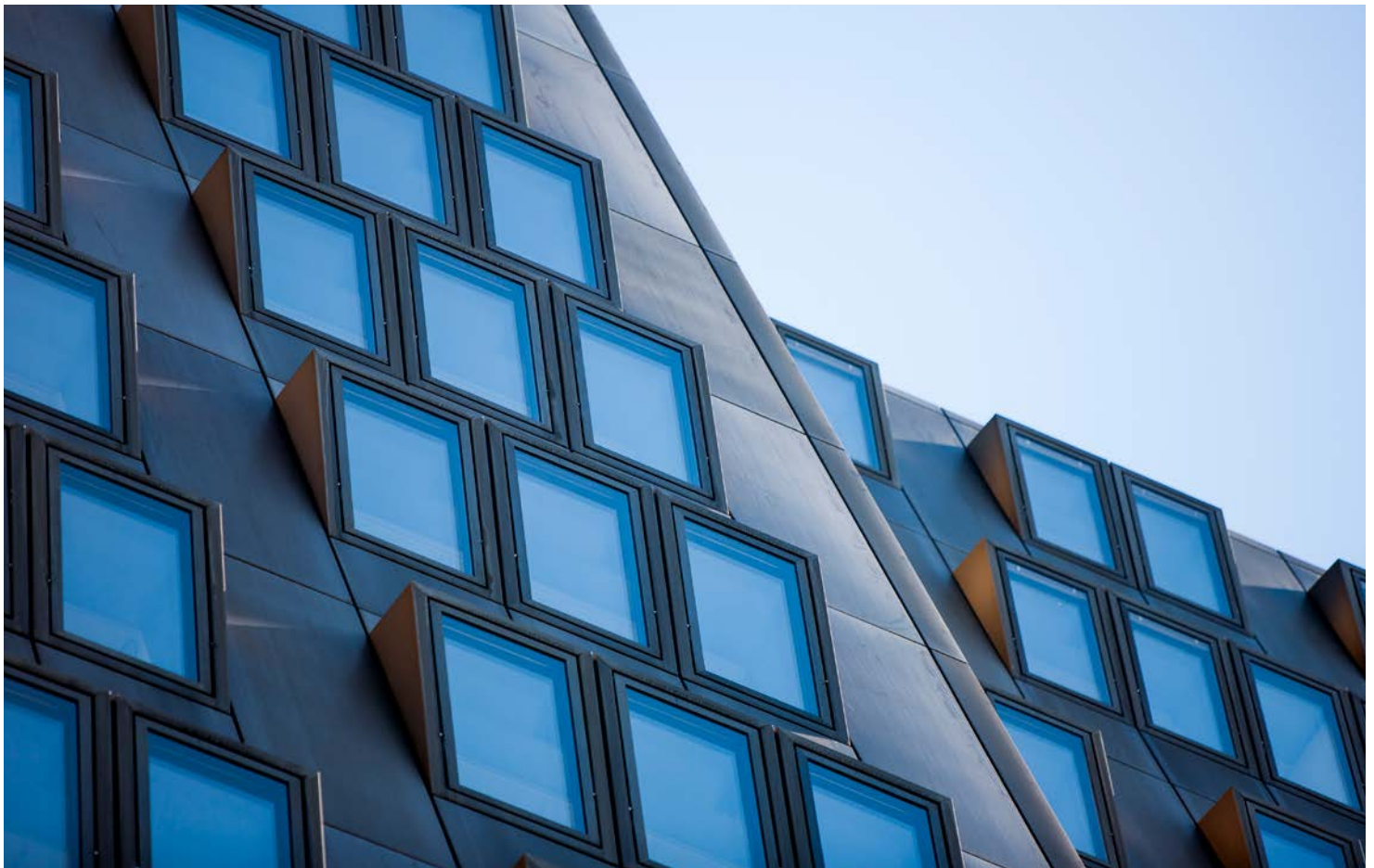




Reihe BUND 2019/47
Reihe BURGENLAND 2019/4
Reihe KÄRNTEN 2019/5
Reihe NIEDERÖSTERREICH 2019/10
Reihe OBERÖSTERREICH 2019/8
Reihe SALZBURG 2019/7
Reihe STEIERMARK 2019/6
Reihe TIROL 2019/6
Reihe VORARLBERG 2019/1
Reihe WIEN 2019/11

System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz, den Landtagen der Länder Burgenland, Kärnten, Nieder–österreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes–Verfassungsgesetz sowie dem Gemeinderat der Stadt Wien gemäß Art. 127 Abs. 6 in Verbindung mit Art. 127 Abs. 8 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise 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 Dezember 2019

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E–Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis _____	3
Prüfungsziel _____	5
Kurzfassung _____	5
Zentrale Empfehlungen _____	8
Zahlen und Fakten zur Prüfung _____	9
Prüfungsablauf und –gegenstand _____	11
Gesundheitsreform 2013 _____	13
Rahmenbedingungen _____	13
Einrichtung der Zielsteuerung–Gesundheit _____	14
Finanzzielsteuerung _____	16
Ziel und Konkretisierung _____	16
Modellannahmen _____	18
Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben _____	22
Umsetzung auf Landesebene _____	25
Verteilung des Ausgabendämpfungseffekts auf die Länder _____	25
Finanzielle Bewertung der Maßnahmen _____	28
Umsetzung operativer Ziele aus den Steuerungsbereichen _____	31
Monitoring _____	33
Grundlagen _____	33
Datenquellen _____	34
Prozess der Datenplausibilisierung _____	41
Monitoringberichte _____	42
Schlussempfehlungen _____	46
Anhang _____	50
Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger _____	50

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Finanzzielsteuerung 2012–2016 – Vergleich der Modellannahmen mit den Ist–Ausgaben _____	19
Tabelle 2:	Finanzzielsteuerung 2012–2016 – zielsteuerungsrelevante und nicht zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben _____	23
Tabelle 3:	Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben _____	24
Tabelle 4:	Anteile der Länder am Ausgabendämpfungseffekt 2012–2016 und ausgewählte Kennzahlen _____	26
Tabelle 5:	Verteilung des angestrebten Ausgabendämpfungseffekts 2012–2016 der Länder nach Bereichen _____	28
Tabelle 6:	Operative Ziele gemäß dem Bundes–Zielsteuerungsvertrag mit quantitativen Messgrößen _____	31
Tabelle 7:	Ausgangswerte der Länder bei den quantitativen Messgrößen im Jahr 2012 _____	32



Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EUR	Euro
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
Mio.	Million(en)
rd.	rund
RH	Rechnungshof
TZ	Textzahl(en)
z.B.	zum Beispiel



System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
- Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
- alle Länder und Stadt Wien

System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von April bis Oktober 2018 das System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen, das mit der Gesundheitsreform 2013 eingerichtet wurde. Die Überprüfung erfolgte im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, bei der Gesundheit Österreich GmbH und in allen Ländern. Im Mittelpunkt standen die Fragen, ob die Finanzzielsteuerung in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 nachvollziehbar zu einer Dämpfung der Gesundheitsausgaben der Länder beitrug und inwieweit das begleitende Monitoring hinsichtlich dieser Ausgaben Transparenz und Vergleichbarkeit schuf.

Kurzfassung

Die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbarten im Juni 2012 die Einführung eines zielorientierten Steuerungsmodells bei den Gesundheitsausgaben. Diese politische Vereinbarung war die Grundlage für die Gesundheitsreform 2013 und die Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013. Die Zielsteuerungspartner schlossen auf dieser Basis einen Bundes–Zielsteuerungsvertrag und neun Landes–Zielsteuerungsverträge, die jeweils bis Ende 2016 in Geltung waren. Das System der Zielsteuerung änderte jedoch nichts daran, dass die Kompetenzen im Gesundheitswesen zersplittert und daher die Zuständigkeiten sowie die Finanzierungsverantwortung geteilt blieben. ([TZ 2](#), [TZ 3](#))

Mit der Finanzzielsteuerung sollte der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts herangeführt und damit der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stabilisiert werden. Daraus ergab sich ein Ausgabendämpfungspfad für Bund, Länder und Sozialversicherung. ([TZ 4](#))

Die Zielsteuerungspartner sahen in der Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 vor, den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 % nicht überschreitet. Dieser Prozentsatz orientierte sich an der durchschnittlichen Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsprodukts gemäß der Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz. Die Zielsteuerungspartner legten in den Finanzrahmenverträgen abnehmende Steigerungsraten zwischen 4,5 % (2012) und 3,6 % (2016) fest. (TZ 5)

Die Zielsteuerungspartner ließen bei der Festlegung der Ausgabenobergrenzen für die zweite Zielsteuerungsperiode 2017–2021 aktuelle Entwicklungen außer Acht, wodurch diese Obergrenzen als Zielvorgabe nicht geeignet waren. Die Zielsteuerungspartner erklärten die bereits im Jahr 2012 festgelegte Ausgabenobergrenze für 2016 zum Ausgangswert für die Zielsteuerungsperiode 2017–2021, obwohl damals verfügbare aktuellere Daten die im Jahr 2012 getroffenen Annahmen nicht bestätigten: Gemäß der Anfang 2016 verfügbaren Statistik hatten die Ist–Ausgaben die Ausgabenobergrenzen bereits in den Jahren 2013 um 680 Mio. EUR und 2014 um 721 Mio. EUR deutlich unterschritten. (TZ 5)

Weder die Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 noch der Bundes–Zielsteuerungsvertrag legten Kriterien für die Verteilung des insgesamt von den Ländern zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekts in Höhe von 2.058 Mio. EUR auf die Länder fest. Damit fehlte der Finanzzielsteuerung ein wesentliches Steuerungselement. Stattdessen entschieden die Länder über die Verteilung im Rahmen des horizontalen Finanzausgleichs, wobei sie unterschiedliche Kostendämpfungspotenziale der Fondskrankenanstalten nicht nachvollziehbar bewerteten bzw. berücksichtigten. (TZ 7)

Die Zielsteuerungspartner hatten gemäß der Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 ein zur Erreichung der Ausgabendämpfungseffekte geeignetes Maßnahmenpaket auf der Grundlage finanziell bewerteter und nachvollziehbarer Annahmen darzustellen. Im Bundes–Zielsteuerungsvertrag beschränkten sie sich darauf, den von den Ländern zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekt ohne Offenlegung allenfalls getroffener Annahmen auf sechs Bereiche aufzuteilen und diesen Bereichen potenziell ausgabendämpfende operative Ziele aus den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse zuzuordnen. Demnach sollte mehr als die Hälfte des angestrebten Ausgabendämpfungseffekts der Länder im bettenführenden Bereich der Fondskrankenanstalten realisiert werden. Ein zentrales Element der Gesundheitsreform 2013 und eine wesentliche Grundlage für ein zielorientiertes Steuerungssystem fehlten, weil die Länder nicht angaben, welche Ausgabendämpfungspotenziale mit den von ihnen getroffenen Maßnahmen verbunden waren. (TZ 8)

Die Zielsteuerungspartner ließen die unterschiedliche Ausgangssituation der Länder bei der Festlegung der Zielwerte unberücksichtigt. Die Zielwerte galten einheitlich für alle Länder. Beispielsweise mussten die Länder Burgenland, Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg die präoperative Verweildauer nicht reduzieren, da sie den vorgegebenen Zielwert bereits zu Beginn der Zielsteuerungsperiode erreicht hatten. Daher konnte von der Erreichung der operativen Ziele in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 nicht in allen Ländern auf die Realisierung von Ausgabendämpfungseffekten geschlossen werden. [\(TZ 9\)](#)

Die Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds waren unterschiedlich strukturiert und wiesen abweichende Bezeichnungen für vergleichbare Sachverhalte auf. Dies verminderte ihre Transparenz und ihr Vergleich verursachte einen vermeidbaren Ressourceneinsatz. [\(TZ 11\)](#)

Es gab keine länderübergreifend gültigen Verrechnungsvorschriften für die Landesgesundheitsfonds, obwohl Bund und Länder dies bereits in der Reformvereinbarung 2005 bei Einrichtung der Fonds vorgesehen und damit den hohen Stellenwert einer transparenten Fondsgebarung betont hatten. Zudem hatten Bund und Länder standardisierte Gebarungsberichte der Fonds an die Bundesgesundheitsagentur auf der Grundlage einheitlicher Voranschläge und Rechnungsabschlüsse vereinbart, aber nicht umgesetzt. [\(TZ 12\)](#)

Die unmittelbare Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben aus den Ausgabenpositionen in den Rechnungsabschlüssen der Länder war zum Teil nicht möglich. Auch die Bezeichnungen der Ausgabenpositionen waren nicht immer eindeutig. Damit waren die im Monitoring erhobenen Werte nur eingeschränkt nachvollziehbar. [\(TZ 13\)](#)

Die Monitoringberichte stellten lediglich fest, dass die Ausgabenobergrenzen eingehalten wurden, und bezifferten die erzielten Ausgabendämpfungseffekte, ließen aber offen, ob und welche Maßnahmen dafür ausschlaggebend waren. Daher war nicht feststellbar, ob und inwieweit die Finanzzielsteuerung zu einer Dämpfung der Gesundheitsausgaben beitrug. [\(TZ 15\)](#)

Die Finanzzielsteuerung schuf auch keine Transparenz über die Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fondskrankenanstalten. Diese blieben nicht nur bei der Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben außer Betracht, sondern fehlten auch in den Monitoringberichten. Diese enthielten nämlich nur die Investitionsausgaben der Fondskrankenanstalten, obwohl die Krankenanstaltenträger gemäß der Krankenanstalten–Rechnungsabschluss–Berichtsverordnung dem Ministerium auch die von öffentlichen Finanzgebern gewährten Investitionszuschüsse meldeten und diese für eine Steuerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben von Interesse wären. [\(TZ 15\)](#)

Im Hinblick auf die Vorarbeiten für die nächste Zielsteuerungsperiode hob der RH auf Basis seiner Feststellungen folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, alle Länder und die Stadt Wien sollten in ihrer Rolle als Zielsteuerungspartner gemeinsam mit der Sozialversicherung künftig auf der Grundlage aktueller Daten ambitionierte Ausgabenobergrenzen festlegen. (TZ 5)
- Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, alle Länder und die Stadt Wien sollten künftig auch Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fondskrankenanstalten in den Monitoringberichten ausweisen. (TZ 15)
- Alle Länder und die Stadt Wien sollten künftig eine nachvollziehbare und transparente Bewertung und Verteilung der von den einzelnen Ländern zur Erreichung der Finanzziele zu leistenden Beiträge vornehmen. (TZ 7)
- Alle Länder und die Stadt Wien sollten operative Ziele und Maßnahmen im Gesundheitswesen künftig mit einer Einschätzung der damit verbundenen finanziellen Auswirkungen hinterlegen, um sie in der Folge priorisieren und die Erreichung der Finanzziele beurteilen zu können. (TZ 8, TZ 9)
- Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz sollten gemeinsam einen konkreten Entwurf zur Umsetzung der im Regierungsprogramm 2017–2022 vorgesehenen Kompetenzentflechtung im Gesundheitswesen erarbeiten und in Verhandlungen mit den Ländern insbesondere die Rolle des Bundes in der Krankenanstaltenplanung stärken. (TZ 3)

Zahlen und Fakten zur Prüfung

System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen							
Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung–Gesundheit (Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz), BGBl. I 81/2013 Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013 Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit, BGBl. I 200/2013						
Modellannahmen der Finanzzielsteuerung 2012–2016							
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	in Mio. EUR/(in %)						
öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Intervention (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	20.262	20.931	22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(4,7 %)
Ausgabenobergrenze (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	20.262	20.931	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(4,5 %)	(4,3 %)	(4,1 %)	(3,9 %)	(3,6 %)
Ausgabendämpfungseffekt (gerundet)			150	360	640	980	1.300
Ausgabendämpfungseffekt (gerundet) kumuliert			150	510	1.150	2.130	3.430
öffentliche Gesundheitsausgaben gemäß „System of Health Accounts“ (Ist–Ausgaben ohne Langzeitpflege)							
Stand Jänner 2016	20.318	20.768	21.837	22.133	23.027		
<i>Steigerungsrate</i>		(2,2 %)	(5,1 %)	(1,4 %)	(4,0 %)		
Überschreitung (+) bzw. Unterschreitung (-) des Ausgangswerts (2010 und 2011) bzw. der Ausgabenobergrenze (2012 bis 2014)	+56	-163	-36	-680	-721		

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit; Statistik Austria



System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von April bis Oktober 2018 beim Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, bei der Gesundheit Österreich GmbH und in allen Ländern¹ das System der mit der Gesundheitsreform 2013 eingerichteten Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen. Ziel der Gebarungsüberprüfung war es zu beurteilen, ob die Finanzzielsteuerung in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 nachvollziehbar zu einer Dämpfung der Gesundheitsausgaben der Länder beitrug und inwieweit das begleitende Monitoring hinsichtlich dieser Ausgaben Transparenz und Vergleichbarkeit schuf. Die Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen mit Schwerpunkt Sozialversicherung war Gegenstand des RH-Berichts „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3).

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2012 bis 2016.

(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 Bundesministeriengegesetz–Novelle 2017² ressortieren diese Angelegenheiten zum Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (in der Folge: **Ministerium**).

(3) Zu dem im Mai 2019 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Gesundheit Österreich GmbH sowie die Länder Burgenland, Oberösterreich und Vorarlberg im Juni 2019, die Länder Kärnten, Niederösterreich, Salzburg und Steiermark im Juli 2019, das Ministerium, das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz sowie das Land Tirol im August 2019 und die Stadt Wien im September 2019 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung an das Ministerium, die Länder Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg sowie an die Stadt Wien im Dezember 2019. Gegenüber dem Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, dem Land Burgenland und der Gesundheit Österreich GmbH gab er keine Gegenäußerung ab.

(4) Laut der Stellungnahme des Landes Vorarlberg habe das Land Tirol im Auftrag der Geschäftsführungen der Landesgesundheitsfonds einen Entwurf einer gemeinsamen Länderstellungnahme erstellt, den die einzelnen Länder ihren jeweiligen Stellungnahmen in wesentlichen Teilen zugrunde legten.

¹ einschließlich der Stadt Wien, die aufgrund ihrer Stellung sowohl als Land als auch als Stadt im Bericht mitunter als Land bezeichnet wird

² BGBl. I 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

(5) Die Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg stellten ihren Stellungnahmen zur Vermeidung von Wiederholungen „Allgemeine Hinweise zur Komplexität des Systems der Finanzierung und Struktur und damit ‚Steuerbarkeit‘ der landesfondsfinanzierten Krankenanstalten in finanzieller Hinsicht“ voran. Darin hoben diese fünf Länder die Bedeutung der Überschaubarkeit und Planbarkeit der Spitalsausgaben hervor, wiesen aber zugleich darauf hin, dass die Vorstellung, gezielt auf deren Entwicklung einwirken zu können, zu kurz greife. In der Folge legten die Länder zahlreiche Gründe dar, warum sie nicht gezielt bzw. zumindest nur sehr eingeschränkt auf die Entwicklung ihrer Ausgaben für Krankenanstalten Einfluss nehmen könnten. Dazu gehörten Abgrenzungs- und Periodisierungsfragen, die mannigfaltigen und in Wechselwirkung stehenden Einflussgrößen auf die Spitalsausgaben, die realpolitische Dynamik, die Vielzahl teilweise autonom handelnder Akteure im Gesundheitswesen, die Kostenwirkungen der Umsetzung gesundheitspolitischer Ziele oder das Erfordernis, zur Ermittlung der Spitalsausgaben auf verschiedenste Rechenwerke zurückgreifen zu müssen.

(6) Das Ministerium verwies in seiner Stellungnahme darauf, dass mit der im Jahr 2013 von Bund, Ländern und Sozialversicherung gemeinsam eingerichteten partnerschaftlichen Zielsteuerung bei unveränderten verfassungsrechtlichen Zuständigkeiten erstmals eine neue Form der „Governance“ zur gemeinsamen Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene erreicht worden sei. Ein wesentlicher und unverzichtbarer Teil dieses neuen Zielsteuerungssystems sei dabei die auf vereinbarten Ausgabenobergrenzen basierende gemeinsame Finanzzielsteuerung. In der ersten Zielsteuerungsperiode sei es gelungen, diese Grenzen einzuhalten. Gleichzeitig habe sich aber auch gezeigt, dass das System der Zielsteuerung-Gesundheit weiterzuentwickeln und zu verbessern sei. In diesem Zusammenhang seien die vom RH erfolgte Gebarungsüberprüfung und die daraus gewonnenen Erkenntnisse sowie Empfehlungen für die Zielsteuerungspartner bei der Weiterentwicklung des Zielsteuerungssystems von großem Wert. Das Ministerium sagte zu, diese Empfehlungen in die weiteren Gespräche mit den Ländern und der Sozialversicherung jedenfalls einzubringen und sich für ihre Beratung und Umsetzung einzusetzen.

(7) Der RH konnte die generellen Bedenken der Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg zur Zweckmäßigkeit des Systems der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen insofern nicht nachvollziehen, als sie diese auf Zweifel an der Beeinflussbarkeit von Ausgaben für Krankenanstalten gründeten. Damit stellten sie – im Unterschied zum Bund – das grundlegende Ziel der Finanzzielsteuerung, nämlich das Gesundheitssystem anhand messbarer Ziele und unter Einhaltung eines paktierten Ausgabenvolumens zu planen und zu steuern (TZ 2), in Frage, obwohl sie das System der Finanzzielsteuerung mit den anderen Zielsteuerungspartnern bereits für die Perioden 2012 bis 2016 und 2017 bis 2021 vereinbart hatten.

Gesundheitsreform 2013

Rahmenbedingungen

2 (1) Die Zuständigkeiten im österreichischen Gesundheitswesen waren auf Bund, Länder und Gemeinden sowie die Sozialversicherungsträger verteilt. Die damit einhergehende geteilte Finanzierungsverantwortung erschwerte die gesamthafte Planung und Steuerung des österreichischen Gesundheitswesens, wie der RH in seinen Berichten wiederholt festgestellt hatte.³ Im Hinblick auf eine verbesserte Koordinierung schlossen Bund und Länder im Zeitraum 1978 bis 2005 acht Vereinbarungen gemäß Art. 15a Bundes-Verfassungsgesetz (**B-VG**), welche die Grundlage für ihre Zusammenarbeit im Krankenanstaltenbereich bildeten. Die erste Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (**Reformvereinbarung 2005**) richtete zur regionen- und sektorenübergreifenden Planung und Steuerung die Bundesgesundheitsagentur und die Landesgesundheitsfonds ein und zielte auf eine gesamthafte Steuerung des Gesundheitswesens ab.

(2) Der Abschluss von Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG war grundsätzlich Bund und Ländern vorbehalten und eine Beteiligung der Sozialversicherung daher nicht möglich.⁴ Die Reformvereinbarung 2005 und ihre nachfolgenden Vereinbarungen⁵ trugen insofern zur Zusammenarbeit der Akteure bei, als in den obersten Organen der Landesgesundheitsfonds (Gesundheitsplattformen) das jeweilige Land und die Sozialversicherung gemeinsame Beschlüsse fassten. Es gelang jedoch nicht, den im Vergleich zum Wachstum des nominellen Bruttoinlandsprodukts stärkeren Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben zu verhindern.

(3) Vor diesem Hintergrund schlossen Vertreterinnen und Vertreter des Bundes, der Länder und der Sozialversicherung im Juni 2012 eine „politische Vereinbarung“, in deren Mittelpunkt die Weiterentwicklung der Steuerungsmechanismen im Gesundheitssystem hin zu einem zielorientierten Steuerungsmodell stand. Bund, Länder und Sozialversicherung (**Zielsteuerungspartner**) kamen überein, das Gesundheitssystem künftig anhand messbarer Ziele und unter Einhaltung eines paktierten Ausgabenvolumens für die öffentlichen Gesundheitsausgaben zu planen und zu steuern und dabei sowohl die Krankenanstalten als auch den niedergelassenen Bereich ver-

³ u.a. RH-Berichte „Teilbereiche der Gesundheitsreform 2005 mit Länderaspekten in Tirol und Wien“ (Reihe Bund 2010/5) und „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3) sowie „System des österreichischen Gesundheitswesens“ (Reihe Bund 2002/4)

⁴ Art. 15a Abs. 1 B-VG sieht als mögliche Vertragspartner einer solchen Vereinbarung lediglich den Bund und die Länder vor; das Bundesverfassungsgesetz über Ermächtigungen des Österreichischen Gemeindebundes und des Österreichischen Städtebundes, BGBl. I 61/1998, bezieht für bestimmte Fälle (Konsultationsmechanismus, Stabilitätspakt) auch die Gemeinden, vertreten durch den Österreichischen Gemeindebund und den Österreichischen Städtebund, in den Kreis möglicher Vereinbarungspartner ein.

⁵ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 105/2008 i.d.F. BGBl. I 199/2013 (außer Kraft getreten am 31. Dezember 2016, **Reformvereinbarung 2008**); Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017 (**Reformvereinbarung 2017**)

bindlich einzubeziehen. Sie schufen mit dieser Vereinbarung die Grundlage für die Gesundheitsreform 2013: Alle zur Gewährleistung der Gesundheitsversorgung der österreichischen Bevölkerung gesetzten Maßnahmen sollten einem sektorenübergreifenden Zielsteuerungssystem mit Versorgungs- und Finanzzielen unterliegen.

Einrichtung der Zielsteuerung–Gesundheit

- 3.1 Die Einrichtung der Zielsteuerung–Gesundheit folgte einem mehrstufigen Prozess: Zunächst schlossen Bund und Länder die Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit (**Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013**)⁶ und verlängerten die Reformvereinbarung 2008 bis Ende 2016 bzw. passten diese an.

Danach wurden die Inhalte der Reformvereinbarung 2008 und der Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013, die als Gliedstaatsverträge nur für Bund und Länder verbindlich waren, gesetzlich verankert. Auf Bundesebene erfolgte dies durch das Gesundheitsreformgesetz 2013⁷, welches das Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz⁸ und erforderliche Anpassungen insbesondere im Krankenanstalten– und Sozialversicherungsrecht enthielt. Die Länder setzten die Vereinbarungsinhalte im Wesentlichen in ihren Landesgesundheitsfondsgesetzen um. Demnach hatten der Bund und die Sozialversicherung gemeinsam mit den Ländern eine „integrative partnerschaftliche Zielsteuerung–Gesundheit“ einzurichten und weiterzuentwickeln, die neben messbaren Zielen in drei Steuerungsbereichen (Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse, Ergebnisorientierung) auch eine sogenannte Finanzzielsteuerung (**TZ 4**) vorsah.

Schließlich schlossen Bund, Länder und Sozialversicherung privatrechtliche Verträge (einen **Bundes–Zielsteuerungsvertrag** und neun **Landes–Zielsteuerungsverträge**) mit einer Geltungsdauer bis 31. Dezember 2016, in denen sie die in der Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 und im Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz abstrakt formulierten Ziele mit Zielwerten und Messgrößen hinterlegten.

In seiner Stellungnahme zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 vom März 2013 hatte der RH die mit der Einrichtung des Zielsteuerungssystems verfolgten Ziele grundsätzlich positiv bewertet, jedoch kritisiert, dass die zersplitterten Kompetenzen im Gesundheitswesen weiterhin bestanden und damit die Zuständigkeiten sowie die Finanzierungsverantwortung geteilt blieben.

- 3.2 Der RH hielt die in seiner Stellungnahme zum Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2013 geäußerte Kritik aufrecht. Das System der Zielsteuerung änderte nichts

⁶ BGBl. I 200/2013; die Vereinbarung wurde gemäß ihrer Präambel und ihres Art. 1 Abs. 1 von Bund und Ländern „unter Einbeziehung der Sozialversicherung als gleichberechtigter Partner“ abgeschlossen.

⁷ BGBl. I 81/2013

⁸ BGBl. I 81/2013 i.d.g.F.

daran, dass die Kompetenzen im Gesundheitswesen zersplittert und daher die Zuständigkeiten sowie die Finanzierungsverantwortung geteilt blieben. Dies zeigte sich auch daran, dass der Abschluss privatrechtlicher Verträge erforderlich war, um die Sozialversicherung beteiligen zu können. Der RH verwies auf das im Regierungsprogramm 2017–2022 enthaltene Vorhaben der Kompetenzentflechtung und insbesondere der Überprüfung sowie Neuordnung der Kompetenztatbestände der Art. 10 bis 15 B–VG.

Der RH empfahl dem Ministerium und dem Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, gemeinsam einen konkreten Entwurf zur Umsetzung der im Regierungsprogramm 2017–2022 vorgesehenen Kompetenzentflechtung im Gesundheitswesen zu erarbeiten. Das Ministerium sollte in Verhandlungen mit den Ländern insbesondere die Rolle des Bundes in der Krankenanstaltenplanung stärken.

3.3 (1) Laut Stellungnahme des Ministeriums liege die federführende Zuständigkeit für die Kompetenzentflechtung beim Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz, das auch die Verhandlungen mit den Ländern führe. Das Ministerium habe sich im Rahmen seiner Möglichkeiten in diese Verhandlungen eingebracht, werde dies weiterhin tun und sich um eine weitere Stärkung der Rolle des Bundes in der Krankenanstaltenplanung bemühen.

(2) Das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz teilte in seiner Stellungnahme mit, dass über das weitere Schicksal der derzeit in Art. 12 B–VG verankerten Kompetenz zur Regelung der Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten zwischen Bund und Ländern unverändert unterschiedliche Ansichten bestünden. Auch im Jahr 2018 sei in den politischen Verhandlungen keine – über die Erlassung des B–VG i.d.F. BGBl. I 14/2019 hinausgehende – Einigung über eine diesbezügliche Entflechtung der Kompetenzverteilung erzielt worden.

Der damalige Bundesminister für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz habe den Landeshauptleuten zuletzt am 9. Mai 2019 einen Gesetzesentwurf präsentiert, der eine Überstellung der Angelegenheiten der Heil- und Pflegeanstalten in den Art. 11 B–VG vorsehe. Demgemäß sei die Gesetzgebung ausschließlich Bundessache und die bestehende Zuständigkeit der Länder für die Vollziehung bleibe erhalten. Die Angelegenheiten des Gesundheitswesens und jene der Heil- und Pflegeanstalten würden damit weiterhin unterschiedlichen Vollziehungsbereichen zugeordnet bleiben. Die Länder hätten auf diesen Gesetzesentwurf – von einer negativen Stellungnahme des Landes Salzburg abgesehen – noch nicht reagiert.

Schließlich hielt das Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz fest, dass eine bundesverfassungsrechtliche Änderung des Art. 12 B–VG ohne eine vorangehende politische Einigung mit den Ländern unrealistisch

erscheine, sodass es aus seiner Sicht derzeit nicht indiziert sei, einen weiteren Entwurf zur Umsetzung der Kompetenzzflechtung zu erarbeiten. Im Übrigen habe es der Empfehlung des RH zuletzt durch den erwähnten Gesetzesentwurf vom 9. Mai 2019 entsprochen.

Finanzzielsteuerung

Ziel und Konkretisierung

4.1 (1) Ziel der Finanzzielsteuerung war es, den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben⁹ im Zeitraum 2012–2016 (erste Zielsteuerungsperiode) an das zu erwartende durchschnittliche nominelle Wachstum des Bruttoinlandsprodukts heranzuführen und dadurch den Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt zu stabilisieren.

(2) Die Zielsteuerungspartner hatten die Finanzzielsteuerung in Finanzrahmenverträgen zu konkretisieren, die Bestandteil der Bundes- und Landes-Zielsteuerungsverträge waren. Diese Finanzrahmenverträge auf Bundes- und Landesebene hatten gemäß der Zielsteuerungs-Vereinbarung 2013 Mindestinhalte aufzuweisen, etwa eine Prognose der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention, d.h. unter der Annahme, dass keine Steuerungsmaßnahmen gesetzt werden („No policy change-Szenario“), einen sogenannten Ausgabendämpfungspfad mit vorgegebenen jährlichen Ausgabenobergrenzen und die sich daraus ergebenden sogenannten Ausgabendämpfungseffekte. Zudem hatten sie einen Ausgangswert festzulegen.

Der Finanzrahmenvertrag auf Bundesebene stellte einen bundesweiten sektorenübergreifenden Ausgabendämpfungspfad für die öffentlichen Gesundheitsausgaben (TZ 5) sowie bundesweite sektorale Ausgabendämpfungspfade für die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Länder und Krankenversicherungsträger dar (TZ 6), zudem eine Verteilung der Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte auf die Länder und Krankenversicherungsträger (TZ 7) sowie eine länderspezifische Zusammenführung der Vorgaben.

⁹ ohne Ausgaben für Langzeitpflege

Die Finanzrahmenverträge auf Landesebene hatten darüber hinaus eine funktional gegliederte Darstellung der Ausgaben der Länder und Sozialversicherungsträger nach einer bundeseinheitlichen Berichtsvorlage und für den intramuralen Bereich (Bereich der Krankenanstalten) eine „differenzierte“ Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen der Landesgesundheitsfonds, Länder und Gemeinden zu enthalten. Diese Darstellungen unterblieben jedoch in den Finanzrahmenverträgen auf Landesebene; dies galt auch für die Konkretisierung der Finanzzielsteuerung in der zweiten Zielsteuerungsperiode 2017–2021.

- 4.2 (1) Der RH erachtete den Ansatz der Zielsteuerungspartner als zweckmäßig, das Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben an das nominelle Wirtschaftswachstum heranzuführen und ihren Anteil am Bruttoinlandsprodukt stabil zu halten.

(2) Der RH hielt fest, dass die Finanzrahmenverträge auf Landesebene eine wesentliche operative Grundlage der Finanzzielsteuerung waren, weil sie die konkreten Zielwerte für die Länder und Krankenversicherungsträger vorgaben. Er kritisierte, dass diese die vereinbarten Mindestinhalte nicht aufwiesen. Der RH erachtete insbesondere die vorgesehene Darstellung der wesentlichen Finanzierungspositionen der Landesgesundheitsfonds, Länder und Gemeinden für eine Analyse der Struktur der öffentlichen Gesundheitsausgaben als relevant. Indem die Zielsteuerungspartner diese Darstellung nicht umsetzten, fehlte weiterhin jene Transparenz, die nach Ansicht des RH eine wichtige Voraussetzung für eine effektive finanzielle Steuerung wäre.

Der RH empfahl den Ländern, bei der Konkretisierung der Finanzzielsteuerung künftig Mindestinhalte zu berücksichtigen und damit die für eine finanzielle Steuerung unabdingbare Transparenz zu schaffen.

- 4.3 (1) Das Land Burgenland sagte in seiner Stellungnahme zu, der Empfehlung hinkünftig nach Möglichkeit nachzukommen.

(2) Die Länder Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg teilten in ihren Stellungnahmen mit, dass die Mindestinhalte in Abhängigkeit von der konkreten Ausgestaltung der Finanzzielsteuerung in den folgenden Zielsteuerungsperioden festzulegen seien.

Die Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg merkten überdies an, dass die Daten im Rahmen der Finanzzielsteuerung nur eine Teilmenge der beträchtlichen verfügbaren Finanzdaten der öffentlichen Spitäler darstellen würden und insgesamt sehr viel Datenmaterial vorliege sowie Transparenz gegeben sei. Sie verwiesen diesbezüglich auf ihre Stellungnahmen in TZ 12.

(3) Gemäß der Stellungnahme der Stadt Wien sei die Empfehlung des RH nachvollziehbar und werde unterstützt.

Modellannahmen

- 5.1 Die Zielsteuerungspartner legten zunächst den Ausgangswert für den Ausgabendämpfungspfad fest. Sie gingen dabei von den öffentlichen Gesundheitsausgaben aus, welche die Bundesanstalt Statistik Österreich (**Statistik Austria**) im Auftrag des Ministeriums nach dem Handbuch „A System of Health Accounts“ erhob. Der Ausgangswert für das Jahr 2010 betrug 20.262 Mio. EUR. Für das Jahr 2011 ergab sich – unter der Annahme einer Steigerungsrate von 3,3 % im Vergleich zum Vorjahr – ein Ausgangswert in Höhe von 20.931 Mio. EUR.

Die Zielsteuerungspartner sahen in der Zielsteuerungsvereinbarung 2013 vor, den Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 stufenweise soweit zu dämpfen, dass der jährliche Ausgabenzuwachs im Jahr 2016 einen Wert von 3,6 % (durchschnittliche Entwicklung des nominellen Bruttoinlandsprodukts gemäß der Mittelfristprognose für das Bundesfinanzrahmengesetz) nicht überschreitet. Sie legten in den Finanzrahmenverträgen maximal zulässige jährliche Steigerungsraten zwischen 4,5 % (2012) und 3,6 % (2016) fest.

Durch Anwendung der vereinbarten Steigerungsraten auf den Ausgangswert ermittelten sie den bundesweiten sektorenübergreifenden Ausgabendämpfungspfad in Form jährlicher Ausgabenobergrenzen.

Den Ausgabenobergrenzen stellten die Zielsteuerungspartner eine Schätzung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention gegenüber. Sie nahmen für 2012 bis 2015 jährliche Steigerungsraten an, die dem durchschnittlichen jährlichen Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben im Zeitraum 1990 bis 2010 entsprachen (rd. 5,2 %). Die Prognose für das Jahr 2016 beruhte hingegen auf einem anderen Modell¹⁰, das von einem Wachstum von rd. 4,7 % in diesem Jahr ausging.

Der angestrebte Ausgabendämpfungseffekt entsprach dem Unterschied zwischen den erwarteten öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention und den Ausgabenobergrenzen. Er sollte bundesweit und sektorenübergreifend für die erste Zielsteuerungsperiode zwischen 150 Mio. EUR und 1.300 Mio. EUR jährlich bzw. insgesamt 3.430 Mio. EUR betragen.

¹⁰ Dieses vom Institut für Höhere Studien und der Gesundheit Österreich GmbH errechnete Nachfragemodell war ein ökonometrisches Zeitreihenmodell auf Basis verschiedener Inputfaktoren, wie z.B. Demografie, technischer Fortschritt, Arbeitslosenquote und Entwicklung des Bruttoinlandsprodukts über die Jahre 1975 bis 2009.

Die folgende Tabelle fasst das beschriebene Modell der Finanzzielsteuerung 2012–2016 zusammen und stellt diesem die Ist–Ausgaben gemäß der Statistik Austria gegenüber:

Tabelle 1: Finanzzielsteuerung 2012–2016 – Vergleich der Modellannahmen mit den Ist–Ausgaben

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Modellannahmen der Finanzzielsteuerung 2012–2016							
	in Mio. EUR/(in %)						
öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Intervention (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	20.262	20.931	22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(4,7 %)
Ausgabenobergrenze (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	20.262	20.931	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(4,5 %)	(4,3 %)	(4,1 %)	(3,9 %)	(3,6 %)
Ausgabendämpfungseffekt (gerundet) (öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Intervention minus Ausgabenobergrenze)			150	360	640	980	1.300
Ausgabendämpfungseffekt (gerundet) kumuliert			150	510	1.150	2.130	3.430
öffentliche Gesundheitsausgaben gemäß „System of Health Accounts“ (Ist–Ausgaben ohne Langzeitpflege)							
	in Mio. EUR/(in %)						
Stand Februar 2012 (Grundlage für Modell 2012–2016)	20.262						
Stand Jänner 2016 (Grundlage für Modell 2017–2021)	20.318	20.768	21.837	22.133	23.027		
<i>Steigerungsrate</i>		(2,2 %)	(5,1 %)	(1,4 %)	(4,0 %)		
Überschreitung (+) bzw. Unterschreitung (-) des Ausgangswerts (2010 und 2011) bzw. der Ausgabenobergrenze (2012 bis 2014)	+56	-163	-36	-680	-721		

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013; Statistik Austria

Die Tabelle zeigt, dass die Ist-Ausgaben (Statistik vom Jänner 2016) die Ausgabenobergrenzen der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 bereits in den Jahren 2013 (um 680 Mio. EUR) und 2014 (um 721 Mio. EUR) deutlich unterschritten. Dennoch zogen die Zielsteuerungspartner die bereits im Jahr 2012 vereinbarte Ausgabenobergrenze für das Jahr 2016 (25.563 Mio. EUR) als neuen Ausgangswert für die Festlegung der Ausgabenobergrenzen für die folgende Zielsteuerungsperiode 2017–2021 heran.

Von einer Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention und der Berechnung von Ausgabendämpfungseffekten sahen die Zielsteuerungspartner für die zweite Zielsteuerungsperiode hingegen ab.

- 5.2 Die Zielsteuerungspartner überschätzten die Entwicklung der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention, wie der RH bereits in seiner Stellungnahme zum Gesundheitsreformgesetz und in seinem Bericht „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3) kritisch angemerkt hatte. Daher war die durch das begleitende Monitoring (TZ 10) getroffene Feststellung, dass Länder und Sozialversicherung die angestrebten Ausgabendämpfungseffekte realisierten, zwar zutreffend, aber wenig aussagekräftig.

Der RH kritisierte, dass die Zielsteuerungspartner bei der Festlegung der Ausgabenobergrenzen für die zweite Zielsteuerungsperiode 2017–2021 aktuelle Entwicklungen außer Acht ließen, wodurch die festgelegten Ausgabenobergrenzen als Zielvorgabe nicht geeignet waren. Die Zielsteuerungspartner erklärten die bereits im Jahr 2012 festgelegte Ausgabenobergrenze für 2016 zum Ausgangswert für die Zielsteuerungsperiode 2017–2021, obwohl damals verfügbare aktuellere Daten die im Jahr 2012 getroffenen Annahmen nicht bestätigten: Gemäß der Anfang 2016 verfügbaren Statistik hatten die Ist-Ausgaben die Ausgabenobergrenzen bereits in den Jahren 2013 (um 680 Mio. EUR) und 2014 (um 721 Mio. EUR) deutlich unterschritten.

[Der RH empfahl dem Ministerium und den Ländern, in ihrer Rolle als Zielsteuerungspartner gemeinsam mit der Sozialversicherung künftig auf der Grundlage aktueller Daten ambitionierte Finanzziele festzulegen.](#)

Der RH wertete positiv, dass die Zielsteuerungspartner auf die Darstellung von Ausgabendämpfungseffekten für die Zielsteuerungsperiode 2017–2021 verzichteten. Diese waren seiner Ansicht nach in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 wegen der zu hoch angesetzten Prognose der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention weitgehend fiktiv.

- 5.3 (1) Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Länder in den Verhandlungen zum Finanzausgleich und zu den Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG auf die in den ersten Jahren der zweiten Zielsteuerungsperiode ab 2017 zu erwar-

tenden Ausgabensteigerungen im Bereich der Krankenanstalten – u.a. aufgrund der Umsetzung des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes – hingewiesen hätten. Sie hätten weiters eine Fortschreibung der Ausgabenobergrenze auf Basis der bereits für die erste Zielsteuerungsperiode festgelegten Ausgabenobergrenzen gefordert. Dieser Forderung sei das Ministerium nachgekommen, um die Kontinuität in den bereits abgestimmten Steigerungsraten zu wahren und eine weitere Verringerung der Ausgabensteigerungsraten bis Ende 2021 vereinbaren zu können. Aus dem laufenden Zielsteuerungsmonitoring sei bereits zu ersehen, dass die Zielvorgaben für die Länder dennoch sehr ambitioniert seien und nur bei entsprechend großen Anstrengungen eingehalten werden könnten. In künftigen Verhandlungen werde sich das Ministerium dafür einsetzen, von möglichst aktuellen Datengrundlagen auszugehen und – bei gleichzeitiger Sicherstellung einer quantitativ bedarfsgerechten und qualitativ hochwertigen Versorgung – realistische und ambitionierte Finanzziele (Ausgabenobergrenzen) mit den Ländern und der Sozialversicherung zu vereinbaren.

(2) Laut Stellungnahme der Gesundheit Österreich GmbH seien aktuelle Entwicklungen im Sinne der Ist–Ausgaben bei der Festlegung der Ausgabenobergrenzen für die zweite Zielsteuerungsperiode 2017–2021 zwar nicht berücksichtigt worden; das laufende Monitoring zeige jedoch, dass die Zielvorgabe für die Länder durchaus ambitioniert sei. Bei anhaltendem Trend der Ausgabenentwicklung sei noch innerhalb der laufenden Zielsteuerungsperiode mit einer gesamthaften Überschreitung der Ausgabenobergrenzen zu rechnen. Der festgelegte Ausgangswert sei ländersseitig mit den anstehenden Mehraufwendungen im Rahmen der Umsetzung des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes begründet worden.

(3) Die Länder Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien teilten in ihren Stellungnahmen mit, dass es durchaus in ihrem Interesse liege, sich künftig gemeinsam auf der Grundlage aktueller Daten an der gemeinsamen Formulierung ambitionierter Finanzziele zu beteiligen bzw. in solche Verhandlungen einzutreten.

Das Land Oberösterreich ergänzte in seiner Stellungnahme, die Kritik des RH, wonach die Zielsteuerungspartner bei der Festlegung der Ausgabenobergrenzen für die zweite Zielsteuerungsperiode 2017–2021 aktuelle Entwicklungen außer Acht gelassen hätten, nur bedingt nachvollziehen zu können. Insbesondere seien exogene Faktoren, wie beispielsweise das Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetz, in die Überlegungen bzw. Verhandlungen der Ausgabenobergrenzen eingeflossen.

- 5.4 Der RH hielt gegenüber dem Ministerium und dem Land Oberösterreich fest, dass die der Novellierung des Krankenanstalten–Arbeitszeitgesetzes zugrunde liegende Arbeitszeit–Richtlinie der Europäischen Union aus dem Jahr 2003 stammte und dieser Kostenfaktor aus Steuerungsgesichtspunkten daher schon zu einem früheren

Zeitpunkt hätte berücksichtigt werden können. Die bereits im Jahr 2012 festgelegte Ausgabenobergrenze für 2016 auch zum Ausgangswert für die Zielsteuerungsperiode 2017–2021 zu machen, war – wie die Stellungnahmen zeigten – im Wesentlichen ein nicht nachvollziehbar dokumentiertes Verhandlungsergebnis. Dies beeinträchtigte nach Ansicht des RH die Transparenz, die nicht nur ein zentrales Element der Finanzzielsteuerung bildete, sondern Voraussetzung für jede Form der Steuerung anhand von Zielen war.

Zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben

- 6.1 (1) Die Zielsteuerungspartner unterteilten die öffentlichen Gesundheitsausgaben in zielsteuerungsrelevante und nicht zielsteuerungsrelevante. Die nicht zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben umfassten einerseits von den Ländern und Krankenversicherungsträgern nicht beeinflussbare Ausgaben (Gesundheitsausgaben des Bundes, der Unfall- und Pensionsversicherung sowie der Krankenfürsorgeanstalten), andererseits die Investitionsausgaben der Länder und Krankenversicherungsträger. Diese Ausgaben waren von der Verpflichtung zur Erzielung von Ausgabendämpfungseffekten ausgenommen. Die folgende Tabelle stellt die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben getrennt nach Sektoren (Länder und Krankenversicherungsträger) sowie die nicht zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben dar und stellt sie den Modellannahmen gegenüber:

Tabelle 2: Finanzzielsteuerung 2012–2016 – zielsteuerungsrelevante und nicht zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben							
Länder	in Mio. EUR/(in %)						
zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben ohne Intervention (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	9.320	9.627	10.130	10.659	11.215	11.801	12.349
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(4,7 %)
Ausgabenobergrenze (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	9.320	9.627	10.040	10.443	10.831	11.213	11.569
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(4,3 %)	(4,0 %)	(3,7 %)	(3,5 %)	(3,2 %)
Ausgabendämpfungseffekt			90	216	384	588	780
Ausgabendämpfungseffekt kumuliert			90	306	690	1.278	2.058
Krankenversicherungsträger							
zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben ohne Intervention (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	8.146	8.415	8.854	9.316	9.802	10.314	10.794
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(5,2 %)	(4,7 %)
Ausgabenobergrenze (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	8.146	8.415	8.794	9.172	9.546	9.922	10.274
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(4,5 %)	(4,3 %)	(4,1 %)	(3,9 %)	(3,5 %)
Ausgabendämpfungseffekt			60	144	256	392	520
Ausgabendämpfungseffekt kumuliert			60	204	460	852	1.372
Summe Länder und Krankenversicherungsträger							
zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben ohne Intervention (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	17.466	18.042	18.984	19.975	21.017	22.115	23.143
Ausgabenobergrenze (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	17.466	18.042	18.834	19.615	20.377	21.135	21.843
Ausgabendämpfungseffekt			150	360	640	980	1.300
Ausgabendämpfungseffekt kumuliert			150	510	1.150	2.130	3.430
nicht zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben							
	in Mio. EUR						
ohne Intervention (für 2010 und 2011 Ausgangswert)	2.796	2.889	3.040	3.200	3.369	3.545	3.710
Modellannahmen für Zielsteuerung 2012–2016							
	in Mio. EUR/(in %)						
öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Intervention (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	20.262	20.931	22.024	23.175	24.386	25.660	26.853
Ausgabenobergrenze (für 2010 und 2011 Ausgangswerte)	20.262	20.931	21.873	22.813	23.748	24.675	25.563
<i>Steigerungsrate</i>		(3,3 %)	(4,5 %)	(4,3 %)	(4,1 %)	(3,9 %)	(3,6 %)
Ausgabendämpfungseffekt (gerundet)			150	360	640	980	1.300
Ausgabendämpfungseffekt (gerundet) kumuliert			150	510	1.150	2.130	3.430

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013; Finanzrahmenvertrag auf Bundesebene

Die Tabelle zeigt die auf Grundlage der Länder–Ausgangswerte (9.320 Mio. EUR im Jahr 2010 und 9.627 Mio. EUR im Jahr 2011) von den Zielsteuerungspartnern auch für die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben – in Analogie zu ihrer Vorgehensweise bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben – festgelegten Ausgabenobergrenzen und Ausgabendämpfungseffekte. Von dem für die Zielsteuerungsperiode 2012–2016 vereinbarten Ausgabendämpfungseffekt in Höhe von 3.430 Mio. EUR hatten die Länder 2.058 Mio. EUR (rd. 60 %) und die Krankenversicherungsträger 1.372 Mio. EUR (rd. 40 %) zu erzielen. Die maximal zulässigen jährlichen Steigerungsraten für die Länder zwischen rd. 4,3 % im Jahr 2012 und rd. 3,2 % im Jahr 2016 unterschritten sowohl die sektorenübergreifend zulässigen Steigerungsraten als auch jene für die Krankenversicherungsträger.

(2) Die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Länder waren laut der Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 aus den Rechnungsabschlüssen der Landesgesundheitsfonds sowie der Länder und allenfalls Gemeinden nach dem nachfolgend dargestellten Schema abzuleiten:

Tabelle 3: Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben

Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben	
Ausgangswert	Ausgaben für Fondskrankenanstalten gemäß den Rechnungsabschlüssen der Landesgesundheitsfonds
	abzüglich Investitionszuschüsse
	abzüglich Strukturmittel
	abzüglich über Landesgesundheitsfonds ausgewiesene Betriebsabgangsdeckung
	abzüglich Ausgaben für ausländische Gastpatientinnen und –patienten
	abzüglich sonstige Kostenbeiträge
Zwischenergebnis	zielsteuerungsrelevante Ausgaben für Fondskrankenanstalten
	zuzüglich Betriebsabgangsdeckung, ausgewiesen in den Rechnungsabschlüssen der Eigentümer bzw. der öffentlichen Träger
	zuzüglich Betriebsabgangsdeckung der Gemeinden
	zuzüglich Sozialhilfe
	abzüglich Betriebsabgangsdeckung/Betriebskostenzuschüsse für Pflegeheime
Ergebnis	zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben im Bereich der Länder

Quelle: Art. 26 Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013

Die Tabelle zeigt, dass allfällige Investitionszuschüsse der Landesgesundheitsfonds, wenngleich nur als Abzugsposten, in die Berechnung einfließen und daher transparent waren, jene der Länder und Gemeinden jedoch außer Betracht blieben. Die Zielsteuerungspartner begründeten dies mit der Gefahr, einen falschen Anreiz zu setzen: Bei Anrechnung der Investitionszuschüsse auf die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben bestünde das Risiko, dass von Investitionen – ohne eine Bewertung ihrer Zweckmäßigkeit vorzunehmen – allein deshalb abgesehen werde,

um die Ausgabenobergrenze einzuhalten und das Ausgabendämpfungsziel zu erreichen. Zudem argumentierten mehrere Länder, dass ein Vergleich zwischen den Ländern aufgrund unterschiedlicher Finanzierungsarten (z.B. Leasing, Darlehen, Eigenfinanzierung) nicht möglich sei, was ebenso gegen die Berücksichtigung der Investitionszuschüsse bei der Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben gesprochen hätte.

- 6.2 Der RH bemängelte, dass die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben nicht alle Ausgaben im Bereich der Länder für Fondskrankenanstalten umfassten, weil damit insbesondere bei den Investitionszuschüssen keine volle Transparenz gegeben war. Der RH verwies auf seine diesbezügliche Kritik und Empfehlung in [TZ 15](#).

Umsetzung auf Landesebene

Verteilung des Ausgabendämpfungseffekts auf die Länder

- 7.1 Gemäß der Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 hatten die Länder den von ihnen zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekt in Höhe von insgesamt 2.058 Mio. EUR auf die einzelnen Länder aufzuteilen. Weder die Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 noch der Bundes–Zielsteuerungsvertrag enthielten dazu Vorgaben.

Die Länder nahmen die Aufteilung im Herbst 2012 im Rahmen des horizontalen Finanzausgleichs vor und orientierten sich dabei laut eigener Angabe an der damaligen Einschätzung der Ausgabendynamik und der diesbezüglichen Dämpfungspotenziale bei den Fondskrankenanstalten. Das Land Burgenland (aufgrund von bereits länger geplanten Leistungserweiterungen im Krankenhaus Eisenstadt) und das Land Vorarlberg (aufgrund der erforderlichen Anhebung des Lohnniveaus der Spitalsärztinnen und –ärzte infolge bestehender Abwanderungstendenzen ins benachbarte Ausland) hatten demnach keinen Beitrag zur Ausgabendämpfung zu leisten.

Die folgende Tabelle stellt die vereinbarten und im Finanzrahmenvertrag auf Bundesebene ausgewiesenen Länderanteile am angestrebten Ausgabendämpfungseffekt in Höhe von 2.058 Mio. EUR dar. Der RH stellte diesen Anteilen ausgewählte Kennzahlen (den Landesanteil an den Gesamtkosten der Fondskrankenanstalten und die Entwicklung der stationären Endkosten der Fondskrankenanstalten je stationären Aufenthalt in den Jahren 2009 bis 2012) gegenüber. Der RH wählte diese Kennzahlen deshalb aus, weil die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Länder fast ausschließlich Ausgaben im Zusammenhang mit Fondskrankenanstalten umfassten und die ausgewählten Kennzahlen wesentliche Einflussgrößen auf die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Länder darstellten:

Tabelle 4: Anteile der Länder am Ausgabendämpfungseffekt 2012–2016 und ausgewählte Kennzahlen

	Finanzzielsteuerung 2012–2016		ausgewählte Kennzahlen (Ist–Werte)			
	Ausgabendämpfungseffekt	Anteil am Ausgabendämpfungseffekt	Anteil an den Gesamtkosten der Fondskrankenanstalten 2009 bis 2012	stationäre Endkosten je stationären Aufenthalt		
				2009	2012	Veränderung 2009 bis 2012
	in Mio. EUR	in %		in EUR		in %
Burgenland	–	–	1,9	2.232	2.420	8,4
Kärnten	144,50	7,0	6,5	3.460	3.693	6,7
Niederösterreich	395,00	19,2	14,9	3.378	3.708	9,8
Oberösterreich	459,74	22,3	16,4	2.945	3.168	7,6
Salzburg	91,18	4,4	6,3	3.030	3.343	10,3
Steiermark	265,24	12,9	13,2	3.420	3.482	1,8
Tirol	54,84	2,7	7,8	2.636	3.119	18,3
Vorarlberg	–	–	3,3	2.818	3.171	12,5
Wien	647,50	31,5	29,6	4.069	4.346	6,8
Summe	2.058,00	100,0	100,0	–	–	–
Österreich gesamt	–	–	–	3.301	3.574	8,3

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Finanzrahmenvertrag auf Bundesebene; Krankenanstalten in Zahlen (BMASGK)

Die auf die Länder Kärnten und Steiermark entfallenden Anteile am Ausgabendämpfungseffekt entsprachen annähernd ihren Anteilen an den österreichweiten Gesamtkosten für Fondskrankenanstalten in den Jahren 2009 bis 2012, während die Anteile der Länder Burgenland, Salzburg, Tirol und Vorarlberg darunter lagen. Die verbleibenden Länder Niederösterreich, Oberösterreich und Wien hatten dies auszugleichen und in einem höheren Ausmaß zum Ausgabendämpfungseffekt beizutragen, als es ihrem Anteil an den österreichweiten Gesamtkosten der Fondskrankenanstalten entsprach. Insgesamt hatten diese drei Länder 73 % des Ausgabendämpfungseffekts zu erzielen, obwohl ihr Anteil an den Gesamtkosten der Fondskrankenanstalten nur 61 % betrug.

Die Tabelle zeigt zudem die in den Ländern – auch durch regional unterschiedliche Versorgungsstrukturen bedingt – deutlich voneinander abweichenden stationären Endkosten je stationären Aufenthalt. Diese wiesen im Jahr 2012 ein Minimum von 2.420 EUR (Burgenland) und ein Maximum von 4.346 EUR (Wien) auf; der Kostenanstieg im Zeitraum 2009 bis 2012 war in der Steiermark mit 1,8 % am geringsten und in Tirol mit 18,3 % am höchsten.

Ob die Länder diese oder andere Kennzahlen bei der Verteilung des Ausgabendämpfungseffekts berücksichtigten, war nicht nachvollziehbar. So war etwa das Land Oberösterreich, das sowohl unterdurchschnittliche stationäre Endkosten je Aufenthalt in den Jahren 2009 und 2012 als auch eine diesbezüglich unterdurchschnittliche Steigerungsrate im Zeitraum 2009 bis 2012 aufwies, mit einem Anteil von 22,3 % stärker an der Ausgabendämpfung beteiligt, als es seinem Anteil an den österreichweiten Gesamtkosten von 16,4 % entsprach.

- 7.2 Der RH hielt kritisch fest, dass weder die Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 noch der Bundes–Zielsteuerungsvertrag Kriterien für die Verteilung des insgesamt von den Ländern zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekts auf die einzelnen Länder festlegten, womit der Finanzzielsteuerung ein wesentliches Steuerungselement fehlte. Stattdessen entschieden die Länder über die Verteilung im Rahmen des horizontalen Finanzausgleichs, wobei sie die Ausgabendynamik und die diesbezüglichen Dämpfungspotenziale nicht nachvollziehbar bewerteten bzw. berücksichtigten.

[Der RH empfahl den Ländern, künftig eine nachvollziehbare und transparente Bewertung und Verteilung der von den einzelnen Ländern zur Erreichung der Finanzziele zu leistenden Beiträge vorzunehmen.](#)

- 7.3 (1) Das Land Burgenland sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung nach Möglichkeit zu beachten.

(2) Das Land Niederösterreich sei laut seiner Stellungnahme bereit, in Verhandlungen über die Verteilung der Beiträge, die von den einzelnen Ländern zur Erreichung der Finanzziele geleistet würden, einzutreten.

(3) Die Länder Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien teilten in ihren Stellungnahmen mit, dass die Bewertung der Möglichkeiten der einzelnen Länder, Beiträge zur Erreichung der Finanzziele zu leisten, in einem datenbasiert gestützten politischen Prozess erfolgt sei, ebenso die Verteilung dieser Lasten auf die Länder. Das Land Oberösterreich ergänzte, dass dabei die bereits eingeleiteten Struktur– bzw. Reformmaßnahmen der einzelnen Länder berücksichtigt seien.

Laut den Stellungnahmen der Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien seien dabei zahlreiche Parameter und Kennzahlen sowie die Expertise der Länder und Krankenanstaltenträger einbezogen worden. Die Verteilung der von den Ländern zu leistenden Beiträge werde jedoch auch in Zukunft nicht bis ins letzte Detail begründet darstellbar sein. Der horizontale Finanzausgleich unterliege den Gesetzmäßigkeiten eines politischen Entscheidungsfindungsprozesses, der zudem nicht auf ein vollkommenes mathematisches Modell der Erklärung von Spitalsausgabenentwicklungen aufsetzen könne. Die Länder Kärnten, Salzburg, Steier-

mark, Tirol und Vorarlberg verwiesen diesbezüglich auf ihre in **TZ 1** angeführten allgemeinen Hinweise.

- 7.4 Der RH entgegnete den Ländern Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien, dass ihm weder für den erwähnten datenbasiert gestützten politischen Prozess noch für die Einbeziehung zahlreicher Parameter und Kennzahlen entsprechende Unterlagen vorgelegt wurden. Er hielt deshalb an seiner Kritik und Empfehlung fest.

Finanzielle Bewertung der Maßnahmen

- 8.1 In der Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 verpflichteten sich die Zielsteuerungspartner, ein auf finanziell bewerteten und nachvollziehbaren Annahmen beruhendes Maßnahmenpaket zur Erzielung des Ausgabendämpfungseffekts darzustellen. Im Unterschied dazu verteilten sie den von den Ländern zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekt (2.058 Mio. EUR) – ohne Offenlegung allenfalls getroffener Annahmen – auf sechs Bereiche, die im Wesentlichen Kostenstellengruppen der Fonds-krankenanstalten entsprachen. Sie ordneten diesen Bereichen – wie nachstehende Tabelle zeigt – operative Ziele und zugehörige Maßnahmen mit möglicher ausgabendämpfender Wirkung aus den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse zu, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.¹¹

Tabelle 5: Verteilung des angestrebten Ausgabendämpfungseffekts 2012–2016 der Länder nach Bereichen

Bereiche	Ausgaben- dämpfungseffekt	Anteil am Ausgaben- dämpfungseffekt	allenfalls ausgaben- dämpfende opera- tive Ziele
	in Mio. EUR	in %	Anzahl
nicht–bettenführende medizini- sche Versorgung ¹	555	27,0	7
bettenführende medizinische Versorgung ¹	695	33,8	9
medizinische Ge– und Verbrauchsgüter ²	355	17,2	2
medizinisch bedingte Hilfskosten- stellen ¹	88	4,3	–
vorwiegend nicht–medizinisch bedingte Hilfskostenstellen ¹	190	9,2	–
Hilfskostenstellen der Verwaltung ¹	175	8,5	–
Summe	2.058	100,0	13³

¹ exklusive medizinische Ge– und Verbrauchsgüter

² kostenstellenübergreifend

³ bereinigt um Mehrfachnennungen

Quelle: Bundes–Zielsteuerungsvertrag

¹¹ Zudem rechneten die Zielsteuerungspartner auch mit den Folgewirkungen der bereits vor der Einrichtung des Zielsteuerungssystems eingeleiteten Struktur– und Reformmaßnahmen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität des Versorgungssystems, um den Ausgabendämpfungseffekt zu erreichen.

Die Tabelle zeigt, dass rd. 34 % des angestrebten Ausgabendämpfungseffekts unmittelbar dem bettenführenden Versorgungsbereich zugeordnet wurden. Weil auf diesen auch Anteile der medizinischen Ge- und Verbrauchsgüter sowie der Hilfskostenstellen umzulegen waren, entfiel mehr als die Hälfte des insgesamt angestrebten Ausgabendämpfungseffekts auf den bettenführenden Versorgungsbereich.

Das Ausmaß, in dem die aus den Steuerungsbereichen Versorgungsstruktur und Versorgungsprozesse gewählten Ziele oder Maßnahmen zur Ausgabendämpfung beitragen sollten, blieb jedoch offen. Die Gesundheit Österreich GmbH hatte im Rahmen der Vorarbeiten zur Gesundheitsreform 2013 einen Vorschlag für die finanzielle Bewertung einzelner Maßnahmen erstellt, der keine Anwendung fand.¹² Die Länder nahmen weder eine finanzielle Bewertung einzelner Maßnahmen vor noch gaben sie an, ob eine bestimmte Maßnahme grundsätzlich ausgabendämpfende Effekte hatte. Sie begründeten dies u.a. mit Messproblemen oder damit, dass die Wirkung mancher Maßnahmen von Entwicklungen abhing, die in der Einflussphäre der Sozialversicherung oder des Bundes lagen.

- 8.2 Der RH hielt fest, dass die Zielsteuerungspartner gemäß der Zielsteuerungs-Vereinbarung 2013 ein zur Erreichung der Ausgabendämpfungseffekte geeignetes Maßnahmenpaket auf der Grundlage finanziell bewerteter und nachvollziehbarer Annahmen darzustellen hatten.

Er bemängelte, dass sie sich im Bundes-Zielsteuerungsvertrag darauf beschränkten, den von den Ländern zu erzielenden Ausgabendämpfungseffekt (2.058 Mio. EUR) ohne Offenlegung allenfalls getroffener Annahmen auf sechs Bereiche, im Wesentlichen Kostenstellengruppen der Fondskrankenanstalten, aufzuteilen und diesen Bereichen potenziell ausgabendämpfende operative Ziele aus den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse zuzuordnen. Demnach sollte mehr als die Hälfte des angestrebten Ausgabendämpfungseffekts der Länder im bettenführenden Bereich der Fondskrankenanstalten realisiert werden.

Der RH wies – ohne die Schwierigkeiten der Länder bei der finanziellen Bewertung einzelner Maßnahmen außer Acht zu lassen – kritisch darauf hin, dass ohne Kenntnis damit verbundener möglicher Ausgabendämpfungspotenziale eine wesentliche Grundlage für ein zielorientiertes Steuerungssystem – ein zentrales Element der Gesundheitsreform 2013 – fehlte.

¹² Der Vorschlag sah für einzelne Bereiche des Gesundheitswesens (u.a. Krankenanstalten, Anbieter von ambulanten Gesundheitsdienstleistungen) bestimmte „Effizienzhebel“, wie etwa die Senkung der Krankenhaushäufigkeit oder den Abbau von Akutbetten, vor, für die das jeweils geplante Einsparungspotenzial anzugeben war.

Der RH empfahl den Ländern, operative Ziele und Maßnahmen im Gesundheitswesen künftig mit einer Einschätzung der damit verbundenen finanziellen Auswirkungen zu hinterlegen, um sie in der Folge priorisieren und die Erreichung der Finanzziele beurteilen zu können.

8.3 (1) Das Land Burgenland sagte in seiner Stellungnahme zu, der Empfehlung nach Möglichkeit nachzukommen.

(2) Laut der Stellungnahme des Landes Oberösterreich hätten sich die Zielsteuerungspartner bewusst gegen die Aufteilung der Ausgabendämpfung auf einzelne Maßnahmen ausgesprochen, u.a. weil ein kausaler Zusammenhang zwischen Maßnahmen und Ausgabendämpfung vielfach kaum herstellbar sei, sich viele Maßnahmen wechselseitig beeinflusst hätten und die Berechnung der ausgabendämpfenden Effekte einzelner Maßnahmen enormen Aufwand verursacht habe. Daher sei im Bundes-Zielsteuerungsvertrag auch ausdrücklich festgehalten, dass sich die Ausgabendämpfung – abgesehen von den aus dem Ziele- und Maßnahmenkatalog angeführten Maßnahmen – insbesondere aus den Folgewirkungen der bereits eingeleiteten Struktur- und Reformmaßnahmen und aus den im Wirkungsbereich der Länder auch zukünftig zu setzenden Maßnahmen zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität des Versorgungssystems ergebe.

(3) Laut Stellungnahme der Länder Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien liege es im Interesse dieser Länder, die finanziellen Auswirkungen von Zielen und Maßnahmen im Gesundheitswesen (Spitalswesen) möglichst zu quantifizieren und der Entscheidungsfindung zugrunde zu legen. Bei einzelnen Maßnahmen seien jedoch komplexe Wirkungszusammenhänge gegeben, die Einhaltung von Finanzzielen von einer Fülle von Faktoren abhängig und die Kostenentwicklung schwer prognostizierbar. In solchen Fällen könne bzw. müsse gegebenenfalls auf näherungsweise Betrachtungen zurückgegriffen werden.

Das Land Kärnten fügte hinzu, dass auf eine Darstellung der zu erwartenden, mit einzelnen operativen Zielen und Maßnahmen verbundenen Kosten im Rahmen der Erarbeitung der Zielsteuerungs-Vereinbarungen (Bund und Land) bewusst verzichtet worden sei, weil eine monetäre Bewertung aufgrund der äußerst unsicheren Prognosen und Kostenschätzungen unseriös gewesen wäre. Gegenseitige Abhängigkeiten mit mehreren Variablen würden eine große Bandbreite in den kostenmäßigen Auswirkungen zulassen, daher seien finanzielle Ergebnisse nicht sinnvoll darzustellen. Ebenso stelle sich die Frage nach einer korrekten Bewertung qualitativer Maßnahmen; diese werde bei vielen der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vereinbarten Ziele und Maßnahmen hinsichtlich der gesamtwirtschaftlichen Auswirkung nicht beantwortet.

Das Land Niederösterreich ergänzte in seiner Stellungnahme, dass die Umsetzung von Maßnahmen auch zu Mehrkosten führen und erst nach mehreren Jahren Einsparungen bewirken könne.

- 8.4 Der RH entgegnete den Ländern Kärnten und Oberösterreich, dass die Grundlagen der Finanzzielsteuerung keinen Hinweis darauf enthielten, dass sich die Zielsteuerungspartner bewusst gegen die Beurteilung der finanziellen Auswirkungen einzelner Maßnahmen ausgesprochen hätten. Ganz im Gegenteil hatten sich die Zielsteuerungspartner in der Zielsteuerungsvereinbarung 2013 – wie erwähnt – ausdrücklich dazu verpflichtet, ein auf finanziell bewerteten und nachvollziehbaren Annahmen beruhendes Maßnahmenpaket zur Erzielung des Ausgabendämpfungseffekts darzustellen.

Umsetzung operativer Ziele aus den Steuerungsbereichen

- 9.1 (1) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag nannte 13 operative Ziele aus den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen und Versorgungsprozesse mit potenziell ausgabendämpfender Wirkung in den Fondskrankenanstalten. Der RH wählte daraus die in der folgenden Tabelle dargestellten drei operativen Ziele aus, weil die Entwicklung der zugehörigen Messgrößen die Kostenentwicklung im bettenführenden Bereich der Fondskrankenanstalten – dem Bereich mit dem überwiegenden Ausgabendämpfungseffekt – unmittelbar beeinflusste.

Tabelle 6: Operative Ziele gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit quantitativen Messgrößen

operatives Ziel	Messgrößen
Leistungserbringung für ausgewählte tagesklinisch erbringbare Leistungen in nicht stationären Versorgungsformen forcieren	Anteil der tagesklinisch erbrachten Leistungen gemessen an der Gesamtzahl der Leistungen für acht ausgewählte Eingriffe ¹
präoperative Verweildauern in den Krankenanstalten auf das medizinisch notwendige Maß anpassen	präoperative Verweildauer (Unterschied zwischen Aufnahme- und Operationsdatum in Tagen)
Über-, Unter- und Fehlversorgung auf Landesebene beseitigen	Belagstage und Krankenhaushäufigkeit je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner; durchschnittliche Verweildauer in Belagstagen

¹ Karpaltunnel-Operation, Katarakt-Operation (Grauer Star), Varizen-Operation (Krampfadern), Adenotomie/Paracentese (Mandelentfernung/Trommelfellschnitt), Curettage (Gebärmutterausschabung), Hernien-Operation (Leistenbruch), Metallentfernung, Kniearthroskopie (Gelenksspiegelung)

Quelle: Bundes-Zielsteuerungsvertrag

Die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag für diese Ziele festgelegten Zielwerte galten gleichermaßen für alle Länder, obwohl deren Ausgangssituation, d.h. die jeweilige Ausprägung der quantitativen Messgrößen im Jahr 2012, unterschiedlich war. Die folgende Tabelle veranschaulicht dies:

Tabelle 7: Ausgangswerte der Länder bei den quantitativen Messgrößen im Jahr 2012

Ziel	tagesklinische Leistungserbringung forcieren	präoperative Verweildauer reduzieren	Über-, Unter- und Fehlversorgung beseitigen		
Messgröße	Anteil der Leistungen mit erreichtem Zielwert	durchschnittliche präoperative Verweildauer ¹	Belagstage je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Krankenaufenthalte je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner	durchschnittliche Verweildauer je Aufenthalt
	in %	in Tagen	Anzahl		in Belagstagen
Burgenland	37,5	1,00	1.100	212,20	5,07
Kärnten	0,0	1,02	1.413	260,92	5,58
Niederösterreich	62,5	0,97	1.220	231,44	5,49
Oberösterreich	37,5	1,03	1.327	262,17	5,19
Salzburg	0,0	1,24	1.257	242,17	5,29
Steiermark	12,5	1,10	1.302	236,54	5,67
Tirol	0,0	0,96	1.169	234,52	5,11
Vorarlberg	87,5	0,88	1.041	211,17	5,05
Wien	25,0	1,12	1.105	197,89	5,74
Österreich	–	1,06	1.225	231,79	5,44

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Stand 2013; Daten für 2012 nicht verfügbar

Quellen: Bundes-Zielsteuerungsvertrag; Monitoringberichte; Krankenanstalten in Zahlen

Das Ziel der tagesklinischen Leistungserbringung bestand für alle Länder darin, einen bestimmten Anteil der acht ausgewählten Eingriffe tagesklinisch zu erbringen. In Vorarlberg war dieser Anteil bereits zu Beginn der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 bei sieben von acht Leistungen (Zielerreichungsgrad 87,5 %) erreicht, in Kärnten, Salzburg und Tirol hingegen noch bei keiner Leistung. Die präoperative Verweildauer sollte am Ende der Zielsteuerungsperiode in allen Ländern höchstens einen Tag betragen. Im Burgenland, in Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg traf dies bereits zu Beginn der Zielsteuerungsperiode zu, während andere Länder damals noch darüber lagen. Auch beim Ziel der Beseitigung der Über-, Unter- und Fehlversorgung berücksichtigte die Zielvorgabe – Reduktion der Belagstage, Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer in einem bundesweit einheitlichen Ausmaß – die sehr unterschiedliche Ausgangssituation der Länder nicht.

- 9.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die Zielsteuerungspartner die Zielwerte für alle Länder einheitlich festlegten und damit die unterschiedliche Ausgangssituation der Länder nicht berücksichtigten. Beispielsweise mussten die Länder Burgenland, Niederösterreich, Tirol und Vorarlberg die präoperative Verweildauer nicht reduzieren, da sie den vorgegebenen Zielwert bereits zu Beginn der Zielsteuerungsperiode erreicht hatten. Daher konnte in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 von der Erreichung der operativen Ziele nicht in allen Ländern auf die Realisierung von Ausgabendämpfungseffekten geschlossen werden.

Der RH wiederholte seine Empfehlung, die operativen Ziele und Maßnahmen künftig mit einer Einschätzung der damit verbundenen finanziellen Auswirkungen zu hinterlegen. [\(TZ 8\)](#)

- 9.3 (1) Die Länder Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien verwiesen auf ihre Stellungnahme in [TZ 8](#).

(2) Laut Stellungnahme der Gesundheit Österreich GmbH habe der Bundes–Zielsteuerungsvertrag zwischen bundesweit und auf Länderebene zu erreichenden Zielen unterschieden. Bei bundesweiten Zielen habe für die Länder die Möglichkeit bestanden, gemeinsam zur Zielerreichung beizutragen und unterschiedliche regionale Ausgangslagen zu berücksichtigen. Aus Transparenzgründen sei in den Monitoringberichten auch bei bundesweit zu erreichenden Zielen eine länderweise Darstellung vorgenommen worden.

- 9.4 Der RH verwies gegenüber den Ländern Kärnten und Oberösterreich auf seine Gegenäußerung in [TZ 8](#).

Monitoring

Grundlagen

- 10 Die Zielsteuerungs–Vereinbarung 2013 und das Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz sahen zur Messung der Zielerreichung ein bundeseinheitliches, effektives sowie effizientes Monitoring und Berichtswesen auf Bundesebene durch die Gesundheit Österreich GmbH vor. Für die Finanzzielsteuerung unterschied der Bundes–Zielsteuerungsvertrag ein Finanzzielmonitoring und ein unterjähriges Finanzmonitoring. Während das unterjährige Finanzmonitoring die Ausgabenentwicklung zeitnah abschätzen sollte, diente das Finanzzielmonitoring der nachträglichen Überwachung der Einhaltung der Ausgabenobergrenzen.

Die Länder und Landesgesundheitsfonds meldeten der Gesundheit Österreich GmbH halbjährlich (jeweils zum 15. März und 15. September) die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Länder. Diese führte die Meldungen zu Monitoringberichten (**TZ 15**) zusammen und übermittelte sie an die jeweilige Landes-Zielsteuerungskommission sowie die Bundes-Zielsteuerungskommission. Die Landes-Zielsteuerungskommissionen hatten die Zielerreichung auf Grundlage der Monitoringberichte einzuschätzen und bei zu erwartenden oder festgestellten Zielverfehlungen handlungsleitende Empfehlungen zu entwickeln. Die Bundes-Zielsteuerungskommission hatte die Berichte und Empfehlungen in der Folge zu beschließen.

Datenquellen

Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds

- 11.1 Die Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds unterschieden sich in Form und Gliederung, wie der RH bereits in früheren Berichten festgestellt hatte.¹³ Dies betraf etwa die Gliederungstiefe: Während der Wiener Gesundheitsfonds für das Jahr 2015 in seinem Rechnungsabschluss 16 Aufwandspositionen in fünf Rubriken auswies, umfasste der Rechnungsabschluss des Kärntner Gesundheitsfonds 50 Positionen in vier Rubriken und jener in Niederösterreich 40 Positionen in 17 Rubriken. Der Tiroler Gesundheitsfonds stellte seine Aufwendungen ohne Gliederung in Rubriken dar. Ähnliche Unterschiede bestanden auch in den Vor- und Folgejahren.

Zudem bezeichneten die Landesgesundheitsfonds vergleichbare Sachverhalte in ihren Rechnungsabschlüssen teilweise unterschiedlich, sodass ein Vergleich einzelner Positionen oder Rubriken zwischen den Landesgesundheitsfonds Rücksprachen bei diesen erforderte.

- 11.2 Der RH kritisierte, dass die Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds unterschiedlich strukturiert waren und dass die Verwendung abweichender Bezeichnungen für vergleichbare Sachverhalte ihre Interpretation erschwerte. Dies verminderte die Transparenz der Rechnungsabschlüsse und die für eine vergleichende Analyse erforderlichen Erhebungen verursachten einen vermeidbaren Ressourceneinsatz.

Der RH empfahl den Ländern, sich auf eine einheitliche Form und Gliederung der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds sowie auf die Verwendung einheitlicher Bezeichnungen für vergleichbare Sachverhalte zu einigen, um die Transparenz zu erhöhen und die Gewinnung steuerungsrelevanter Informationen zu erleichtern.

¹³ siehe RH-Berichte „Mittelflüsse im Gesundheitswesen“ (Reihe Bund 2017/10), TZ 7, sowie „Landesgesundheitsfonds Burgenland und Steiermark“ (Reihe Burgenland 2017/5 und Reihe Steiermark 2017/7), TZ 14

11.3 (1) Laut Stellungnahme des Landes Burgenland sei es Sache der Länder, unter der Federführung des Bundes eine einheitliche Form und Gliederung der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds zu schaffen. Im Falle einer Einigung werde das Land darauf achten, diese künftig umzusetzen.

(2) Das Land Niederösterreich befürwortete in seiner Stellungnahme eine Vereinheitlichung der Form und Gliederung der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds. Dabei seien jedoch die unterschiedliche Mittelaufbringung, die unterschiedliche Ausgestaltung der Modelle der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung sowie die den Landesgesundheitsfonds zusätzlich übertragenen Aufgaben zu berücksichtigen. Dadurch werde eine vollkommene Vergleichbarkeit erschwert.

(3) Das Land Oberösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Verbindungsstelle der Bundesländer eine einheitliche Darstellung bzw. Zusammenführung aller Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds bereits jetzt jährlich vornehme.

(4) Nach Ansicht der Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg habe der RH in seiner Empfehlung zwei Themen vermengt, nämlich die Frage der länderübergreifenden Vergleichbarkeit der Gebarung der Landesgesundheitsfonds einschließlich allfälliger einheitlicher Verrechnungsvorschriften einerseits und die Frage der Transparenz der Fondsgebarung andererseits.

Grundsätzlich bestehe großes Interesse an vergleichbaren Daten. Die Vergleichbarkeit stoße jedoch dann an Grenzen, wenn das zu Vergleichende unterschiedlich beschaffen sei. Bei den Landesgesundheitsfonds bestünden beispielsweise Unterschiede hinsichtlich der Ausgestaltung von Vorweganteilen, der Arten der Abgeltungstöpfe, der Gewichtungsfaktoren, der ambulanten Abgeltungssysteme (bis 2018), der Ausgestaltung von Investitionszuschüssen, der Einbindung der Fonds in Nebenaufgaben der Spitalsfinanzierung, der landesgesetzlichen Zusatzdotierungen der Fonds sowie der Systemausgestaltungsvarianten infolge der unterschiedlichen Rechtsträgersituation in den Ländern.

Die Ergebnisse für eine bestmögliche vergleichbare Struktur der Darstellung der Aufwendungen und Erträge der Landesgesundheitsfonds hätten in den diesbezüglichen Publikationen zur Krankenanstaltenstatistik (Verbindungsstelle der Bundesländer) ihren Niederschlag gefunden. Allfällige richtungsweisende Verbesserungsvorschläge dieser Darstellung könnten zukünftig berücksichtigt werden, der bloße Hinweis auf die nur eingeschränkte Vergleichbarkeit und das Einfordern neuer, zusätzlicher Verrechnungsvorschriften würden jedoch zu kurz greifen.

Die vom RH wahrgenommene geringe Transparenz sei nach Ansicht der Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg möglicherweise der hohen Komplexität der Materie Krankenanstaltenfinanzierung geschuldet. Transparenz im engeren Sinne sei durchaus gegeben, insbesondere werde auf die umfangreichen Tätigkeitsberichte und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds verwiesen. Angesichts der kaum überblickbaren Fülle von Dokumentationsergebnissen finanzieller und statistischer Natur¹⁴ sei der Grenznutzen weiterer Dokumentationsvorschriften zu bezweifeln. Die Forderung nach zusätzlichen Verrechnungsvorschriften stehe im Gleichklang mit einem allgemeinen Trend – die Länder verwiesen in diesem Zusammenhang auf das im Jahr 1955 veröffentlichte „Parkinson’sche Gesetz zum Bürokratiewachstum“ –, sei aber aus den genannten Gründen bei näherer Betrachtung im konkreten Fall nicht nachvollziehbar und werde als überschießend betrachtet.

(5) Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass der Wiener Gesundheitsfonds keine Einwände habe, seine Rechenwerke künftig in einheitlicher abgestimmter Form und Gliederung abzubilden.

- 11.4 Der RH entgegnete den Ländern Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg, dass die Forderung nach zusätzlichen Verrechnungsvorschriften für die Landesgesundheitsfonds nicht vom RH stammte, sondern auf einer Vereinbarung der Länder mit den übrigen Zielsteuerungspartnern beruhte (**TZ 12**). Die Länder hatten diese Vereinbarung seit 2005 mehrmals erneuert, sie aber nach nunmehr fast 15 Jahren noch immer nicht umgesetzt. Die Kritik der Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg war für den RH daher weder nachvollziehbar noch schlüssig.

Weiters entgegnete der RH den Ländern Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg, dass die von ihnen erwähnte Transparenz „im engeren Sinne“ nicht Gegenstand seiner Kritik war. Vielmehr war nach Ansicht des RH Transparenz im Sinne der länderübergreifenden Vergleichbarkeit zu verstehen, weil dadurch österreichweite Analysen und Aussagen zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten und der Wirkung der landesspezifischen Steuerungsinstrumente möglich wären. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

- 12.1 (1) Bereits die Reformvereinbarung 2005 sah vor, dass bei der Einrichtung und Tätigkeit von Landesgesundheitsfonds jedenfalls zwischen den Ländern vereinbarte und die Vergleichbarkeit gewährleistende Verrechnungsvorschriften anzuwenden waren und eine periodengerechte Abgrenzung der Fondsmittel zu erfolgen hatte. Auch alle darauf folgenden Reformvereinbarungen enthielten diese Vorgabe.

¹⁴ Die Länder nannten beispielhaft Daten aus der Krankenanstaltenkostenrechnung, gemäß der Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung, aus den unternehmensrechtlichen und krankenanstaltenrechtlichen Rechnungsabschlüssen, aus dem Monitoring der Finanzzielsteuerung, weiters Daten gemäß dem Gesundheitsdokumentationsgesetz und seiner Durchführungsverordnungen sowie Daten aus den Publikationen der Statistik Austria.

Zudem hatten die Landesgesundheitsfonds der Bundesgesundheitsagentur in periodischen Abständen standardisierte Berichte über ihre Gebarung auf Basis eines bundesweit einheitlich strukturierten Voranschlags und Rechnungsabschlusses zu übermitteln. Struktur und Inhalt dieser Berichte waren von der Bundesgesundheitsagentur festzulegen. Diese Berichtspflicht war auch in den Gesundheitsfondsgesetzen der Länder festgelegt.

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung des RH lagen – entgegen der seit dem Jahr 2005 bestehenden Verpflichtung – nach wie vor keine länderübergreifend gültigen Verrechnungsvorschriften für die Landesgesundheitsfonds vor. Ebenso wenig hatte die Bundesgesundheitsagentur Struktur und Inhalt des vereinbarten periodischen Berichtswesens zur Fondsgebarung festgelegt.

- 12.2 Der RH kritisierte, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine länderübergreifend gültigen Verrechnungsvorschriften für die Landesgesundheitsfonds vorlagen, obwohl Bund und Länder dies bereits in der Reformvereinbarung 2005 bei Einrichtung der Fonds vorgesehen und damit den hohen Stellenwert einer transparenten Fondsgebarung betont hatten.¹⁵ Zudem hatten sie standardisierte Gebarungsberichte der Fonds an die Bundesgesundheitsagentur auf der Grundlage einheitlicher Voranschläge und Rechnungsabschlüsse vereinbart, aber auch nicht umgesetzt.

Auch der RH hielt transparente Fondsgebarungen als Basis für vergleichende Analysen der Mittelverwendung für zweckmäßig und sah in einheitlich strukturierten Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Transparenz und Steuerbarkeit der Landesgesundheitsfonds.

[Der RH empfahl den Ländern, einheitliche Verrechnungsvorschriften für die Landesgesundheitsfonds zu vereinbaren und auf ihre verbindliche Umsetzung – etwa durch Novellen der Landesgesundheitsfondsgesetze – hinzuwirken.](#)

Dadurch wären nach Ansicht des RH steuerungsrelevante vergleichbare Informationen mit verhältnismäßig geringem Aufwand unmittelbar aus den Voranschlägen und Rechnungsabschlüssen der Landesgesundheitsfonds ableitbar, weshalb das Erfordernis eines gesonderten Berichtswesens im Sinne der Verwaltungseffizienz zu hinterfragen wäre.

- 12.3 (1) Die Länder Burgenland, Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg verwiesen auf ihre Stellungnahme in [TZ 11](#).

¹⁵ siehe dazu die RH-Berichte „Landesgesundheitsfonds Kärnten und Vorarlberg“ (Reihe Kärnten 2017/2 und Reihe Vorarlberg 2017/1, TZ 14), sowie „Landesgesundheitsfonds Burgenland und Steiermark“ (Reihe Burgenland 2017/5 und Reihe Steiermark 2017/7, TZ 14)

(2) Laut Stellungnahme der Stadt Wien sei der Wiener Gesundheitsfonds zur Vereinheitlichung von Verrechnungsvorschriften bereit. Dabei seien jedoch die historisch gewachsenen Verrechnungsgepflogenheiten zu beachten, eine Vereinheitlichung der Vorschriften bedürfe eines aufwendigen gemeinsamen Abstimmungsprozesses. Darüber hinaus könne eine Vereinheitlichung nur in jenen Teilbereichen der Verrechnung erfolgen, die vergleichbare Sachverhalte zwischen den Landesgesundheitsfonds abbilden.

Die Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien ergänzten, dass im Falle künftiger richtungweisender Verbesserungsvorschläge mit einem relevanten Mehrwert für die Einheitlichkeit der Darstellung zunächst die Frage zu klären sei, in welcher Form diese verbindlich gemacht werden könnten.

- 12.4 Der RH verwies gegenüber den Ländern Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg auf seine Gegenäußerung in TZ 11.

Rechnungsabschlüsse der Länder

- 13.1 (1) Die Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997¹⁶ regelte Form und Gliederung der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Länder und Gemeinden. Einnahmen und Ausgaben waren demnach u.a. nach funktionellen (aufgabenorientierten) Gesichtspunkten entsprechend einem Ansatzverzeichnis in Gruppen, Abschnitte sowie Unterabschnitte zu ordnen und die Verwendung von nicht vorgesehenen Gliederungselementen für Abschnitte, Unterabschnitte oder Posten war unzulässig. Die Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 sah eine Bruttoverrechnung vor: Die Darstellung der Einnahmen und Ausgaben hatte ungekürzt zu erfolgen und Gegenverrechnungen waren grundsätzlich unzulässig.

Die Länder wiesen ihre Ausgaben für Krankenanstalten in ihren Rechnungsabschlüssen im Wesentlichen in der Gruppe 5 „Gesundheit“ aus. Die unmittelbare Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben aus den Ausgabenpositionen war nur teilweise möglich. So saldierte etwa ein Land in seinem Rechnungsabschluss für das Jahr 2015 Zahlungen des Landes an den Landesgesundheitsfonds mit Zahlungen dieses Fonds an das Land (Nettodarstellung). Außerdem ermöglichten es die Bezeichnungen der Ausgabenpositionen nicht immer, zwischen Zuschüssen für den laufenden Betrieb der Krankenanstalten und Investitionszuschüssen oder zwischen Investitionszuschüssen für den Gesundheitsbereich und solchen für den Pflegebereich zu unterscheiden. Dies widersprach der Vorgabe, die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben aus den Rechnungsabschlüssen abzuleiten und schränkte die Nachvollziehbarkeit der im Monitoring erhobenen Werte ein.

¹⁶ BGBl. 787/1996 i.d.g.F.

(2) Für die Veranschlagung im Rechnungswesen der öffentlichen Haushalte (Kameralistik) war nicht der Leistungszeitraum, sondern die Fälligkeit der Einnahmen und Ausgaben maßgeblich. Ein periodengerechter Ausweis von Einnahmen und Ausgaben, bei denen der Leistungszeitraum in einem Finanzjahr, die Fälligkeit jedoch im Folgejahr lag, war daher im kameralen System nicht möglich.¹⁷ Für die Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds war hingegen der Leistungszeitraum für die Zuordnung zu einem Finanzjahr maßgeblich. Daher enthielten die Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds beispielsweise bei den gewährten Entgelten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und der davon abhängigen Betriebsabgangsdeckungsmittel in vielen Fällen andere Beträge als jene der Länder. Auch dies schränkte die Nachvollziehbarkeit der im Monitoring erhobenen Werte ein.

Spätestens für das Finanzjahr 2020 haben Länder und Gemeinden ihre Voranschläge und Rechnungsabschlüsse gemäß der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015¹⁸ zu erstellen. Diese sieht die Einführung eines Ergebnis-, eines Finanzierungs- und eines Vermögenshaushalts vor. Im Ergebnishaushalt sind Erträge und Aufwendungen – unabhängig vom Zeitpunkt der Zahlung – periodengerecht abzugrenzen.

- 13.2 (1) Der RH kritisierte die zum Teil fehlende Eignung der Ausgabenpositionen in den Rechnungsabschlüssen der Länder zur unmittelbaren Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben und die damit verbundene eingeschränkte Nachvollziehbarkeit der im Monitoring erhobenen Werte. Zudem bemängelte er, dass es die Bezeichnungen der Ausgabenpositionen nicht immer zuließen, beispielsweise zwischen Zuschüssen für den laufenden Betrieb und Investitionszuschüssen zu unterscheiden.

Der RH empfahl den Ländern, künftig ihre Ausgaben für Fondskrankenanstalten in ihren Rechnungsabschlüssen nachvollziehbar auszuweisen und beispielsweise Zuschüsse für den laufenden Betrieb und Investitionszuschüsse auch begrifflich klar zu unterscheiden.

Er verwies zudem auf seine Empfehlung in TZ 11.

(2) Der RH stellte fest, dass die Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds bei den Entgelten der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung und den davon abhängigen Betriebsabgangsdeckungsmitteln teilweise andere Beträge als jene der Länder enthielten und dass auch dies die Nachvollziehbarkeit der im Monitoring erhobenen Werte einschränkte. Er verwies diesbezüglich auf die in der Vor-

¹⁷ Die Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997 sah nur für Einnahmen und Ausgaben, die im abgelaufenen Finanzjahr fällig und bis 31. Jänner des Folgejahres angewiesen wurden, eine Ausnahme vor (§ 11 der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 1997).

¹⁸ BGBl. II 313/2015 i.d.g.F.

anschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015 vorgesehene periodengerechte Abgrenzung von Aufwendungen und Erträgen im Ergebnishaushalt.

13.3 (1) Das Land Burgenland verwies in seiner Stellungnahme auf die Umsetzung der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015.

(2) Laut Stellungnahme des Landes Niederösterreich ergebe sich durch die Implementierung der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015 künftig eine Harmonisierung der Darstellung zwischen den Ländern.

(3) Laut der Stellungnahme des Landes Kärnten würden sich die im Rechnungsabschluss des Landes ausgewiesenen Ausgaben für die Krankenanstalten auf deren Betriebsabgang beziehen. Separate Investitionszuschüsse des Landes gewähre es üblicherweise nicht; allfällige Investitionszuschüsse an Fondskrankenanstalten seien ausschließlich solche des Landesgesundheitsfonds. Nicht durch Zahlungen des Fonds gedeckte Investitionsausgaben müssten die Fondskrankenanstalten aus dem laufenden Betrieb finanzieren. Insoweit seien die Rechnungsabschlüsse des Landes nachvollziehbar, weil sie nur die Beiträge zum laufenden Betrieb enthalten würden.

(4) Gemäß der Stellungnahme des Landes Salzburg komme es der Nachvollziehbarkeit der Werte der Fondskrankenanstalten und des Leistungsabgeltungssystems durch die Umstellung der Landesbuchhaltung auf das neue Buchhaltungssystem und die neuen Regeln des Rechnungslegungssystems des Landes (Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015) nach.

(5) Das Land Steiermark wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass es der Empfehlung des RH seit der Haushaltsreform 2015 (Einführung der Doppelten Buchhaltung und neuen Budgetsystematik) entspreche. So stelle es Zuschüsse für den laufenden Betrieb, wie Gesellschafterzuschüsse für die landeseigene Krankenanstaltengesellschaft, aber auch Betriebsabgangsdeckungsmittel für Fondskrankenanstalten sonstiger Rechtsträgerinnen und Rechtsträger, getrennt von den Investitionszuschüssen für diese Spitäler gemäß den Bestimmungen des steiermärkischen Landeshaushaltsgesetzes sowohl in der Ergebnis- als auch in der Finanzierungsrechnung in eigenen Mittelverwendungsgruppen dar. Diese Gliederungen würden den Vorgaben der vom Bund im Jahr 2018 novellierten Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung 2015 entsprechen.

(6) Laut der Stellungnahme des Landes Tirol sei die Darstellung der Ausgaben in seinen Rechnungsabschlüssen, soweit es die Komplexität der Materie zulasse, nachvollziehbar; dies betreffe auch die Unterscheidung zwischen dem laufenden Betrieb und dem investiven Bereich.

(7) Das Land Vorarlberg teilte in seiner Stellungnahme mit, dass bereits in seinem Rechnungsabschluss für das Jahr 2015 die Zuschüsse für den laufenden Betrieb und die Investitionszuschüsse durch zwei unterschiedliche Voranschlagsstellen unterscheidbar seien.

(8) Die Stadt Wien prüfe laut ihrer Stellungnahme, ob eine Darstellung in der gewünschten Form im Rahmen der Voranschlags- und Rechnungsabschlussverordnung möglich sei.

Prozess der Datenplausibilisierung

- 14.1 Die Länder und Landesgesundheitsfonds meldeten der Gesundheit Österreich GmbH halbjährlich eine aktuelle Berechnung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben auf Landesebene und befüllten dafür manuell ein Meldeformular. Sie hatten ihre Angaben gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit detaillierten Quellenangaben zu versehen und die zugrunde liegenden Auszüge aus den Rechenwerken beizulegen.

Allerdings ermittelten die Länder und die Landesgesundheitsfonds die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben nicht ausschließlich aus den dafür vorgesehenen Primärquellen (Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds, Länder und allenfalls anderer öffentlicher Eigentümer der Krankenanstalten). Daher reichten diese Rechenwerke meistens auch nicht für die Datenplausibilisierung durch die Gesundheit Österreich GmbH aus. Die Gesellschaft musste dazu zahlreiche weitere Nachweise heranziehen, etwa Beschlussprotokolle, Nebenrechnungen, Schriftverkehr und Kontoauszüge, im Regelfall mit den Meldepflichtigen Rücksprache halten und ausstehende Nachweise einfordern.

Zudem hatten die Zielsteuerungspartner im Bundes-Zielsteuerungsvertrag vereinbart, die Vergleichbarkeit der im Monitoring erhobenen Werte mit den Ausgangswerten des Jahres 2010 sicherzustellen („Zeitreihenkontinuität“): Die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Jahre 2012 bis 2016 sollten demnach dieselben Ausgaben wie im Ausgangsjahr 2010 enthalten, auch wenn sich die Darstellungsweise der Rechnungsabschlüsse im Zeitverlauf änderte. Allerdings bereinigten einzelne Länder ihre Ausgaben auch in anderen Fällen, beispielsweise wenn sich bestimmte, in die Berechnung der Ausgangswerte eingeflossene Ausgaben später als nicht zielsteuerungsrelevant erwiesen.¹⁹

¹⁹ Dies betraf beispielsweise in Wien die Rückzahlung von Darlehen für Anlagevermögen durch den Wiener Krankenanstaltenverbund, Ausgaben für geringwertige Wirtschaftsgüter aus dem Betriebskostenzuschuss für den Wiener Krankenanstaltenverbund, Zuschüsse an eine Fachhochschule aus dem Betriebskostenzuschuss für den Wiener Krankenanstaltenverbund oder den auf die Teilunternehmung Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser entfallenden Anteil der Verwaltungskosten des Wiener Krankenanstaltenverbunds. Diese Ausgaben waren in die Berechnung des Ausgangswerts (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben des Jahres 2010) eingeflossen.

- 14.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der Prozess der Datenplausibilisierung komplex, aufwendig, und dadurch fehleranfällig war, weil die Landesgesundheitsfonds und Länder zur Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben nicht ausschließlich die dafür vorgesehenen Datenquellen heranzogen. Zusätzlich erhöhten die zur Wahrung der Zeitreihenkontinuität vorgenommenen Bereinigungen der Rechnungsabschlussdaten die Komplexität.

Der RH bemängelte überdies, dass der Plausibilisierungsprozess auch deswegen fehleranfällig war, weil die Landesgesundheitsfonds und Länder die Werte aus ihren Rechnungsabschlüssen manuell in die Meldeformulare übertrugen und die Gesundheit Österreich GmbH zu deren Plausibilisierung zahlreiche Nachweise prüfen und Recherchen bei den meldenden Stellen durchführen musste. Er vertrat die Ansicht, dass die Plausibilisierung – wie es die Zielsteuerungsvereinbarung 2013 vorsah – anhand der Voranschläge und Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds, Länder und allenfalls anderer öffentlicher Eigentümer der Krankenanstalten erfolgen sollte und verwies auf seine Empfehlungen zu den Rechnungsabschlüssen der Landesgesundheitsfonds und der Länder.

Monitoringberichte

- 15.1 (1) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag sah für die halbjährlichen Monitoringberichte, die in der Zielsteuerungsperiode 2012–2016 sowohl das Finanzzielmonitoring als auch das Monitoring der operativen Ziele in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung umfassten, eine einheitliche Darstellungsform vor. Im Rahmen des Finanzzielmonitorings wies die Gesundheit Österreich GmbH die für das jeweilige Berichtsjahr festgelegten Ausgabenobergrenzen, die erwarteten öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Intervention und die angestrebten Ausgabendämpfungseffekte aus und stellte ihnen die Ist-Ausgaben im Berichtsjahr gegenüber. Dies galt sowohl für die öffentlichen Gesundheitsausgaben als auch für die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben der Länder und Krankenversicherungsträger.²⁰ Die Beurteilung der Zielerreichung beschränkte sich gemäß dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag darauf, die absolute und prozentuelle Abweichung der Ist-Ausgaben von den Ausgabenobergrenzen sowie die erzielten Ausgabendämpfungseffekte anzuführen.

(2) Die Monitoringberichte hatten die nicht zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben gesondert auszuweisen; dazu zählten auch die Investitionen im Bereich der Länder und der Sozialversicherung. Die Daten dafür stammten aus den Rechnungsabschlüssen der Krankenanstaltenträger und der eigenen Einrichtungen der Krankenversicherungsträger.

²⁰ Für die Ist-Ausgaben war bei den öffentlichen Gesundheitsausgaben die jeweils aktuell verfügbare System of Health Accounts-Statistik maßgeblich, bei den zielsteuerungsrelevanten öffentlichen Gesundheitsausgaben insbesondere die Meldungen der Länder und Landesgesundheitsfonds.

Die Monitoringberichte wiesen die Investitionsausgaben der Fondskrankenanstalten für Sachanlagen aus, die die Krankenanstaltenträger dem Ministerium gemäß der Krankenanstalten–Rechnungsabschluss–Berichtsverordnung²¹ meldeten, nicht hingegen die von den Krankenanstaltenträgern erhaltenen Investitionszuschüsse. Diese waren dem Ministerium gemäß der Krankenanstalten–Rechnungsabschluss–Berichtsverordnung ebenfalls zu melden. Die Monitoringberichte stellten die Investitionsausgaben als Gesamtwert je Land dar; eine weitergehende Analyse war weder in den Rechtsgrundlagen vorgesehen, noch forderten die Zielsteuerungspartner eine solche ein.

- 15.2 (1) Der RH bemängelte, dass die Monitoringberichte lediglich feststellten, dass die Ausgabenobergrenzen eingehalten wurden, und die erzielten Ausgabendämpfungseffekte bezifferten, aber offen ließen, ob und welche Maßnahmen dafür ausschlaggebend waren. Daher war nicht feststellbar, ob und inwieweit die Finanzzielsteuerung zu einer Dämpfung der Gesundheitsausgaben beitrug. Der RH verwies auf seine in TZ 5 geäußerte Kritik an der geringen Aussagekraft der Monitoringberichte.

Der RH empfahl dem Ministerium und den Ländern, künftig im Rahmen des Finanzzielmonitorings auch die Ursachen für die Erreichung oder Verfehlung der Finanzziele darzustellen.

(2) Der RH hielt fest, dass die Finanzzielsteuerung keine Transparenz über die Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fondskrankenanstalten schuf. Diese blieben nicht nur bei der Ermittlung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben außer Betracht, sondern fehlten auch in den Monitoringberichten. Diese enthielten nämlich nur die Investitionsausgaben der Fondskrankenanstalten, obwohl die Krankenanstaltenträger gemäß der Krankenanstalten–Rechnungsabschluss–Berichtsverordnung dem Ministerium auch die von öffentlichen Finanzgebern gewährten Investitionszuschüsse meldeten. Nach Ansicht des RH wären auch die von öffentlichen Finanzgebern gewährten Investitionszuschüsse für eine Steuerung der öffentlichen Gesundheitsausgaben von Interesse.

Der RH empfahl dem Ministerium und den Ländern, künftig auch Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fondskrankenanstalten in den Monitoringberichten auszuweisen.

- 15.3 (1) Das Ministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass bereits jetzt im Rahmen des Zielsteuerungsmonitorings bei Zielverfehlungen die Erarbeitung handlungsleitender Empfehlungen zur Sicherstellung der Zielerreichung vorgesehen sei; diese setze eine entsprechende Kenntnis der jeweiligen Ursachen für die Zielverfehlung

²¹ BGBl. II 405/2009 i.d.g.F.

voraus. Allerdings seien der Darstellung der unmittelbaren Ursachen für die Erreichung oder Verfehlung von Finanzzielen Grenzen gesetzt, weil die Ausgabenentwicklung von vielen sich zum Teil gegenseitig beeinflussenden Faktoren bestimmt sei. Das Ministerium unterstütze daher grundsätzlich die Empfehlung des RH, künftig auch Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fondskrankenanstalten in den Monitoringberichten auszuweisen, und sagte zu, in den Arbeitsgremien der Zielsteuerung mit den Zielsteuerungspartnern Möglichkeiten einer besseren Darstellung der Ursachen zu beraten.

Laut Stellungnahme der Länder Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Wien liege es auch in ihrem eigenen bzw. im Interesse des jeweiligen Landesgesundheitsfonds, die Ursachen für die Erreichung oder Verfehlung der Finanzziele künftig in den Monitoringberichten darzustellen bzw. in diesbezügliche Verhandlungen einzutreten. Im Hinblick auf die unter TZ 1 angeführten einleitenden Ausführungen der Länder Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg seien einer exakten Ursachenanalyse aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren und deren Interdependenzen sowie Aspekten der Datenbasis und Operativität teilweise Grenzen gesetzt.

Das Land Niederösterreich ergänzte, dass zur Dokumentation und Feststellung der Ursachen allenfalls Vergleichsrechnungen und Annahmen erforderlich seien, die einen erhöhten administrativen Aufwand mit entsprechenden Zusatzkosten verursachen könnten.

(2) Laut Stellungnahme des Ministeriums habe man von einer Darstellung der Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fondskrankenanstalten bislang wegen der sehr unterschiedlichen und nicht vergleichbaren Regelungen zur Finanzierung von Investitionen in den einzelnen Bundesländern Abstand genommen. So würden Ersatzinvestitionen beispielsweise über Investitionszuschüsse oder über die laufende Abgeltung im Rahmen der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung finanziert. Es bestünden unterschiedliche Betragsgrenzen für die Bezuschussung von Investitionen aus eigenen Investitionstöpfen. Überdies sehe das Ministerium eine generelle Einbeziehung der Investitionsausgaben in die zielsteuerungsrelevanten Ausgaben kritisch, weil dies leicht zur Rückstellung notwendiger Investitionen zugunsten der Einhaltung der Ausgabenobergrenzen – und damit beispielsweise zu aus medizinischer Sicht bedenklichen Verzögerungen des medizinisch-technischen Fortschritts oder zu höheren laufenden Betriebskosten im Falle von nicht getätigten Investitionen – führen könne.

Die Länder Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg sagten in ihren Stellungnahmen zu, sich aktiv an einer Diskussion über die allfällige zukünftige Einbeziehung von Investitionszuschüssen zu beteiligen. Allenfalls könne dabei auf die Datengrundlage der Meldungen nach der Krankenanstalten-Rech-

nungsabschluss-Berichtsverordnung zurückgegriffen werden. Die Länder wiesen jedoch darauf hin, dass sie bislang auf den Einbezug der Investitionen (insbesondere Spitalsbauten) bewusst verzichtet hätten, u.a. aufgrund der unregelmäßigen zeitlichen Verteilung der Investition, welche die Aussagekraft der Ergebnisse stark eingeschränkt und damit in Frage gestellt hätte.

Das Land Niederösterreich teilte in seiner Stellungnahme mit, sich einer Diskussion über die Darstellung der Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fonds-krankenanstalten in den Monitoringberichten nicht zu verschließen. Es wies jedoch auch auf die eingeschränkte Aussagekraft aufgrund der zeitlich unregelmäßig verteilten Investitionen hin.

Die Stadt Wien teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass die Wiener Gesundheitsplattform die Investitionszuschüsse des Wiener Gesundheitsfonds beschließe und diese Zuschüsse gegebenenfalls auch in den Monitoringbericht übernommen werden könnten. Für Investitionszuschüsse der Gemeinde könne allenfalls auf die Datengrundlage der Meldungen nach der Krankenanstalten-Rechnungsabschluss-Berichtsverordnung zurückgegriffen werden.

15.4 (1) Der RH entgegnete dem Ministerium sowie den Ländern Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg, dass die Herstellung von Transparenz über die Ursachen für die Erreichung und Verfehlung von Finanzzielen gerade aufgrund der zahlreichen Einflussfaktoren auf die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen umzusetzen war. Er erinnerte daran, dass sich die Beurteilung der Zielerreichung in den Monitoringberichten auf die Feststellung beschränkte, dass Länder und Sozialversicherung die angestrebten Ausgabendämpfungseffekte realisierten. In Anbetracht des vollständigen Fehlens jeglicher Ursachenanalyse in den Monitoringberichten sah der RH erhebliches Optimierungspotenzial, ohne eine Detailanalyse aller Einflussfaktoren und deren Interdependenzen einzufordern.

(2) Der RH entgegnete dem Ministerium, dass ihm die Gefahr der Rückstellung notwendiger Investitionen zugunsten der Einhaltung der Ausgabenobergrenzen bewusst war (TZ 6). Er vertrat jedoch die Ansicht, dass eine Bewertung der Zweckmäßigkeit geplanter Investitionen und die Herstellung diesbezüglicher Transparenz geeignete Mittel waren, dieser Gefahr zu begegnen.

Schlussempfehlungen

16 Zusammenfassend empfahl der RH:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz

- (1) Ein konkreter Entwurf zur Umsetzung der im Regierungsprogramm 2017–2022 vorgesehenen Kompetenzflechtung im Gesundheitswesen wäre gemeinsam zu erarbeiten. Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz sollte in Verhandlungen mit den Ländern insbesondere die Rolle des Bundes in der Krankenanstaltenplanung stärken. (TZ 3)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; alle Länder; Stadt Wien

- (2) In ihrer Rolle als Zielsteuerungspartner sollten das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, die Länder und die Stadt Wien gemeinsam mit der Sozialversicherung künftig auf der Grundlage aktueller Daten ambitionierte Finanzziele festlegen. (TZ 5)
- (3) Künftig wären im Rahmen des Finanzzielmonitorings auch die Ursachen für die Erreichung oder Verfehlung der Finanzziele darzustellen. (TZ 15)
- (4) Künftig wären auch Investitionszuschüsse öffentlicher Finanzgeber an Fonds-krankenanstalten in den Monitoringberichten auszuweisen. (TZ 15)

alle Länder; Stadt Wien

- (5) Bei der Konkretisierung der Finanzzielsteuerung sollten künftig Mindestinhalte berücksichtigt und damit die für eine finanzielle Steuerung unabdingbare Transparenz geschaffen werden. (TZ 4)
- (6) Künftig sollten eine nachvollziehbare und transparente Bewertung und Verteilung der von den einzelnen Ländern zur Erreichung der Finanzziele zu leistenden Beiträge vorgenommen werden. (TZ 7)
- (7) Operative Ziele und Maßnahmen im Gesundheitswesen wären künftig mit einer Einschätzung der damit verbundenen finanziellen Auswirkungen zu hinterlegen, um sie in der Folge priorisieren und die Erreichung der Finanzziele beurteilen zu können. (TZ 8, TZ 9)
- (8) Alle Länder und die Stadt Wien sollten sich auf eine einheitliche Form und Gliederung der Rechnungsabschlüsse der Landesgesundheitsfonds sowie auf die Verwendung einheitlicher Bezeichnungen für vergleichbare Sachverhalte einigen, um die Transparenz zu erhöhen und die Gewinnung steuerungsrelevanter Informationen zu erleichtern. (TZ 11)
- (9) Einheitliche Verrechnungsvorschriften sollten für die Landesgesundheitsfonds vereinbart werden und auf ihre verbindliche Umsetzung – etwa durch Novellen der Landesgesundheitsfondsgesetze – wäre hinzuwirken. (TZ 12)
- (10) Ausgaben der Länder für Fondskrankenanstalten sollten künftig nachvollziehbar in ihren Rechnungsabschlüssen ausgewiesen werden und beispielsweise Zuschüsse für den laufenden Betrieb und Investitionszuschüsse wären auch begrifflich klar zu unterscheiden. (TZ 13)



System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen



System der Finanzzielsteuerung im Gesundheitswesen



Wien, im Dezember 2019

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker



Anhang

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: Im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in **Fettdruck**

Gesundheit Österreich GmbH

Geschäftsführung

Mag. Georg Ziniel

(1. August 2011 bis 28. August 2016)

Dr. Herwig Ostermann

(seit 29. August 2016)

R - H

