht des RH nicht gleichbedeutend mit der Beschlussfassung der zuständigen Gremien über die in Form und Inhalt geregelten Gebarungsvorschaurechnungen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.



Zielsteuerung

Berücksichtigung aktueller Entwicklungen und rollierende Planung

- 12.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 20, TZ 23) empfohlen, bei der künftigen Steuerung (Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 verstärkt die aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen und auf einer rollierenden Planung aufzubauen.

Weiters hatte der RH dem Gesundheitsministerium in seinem Vorbericht (TZ 29) empfohlen, bei der Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016 diese gegenüber einer möglichst realistischen Basis zu berechnen.

(2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren auf die im Rahmen des Finanzausgleichs im Jahr 2016 festgelegten Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen für die Jahre 2017 bis 2021 verwiesen. Dabei seien – soweit möglich – auch die aktuellen Entwicklungen berücksichtigt worden. Rollierende Ausgabenobergrenzen seien im Hinblick auf sinnvolle Ausgabendämpfung und Planungssicherheit für nicht umsetzbar erachtet worden.

b) Der Hauptverband hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, eine rollierende Festlegung der Ausgabenobergrenzen sei mit einem sehr hohen administrativen Aufwand verbunden. Dies würde für jedes Jahr gesonderte Verhandlungen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern erfordern. Durch die Koppelung an die mittelfristige BIP-Prognose erfolge eine rollierende Planung in einem mittelfristigen Zeithorizont.

c) Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie bei der Festlegung der Finanzziele für 2016 die Empfehlung des RH umgesetzt und sich eine ambitioniertere Ausgabenobergrenze gesetzt habe. Sie habe infolge verschiedener Maßnahmen selbst diese ehrgeizige Grenze unterschreiten können.

d) Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung zu entsprechen. Ihre Planwerte sollten nach Möglichkeit die Realität so gut wie möglich widerspiegeln und würden dementsprechend unterhalb der Ausgabenobergrenze liegen. Die Ausgabenobergrenzen seien gemeinsam mit den Ländern in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium und ab 2017 in Anlage 1.4 des Zielsteuerungsvertrags auf Bundesebene (**Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021**) festgelegt worden. Dabei sei eine stufenweise Annäherung an den prognostizierten BIP-Pfad



vorgesehen, weshalb die Steigerungsraten der Ausgabenobergrenzen bis 2021 sinken würden (von +3,6 % im Jahr 2017 auf +3,2 % im Jahr 2021).

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Ausgabenobergrenzen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021 nicht auf den tatsächlichen Ausgaben 2016, sondern auf der laut Kurzbericht zum Monitoring der Finanzzielsteuerung 2017/II um rd. 464,77 Mio. EUR höheren und bereits 2012 festgelegten Ausgabenobergrenze 2016 basierten und bis zum Ende der Zielsteuerungsperiode beträchtlich festgelegt waren. Diese Vorgangsweise entsprach nicht der empfohlenen rollierenden, die aktuelle Entwicklung berücksichtigenden Planung.

Die WGKK übernahm diese Ausgabenobergrenzen – wie bereits in der Periode 2012 bis 2016 – in ihre interne Zielsteuerung.

Die StGKK hatte im Unterschied dazu für das Jahr 2016 als einziger Krankenversicherungsträger gegenüber dem Hauptverband eine abweichende Zielsetzung formuliert. Anstatt des möglichen Maximalwerts von rd. 1.024,67 Mio. EUR vereinbarte sie mit dem Hauptverband einen Zielwert von 977,97 Mio. EUR. Für die Jahre 2017 und 2018 übernahm sie die Ausgabenobergrenzen gemäß Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021. Als internes Unternehmensziel hielt sie jedoch an der Erreichung eines positiven Betriebsergebnisses fest. Nach den Geburungsvorschaurechnungen wird dieses Ziel voraussichtlich auch erreicht werden.

12.2 Die StGKK setzte die Empfehlung des RH teilweise um, weil sie unabhängig von den bereits 2012 festgelegten Ausgabenobergrenzen 2016 nach einer Beurteilung der aktuellen finanziellen Lage neue Ziele für das Jahr 2016 festlegte. Für die Jahre 2017 und 2018 übernahm sie jedoch wieder die Ausgabenobergrenzen laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021.

Weder der Hauptverband noch das Gesundheitsministerium setzten die an sie gerichteten Empfehlungen um. Sie schrieben lediglich die Ausgabenobergrenzen aus dem Jahr 2012 für die Jahre 2017 bis 2021 – wenn auch mit aktualisierten Steigerungsraten – fort.

Der RH wies darauf hin, dass die resultierenden Ausgabenobergrenzen bestenfalls als Indikator für besondere fiskalpolitische Maßnahmen (etwa gesetzliche Eingriffe) geeignet waren, aber nicht als operative Ziele für den laufenden Betrieb. Dies hatte negative Auswirkungen auf die interne Steuerung der Krankenversicherungsträger (TZ 18), aber auch auf eine Hinterlegung mit konkreten Maßnahmen und Einsparungspotenzialen (TZ 17).



Angesichts der bis 2021 festgelegten Ausgabenobergrenzen hielt es der RH für wesentlich, diese strategischen Ziele durch operative, auf einer rollierenden Planung basierenden Finanzziele zur Unternehmenssteuerung zu ergänzen und verwies auf seine Empfehlung zu TZ 18.

12.3 (1) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Empfehlung des RH auf eine jährliche Neuverhandlung der Ausgabenobergrenzen 2017 bis 2021 mit Bund, Ländern sowie Krankenversicherungsträgern hinausliefe. Dies sei mit einem nicht vertretbaren Zeit- und Ressourcenaufwand aller Beteiligten verbunden und könne mit vertretbarem Aufwand nicht erfolgen. Auch beim Finanzausgleich sowie bei der Gesundheitsreform bzw. der Neuregelung in den §§ 443 f. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz i.d.F. des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes sei eine mehrjährige Vorgehensweise vorgesehen.

(2) Die StGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie sich als einziger Träger 2016 wesentlich ambitioniertere Finanzziele gesetzt habe. Im Folgejahr seien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit für die Periode ab 2017 die Ausgabenobergrenzen neu festgelegt worden. Die StGKK habe ab dem Jahr 2009 einen strengen Ausgabendämpfungskurs eingeleitet, der die Aufwendungen auch im Vergleich mit den anderen Krankenversicherungsträgern entsprechend reduziert habe. Dadurch habe sich – auch durch die Verringerung ihres Aufwandniveaus – der Anteil der StGKK an der Summe der Ausgabenobergrenze für Krankenversicherungsträger von 9,97342 % auf 9,63492 % reduziert, weil als Basisjahr das Ergebnis des Geschäftsjahrs 2015 herangezogen worden sei.

Die StGKK beschäftigte sich intensiv mit aktuellen Entwicklungen und berücksichtige diese auch bei der Festlegung der Finanzziele. In der Praxis habe sich jedoch gezeigt, dass diese im Bereich der ärztlichen Hilfe aufgrund der späten Abschlüsse mit der Ärztekammer mit Unschärfen verbunden seien. Eine rollierende Planung für die Finanzziele liefere somit aufgrund der Rahmenbedingungen wenig Mehrwert für die Träger, sei aber mit großem administrativen Mehraufwand sowohl für die Träger als auch für den Hauptverband verbunden.

Für die StGKK seien für die Steuerung nicht nur die Finanzziele maßgeblich, sondern sie habe mit ihrer Maxime, ein positives Betriebsergebnis zu erzielen, den eigentlich strengsten Ansatz gewählt, den Gesamtaufwand jährlich erfolgreich reduzieren können, und ihre finanzielle Gesundung stets vorangetrieben. Die resultierenden Gebarungserfolge habe sie zum Aufbau der gesetzlichen Rücklagen genutzt.

12.4 Der RH entgegnete dem Hauptverband und der StGKK, dass die Regelungen im Sozialversicherungs-Organisationsgesetz (§ 443 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz) – wie auch bisher schon – eine quartalsweise rollierende Gebarungsvorschaurechnung vorsahen und im Rahmen der Zielsteuerung (§ 441 f. Allgemeines Sozialversi-



cherungsgesetz) ein jährlicher Beschluss für das folgende Kalenderjahr und für eine mittelfristige Periode (zur Zeit der Gebarugsüberprüfung zwei Jahre) zu fassen war. Er hielt weiters den administrativen Aufwand für eine vierteljährliche positionsweise Gebarungsvorschau (TZ 10) für erheblich größer als für die jährliche Abstimmung von Finanzz Zielen.

Ambitioniertere Neufestlegung der Finanzziele ab 2016

13.1

(1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 29, TZ 40) empfohlen, die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger gemeinsam mit den Partnern der Zielsteuerung Gesundheit ab dem Jahr 2016 neu festzulegen und dabei das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu berücksichtigen. Die Vorgaben für die Krankenversicherungsträger sollten daher ambitionierter erfolgen.

(2) Das Gesundheitsministerium und der Hauptverband hatten im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger seien im Zuge des Finanzausgleichs gemeinsam mit den Partnern der Zielsteuerung Gesundheit (Bund und Ländern) neu festgelegt worden. Diese Ausgabenobergrenzen seien auf Bundesebene in der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit 2017 sowie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 festgelegt. Bei der Festlegung von Ausgabendämpfungen (Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 sei das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik – soweit wie möglich – berücksichtigt worden. Art. 15 Abs. 10 der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit 2017 sehe vor, dass bei der Umsetzung der Finanzzielsteuerung jedenfalls sicherzustellen ist, dass die Krankenversicherungsträger eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik anzustreben haben.

Der Hauptverband hatte weiters mitgeteilt, der jährliche Ausgabenzuwachs sei schrittweise verringert (2017: 3,6 %, 2018: 3,5 %, 2019: 3,4 %, 2020: 3,3 %, 2021: 3,2 %) und gesetzlich verankert worden.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass die Ausgabenobergrenzen in der Vereinbarung Zielsteuerung-Gesundheit 2017 sowie im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 auf einer Fortschreibung der Ausgabenobergrenzen 2016 ohne Berücksichtigung der Einnahmenprognosen basierten. Die Einhaltung dieser Ausgabenobergrenzen konnte daher noch keine ausgeglichene Gebarung gewährleisten.

Die Gebarungsvorschaurechnung für alle Krankenversicherungsträger vom Februar 2018 ergab dementsprechend für das Jahr 2020 einen negativen Saldo der Gesamteinnahmen und Gesamtausgaben (Bilanzverlust) von rd. 201,41 Mio. EUR. Dabei würden die Ausgabenobergrenzen jedoch noch immer um rd. 360,59 Mio. EUR unterschritten sein.



Parallel dazu hatte der Gesetzgeber² die Krankenversicherungsträger zwar verpflichtet, eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik anzustreben. Die Finanzzielsteuerung bestehend aus Zielfestlegung, Monitoring und Sanktionsmechanismen erfasste diese Vorgabe jedoch nicht. Das Verhältnis der beiden unterschiedlichen Zielvorgaben blieb damit unklar. Die Rechnungsvorschriften sahen vor, dass durch Überschüsse eine Leistungssicherungsrücklage in Höhe eines Zwölftels der Jahresausgaben für Versicherungsleistungen aufgebaut werden konnte.

- 13.2 Der RH beurteilte die Empfehlung als nicht umgesetzt, da die Festlegung der Zielwerte in der Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit 2017 sowie im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 nicht sicherstellte, dass das geforderte, zumindest ausgeglichene Ergebnis der Krankenversicherungsträger gewährleistet war.

Angesichts der bis 2021 festgelegten Ausgabenobergrenzen hielt es der RH für wesentlich, diese strategischen Finanzziele durch operative, zumindest eine ausgeglichene Gebarung sicherstellende Finanzziele zur Unternehmenssteuerung zu ergänzen und verwies auf seine Empfehlung zu TZ 18.

- 13.3 Der Hauptverband verwies auf seine Stellungnahme zum Vorbericht und merkte an, dass das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz gesetzlich festgeschrieben und daher von den Krankenversicherungsträgern ohnehin zu verfolgen sei.
- 13.4 Der RH entgegnete dem Hauptverband, dass er es für zweckmäßig erachtete, zur Unternehmenssteuerung das allgemeine gesetzliche Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik durch eine operative Planung zu unterlegen. Außerdem verblieb der RH bei seiner Ansicht, dass die beiden Ziel–Systeme (ausgeglichene Gebarung und Ausgabenobergrenzen laut Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021) unterschiedliche Werte vorgaben und daher für die operativ Verantwortlichen unklar blieb, woran sie sich orientieren sollten. Dies entsprach nicht den Grundsätzen einer klaren Steuerung. Er blieb daher bei seiner Empfehlung.

Trennung strategischer und operativer Steuerungsziele

- 14.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 20) empfohlen, strategische Vorgaben klarer von operativen Steuerungszielen zu trennen; weiters wäre sicherzustellen, dass Anreize für eine ambitionierte Gestaltung der Ziele bestehen.

² § 16 Abs. 8 Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I 81/2013 (außer Kraft getreten am 31. Dezember 2016) bzw. BGBl. I 26/2017 (in Kraft getreten am 1. Jänner 2017)



(2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 eine klarere Trennung der strategischen Vorgaben von operativen Steuerungszielen und Maßnahmen erfolgt sei. Die aktuellen Gegebenheiten bei der Festlegung von Zielen und Maßnahmen seien so weit wie möglich berücksichtigt worden.

b) Der Hauptverband hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass strategische und operative Ziele nun getrennt seien. Zusätzlich würden laufende Arbeiten berücksichtigt.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 sowie die Balanced Scorecard der Sozialversicherung als Ausgabenobergrenzen weiterhin Werte verwendeten, die zwar den strategischen Konnex zwischen der Entwicklung des BIP und den Gesundheitsausgaben im Auge behielten, aber zur operativen Steuerung der Finanzen wenig geeignet waren. Dies insofern, als bereits die Ausgangsbasis (die Ausgabenobergrenze 2016) um rd. 464,77 Mio. EUR von den tatsächlichen Ausgaben für das Jahr 2016 abwich ([TZ 12](#)) und die Einhaltung der Finanzziele nicht die gesetzlich geforderte zumindest ausgeglichene Gebarung sicherstellen konnte ([TZ 13](#)). Die WGKK verwendete die Ausgabenobergrenzen dennoch auch zur internen Unternehmenssteuerung ([TZ 12](#)).

Der RH stellte weiters fest, dass weiterhin keine Anreize für ambitionierte Finanzziele bestanden. Bis inklusive des Jahres 2018 war der Krankenkassenstrukturfonds zur Ausschüttung von insgesamt jährlich 10 Mio. EUR an die Gebietskrankenkassen bei Zielerreichung dotiert (Krankenkassen-Strukturfondsgesetz). Wer sich ambitionierte Ziele setzte, riskierte damit lediglich den Ausfall der anteiligen Ausschüttungen aus dem Krankenkassenstrukturfonds.

14.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als nicht umgesetzt.

Er empfahl dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Hauptverband, darauf hinzuwirken, dass alle Träger interne Finanzziele nach den Anforderungen rollierende Planung, realistische Ausgangsbasis und zumindest ausgeglichene Gebarung ([TZ 18](#)) festlegen.

14.3 (1) Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass mit dem Sozialversicherungs-Organisationsgesetz die neun bestehenden Gebietskrankenkassen im bundesweiten Krankenversicherungsträger „Österreichische Gesundheitskasse“ aufgehen sollen. Dadurch sei zu erwarten, dass die Festlegung und Steuerung der Finanzziele in Zukunft auch bundesweit ausgleichend erfolgen würden. Die Gesamtbudgethöhe werde zukünftig von der Hauptstelle der Österreichischen Gesundheitskasse wahrgenommen. Dieser obliege auch die Steuerung inklusive der strategischen, gesamt-



haften und bundesländerübergreifenden Gesundheitsplanung. Sie habe für eine bundesweit ausgeglichene Gebarung zu sorgen und den Landesstellen ausreichende Mittel entsprechend ihren Aufgaben zur Verfügung zu stellen. Der Österreichischen Gesundheitskasse falle auch die Aufgabe zu, Verwaltungskosten nachhaltig zu senken und Synergien zu heben. Zudem sehe das Sozialversicherungs–Organisationsgesetz ein neues Zielsteuerungssystem vor. Die Aufsichtsbehörde sei künftig laufend über die Erarbeitung der Ziele zu informieren. Bereits vor seiner Beschlussfassung sei das Zielsteuerungssystem mit der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sowie mit dem Bundesminister für Finanzen abzustimmen. Dadurch werde die Bedeutung des Zielsteuerungssystems massiv gehoben und in den Aufgaben der Aufsichtsbehörde verstärkt verankert.

(2) Laut Stellungnahme des Hauptverbands könne er besonders in diesem Zusammenhang den Strategien der neuen Verwaltungskörper nicht vorgreifen.

- 14.4 Der RH nahm den Hinweis auf das Sozialversicherungs–Organisationsgesetz zur Kenntnis und verwies gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und dem Hauptverband darauf, seine Empfehlungen insbesondere zur Planung und Steuerung im Rahmen der bei der Reorganisation zu treffenden Neufestlegungen zu berücksichtigen.

Verteilung der Gesamtziele auf die einzelnen Krankenversicherungsträger

- 15.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 22, TZ 30) empfohlen, bei der Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016 sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger zu entwickeln.

(2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass darüber kein Einvernehmen mit den Ländern erzielt worden sei. Daher erfolge auch bei den Sozialversicherungsträgern keine Differenzierung.

b) Der Hauptverband hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Ausgabenobergrenzen 2017 bis 2021 seien auf die einzelnen Träger aufgeteilt worden. Der Aufteilungsschlüssel entspreche dem jeweiligen Anteil des Krankenversicherungsträgers an den im Rahmen der Zielsteuerung–Gesundheit relevanten tatsächlichen Ausgaben 2015. Um unterschiedliche Ausgangslagen der einzelnen Träger zu berücksichtigen, bleibe die Erfüllung dieser Trägerziele diesen überlassen. Das Vorhaben, die Gesamtziele nach sachlichen Kriterien zu verteilen, sei in der Balanced Scorecard unter Federführung des Hauptverbands verankert.



c) Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren neuerlich mitgeteilt, dass sie bei der Festlegung der Finanzziele für 2016 die Empfehlung des RH umgesetzt und sich eine ambitioniertere Ausgabenobergrenze gesetzt habe ([TZ 12](#)).

d) Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren darauf hingewiesen, dass die Verteilung der Gesamtziele und deren Anknüpfungspunkte zentrale Aufgaben des Hauptverbands seien.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass eine Verteilung der Ausgabenobergrenzen nach sachlichen Kriterien (wie konkrete Einsparungsmöglichkeiten, bisher erzielte Erfolge, besonders hohe Ausgaben einzelner Krankenversicherungsträger) im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 nicht erfolgt war.

Der RH stellte weiters fest, dass die StGKK für das Jahr 2016 anstatt der möglichen Maximalausgaben von rd. 1.024,67 Mio. EUR einen Zielwert von 977,97 Mio. EUR mit dem Hauptverband vereinbarte, für die Jahre 2017 und 2018 jedoch wieder die Werte des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021 übernahm ([TZ 12](#)).

15.2 Der RH beurteilte die Verteilung nach einem Ausgabenschlüssel als nicht geeignet, da dieser konkrete Einsparungsmöglichkeiten der Krankenversicherungsträger außer Acht ließ. Er beurteilte daher seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium, den Hauptverband und die WGKK als nicht umgesetzt. Er hielt es für wesentlich, die strategischen Finanzziele durch operative Finanzziele zur Unternehmenssteuerung zu ergänzen und verwies auf seine Empfehlung zu [TZ 18](#).

Seine Empfehlung an die StGKK beurteilte der RH aufgrund der ambitionierteren Zielsetzung 2016 als teilweise umgesetzt.

Er empfahl dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK, bei der Festlegung der Finanzziele im Sinne der [TZ 14](#) sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger (beispielsweise finanzielle Lage oder Höhe des Defizits) zu entwickeln.

15.3 (1) Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz verwies auf seine Stellungnahme zu [TZ 14](#)

(2) Der Hauptverband merkte in seiner Stellungnahme an, die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016 seien in Abstimmung mit den Krankenversicherungsträgern erneut schlüsselmäßig (auf Basis des Jahres 2015) verteilt worden. Weiters verwies er erneut auf seine Stellungnahme zum Vorbericht, wonach die Zielsetzung einer Verteilung der Gesamtziele nach sachlichen Kriterien in der Balanced Scorecard der Sozialversicherung unter Federführung des Hauptverbands verankert sei.



(3) Die StGKK gab in ihrer Stellungnahme an, sie begrüße die Berücksichtigung sachlicher Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger, da bei den einzelnen Trägern unterschiedliche Gegebenheiten und Voraussetzungen zu beachten seien. Zwischen den Beteiligten müsse jedenfalls ein Ausgleich gefunden werden, der niemanden grob benachteilige und überdies sicherstelle, dass die individuellen (Steuerungs)Möglichkeiten und der aktuelle (Träger)Status entsprechend berücksichtigt würden. Die Einrichtung eines komplexen Ziel- und Maßnahmensystems samt Reporting müsse mit einem Mehrwert für die einzelnen Betroffenen verbunden sein, der den damit verbundenen administrativen Mehraufwand rechtfertige. Die Zielerreichung sei mittelfristig (über ein Jahr hinaus) zu beurteilen.

(4) Die WGKK gab an, dass im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 zwischen dem Bund, der Sozialversicherung und den Ländern die Ausgabenobergrenzen und die Verteilung auf die einzelnen Länder und Krankenversicherungsträger bis einschließlich 2021 enthalten seien. Eine Änderung dieser Werte sei nur im Verhandlungsweg erzielbar und liege daher nicht im alleinigen Verantwortungsbereich der WGKK. Sie könne der Empfehlung daher nicht entsprechen.

15.4 (1) Der RH verwies gegenüber dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz auf seine Gegenäußerung zu TZ 14.

(2) Gegenüber der WGKK merkte der RH an, dass sich seine Empfehlung in der Follow-up-Überprüfung nicht auf eine Änderung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021, sondern auf dessen Ergänzung durch Vorgaben zur internen Unternehmenssteuerung bezog.

Jährliche Quantifizierung der Ziele auf Fachbereichsebene

16.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, die Ziele auch für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe, etc.) jährlich zu quantifizieren, sodass ein jährliches Monitoring möglich ist.

(2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass eine Einigung darüber mit den Ländern nicht zustande gekommen sei. Daher hätten auch die Sozialversicherungsträger nicht nach einzelnen Fachbereichen differenziert.



b) Der Hauptverband hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass er im Rahmen der Finanzziele der Balanced Scorecard sieben Einzelfinanzziele je Krankenversicherungsträger formuliert habe: Vertragsärzte, Institute, Physiotherapie, Medikamente, Heilbehelfe bzw. Hilfsmittel sowie sonstige Aufwendungen.

c) Bei der StGKK fand kein Nachfrageverfahren statt. Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung zu entsprechen. Die Quantifizierung für die einzelnen Bereiche sei zwar in der Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit 2017 unterblieben, jedoch würde die Balanced Scorecard der Sozialversicherung die Ausgabenobergrenze jährlich auf die vorgesehenen Einzelfinanzziele pro Träger aufteilen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass eine fachbereichsspezifische Zielfestlegung für die einzelnen Jahre nur in der Balanced Scorecard der Sozialversicherung, nicht aber in der Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit 2017 oder im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 erfolgt war.

16.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als teilweise umgesetzt, weil die Balanced Scorecard der Sozialversicherung die Ausgabenobergrenzen für jedes Jahr in einzelne Fachbereiche aufteilte. Da in der Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit 2017 bzw. im Bundes–Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 eine diesbezügliche Vorgabe fehlte, war diese Aufschlüsselung jedoch im entsprechenden Monitoring nicht enthalten.

Angesichts der bereits bis 2021 erfolgten Festlegung der Ausgabenobergrenzen nahm der RH von einer erneuten Empfehlung Abstand.

16.3 Der Hauptverband und die StGKK verwiesen in ihren Stellungnahmen erneut auf die bereits erwähnten Einzelfinanzziele im Rahmen der Balanced Scorecard.

Die StGKK verwies neuerlich auf ihre Stellungnahme zu TZ 15, wonach die Einrichtung eines komplexen Ziel– und Maßnahmensystems samt Reporting mit einem Mehrwert für die einzelnen Betroffenen verbunden sein müsse, der den damit verbundenen administrativen Mehraufwand rechtfertige. Die Zielerreichung sei mittelfristig (über ein Jahr hinaus) zu beurteilen.

Zuordnung von Einsparungspotenzialen zu Maßnahmen

17.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium, dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 30) empfohlen, bei der künftigen Zielfestlegung Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen zu hinterlegen.



(2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass zu dieser Empfehlung auch für die Periode 2017 bis 2021 kein Einvernehmen zustande gekommen sei.

b) Der Hauptverband hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, die Aufteilung bzw. die Erfüllung der Trägerziele sei der Autonomie der Sozialversicherungsträger überlassen.

Einer Bewertung von Maßnahmen vorweg und im Monitoring seien dadurch Grenzen gesetzt, dass es im Gesundheitswesen keine monokausalen Wirkungszusammenhänge gebe. Die Wirkung von Maßnahmen könne über kurze Zeiträume bestens anhand von Simulationen ermittelt werden. Die Finanzziele seien schon bisher jährlich *ex ante* je Fachbereich quantifiziert.

c) Bei der StGKK fand dazu kein Nachfrageverfahren statt. Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie der Empfehlung nicht entsprochen und die Einzelfinanzziele daher nicht mit Einsparungspotenzialen hinterlegt habe. Dabei sei zu bedenken, dass die Erfolgsmessung von einzelnen Maßnahmen oftmals nicht bestimmbar sei. Durch eine laufende „Effektmessung“ der einzelnen Maßnahmen würden zusätzliche Ressourcen gebunden und damit der Verwaltungsaufwand erhöht.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 zwar einerseits Ausgabenobergrenzen und andererseits operative Ziele und Maßnahmen (z.B. zu den Versorgungsstrukturen und der Qualität der Versorgung) vereinbart wurden, aber keine Verbindung zwischen den geplanten Maßnahmen und konkreten Einsparungspotenzialen hinterlegt war. Weder die StGKK noch die WGKK quantifizierten Einsparungsziele einzelner Maßnahmen in ihren Balanced Scorecards.

17.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als nicht umgesetzt. Er wies darauf hin, dass ohne finanzielle Bewertung einzelner Maßnahmen deren Bedeutung für die Zielerreichung unklar blieb. Im Hinblick auf die Schwächen der Ausgabenobergrenzen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021 (TZ 12 und TZ 13) hielt der RH eine Hinterlegung dieser Werte mit Einzelmaßnahmen für nicht zweckmäßig. Für die unter TZ 18 festzulegenden internen Finanzziele hielt er jedoch seine Empfehlung an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, den Hauptverband, die StGKK und die WGKK, bei der Zielfestlegung Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen zu hinterlegen, aufrecht.



- 17.3 (1) Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz verwies in seiner Stellungnahme erneut auf das Sozialversicherungs–Organisationsgesetz (TZ 14). Dadurch werde die Bedeutung des Zielsteuerungssystems massiv gehoben und in den Aufgaben der Aufsichtsbehörde verstärkt verankert.
- (2) Der Hauptverband merkte in seiner Stellungnahme an, Bund, Länder und Krankenversicherungsträger hätten für die Periode 2017 bis 2021 von einer Fortschreibung der Ausgabenentwicklung ohne Intervention und einer damit verbundenen Darstellung von Ausgabendämpfungseffekten Abstand genommen. Im Übrigen seien einer Bewertung von Maßnahmen durch multikausale Wirkungszusammenhänge Grenzen gesetzt.
- (3) Die StGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, die bisher praktizierte Vorgangsweise zur Zielfestlegung und Mittelverteilung mit dem Fokus auf ein Berichtsjahr und unter Vernachlässigung von Trägerspezifika stehe dem Setzen ambitionierter Ziele ebenso im Weg wie der enge Zeitrahmen. Zwischen den Beteiligten müsse ein Ausgleich gefunden werden, der niemanden grob benachteilige und überdies sicherstelle, dass die individuellen (Steuerungs)Möglichkeiten, aber auch der aktuelle (Träger)Status entsprechend berücksichtigt werden. Die Einrichtung eines komplexen Ziel- und Maßnahmensystems samt Reporting müsse überdies mit einem Mehrwert für die einzelnen Betroffenen verbunden sein, der den damit verbundenen administrativen Mehraufwand rechtfertige. Die Zielerreichung sei mittelfristig (über ein Jahr hinaus) zu beurteilen.
- (4) Laut Stellungnahme der WGKK prüfe sie, ob und wie sie der Empfehlung des RH am besten entsprechen könne. Sie setze laufend Maßnahmen mit dem Ziel der Kostendämpfung. Einer Ex-ante–Bewertung einzelner Maßnahmen seien jedoch durch multikausale Wirkungszusammenhänge Grenzen gesetzt. Zudem würden durch eine laufende „Effektmessung“ einzelner Maßnahmen zusätzliche Ressourcen gebunden.

- 17.4 Der RH stimmte dem Hauptverband, der StGKK und der WGKK zu, dass die Zuordnung von Einsparungspotenzialen zu Maßnahmen aufgrund der organisatorischen Änderungen, multikausaler Wirkungszusammenhänge und der notwendigen Ressourcen eine Herausforderung darstellte. Er verblieb jedoch bei seiner Ansicht, dass eine Steuerung und Priorisierung von Vorhaben ohne deren (auch) finanzielle Bewertung nicht zweckmäßig waren. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Interne Unternehmenssteuerung

- 18.1 (1) Der RH hatte der StGKK und der WGKK in seinem Vorbericht (TZ 36) empfohlen, strategische Zielvorgaben für eine interne Unternehmenssteuerung zu entwickeln, diese in ein Zielsteuerungssystem (etwa die Balanced Scorecard) aufzunehmen und regelmäßig zu evaluieren.



(2) a) Die StGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, sie verfolge seit dem Jahr 2009 eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik mit dem Ziel, ein positives Betriebsergebnis zu erzielen. Sie habe dies im Rahmen eines Change Prozesses mit dem Titel „Vision 2015“ zur Maxime erhoben und seither akribisch verfolgt. 2017 werde die Leistungssicherungsrücklage (TZ 13) vollständig bedeckt sein. Damit beginnend könne mit dem laufenden Geschäftsjahr auch erstmals wieder eine Dotierung der allgemeinen Rücklage erfolgen.

b) Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, der Empfehlung zu entsprechen. Basierend auf § 441e Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz verwende die WGKK die Balanced Scorecard als Zielsteuerungssystem. Seit dem Jahr 2006 sei diese fixer Bestandteil der strategischen Steuerung der WGKK und diene nicht nur dem Monitoring der Zielerreichung, sondern auch der unternehmensinternen Kommunikation und Bewusstmachung der gesteckten Unternehmensziele.

(3) Der RH stellte fest, dass die Balanced Scorecards der Krankenversicherungsträger mit Ausnahme der StGKK für das Jahr 2016 die Ausgabenobergrenzen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021 enthielten (TZ 12). Er wies erneut darauf hin, dass diese nicht für die individuelle Unternehmenssteuerung geeignet waren.

18.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung bei der WGKK als nicht umgesetzt, bei der StGKK dagegen als teilweise umgesetzt.

Der RH empfahl der StGKK und der WGKK, sich – ergänzend zu den Ausgabenobergrenzen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021 – operative Finanzziele zu setzen.

Er wies auf die in den TZ 12 und TZ 13 genannten Anforderungen (rollierende Planung, realistische Ausgangsbasis, zumindest ausgeglichene Gebarung) hin.

18.3 (1) Die StGKK gab in ihrer Stellungnahme an, ihr Fokus liege seit 2009 auf einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Damit seien nicht die Finanzziele die allein maßgeblichen Faktoren, sondern alle beeinflussbaren Ertrags- und Aufwandspositionen im Betriebsergebnis. Die Finanzziele würden nur einen Ausschnitt der steuerbaren Parameter betreffen, weshalb sie mit ihrer Maxime, ein positives Betriebsergebnis zu erzielen, den strengsten Ansatz gewählt habe: Damit habe sie jenseits der Finanzziele ihren Gesamtaufwand jährlich erfolgreich reduzieren können, die finanzielle Gesundung ihrer Kasse stetig vorangetrieben und die resultierenden Gebarungserfolge zum Aufbau der gesetzlichen Rücklagen genutzt. Dies erfolgreich, weise doch ihre Gebarungsvorschaurechnung für die Geschäftsjahre 2018 bis 2020 ein positives Betriebsergebnis aus.



(2) Laut Stellungnahme der WGKK prüfe sie, ob und wie sie der Empfehlung des RH am besten entsprechen könne. Sie habe bisher die Ausgabenobergrenze gemäß dem Zielsteuerungsvertrag im Zuge des Balanced Scorecard-Prozesses eingemeldet und auch in ihren Zielkatalog der Balanced Scorecard aufgenommen. Die Aufnahme von weiteren operativen Finanzz Zielen wäre möglich, jedoch seien kurz- und mittelfristige Zielsetzungen im Hinblick auf eine ausgeglichene Gebarung auf Basis der aktuellen Prognosedaten nach Ansicht der WGKK derzeit nicht realistisch.

- 18.4 Der RH anerkannte gegenüber der StGKK, dass sie in ihrer Planung und Zielsetzung für die Geschäftsjahre bis 2020 ein positives Betriebsergebnis anstrebe.

Gegenüber der WGKK merkte der RH an, dass bereits nach dem gesetzlichen Auftrag der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik mittelfristig auf ein ausgeglichenes Ergebnis abzuzielen sei. Er wies darauf hin, dass sich auch in der Struktur der Österreichischen Gesundheitskasse die Frage der regionalen Mittelverwendung stellen wird.

Monitoring

- 19.1 (1) Der RH hatte dem Gesundheitsministerium und dem Hauptverband in seinem Vorbericht (TZ 25) empfohlen, bei der Gestaltung der künftigen Monitoringsysteme ein Maßnahmencontrolling bzw. eine inhaltliche Evaluierung vorzusehen.

(2) a) Das Gesundheitsministerium hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass im Rahmen des im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 festgelegten Monitorings auch eine Evaluierung der vereinbarten Maßnahmen in Form jährlicher Statusberichte vorgesehen sei.

b) Der Hauptverband hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, das Monitoring sei eine gemeinsame Aufgabe der Stakeholder Bund, Länder und Sozialversicherungsträger in der Bundes-Zielsteuerungskommission. Der Hauptverband werde dort die Umsetzung dieser Empfehlung anregen.

(3) Der RH stellte nunmehr fest, dass der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 in Art. 8 ausführliche Bestimmungen zum Monitoring enthielt. Das Monitoring zur Zielerreichung habe demnach neben der Finanzzielsteuerung auch das Monitoring der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung anhand der vereinbarten bundeseinheitlichen Messgrößen und der zugehörigen Zielwerte zu umfassen. Ein Statusbericht sollte in kurz gefasster Form die für das operative Management erforderlichen Informationen zum Status und zur Einschätzung des Fortschritts der laufenden Arbeiten umfassen.



Der Statusbericht zum Jahr 2017 lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch nicht vor.

- 19.2 Der RH beurteilte seine Empfehlung als umgesetzt, da im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 ein Monitoring der Maßnahmenumsetzung und – über den Statusbericht – auch eine inhaltliche Beurteilung der erzielten Fortschritte vereinbart waren.



Schlussempfehlungen

20 Der RH stellte fest, dass

- das Gesundheitsministerium von 15 überprüften Empfehlungen des Vorberichts zwei umsetzte, drei teilweise und zehn nicht umsetzte,
- das Sozialministerium von fünf überprüften Empfehlungen des Vorberichts eine umsetzte, eine teilweise und drei nicht umsetzte,
- der Hauptverband von sieben überprüften Empfehlungen des Vorberichts eine umsetzte, eine teilweise und fünf nicht umsetzte,
- die StGKK von acht überprüften Empfehlungen des Vorberichts eine umsetzte, fünf teilweise umsetzte und zwei nicht umsetzte und
- die WGKK von acht überprüften Empfehlungen des Vorberichts eine umsetzte, drei teilweise umsetzte und vier nicht umsetzte.

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Bund 2016/3			
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	Umsetzungsgrad
Bundesministerium für Gesundheit			
6, 8, 14	Abstimmung der Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Geburungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften und Vereinheitlichung der Maßstäbe der Planung und des Planungshorizonts	2	nicht umgesetzt
6	Aufnahme einer Vorgabe in die Rechnungsvorschriften, bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen	3	nicht umgesetzt
7	stärkere Ausrichtung der Gliederung der Prognoserechnungen auf Steuerungsanforderungen	4	nicht umgesetzt
13	Vorgabe in den Rechnungsvorschriften, auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen	5	umgesetzt
13	verstärkte Beachtung aussagekräftiger Formulierungen der Erläuterungen zu den Prognoserechnungen	6	teilweise umgesetzt
12	regelmäßige Überprüfung der Qualität der Prognoserechnungen der Krankenversicherungsträger anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband	7	teilweise umgesetzt
12	Nutzen von systematisch hohen Abweichungen bei einzelnen Krankenversicherungsträgern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband für Verbesserungen in der Vorgehensweise	8	nicht umgesetzt
20, 23	verstärktes Berücksichtigen der aktuellen Entwicklung bei der künftigen Steuerung (Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 und Aufbauen auf einer rollierenden Planung	12	nicht umgesetzt
29	Berechnung der Finanzziele auf einer möglichst realistischen Basis bei der Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016	12	nicht umgesetzt
29, 40	Neufestlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab dem Jahr 2016 unter Berücksichtigung des Ziels einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik	13	nicht umgesetzt



Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Bund 2016/3			
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	Umsetzungsgrad
20	klarere Trennung der strategischen Vorgaben von operativen Steuerungszielen; Setzen von Anreizen für eine ambitionierte Gestaltung der Ziele	14	nicht umgesetzt
22, 30	Entwicklung von sachlichen Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger bei Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016	15	nicht umgesetzt
30	Quantifizierung jährlicher Ziele für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe, etc.), sodass ein jährliches Monitoring möglich ist	16	teilweise umgesetzt
30	Hinterlegen der Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen bei der künftigen Zielfestlegung	17	nicht umgesetzt
25	Vorsehen eines Maßnahmencontrollings bzw. einer inhaltlichen Evaluierung bei der Gestaltung der künftigen Monitoringsysteme	19	umgesetzt
Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz			
6, 8, 14	Abstimmung der Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebarungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften und Vereinheitlichung der Maßstäbe der Planung und des Planungshorizonts	2	nicht umgesetzt
6	Aufnahme einer Vorgabe in die Rechnungsvorschriften, bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen	3	nicht umgesetzt
7	stärkere Ausrichtung der Gliederung der Prognoserechnungen auf Steuerungsanforderungen	4	nicht umgesetzt
13	Vorgabe in den Rechnungsvorschriften, auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen	5	umgesetzt
13	verstärkte Beachtung aussagekräftiger Formulierungen der Erläuterungen zu den Prognoserechnungen	6	teilweise umgesetzt
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger			
20, 23	verstärktes Berücksichtigen der aktuellen Entwicklung bei der künftigen Steuerung (Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 und Aufbauen auf einer rollierenden Planung	12	nicht umgesetzt
29, 40	Neufestlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab dem Jahr 2016 unter Berücksichtigung des Ziels einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik	13	nicht umgesetzt
20	klarere Trennung der strategischen Vorgaben von operativen Steuerungszielen; Setzen von Anreizen für eine ambitionierte Gestaltung der Ziele	14	nicht umgesetzt
22, 30	Entwicklung von sachlichen Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger bei Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016	15	nicht umgesetzt
30	Quantifizierung jährlicher Ziele für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe, etc.), sodass ein jährliches Monitoring möglich ist	16	teilweise umgesetzt
30	Hinterlegen der Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen bei der künftigen Zielfestlegung	17	nicht umgesetzt
25	Vorsehen eines Maßnahmencontrollings bzw. einer inhaltlichen Evaluierung bei der Gestaltung der künftigen Monitoringsysteme	19	umgesetzt
Steiermärkische Gebietskrankenkasse			
8	Anstreben einer höheren Planungsgenauigkeit in der Gebarungsvorschaurechnung mit dem Fokus auf möglichst realistischer Abschätzung der tatsächlichen Entwicklung	9	umgesetzt



Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung;
Follow-up-Überprüfung

Umsetzungsgrad der Empfehlungen des Vorberichts Reihe Bund 2016/3			
Vorbericht		Follow-up-Überprüfung	
TZ	Empfehlungsinhalt	TZ	Umsetzungsgrad
10	regelmäßiges Durchführen eines Benchmarkings der Prognosegenauigkeit	10	nicht umgesetzt
11	verstärkte Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan–Ist–Vergleiche	11	teilweise umgesetzt
20, 23	verstärktes Berücksichtigen der aktuellen Entwicklung bei der künftigen Steuerung (Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 und Aufbauen auf einer rollierenden Planung	12	teilweise umgesetzt
22, 30	Entwicklung von sachlichen Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger bei Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016	15	teilweise umgesetzt
30	Quantifizierung jährlicher Ziele für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe, etc.), sodass ein jährliches Monitoring möglich ist	16	teilweise umgesetzt
30	Hinterlegen der Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen bei der künftigen Zielfestlegung	17	nicht umgesetzt
36	Entwicklung strategischer Zielvorgaben für eine interne Unternehmenssteuerung, Aufnahme in ein Zielsteuerungssystem (etwa der Balanced Scorecard) und regelmäßige Evaluierung	18	teilweise umgesetzt
Wiener Gebietskrankenkasse			
8	Anstreben einer höheren Planungsgenauigkeit in der Gebarungsvorschaurechnung mit dem Fokus auf möglichst realistischer Abschätzung der tatsächlichen Entwicklung	9	umgesetzt
10	regelmäßiges Durchführen eines Benchmarkings der Prognosegenauigkeit	10	teilweise umgesetzt
11	verstärkte Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan–Ist–Vergleiche	11	teilweise umgesetzt
20, 23	verstärktes Berücksichtigen der aktuellen Entwicklung bei der künftigen Steuerung (Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 und Aufbauen auf einer rollierenden Planung	12	nicht umgesetzt
22, 30	Entwicklung von sachlichen Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger bei Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016	15	nicht umgesetzt
30	Quantifizierung jährlicher Ziele für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe, etc.), sodass ein jährliches Monitoring möglich ist	16	teilweise umgesetzt
30	Hinterlegen der Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen bei der künftigen Zielfestlegung	17	nicht umgesetzt
36	Entwicklung strategischer Zielvorgaben für eine interne Unternehmenssteuerung, Aufnahme in ein Zielsteuerungssystem (etwa der Balanced Scorecard) und regelmäßige Evaluierung	18	nicht umgesetzt



Anknüpfend an den Vorbericht hob der RH die folgenden teilweise oder nicht umgesetzten Empfehlungen auch an die Rechtsnachfolger im Sinne des Sozialversicherungs-Organisationsgesetzes hervor:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

- (1) Die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebarungsvorschäurechnungen der Sozialversicherungsträger wären mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und des Planungshorizonts zu vereinheitlichen. (TZ 2)
- (2) Bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wäre in die Rechnungsvorschriften die Vorgabe aufzunehmen, Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen. (TZ 3)
- (3) Die Gliederung der Prognoserechnungen und der Erfolgsrechnungen wäre stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten. (TZ 4)
- (4) Die Erläuterungen zu den Prognoserechnungen wären aussagekräftig zu formulieren. (TZ 6)
- (5) In Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger wäre regelmäßig die Qualität der Prognoserechnungen der Krankenversicherungsträger anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten zu überprüfen. (TZ 7)
- (6) Systematisch hohe Abweichungen bei einzelnen Krankenversicherungsträgern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung wären in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für Verbesserungen in der Vorgehensweise zu nutzen. (TZ 8)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

- (7) Es wäre darauf hinzuwirken, dass alle Träger interne Finanzziele nach den Anforderungen rollierende Planung, realistische Ausgangsbasis und zumindest ausgeglichene Gebarung festlegen. (TZ 14)



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

- (8) Bei der Festlegung der Finanzziele wären sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger (beispielsweise finanzielle Lage oder Höhe des Defizits) zu entwickeln. (TZ 15)
- (9) Bei der Zielfestlegung wären die Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen zu hinterlegen. (TZ 17)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

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

Steiermärkische Gebietskrankenkasse; Wiener Gebietskrankenkasse

- (11) 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)
- (12) Es wären ergänzend zu den Ausgabenobergrenzen des Bundes–Zielsteuerungsvertrags 2017 bis 2021 operative Finanzziele nach den Anforderungen rollierende Planung, realistische Ausgangsbasis, zumindest ausgeglichene Gebarung festzulegen. (TZ 18)



Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung;
Follow-up-Überprüfung



Wien, im Juni 2019

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

