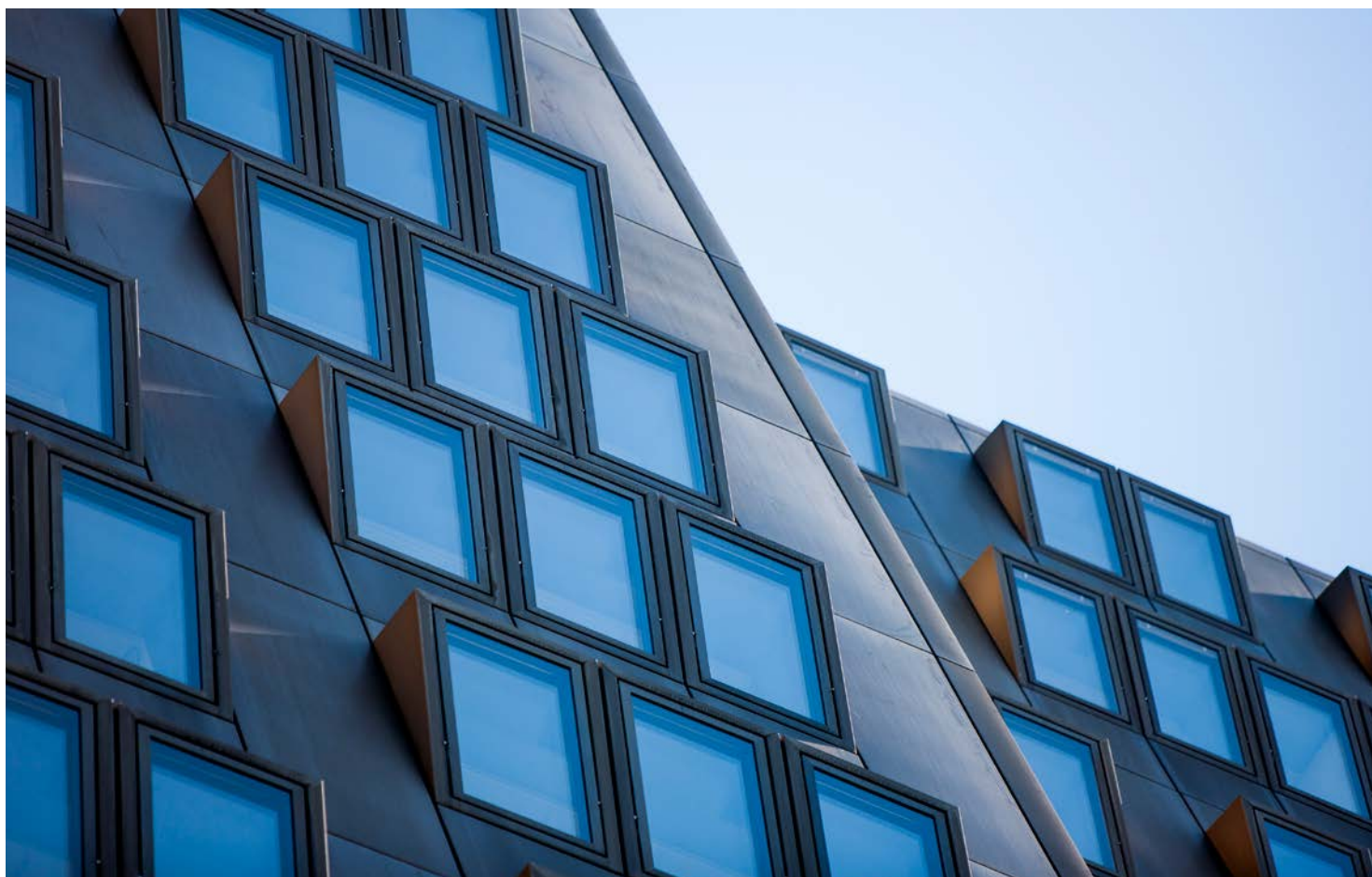




Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF

Reihe BUND 2022/29 Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

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

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung 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

1030 Wien, Dampfschiffstraße 2

www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich

Herausgegeben: Wien, im Oktober 2022

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 _____	6
Prüfungsziel _____	9
Kurzfassung _____	9
Zentrale Empfehlungen _____	16
Zahlen und Fakten zur Prüfung _____	17
Prüfungsablauf und –gegenstand _____	19
Rahmenbedingungen und Umfeld _____	21
Krankenanstalten in Österreich _____	21
Entstehung und Entwicklung des PRIKRAF _____	23
PRIKRAF–Krankenanstalten _____	26
Leistungsvergütungen _____	35
Stationäre Aufenthalte _____	37
Aufgaben, Struktur und Organe _____	42
Überblick _____	42
PRIKRAF und Landesgesundheitsfonds _____	43
Geschäftsführung _____	45
Fondskommission _____	51
Aufsicht _____	55
Compliance _____	58
Interne Revision _____	62
Gebarung des PRIKRAF _____	64
Mittelherkunft und –verwendung _____	64
Entwicklung der Gebarung _____	67
Außerordentliche Dotierung des PRIKRAF _____	69
Leistungs– und Gebarungskenndaten von PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten im Vergleich _____	71
Pflegekostenzuschüsse _____	74
Wirtschaftsprüfung _____	78



Qualitätssicherung _____	79
Grundlagen _____	79
Organisation der Qualitätssicherungsmaßnahmen _____	83
Durchführung der Qualitätssicherung _____	86
Leistungsspektrum der PRIKRAF–Krankenanstalten _____	97
Überblick _____	97
Entbindungen _____	101
Tagesklinische Leistungen _____	105
Resümee _____	109
Schlussempfehlungen _____	113

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Krankenanstalten in Österreich, Stand August 2021 _____	21
Tabelle 2:	Entwicklung des Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF _____	24
Tabelle 3:	Vergütungen für Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten aus PRIKRAF–Mitteln _____	35
Tabelle 4:	Mittel der Sozialversicherung für PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten _____	36
Tabelle 5:	PRIKRAF und Landesgesundheitsfonds – ausgewählte wesentliche Unterschiede _____	43
Tabelle 6:	Geschäftsführung PRIKRAF _____	46
Tabelle 7:	Fondskommission – Zusammensetzung, Aufgaben und Arbeitsweise _____	51
Tabelle 8:	Aufsicht – Aufgaben und Arbeitsweise _____	55
Tabelle 9:	Aufwendungen, Erlöse und Ergebnispositionen der Rechnungsabschlüsse _____	67
Tabelle 10:	Pauschalbeiträge der Krankenversicherungsträger, LDF–Punkte und Punktwerte je LDF–Punkt _____	69
Tabelle 11:	Finanzierungsmittel der inländischen Krankenversicherungs- träger – Leistungs– und Kennwerte für die PRIKRAF–Kranken- anstalten und Landesfondskrankenanstalten (bundesweit) _____	72
Tabelle 12:	Anzahl der abrechenbaren Pflegekostenzuschüsse _____	75
Tabelle 13:	Abrechenbare Pflegekostenzuschüsse je PRIKRAF–Kranken- anstalt und leistungszuständigen Krankenversicherungsträger _____	76
Tabelle 14:	Wesentliche (Rechts–)Grundlagen für die Qualitätssicherung in Krankenanstalten (Auswahl) _____	79
Tabelle 15:	Prüfärzteteam – tatsächliche Ressourcen _____	85



Tabelle 16: Datenqualitätsprüfung _____	87
Tabelle 17: Von PRIKRAF–Krankenanstalten durchgeführte, aber nicht abrechenbare Leistungen _____	90
Tabelle 18: Entbindungen in den PRIKRAF–Krankenanstalten (mit dem PRIKRAF abgerechnet) und Landesfondskranken- anstalten _____	101
Tabelle 19: Tagesklinischer Anteil von Operationen im Vergleich _____	106

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	PRIKRAF–Krankenanstalten laut Krankenanstaltenverzeichnis (Stand Oktober 2021) _____	27
Abbildung 2:	Stationäre Aufenthalte – PRIKRAF–Krankenanstalten, Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten _____	38
Abbildung 3:	Anteile der abgerechneten stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten an den Gesamtaufhalten je Land und österreichweit (ohne Burgenland) _____	40
Abbildung 4:	Struktur und Organe des PRIKRAF (jeweils Anzahl der Mitglieder) _____	42
Abbildung 5:	Stationäre Aufenthalte mit konservativen und operativen Behandlungen in den PRIKRAF–Krankenanstalten _____	98
Abbildung 6:	Stationäre Aufenthalte mit konservativen und operativen Behandlungen in den Landesfondskrankenanstalten _____	99

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
A–IQI	Austrian Inpatient Quality Indicators
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATS	Österreichische(r) Schilling(e)
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
cm	Zentimeter
COVID	corona virus disease
DIAG	Diagnosen– und Leistungsdokumentation für Analysen im Gesundheitswesen
etc.	et cetera
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e)
G(es)mbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HDG	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale Klassifikation der Krankheiten)
i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
IT	Informationstechnologie
KAKuG	Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten
LDF	Leistungsorientierte Diagnosen–Fallgruppen
LE	Leistungseinheit
leg. cit.	legis citatae
LGBl.	Landesgesetzblatt
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung



MEL	medizinische Einzelleistung
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
NÖ	Niederösterreichisches
Oö.	oberösterreichisch
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite
SV–OG	Sozialversicherungs–Organisationsgesetz
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
USt	Umsatzsteuer
VO–UA	Verfahrensordnung für parlamentarische Untersuchungsausschüsse
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel



WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von März bis Juli 2021 den Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – **PRIKRAF**. Prüfungsziele waren die Beurteilung seiner Grundlagen, Organisation und Aufgabenwahrnehmung sowie der Aufnahme von Privatkrankenanstalten in den PRIKRAF, die Darstellung der Fondsgebarung und der PRIKRAF–finanzierten Leistungen, die Analyse der Qualitätssicherungsmaßnahmen des PRIKRAF in den PRIKRAF–Krankenanstalten und die Beurteilung von Kontrollinstrumenten. Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2016 bis 2020. Dabei ging der RH auch auf aktuelle Entwicklungen im Jahr 2021 ein.

Kurzfassung

Rahmenbedingungen und Umfeld

Der im Jahr 2002 als Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit eingerichtete PRIKRAF ist vor allem mit Mitteln der Sozialversicherung ausgestattet. Der PRIKRAF finanziert stationäre Leistungen von im PRIKRAF–Gesetz genannten Privatkrankenanstalten (in der Folge: **PRIKRAF–Krankenanstalten**), für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht, nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung, dem sogenannten LKF–System. Das PRIKRAF–Gesetz wies zur Zeit der Gebarungsüberprüfung österreichweit 45 PRIKRAF–Krankenanstalten aus, davon bestanden allerdings nur noch 38 mit knapp 4.000 Betten (Österreich insgesamt: 267 Krankenanstalten mit rd. 62.800 Betten). Verfügt die PRIKRAF–Krankenanstalt über einen Einzelvertrag mit dem Krankenversicherungsträger, leistet der PRIKRAF die Kostenersätze direkt an diese. Besteht kein Einzelvertrag, leistet der PRIKRAF Pflegekostenzuschüsse an Anspruchsberechtigte¹. ([TZ 1](#), [TZ 2](#), [TZ 3](#), [TZ 4](#), [TZ 22](#))

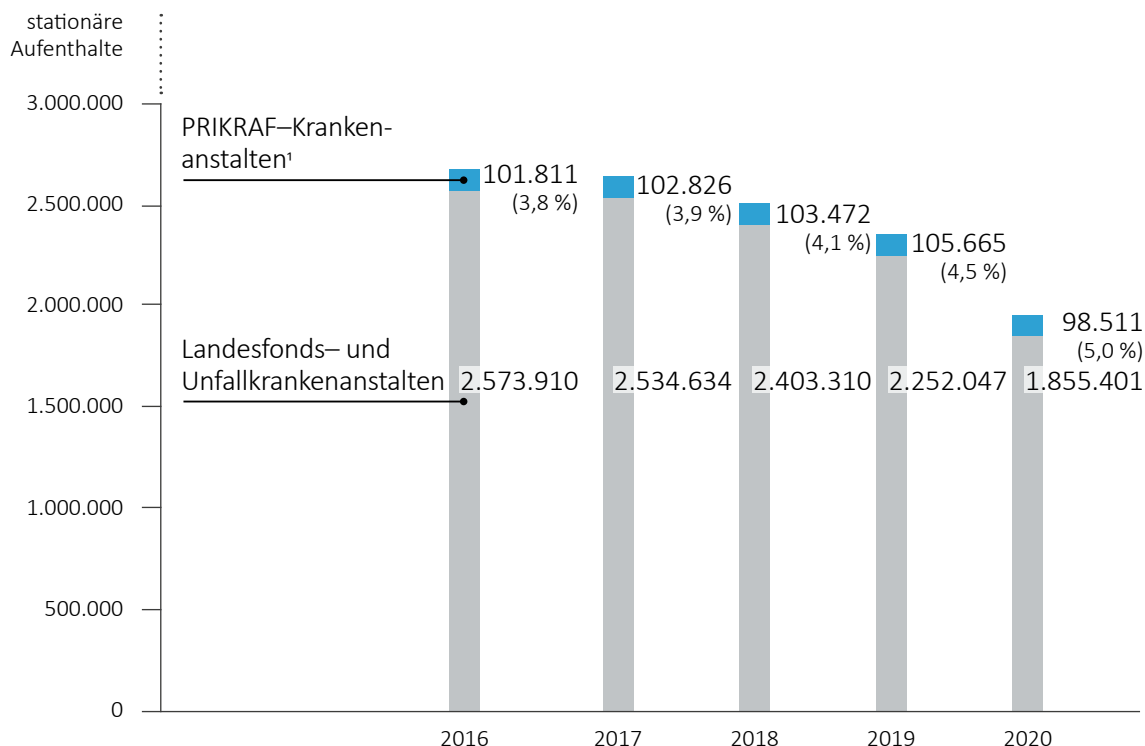
¹ Anspruchsberechtigte sind Personen, die Leistungen der Krankenversicherungsträger erhalten können. Sie setzen sich aus den Versicherten und ihren mitversicherten Angehörigen zusammen. Der RH verwendet den Begriff Versicherte dann, wenn dies die gesetzlichen Bestimmungen vorsehen, ansonsten den Begriff Anspruchsberechtigte.

Der PRIKRAF wurde bei seiner Errichtung im Jahr 2002 mit 1 Mrd. ATS (rd. 73 Mio. EUR) ausgestattet; in den Gesetzesmaterialien fehlten aussagekräftige Erläuterungen zur Dotierung. Der jährlich von den inländischen Krankenversicherungsträgern aufzubringende Pauschalbeitrag war seit 2005 jährlich zu valorisieren. Das Sozialversicherungs–Organisationsgesetz 2018 brachte Änderungen für den PRIKRAF, u.a. eine außerordentliche und dauerhafte Erhöhung der PRIKRAF–Dotation um 14,70 Mio. EUR ab dem Jahr 2019. Diese bewirkte eine deutliche finanzielle Besserstellung des PRIKRAF, belief sich auf nahezu das Dreifache der jährlichen Valorisierung der PRIKRAF–Mittel im Zeitraum 2017 bis 2019 und stellte eine finanzielle Mehrbelastung für die Krankenversicherungsträger dar. Der PRIKRAF war im Jahr 2020 mit rd. 150 Mio. EUR dotiert. Mit dem Sozialversicherungs–Organisationsgesetz 2018 wurde mit Jänner 2019 auch eine weitere Privatkrankenanstalt in den PRIKRAF aufgenommen. In den Gesetzesmaterialien war weder die Erhöhung der Dotierung noch die Neuaufnahme nachvollziehbar begründet. Seit 2008 ist die Aufnahme weiterer bettenführender Krankenanstalten in den PRIKRAF möglich. Jedoch sind weder im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz noch im PRIKRAF–Gesetz für die Aufnahme einer Krankenanstalt in den PRIKRAF genauere Aufnahmekriterien festgelegt bzw. allfällige damit zusammenhängende finanzielle Folgen definiert. Der im September 2021 veröffentlichte Bericht eines Untersuchungsausschusses (Ibiza–Untersuchungsausschuss) – der PRIKRAF ist seit der im Jahr 2018 beschlossenen Reform der Sozialversicherungsorganisation verstärkt Gegenstand öffentlicher Diskussion – empfahl u.a. eine gesetzliche Regelung der Aufnahme in den PRIKRAF. ([TZ 1](#), [TZ 5](#), [TZ 6](#), [TZ 18](#), [TZ 19](#), [TZ 20](#))

Von den 38 zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden PRIKRAF–Krankenanstalten rechneten 30 Krankenanstalten im Jahr 2019 mit dem PRIKRAF ab. Die Bandbreite der Leistungsvergütungen bewegte sich zwischen 16,77 Mio. EUR und rd. 3.100 EUR je PRIKRAF–Krankenanstalt. 48 % (70,53 Mio. EUR) der Leistungsvergütungen des PRIKRAF konzentrierten sich auf sechs PRIKRAF–Krankenanstalten; 36 % (53,17 Mio. EUR) der Vergütungen entfielen auf fünf PRIKRAF–Krankenanstalten, die zumindest mehrheitlich derselben Unternehmensgruppe gehörten. Die beiden nach Errichtung des PRIKRAF aufgenommenen Privatkrankenanstalten nahmen im Jahr 2019 in einer nach dem Vergütungsvolumen je PRIKRAF–Krankenanstalt vorgenommenen Reihung Platz 21 (rd. 1,37 Mio. EUR, Aufnahme 2008) und 29 (rd. 63.800 EUR, Aufnahme 2019) von 30 ein. ([TZ 7](#))

Stationäre Aufenthalte

Abbildung: Stationäre Aufenthalte – PRIKRAF–Krankenanstalten, Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten



PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Der Prozentwert in der Klammer bezeichnet den Anteil der abgerechneten stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten an den Gesamtaufenthalten.

Gesamtaufenthalte umfassten jene der Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten sowie die mit dem PRIKRAF abgerechneten Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten.

¹ Die stationären Aufenthalte in PRIKRAF–Krankenanstalten umfassten nur jene mit dem PRIKRAF verrechneten, aber nicht alle dort stattgefundenen stationären Aufenthalte.

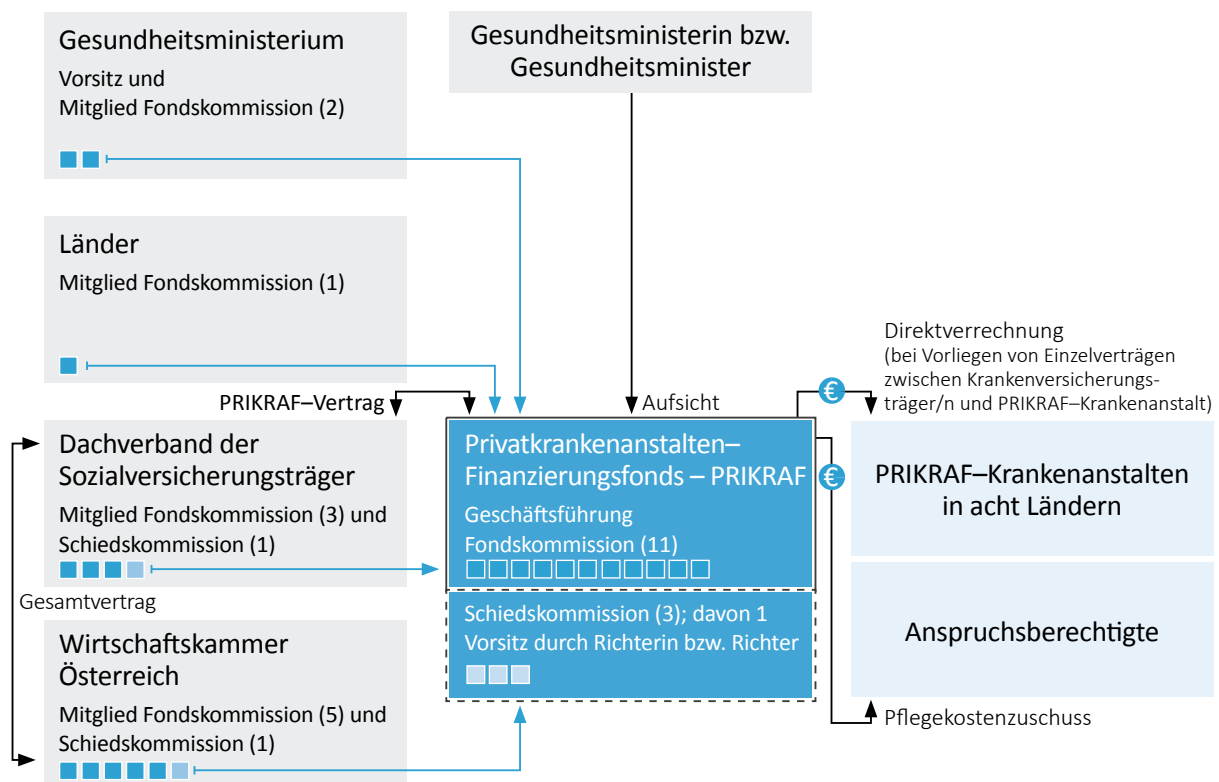
Quellen: DIAG; PRIKRAF; Darstellung: RH

Die vom PRIKRAF abgerechneten stationären Aufenthalte in den PRIKRAF–Krankenanstalten stiegen von 101.811 (2016) auf 105.665 (2019) und sanken 2020 – möglicherweise auch COVID–19–bedingt – auf 98.511. Der Anteil der abgerechneten stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten an den Gesamtaufenthalten (Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten sowie mit PRIKRAF abgerechnete Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten) lag zwischen 3,8 % (2016, von 2,68 Mio. Gesamtaufenthalten) und 5,0 % (2020, von 1,95 Mio. Gesamtaufenthalten). (TZ 8)

Aufgaben, Struktur und Organe

Die Struktur und die Organe des PRIKRAF stellen sich zur Zeit der Gebarungüberprüfung wie folgt dar:

Abbildung: Struktur und Organe des PRIKRAF (jeweils Anzahl der Mitglieder)



PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quellen: PRIKRAF; bezughabende Rechtsquellen; Darstellung: RH

Organe des PRIKRAF waren die Geschäftsführung und die Fondskommission. Die gesetzlichen Bestimmungen definierten nicht klar, wer konkret zur PRIKRAF–Geschäftsführung gehörte. Laut PRIKRAF bestand die Geschäftsführung des PRIKRAF im überprüften Zeitraum aus einem Geschäftsführer, einem Juristen und einer Sachbearbeiterin. Es gab keine schriftliche Vertretungsregelung für den Geschäftsführer. Die Zahl der mit freien Dienstverträgen beschäftigten Prüfarztinnen und Prüfarzte variierte 2016 bis 2020 zwischen drei (2016) und sechs (2017 und 2019); diesen oblagen insbesondere die Kontrolle und Plausibilisierung der von PRIKRAF–Krankenanstalten übermittelten Datensätze. Einige Aufgaben, wie IT–Dienstleistungen, Lohnverrechnung und Buchhaltung, führten externe Unternehmen für den PRIKRAF durch. Außerdem war der PRIKRAF für Mittel in Höhe von jährlich bis zu rd. 150 Mio. EUR verantwortlich. Trotz dieser Aspekte gab es keine Risikoanalyse mit

dem Schwerpunkt Compliance und keine ausreichenden Compliance–Vorgaben. (TZ 9, TZ 11, TZ 16)

Die Aufgaben der Fondskommission umfassten u.a. Überwachungs– und Entscheidungsagenden wie die Zustimmung zum Jahresvoranschlag, Stellenplan und Rechnungsabschluss oder die Festlegung des vorläufigen und endgültigen Punktwerts. Die elfköpfige Fondskommission bestand neben drei Vertreterinnen und Vertretern des Dachverbands der Sozialversicherungsträger aus fünf von der Wirtschaftskammer Österreich entsandten Vertreterinnen und Vertretern, obwohl die Wirtschaftskammer Österreich den PRIKRAF im Unterschied zur Sozialversicherung nicht finanzierte. Zwei Kommissionsmitglieder (inklusive Vorsitz, dessen Vertretung auch von der Wirtschaftskammer Österreich zu bestimmen war) kamen vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**), eines (ohne Stimmrecht) nominierten die Länder. (TZ 14)

Die Aufgaben der Aufsicht – sie oblag der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister – über den PRIKRAF bzw. deren Regelungen im PRIKRAF–Gesetz sollten u.a. im Hinblick auf deren Zweckmäßigkeit, Wirksamkeit und Angemessenheit geprüft werden. Der PRIKRAF verfügte über keine eigene Interne Revision. Eine ausdrückliche Zuständigkeit der Internen Revision des Gesundheitsministeriums für den PRIKRAF bestand laut deren Revisionsordnung nicht. Vor–Ort–Prüfungen des PRIKRAF durch das Gesundheitsministerium fanden seit seiner Gründung vor 20 Jahren nicht statt. Dies obwohl das PRIKRAF–Gesetz die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister oder von ihr bzw. ihm beauftragte Organe zu „Prüfungshandlungen“ im PRIKRAF berechnigte. (TZ 15, TZ 17)

Gebarung

Die Erlöse und Aufwendungen des PRIKRAF stiegen von rd. 117 Mio. EUR (2016) auf rd. 151 Mio. EUR (2020) um 29 %, die Pauschalbeiträge der Krankenversicherungsträger von rd. 116 Mio. EUR auf rd. 150 Mio. EUR. Dies war auch bedingt durch die Erhöhung der PRIKRAF–Mittel um 14,7 Mio. EUR ab 2019. Der RH schätzte die sich aus dieser außerordentlichen Erhöhung inklusive Valorisierung in den Folgejahren ergebenden Mehrkosten auf insgesamt 97,50 Mio. EUR (für fünf Jahre) bzw. 198,25 Mio. EUR (für zehn Jahre). Die Pauschalbeiträge wurden unabhängig vom tatsächlichen Ausmaß der verrechneten Leistungen jährlich zur Gänze an die PRIKRAF–Krankenanstalten bzw. an die Anspruchsberechtigten ausgeschüttet. Die Gebarungsentwicklung des PRIKRAF war durch seine Rechtsgrundlagen (u.a. Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, PRIKRAF–Gesetz) bestimmt. Eine Ausweitung oder Reduzierung von Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten führte zu keinen höheren oder geringeren Gesamtausgaben des PRIKRAF. Der PRIKRAF konnte auch keine Gebarungsüberschüsse oder –abgänge erwirtschaften, weil er jährlich ausgeglichene Jahresergebnisse zu erzielen hatte. Demzufolge beschränkten sich die

Aufgaben des PRIKRAF in wirtschaftlicher Hinsicht auf eine Abrechnungs-, Transfer- und Verteilungsfunktion der von den Krankenversicherungsträgern aufgebrachtten Finanzmittel. Neben der Abgeltung von stationären Leistungen finanzierte der PRIKRAF aus seinen Fondsmitteln seine Verwaltungsaufwendungen (2020: 0,3 % der Gesamtaufwendungen). (TZ 18, TZ 19, TZ 20)

Qualitätssicherung

Die PRIKRAF–Krankenanstalten sind ebenso wie die Landesfondskrankenanstalten aufgrund einer Reihe von rechtlichen Vorgaben verpflichtet, Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Der PRIKRAF hat die Einhaltung essenzieller Qualitätsstandards als Voraussetzung für die Abgeltung der Leistungen zu prüfen. Er rechnet medizinische Leistungen, für die der notwendige Qualitätsnachweis fehlte, nicht ab. In den Landesgesundheitsfonds gab es ebenfalls Systeme, welche die Auszahlung von Finanzmitteln an den Nachweis von Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit koppelten. Der PRIKRAF und die Landesgesundheitsfonds können die Einhaltung der Qualitätskriterien nur über die Abrechnung steuern, die Leistungserbringung jedoch nicht untersagen. Dies könnte unter bestimmten Voraussetzungen durch die sanitäre Aufsicht erfolgen. (TZ 24, TZ 30)

Für fünf hochspezialisierte komplexe Behandlungsfälle bzw. Leistungsbündel (z.B. Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse oder Leberchirurgie) sah der Österreichische Strukturplan Gesundheit zur Qualitätssicherung Mindestfallzahl–Leistungen pro Jahr vor. Diese Vorgaben galten nicht nur für Landesfondskrankenanstalten, sondern auch für PRIKRAF–Krankenanstalten. Das Monitoring der Erbringung der Mindestfallzahlen durch den PRIKRAF war insofern eingeschränkt, als er nicht zeitnah über die vollständigen Leistungsdaten der PRIKRAF–Krankenanstalten u.a. inklusive Selbstzahlerdaten verfügte. Mangels Daten konnte der PRIKRAF bei seinen Prüfungshandlungen auch keine Vergleiche mit Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten ziehen. (TZ 31, TZ 32, TZ 35)

Leistungsspektrum

Die PRIKRAF–Krankenanstalten rechneten mit dem PRIKRAF vor allem Leistungen aus den Fachbereichen Augenheilkunde, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Orthopädie und Traumatologie ab. Von im Jahr 2020 mit PRIKRAF–Krankenanstalten insgesamt rd. 99.000 abgerechneten stationären Aufenthalten entfielen 72,6 % auf operative Behandlungen und 27,4 % auf konservative Behandlungen (2019: im Verhältnis 68,9 % zu 31,1 %). Im Unterschied zu den PRIKRAF–Krankenanstalten betrug in den Landesfondskrankenanstalten das Verhältnis zwischen operativen und konservativen Aufenthalten – etwa im Jahr 2020 – 46,0 % zu 52,2 % (2019: 44,6 % zu 53,7 %). (TZ 33)

Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF

Sieben PRIKRAF–Krankenanstalten in Salzburg, der Steiermark, Tirol und Wien führten auch Entbindungen durch. Die mit dem PRIKRAF abgerechneten Entbindungen in diesen Krankenanstalten stiegen um 18,6 % von 4.821 im Jahr 2016 auf 5.717 im Jahr 2020, davon vor allem von 2019 auf 2020 um 12,0 %. In den Landesfondskrankenanstalten nahm die Anzahl der Entbindungen von 2016 auf 2020 hingegen von 81.122 auf 75.529 um 6,9 % (2016 bis 2019: -4,1 %) ab. Die Kaiserschnitttrate in PRIKRAF–Krankenanstalten betrug im Zeitraum 2016 bis 2020 österreichweit bis zu 44,7 %. (TZ 34)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

- Zur Sicherstellung von Transparenz und Rechtssicherheit wären vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nachvollziehbare Kriterien für die Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF bzw. deren Ausscheiden zu entwickeln. Es wäre darauf hinzuwirken, dass diese Voraussetzungen und die aus der Aufnahme bzw. dem Ausscheiden einer Krankenanstalt für den PRIKRAF allenfalls resultierenden Folgen klar geregelt, das Vorliegen der Kriterien regelmäßig geprüft und gegebenenfalls Maßnahmen gesetzt werden. (TZ 6)
- Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollte darauf hinwirken, dass künftige rechtliche und finanzielle Änderungen des PRIKRAF auf nachvollziehbaren, validen und in den Gesetzesmaterialien dokumentierten Entscheidungsgrundlagen basieren. Dabei wären die von den PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachten und von der Sozialversicherung zu finanzierenden Leistungen zu berücksichtigen. (TZ 5, TZ 20)
- Die Aufgaben der PRIKRAF–Aufsicht wären durch das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz nach Durchführung einer Risikoanalyse dahingehend zu beurteilen, ob sie zweckmäßig, wirksam und ausreichend sind. In der Folge wäre darauf hinzuwirken, dass die Aufgaben der Aufsicht sowie deren formale und inhaltliche Ausgestaltung den aktuellen und künftigen Erfordernissen des PRIKRAF entsprechend klar festgelegt werden. (TZ 15)
- Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit und Behandlungsqualität wären vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz geeignete Maßnahmen zu setzen bzw. zu entwickeln, um eine mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit konforme Durchführung von medizinischen Leistungen in Krankenanstalten sicherzustellen bzw. zu forcieren. (TZ 30)
- Gemeinsam wären vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und vom PRIKRAF Lösungen zu entwickeln, um dem PRIKRAF die für seine Prüfungshandlungen zweckmäßigen stationären Leistungs- und Vergleichsdaten zur Verfügung stellen zu können. (TZ 35)



Zahlen und Fakten zur Prüfung

Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF						
Rechtsgrundlagen	Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF–G), BGBl. I 165/2004 i.d.g.F. Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz – ASVG), BGBl. 189/1955 i.d.g.F. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. 1/1957 i.d.g.F.					
Kennzahlen	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
PRIKRAF–Krankenanstalten¹	Anzahl					in %
abrechnende PRIKRAF–Krankenanstalten	30	30	30	30	30	–
Betten	2.765	2.737	2.693	2.712	2.765	–
abgerechnete stationäre Aufenthalte	101.811	102.826	103.472	105.665	98.511	-3
Gebbarung	in 1.000 EUR					in %
Erlöse	117.330	122.349	127.949	147.791	150.792	29
Aufwendungen	117.299	122.320	127.948	147.804	150.890	29
Jahresgewinn nach Auflösung von/Zuweisung zu Rücklagen	0	0	0	0	0	–
	in Vollzeitäquivalenten im Jahresdurchschnitt					in %
Geschäftsführung (Geschäftsführer, Jurist, Sachbearbeiterin)	2,75	2,75	2,75	2,75	2,75	–

¹ Umfasst jene PRIKRAF–Krankenanstalten, die erbrachte Leistungen mit dem PRIKRAF abrechneten. Im Jahr 2015 fusionierten zwei PRIKRAF–Krankenanstalten, bis 2018 wurden sie im Jahresbericht des PRIKRAF als zwei abrechnende Krankenanstalten geführt, ab 2019 als eine. Im Jahr 2019 kam eine weitere Privatkrankenanstalt zum PRIKRAF. Daher sind für 2016 bis 2020 jeweils 30 abrechnende Krankenanstalten ausgewiesen.

Quelle: PRIKRAF



Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von März bis Juli 2021 den Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – **PRIKRAF**. Der PRIKRAF ist ein vor allem mit Mitteln der Sozialversicherung ausgestatteter Fonds zur Finanzierung von stationären² Leistungen bettenführender Privatkrankenanstalten in Österreich nach dem System der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung. Der PRIKRAF ist im Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfondsgesetz³; in der Folge: **PRIKRAF–Gesetz**) geregelt. Die Prüfständigkeit des RH ergibt sich u.a. aus § 18 Abs. 1 PRIKRAF–Gesetz. Die vom PRIKRAF umfassten Krankenanstalten (in der Folge: **PRIKRAF–Krankenanstalten**) unterliegen mit Ausnahme des Sanatoriums Hera und der Privatklinik Ritzensee (ab 2021)⁴ nicht der Prüfständigkeit des RH.

Darüber hinaus führte der RH Erhebungen beim Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**⁵), bei der Wirtschaftskammer Österreich, Fachverband Gesundheitsbetriebe (in der Folge: **Wirtschaftskammer Österreich**) und beim Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**) durch; dieser übernahm mit 1. Jänner 2020 die Rechtsnachfolge des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Hauptverband**). Ebenso holte der RH Informationen bei der Österreichischen Gesundheitskasse ein, die mit Wirksamkeit ab 1. Jänner 2020 durch die Zusammenführung der neun Gebietskrankenkassen entstand.⁶

(2) Prüfungsziele waren die Beurteilung der Grundlagen, Organisation und Aufgabenwahrnehmung des PRIKRAF sowie der Aufnahme von Privatkrankenanstalten in den PRIKRAF, die Darstellung der Fondsgebarung und der PRIKRAF–finanzierten Leistungen, die Analyse der Qualitätssicherungsmaßnahmen des PRIKRAF in den PRIKRAF–Krankenanstalten und die Beurteilung von Kontrollinstrumenten (u.a. Aufsicht durch die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister).

² Der Begriff stationäre Leistungen umfasst auch tagesklinische Leistungen, sofern der RH im gegenständlichen Bericht nicht ausdrücklich zwischen stationären und tagesklinischen Leistungen unterscheidet.

³ BGBl. I 165/2004 i.d.g.F.

⁴ Das Sanatorium Hera (siehe dazu den RH–Bericht „Sanatorium Hera“ (Reihe Wien 2021/9)) ist eine von der Krankenfürsorgeanstalt der Bediensteten der Stadt Wien betriebene Privatkrankenanstalt ohne eigene Rechtspersönlichkeit. Alleineigentümer der Privatklinik Ritzensee ist die Stadtgemeinde Zell am See.

⁵ Der RH verwendet die Bezeichnung Gesundheitsministerium auch für die vor dem 29. Jänner 2020 für Gesundheit zuständigen Ressorts. Die Bezeichnungen für das mit den Angelegenheiten der Gesundheit betraute Ministerium lauteten im Zeitablauf wie folgt: von 1. Februar 2009 bis 30. Juni 2016: Bundesministerium für Gesundheit; von 1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018: Bundesministerium für Gesundheit und Frauen; von 8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; seit 29. Jänner 2020: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

⁶ § 538t Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2016 bis 2020. Dabei ging der RH auch auf aktuelle Entwicklungen im Jahr 2021 ein.

(3) Der PRIKRAF ist seit der im Jahr 2018 beschlossenen Reform der Sozialversicherungsorganisation⁷ verstärkt Gegenstand der medialen Berichterstattung bzw. öffentlichen Diskussion; dies vor allem im Zusammenhang mit der Neuaufnahme einer Privatkrankenanstalt in den PRIKRAF und der Erhöhung der PRIKRAF–Dotation um 14,70 Mio. EUR ab dem Jahr 2019. Im Juni bzw. Juli 2020 wurden drei Entschließungsanträge im Nationalrat eingebracht und dem Gesundheitsausschuss zugewiesen; diese betrafen die Abwicklung des PRIKRAF, die Reform der Aufnahme von Privatkrankenanstalten in den PRIKRAF und die Neuaufstellung der Fondskommission des PRIKRAF. Auch im Rahmen des Ibiza–Untersuchungsausschusses war der PRIKRAF Thema.⁸

(4) Zu dem im April 2022 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen der PRIKRAF und das Gesundheitsministerium im Juli 2022 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenüberungen im Oktober 2022.

Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums hätten der PRIKRAF sowie die darin vertretenen Institutionen und das Gesundheitsministerium bereits erste Schritte gesetzt, um den Empfehlungen des RH zu entsprechen.

⁷ Sozialversicherungs–Organisationsgesetz – SV–OG, BGBl. I 100/2018

⁸ siehe dazu den „Bericht des Untersuchungsausschusses betreffend mutmaßliche Käuflichkeit der türkisch-blauen Bundesregierung (Ibiza–Untersuchungsausschuss) (1/US) (1040 der Beilagen) gemäß § 51 VO–UA“ vom 17. September 2021, 1040 der Beilagen, XXVII. Gesetzgebungsperiode (TZ 6)

Rahmenbedingungen und Umfeld

Krankenanstalten in Österreich

- 2.1 Laut der auf der Website des Gesundheitsministeriums veröffentlichten „Liste der Krankenanstalten in Österreich, Stand 03.08.2021“⁹ (in der Folge: **Krankenanstaltenverzeichnis**) stellte sich die „Krankenanstaltenlandschaft“ in Österreich – gegliedert nach der Zugehörigkeit bzw. Nichtzugehörigkeit zu einem Finanzierungsfonds (Landesgesundheitsfonds oder PRIKRAF) – zum Stand August 2021 wie folgt dar:

Tabelle 1: Krankenanstalten in Österreich, Stand August 2021

	von Landesgesundheitsfonds finanzierte Krankenanstalten		PRIKRAF–Krankenanstalten		sonstige Krankenanstalten		Summe	
	Anzahl ¹	Bettenzahl	Anzahl	Bettenzahl	Anzahl ¹	Bettenzahl	Anzahl ¹	Bettenzahl
Burgenland	5	1.043	–	–	6	653	11	1.696
Kärnten	11	2.721	4	775	11	796	26	4.292
Niederösterreich	20	7.440	2	523	23	3.243	45	11.206
Oberösterreich	13	7.619	2	214	18	2.164	33	9.997
Salzburg	9	2.800	9	331	14	1.365	32	4.496
Steiermark	18	6.109	8	898	18	2.948	44	9.955
Tirol	9	3.941	3	335	7	736	19	5.012
Vorarlberg	7	1.879	2	19	3	184	12	2.082
Wien	18	8.875	8	903	19	4.301	45	14.079
Österreich	110	42.427	38	3.998	119	16.390	267	62.815

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quelle: BMSGPK

¹ Krankenanstalten mit mehreren Standorten, wie das Landeskrankenanstaltenzentrum Baden–Mödling–Hinterbrühl, waren als eine Krankenanstalt ausgewiesen.

Laut Krankenanstaltenverzeichnis gab es im August 2021 in Österreich insgesamt 267 Krankenanstalten mit rd. 62.800 Betten. Davon dienten 154 Krankenanstalten

⁹ <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Krankenanstalten/Krankenanstalten-und-selbststaendige-Ambulatorien-in-Oesterreich/Krankenanstalten-in-Oesterreich.html> (abgerufen am 15. August 2021)

Laut Gesundheitsministerium würden diesem Krankenanstaltenverzeichnis die von den Ländern übermittelten krankenanstaltenrechtlichen Bescheide zugrunde liegen. Das Verzeichnis enthalte alle bettenführenden Krankenanstalten (Akut–, Rehabilitations– und Langzeiteinrichtungen im öffentlichen und privaten Bereich), sofern die entsprechenden Bescheide vorlägen. Neue Krankenanstalten würden mit der Betriebsbewilligung in diese Liste aufgenommen. Insbesondere bei Schließung, Betriebseinstellung und Zusammenlegungen würden Krankenanstalten aus der Liste ausscheiden.

(rd. 46.000 Betten) der Akutversorgung¹⁰ von Patientinnen und Patienten, die anderen waren u.a. Sonderkrankenanstalten¹¹ (z.B. Rehabilitationseinrichtungen).

- Die 110 (an insgesamt 149 Standorten) von Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten (in der Folge: **Landesfondskrankenanstalten**) erhalten öffentliche Mittel aus neun Landesgesundheitsfonds nach dem System der Leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung¹² (**LKF**). Sie verfügen über ein Öffentlichkeitsrecht¹³, das u.a. Gemeinnützigkeit¹⁴ voraussetzt, oder sind gemeinnützige Krankenanstalten ohne Öffentlichkeitsrecht. Eine Krankenanstalt ist etwa dann gemeinnützig, wenn ihr Betrieb nicht die Erzielung eines Gewinns bezweckt oder jeder Aufnahmebedürftige nach Maßgabe der Anstaltseinrichtungen aufgenommen wird.¹⁵ Die Landesgesundheitsfonds werden u.a. aus Mitteln des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der Sozialversicherung finanziert.
- Für die 38 (an ebenso vielen Standorten) bettenführenden PRIKRAF–Krankenanstalten besteht grundsätzlich eine Leistungspflicht der Sozialversicherung (**TZ 3**). Sie besitzen – im Unterschied zu Landesfondskrankenanstalten – kein Öffentlichkeitsrecht und sind nicht gemeinnützig. Stationäre, sozialversicherungsrelevante Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten werden – wie auch bei den Landesfondskrankenanstalten – nach den LKF–Regeln, aber mit Geldern des PRIKRAF abgegolten. Diese stammen vor allem aus Mitteln inländischer Krankenversicherungsträger. Ihre Höhe bzw. deren Anstieg im Zeitverlauf ist im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz¹⁶ festgelegt.
- Sonstige Krankenanstalten sind u.a. verschiedene Sonderversorgungseinrichtungen, vor allem Rehabilitationszentren und Einrichtungen für chronisch Kranke und Unfallkrankenhäuser¹⁷. Sofern der Träger dieser Einrichtungen nicht die Sozialversicherung ist, verfügen sie teilweise über Einzelverträge mit Sozialversicherungsträgern.

¹⁰ Diesem Versorgungssektor waren alle Krankenanstalten zugeordnet, die eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 18 Tagen oder weniger aufwiesen. Der Versorgungssektor „Nicht–Akutversorgung“ umfasste alle restlichen Krankenanstalten (krankenanstaltenrechtlich bewilligte Rehabilitationszentren, Langzeitversorgungseinrichtungen und stationäre Einrichtungen für Genesung und Prävention); Alten– und Pflegeheime bzw. geriatrische Zentren, die nicht dem Krankenanstaltenrecht unterlagen, waren nicht enthalten.

¹¹ Sonderkrankenanstalten versorgen Personen mit bestimmten Krankheiten oder Personen bestimmter Altersstufen oder für bestimmte Zwecke.

¹² Das LKF–System beruht auf dem Prinzip, erbrachte Behandlungen auf Basis der sogenannten Leistungsorientierten Diagnosen–Fallgruppen (**LDF–Gruppen**) zu bewerten, indem jeder LDF–Gruppe eine bestimmte, bundesweit einheitlich festgelegte Anzahl an LDF–Punkten (sogenannte LDF–Pauschalen) zugeordnet ist. Dahinter steht die Annahme, dass jede Diagnose die Erbringung eines bestimmten Bündels an Leistungen sowie eine bestimmte Anzahl an Belagstagen erfordert.

¹³ § 14 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (**KAKuG**), BGBl. 1/1957 i.d.g.F.

¹⁴ § 15 KAKuG

¹⁵ § 16 KAKuG

¹⁶ § 149 Abs. 3 und 3a

¹⁷ Rechtsträger der fünf Unfallkrankenhäuser in Österreich war die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.



- 2.2 Der RH hielt fest, dass die 38 PRIKRAF–Krankenanstalten (an ebenso vielen Standorten) im Unterschied zu den 110 Landesfondskrankenanstalten (an insgesamt 149 Standorten) weder ein Öffentlichkeitsrecht besitzen noch gemeinnützig sind. Für die Finanzierung nach dem LKF–System stehen für PRIKRAF–Krankenanstalten fast ausschließlich Sozialversicherungsmittel zur Verfügung (siehe Tabelle 9 in [TZ 19](#)), für die Landesfondskrankenanstalten darüber hinaus u.a. auch Mittel von Bund, Ländern und Gemeinden.

Entstehung und Entwicklung des PRIKRAF

- 3.1 (1) Der 2002 eingerichtete PRIKRAF ist ein Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit. Mit der Errichtung des PRIKRAF erfolgte die Umstellung der Abrechnung vom Tagsatzsystem auf das LKF–System auch für gewinnorientierte bettenführende Privatkrankenanstalten¹⁸; für Landesfondskrankenanstalten gilt das LKF–System schon seit 1997. Im Unterschied zum zuvor geltenden Tagsatzsystem bedeutet das LKF–System, dass die Honorierung der Krankenanstalt nicht davon abhängt, wie lange sich eine Patientin bzw. ein Patient in der Krankenanstalt befindet, sondern welche Leistungen die Krankenanstalt erbringt.

(2) Laut PRIKRAF–Gesetz¹⁹ hat der PRIKRAF stationäre Leistungen von PRIKRAF–Krankenanstalten einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen abzugelten, für die eine Leistungspflicht der Krankenversicherungsträger besteht. Verfügt die PRIKRAF–Krankenanstalt über einen Einzelvertrag mit dem Krankenversicherungsträger, leistet der PRIKRAF die Kostenersätze direkt an diese; besteht kein Einzelvertrag, leistet der PRIKRAF Pflegekostenzuschüsse an Anspruchsberechtigte²⁰. Die Festlegung von Qualitätskriterien sowie die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung sind ebenfalls Aufgaben des PRIKRAF.

Ambulante Leistungen sowie Rehabilitations– und Kurleistungen sind aus PRIKRAF–Mitteln nicht abzugelten.

¹⁸ Bereits seit 1955 sah das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz vor, dass die Sozialversicherungsträger mit Privatkrankenanstalten Verträge schließen konnten (§ 149 Abs. 2).

¹⁹ § 2

²⁰ Anspruchsberechtigte sind Personen, die Leistungen der Krankenversicherungsträger erhalten können. Sie setzen sich aus den Versicherten und ihren mitversicherten Angehörigen zusammen. Der RH verwendet den Begriff Versicherte dann, wenn dies die gesetzlichen Bestimmungen vorsehen, ansonsten den Begriff Anspruchsberechtigte.

(3) Die Entwicklung des PRIKRAF bzw. seiner rechtlichen Grundlagen stellte sich bis zur Gebarungüberprüfung wie folgt dar:

Tabelle 2: Entwicklung des Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF

Zeitraum	wesentliche Ereignisse (Auswahl)
Jänner 1997	Gesamtvertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich für 1997 bis 2000: <ul style="list-style-type: none"> • Tagsatzfinanzierung privater Krankenanstalten (ohne Heeresspitäler, Unfallkrankenanstalten etc.) • Maximalbetrag rd. 978 Mio. ATS (rd. 71 Mio. EUR) jährlich (ohne Umsatzsteuer)
Jänner 2001	Kundmachung Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz, BGBl. I 5/2001 (vor allem § 149): <ul style="list-style-type: none"> • für Abrechnung Privatkrankenanstalten gilt Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung • Dotierung eines Fonds mit jährlich 1.000 Mio. ATS (72,67 Mio. EUR) für 2002 bis 2004
März 2002	<ul style="list-style-type: none"> • Kundmachung PRIKRAF–Gesetz (Initiativantrag), BGBl. I 42/2002 (2002 bis 2004): <ul style="list-style-type: none"> – Gründung PRIKRAF mit 48 PRIKRAF–Krankenanstalten – regelt u.a. Mittelaufbringung und –verwendung – Aufnahme weiterer Krankenanstalten in PRIKRAF nicht vorgesehen • Kundmachung PRIKRAF–Verordnung, BGBl. II 145/2002: regelte u.a. Organe des PRIKRAF
Dezember 2004	Neuerlassung PRIKRAF–Gesetz, BGBl. I 165/2004: <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenführung bisheriges PRIKRAF–Gesetz und PRIKRAF–Verordnung, befristet bis 2008 • nunmehr 45 PRIKRAF–Krankenanstalten
Juli 2005	Kundmachung Novelle Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, BGBl. I 71/2005: <ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der Dotierung auf jährlich 76,31 Mio. EUR
Dezember 2005	<ul style="list-style-type: none"> • Gesamtvertrag zwischen Wirtschaftskammer Österreich und Hauptverband (in der Folge: Gesamtvertrag) • Vertrag zwischen Hauptverband und PRIKRAF (in der Folge: PRIKRAF–Vertrag)
Dezember 2007	Kundmachung Novelle Allgemeines Sozialversicherungsgesetz und PRIKRAF–Gesetz, BGBl. I 101/2007: <ul style="list-style-type: none"> • Ermöglichung Aufnahme weiterer Krankenanstalten in PRIKRAF • Streichung von zwei PRIKRAF–Krankenanstalten¹ aus Anlage 1 • Aufnahme einer weiteren Privatkrankenanstalt² – nun 44 PRIKRAF–Krankenanstalten • Erhöhung der PRIKRAF–Dotation um jährlich 380.000 EUR, Verlängerung PRIKRAF–Gesetz bis 2013
April, Mai 2008	<ul style="list-style-type: none"> • erstes Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag und zum PRIKRAF–Vertrag, u.a. Aufnahme der weiteren Privatkrankenanstalt² (laut BGBl. I 101/2007)
Mai 2013	Kundmachung Gesundheitsreformgesetz, BGBl. I 81/2013: <ul style="list-style-type: none"> • Verlängerung PRIKRAF–Gesetz, kann durch Verordnung des Gesundheitsministers außer Kraft gesetzt werden (bisher nicht erfolgt) • „Festlegung von Qualitätskriterien sowie Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung“ – als Aufgabe des PRIKRAF festgelegt, bis dahin teilweise Aufgabe Fondskommission und Aufsicht
Oktober 2013	<ul style="list-style-type: none"> • zweites Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag und zum PRIKRAF–Vertrag, unbefristete Verlängerung
Dezember 2017	Regierungsprogramm 2017–2022: unter Überschrift: „Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem verbessern“ folgende Maßnahme: „Rahmenbedingungen für private Gesundheitsdiensteanbieter (finanzielle Weiterentwicklung des PRIKRAF)“
Dezember 2018	Kundmachung Sozialversicherungs–Organisationsgesetz, BGBl. I 100/2018: <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahme einer weiteren Privatkrankenanstalt³ – nun 45 PRIKRAF–Krankenanstalten • Erhöhung der PRIKRAF–Dotation um 14,70 Mio. EUR ab dem Jahr 2019

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quellen: PRIKRAF; bezughabende Rechtsquellen

¹ Privatklinik Triumphpforte und Privatklinik Grinzing

² Kursana Sanatorium Wörgl

³ Privatklinik Währing

Die für die Entstehung und Entwicklung des PRIKRAF wesentlichen Rechtsgrundlagen waren das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (vor allem § 149) und das PRIKRAF–Gesetz. Beide Rechtsgrundlagen wurden in den vergangenen 20 Jahren mehrfach geändert, was etwa zu Erhöhungen der PRIKRAF–Dotation oder zur Aufnahme von zwei Privatkrankenanstalten in den PRIKRAF führte.

(4) Die Beziehungen zwischen den Beteiligten waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung auch durch verschiedene Verträge geregelt:

- Der PRIKRAF–Vertrag aus 2005 regelte die Beziehungen zwischen dem PRIKRAF und dem Haupt– bzw. Dachverband sowie den Krankenversicherungsträgern (z.B. Abrechnungsmodalitäten, Datenaustausch).
- Der Gesamtvertrag (ebenfalls aus 2005) legte das Verhältnis zwischen Sozialversicherung und PRIKRAF–Krankenanstalten (z.B. Abschluss und Beendigung von Einzelverträgen, Honorierung) fest. Den Abschluss eines Gesamtvertrags sah § 349 Abs. 2a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz²¹ vor.
- Das Vertragsverhältnis zwischen dem einzelnen Krankenversicherungsträger und einer PRIKRAF–Krankenanstalt war durch den Abschluss eines Einzelvertrags auf Grundlage und nach Maßgabe des Gesamtvertrags zu begründen. Nach einer laufenden Zunahme an Einzelverträgen habe laut PRIKRAF die weit überwiegende Zahl der PRIKRAF–Krankenanstalten im Jahr 2020 über Einzelverträge mit den Krankenversicherungsträgern verfügt; dies war u.a. auch auf die Zusammenlegung von Krankenversicherungsträgern infolge der Sozialversicherungsreform im Jahr 2018 zurückzuführen²².
- Sofern PRIKRAF–Krankenanstalten über keinen Einzelvertrag verfügten, konnten die Anspruchsberechtigten bei ihrem Krankenversicherungsträger einen Pflegekostenzuschuss beantragen; diesen hatte der PRIKRAF nach positiver Prüfung durch ihn und durch den Krankenversicherungsträger an die Anspruchsberechtigten zu leisten.

3.2 Der RH hielt fest, dass der PRIKRAF seit seiner Gründung im Jahr 2002 stationäre Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten anstelle einer Tagsatzfinanzierung nach dem LKF–System abrechnete. Für Landesfondskrankenanstalten gilt das LKF–System schon seit 1997, die Abrechnung erfolgt über die neun Landesgesundheitsfonds.

²¹ „Die Beziehungen zwischen den Trägern der Krankenversicherung und den in § 149 Abs. 3 genannten Krankenanstalten werden durch Gesamtverträge geregelt, die für diese Krankenanstalten von der in Betracht kommenden gesetzlichen Interessenvertretung abzuschließen sind.“

²² Infolge des Zusammenschlusses von neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse galten durch den automatischen Übergang der bisherigen Verträge auf die Österreichische Gesundheitskasse diese Verträge nun für alle Anspruchsberechtigten der Österreichischen Gesundheitskasse.

PRIKRAF–Krankenanstalten

Allgemeines

- 4.1 (1) Die Anlage 1 zum PRIKRAF–Gesetz enthält eine taxative Auflistung der PRIKRAF–Krankenanstalten (§ 1 Abs. 2 leg. cit.). Demnach gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung österreichweit 45 PRIKRAF–Krankenanstalten. Diese verteilten sich auf die Länder wie folgt: Kärnten: fünf, Niederösterreich: zwei, Oberösterreich: drei, Salzburg: zehn, Steiermark: neun, Tirol: drei, Vorarlberg: fünf, Wien: acht; im Burgenland gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine PRIKRAF–Krankenanstalt.

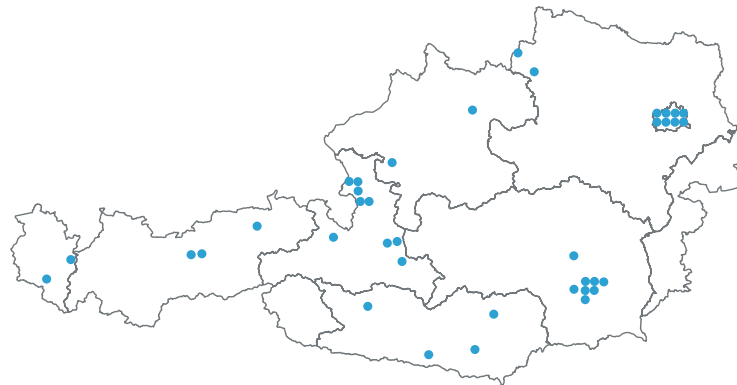
Die Bezeichnungen der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im PRIKRAF–Gesetz ausgewiesenen 45 Krankenanstalten waren teilweise nicht aktuell, sieben²³ waren in dem vom Gesundheitsministerium veröffentlichten Krankenanstaltenverzeichnis nicht mehr enthalten. Das Gesundheitsministerium gab dazu an, dass die Anlage zum PRIKRAF–Gesetz nicht laufend aktualisiert werde und „nicht mehr ganz aktuell“ sei; dies sei aber für die Abrechnung „unwesentlich“.

²³ Privatklinik Althofen, Privatklinik Wels St. Stephan, Privatklinik Wehrle Salzburg, Sanatorium Feldbach, Sanatorium Mehrerau, Sanatorium Dr. Felbermayer, Haus St. Josef in der Au

(2) Die laut Krankenanstaltenverzeichnis – im Unterschied zur Anlage 1 zum PRIKRAF–Gesetz – verbleibenden 38 Krankenanstalten verteilten sich zur Zeit der Gebarungüberprüfung wie folgt auf Österreich:

Abbildung 1: PRIKRAF–Krankenanstalten laut Krankenanstaltenverzeichnis (Stand Oktober 2021)

• PRIKRAF–Krankenanstalten¹



¹ Dargestellt sind jene 38 vom Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF umfassten Krankenanstalten, die im Krankenanstaltenverzeichnis des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz ausgewiesen sind.

Kärnten:	Privatklinik Maria Hilf Klagenfurt, Privatklinik Villach, Interdisziplinäre Sonderkrankenanstalt für Rehabilitation, Sonderkrankenanstalt Die Schrothkur Obervellach
Niederösterreich:	Sonderkrankenanstalt für Herz– und Kreislauferkrankungen Groß Gerungs, Sonderkrankenanstalt Moorheilbad Harbach
Oberösterreich:	Klinik Diakonissen Linz, Rehabilitationszentrum St. Georgen
Salzburg:	Krankenanstalt Obertauern Dr. Aufmesser, Sanatorium Oberthurnhof St. Jakob am Thurn, Krankenanstalt Radstadt Dr. Aufmesser, Privatklinik Wehrle – Diakonissen, Standort Aigen, Privatklinik Ritzensee, EMCO Privatklinik, Klinik St. Barbara – Medizinisches Zentrum Bad Vigaun, PKS Privatklinik Salzburg, Krankenanstalt Altenmarkt
Steiermark:	Privatklinik Leech, Privatklinik der Kreuzschwestern, Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hansa Privatklinikum, Privatklinik Kastanienhof, Privatklinik Laßnitzhöhe, Theresienhof, Klinikum für Orthopädie und orthopädische Rehabilitation, Privatklinik Graz–Ragnitz
Tirol:	Sanatorium Kettenbrücke der Barmherzigen Schwestern, Privatklinik Hochrum – Sanatorium der Kreuzschwestern Innsbruck, Kursana Sanatorium Wörgl
Vorarlberg:	Unfallsanatorium Dr. Rhomberg, Sanatorium Dr. Schenk
Wien:	Privatklinik Confraternität, Privatklinik Goldenes Kreuz, Sanatorium Hera, Rudolfinerhaus, Sanatorium Liebhartstal, Wiener Privatklinik, Privatklinik Döbling – Vienna International Health Center, Privatklinik Währing

Quellen: BMSGPK; PRIKRAF–Gesetz; Darstellung: RH

Von diesen 38 PRIKRAF–Krankenanstalten rechnete der PRIKRAF etwa im Jahr 2019 Leistungen von 30 Krankenanstalten²⁴ ab, dies entweder über Einzelverträge direkt mit der Krankenanstalt oder durch Pflegekostenzuschüsse an Anspruchsberechtigte; diese 30 Krankenanstalten waren überwiegend dem Versorgungssektor Akutversorgung und dem Versorgungsbereich Allgemeinversorgung²⁵ zugeordnet.

Bei jenen acht PRIKRAF–Krankenanstalten, die keine Leistungen mit dem PRIKRAF verrechneten, handelte es sich vor allem um Sonderkrankenanstalten (z.B. Rehabilitationseinrichtungen).

- 4.2 Der RH wies darauf hin, dass das PRIKRAF–Gesetz zur Zeit der Gebarungsüberprüfung 45 PRIKRAF–Krankenanstalten mit teilweise nicht mehr aktuellen Bezeichnungen auswies, wovon sieben nicht mehr im Krankenanstaltenverzeichnis aufgelistet und damit keine Krankenanstalten mehr waren. Somit war das PRIKRAF–Gesetz, das die vom PRIKRAF umfassten Krankenanstalten taxativ auswies, nicht aktuell.

Weiters hielt der RH fest, dass von den verbleibenden 38 PRIKRAF–Krankenanstalten etwa im Jahr 2019 30 – überwiegend aus dem Versorgungssektor Akutversorgung und dem Versorgungsbereich Allgemeinversorgung – Leistungen mit dem PRIKRAF abrechneten; jene, die nicht abrechneten, waren vor allem Sonderkrankenanstalten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem Dachverband und der Wirtschaftskammer Österreich die Auflistung der Krankenanstalten im PRIKRAF–Gesetz im Hinblick auf ihre Relevanz zu prüfen. In der Folge sollte das Gesundheitsministerium auf eine Aktualisierung der Auflistung der Krankenanstalten im PRIKRAF–Gesetz hinwirken.

Ergänzend verwies der RH auf seine Empfehlungen in **TZ 5** und in **TZ 6** zu nachvollziehbaren, validen und in den Gesetzesmaterialien dokumentierten Entscheidungsgrundlagen bei Änderungen des PRIKRAF sowie zur transparenten und nachvollziehbaren Regelung der Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF bzw. deren Ausscheiden.

- 4.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums werde es die Empfehlung des RH aufgreifen und die Anlage zum PRIKRAF–Gesetz gemeinsam mit der Sozialversicherung auf ihre Relevanz prüfen. Eine Aktualisierung der Auflistung der vom PRIKRAF umfassten Krankenanstalten werde vorbereitet.

²⁴ Kärnten: zwei, Oberösterreich: eine, Steiermark: acht, Salzburg und Wien: jeweils sieben, Tirol: drei, Vorarlberg: zwei

²⁵ Dieser Versorgungsbereich umfasste alle Krankenanstalten, die ein breites Leistungsspektrum aufwiesen, zumindest aber Leistungen im Bereich der Inneren Medizin und der Allgemein Chirurgie erbrachten.

Veränderungen im Zeitverlauf

- 5.1 (1) Die Gründung des PRIKRAF im Jahr 2002 für damals 48 Privatkrankenanstalten basierte auf einer im Jänner 2001 kundgemachten Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes. Diese sah in § 149 Abs. 3 vor, dass „alle Leistungen von bettenführenden Krankenanstalten, die von dem am 31. Dezember 2000 geltenden Vertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich erfasst sind, im stationären und tagesklinischen Bereich einschließlich der aus dem medizinischen Fortschritt resultierenden Leistungen mit einer Zahlung in der Höhe von 1.000 Mio. ATS abgegolten sind.“ Die Leistungsabrechnung hatte ein vom Gesundheitsminister im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen zu bestimmender Fonds durchzuführen.

Zur Dotation mit 1.000 Mio. ATS (rd. 73 Mio. EUR), zu der in den Gesetzesmaterialien aussagekräftige Erläuterungen fehlten, erhob der RH Folgendes:

- Laut Dachverband habe der Hauptverband dem damaligen Gesundheitsminister im September 2001 mitgeteilt, dass „die Dotierung des Fonds seitens der Sozialversicherung mit einer Milliarde Schilling jedenfalls einen erheblichen Mehraufwand bedeutet, zumal die Krankenversicherungsträger für Anstaltspflege in den zugrunde liegenden Krankenanstalten im Jahr 1999 nach aktuellem Erhebungsstand rd. 763 Mio. Schilling zuzüglich USt, somit insgesamt etwa 839 Mio. aufgewendet haben.“ Das zugrunde liegende Schreiben konnte der Dachverband dem RH nicht mehr vorlegen; auch das Gesundheitsministerium kannte es nicht.
- Dem Gesundheitsministerium zufolge habe sich die Dotierung mit 1.000 Mio. ATS aus einer Aufrundung des Betrags von rd. 978 Mio. ATS (ohne Umsatzsteuer) ergeben, der als „Limitbetrag“ im Gesamtvertrag zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich 1997 bis 2000 festgelegt war. Über weitere Entscheidungsgrundlagen verfügte das Gesundheitsministerium nicht.

(2) Nach der Neuerlassung des PRIKRAF–Gesetzes im Dezember 2004²⁶ wurde mit einer Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes 2005²⁷ die PRIKRAF–Dotation auf 76,31 Mio. EUR erhöht. Diese pauschale Erhöhung um 5 % unter Berücksichtigung der Jahre 2003 und 2004 diene laut den Gesetzesmaterialien zur Sicherung der Fortführung der Fondslösung für die privaten Krankenanstalten. Ebenso wurde eine jährliche Valorisierung vorgesehen.

(3) Das zur Anpassung von Rechtsvorschriften an die Vereinbarung gemäß Art. 15a Bundes–Verfassungsgesetz (**B–VG**) über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens für die Jahre 2008 bis 2013 (in der Folge: **Reformverein-**

²⁶ BGBl. I 165/2004

²⁷ BGBl. I 71/2005

barung 2008)²⁸ erlassene Bundesgesetz²⁹ brachte folgende Änderungen für den PRIKRAF ab 1. Jänner 2008:

- In § 149 Abs. 3 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz wurde folgender Satz aufgenommen: „Dies gilt auch für jene bettenführenden Krankenanstalten, die von einem zwischen Hauptverband und Wirtschaftskammer Österreich abzuschließenden Zusatzvertrag umfasst sind.“ Dies sollte die Aufnahme weiterer Krankenanstalten in den PRIKRAF ermöglichen, ohne jedoch genauere Aufnahmekriterien festzulegen oder allfällige finanzielle Folgen einer Neuaufnahme zu definieren (**TZ 6**). Weiters wurde eine außerordentliche Erhöhung der PRIKRAF–Mittel um jährlich 380.000 EUR festgelegt.
- Gleichzeitig wurden auch das PRIKRAF–Gesetz geändert und eine zusätzliche Privatkrankenanstalt³⁰ in den PRIKRAF aufgenommen. Auch das PRIKRAF–Gesetz traf keine Festlegungen zur Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF oder zu daraus allenfalls resultierenden finanziellen Folgen.

Der dem Nationalratsbeschluss zugrunde liegende Abänderungsantrag begründete die Aufnahme dieser zusätzlichen Privatkrankenanstalt damit, dass diese schon vor Errichtung des PRIKRAF über eine Errichtungsbewilligung verfügt habe, die Betriebsbewilligung aber erst 2002 erteilt worden sei. Die außerordentliche Erhöhung um jährlich 380.000 EUR resultiere aus den nach den LKF–Grundsätzen bewerteten Leistungen dieser Privatkrankenanstalt (Daten 2006).

(4) Das Sozialversicherungs–Organisationsgesetz 2018 brachte weitere Änderungen für den PRIKRAF:

- Die PRIKRAF–Mittel wurden um 14,70 Mio. EUR ab dem Jahr 2019 erhöht³¹ und
- eine weitere Privatkrankenanstalt³² in den PRIKRAF aufgenommen.

Die Gesetzesmaterialien enthielten weder eine Begründung für das Ausmaß der Erhöhung der Dotation noch für die Aufnahme der weiteren Privatkrankenanstalt. Sie bezogen sich u.a. auf die im Regierungsprogramm 2017–2022 festgehaltene finanzielle Weiterentwicklung des PRIKRAF und führten z.B. aus, dass mit der Aufstockung der PRIKRAF–Mittel auch eine Erweiterung um diese Privatkrankenanstalt verbunden sein solle.³³ Auch das Gesundheitsministerium konnte dazu keine näheren Informationen vorlegen.

²⁸ BGBl. I 105/2008

²⁹ BGBl. I 101/2007

³⁰ Kursana Sanatorium Wörgl

³¹ § 149 Abs. 3a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

³² Privatklinik Währing

³³ 329 der Beilagen, XXVI. Gesetzgebungsperiode, zu Art. 1 Z 82 und Art. 19 Z 4 und 5 (§ 149 Abs. 3a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, § 24 Abs. 4 und Anlage 1 PRIKRAF–Gesetz)

Die außerordentliche Zusatzdotierung von 14,70 Mio. EUR ab 2019 war von der Sozialversicherung bereitzustellen und zu valorisieren und stellte eine finanzielle Mehrbelastung für die Krankenversicherungsträger dar.

(5) Während jede Neuaufnahme einer Privatkrankenanstalt in den PRIKRAF mit einer Erhöhung der Dotation verbunden war, hatte der Wegfall von Krankenanstalten keine finanziellen Auswirkungen. Allerdings erhöhten sich die abgerechneten stationären Aufenthalte in den PRIKRAF–Krankenanstalten von 2003 bis 2019 um 23 % und von 2003 bis 2020 um 15 %.

- 5.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die Mittelbereitstellung für den PRIKRAF bei seiner Gründung 2002 mit 1.000 Mio. ATS (rd. 73 Mio. EUR) und die außerordentliche Erhöhung um 14,70 Mio. EUR ab dem Jahr 2019 in den Gesetzesmaterialien nicht aussagekräftig erläutert und daher die Gründe für diese Maßnahmen nicht nachvollziehbar waren. Ebenso wenig war ersichtlich, warum im Jahr 2019 eine weitere Privatkrankenanstalt in den PRIKRAF aufgenommen wurde. Das Gesundheitsministerium legte dazu keine weiteren Unterlagen (Berechnungen etc.) vor.

Der RH merkte an, dass die Anfangsdotierung die Basis für die jährliche Finanzierung des seit 20 Jahren bestehenden PRIKRAF durch die Sozialversicherung festlegte und zusammen mit der dauerhaften außerordentlichen Erhöhung um 14,70 Mio. EUR mit dem Sozialversicherungs–Organisationsgesetz 2018 sowie den jährlichen Valorierungen maßgebliche finanzielle Auswirkungen hatte bzw. haben konnte. Dies vor dem Hintergrund, dass sich die Zusatzdotierung auf nahezu das Dreifache der jährlichen Valorisierung im Zeitraum 2017 bis 2019 belief (TZ 20) und eine finanzielle Mehrbelastung für die Krankenversicherungsträger darstellte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, dass künftige rechtliche und finanzielle Änderungen des PRIKRAF auf nachvollziehbaren, validen und in den Gesetzesmaterialien dokumentierten Entscheidungsgrundlagen basieren. Dabei wären die von den PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachten und von der Sozialversicherung zu finanzierenden Leistungen zu berücksichtigen.

Der RH verwies auf seine Empfehlungen zur transparenten und nachvollziehbaren Regelung der Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF bzw. deren Ausscheiden (TZ 6).

- 5.3 (1) Das Gesundheitsministerium unterstütze laut seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, dass künftige rechtliche und finanzielle Änderungen des PRIKRAF auf nachvollziehbaren und validen Entscheidungsgrundlagen basieren sollen, vollinhaltlich. Es werde auf Vorgaben für zukünftiges entsprechendes Handeln hinwirken.

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF habe sich die außerordentliche Erhöhung ab 2008 um jährlich 380.000 EUR aus den Pflegekostenzuschüssen ergeben, die die leistungszuständigen Sozialversicherungsträger nach § 150 Abs. 2 letzter Halbsatz Allgemeines Sozialversicherungsgesetz ausbezahlen. Im Jahr 2020 habe der abgerechnete Betrag der 2008 aufgenommenen PRIKRAF–Krankenanstalt 1,35 Mio. EUR betragen. Über die Aufnahme einer weiteren Privatkrankenanstalt im Jahr 2019 und über die außerordentliche Zusatzdotierung von 14,7 Mio. EUR sei die Geschäftsführung des PRIKRAF vor Kundmachung des Sozialversicherungs–Organisationsgesetzes 2018 nicht informiert worden.

Aufnahme weiterer Krankenanstalten in den PRIKRAF

6.1 (1) Nach Inkrafttreten der Novelle des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes im Jänner 2008, welche die Aufnahme weiterer Privatkrankenanstalten in den PRIKRAF ermöglichte, einigten sich der Hauptverband und die Wirtschaftskammer Österreich im Mai 2008 auf ein „Zusatzprotokoll“ zum Gesamtvertrag aus 2005; davon war auch die 2008 aufgenommene Privatkrankenanstalt erfasst.

(2) Im Unterschied dazu lag für die mit dem Sozialversicherungs–Organisationsgesetz in das PRIKRAF–Gesetz ab Jänner 2019 aufgenommene Privatkrankenanstalt im September 2021 kein Zusatzvertrag zwischen Dachverband und Wirtschaftskammer Österreich vor, obwohl das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz dies vorsah und die Gesetzesmaterialien zum Sozialversicherungs–Organisationsgesetz darauf hingewiesen hatten.

Einer Korrespondenz zwischen Dachverband und Wirtschaftskammer Österreich Ende 2018 bzw. Anfang 2019 zufolge strebte die Wirtschaftskammer Österreich ein „Zusatzprotokoll“ zum Gesamtvertrag an. Laut Dachverband habe er mit der Wirtschaftskammer Österreich im Frühjahr 2019 darüber keine Einigung erzielt. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung plane er keine weiteren Schritte.

(3) Zwischen der ab Jänner 2019 in den PRIKRAF aufgenommenen Privatkrankenanstalt und der Wiener Gebietskrankenkasse gab es jedoch einen Einzelvertrag vom November 2019³⁴. Dieser bezog sich mehrmals auf den Gesamtvertrag. Aufgrund der Zusammenführung der neun Gebietskrankenkassen zur Österreichischen Gesundheitskasse mit 1. Jänner 2020 galt der Einzelvertrag nun für alle Anspruchsberechtigten der Österreichischen Gesundheitskasse.³⁵

³⁴ Laut Vertragstext trat dieser rückwirkend mit 1. Jänner 2019 in Kraft und war entsprechend dem Gesamtvertrag auf unbestimmte Zeit abgeschlossen.

³⁵ Laut Angaben der Österreichischen Gesundheitskasse liege diesem Vertrag kein Vorstandsbeschluss zugrunde, weil dies nicht erforderlich sei. Laut Bericht des Untersuchungsausschusses betreffend mutmaßliche Käuflichkeit der türkis–blauen Bundesregierung (Ibiza–Untersuchungsausschuss) zweifle der Vorsitzende des Verwaltungsrats der Österreichischen Gesundheitskasse die rechtliche Gültigkeit des Einzelvertrags an. Dieses Abkommen sei entgegen den gesetzlichen Vorgaben nicht den zuständigen Gremien, der Trägerkonferenz der Sozialversicherung und dem Hauptverbandsvorstand, zur Kenntnis gebracht worden.

Der PRIKRAF rechnete – nach Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium – Leistungen dieser Privatkrankenanstalt seit Dezember 2019 im Wege des Einzelvertrags ab. Das Gesundheitsministerium begründete die Zulässigkeit der Abrechnung mit der Nennung dieser Privatkrankenanstalt im PRIKRAF–Gesetz.

(4) Der im September 2021 veröffentlichte Bericht des Untersuchungsausschusses betreffend mutmaßliche Käuflichkeit der türkis–blauen Bundesregierung (Ibiza–Untersuchungsausschuss) empfahl, die Bedingungen für die Aufnahme einer Privatkrankenanstalt in das PRIKRAF–Gesetz und in den Gesamtvertrag oder den Zusatzvertrag festzulegen. Im Streitfall sollte eine unabhängige, außergerichtliche Institution zur Entscheidung angerufen werden können. Liegen die genannten Voraussetzungen vor, sollte der Vertragsabschluss der Privatkrankenanstalt mit Krankenversicherungsträgern gerichtlich durchsetzbar sein.

(5) Eine Auswertung der Österreichischen Gesundheitskasse ergab, dass diese bzw. die ehemaligen Gebietskrankenkassen an Versicherte für den Zeitraum 2016 bis 2020 tagsatzbezogene Pflegekostenzuschüsse³⁶ für stationäre inländische Aufenthalte in fünf Krankenanstalten³⁷ leisteten, die zur Zeit der Gebarungüberprüfung weder PRIKRAF–Krankenanstalten noch Landesfondskrankenanstalten waren.³⁸ Eine davon hatte – der Korrespondenz zwischen dem Dachverband und der Wirtschaftskammer Österreich aus 2018/19 zu einem weiteren Zusatzvertrag zum Gesamtvertrag zufolge – beim Dachverband um Aufnahme in den PRIKRAF angesucht.

- 6.2 Der RH hielt fest, dass das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz seit 2008 die Aufnahme weiterer bettenführender Krankenanstalten in den PRIKRAF ermöglicht und auf einen zwischen Dachverband und Wirtschaftskammer Österreich abzuschließenden Zusatzvertrag verweist. Er kritisierte, dass jedoch weder im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz noch im PRIKRAF–Gesetz für die Aufnahme einer Krankenanstalt in den PRIKRAF genauere Aufnahmekriterien festgelegt bzw. allfällige damit zusammenhängende finanzielle Folgen definiert sind (TZ 5).

Der RH hielt fest, dass eine Auswertung der Österreichischen Gesundheitskasse – PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten zur Zeit der Gebarungüberprüfung ausgenommen – fünf Krankenanstalten auswies, für deren Leistungen Versicherte im überprüften Zeitraum einen tagsatzbezogenen Pflege-

³⁶ Gemäß § 150 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz hat der Versicherungsträger – bei notwendiger Anstaltspflege – der bzw. dem Versicherten einen Pflegekostenzuschuss u.a. zu leisten, wenn die bzw. der Erkrankte in einer Krankenanstalt, mit der keine vertragliche Regelung gemäß § 149 besteht, ohne Einweisung durch den Versicherungsträger untergebracht wurde.

³⁷ Der Auswertung der Österreichischen Gesundheitskasse lag das Krankenanstaltenverzeichnis (Stand August 2021) zugrunde und daraus jene Krankenanstalten mit verfügbarer Vertragspartnernummer, die weder Landesfondskrankenanstalten noch PRIKRAF–Krankenanstalten waren und zu den Versorgungssektoren Akutversorgung, Genesung/Prävention und Langzeitversorgung gehörten.

³⁸ In der Auswertung der Österreichischen Gesundheitskasse war die weitere Privatkrankenanstalt bis zu ihrer Aufnahme in den PRIKRAF ab Jänner 2019 nicht berücksichtigt.

kostenzuschuss nach dem Allgemeinen Sozialversicherungsrecht erhielten. Eine davon war nach Angaben des Dachverbands an der Aufnahme in den PRIKRAF interessiert.

Zur Sicherstellung von Transparenz und Rechtssicherheit empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, nachvollziehbare Kriterien für die Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF bzw. deren Ausscheiden zu entwickeln und darauf hinzuwirken, dass diese Voraussetzungen und die aus der Aufnahme bzw. dem Ausscheiden einer Krankenanstalt für den PRIKRAF allenfalls resultierenden Folgen klar geregelt, das Vorliegen der Kriterien regelmäßig geprüft und gegebenenfalls Maßnahmen gesetzt werden.

Der RH kritisierte, dass für die im Jänner 2019 aufgenommene Privatkrankenanstalt bis September 2021 kein Zusatzvertrag vorlag, obwohl das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz dies vorsah. Trotzdem rechnete der PRIKRAF – nach Abstimmung mit dem Gesundheitsministerium – seit Dezember 2019 auf Basis eines Einzelvertrags mit dieser Krankenanstalt direkt ab.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, dass § 149 Abs. 3 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (Bestehen eines Zusatzvertrags) im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Privatkrankenanstalt in den PRIKRAF entsprochen wird.

- 6.3 Das Gesundheitsministerium erachtete in seiner Stellungnahme ein transparentes Verfahren zur Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF und zum Ausscheiden aus dem PRIKRAF aufgrund von nachvollziehbaren Kriterien für wesentlich. Es strebe an, ein solches Verfahren gemeinsam mit der Sozialversicherung und der Wirtschaftskammer Österreich zu entwickeln und zu implementieren. In diesem Zusammenhang solle auch das Thema „Zusatzvertrag“ behandelt und ein rechtskonformes Vorgehen festgelegt werden.

Leistungsvergütungen

- 7.1 (1) Die von PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachten und diesen auf der Basis von Einzelverträgen im Wege der Direktverrechnung bzw. den Anspruchsberechtigten im Rahmen von Pflegekostenzuschüssen vom PRIKRAF vergüteten Leistungen stellten sich bezogen auf 2019 wie folgt dar:

Tabelle 3: Vergütungen für Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten aus PRIKRAF–Mitteln

PRIKRAF–Krankenanstalten	2019		
	in Mio. EUR	in %	kumuliert in %
PRIKRAF–Krankenanstalt A	16,77	11,4	11,4
PRIKRAF–Krankenanstalt B	13,68	9,3	20,7
PRIKRAF–Krankenanstalt C	11,97	8,2	28,9
PRIKRAF–Krankenanstalt D	10,31	7,0	35,9
PRIKRAF–Krankenanstalt E	9,29	6,3	42,2
PRIKRAF–Krankenanstalt F	8,51	5,8	48,0
PRIKRAF–Krankenanstalt G	7,94	5,4	53,4
PRIKRAF–Krankenanstalt H	7,74	5,3	58,7
PRIKRAF–Krankenanstalt I	7,55	5,1	63,8
PRIKRAF–Krankenanstalt J	7,43	5,1	68,9
weitere 20 PRIKRAF–Krankenanstalten	45,70	31,1	100,0

Rundungsdifferenzen möglich

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quelle: PRIKRAF

Die Leistungsvergütungen und die im Wege des PRIKRAF verrechnete Leistungserbringung konzentrierten sich überwiegend auf wenige PRIKRAF–Krankenanstalten. So verrechnete der PRIKRAF bezogen auf das Jahr 2019 Leistungen von insgesamt 30 der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden 38 PRIKRAF–Krankenanstalten, wobei 48 % der Leistungsvergütungen auf sechs Krankenanstalten entfielen. 52 % der Leistungsvergütungen verteilten sich auf die übrigen 24 PRIKRAF–Krankenanstalten, die jeweils nur 5 % oder weniger der PRIKRAF–Vergütungen erzielten, zwölf PRIKRAF–Krankenanstalten erzielten jeweils bis zu 1 %. Rund 3.100 EUR war der geringste an eine PRIKRAF–Krankenanstalt vom PRIKRAF für 2019 geleistete Betrag. Fünf PRIKRAF–Krankenanstalten (PRIKRAF–Krankenanstalten A und B sowie H bis J), auf die 36 % der Vergütungen entfielen, gehörten zumindest mehrheitlich derselben Unternehmensgruppe.

Auf „Platz 21“ befand sich die 2008 aufgenommene PRIKRAF–Krankenanstalt K³⁹ (mit 1,37 Mio. EUR), auf „Platz 29“ die mit Jänner 2019 aufgenommene PRIKRAF–Krankenanstalt L (mit rd. 63.800 EUR).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die von der Sozialversicherung für die PRIKRAF–Krankenanstalten und die Landesfondskrankenanstalten in den Jahren 2003, 2013, 2016 und 2019 geleisteten Mittel:

Tabelle 4: Mittel der Sozialversicherung für PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten

	2003	2013	2016	2019
	in Mio. EUR			
PRIKRAF–Krankenanstalten	72,67	105,18	116,80	146,93
Landesfondskrankenanstalten ¹	3.201,70	4.749,71	5.256,68	5.930,23
Summe²	3.274,37	4.854,90	5.373,48	6.077,16
	in %			
Anteil PRIKRAF–Krankenanstalten	2,22	2,17	2,17	2,42

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Dachverband; PRIKRAF

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

¹ einschließlich ambulanter Mittel

² Unberücksichtigt blieben etwa die Mittel für die Unfallkrankenanstalten oder sonstige Krankenanstalten; eine Berücksichtigung u.a. dieser Mittel hätte laut vorläufiger Berechnung des Dachverbands für 2019 einen Anteil der PRIKRAF–Krankenanstalten von 2,04 % ergeben.

Die Mittel der Sozialversicherung für die PRIKRAF–Krankenanstalten beinhalten auch die von den Versicherten für Spitalsaufenthalte zu leistenden Kostenbeiträge, die der PRIKRAF an die Krankenversicherungsträger abführte bzw. gegenverrechnete. Diese waren hinsichtlich ihrer Größenordnung jedoch von untergeordneter Bedeutung. So beliefen sich 2019 die Kostenbeiträge auf lediglich 429.186 EUR, somit 0,29 % von 146,93 Mio. EUR.

Die Sozialversicherungsmittel für PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten betragen im Jahr 2019 insgesamt 6,077 Mrd. EUR und stiegen seit 2003 um 86 % an. Der dabei festgestellte Anstieg der PRIKRAF–Mittel (+102 %) war auch in der außerordentlichen Erhöhung um 14,70 Mio. EUR im Jahr 2019 begründet (**TZ 20**). Der Anteil der Mittel der Sozialversicherung für PRIKRAF–Krankenanstalten bewegte sich zwischen 2,08 % (2004) und 2,42 % (2019).

7.2 Der RH wies darauf hin, dass von den 38 zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bestehenden PRIKRAF–Krankenanstalten 30 Krankenanstalten im Jahr 2019 mit dem PRIKRAF abrechneten. Die Bandbreite der Leistungsvergütungen bewegte sich zwischen 16,77 Mio. EUR und rd. 3.100 EUR je PRIKRAF–Krankenanstalt.

³⁹ Jene zehn PRIKRAF–Krankenanstalten, die die meisten PRIKRAF–Mittel erhielten, werden mit den Buchstaben A bis J angegeben, die beiden seit der Errichtung des PRIKRAF neu aufgenommenen Privatkrankenanstalten – unabhängig von der Leistungsabteilung – mit K und L.

Der RH hielt fest, dass sich fast die Hälfte der Leistungsvergütungen und somit die im Wege des PRIKRAF verrechnete Leistungserbringung auf sechs PRIKRAF–Krankenanstalten konzentrierten. Mehr als ein Drittel der Vergütungen des PRIKRAF entfiel auf PRIKRAF–Krankenanstalten, die zumindest mehrheitlich derselben Unternehmensgruppe gehörten. Die beiden nach Errichtung des PRIKRAF aufgenommenen Privatkrankenanstalten nahmen im Jahr 2019 in einer nach dem Vergütungsvolumen je PRIKRAF–Krankenanstalt vorgenommenen Reihung Platz 21 und 29 ein.

Stationäre Aufenthalte

- 8.1 (1) Der RH erhob beim PRIKRAF die Daten zu den abgerechneten stationären Aufenthalten⁴⁰ in den PRIKRAF–Krankenanstalten. Nicht enthalten waren für 2020 jene 635 stationären Aufenthalte, die PRIKRAF–Krankenanstalten im Auftrag von Landesfondskrankenanstalten erbrachten, um diese im Zusammenhang mit der COVID–19–Pandemie zu entlasten. Diese Leistungen wurden zwischen den Rechtsträgern der betroffenen Einrichtungen ohne Einbindung des PRIKRAF verrechnet, Finanzmittel des PRIKRAF wurden nicht beansprucht.

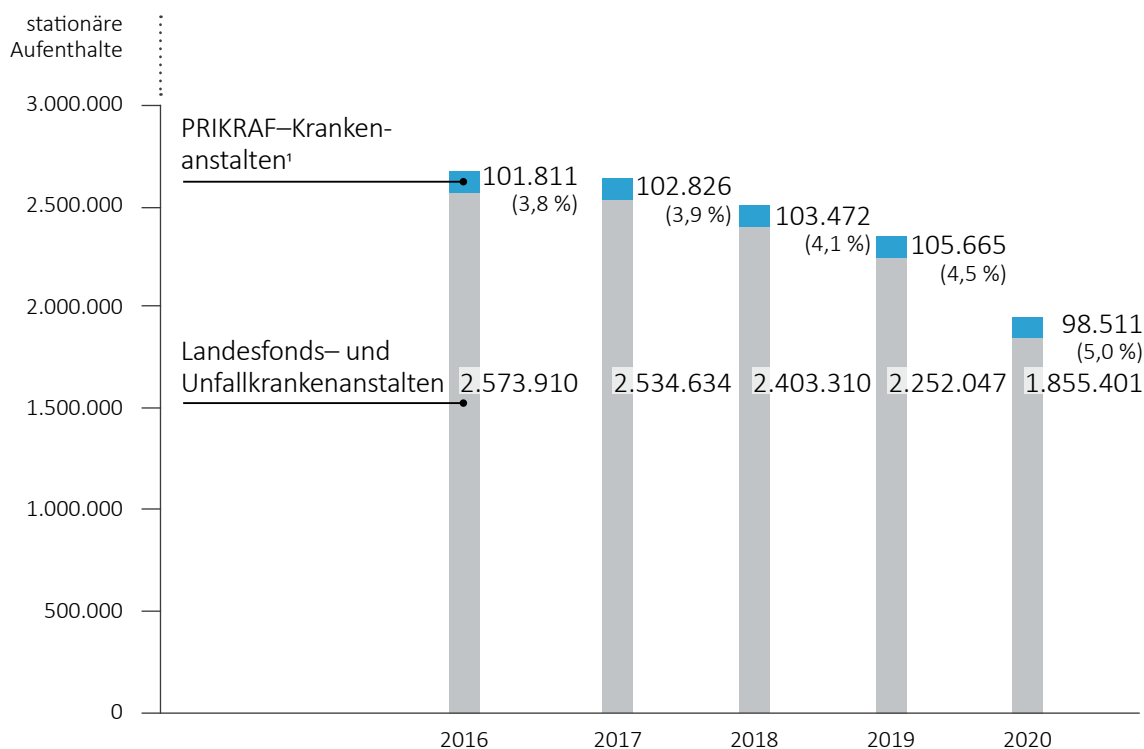
Im Unterschied zu den im Folgenden für die Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten herangezogenen Daten aus der Diagnosen– und Leistungsdokumentation für Analysen im Gesundheitswesen (**DIAG**) enthielten die PRIKRAF–Daten z.B. keine Aufenthalte von Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern oder von Anspruchsberechtigten der Krankenfürsorgeanstalten.⁴¹

⁴⁰ Die Zahl der stationären Aufenthalte bezog sich nicht auf Personen. Eine Person konnte mehrere Aufenthalte im Jahr haben, sowohl im Zusammenhang mit demselben Krankheitsfall oder wegen unterschiedlicher Krankheiten.

⁴¹ Die PRIKRAF–Krankenanstalten waren – ebenso wie die Landesfondskrankenanstalten – verpflichtet, Daten pro stationärem Aufenthalt an die DIAG zu liefern; dies unabhängig davon, ob sie über den PRIKRAF abgerechnet wurden oder etwa von der Patientin bzw. dem Patienten selbst zu bezahlen waren. 2016 bis 2019 deckten die dem PRIKRAF gemeldeten stationären Aufenthalte bis zu 77 % der der DIAG gemeldeten Aufenthalte ab.

Die Entwicklung dieser stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten im Vergleich zu den Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten⁴² stellte sich im überprüften Zeitraum wie folgt dar:

Abbildung 2: Stationäre Aufenthalte – PRIKRAF–Krankenanstalten, Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten



PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Der Prozentwert in der Klammer bezeichnet den Anteil der abgerechneten stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten an den Gesamtaufhalten. Gesamtaufhalte umfassten jene der Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten sowie die mit dem PRIKRAF abgerechneten Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten.

¹ Die stationären Aufenthalte in PRIKRAF–Krankenanstalten umfassten nur jene mit dem PRIKRAF verrechneten, aber nicht alle dort stattgefundenen stationären Aufenthalte.

Quellen: DIAG; PRIKRAF; Darstellung: RH

Im Jahr 2019 belief sich die Summe der stationären Aufenthalte, die die PRIKRAF–Krankenanstalten mit dem PRIKRAF abrechneten, sowie jene der Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten insgesamt auf 2,36 Mio., im Jahr 2020 auf 1,95 Mio.

Die mit dem PRIKRAF abgerechneten stationären Aufenthalte in den PRIKRAF–Krankenanstalten stiegen von 2016 bis 2019 von 101.811 auf 105.665 um 4 %; im Jahr 2020 sanken sie – möglicherweise auch COVID–19–bedingt – auf 98.511

⁴² von den Unfallversicherungsträgern direkt finanziert

(gegenüber 2016: -3 %). Steigerungen zeigten sich vor allem in Wien, in der Steiermark und in Oberösterreich bei (operativen) Leistungen (z.B. Bewegungsapparat, Auge), onkologischen Therapien und Entbindungen. Die Zahl der Null–Tagesaufenthalte erhöhte sich um 43 % von 10.840 (2016) auf 15.504 (2020). Die im Jahr 2019 in den PRIKRAF aufgenommene PRIKRAF–Krankenanstalt L beeinflusste die Anzahl der Aufenthalte kaum (2019: 81 Aufenthalte, 2020: 170 Aufenthalte).

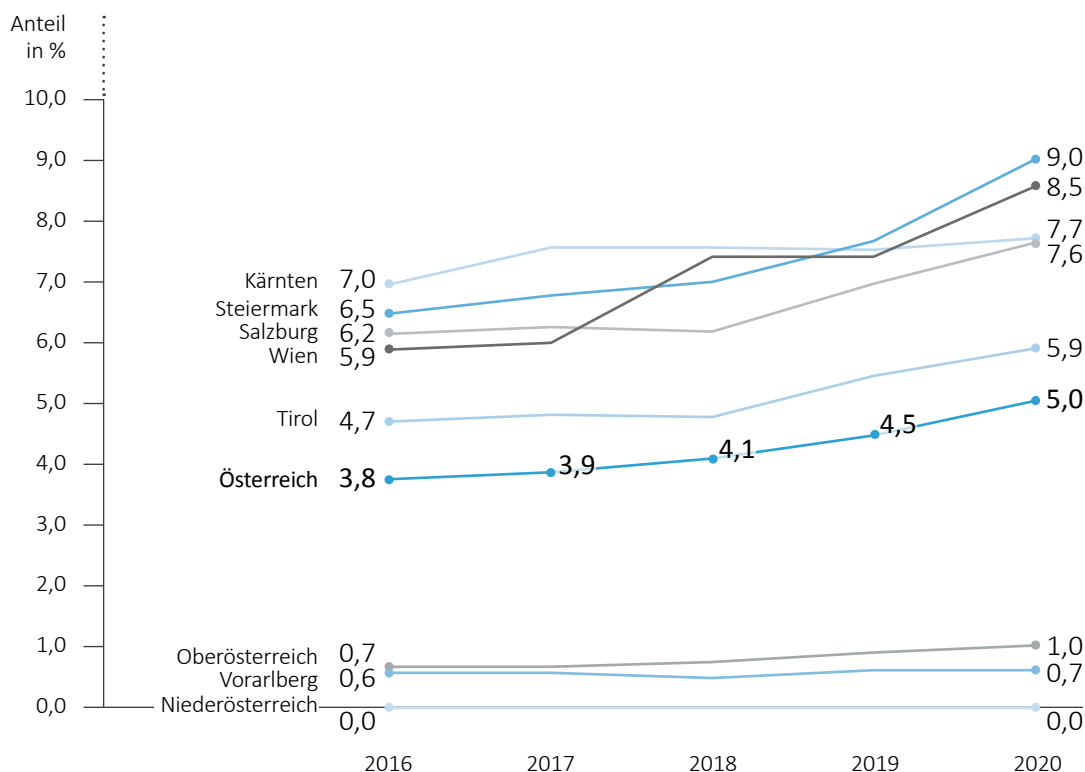
In den Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten reduzierten sich die stationären Aufenthalte von 2,57 Mio. (2016) auf 1,86 Mio. (2020) um 28 %, davon in den Unfallkrankenanstalten von 40.320 (2016) auf 32.002 im Jahr 2020 (2019 noch 40.660). Dies betraf fast alle Bereiche (z.B. operative Leistungen in den Bereichen Auge, Haut und Bewegungsapparat oder onkologische Therapien). Im Jahr 2020 war der Rückgang der stationären Aufenthalte auch auf die COVID–19–Pandemie zurückzuführen. Dies zeigte etwa eine Analyse der Gesundheit Österreich GmbH vom Februar 2021 am Beispiel ausgewählter Bereiche (z.B. Herzinfarkte, Schlaganfälle, Unfälle) auf.⁴³

Infolge einer Änderung des LKF–Abrechnungssystems ab dem Jahr 2017 verschoben sich wesentliche Teile der Null–Tagesaufenthalte vom stationären in den ambulanten Bereich. Von 2016 bis 2019 nahmen die ambulanten Kontakte in Landesfondskrankenanstalten von 20,72 Mio. auf 24,18 Mio. um 17 % zu, 2020 gingen sie gegenüber 2016 um 1 % auf 20,52 Mio. zurück.

⁴³ siehe auch den RH–Bericht „Gesundheitsdaten zur Pandemiebewältigung im ersten Jahr der COVID–19–Pandemie“ (Reihe Bund 2021/43, z.B. TZ 40 bis TZ 44)

(2) Der Anteil der mit dem PRIKRAF abgerechneten stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten an den Gesamtaufhalten (Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten sowie mit PRIKRAF abgerechnete Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten) war in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausgeprägt und stellte sich im Zeitraum 2016 bis 2020 wie folgt dar:

Abbildung 3: Anteile der abgerechneten stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten an den Gesamtaufhalten je Land und österreichweit (ohne Burgenland)



Rundungsdifferenzen möglich

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Gesamtaufhalte umfassten jene der Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten sowie die mit dem PRIKRAF abgerechneten Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten.

Quellen: DIAG; PRIKRAF; Darstellung: RH

Am höchsten waren etwa 2020 die Anteile an den stationären Gesamtaufhalten bei den PRIKRAF–Krankenanstalten in der Steiermark (9 %, +2,5 Prozentpunkte seit 2016), Wien (8,5 %, +2,6 Prozentpunkte seit 2016), Kärnten (7,7 %, +0,7 Prozentpunkte seit 2016) und Salzburg (7,6 %, plus rd. 1,5 Prozentpunkte seit 2016). In Tirol lag dieser Wert 2020 bei 5,9 %. In Oberösterreich und Vorarlberg waren die PRIKRAF–Krankenanstalten kaum abrechnungsrelevant, für niederösterreichische PRIKRAF–Krankenanstalten wurden 2016 bis 2020 keine Leistungen über den PRIKRAF abgerechnet. Im Burgenland gab es keine PRIKRAF–Krankenanstalten.



- 8.2 Der RH wies darauf hin, dass der Anteil der stationären, mit dem PRIKRAF abgerechneten Aufenthalte in den PRIKRAF–Krankenanstalten an den Gesamtaufenthalten (Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten sowie PRIKRAF–Krankenanstalten) von 2016 bis 2020 zwischen 3,8 % (2016) und 5,0 % (2020) lag, jener der Unfallkrankenanstalten zwischen 1,5 % (2016) und 1,7 % (2019). Somit fanden in Österreich 93,3 % (2020) bis 94,7 % (2016) der stationären Aufenthalte in Landesfondskrankenanstalten statt.

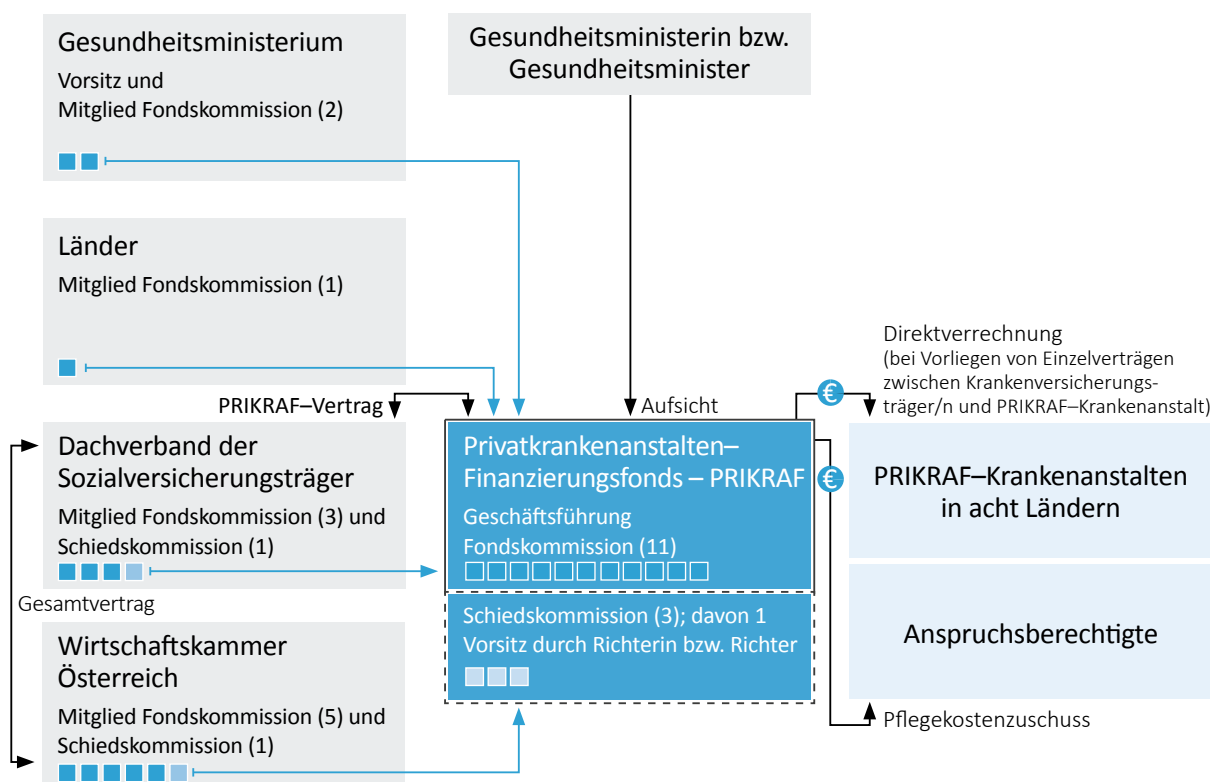
Der RH hielt fest, dass die steigenden Anteile der PRIKRAF–Krankenanstalten hauptsächlich auf die bundesweiten Rückgänge der Aufenthalte in den Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten um 28 % und auch der Gesamtaufenthalte, aber auch zu einem geringen Teil auf die Steigerungen der Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten von 2016 bis 2019 zurückzuführen waren.

Aufgaben, Struktur und Organe

Überblick

9 Die Struktur und die Organe des PRIKRAF stellten sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wie folgt dar:

Abbildung 4: Struktur und Organe des PRIKRAF (jeweils Anzahl der Mitglieder)



PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quellen: PRIKRAF; bezughabende Rechtsquellen; Darstellung: RH

Organe des PRIKRAF waren die Geschäftsführung und die Fondskommission. Die Aufsicht oblag der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister. Die Zusammensetzung und Aufgaben der Organe sowie die Aufgaben der Aufsicht waren im PRIKRAF–Gesetz geregelt.

Zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen dem PRIKRAF und PRIKRAF–Krankenanstalten über die im PRIKRAF–Gesetz begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten war die Schiedskommission⁴⁴ unter dem Vorsitz einer Richterin bzw. eines Richters zuständig.

⁴⁴ Im überprüften Zeitraum fanden über einen Bescheid der Schiedskommission vom November 2015 – über einen Antrag einer PRIKRAF–Krankenanstalt vom Oktober 2015 – Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht, dem Verfassungsgerichtshof und dem Verwaltungsgerichtshof statt. Der Antragsteller zog den Antrag vom Oktober 2015 im März 2020 zurück.



Der Dachverband und die Wirtschaftskammer Österreich waren sowohl in der Fondskommission als auch in der Schiedskommission vertreten, die Länder (ohne Stimmrecht) nur in der Fondskommission.

In der Folge analysiert der RH ausgehend von wesentlichen Unterschieden zwischen dem PRIKRAF und den Landesgesundheitsfonds die Organe des PRIKRAF.

PRIKRAF und Landesgesundheitsfonds

10.1 Die Aufgaben, Struktur und Organisation des PRIKRAF und der neun Landesgesundheitsfonds wiesen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung folgende wesentliche Unterschiede auf:

Tabelle 5: PRIKRAF und Landesgesundheitsfonds – ausgewählte wesentliche Unterschiede

	PRIKRAF	Landesgesundheitsfonds
Anzahl	• 1 (Sitz in Wien)	• 9 (Sitz in jedem Land)
Rechtsform	(öffentlich–rechtlicher) Fonds mit eigener Rechtspersönlichkeit	
wesentliche Rechtsgrundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • PRIKRAF–Gesetz • § 149 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz 	<ul style="list-style-type: none"> • Art. 15a B–VG Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens (Reformvereinbarung 2017)¹ • Art. 15a B–VG Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit (Zielsteuerungsvereinbarung)² • 9 Landesgesundheitsfondsgesetze
betroffene Krankenanstalten (Zuständigkeit)	• alle PRIKRAF–Krankenanstalten	• u.a. alle Landesfondskrankenanstalten im jeweiligen Land
Organe	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung • Fondskommission 	<ul style="list-style-type: none"> • laut Reformvereinbarung 2017: <ul style="list-style-type: none"> – Gesundheitsplattform – Landes–Zielsteuerungskommission • eventuell weitere Organe – geregelt in Landesgesundheitsfondsgesetzen
wesentliche Aufgaben (Auswahl)	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsabteilung von PRIKRAF–Krankenanstalten nach LKF–System • Qualitätsarbeit und Abstimmung mit gesamtösterreichischer Gesundheitsplanung 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistungsabteilung von Landesfondskrankenanstalten nach LKF–System • Landes–Zielsteuerungsübereinkommen (Beschluss und Umsetzungsmaßnahmen) • Regionale Strukturpläne Gesundheit (ambulanter und stationärer Bereich) • Strategie Gesundheitsförderung • Umsetzung Qualitätsvorgaben (Grundsätze und Mitwirkung); Vorgaben Nahtstellenmanagement
externe Aufsicht	Gesundheitsministerin bzw. Gesundheitsminister	jeweilige Landesregierung ³

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds
LKF = Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung

Quellen: bezughabende Rechtsquellen

¹ BGBl. I 98/2017

² BGBl. I 97/2017

³ in den Landesgesundheitsfondsgesetzen Oberösterreich und Steiermark nicht festgelegt

Die Aufgaben der Landesgesundheitsfonds waren umfassender als jene des PRIKRAF. So oblagen ihnen (bzw. der jeweiligen Landes–Zielsteuerungskommission) u.a. auch der Beschluss der Landes–Zielsteuerungsübereinkommen⁴⁵ sowie die regelmäßige Revision und Beschlussfassung der Regionalen Strukturpläne Gesundheit, die auf Basis des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (**ÖSG**) u.a. die stationären Strukturen und Planungen (Standorte, Fachbereiche, Organisationsstrukturen, Betten etc.) vor allem der Landesfondskrankenanstalten festlegten. Laut ÖSG übernahmen private, nicht–gemeinnützige Akut–Krankenanstalten keine Versorgungs–verpflichtung (kein Kontrahierungszwang) und waren daher von der regionalen Planung der öffentlichen Gesundheitsversorgung grundsätzlich nicht umfasst. Wurden nicht–gemeinnützige Krankenanstalten mit der Übernahme eines öffentlichen Versorgungsauftrags betraut, waren die davon betroffenen Teile ebenfalls Gegenstand der Landeskrankenanstaltenplanung und unterlagen denselben Regelungen des ÖSG wie eine gemeinnützige Krankenanstalt.

Demgegenüber bezogen sich die Aufgaben des PRIKRAF im Wesentlichen auf die Abrechnung von stationären Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten und die Qualitätssicherung auf Basis der Vorgaben des ÖSG. Eigene Planungs– und Steuerungskompetenzen hatte der PRIKRAF nicht. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war etwa in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit Wien (Ist–Stand) und Vorarlberg (Ist– und Soll–Stand) auch die Gesamtbettenzahl von Nicht–Landesfondskrankenanstalten (Akut– bzw. Allgemeinversorgung) ausgewiesen.

- 10.2 Der RH hielt fest, dass sowohl der PRIKRAF als auch die Landesgesundheitsfonds Leistungen nach dem LKF–System abgalten und mit Qualitätsaufgaben betraut waren. Darüber hinaus oblag den Landesgesundheitsfonds aber – im Unterschied zum PRIKRAF – u.a. auch eine Reihe von Planungs– und Steuerungsaufgaben für den gesamten Gesundheitsbereich des Landes.

Der RH wies darauf hin, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung etwa in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit Wien (Ist–Stand) und Vorarlberg (Ist– und Soll–Stand) auch die Gesamtbettenzahl von Nicht–Landesfondskrankenanstalten (Akut– bzw. Allgemeinversorgung) ausgewiesen war. Dadurch war ein breiterer Überblick über die Krankenanstaltenlandschaft im Land gegeben.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit den Ländern die Zweckmäßigkeit einer einheitlichen Darstellung von Nicht–Landesfondskrankenanstalten in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit zu prüfen.](#)

⁴⁵ Seit der Gesundheitsreform 2013 wurden regelmäßig Bundes–Zielsteuerungsverträge und auf deren Basis Landes–Zielsteuerungsübereinkommen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossen. Die Zielsteuerung–Gesundheit umfasste in struktureller und organisatorischer Hinsicht alle ambulanten und stationären Bereiche des österreichischen Gesundheitswesens sowie etwaige betroffene Nahtstellen (z.B. zum Pflege– und Rehabilitationsbereich).

- 10.3 Das Gesundheitsministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung in die entsprechenden Arbeitsgremien der Zielsteuerung–Gesundheit einzubringen und mit den Ländern sowie der Sozialversicherung zu beraten. Eine Prüfung der Struktur und Inhalte der Planungsmatrix für den Regionalen Strukturplan Gesundheit sei anlässlich der ÖSG–Revision 2023 bereits in Aussicht genommen.

Geschäftsführung

Aufgaben und Vertretung

- 11.1 (1) Gemäß PRIKRAF–Gesetz⁴⁶ bestand die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin bzw. einem Geschäftsführer und den erforderlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie hatte alle Aufgaben des PRIKRAF wahrzunehmen, die nicht ausdrücklich einem anderen Organ vorbehalten waren. Insbesondere musste sie die Fondskommission bei der Erfüllung der ihr zugewiesenen Aufgaben unterstützen, die Beschlüsse der Fondskommission vorbereiten und umsetzen. Weiters hatte die Geschäftsführung allen Verpflichtungen nachzukommen, die sich aus der Aufsicht der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers über den PRIKRAF ergaben. Laut PRIKRAF–Gesetz⁴⁷ hatte die Geschäftsführung bei der Verwendung der PRIKRAF–Mittel nach den Grundsätzen eines ordentlichen Kaufmanns vorzugehen.
- (2) Aufgrund des Gesetzeswortlauts war unklar, wer konkret zur PRIKRAF–Geschäftsführung gehörte. Der PRIKRAF vertrat die Ansicht, dass die Geschäftsführung aus einer Geschäftsführerin bzw. einem Geschäftsführer und dem auf Basis von Dienstverträgen beschäftigten Personal bestand.

⁴⁶ § 11

⁴⁷ § 16 Abs. 2

Demnach waren im Zeitraum 2016 bis 2020 für die Geschäftsführung ein auf jeweils fünf Jahre vom Gesundheitsministerium befristet bestellter Geschäftsführer, ein Jurist und eine Sachbearbeiterin (insgesamt 2,75 Vollzeitäquivalente (**VZÄ**)) tätig. Deren Aufgaben waren auf der Website des PRIKRAF wie folgt ausgewiesen:

Tabelle 6: Geschäftsführung PRIKRAF

Personen	Aufgaben
ein Geschäftsführer (fünf Jahre befristet)	<ul style="list-style-type: none"> • rechtsgültige Vertretung des PRIKRAF • Leitung des operativen Bereichs • Überwachung des Verrechnungsmanagements • Qualitätsmanagement • Wahrnehmung der Rechte und Pflichten des Dienstgebers
ein Jurist (unbefristet)	<ul style="list-style-type: none"> • rechtliche Angelegenheiten der Verrechnung von Leistungen des PRIKRAF • Aufbau und Führung der Fonds–Rechtsdokumentation • zwischenstaatliche Verrechnung
eine Sachbearbeiterin (unbefristet)	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastrukturangelegenheiten des PRIKRAF • Mitwirkung bei der Datenerfassung • Beschwerde– und Auskunftsmanagement • Organisationsassistenz für die Geschäftsführung

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quelle: PRIKRAF

(3) Eine schriftliche Vertretungsregelung gab es nicht. Laut PRIKRAF nahm u.a. der Jurist die Vertretung anlass– und aufgabenbezogen aufgrund mündlicher Anweisung des Geschäftsführers wahr. Sollte der Geschäftsführer länger oder dauernd ausfallen, könne kurzfristig mit Vollmacht durch „den Dienstgeber“ die Bankzeichnungsberechtigung geändert werden. Für die Bankzeichnungsberechtigung seien ein firmenmäßig gefertigtes Unterschriftenprobenblatt und ein Personalausweis erforderlich. Diese firmenmäßige Fertigung könne für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch den Geschäftsführer erfolgen, mangels Geschäftsführer durch die Vorsitzende der Fondskommission. Eine entsprechende Aufgabe des Vorsitzes der Fondskommission war im PRIKRAF–Gesetz nicht vorgesehen; laut PRIKRAF–Gesetz hatte die Fondskommission als Organ Beschlüsse zu fassen.

(4) Die Zahl der mit freien Dienstverträgen beschäftigten Prüfärztinnen und Prüfärzte variierte von 2016 bis 2020 zwischen drei (2016) und sechs (2017 und 2019); diesen oblagen insbesondere die Kontrolle und Plausibilisierung der von PRIKRAF–Krankenanstalten übermittelten Datensätze. Einige Aufgaben, wie IT–Dienstleistungen, Lohnverrechnung und Buchhaltung, führten externe Unternehmen für den PRIKRAF durch.

- 11.2 Der RH hielt kritisch fest, dass die gesetzlichen Bestimmungen nicht klar definierten, wer die zur Geschäftsführung gehörenden erforderlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern waren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf eine eindeutige gesetzliche Definition der von der Geschäftsführung umfassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des PRIKRAF hinzuwirken.

Der RH kritisierte, dass der PRIKRAF über keine schriftliche Vertretungsregelung für den Geschäftsführer verfügte. In der Praxis vertrat u.a. der Jurist den Geschäftsführer anlass- und aufgabenbezogen aufgrund dessen mündlicher Anweisung.

Der RH empfahl dem PRIKRAF, die Vertretung der Geschäftsführung klar und umfassend schriftlich zu regeln.

- 11.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Kenntnis und sagte zu, auf eine Umsetzung hinzuwirken.

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF sei am 3. Mai 2022 eine Abwesenheitsvertretung des Geschäftsführers per Dienstanweisung wie folgt vereinbart worden: „Ist bei längerer Abwesenheit des Geschäftsführers bei Krankheit, Urlaub oder Dienstreisen zur Erfüllung von laufenden, unaufschiebbaren Aufgaben des Tagesgeschäfts eine Vertretung erforderlich, wird diese vom Juristen wahrgenommen. Wesentliche Vertretungshandlungen sind an den Geschäftsführer nach dessen Rückkehr zu berichten. Unaufschiebbare Vertretungshandlungen mit finanziellen Auswirkungen auf die PRIKRAF–Gebarung sind ausnahmslos und vollständig zu berichten.“

- 11.4 Der RH erwiderte dem PRIKRAF, dass die dargelegte Vertretungsregelung u.a. insofern weder klar noch umfassend war, als etwa nicht konkrete Begriffe (z.B. „längere Abwesenheit“, „wesentliche Vertretungshandlungen“, „unaufschiebbare Vertretungshandlungen mit finanziellen Auswirkungen“) großen Interpretationsspielraum zuließen und die Vertretung nach außen un geregelt blieb. Der RH wiederholte daher seine Empfehlung nach einer klaren und umfassenden schriftlichen Regelung der Vertretung der Geschäftsführung.

Ausschreibung

12.1 (1) Die Geschäftsführerin bzw. der Geschäftsführer war nach öffentlicher Ausschreibung befristet zu bestellen.⁴⁸ Nach dem Stellenbesetzungsgesetz⁴⁹ hatte die Bestellung von Mitgliedern des Leitungsorgans (Vorstandsmitglieder, Geschäftsführer) von Unternehmen mit eigener Rechtspersönlichkeit, die der Kontrolle des RH unterlagen, nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes zu erfolgen; der Besetzung hatte eine öffentliche Ausschreibung voranzugehen. Dem Bundes–Public Corporate Governance Kodex 2012 und jenem aus 2017 zufolge⁵⁰ galten die Regelungen für die Bestellung auch für Wiederbestellungen der Geschäftsführungsfunktion.

(2) Der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung tätige Geschäftsführer des PRIKRAF wurde 2011 nach einer öffentlichen Ausschreibung unter Hinweis auf das Stellenbesetzungsgesetz vom Gesundheitsminister⁵¹ auf fünf Jahre bestellt. Der Wiederbestellung 2016 ging keine öffentliche Ausschreibung voran.

Die öffentliche Ausschreibung der Geschäftsführerfunktion erfolgte erst Ende August 2021, obwohl der Geschäftsführervertrag Mitte September 2021 auslief. Bis zur (Wieder–)Bestellung der Geschäftsführerin bzw. des Geschäftsführers (ab Jänner 2022) betraute das Gesundheitsministerium den zur Zeit der Gebarungsüberprüfung tätigen Geschäftsführer mit der vorübergehenden Fortführung der Geschäfte.

Nach dem Stellenbesetzungsgesetz hatte die Ausschreibung möglichst sechs Monate vor, spätestens jedoch innerhalb eines Monats nach Freiwerden der Stelle zu erfolgen.

(3) Der RH hatte bereits in mehreren Berichten festgehalten, dass auch bei Wiederbestellungen Ausschreibungen durchzuführen waren.⁵²

12.2 Der RH kritisierte, dass der Geschäftsführer des PRIKRAF im Jahr 2016 ohne öffentliche Ausschreibung wiederbestellt wurde⁵³ und damit die Transparenz der Stellen-

⁴⁸ § 11 Abs. 2 PRIKRAF–Gesetz

⁴⁹ §§ 1 und 2 Abs. 1 und Abs. 2 Stellenbesetzungsgesetz, BGBl. I 26/1998 i.d.g.F.

⁵⁰ jeweils Punkt 9.3.5; der Bundes–Public Corporate Governance Kodex galt u.a. für Gesellschaften, Stiftungen, Fonds und Anstalten öffentlichen Rechts und sonstige durch Bundesgesetz anders bezeichnete Rechtsträger öffentlichen Rechts im Sinne des Art. 126b B–VG, die der Aufsicht des Bundes unterlagen. Weitere Voraussetzung war u.a. ein Jahresumsatz von mehr als 300.000 EUR.

⁵¹ Alois Stöger, diplômé

⁵² z.B. RH–Berichte „MAK – Österreichisches Museum für angewandte Kunst“ (Reihe Bund 2013/2, TZ 53), „Burgtheater GmbH“ (Reihe Bund 2016/6, TZ 55) und „ART for ART Theaterservice GmbH“ (Reihe Bund 2018/51, TZ 6)

⁵³ unter der damaligen Gesundheitsministerin Dr. Sabine Oberhauser, MAS

besetzung beeinträchtigt war. Demgegenüber sahen das Stellenbesetzungsgesetz und der Bundes–Public Corporate Governance Kodex, die auch für den PRIKRAF galten, eine öffentliche Ausschreibung vor.

Weiters wies der RH kritisch darauf hin, dass das Gesundheitsministerium die Geschäftsführerfunktion des PRIKRAF im Jahr 2021 so spät ausschrieb, dass es für den Zeitraum zwischen Mitte September 2021 (Auslaufen des Geschäftsführervertrags) und (Wieder–)Besetzung der Geschäftsführerfunktion (ab Jänner 2022) eine Interimslösung treffen musste.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die PRIKRAF–Geschäftsführerposition künftig so rechtzeitig auszuschreiben, dass eine nahtlose Weiterbestellung bzw. Nachfolge möglich ist und eine Interimslösung vermieden wird.

- 12.3 Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Kenntnis und sagte zu, auf eine Umsetzung hinzuwirken.

Geschäftsführervertrag

- 13.1 (1) Der bis September 2021 befristete Vertrag des PRIKRAF–Geschäftsführers (in der Folge: **Geschäftsführervertrag**) sah in einigen Punkten Regelungen vor, die sich von der Bundes–Vertragsschablonenverordnung⁵⁴ unterschieden. So legte er etwa eine automatische Valorisierung des am Gehaltsgesetz 1956⁵⁵ orientierten Gehalts des Geschäftsführers fest. Die Bundes–Vertragsschablonenverordnung sah hingegen einen Gesamtjahresbezug vor; variable Bezugsbestandteile durften nur leistungs– und erfolgsorientiert festgelegt werden und waren mit einem Prozentsatz des Gesamtjahresbezugs zu begrenzen.

(2) Gemäß der Bundes–Vertragsschablonenverordnung⁵⁶ hatten Unternehmen mit eigener Rechtspersönlichkeit, die der Kontrolle des RH unterlagen und bei denen die finanzielle Beteiligung des Bundes gleich oder größer als die Summe der Beteiligungen anderer Gebietskörperschaften war, beim Abschluss von Anstellungsverträgen im Zusammenhang mit der (Wieder–)Bestellung von Mitgliedern eines Leitungsorgans entsprechend dieser Verordnung vorzugehen.

Der PRIKRAF wurde hauptsächlich aus Mitteln der Sozialversicherung finanziert, weshalb die Bundes–Vertragsschablonenverordnung nicht unmittelbar anzuwenden war.

⁵⁴ BGBl. II 254/1998 i.d.g.F.

⁵⁵ BGBl. 54/1956 i.d.g.F.

⁵⁶ § 1



- 13.2 Der RH hielt fest, dass der Geschäftsführervertrag in einigen Punkten Regelungen vorsah, die sich von der Bundes–Vertragsschablonenverordnung unterschieden.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, sich bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Geschäftsführerverträgen des PRIKRAF an der Bundes–Vertragsschablonenverordnung im Sinne einer Best–Practice–Regel zu orientieren.

- 13.3 Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass bei der inhaltlichen Ausgestaltung des aktuell neu abgeschlossenen Geschäftsführervertrags der Empfehlung des RH bereits entsprochen worden sei.

Fondskommission

14.1 (1) Das zweite Organ des PRIKRAF war seit seiner Errichtung die Fondskommission:

Tabelle 7: Fondskommission – Zusammensetzung, Aufgaben und Arbeitsweise

	Fondskommission
Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • PRIKRAF–Gesetz • Geschäftsordnung der Fondskommission aus 2005
elf Mitglieder (ehrenamtlich; keine Befristung vorgesehen)	<ul style="list-style-type: none"> • drei vom Dachverband der Sozialversicherungsträger entsandte Vertreterinnen bzw. Vertreter • zwei Vertreterinnen bzw. Vertreter des Gesundheitsministeriums • fünf von der Wirtschaftskammer Österreich entsandte Vertreterinnen bzw. Vertreter • eine von den Ländern nominierte Vertretung (ohne Stimmrecht)
Vorsitz	<ul style="list-style-type: none"> • von Gesundheitsministerin bzw. Gesundheitsminister bestimmtes Mitglied • bei Verhinderung: von Wirtschaftskammer Österreich bestimmte(r) Stellvertreterin bzw. Stellvertreter
Aufgaben (Auswahl)	<ul style="list-style-type: none"> • Feststellung und Evaluierung der aus PRIKRAF–Mitteln zu finanzierenden Leistungskapazitäten der PRIKRAF–Krankenanstalten • Festlegung von Qualitätskriterien und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung • Festlegung des vorläufigen und endgültigen Punktwerts • Zustimmung zum Jahresvoranschlag, Stellenplan und Rechnungsabschluss • Übertragung von Aufgaben der Geschäftsführung an Externe • Beschluss von bestimmten Aufgaben der Geschäftsführung • Erlassung Geschäftsordnung • Festlegung Sanktionsstatut¹ • Festlegung Modalitäten und Höhe Akontierungen an die PRIKRAF–Krankenanstalten • Festlegung von Grundsätzen für bundeseinheitliche Verrechnungsvorschriften
Beschlussfähigkeit und –erfordernisse	<ul style="list-style-type: none"> • beschlussfähig: alle Mitglieder eingeladen, mehr als die Hälfte (darunter mindestens ein vom Dachverband entsandtes Mitglied) anwesend • generell: Mehrheitsbeschlüsse • bei Stimmgleichheit: Vorsitzende bzw. Vorsitzender ausschlaggebend (Dirimierungsrecht) • Angelegenheiten gemäß § 14 Abs. 1 Z 2 PRIKRAF–Gesetz (Festlegung Qualitätskriterien und Abstimmung mit gesamtösterreichischer Gesundheitsplanung): Zweidrittel–Mehrheit erforderlich
Sitzungsfrequenz	<ul style="list-style-type: none"> • laut PRIKRAF–Gesetz – mindestens zweimal jährlich
weitere (mögliche) Sitzungsteilnehmer	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerin bzw. Gesundheitsminister oder beauftragte Organe im Rahmen der Aufsicht • Expertinnen und Experten (z.B. Prüfärztinnen und Prüfärzte)

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quelle: PRIKRAF–Gesetz

¹ Katalog von Pflichtverletzungen sowie deren Folgen

Die Aufgaben der Fondskommission umfassten sowohl Überwachungs– als auch Entscheidungsagenden (z.B. Zustimmung zum Jahresvoranschlag, Stellenplan und Rechnungsabschluss, Festlegung des vorläufigen und endgültigen Punktwerts), betrafen aber auch (indirekt) operative Aufgaben (z.B. Übertragung von Geschäftsführungsaufgaben an Externe oder die Übertragung bestimmter Geschäftsführungsaufgaben in die Entscheidungskompetenz der Fondskommission).

(2) Die Anzahl von zehn stimmberechtigten Mitgliedern der Fondskommission blieb seit der Gründung des PRIKRAF im Jahr 2002 unverändert, ebenso die Zuständigkeit für den Vorsitz bzw. dessen Stellvertretung. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nahm die Leiterin der Sektion VII „Öffentliche Gesundheit und Gesundheitswesen“ des Gesundheitsministeriums den Vorsitz wahr.

Mit der Neuerlassung des PRIKRAF–Gesetzes 2004 änderte sich die Zusammensetzung der Fondskommission; anstelle einer Vertreterin bzw. eines Vertreters des Bundesministeriums für Finanzen gab es nun ein drittes Hauptverbandsmitglied. Trotzdem hielt der Hauptverband in seiner Stellungnahme im Rahmen des Begutachtungsverfahrens eine noch stärkere Vertretung für geboten; dies vor dem Hintergrund, dass der PRIKRAF im Wesentlichen durch die Sozialversicherung finanziert wurde. Das PRIKRAF–Gesetz sah schließlich drei Hauptverbandsmitglieder in der Fondskommission vor.

Seit der Novelle des PRIKRAF–Gesetzes 2007 waren auch die Länder durch ein Mitglied ohne Stimmrecht in der Fondskommission vertreten.

(3) Einer Einschätzung des Gesundheitsministeriums vom August 2020 zufolge seien die Interessen der Anspruchsberechtigten durch die Mitgliedschaft des Gesundheitsministeriums (zwei Mitglieder einschließlich Vorsitz mit Dirimierungsrecht) und der Sozialversicherung (drei Mitglieder) gegenüber fünf Mitgliedern von der Wirtschaftskammer Österreich ausreichend vertreten. Durch die detaillierten gesetzlichen Regelungen sei bei Beschlussfassungen ein enger Rahmen gesetzt. Nahezu alle Beschlüsse seien bisher einstimmig gefasst worden.

(4) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren jeweils zehn der elf Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder (91 %) der Fondskommission männlich. Der Bundes–Public Corporate Governance Kodex 2017 sah Maßnahmen zur Erhöhung des Frauenanteils in der Geschäftsleitung, im Überwachungsorgan und in leitender Stellung als erforderlich.

(5) Zu den fünf von der Wirtschaftskammer Österreich entsandten Vertreterinnen und Vertretern (einschließlich Ersatzmitgliedern) zählten u.a. ein Management–Mitglied jener Unternehmensgruppe, für deren PRIKRAF–Krankenanstalten der PRIKRAF mehr als ein Drittel seiner Mittel aufwandte, sowie Beschäftigte der Wirtschaftskammer Österreich. Die vom Gesundheitsministerium und vom Dachverband entsandten Vertreterinnen und Vertreter waren Beschäftigte dieser Einrichtungen bzw. von Krankenversicherungsträgern.

(6) Fünf Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder der Fondskommission hatten diese Funktion bereits seit Einrichtung des PRIKRAF 2002 inne. Zumindest sechs übten dane-

ben weitere Funktionen aus, etwa in Aufsichtsräten von Krankenanstaltenträgern öffentlicher Krankenanstalten oder in der Wiener Gesundheitsplattform.

Weder das PRIKRAF–Gesetz noch die Geschäftsordnung der Fondskommission sah eine Befristung der Dauer der Mitgliedschaft in der Fondskommission vor; ebenso wenig trafen sie Festlegungen für potenzielle Interessenkonflikte und Haftungsregelungen.

- 14.2 Der RH hielt fest, dass die Zusammensetzung der Fondskommission (stimmberechtigte Mitglieder) seit fast 17 Jahren unverändert war; die Fondskommission bestand neben drei Vertreterinnen und Vertretern des Dachverbands auch aus fünf von der Wirtschaftskammer Österreich entsandten Vertreterinnen und Vertretern, obgleich die Wirtschaftskammer Österreich den PRIKRAF im Unterschied zur Sozialversicherung nicht finanzierte. Der RH sah darin ein Ungleichgewicht zwischen Finanzierung und Stimmenanteil. Weiters oblag es bei Verhinderung des Vorsitzes (Gesundheitsministerium) der Wirtschaftskammer Österreich, eine Stellvertreterin bzw. einen Stellvertreter zu bestimmen.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, die Zusammensetzung der Fondskommission des PRIKRAF in Hinblick auf ihre Aufgaben und die Finanzierungsverantwortung zu prüfen.](#)

Der RH wies darauf hin, dass weder das PRIKRAF–Gesetz noch die Geschäftsordnung der Fondskommission eine Befristung der Funktion der Mitglieder der Fondskommission vorsah; ebenso wenig trafen sie Festlegungen für Haftungsregelungen und zur Vermeidung potenzieller Interessenkonflikte. Fünf Mitglieder bzw. Ersatzmitglieder der Fondskommission hatten diese Funktion bereits seit Einrichtung des PRIKRAF 2002 inne, zumindest sechs übten daneben weitere Funktionen aus, etwa in Aufsichtsräten von Krankenanstaltenträgern öffentlicher Krankenanstalten oder in der Wiener Gesundheitsplattform. Darüber hinaus betrug die Frauenquote nur 9 %.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF, insbesondere auch aufgrund der Überwachungsfunktion der Fondskommission eine befristete Dauer der Mitgliedschaft zu prüfen und in sinngemäßer Anwendung des Bundes–Public Corporate Governance Kodex 2017 eine Erhöhung der Frauenquote anzustreben. Weiters sollten für die Fondskommission Regelungen für den Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten und Haftungsregelungen getroffen werden.](#)

- 14.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Anregung zur Zusammensetzung der Fondskommission zur Kenntnis und sagte zu, im Hinblick auf ihre Aufgaben und die Finanzierungsverantwortung eine Prüfung ihrer Zusammensetzung zu initiieren. Die empfohlene Befristung der Mitgliedschaft in der Fondskommission und Erhöhung der Frauenquote nehme das Gesundheitsministerium

ebenfalls zur Kenntnis. Eine Umsetzung werde gemeinsam mit dem PRIKRAF, der Sozialversicherung und der Wirtschaftskammer Österreich geprüft.

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF würden das Gesundheitsministerium, die Wirtschaftskammer Österreich und der Dachverband die stimmberechtigten Mitglieder der Fondskommission gemäß § 12 PRIKRAF–Gesetz entsenden. Der PRIKRAF habe auf die Mitgliederbestellung keinen Einfluss. Auch in den Gesundheitsplattformen der Landesgesundheitsfonds gebe es grundsätzlich keine Befristung der Funktion der Mitglieder.

14.4 (1) Der RH nahm positiv Kenntnis von der Zusage des Gesundheitsministeriums, die Empfehlungen zur Zusammensetzung der Fondskommission, zur Befristung der Mitgliedschaft und zur Erhöhung des Frauenanteils umsetzen bzw. prüfen zu wollen. Er wiederholte jedoch seine Empfehlung, für die Fondskommission Regelungen für den Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten und Haftungsregelungen zu treffen.

(2) Der RH hielt dem PRIKRAF gegenüber fest, dass die überwiegende Zahl der Landesgesundheitsfondsgesetze (zumindest teilweise) eine befristete Bestellung bzw. Entsendung der Mitglieder der Gesundheitsplattform vorsahen. So waren etwa laut Wiener Gesundheitsfonds–Gesetz 2017 die Mitglieder der Wiener Gesundheitsplattform auf die Dauer der Gesetzgebungsperiode des Wiener Landtags zu entsenden, laut Tiroler Gesundheitsfondsgesetz die Mitglieder der Tiroler Gesundheitsplattform bis 31. Dezember 2023 zu bestellen.⁵⁷ Der RH verblieb daher bei seinen Empfehlungen und verwies auf die Stellungnahme des Gesundheitsministeriums, die Umsetzung der Empfehlungen hinsichtlich einer befristeten Dauer der Mitgliedschaft in der Fondskommission und einer Erhöhung der Frauenquote gemeinsam mit dem PRIKRAF, der Sozialversicherung und der Wirtschaftskammer Österreich prüfen zu wollen.

⁵⁷ siehe dazu § 5 Abs. 6 Wiener Gesundheitsfonds–Gesetz 2017, LGBl. 10/2018 i.d.g.F.; § 10 Abs. 5 Tiroler Gesundheitsfondsgesetz, LGBl. 2/2006 i.d.g.F.; § 9 Abs. 5 Burgenländisches Gesundheitswesengesetz 2017, LGBl. 6/2018 i.d.g.F.; § 6 Abs. 8 Kärntner Gesundheitsfondsgesetz, LGBl. 67/2013 i.d.g.F.; § 6 Abs. 4 NÖ Gesundheits– und Sozialfonds–Gesetz 2006, LGBl. 9450-0 i.d.g.F.; § 7 Abs. 1 Oö. Gesundheitsfonds–Gesetz 2013, LGBl. 83/2013 i.d.g.F.; § 14 Abs. 3 Steiermärkisches Gesundheitsfondsgesetz 2017, LGBl. 2/2018 i.d.g.F.; § 12 Abs. 1 Vorarlberger Landesgesundheitsfondsgesetz, LGBl. 45/2013 i.d.g.F.

Aufsicht

- 15.1 (1) Der PRIKRAF unterlag laut PRIKRAF–Gesetz der Aufsicht der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers. Sie gestaltete sich zur Zeit der Gebarungsüberprüfung wie folgt:

Tabelle 8: Aufsicht – Aufgaben und Arbeitsweise

	Aufsicht
Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> • PRIKRAF–Gesetz
Zuständigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsministerin bzw. Gesundheitsminister • wahrgenommen durch die Sektion II (Sozialversicherung) des Gesundheitsministeriums
Aufgaben und Berechtigungen laut PRIKRAF–Gesetz	<ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung von Organbeschlüssen des PRIKRAF in folgenden Angelegenheiten <ul style="list-style-type: none"> – Geschäftsordnung der Fondskommission – Jahresvoranschlag, Jahresabschluss, Stellenplan und Tätigkeitsbericht – Abschluss von Rechtsgeschäften mit einer dauernden finanziellen Belastung des PRIKRAF – Abschluss von Dienstverträgen¹ – Festlegung von Qualitätskriterien und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung – Sanktionsstatut² • Berechtigung, beim PRIKRAF Informationen einzuholen und Vor–Ort–Prüfungen durchzuführen • Berechtigung, an den Sitzungen der Fondskommission teilzunehmen

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quellen: PRIKRAF; bezughabende Rechtsquellen

¹ Der PRIKRAF und die Aufsicht vertraten die Meinung, dass freie Dienstverträge nicht unter die Genehmigungspflicht fielen, sondern dass der Geschäftsführer die freien Dienstverträge laut Stellenplan abschließen würde.

² Katalog von Pflichtverletzungen sowie deren Folgen

Seit Errichtung des PRIKRAF 2002 oblag dessen Aufsicht der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister. Auch die Aufgaben der Aufsicht blieben im Wesentlichen unverändert; hinzu kam ab 2005 die Zuständigkeit für die Genehmigung des Tätigkeitsberichts.⁵⁸

(2) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung war das Gesundheitsministerium (Sektion VII) nicht nur in der Fondskommission des PRIKRAF vertreten (Vorsitz und ein weiteres Mitglied), sondern nahm auch die Aufsicht (Sektion II) wahr. Die Sektion VII „Öffentliche Gesundheit und Gesundheitssystem“ war u.a. für die Strukturpolitische Planung (z.B. den ÖSG) und die Qualität im Gesundheitssystem zuständig, die Sektion II „Sozialversicherung“ u.a. für rechtliche und finanztechnische Angelegenheiten der Sozialversicherung.

⁵⁸ BGBl. I 165/2004

(3) Zu den Gründen für die Ausgestaltung der Aufsicht gab das Gesundheitsministerium an, dass der PRIKRAF mit seiner Einrichtung die Agenden der Abrechnung für stationäre Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten von der Sozialversicherung übernommen habe und von dieser dotiert werde. Daher sei es sinnvoll erschienen, auch ein Aufsichtsrecht des Bundes analog zur Aufsicht über die Sozialversicherung vorzusehen. Ziel der Aufsicht sei es, die gesetzmäßige Vollziehung der Aufgaben durch den PRIKRAF und damit die gesetzeskonforme Verwendung der Mittel der Sozialversicherung sicherzustellen.

Bei der Aufsicht über den PRIKRAF würde das Gesundheitsministerium die Bestimmungen zur Aufsicht über die Sozialversicherungsträger analog anwenden. Konkret bedeute dies, dass in Wahrnehmung der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsbefugnisse primär eine Rechtmäßigkeitsprüfung (insbesondere das ordnungsgemäße Zustandekommen des entsprechenden Beschlusses der Fondskommission) vorgenommen werde und auch Aspekte der Zweckmäßigkeit, Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit mitbedacht würden. So werde etwa im Genehmigungsverfahren über die Rechenwerke des PRIKRAF (Jahresvoranschlag und Jahresabschluss) auch jene Abteilung der Sektion II mitbefasst, die für die Rechnungsvorschriften und finanziellen Belange der Sozialversicherung zuständig sei und damit über eine spezifische Expertise zur Beurteilung dieser Materie verfüge.

Vertreterinnen bzw. Vertreter der Sektion II nahmen auch an Sitzungen der Fondskommission teil. Vor–Ort–Prüfungen des PRIKRAF fanden seit seiner Gründung nicht statt. Dies begründete das Gesundheitsministerium u.a. damit, dass bisher keine Veranlassung bestanden habe.⁵⁹

(4) Zu den Genehmigungsaufgaben der Aufsicht, die das PRIKRAF–Gesetz nicht näher definierte, war u.a. Folgendes festzuhalten:

- Der PRIKRAF übermittelte seinen „Jahresbericht“ u.a. an die für die Aufsicht zuständige Abteilung im Gesundheitsministerium; eine Genehmigung wie etwa beim Jahresvoranschlag, Jahresabschluss und Stellenplan erfolgte nicht. Das Gesundheitsministerium begründete dies damit, dass der Tätigkeitsbericht Fakten zur Wahrnehmung der Aufgaben des PRIKRAF darstelle. Daher mangle es diesbezüglich an einer Normativität, die einer aufsichtsbehördlichen Beurteilung und Entscheidung zugänglich wäre.
- Organbeschlüsse zur „Festlegung von Qualitätskriterien und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung“ genehmigte die Aufsicht nach 2007 erst wieder im November 2021 auf Antrag des PRIKRAF.

⁵⁹ Im Unterschied dazu führte das Gesundheitsministerium regelmäßig Prüfungen des Dachverbands bzw. der Sozialversicherungsträger gemäß § 449 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz durch.

Der PRIKRAF führte grundsätzlich aus, dass sich die Rechtsverbindlichkeit der Qualitätskriterien des ÖSG aus dem Gesundheitsqualitätsgesetz⁶⁰ in Verbindung mit dem Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz⁶¹ ergebe. Eine Genehmigung der Festlegung von Qualitätskriterien und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung durch die Aufsicht seien daher nicht erforderlich.

- 15.2 Der RH hielt fest, dass die Aufsicht über den PRIKRAF der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister oblag und ihre rechtliche Ausgestaltung seit Errichtung des PRIKRAF 2002 im Wesentlichen unverändert blieb. Im Hinblick auf die Finanzierung des PRIKRAF vor allem durch Mittel der Sozialversicherung sollte laut Gesundheitsministerium die Aufsicht analog jener über die Sozialversicherungsträger erfolgen.

Der RH wies darauf hin, dass die Aufsicht des PRIKRAF weder den Tätigkeitsbericht noch im Zeitraum 2008 bis Oktober 2021 Beschlüsse betreffend „Festlegung von Qualitätskriterien und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung“ genehmigte, obwohl dies im PRIKRAF–Gesetz vorgesehen war. Da das PRIKRAF–Gesetz u.a. dies nicht näher ausführte, blieben die konkreten Gründe und Ziele etwa dieser Bestimmungen sowie die durch die Aufsicht anzuwendenden Maßstäbe offen.

Im Hinblick darauf, dass der PRIKRAF für finanzielle Mittel von jährlich bis zu rd. 150 Mio. EUR verantwortlich war und die Fondskommission nur einzelne Elemente eines Überwachungsorgans aufwies, kam der Aufsicht durch das Gesundheitsministerium besondere Bedeutung zu.

Der RH empfahl daher dem Gesundheitsministerium, nach Durchführung einer Risikoanalyse die Aufgaben der PRIKRAF–Aufsicht dahingehend zu beurteilen, ob sie zweckmäßig, wirksam und ausreichend sind. In der Folge wäre darauf hinzuwirken, dass die Aufgaben der Aufsicht sowie deren formale und inhaltliche Ausgestaltung den aktuellen und künftigen Erfordernissen des PRIKRAF entsprechend klar festgelegt werden.

Zum bisherigen Unterbleiben von Vor–Ort–Prüfungen durch die Aufsicht verwies der RH auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in [TZ 17](#), auf Basis des PRIKRAF–Gesetzes den PRIKRAF regelmäßig vor Ort zu prüfen.

- 15.3 Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums nehme es die Anregungen des RH zum Anlass, eine Schärfung der Aufgaben der Aufsicht über den PRIKRAF sowie deren formale und inhaltliche Ausgestaltung zu überlegen.

⁶⁰ BGBl. I 179/2004 i.d.g.F.

⁶¹ BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.

Compliance

16.1 (1) Unter Compliance ist im Wesentlichen die Verpflichtung zur Einhaltung von Regeln zu verstehen. Ebenso umfasst ist die Verpflichtung der Leitungsorgane einer Organisation, wirksame Maßnahmen zur Vermeidung bzw. frühzeitigen Aufdeckung von Regelverstößen in der Organisation zu setzen. Regeln können als gesetzliche Bestimmungen und organisationsinterne Richtlinien festgelegt sein. Interne Richtlinien können auch die Einhaltung von ethischen Normen und Verhaltensweisen durch Leitungsorgane, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie gegebenenfalls Dritte (z.B. Lieferanten) einer Organisation beinhalten. Die Einhaltung von Regelungen zur Vermeidung von Korruption stellt einen Teilaspekt von Compliance dar.⁶²

(2) Laut PRIKRAF würden sich die Compliance–Vorgaben im Wesentlichen aus den Aufgaben und Dienstpflichten gemäß Dienstverträgen und dem anwendbaren Berufsrecht (Angestelltengesetz) ergeben. Darüber hinaus habe der Geschäftsführer die PRIKRAF–Angestellten mündlich auf den Verhaltenskodex des Gesundheitsministeriums verwiesen. Der Verhaltenskodex des Gesundheitsministeriums vom Jänner 2020 regelte allgemein die Grundsätze und das angemessene Verhalten etwa zur Vermeidung von Interessenkollisionen bzw. Befangenheit, zu Nebenbeschäftigungen (einschließlich Kapitalbeteiligung), zur Transparenz und Verschwiegenheit sowie zu Einladungen und Geschenken.

(3) Eine aktuelle schriftliche Korruptionsrisikoanalyse des PRIKRAF lag zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor. Laut PRIKRAF sei „eine Analyse der Korruptionsrisiken offensichtlich bei der PRIKRAF–Gründung mit dem Ergebnis durchgeführt worden, dass freiwillig und ohne gesetzliche Verpflichtung ein Abschlussprüfer beauftragt wird“. Weiters verwies der PRIKRAF auf die Einführung des Vier–Augen–Prinzips im Jahr 2011.

(4) Zum Personal des PRIKRAF stellte der RH Folgendes fest:

- Der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Geschäftsführervertrag sah u.a. eine Nebenbeschäftigungs– und eine Geheimhaltungsregelung sowie eine Konkurrenzklausel vor. Gemäß der Nebenbeschäftigungsregelung durfte der Geschäftsführer ohne Zustimmung des Vorsitzenden der Fondskommission keine entgeltliche (Neben–)Beschäftigung ausüben. Eine unentgeltliche Nebenbeschäftigung war dem Vorsitzenden der Fondskommission vor Aufnahme zu melden und bedurfte bei potenzieller Interessenkollision dessen schriftlicher Zustimmung. Eine Regelung für Beteiligungen des Geschäftsführers war nicht vorgesehen.

⁶² siehe dazu den RH–Leitfaden für die Prüfung von Korruptionspräventionssystemen (Reihe Positionen 2016/3, S. 15); Compliance Management Systeme (CMS) – Die ONR 192050: Praxiskommentar (2013), S. 21; IDW PS 980, Grundsätze ordnungsmäßiger Prüfung von Compliance Management Systemen (2011), S. 2 f.

Im Unterschied dazu legte die Bundes–Vertragsschablonenverordnung für Geschäftsführerverträge Folgendes fest: „Es ist zu vereinbaren, dass Beteiligungen an anderen Unternehmungen und Nebenbeschäftigungen der Zustimmung des Unternehmens bedürfen.“

Das Gesundheitsministerium verwies auf die fehlende direkte Anwendbarkeit der Bundes–Vertragsschablonenverordnung und darauf, dass die Nebenbeschäftigungsregelungen des Bundes herangezogen worden seien.

- Die Dienstverträge des Juristen und der Sachbearbeiterin enthielten ebenfalls eine Nebenbeschäftigungs– und eine Geheimhaltungsregelung. Demnach bedurften entgeltliche Nebenbeschäftigungen bei potenzieller Interessenkollision der schriftlichen Zustimmung des Geschäftsführers. Unentgeltliche Nebenbeschäftigungen waren dem Geschäftsführer zu melden.

Nach Angaben des PRIKRAF übten weder der Geschäftsführer noch die beiden Angestellten Nebenbeschäftigungen aus; sie würden auch keine Unternehmensbeteiligungen halten.

(5) Zu den Prüfärztinnen und Prüfärzten stellte der RH Folgendes fest:

- Ihre freien Dienstverträge etwa aus 2020 (sie wurden jeweils für ein Jahr geschlossen) enthielten nur eine Verschwiegenheitspflicht, aber keine Bestimmungen z.B. zu Interessenkonflikten bzw. Befangenheit.
- Die Prüfärztinnen und Prüfärzte waren berechtigt, andere selbstständige oder unselbstständige Tätigkeiten für Dritte durchzuführen. Sie traf kein Konkurrenzverbot. Eine Vertretung durch geeignete Personen war möglich.
- Die Prüfärztinnen und Prüfärzte waren zwischen fünf und zwölf Stunden monatlich für den PRIKRAF tätig (2020). In ihrer „Haupttätigkeit“ betrieben sie z.B. eine Ordination oder waren in einer Krankenanstalt beschäftigt. Laut Angaben des PRIKRAF war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Prüfärztin bzw. kein Prüfarzt in einer PRIKRAF–Krankenanstalt tätig.

(6) Die in den Bereichen IT und Medizintechnik abgeschlossenen Werkverträge etwa für 2020 enthielten keine Bestimmungen z.B. zu Interessenkonflikten bzw. Befangenheit. Die Pflicht zur Verschwiegenheit war nur im Medizintechnik–Werkvertrag vereinbart.⁶³

⁶³ Das PRIKRAF–Gesetz sah vor, dass beauftragten externen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern Verschwiegenheitspflichten vertraglich zu überbinden waren.

- 16.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der PRIKRAF bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine Risikoanalyse mit dem Schwerpunkt Compliance durchführte. Dies, obwohl der PRIKRAF für Mittel in Höhe von jährlich bis zu rd. 150 Mio. EUR verantwortlich war und an der Aufgabenwahrnehmung eine Reihe von Personen auf Basis unterschiedlicher Verträge beteiligt war.

Er empfahl dem PRIKRAF, eine Risikoanalyse mit dem Schwerpunkt Compliance durchzuführen, um potenzielle Risikobereiche identifizieren und erforderliche Maßnahmen setzen zu können.

Der RH bemängelte, dass der Geschäftsführer laut eigener Angabe auf den Verhaltenskodex des Gesundheitsministeriums nur gegenüber den Angestellten mündlich verwiesen hatte. Die freien Dienstverträge und die Werkverträge enthielten keine Bestimmungen zu Interessenkonflikten bzw. Befangenheit. Im IT–Werkvertrag war darüber hinaus auch keine Verschwiegenheit vereinbart.

Der RH empfahl dem PRIKRAF, durch geeignete Maßnahmen sicherzustellen, dass nach Durchführung der Risikoanalyse mit dem Schwerpunkt Compliance definierte Compliance–Grundwerte allen für den PRIKRAF Tätigen nachvollziehbar übertragen werden.

Der RH hielt fest, dass sich der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung geltende Geschäftsführervertrag hinsichtlich Nebenbeschäftigungen und Beteiligungen von der Bundes–Vertragsschablonenverordnung insofern unterschied, als etwa keine Regelung betreffend Beteiligung vorgesehen war. Er verwies auf seine Empfehlung in TZ 13, sich bei der inhaltlichen Ausgestaltung von Geschäftsführerverträgen an der Bundes–Vertragsschablonenverordnung zu orientieren.

Der RH wies darauf hin, dass nur entgeltliche Nebenbeschäftigungen der Angestellten bei potenzieller Interessenkollision der Zustimmung des Geschäftsführers bedurften.

Er empfahl dem PRIKRAF, für künftige Dienstverträge der Bediensteten für alle Nebenbeschäftigungen eine Zustimmung der Geschäftsführerin bzw. des Geschäftsführers zu prüfen.

- 16.3 Laut Stellungnahme des PRIKRAF werde das neue Wirtschaftsprüfungsunternehmen eine Risikoanalyse mit dem Schwerpunkt Compliance im Rahmen der PRIKRAF–Jahresabschlussprüfung 2021 durchführen. Die Compliance–Grundwerte seien den PRIKRAF–Mitarbeitern mit dem Verhaltenskodex des Gesundheitsministeriums nachweislich übermittelt worden. Zum Verhaltenskodex zur Korruptionsprävention im öffentlichen Dienst hätten die Mitarbeiter eine E–Learning–Schulung des Bundesministeriums für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport absolviert. Bei künfti-

gen (freien) Dienstverträgen der Bediensteten werde für alle Nebenbeschäftigungen eine Zustimmungspflicht des Geschäftsführers vereinbart.

- 16.4 Der RH anerkannte, dass der PRIKRAF Compliance–Grundwerte mit dem Verhaltenskodex des Gesundheitsministeriums nachweislich den eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern übermittelte.

Er verwies gegenüber dem PRIKRAF jedoch darauf, dass seine Empfehlung zu den Compliance–Grundwerten auf die Definition solcher Grundwerte für den PRIKRAF nach Durchführung der Risikoanalyse mit dem Schwerpunkt Compliance gerichtet war, um sie in der Folge allen für den PRIKRAF Tätigen (u.a. seinen Angestellten sowie seinen freien Dienstnehmerinnen und Dienstnehmern) nachvollziehbar zu übertragen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die freien Dienstverträge und die Werkverträge keine Bestimmungen zu Interessenkonflikten bzw. Befangenheit enthielten sowie im IT–Werkvertrag darüber hinaus auch keine Verschwiegenheit vereinbart war.

Zur Empfehlung betreffend Nebenbeschäftigungen hielt der RH fest, dass sich diese nur auf die Angestellten des PRIKRAF und nicht auf die freien Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer bezog. Er begrüßte daher die Absicht des PRIKRAF, zukünftig in den Dienstverträgen der Angestellten für alle Nebenbeschäftigungen eine Zustimmungspflicht des Geschäftsführers zu vereinbaren.

Interne Revision

17.1 (1) Der PRIKRAF verfügte über keine eigene Interne Revision. Das Wirtschaftsprüfungsunternehmen stellte bei seinen Prüfungen vor allem fest, ob bei Erstellung des Jahresabschlusses die gesetzlichen Vorschriften beachtet wurden und ob die Buchführung den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Buchführung entsprach. Zu diesem Zweck forderte das Wirtschaftsprüfungsunternehmen vom PRIKRAF etwa Belege und Rechnungen für Einzelbelegprüfungen an.

(2) Das PRIKRAF–Gesetz⁶⁴ berechnigte die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister oder von ihr bzw. ihm beauftragte Organe im Rahmen der Aufsicht, sich über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu informieren. Die Organe des PRIKRAF waren verpflichtet, Auskünfte über alle Angelegenheiten des PRIKRAF zu erteilen, Geschäftsstücke und sonstige Unterlagen über die bezeichneten Gegenstände vorzulegen, angeordnete Erhebungen anzustellen und Prüfungen an Ort und Stelle vornehmen zu lassen.

Nach Angaben des PRIKRAF fanden bis zur Zeit der Gebarungüberprüfung die im PRIKRAF–Gesetz genannten „Prüfungshandlungen“ durch das Gesundheitsministerium bzw. beauftragte Organe nicht statt. Laut Gesundheitsministerium hätten im Rahmen der Aufsicht seit Gründung des PRIKRAF keine Vor–Ort–Prüfungen stattgefunden (TZ 15).

Eine ausdrückliche Zuständigkeit der Internen Revision des Gesundheitsministeriums für den PRIKRAF bestand laut deren Revisionsordnung nicht.

17.2 Der RH hielt fest, dass der PRIKRAF über keine Interne Revision verfügte. Das PRIKRAF–Gesetz berechnigte jedoch die Gesundheitsministerin bzw. den Gesundheitsminister oder von ihr bzw. ihm beauftragte Organe zu „Prüfungshandlungen“ im PRIKRAF.

Der RH wies kritisch darauf hin, dass solche Prüfungshandlungen beim PRIKRAF in den 20 Jahren seines Bestehens nicht stattfanden, obwohl der PRIKRAF über jährliche Mittel von bis zu rd. 150 Mio. EUR verfügte. Das Wirtschaftsprüfungsunternehmen stellte bei seinen Prüfungen vor allem fest, ob bei Erstellung des Jahresabschlusses die gesetzlichen Vorschriften beachtet wurden und ob den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Buchführung entsprochen wurde.

[Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, auf Basis des PRIKRAF–Gesetzes den PRIKRAF regelmäßig vor Ort zu prüfen.](#)

⁶⁴ § 17 Abs. 3



- 17.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums stimme es der Empfehlung zur Durchführung regelmäßiger Vor–Ort–Prüfungen des PRIKRAF grundsätzlich zu. In Anbetracht der gerade erfolgten, intensiven Prüfung des PRIKRAF durch den RH erscheine eine zeitnahe Prüfung durch das Gesundheitsministerium weder zweckmäßig noch dringlich.
- (2) Der PRIKRAF führte in seiner Stellungnahme aus, dass er dem Gesundheitsministerium jährlich den Bericht über die Prüfung des Rechnungsabschlusses übermittle.
- 17.4 Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsministerium auf die präventive und korrigierende Wirkung von Vor–Ort–Prüfungen durch die Aufsicht hin. In diesem Sinne erachtete der RH seine Überprüfung des PRIKRAF nicht als Ersatz für Vor–Ort–Prüfungen der Aufsicht, sondern als Ergänzung in der Kontrollarchitektur des PRIKRAF. Dies auch vor dem Hintergrund, dass das Gesundheitsministerium laut PRIKRAF–Gesetz für die Aufsicht über den PRIKRAF mit jährlichen Mitteln von bis zu rd. 150 Mio. EUR zuständig war, der PRIKRAF selbst über keine Interne Revision verfügte und Vor–Ort–Prüfungen ein wesentliches Element der Aufsichtstätigkeit darstellen. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Gebarung des PRIKRAF

Mittelherkunft und –verwendung

18.1 Die Gebarungsstruktur des PRIKRAF nach Mittelherkunft und –verwendung stellte sich wie folgt dar:

(1) Mittelherkunft (Erlöse des PRIKRAF):

- Die Mittel, über die der PRIKRAF gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und dem PRIKRAF–Gesetz⁶⁵ vor allem zur Finanzierung von Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten verfügte, bestanden fast ausschließlich (99 % der Erlöse) aus einem Pauschalbeitrag, der von den inländischen Krankenversicherungsträgern aufzubringen war. Dieser Pauschalbeitrag belief sich zuletzt (2020) auf rd. 150 Mio. EUR und war gegenüber dem Vorjahreswert im Ausmaß der von den inländischen Krankenversicherungsträgern jährlich erzielten Beitragseinnahmesteigerungen aufzuwerten (Valorisierung). Die jährliche Aufwertung entsprach jener, die auch für Pauschalbeiträge⁶⁶ der Krankenversicherungsträger zur Finanzierung der Landesfondskrankenanstalten anzuwenden war. Der Pauschalbeitrag für die PRIKRAF–Krankenanstalten war somit im gesetzlich normierten Ausmaß betraglich begrenzt und wertangepasst.
- Darüber hinausgehende, dem PRIKRAF gemäß PRIKRAF–Gesetz⁶⁷ zur Verfügung stehende Mittel umfassten
 - vom PRIKRAF vereinnahmte Erstattungsbeiträge bei stationären (einschließlich tagesklinischen) Krankenhausaufenthalten von Anspruchsberechtigten, die ausländischen Sozialversicherungsträgern zugehörten,
 - sowie sonstige Erlöse (u.a. Vermögenserträge, Versicherungsvergütungen, Auflösung von Rückstellungen).
- Gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz und dem Bauern–Sozialversicherungsgesetz⁶⁸ hatte der PRIKRAF die von den Versicherten für Spitalsaufenthalte zu leistenden Kostenbeiträge an die Krankenversicherungsträger abzuführen, womit diese nicht zur Finanzierung seiner Aufgaben verfügbar waren.

⁶⁵ § 3 PRIKRAF–Gesetz, § 149 Abs. 3 und 3a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

⁶⁶ Die inländischen Krankenversicherungsträger hatten dem Betrag nach fixe Pauschalbeiträge und einen an die Erhöhung der Beitragseinnahmen angepassten Pauschalbeitrag aufzuwenden.

⁶⁷ § 3

⁶⁸ § 447f Abs. 7 in Verbindung mit § 149 Abs. 5 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz sowie § 93 Bauern–Sozialversicherungsgesetz, BGBl. 559/1978 i.d.g.F.

(2) Mittelverwendung (Aufwendungen des PRIKRAF):

- Der PRIKRAF finanzierte gemäß den rechtlichen Vorgaben die von ihm abzugelten stationären (einschließlich tagesklinischen) Leistungen. Die Mittel dienen der Abrechnung von Leistungen
 - im Rahmen einer Direktverrechnung⁶⁹ mit PRIKRAF–Krankenanstalten, die über einen Einzelvertrag mit den leistungszuständigen Krankenversicherungsträgern verfügten, und
 - zu einem sehr geringen Teil – im Wege von Pflegekostenzuschüssen, die der PRIKRAF den Anspruchsberechtigten bei Fehlen eines solchen Vertrags vergütete⁷⁰.

Die Abrechnung der Mittel erfolgte auf der Basis von leistungsorientierten Diagnosenfallgruppen–Punkten (in der Folge: **LDF–Punkten**)⁷¹, die gemäß der im KAKuG⁷² normierten LKF–Finanzierung zu ermitteln waren. Die Anzahl der LDF–Punkte je leistungserbringende PRIKRAF–Krankenanstalt bzw. Anspruchsberechtigte oder Anspruchsberechtigten war von den leistungserbringenden PRIKRAF–Krankenanstalten dem PRIKRAF zu übermitteln.⁷³

Aus den Pauschalbeiträgen der inländischen Krankenversicherungsträger und den ihm gemeldeten Gesamtpunkteständen errechnete der PRIKRAF mittels Division die Vergütung je LDF–Punkt (Punktwerte). Die Leistungsvergütungen an die PRIKRAF–Krankenanstalten (im Wege der Direktverrechnung) oder an die Anspruchsberechtigten (als Pflegekostenzuschüsse) ergaben sich aus der Multiplikation der Punktwerte mit der jeweils erzielten Punktezahl.⁷⁴

Die Bildung von Rücklagen war grundsätzlich nicht bzw. nur im eingeschränkten Rahmen vorgesehen; Veranlagungen erfolgten gemäß der gesetzlichen Vorgabe kurzfristig (auf Girokonten) unter Wahrung und zur Sicherung der Liquidität. Dadurch sollte die zügige Auszahlung der vereinnahmten Mittel im Jahr ihrer Vereinnahmung gewährleistet sein.⁷⁵

- Neben der Abgeltung von stationären Leistungen finanzierte der PRIKRAF aus seinen Fondsmitteln die aus seiner Aufgabenerfüllung erwachsenen Verwaltungsaufwendungen (2020: 0,3 % der Gesamtaufwendungen).⁷⁶

⁶⁹ § 5 Abs. 1 in Verbindung mit § 7 PRIKRAF–Gesetz sowie § 5 Abs. 2 PRIKRAF–Vertrag

⁷⁰ § 5 Abs. 2 in Verbindung mit § 8 PRIKRAF–Gesetz sowie § 150 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz und § 6 PRIKRAF–Vertrag. Die bzw. der Anspruchsberechtigte hatte gemäß § 6 Abs. 2 PRIKRAF–Vertrag die Rechnung der Krankenanstalt beim leistungszuständigen Krankenversicherungsträger einzureichen.

⁷¹ § 4 in Verbindung mit § 6 PRIKRAF–Gesetz sowie § 5 PRIKRAF–Vertrag

⁷² §§ 27 ff.

⁷³ § 6 Abs. 3 PRIKRAF–Gesetz

⁷⁴ §§ 6, 7, 8 und 14 PRIKRAF–Gesetz

⁷⁵ § 7 Abs. 5 und 6 sowie § 16 Abs. 3 PRIKRAF–Gesetz

⁷⁶ § 6 Abs. 1 und § 9 PRIKRAF–Gesetz sowie § 3 Abs. 5 PRIKRAF–Vertrag

- 18.2 Der RH hielt fest, dass die PRIKRAF–Dotierung von 2016 bis 2020 von rd. 116 Mio. EUR auf rd. 150 Mio. EUR um 29 % angestiegen war – dies auch bedingt durch die außerordentliche und dauerhafte Erhöhung der PRIKRAF–Mittel um 14,70 Mio. EUR ab 2019 (TZ 19). Der RH schätzte die sich aus der außerordentlichen Erhöhung inklusive Valorisierung in den Folgejahren ergebenden Mehrkosten auf insgesamt 97,50 Mio. EUR (für fünf Jahre) bzw. 198,25 Mio. EUR (für zehn Jahre) (TZ 20).

Der RH hielt weiters fest, dass der PRIKRAF mit einem jährlichen, durch seine Rechtsgrundlagen bestimmten Pauschalbeitrag (zuletzt rd. 150 Mio. EUR für das Jahr 2020) dotiert war. Die Pauschalbeiträge waren unabhängig vom tatsächlichen Ausmaß der verrechneten Leistungen jährlich zur Gänze an die PRIKRAF–Krankenanstalten bzw. an die Anspruchsberechtigten auszuschütten.

In seiner Kernfunktion, der Finanzierung und Abgeltung von Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten, bestand die Aufgabe des PRIKRAF insbesondere in der Sicherstellung seiner Liquidität bzw. der zügigen unterjährigen Bereitstellung der Finanzierungsmittel für die PRIKRAF–Krankenanstalten. Eine Ausweitung oder Reduzierung von Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten führte zu keinen höheren oder geringeren Gesamtausgaben des PRIKRAF. Sie wirkte sich lediglich auf den LDF–Punktwert, also die Höhe der Abgeltung je Leistungseinheit (LDF–Punkt), aus. Der PRIKRAF konnte auch keine Gebarungüberschüsse oder –abgänge erwirtschaften, weil er jährlich ausgeglichene Jahresergebnisse zu erzielen hatte. Demzufolge beschränkten sich die Aufgaben des PRIKRAF in wirtschaftlicher Hinsicht auf eine Abrechnungs–, Transfer– und Verteilungsfunktion der von den Krankenversicherungsträgern aufgebrauchten Finanzmittel.

- 18.3 Der PRIKRAF wies in seiner Stellungnahme auf die gänzliche Ausschüttung der Pauschalbeiträge der Krankenversicherungsträger auch durch die Landesgesundheitsfonds hin.
- 18.4 Der RH hielt gegenüber dem PRIKRAF fest, dass die Leistungsabgeltung an die PRIKRAF–Krankenanstalten u.a. die Einhaltung essenzieller Qualitätsstandards voraussetzte.



Entwicklung der Gebarung

19.1 (1) Die nachstehende Tabelle zeigt für die Jahre 2016 bis 2020 die Gebarungsentwicklung des PRIKRAF anhand der wichtigsten Positionen der Rechnungsabschlüsse:

Tabelle 9: Aufwendungen, Erlöse und Ergebnispositionen der Rechnungsabschlüsse

	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
	in EUR ¹					in %
Erlöse						
Erlöse inländischer Krankenversicherungsträger ²	116.269.363	121.050.267 ³	126.611.455	146.496.523	149.631.095	29
Erlöse ausländischer Sozialversicherungsträger	534.568	881.801	904.263	865.117	751.550	41
Erlöse aus Kostenbeiträgen	525.689	416.588	430.924	429.186	409.439	-22
sonstige betriebliche Erlöse	0	0	2.406	280	220	–
Summe Erlöse	117.329.621	122.348.656	127.949.049	147.791.106	150.792.304	29
Aufwendungen						
Aufwendungen für Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten	116.829.102	121.822.208	127.469.065	147.312.266	150.398.511	29
<i>davon</i>						
<i>Direktverrechnung mit Krankenanstalten</i>	<i>115.049.044</i>	<i>120.350.315³</i>	<i>125.972.639</i>	<i>145.769.626</i>	<i>149.550.007</i>	<i>30</i>
<i>Pflegekostenzuschüsse an Patientinnen und Patienten</i>	<i>1.254.369</i>	<i>1.055.305</i>	<i>1.065.501</i>	<i>1.113.453</i>	<i>439.065</i>	<i>-65</i>
<i>Summe aus Direktverrechnung und Pflegekostenzuschüssen</i>	<i>116.303.412</i>	<i>121.405.620</i>	<i>127.038.140</i>	<i>146.883.080</i>	<i>149.989.072</i>	<i>29</i>
<i>Aufwand aus Kostenbeiträgen</i>	<i>525.689</i>	<i>416.588</i>	<i>430.924</i>	<i>429.186</i>	<i>409.439</i>	<i>-22</i>
Verwaltungsaufwendungen ⁴	469.896	497.936	479.046	492.077	491.361	5
<i>davon</i>						
<i>Personalaufwendungen</i>	<i>268.359</i>	<i>285.475</i>	<i>282.020</i>	<i>291.767</i>	<i>304.042</i>	<i>13</i>
<i>Abschreibungen und sonstige betriebliche Aufwendungen</i>	<i>201.537</i>	<i>212.461</i>	<i>197.026</i>	<i>200.310</i>	<i>187.318</i>	<i>-7</i>
Summe Aufwendungen	117.298.997	122.320.144	127.948.110	147.804.343	150.889.871	29
Betriebsergebnis	30.624	28.512	938	-13.238	-97.567	–
Finanzergebnis	19.374	1.488	1.468	974	1.249	-94
Jahresergebnis	49.998	30.000	2.406	-12.263	-96.318	–
Auflösung (+) von/Zuweisung (-) zu Rücklagen ⁵	-49.998	-30.000	-2.406	+12.263	+96.318	–
Jahresgewinn	0	0	0	0	0	0

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quelle: PRIKRAF

¹ gerundet auf volle Euro–Beträge; Rundungsdifferenzen möglich

² Pauschalbeiträge gemäß § 3 PRIKRAF–Gesetz, § 149 Abs. 3 und 3a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

³ Die in der Tabelle angeführten und im Rechnungsabschluss in dieser Höhe ausgewiesenen Beträge stimmten nicht mit den tatsächlich geleisteten Zahlungen der Krankenversicherungsträger bzw. des PRIKRAF (Direktverrechnung mit den Krankenanstalten) überein. Die darin enthaltenen Nachschüsse der Krankenversicherungsträger an den PRIKRAF (Erlöse inländische Krankenversicherungsträger) und Restzahlungen des PRIKRAF an die PRIKRAF–Krankenanstalten (Direktverrechnung mit den Krankenanstalten) beruhten auf den vom Hauptverband geschätzten (nicht den tatsächlich geleisteten) Nachschüssen. Eine nachträgliche Korrektur unterblieb.

⁴ ohne Rücklagendotierungen

⁵ Die Rechnungsabschlüsse des PRIKRAF wiesen zwei Rücklagen aus. Eine satzungsmäßige (zweckgebundene) Rücklage, die aus Restbeträgen der an die PRIKRAF–Krankenanstalten zu überweisenden Entgelte gebildet wurde. Weiters eine sonstige (freie) Rücklage, die für die Investitionen des Betriebs– und Geschäftsgebäudes gebildet und jeweils jährlich im Wege der Abschreibung verringert wurde.

(2) Die Erlöse des PRIKRAF und damit dessen Gebarungsvolumen stiegen in den Jahren 2016 bis 2020 um 29 % (von 117,33 Mio. EUR auf 150,79 Mio. EUR). Die Steigerung ergab sich nahezu zur Gänze aus der Entwicklung der Erlöse aus den von den inländischen Krankenversicherungsträgern erhaltenen Pauschalbeiträgen (2020: 149.631.095 EUR bzw. 99 % der Gesamterlöse).⁷⁷

(3) Der PRIKRAF verwendete die Erlöse für die Abgeltung der PRIKRAF–Leistungen sowie den erforderlichen Verwaltungsaufwand. Hieraus ergab sich eine den Erlösen analoge Entwicklung der Aufwendungen und somit eine Steigerung von ebenso 29 % (Gesamtaufwendungen 2016: 117.298.997 EUR; 2020: 150.889.871 EUR).

Von den gesamten Aufwendungen entfiel der weitaus überwiegende Anteil auf die Abgeltung von Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten (2020: 150.398.511 EUR bzw. 99,7 % der Gesamtaufwendungen), davon wiederum überwog die Abgeltung im Wege der Direktverrechnung (2020: 149.550.007 EUR bzw. 99,4 %) deutlich.

Die Verwaltungsaufwendungen beliefen sich 2020 (491.361 EUR) auf 0,3 % der Gesamtaufwendungen und stiegen gegenüber 2016 (469.896 EUR) um 5 %.

(4) Die negativen Betriebsergebnisse 2019 (-13.237,72 EUR) und 2020 (-97.567,28 EUR) resultierten aus Auflösungen satzungsmäßiger Rücklagen in diesen Jahren (2019: 12.543,42 EUR; 2020: 108.883,49 EUR). Diese flossen in die Abrechnung der mit den PRIKRAF–Krankenanstalten abzugeltenden Leistungen ein und führten bilanztechnisch zu höheren, sich in den negativen Betriebsergebnissen niederschlagenden Aufwendungen.

(5) Nach Berücksichtigung der Finanzergebnisse und der Rücklagenauflösungen und –zuweisungen ergab sich weder ein Gewinn noch ein Verlust.

19.2 Der RH hielt fest, dass der PRIKRAF die rechtlichen Vorgaben, in den Jahren 2016 bis 2020 die vom PRIKRAF vereinnahmten Mittel auszuzahlen, einhielt und weder Gewinne noch Verluste erzielte.

⁷⁷ Die Steigerungsrate der Erlöse ausländische Versicherungsträger von 41 % war laut Auskunft des PRIKRAF insbesondere darauf zurückzuführen, dass Abrechnungen mit ausländischen Versicherungsträgern unregelmäßig bzw. verzögert waren und daraus in einzelnen Jahren höhere Zahlungseingänge resultieren konnten.

Die Erlöse aus von den Versicherten zu leistenden Kostenbeiträgen waren eine Durchlaufposition. Ihnen standen Aufwendungen in derselben Höhe gegenüber.

Außerordentliche Dotierung des PRIKRAF

- 20.1 (1) Die nachstehende Tabelle zeigt für die Jahre 2016 bis 2020 die Entwicklung der Pauschalbeiträge der inländischen Krankenversicherungsträger im Vergleich zur Entwicklung der vom PRIKRAF abgegoltenen Leistungen auf Basis der erzielten LDF–Punkte sowie zu den Punktwerten je LDF–Punkt:

Tabelle 10: Pauschalbeiträge der Krankenversicherungsträger, LDF–Punkte und Punktwerte je LDF–Punkt

	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
	in Mio. EUR (in %)					
Pauschalbeiträge	116,27	121,05¹	126,61	146,50	149,63	33,36 (29)
Veränderung zum Vorjahr	–	4,78	5,56	19,89	3,13	–
<i>davon</i>						
<i>Veränderung durch Valorisierung</i>	–	4,78	5,56	5,19	3,13	–
<i>außerordentliche Erhöhung 2019</i>	–	–	–	14,70	–	–
	in %					
Veränderung zum Vorjahr	–	4	5	16	2	–
<i>davon Veränderung durch Valorisierung</i>	–	4	5	4	2	–
LDF–Punkte	Anzahl in Mio.					in %
absolute Anzahl ²	250,79	308,85	313,93	323,62	304,26	21
	in %					
Veränderung zum Vorjahr	–	23	2	3	-6	–
	in EUR					
Punktwert (netto, ohne Umsatzsteuer)	0,42	0,36	0,37	0,41	0,45	–

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: PRIKRAF; Berechnung: RH

LDF = Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen

¹ Werte gemäß den Rechnungsabschlüssen (TZ 19)

² inklusive erzielte LDF–Punkte im Rahmen der Abgeltung durch Pflegekostenzuschüsse

Im Zeitraum 2016 bis 2020 stiegen die Erlöse aus den Pauschalbeiträgen der inländischen Krankenversicherungsträger um 33,36 Mio. EUR bzw. 29 %. Dieser Anstieg entfiel überwiegend auf die Steigerung der Pauschalbeiträge im Jahr 2019 im Vergleich zum Vorjahr in Höhe von 19,89 Mio. EUR (um 16 %). Diese beinhaltete eine außerordentliche Erhöhung des Pauschalbeitrags um 14,70 Mio. EUR⁷⁸ ab 2019 und die auf den Beitragseinnahmensteigerungen basierenden Valorisierungen

⁷⁸ § 149 Abs. 3a Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, novelliert gemäß Art. 1 Z 82 Sozialversicherungs–Organisationsgesetz; Inkrafttreten gemäß § 718 Abs. 1 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz mit 1. Jänner 2020; die Auszahlung für 2019 erfolgte im Zuge der Endabrechnung für 2019 im Jahr 2020.

(5,19 Mio. EUR). Diese außerordentliche Erhöhung belief sich auf rd. 12 % der Erlöse aus Pauschalbeiträgen des Jahres 2018 und rund das Dreifache der jährlichen Valorisationen in den Jahren 2017 bis 2019.

Der RH schätzte die sich aus der außerordentlichen Erhöhung inklusive Valorisierung in den Folgejahren ergebenden Mehrkosten auf insgesamt 97,50 Mio. EUR (für fünf Jahre) bzw. 198,25 Mio. EUR (für zehn Jahre). Der Schätzung lag eine Valorisierung in Höhe von 4 % zugrunde.

(2) Im Zeitraum 2016 bis 2020 stieg die Anzahl der LDF–Punkte bis 2019 um 29 %, aufgrund möglicherweise auch COVID–19–bedingter Leistungsrückgänge bis 2020 um 21 %. Der Anstieg beruhte primär auf einer ab dem Jahr 2017 geänderten und hierdurch zu einer Erhöhung der Punkteanzahl führenden Punktesystematik⁷⁹ des LKF–Systems. Die stationären Aufenthalte der PRIKRAF–Krankenanstalten stiegen von 2016 bis 2019 hingegen von 101.811 auf 105.665 um 4 %, bis 2020 sanken sie auf 98.511 um 3 %. Mit dem Punkteanstieg in den Jahren 2017 und 2018 korrespondierte der Punkterückgang⁸⁰ in diesen Jahren.

20.2 Der RH wies darauf hin, dass die außerordentliche Beitragserhöhung von 14,70 Mio. EUR ab 2019 eine deutliche finanzielle Besserstellung des PRIKRAF bewirkte und eine finanzielle Mehrbelastung für die Krankenversicherungsträger darstellte.

Die Zusatzdotierung belief sich auf nahezu das Dreifache der jährlichen Valorisierung im Zeitraum 2017 bis 2019. Auch die Höhe der Abgeltung je LDF–Punkt (Punktwert) zeigte die nunmehrige deutliche Besserdotierung. Der Punktwert für 2020 übertraf aufgrund der außerordentlichen Dotierung jenen des Jahres 2016, ungeachtet der höheren Punktezahl (21 % seit 2016) und der durch die geänderte LKF–Bepunktungssystematik herbeigeführten „Punkteabwertung“.

Der RH wiederholte seine Kritik aus [TZ 5](#), wonach die außerordentliche Erhöhung der PRIKRAF–Dotation um 14,70 Mio. EUR in den Gesetzesmaterialien nicht aussagekräftig erläutert und daher die Gründe für diese Maßnahme nicht nachvollziehbar waren.

[Er wiederholte seine Empfehlung aus TZ 5 an das Gesundheitsministerium, darauf hinzuwirken, dass künftige rechtliche und finanzielle Änderungen des PRIKRAF auf nachvollziehbaren, validen und in den Gesetzesmaterialien dokumentierten](#)

⁷⁹ § 6 Abs. 3 PRIKRAF–Gesetz

⁸⁰ Eine höhere Punktezahl bedeutet bei gleichem Gesamtbudget einen höheren Teilungsfaktor, somit geringeren Punktwert bzw. geringere Leistungsabgeltung je Leistungseinheit (Wertabfall eines LDF–Punktes). Der Punktwert lässt sich somit auch als Indikator für die Dotierung des PRIKRAF heranziehen. Ein höherer Punktwert lässt sich wiederum durch eine Erhöhung der Gesamtdotierung (bei gleicher Punktezahl) oder – bei gleichbleibender Gesamtdotierung – durch eine geringere Punktezahl erzielen.

Entscheidungsgrundlagen basieren. Dabei wären die von den PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachten und von der Sozialversicherung zu finanzierenden Leistungen zu berücksichtigen.

- 20.3 Das Gesundheitsministerium unterstütze laut seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, dass künftige rechtliche und finanzielle Änderungen des PRIKRAF auf nachvollziehbaren und validen Entscheidungsgrundlagen basieren sollen, vollinhaltlich. Es werde auf Vorgaben für zukünftiges entsprechendes Handeln hinwirken.

Leistungs– und Gebarungsdaten von PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten im Vergleich

- 21.1 (1) Der RH analysierte für die Jahre 2003 bis 2019 in einer bundesweiten Betrachtung jeweils für PRIKRAF–Krankenanstalten und für Landesfondskrankenanstalten die Entwicklung der von den inländischen Krankenversicherungsträgern bereitgestellten Finanzierungsmittel sowie von erbrachten Leistungen anhand ausgewählter Leistungskennzahlen.⁸¹

Um die jeweils für PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten ermittelten Punktwerte vergleichen zu können, zog der RH auch für die Punktwertberechnung der Landesfondskrankenanstalten ausschließlich die von den inländischen Krankenversicherungsträgern bereitgestellten Mittel heran. Als Punkteanzahl verwendete der RH in beiden Finanzierungssystemen die jeweils insgesamt erzielten LDF–Punkte nach dem LKF–System.⁸²

Die Finanzierungsmittel der inländischen Krankenversicherungsträger für die Landesfondskrankenanstalten umfassten fixe Pauschalbeiträge und weitere an die Entwicklung der Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger angepasste Pauschalbeiträge.⁸³ Diese Zahlungen deckten gemäß § 447f Abs. 8 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz und zuletzt Art. 43 Abs. 1 der Reformvereinbarung 2017 alle Versorgungsbereiche (stationär und ambulant) ab. Demgegenüber wurden bei den PRIKRAF–Krankenanstalten mit den Pauschalbeiträgen gemäß § 2 Abs. 1 Z 1 PRIKRAF–Gesetz lediglich stationäre (einschließlich tagesklinische) Versorgungsleistungen abgegolten.

⁸¹ Da laut Auskunft des PRIKRAF Kenndaten des seit 2002 bestehenden PRIKRAF erst ab dem Folgejahr als aussagekräftig und vergleichbar anzusehen waren, begann der RH seine Analyse mit dem Jahr 2003.

⁸² jeweils inklusive LDF–Punkte für ausländische Gastpatientinnen und Gastpatienten, die eine verhältnismäßig sehr geringe Größenordnung darstellen

⁸³ den Beitragseinnahmen angepasste Pauschalbeiträge etwa im Jahr 2019: 5,771 Mrd. EUR

Um eine näherungsweise Vergleichbarkeit herzustellen, entwickelte der RH ein Berechnungsmodell. Damit ermittelte er einen Punktwert der Landesfondskrankenanstalten auf der Basis von aliquoten, (lediglich) dem stationären (einschließlich tagesklinischen) Bereich zuzurechnenden Pauschalbeiträgen. Diesen aliquoten stationären Anteil ermittelte er auf Basis der jährlich in den Landesfondskrankenanstalten anfallenden Gesamtkosten und der davon auf den stationären (einschließlich tagesklinischen) Bereich entfallenden Kosten.⁸⁴

(2) Die nachstehende Tabelle zeigt das Ergebnis dieses Leistungs– und Gebarungsdatenvergleichs:

Tabelle 11: Finanzierungsmittel der inländischen Krankenversicherungsträger – Leistungs– und Kennwerte für die PRIKRAF–Krankenanstalten und Landesfondskrankenanstalten (bundesweit)

	2003	2013	2019	Veränderung 2003 bis 2013	Veränderung 2003 bis 2019
Pauschalbeiträge inländischer Krankenversicherungsträger	in Mio. EUR			in %	
PRIKRAF–Krankenanstalten	72,67	105,18	146,93	45	102
Landesfondskrankenanstalten	3.201,70	4.749,71	5.930,23	48	85
LDF–Punkte¹	Anzahl in Mio.			in %	
PRIKRAF–Krankenanstalten	185,40	234,31	326,20	26	76
Landesfondskrankenanstalten	5.730,00	7.245,48	8.767,31	26	53
Punktwert je LDF–Punkt	in EUR			in %	
PRIKRAF–Krankenanstalten ²	0,36	0,41	0,41	15	15
Landesfondskrankenanstalten ³ Mittelwert	0,56	0,66	0,68	17	21
Landesfondskrankenanstalten aliquotiert ⁴ – Mittelwert	0,48	0,55	0,53	13	11
Landesfondskrankenanstalten aliquotiert ⁴ – Bandbreite der Länder–Mittelwerte	0,37–0,55	0,43–0,64	0,43–0,61	–	–
Belagstage	Anzahl in 1.000			in %	
PRIKRAF–Krankenanstalten	454	427	390	-6	-14
Landesfondskrankenanstalten	14.109	12.908	11.840	-9	-16

Rundungsdifferenzen möglich
 PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds
 LDF = Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen

Quellen: Dachverband; DIAG; PRIKRAF; Berechnung: RH

¹ inklusive ausländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten

² Vom PRIKRAF ermittelte und von der Fondskommission beschlossene Punktwerte (netto, ohne Umsatzsteuer); die Punktwerte ergeben sich aus dem hierfür zugrunde gelegenen Berechnungsschema des PRIKRAF.

³ ermittelt aus der jährlichen Gesamtsumme der von den inländischen Krankenversicherungsträgern aufgebrauchten Finanzierungsmittel (Pauschalbeiträge) sowie der Gesamtsumme der LDF–Punkte der Landesfondskrankenanstalten

⁴ bezogen auf den stationären einschließlich tagesklinischen Bereich

⁸⁴ Der vom RH herangezogene Aufteilungsmodus beruhte auf der von ihm zugrunde gelegten Annahme einer bundesweit einheitlichen und kostenwahren Zuordnung der von den Krankenversicherungsträgern bereitgestellten Mittel. Nicht zugrunde gelegt werden sollte im Rahmen seines Berechnungsmodells die tatsächlich verwendungsmäßig vorgelegene Zuordnung. Ausschlaggebend für die Wahl der nach den Kostenrelationen ausgerichteten Zuordnung war die Möglichkeit der Länder, jeweils länderspezifische Modalitäten vorzusehen.

(3) Die Kenndaten der PRIKRAF–Krankenanstalten und jene der Landesfondskrankenanstalten entwickelten sich im Zeitraum 2003 bis 2013 ähnlich bzw. nur gering voneinander abweichend (z.B. Steigerungsraten bei den Pauschalbeiträgen: 45 % und 48 %; beim Punktwert: 15 % und 17 % bzw. 13 %).

Im Zeitraum 2003 bis 2019 stiegen bei den PRIKRAF–Krankenanstalten im Vergleich zu den Landesfondskrankenanstalten etwa die Pauschalbeiträge (PRIKRAF–Krankenanstalten 102 %, Landesfondskrankenanstalten 85 %) stärker an. Hingegen war der Punktwertanstieg bei den Landesfondskrankenanstalten (21 %) höher als bei den PRIKRAF–Krankenanstalten (15 %). Bei Betrachtung des auf den stationären (einschließlich tagesklinischen) Bereich bezogenen Punktwerts verzeichneten hingegen die PRIKRAF–Krankenanstalten (15 %) einen stärkeren Zuwachs als die Landesfondskrankenanstalten (11 %). Dieser höhere Zuwachs war auch auf die außerordentliche Dotierung (14,70 Mio. EUR) ab dem Jahr 2019 zurückzuführen.

Die Punktwerte der Landesfondskrankenanstalten je Land unterschieden sich vom bundesweiten Wert; bemessen am anteiligen stationären (einschließlich tagesklinischen) Pauschalbeitrag entsprach der niedrigste bundeslandbezogene Punktwert (jeweils Tirol 2003: 0,37 sowie 2013 und 2019: jeweils 0,43) annähernd jenem der PRIKRAF–Krankenanstalten (2003: 0,36 sowie 2013 und 2019: jeweils 0,41).

- 21.2 Der RH verwies auf seine den Zeitraum 2003 bis 2019 umfassende Analyse von Leistungs– und Finanzierungsdaten der Landesfonds– und PRIKRAF–Krankenanstalten. Daraus war erkennbar, dass die gesetzlich vorgesehene Bereitstellung von Finanzmitteln (Pauschalbeiträge der Krankenversicherungsträger) es den PRIKRAF–Krankenanstalten ermöglichte, auch Leistungszuwächse abzudecken. Im (langfristigen) Vergleich zu den Landesfondskrankenanstalten zeichneten sich, bezogen auf die Leistungsentwicklung, für die PRIKRAF–Krankenanstalten keine wesentlichen bzw. nachteiligen Abweichungen in den zu ihrer Finanzierung bzw. Abgeltung bereitgestellten finanziellen Mitteln ab. Eine wesentliche Voraussetzung hierfür bildete jedoch die außerordentliche Erhöhung der Finanzmittel des PRIKRAF im Jahre 2019 um 14,70 Mio. EUR.

Unter Heranziehung eines auf den stationären (einschließlich tagesklinischen) Bereich beschränkten Punktwerts je LDF–Punkt würde sich – insbesondere unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Versorgungsfunktionen (kein gesetzlicher Versorgungsauftrag, grundsätzlich keine Versorgung von Akutfällen in PRIKRAF–Krankenanstalten vorgesehen) – im Jahr 2019 eine annähernd vergleichbare finanzielle Ausstattung der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF bzw. der Vergütung von erbrachten Krankenanstaltenleistungen mit Mitteln der inländischen Krankenversicherungsträger in beiden Finanzierungssystemen ergeben. Zudem entsprach der Punktwert des PRIKRAF in den Vergleichsjahren 2003, 2013 und 2019 auch

annähernd den jeweils niedrigsten sich für Landesfondskrankenanstalten eines Landes ergebenden Punktwerten.

- 21.3 Laut Stellungnahme des PRIKRAF sei eine annähernd vergleichbare finanzielle Ausstattung der Landesgesundheitsfonds und des PRIKRAF aus Tabelle 11 nicht nachvollziehbar.
- 21.4 Der RH hielt fest, dass der PRIKRAF seine Ansicht der fehlenden Nachvollziehbarkeit nicht näher ausführte, wodurch seine konkreten Bedenken gegenüber dem Vergleich offen blieben.

Er verwies weiters darauf, dass der Vergleich zwischen dem PRIKRAF und den Landesgesundheitsfonds über die Tabellenwerte hinaus im Kontext der jeweils unterschiedlichen Aufgaben der Krankenanstalten und der daraus resultierenden Finanzierung bzw. Abgeltung ihrer erbrachten Leistungen gesehen werden musste. Zu nennen waren insbesondere – wie im Bericht angeführt – die Unterschiede bei den Versorgungsfunktionen (kein gesetzlicher Versorgungsauftrag, grundsätzlich keine Versorgung von Akutfällen in PRIKRAF–Krankenanstalten). Unter Bedachtnahme auf diese Unterschiede verblieb der RH bei seiner Ansicht, dass der durchgeführte Kennzahlenvergleich eine als annähernd vergleichbar anzusehende finanzielle Ausstattung zeigte.

Pflegekostenzuschüsse

- 22.1 (1) Bestand kein Einzelvertrag zwischen der leistungserbringenden PRIKRAF–Krankenanstalt und dem zuständigen inländischen Krankenversicherungsträger, hatte der PRIKRAF die Kostenerstattung nicht direkt an die Krankenanstalt, sondern nach Abklärung der Leistungszuständigkeit des Krankenversicherungsträgers an die Anspruchsberechtigten zu leisten.⁸⁵ Zuvor war die von der Krankenanstalt gelegte und sodann beglichene bzw. saldierte oder mit Zahlungsnachweis versehene Rechnung von den Anspruchsberechtigten bei ihrem Krankenversicherungsträger einzureichen.⁸⁶

⁸⁵ § 5 Abs. 2 in Verbindung mit § 150 Abs. 2 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz sowie § 6 PRIKRAF–Vertrag

⁸⁶ § 6 Abs. 2 PRIKRAF–Vertrag; gemäß § 8 Z 2 in Verbindung mit § 6 Abs. 3 und § 7 PRIKRAF–Gesetz ergab sich die Höhe des Pflegekostenzuschusses aus der Bewertung der für den abzurechnenden Leistungsfall erzielten LDF–Punkte zum vorläufigen Punktwert.

(2) Im Vergleich zur Direktverrechnung erforderte die Abrechnung der abzugelenden Kosten mit den Anspruchsberechtigten auf Basis von Pflegekostenzuschüssen einen zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Dieser ergab sich aus

- der Bearbeitung der beim zuständigen Krankenversicherungsträger eingereichten (saldierten bzw. beglichenen) Rechnung der PRIKRAF–Krankenanstalt,
- der Weiterleitung und Weiterbearbeitung der Rechnung beim PRIKRAF sowie
- den jeweils einzeln durchzuführenden Überweisungen der Pflegekostenzuschüsse an die Anspruchsberechtigten.

Für die Anspruchsberechtigten bestand der Nachteil der Vorschussleistung und erst nachträglichen Rückerstattung der vom PRIKRAF abgegoltenen Kosten.

(3) Demgegenüber erfolgte die Abgeltung an die PRIKRAF–Krankenanstalten im Wege der Direktverrechnung⁸⁷ automatisiert mittels Sammelüberweisungen, basierend auf den von den PRIKRAF–Krankenanstalten dem PRIKRAF gemeldeten Daten und verrechneten Fällen. Eine Bearbeitung von Rechnungen beim zuständigen Krankenversicherungsträger und dem PRIKRAF unterblieb.

(4) Die nachstehende Tabelle zeigt für die Jahre 2016 bis 2020 die Anzahl der von den PRIKRAF–Krankenanstalten gemeldeten Leistungsfälle, die als Pflegekostenzuschüsse abrechenbar waren, basierend auf den dem PRIKRAF von den PRIKRAF–Krankenanstalten übermittelten Datensätzen:

Tabelle 12: Anzahl der abrechenbaren Pflegekostenzuschüsse

	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
gemeldete, abrechenbare Pflegekostenzuschüsse	1.170	995	913	947	335	-71

Quelle: PRIKRAF

⁸⁷ gemäß § 5 Abs. 1 in Verbindung mit §§ 6 und 7 PRIKRAF–Gesetz sowie § 5 Abs. 2 PRIKRAF–Vertrag

Die für das Jahr 2020 auf Basis der Pflegekostenzuschüsse abrechenbaren Fälle je Krankenanstalt und inländischen Krankenversicherungsträger stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 13: Abrechenbare Pflegekostenzuschüsse je PRIKRAF–Krankenanstalt und leistungszuständigen Krankenversicherungsträger

	Krankenversicherungsträger	als Pflegekostenzuschüsse abrechenbare Fälle 2020
		Anzahl
PRIKRAF–Krankenanstalt N ¹	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	18
	Österreichische Gesundheitskasse	95
	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	28
Summe		141
PRIKRAF–Krankenanstalt M ¹	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	50
	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	68
Summe		118
PRIKRAF–Krankenanstalt L ¹	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau	60
	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen	16
Summe		76
Gesamtsumme		335

¹ Die Bezeichnung der PRIKRAF–Krankenanstalten mit Buchstaben folgt der Logik in Tabelle 3 (TZ 7), in der die PRIKRAF–Krankenanstalten nach dem Ausmaß der vom PRIKRAF erhaltenen Mittel gereiht sind. Jene zehn PRIKRAF–Krankenanstalten, die die meisten PRIKRAF–Mittel erhielten, werden mit den Buchstaben A bis J angegeben, die beiden seit der Errichtung des PRIKRAF neu aufgenommenen Privatkrankenanstalten – unabhängig von der Leistungsabteilung – mit K und L und zwei weitere in Tabelle 13 mit M und N.

Quelle: PRIKRAF

Im Jahr 2020 verringerte sich die Anzahl von PRIKRAF–Krankenanstalten ohne Einzelverträge und damit auch die Anzahl der Fälle von Pflegekostenzuschüssen deutlich. In den Jahren 2016 bis 2020 betrug der Rückgang 71 %. Diese Verringerung resultierte auch aus der Zusammenlegung von inländischen Krankenversicherungsträgern (TZ 3).

- 22.2 Der RH verwies auf den sich aus dem Fehlen von Einzelverträgen ergebenden höheren Verwaltungsaufwand bei der Kostenerstattung an Anspruchsberechtigte anstatt an PRIKRAF–Krankenanstalten sowie die daraus resultierenden Mehrkosten infolge der Bearbeitung, Abrechnung und Abgeltung der jeweils einzeln abzuwickelnden Leistungsfälle. Insbesondere nachteilig waren für die Anspruchsberechtigten die erforderliche Vorfinanzierung und nachträgliche Einreichung zum Kostenersatz.

Der RH verkannte nicht das von der Zustimmung sowohl der Privatkrankenanstalt als auch des zuständigen Krankenversicherungsträgers abhängige Zustandekommen von Einzelverträgen. Er verwies jedoch auf die auch im Interesse der Anspruchsberechtigten gelegene Verrechnung auf der Grundlage von Einzelverträgen und auf die sich daraus ergebende Verwaltungsvereinfachung für die PRIKRAF–Krankenanstalten, die Krankenversicherungsträger und den PRIKRAF.

Der RH empfahl dem PRIKRAF, [Kosten–Nutzen–Überlegungen über den Abschluss noch ausständiger Einzelverträge anzustellen und dabei auch die Interessen der Anspruchsberechtigten zu berücksichtigen. In der Folge sollte das Gesundheitsministerium gegenüber den Krankenversicherungsträgern auf den Abschluss von Einzelverträgen mit PRIKRAF–Krankenanstalten hinwirken.](#)

22.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass sich die Empfehlung des RH primär an den PRIKRAF richte. Es sei gerne bereit, den PRIKRAF im Bedarfsfall bei seinen diesbezüglichen Bemühungen zu unterstützen.

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF falle der Abschluss von Direktverrechnungsverträgen nicht in seine Zuständigkeit, sondern in die Privatautonomie der Krankenversicherungsträger und der PRIKRAF–Krankenanstalten. Die Abrechnung im Wege der Direktverrechnung bringe eine Verwaltungsvereinfachung für Krankenversicherungsträger, PRIKRAF und PRIKRAF–Krankenanstalten. Auch könnten die PRIKRAF–Qualitätskriterien effektiver angewendet werden, da eine Abrechnung ohne Nachweis der Qualitätskriterien nicht erfolge. Für den PRIKRAF verursache die Abrechnung im Wege von Pflegekostenzuschüssen einen höheren Verwaltungsaufwand, da die Bearbeitung der Anträge auf Pflegekostenzuschuss wesentlich aufwändiger sei. Die Nichtauszahlung des Pflegekostenzuschusses bei Nichteinhaltung der PRIKRAF–Qualitätskriterien sei unzulässig.

22.4 Der RH wies gegenüber dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF darauf hin, dass er auf das von der Zustimmung sowohl der Privatkrankenanstalt als auch des zuständigen Krankenversicherungsträgers abhängige Zustandekommen von Einzelverträgen ausdrücklich hinwies. Nicht nur die betroffene Krankenanstalt und der zuständige Krankenversicherungsträger, sondern vor allem auch der PRIKRAF waren Nutznießer von Einzelverträgen. Daher erachtete es der RH im Falle des Überwiegens von (Kosten–)Vorteilen für zweckmäßig, gemeinsam auf den Abschluss von Einzelverträgen hinzuwirken. Der RH verblieb daher bei seinen Empfehlungen.

Wirtschaftsprüfung

23.1 (1) Gemäß dem Bundes–Public Corporate Governance Kodex sollte nach Prüfung von sieben aufeinanderfolgenden Geschäftsjahren eine andere Abschlussprüferin bzw. ein anderer Abschlussprüfer bestellt werden.⁸⁸

(2) Der PRIKRAF beauftragte seit seiner Errichtung im Jahr 2002 jährlich dasselbe Wirtschaftsprüfungsunternehmen mit der gesetzlich nicht verpflichtenden Prüfung des Rechnungsabschlusses.

23.2 Der RH verwies darauf, dass der PRIKRAF freiwillig eine externe Prüfung seines Rechnungsabschlusses durchführen ließ. Er hielt kritisch fest, dass der PRIKRAF seit beinahe 20 Jahren dasselbe Wirtschaftsprüfungsunternehmen damit beauftragte; dies widersprach dem Bundes–Public Corporate Governance Kodex.

Der RH empfahl dem PRIKRAF, das Wirtschaftsprüfungsunternehmen zu wechseln und eine Rotation des Wirtschaftsprüfungsunternehmens regelmäßig durchzuführen.⁸⁹

23.3 Der PRIKRAF sagte in seiner Stellungnahme zu, das Wirtschaftsprüfungsunternehmen zukünftig nach maximal sechs aufeinanderfolgenden Geschäftsjahren zu wechseln und eine andere Abschlussprüferin bzw. einen anderen Abschlussprüfer zu bestellen.

23.4 Der RH wies darauf hin, dass der von ihm empfohlene Wechsel des Wirtschaftsprüfungsunternehmens nicht erst in bis zu sechs Jahren, sondern zeitnah erfolgen sollte.

⁸⁸ Punkt 14.3.6 des Kodex 2017; der Kodex 2012 hatte noch eine fünfjährige Rotationsfrist vorgesehen. Eine andere Abschlussprüferin bzw. ein anderer Abschlussprüfer bedeutete laut Kodex 2017 die Betrauung eines anderen Wirtschaftsprüfungsunternehmens (sogenannte externe Rotation) und nicht nur den Wechsel zu einer anderen Person desselben Wirtschaftsprüfungsunternehmens.

⁸⁹ siehe dazu den RH–Bericht „Landeshauptstadt St. Pölten“ (Reihe Niederösterreich 2021/3, TZ 20)

Qualitätssicherung

Grundlagen

Überblick

- 24.1 (1) Gemäß PRIKRAF–Gesetz⁹⁰ obliegt dem PRIKRAF die Festlegung von Qualitätskriterien. Weitere Aufgaben sind die Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung. Entsprechendes ist im Bereich der Qualitätssicherung auch für die Landesgesundheitsfonds gesetzlich festgelegt⁹¹.

Für die Qualitätsvorgaben, die Krankenanstalten in Österreich in unterschiedlicher Ausprägung einzuhalten hatten, waren folgende (Rechts–)Grundlagen maßgeblich:

Tabelle 14: Wesentliche (Rechts–)Grundlagen für die Qualitätssicherung in Krankenanstalten (Auswahl)

Grundlagen	Quelle	wesentliche Inhalte
für alle Krankenanstalten		
Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz	BGBL. I 81/2013 BGBL. I 26/2017	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen der Qualitätsarbeit im österreichischen Gesundheitswesen: Gesundheitsqualitätsgesetz und bundesweite Qualitätsstrategie • Qualitätsarbeit hatte zu umfassen: <ul style="list-style-type: none"> – Strukturqualität (Festlegung der Kriterien im Österreichischen Strukturplan Gesundheit), – Prozessqualität und – Ergebnisqualität (Austrian Inpatient Quality Indicators) • Patientensicherheitsstrategie wesentlicher Teil der Qualitätsarbeit • Vorgaben von verbindlichen Mindestfallzahlen für ausgewählte medizinische Leistungen im Österreichischen Strukturplan Gesundheit festzulegen
Gesundheitsqualitäts-gesetz	BGBL. I 179/2004 i.d.g.F.	<ul style="list-style-type: none"> • Verpflichtung u.a. <ul style="list-style-type: none"> – zur Einhaltung der Qualitätsstandards – zur Teilnahme an bundesweiten Qualitätssicherungsmaßnahmen – zur Erbringung der Gesundheitsleistungen gemäß den aufgrund dieses Gesetzes geltenden Vorgaben und dem jeweiligen anerkannten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen sowie in der fachlich gebotenen Qualität • Voraussetzung der Abgeltung einzelner Leistungen war die Einhaltung essenzieller Qualitätsstandards

⁹⁰ § 2 Abs. 1 Z 3

⁹¹ z.B. § 12 Kärntner Gesundheitsfondsgesetz, LGBl. 67/2013 i.d.g.F.; § 11 Oö. Gesundheitsfonds–Gesetz 2013, LGBl. 83/2013 i.d.g.F.; § 5 Salzburger Gesundheitsfondsgesetz – SAGES–Gesetz 2016, LGBl. 121/2015 i.d.g.F.; § 2 Wiener Gesundheitsfonds–Gesetz 2017, LGBl. 10/2018 i.d.g.F.



Grundlagen	Quelle	wesentliche Inhalte
Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten	BGBL. 1/1957 i.d.g.F.	<ul style="list-style-type: none"> • Schaffung von Voraussetzungen für interne Maßnahmen der Qualitätssicherung durch Krankenanstaltenträger • verpflichtende Teilnahme an einer österreichweiten, regelmäßigen und systematischen Erfassung von nosokomialen Infektionen¹
für alle Krankenanstalten mit Anpassungen für PRIKRAF–Krankenanstalten		
Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen Gesundheitsdokumentationsverordnung	BGBL. 745/1996 i.d.g.F. BGBL. II 25/2017 i.d.g.F.	<ul style="list-style-type: none"> • „Sonderbestimmungen“ für Nicht–Landesfondskrankenanstalten, u.a. • „Erleichterungen“ in der Diagnosen– und Leistungsdaten–Erfassung im stationären Bereich • Krankenanstalten–Statistik ohne Kostenrechnungsergebnisse
Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017	Beschluss Bundes–Zielsteuerungskommission, Juni 2017 i.d.F. Dezember 2020	<ul style="list-style-type: none"> • für „Sanatorien“ – u.a. auch Anwendung transformierter Qualitätskriterien bei grundsätzlicher Gültigkeit der Qualitätskriterien des Österreichischen Strukturplans Gesundheit für alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen und Gesundheitsdiensteanbieter
nur für PRIKRAF–Krankenanstalten		
PRIKRAF–Gesetz	BGBL. I 165/2004 i.d.g.F.	<ul style="list-style-type: none"> • Festlegung von Qualitätskriterien • Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quellen: PRIKRAF; bezughabende Rechtsquellen

¹ Diese Infektionen werden im Zuge eines Aufenthalts oder einer Behandlung in einer Krankenanstalt oder einer Pflegeeinrichtung erworben.

(2) Bestimmte Qualitätskriterien galten für alle Krankenanstalten gleichermaßen – unabhängig etwa von organisatorischen Strukturen und Trägerschaft.

Vor allem die Gesundheitsreform 2013 hatte die Intensivierung von Qualitätssicherung und die Steigerung von Transparenz im österreichischen Gesundheitswesen zum Ziel. Schwerpunkte waren u.a. die Verpflichtung der Gesundheitsversorgungseinrichtungen und der Gesundheitsdiensteanbieter zur Sicherstellung der Qualitätsstandards und rechtlich verbindliche Vorgaben zur Qualitätssicherung durch den Bund auf Grundlage des Gesundheitsqualitätsgesetzes. Im Zuge seiner Novelle 2013⁹² wurde die Einhaltung der essenziellen Qualitätsstandards als Voraussetzung für die Leistungsabgeltung durch die Sozialversicherungsträger, die Landesgesundheitsfonds und den PRIKRAF festgelegt.

Als essenzielle Qualitätsstandards definierte das Gesundheitsqualitätsgesetz jene Standards, die maßgeblich für die Patientensicherheit oder den Behandlungserfolg

⁹² § 3 Abs. 3 Gesundheitsqualitätsgesetz, BGBL. I 179/2004 i.d.g.F., Umsetzung des in Art. 7 Abs. 6 der Zielsteuerungs–Vereinbarung schon 2013 festgelegten Prinzips

waren, wie die Strukturqualitätskriterien⁹³ des ÖSG⁹⁴ und die Ergebnisqualitätsmessung der Austrian Inpatient Quality Indicators (**A–IQI**)⁹⁵.

(3) Darüber hinaus gab es Sonderbestimmungen für Nicht–Landesfondskrankenanstalten. So integrierte erstmals der ÖSG 2012 Transformationsregeln für private nicht–gemeinnützige Akut–Krankenanstalten zur Umsetzung von Qualitätskriterien und organisatorische Voraussetzungen für die Abrechenbarkeit ihrer Leistungen. Dies betraf auch alle PRIKRAF–Krankenanstalten und die Abgeltung durch den PRIKRAF.

(4) Die Festlegung von Qualitätskriterien und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung waren schon seit 2005 Aufgabe der Fondskommission des PRIKRAF und der Aufsicht. Das Gesundheitsreformgesetz 2013 ergänzte die Aufgabe des PRIKRAF um die „Mitwirkung an der Umsetzung und Kontrolle der Einhaltung von Qualitätsvorgaben“. Damit umfasste diese PRIKRAF–Aufgabe die schon bisher von der Fondskommission wahrzunehmenden Agenden und die Tätigkeit der Geschäftsführung insbesondere im Rahmen von A–IQI.

- 24.2 Der RH hielt fest, dass die PRIKRAF–Krankenanstalten ebenso wie die Landesfondskrankenanstalten aufgrund einer Reihe von rechtlichen Vorgaben verpflichtet sind, Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Der PRIKRAF und die Landesgesundheitsfonds haben die Einhaltung essenzieller Qualitätsstandards als Voraussetzung für die Abgeltung der Leistungen zu prüfen.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit

- 25.1 (1) Der ÖSG war die Grundlage für die integrierte Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur.⁹⁶ Im überprüften Zeitraum galten der ÖSG 2012 bis Mitte 2017 und danach der ÖSG 2017. Die Qualitätskriterien des ÖSG entfalteten gegenüber Behörden und damit jedenfalls indirekt gegenüber Gesundheitsversorgungseinrichtungen und Gesundheitsdiensteanbietern als objektiviertes Sachverständigengutachten⁹⁷ rechtliche Wirkungen.

⁹³ Gemäß § 2 Z 8 Gesundheitsqualitätsgesetz war Strukturqualität die Summe sachlicher und personeller Ausstattung in quantitativer und qualitativer Hinsicht.

⁹⁴ gemäß den Gesetzesmaterialien zum Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz im Rahmen des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes 2017

⁹⁵ A–IQI ist ein Verfahren zur Messung von Ergebnisqualität aus Routinedaten, das im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 Bund, Länder und Sozialversicherungsträger für verbindlich erklärten und seither bundesweit in allen Landesfonds– und PRIKRAF–Krankenanstalten zu implementieren war.

⁹⁶ Art. 4 der Reformvereinbarung 2013, Art. 5 der Reformvereinbarung 2017

⁹⁷ gemäß § 59k Z 1 KAKuG

(2) Der ÖSG legte u.a. fest, dass – sofern für private, nicht–gemeinnützige Akut–Krankenanstalten (u.a. PRIKRAF–Krankenanstalten) keine Aufnahmeverpflichtung aufgrund eines öffentlichen Versorgungsauftrags und damit auch kein Erfordernis von Vorhalteleistungen bestanden – diese Krankenanstalten aufgrund vorrangig geplanter Aufnahmen ohne innerorganisatorische Fachgliederung (z.B. Abteilungen) geführt werden können, wenn in der Krankenanstalt eine (fach–)ärztliche Behandlung zur Deckung des patientenspezifischen Behandlungsbedarfs sichergestellt war.

Da demnach vor allem die Strukturqualitätskriterien nicht immer unmittelbar anwendbar waren, mussten die allgemein geltenden Vorgaben (z.B. ständige Anwesenheit) für die (in Landesfondskrankenanstalten in verschiedener Weise vorherrschenden) unterschiedlichen Organisationsformen⁹⁸ etwa für PRIKRAF–Krankenanstalten „behandlungsprozessbezogen“ transformiert werden; dies, um die Kontinuität der Patientenbehandlung und die Versorgung von Komplikationen während des gesamten Aufenthalts zu gewährleisten. Neben einer Generaltransformationsregel gab es auch Transformationsregeln zur Fachstruktur und spezielle Transformationsregeln für einige Fachrichtungen. So legte die Generaltransformationsregel u.a. fest, dass alle allgemeinen und spezifischen Qualitätskriterien, insbesondere hinsichtlich Personalausstattung und Infrastruktur, „im Anlassfall“ einer Behandlung einzuhalten waren.

Im Übrigen waren Qualitätskriterien, für die keine Transformationsregeln bestanden, unmittelbar anzuwenden, wie die Anforderungen für neonatologische bzw. pädiatrische Intensivseinheiten, die uneingeschränkt auch für die PRIKRAF–Krankenanstalten galten.

(3) Die beschriebenen Festlegungen für Nicht–Landesfondskrankenanstalten sah erstmals der ÖSG 2012 (beschlossen im November 2012) vor. Dies, obwohl bereits anlässlich der Umstellung vom Österreichischen Krankenanstalten– und Großgeräteplan auf den ÖSG im Jahr 2006 (der erstmals Qualitätskriterien enthielt) dessen Geltungsbereich von den Landesfondskrankenanstalten sukzessive u.a. auf alle Krankenanstalten gemäß KAKuG ausgeweitet werden sollte. Die Verzögerung resultierte u.a. aus unterschiedlichen Ansichten über die Konsequenzen bei Nichteinhaltung der Qualitätskriterien des ÖSG.

(4) Zur Einführung der Transformationsregeln für die PRIKRAF–Krankenanstalten in den ÖSG traf die Fondskommission zwei Beschlüsse. Jenen vom Juli 2007 genehmigte das Gesundheitsministerium in seiner Aufsichtsfunktion mit Bescheid. Für ihren zweiten Beschluss vom Mai 2011 lag kein Genehmigungsbescheid vor. Dies, obwohl der Aufsicht laut PRIKRAF–Gesetz die Genehmigung der Festlegung von

⁹⁸ in Abhängigkeit von zugeordneten Aufgaben und Betriebsbereitschaft: Referenzzentrum, Abteilung sowie reduzierte Organisationsformen (Fachschwerpunkt, dislozierte Wochenklinik, dislozierte Tagesklinik sowie Department)

Qualitätskriterien und die Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung oblagen.

- 25.2 Der RH hielt fest, dass die Qualitätskriterien des ÖSG grundsätzlich auch für PRIKRAF–Krankenanstalten galten, jedoch vor allem aufgrund organisatorischer Unterschiede zu den Landesfondskrankenanstalten – PRIKRAF–Krankenanstalten verfügten zum Teil über keine Abteilungsstruktur – transformiert wurden.

Er wies kritisch darauf hin, dass diese Transformationsregeln erst ab dem ÖSG 2012 vorgesehen waren, während Qualitätskriterien für die Landesfondskrankenanstalten bereits mit dem ÖSG 2006 eingeführt wurden.

Zum fehlenden Genehmigungsbescheid der Aufsicht betreffend den zweiten Beschluss der Fondskommission zu den Transformationsregeln vom Mai 2011 verwies der RH auf seine Empfehlung in TZ 15, die Aufgaben der PRIKRAF–Aufsicht zu analysieren und die Aufsichtsaufgaben sowie deren formale und inhaltliche Ausgestaltung den aktuellen und künftigen Erfordernissen des PRIKRAF entsprechend klar festzulegen.

Organisation der Qualitätssicherungsmaßnahmen

- 26.1 (1) Für die Bearbeitung der verschiedenen Qualitätsthemen des PRIKRAF waren vor allem Prüferinnen und Prüfer (mit freien Dienstverträgen), die Geschäftsführung und ein Medizintechniker (mit Werkvertrag) tätig. Der PRIKRAF erweiterte sukzessive das (fach–)ärztliche Spektrum⁹⁹ von ursprünglich einer Allgemeinmedizinerin auf drei im Jahr 2016 und in der Folge auf sechs Prüferinnen und Prüfer im Jahr 2019 (fünf im Jahr 2020).

(2) Laut den freien Dienstverträgen hatten die Prüferinnen und Prüfer im Wesentlichen folgende Aufgaben:

- LKF–Datenqualitätsprüfung,
- A–IQI–Prüfungen bei statistisch signifikanten, auffälligen Indikatoren,
- Strukturqualitätsüberprüfung mit PRIKRAF–Checklisten bei Bedarf.¹⁰⁰

⁹⁹ Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung waren eine Allgemeinmedizinerin sowie Fachärztinnen und Fachärzte der Fachrichtungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Neurologie und Psychiatrie, Anästhesie und Intensivmedizin, Allgemeine Chirurgie und Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie sowie Orthopädie und Traumatologie für den PRIKRAF tätig.

¹⁰⁰ im Einzelnen teilweise unterschiedlich: stichprobenartige Beurteilung der Plausibilität der gemeldeten LKF–Daten aus medizinischer Sicht für Abrechnungen, Plausibilitätsprüfung von MBDS–Daten (Minimum Basic Data Set = monatliche elektronische Datenmeldung der Krankenanstalten) und Rechnungsdaten aus medizinischer Sicht für die Abrechnung von Pflegekostenzuschüssen an Versicherte und Mitarbeit bei A–IQI in Abstimmung mit dem Geschäftsführer

(3) Gemäß PRIKRAF–Gesetz¹⁰¹ waren die Organe und die von diesen Beauftragten berechtigt, in PRIKRAF–Krankenanstalten Erhebungen über Richtigkeit und Vollständigkeit der medizinischen Dokumentation sowie der Abrechnungen mit dem PRIKRAF durchzuführen und in die entsprechenden Unterlagen Einsicht zu nehmen. Ab 2014¹⁰² waren alle drei Jahre Vor–Ort–Prüfungen in allen PRIKRAF–Krankenanstalten geplant. Solche fanden 2014 und 2017 statt, 2020 entfielen sie COVID–19–bedingt. Die nächsten Vor–Ort–Prüfungen plante der PRIKRAF für 2022.

- 26.2 Der RH anerkannte, dass der PRIKRAF Vor–Ort–Prüfungen in allen PRIKRAF–Krankenanstalten durchführte. Er wies aber darauf hin, dass diese auch für die Qualitätssicherung bedeutenden Kontrollen zuletzt 2017 stattfanden.

Der RH empfahl daher dem PRIKRAF, Vor–Ort–Prüfungen in allen PRIKRAF–Krankenanstalten ehestmöglich wieder und in der Folge regelmäßig durchzuführen.

- 26.3 Der PRIKRAF führt in seiner Stellungnahme aus, dass die Vor–Ort–Prüfungen direkt in den Leistungsbereichen (z.B. Intensiv– und Überwachungsbereiche) der PRIKRAF–Krankenanstalten zur Evaluierung der gemeldeten technischen, personellen und organisatorischen Strukturqualität erfolgen würden. Aufgrund der Pandemie habe die Prüfung verschoben werden müssen und sei für 2023 geplant.
- 26.4 Der RH betonte gegenüber dem PRIKRAF erneut die Bedeutung von regelmäßigen Vor–Ort–Prüfungen auch für die Qualitätssicherung und bekräftigte seine Empfehlung, diese in allen PRIKRAF–Krankenanstalten durchzuführen.
- 27.1 (1) Für die Prüffärztinnen und Prüffärzte waren gemäß jährlichem Stellenplan 0,5 VZÄ (das entsprach 775 Jahresstunden¹⁰³) vorgesehen. Dies blieb laut PRIKRAF seit seiner Gründung unverändert. Demgegenüber erhöhte sich die Anzahl der abgerechneten stationären Aufenthalte von 2003 bis 2019 um 23 % (2003: 85.716, 2019: 105.665) und sank 2020 auf 98.511 Aufenthalte.

In den freien Dienstverträgen waren etwa für 2020 insgesamt nur 660 Soll–Stunden für Prüftätigkeiten vereinbart.

¹⁰¹ § 4 Abs. 2

¹⁰² Davor führte der PRIKRAF laut eigenen Angaben Vor–Ort–Prüfungen weder strukturiert noch flächendeckend durch.

¹⁰³ Ein VZÄ entsprach laut Angabe des PRIKRAF bei freien Dienstverträgen 1.550 Jahresstunden – demnach umfassten 0,5 Dienstposten 775 Jahresstunden.



(2) Das Ausmaß der 2016 bis 2020 für die Qualitätsarbeit tatsächlich eingesetzten Ressourcen des Prüfärzteteams stellte sich wie folgt dar¹⁰⁴:

Tabelle 15: Prüfärzteteam – tatsächliche Ressourcen

	2016	2017	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2019	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl in Köpfen (Ist–Stunden pro Jahr)				in %	
Prüfärzteteam (Köpfe)	3	6	6	5	100	67
Prüfärzteteam (Ist–Stunden pro Jahr)	708	638	515	528	-27	-25
abgerechnete stationäre Aufenthalte	101.811	102.826	105.665	98.511	4	-3

Quelle: PRIKRAF

Die jährlichen Ist–Stunden des Prüfärzteteams reduzierten sich im Zeitraum 2016 bis 2020 trotz bis 2019 steigender Anzahl an abgerechneten stationären Aufenthalten auf 528 Ist–Stunden und lagen z.B. 2020 um 32 % unter den Soll–Stunden gemäß Stellenplan (775 Soll–Stunden) bzw. um 20 % unter den Soll–Stunden gemäß freien Dienstverträgen (660 Soll–Stunden). Der Umfang der Prüftätigkeit bzw. die vereinbarten Soll–Stunden korrelierten – laut Angaben des PRIKRAF – mit der Verfügbarkeit von qualifizierten Prüfärztinnen und Prüfärzten.

(3) Über die erbrachten Leistungen hatten die Prüfärztinnen und Prüfärzte dem Geschäftsführer monatlich einen Bericht in elektronischer Form zu übermitteln und zu erläutern. Die vom RH eingesehenen Berichte des Jahres 2020 enthielten in den sogenannten „Arbeitsmappen“ Arbeitsaufzeichnungen, die sich in ihrem Detaillierungsgrad bzw. ihrer Aussagekraft teilweise deutlich unterschieden.

27.2 Der RH wies darauf hin, dass seit der PRIKRAF–Gründung das im jährlichen Stellenplan vorgesehene Prüf–Tätigkeitsausmaß von 0,5 VZÄ trotz Steigerung der abgerechneten stationären Aufenthalte von 2003 bis 2019 (um 23 %) unverändert blieb. Darüber hinaus lagen die Ist–Stunden z.B. 2020 um 32 % bzw. um 20 % unter den Soll–Stunden gemäß Stellenplan bzw. den freien Dienstverträgen. Der Umfang der Prüftätigkeit bzw. die vereinbarten Soll–Stunden korrelierten mit der Verfügbarkeit von qualifizierten Prüfärztinnen und Prüfärzten.

Der RH empfahl dem PRIKRAF, das für eine zweckmäßige Prüftätigkeit erforderliche Soll–Stundenausmaß (neu) zu definieren und die vereinbarten bzw. erbrachten Stunden danach auszurichten.

¹⁰⁴ Die Qualitätsarbeit sei laut Angaben des Geschäftsführers ein wesentlicher Aufgabenbereich des Geschäftsführers und der Geschäftsführung; für die operative Durchführung der Projekte würden je nach Anforderung die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter der Geschäftsführung beauftragt. Eine Quantifizierung des Tätigkeitsausmaßes sei nicht gesondert durchführbar.

Der RH hielt fest, dass die von ihm eingesehenen monatlichen „Leistungs–Berichte“ der Prüfärztinnen und Prüfärzte des Jahres 2020 Arbeitsaufzeichnungen enthielten, die sich in ihrem Detaillierungsgrad bzw. ihrer Aussagekraft teilweise deutlich unterschieden.

Der RH empfahl dem PRIKRAF, eine einheitliche und aussagekräftige Berichterstattung bzw. Dokumentation der Tätigkeit der Prüfärztinnen und Prüfärzte sicherzustellen.

- 27.3 Laut Stellungnahme des PRIKRAF werde das Soll–Stundenausmaß der Prüfärztinnen und Prüfärzte 2023 neu definiert. Zur Ausschöpfung der Soll–Stunden gemäß Dienstpostenplan (0,5 VZÄ) habe er einen zusätzlichen Prüfarzt mit freiem Dienstvertrag verpflichtet. Eine einheitliche und aussagekräftige Berichterstattung bzw. Dokumentation der Tätigkeiten der Prüfärztinnen und Prüfärzte werde sichergestellt.

Durchführung der Qualitätssicherung

(Medizinische) Datenqualitätsprüfung

- 28.1 (1) Wie die Landesfondskrankenanstalten codierten auch die PRIKRAF–Krankenanstalten alle stationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten mit entsprechenden Diagnosen¹⁰⁵ und Leistungen aus dem Leistungskatalog des Gesundheitsministeriums.

Zur Plausibilitätsprüfung der jeweils bis zum 20. des Folgemonats zu meldenden LKF–Datensätze¹⁰⁶ (entspricht den stationären Aufenthalten) der PRIKRAF–Krankenanstalten stand dem PRIKRAF ein auf dem LKF–Regelwerk des Gesundheitsministeriums basierendes Scoring–Programm zur Verfügung. Durch dieses wurden Auffälligkeiten – je nach Grad der „Nicht–Plausibilität“ – durch „Error“, „Warning“ oder „Hinweis“ automatisiert gekennzeichnet und ambulante Leistungen automatisch ausgeschieden, weil PRIKRAF–Krankenanstalten nur stationäre Leistungen (inklusive tagesklinischer Leistungen) abrechnen durften.

(2) Danach überprüfte das Prüfärzteam manuell auf Einzeldatensatzebene. Dazu entwickelte es gemeinsam mit dem Geschäftsführer im Laufe der Jahre verschiedene PRIKRAF–Prüfkriterien.¹⁰⁷ Anhand dieser Prüfkriterien führte das Prüfärzteam ein Screening von verschiedenen Fällen durch. Mangels automationsunterstützter Aufzeichnung konnte der PRIKRAF nicht auswerten, wie viele Fälle die

¹⁰⁵ ICD–10–Diagnosen (Diagnoseklassifikationssystem)

¹⁰⁶ MBDS–Daten

¹⁰⁷ wie Hauptdiagnosen–Maximierungen, Auswahl nach identifizierten Fehlcodierungen sowie Krankenanstalten–spezifischen Auffälligkeiten aus vergangenen Prüfjahren, Patientinnen und Patienten mit hoher LDF–Punkteanzahl (mehr als 10.000 LDF–Punkte)



Prüfärztinnen und Prüfärzte einzeln bzw. insgesamt prüften. Auch aus deren monatlichen Berichten ging dies nicht im Detail hervor.

Bei vermuteten Auffälligkeiten (Fehlcodierungen) forderten sie Krankengeschichten¹⁰⁸ elektronisch an und prüften diese auf Übereinstimmung mit der LKF–Codierung; diese Daten waren auswertbar.

(3) Die in den Jahren 2016 bis 2020 gemeldeten Datensätze sowie dazu angeforderte Krankengeschichten und Punktestreichungen stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 16: Datenqualitätsprüfung

	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl (Anteil in %)					in %
gemeldete Datensätze gesamt	104.431	106.013	106.833	108.906	101.230	-3
<i>davon ambulante Fälle automatisch abgezogen</i>	2.620 (2,5)	3.187 (3,0)	3.361 (3,1)	3.241 (3,0)	2.719 (2,7)	4
abrechnungsrelevante Datensätze	101.811	102.826	103.472	105.665	98.511	-3
<i>davon</i>						
<i>Krankengeschichten angefordert</i>	1.010 (1,0)	936 (0,9)	955 (0,9)	1.216 (1,2)	2.677 (2,7)	165
<i>Anzahl mit Punktestreichungen</i>	234	252	390	561	858	267
	Anzahl in Mio.					in %
LDF–Punkte endgültig ¹	252,84	311,29	315,93	326,20	306,13	21
Punktestreichungen	0,36	0,38	0,73	0,89	1,35	280

Rundungsdifferenzen möglich

LDF = Leistungsorientierte Diagnosen–Fallgruppen

Quelle: PRIKRAF

¹ LDF–Punkte inklusive ausländischer Gastpatientinnen und Gastpatienten

Ab 2018 stiegen die Punkteabzüge aufgrund manueller Plausibilitätsprüfungen deutlich an. Dies sei – laut PRIKRAF – u.a. auf den zunehmenden Einsatz von Prüfärztinnen und Prüfärzten aus verschiedenen Fachbereichen bzw. mit einschlägigem Vorwissen sowie auf eine ab dem Jahr 2017 geänderte Punktesystematik des LKF–Systems zurückzuführen, die zu einer Erhöhung der Punkteanzahl führte und damit auch der Punktestreichungen.

Die Anzahl der geprüften Fälle wurde – laut Angaben des PRIKRAF – von den „verfügbaren“ Stunden bestimmt und war nicht Ergebnis eines im Vorhinein festgelegten anerkannten mathematisch–statistischen Verfahrens, das Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zuließ.

¹⁰⁸ in der Regel Arztbrief und bei Operationen auch der Operationsbericht

(4) Erhebungen des RH bei den Landesgesundheitsfonds ergaben zum Teil ähnliche Vorgangsweisen bei der Datenqualitätsprüftätigkeit. Unterschiede zeigten sich – deren Angaben zufolge – etwa bei der Auswahl der Anzahl der zu überprüfenden Datensätze; teilweise würden wissenschaftlich basierte Stichproben gezogen.

- 28.2 Der RH wies darauf hin, dass die Anzahl der vom Prüfärzteam des PRIKRAF geprüften Datensätze von den „verfügbaren“ Stunden bestimmt wurde und nicht Ergebnis eines im Vorhinein festgelegten anerkannten mathematisch–statistischen Verfahrens war, das Rückschlüsse auf die Grundgesamtheit zuließ. Hinzu kam, dass die Anzahl der insgesamt überprüften Datensätze nicht auswertbar war.

In den Landesgesundheitsfonds war die Vorgangsweise zur Auswahl der zu prüfenden Datensätze unterschiedlich, teilweise erfolgten – deren Angaben zufolge – wissenschaftlich basierte Stichprobenziehungen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF, darauf hinzuwirken, gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds die Vorgangsweisen bei der Auswahl der zu prüfenden Datensätze zu analysieren. Dies auch, um eine quantitativ risikoorientierte Datenqualitätsprüfung sicherzustellen.

In diesem Zusammenhang verwies der RH auf seine Empfehlung an den PRIKRAF in TZ 27, eine einheitliche und aussagekräftige Berichterstattung bzw. Dokumentation der Tätigkeit der Prüfärztinnen und Prüfärzte sicherzustellen.

- 28.3 (1) Das Gesundheitsministerium nahm in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH zur Kenntnis und sagte zu, auf ein entsprechendes Vorgehen gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds hinzuwirken.

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF erfolge eine Analyse der geprüften Datensätze bereits in den zweimal jährlich stattfindenden Datenqualitätstreffen der Länder. Hier werde über die Datenqualitätsprüfung (Prüfungen/Auffälligkeiten) der Länder und des PRIKRAF berichtet.

- 28.4 Der RH wies gegenüber dem PRIKRAF darauf hin, dass seine Empfehlung auf die gemeinsame Analyse der Vorgangsweisen bei der Auswahl der zu prüfenden Datensätze gerichtet war; dies vor dem Hintergrund, dass diese Vorgangsweisen unterschiedlich waren und in den Landesgesundheitsfonds – im Unterschied zum PRIKRAF – teilweise wissenschaftlich basierte Stichproben gezogen würden.

Strukturqualitätsprüfung – PRIKRAF–Checklisten

- 29.1 (1) Nach Aufnahme der Transformationsregeln u.a. für PRIKRAF–Krankenanstalten in den ÖSG 2012 war eine geänderte Dokumentation in diesen Krankenanstalten zum Nachweis der Einhaltung der Qualitätskriterien notwendig. Dazu erstellte der PRIKRAF in Zusammenarbeit mit der Gesundheit Österreich GmbH ab 2014 jährlich ein Konzept zur Umsetzung von ÖSG–Qualitätskriterien für PRIKRAF–Krankenanstalten – unterstützt durch ein eigenes IT–Prüfprogramm.

Dieses Konzept sollte – wie im PRIKRAF–Gesetz gefordert – der inhaltlichen Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung sowie als Nachweis für die Einhaltung der Qualitätskriterien des ÖSG und in weiterer Folge für die PRIKRAF–Abrechnung dienen.

(2) Jedes Jahr beschloss die Fondskommission das Konzept mit sogenannten „PRIKRAF–Checklisten“ des laufenden Jahres für die Abrechnung von LKF–Leistungen im nächsten Jahr. Erstmals im November 2021 lagen Genehmigungsbescheide der Aufsicht für diesbezügliche Beschlüsse der Fondskommission (für die Jahre 2021 und 2022) vor. Dies, obwohl gemäß PRIKRAF–Gesetz jeder Organbeschluss zur Festlegung von Qualitätskriterien und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung der Genehmigung durch die Aufsicht bedurfte.

Mittels dieser Checklisten für spezielle Versorgungsbereiche der ÖSG–Leistungsmatrix–stationär (z.B. Intensivmedizin, Geburtshilfe, Kinder–Jugend) gemäß dem jährlich gültigen LKF–Modell fragte der PRIKRAF bei den einzelnen PRIKRAF–Krankenanstalten die technische, personelle und organisatorische Strukturqualität ab.

(3) Der PRIKRAF prüfte die von den PRIKRAF–Krankenanstalten rückübermittelten Checklisten auf Plausibilität. Anhand der daraus resultierenden „Abrechnungsmatrix“ legte der PRIKRAF fest, welche Leistungen in welcher PRIKRAF–Krankenanstalt erbracht werden durften, und übermittelte die an die Ergebnisse der Abrechnungsmatrix angepassten Abrechnungsvorgaben an die PRIKRAF–Krankenanstalten im Dezember für das Folgejahr.

- 29.2 Der RH hielt fest, dass die Abrechnung von Leistungen durch den PRIKRAF in speziellen Versorgungsbereichen (z.B. Intensivmedizin, Geburtshilfe, Kinder–Jugend) die Erfüllung bestimmter, mit den ÖSG–Vorgaben regelmäßig akkordierter Qualitätsvorgaben voraussetzte.

Der RH wies darauf hin, dass die Fondskommission jedes Jahr das Konzept mit sogenannten „PRIKRAF–Checklisten“ des laufenden Jahres für die Abrechnung von LKF–Leistungen im nächsten Jahr beschloss. Obwohl gemäß PRIKRAF–Gesetz jeder Organbeschluss zur Festlegung von Qualitätskriterien und Abstimmung mit der

gesamtosterreichischen Gesundheitsplanung durch die Aufsicht zu genehmigen war, lagen erst im November 2021 erstmals Genehmigungsbescheide der Aufsicht für diesbezügliche Beschlüsse der Fondskommission vor.

In diesem Zusammenhang verwies er auf seine Empfehlung in **TZ 15** zu einer Analyse der Aufgaben der PRIKRAF–Aufsicht und einer den aktuellen und künftigen Erfordernissen des PRIKRAF entsprechenden klaren Festlegung der Aufsichtsaufgaben sowie deren formaler und inhaltlicher Ausgestaltung.

Nicht abrechenbare Leistungen aufgrund der Abrechnungsmatrix

- 30.1 (1) Das auf dem LKF–Regelwerk des Gesundheitsministeriums basierende IT–Tool wandte die vom PRIKRAF definierte Abrechnungsmatrix an. Für medizinische Leistungen, für die kein Qualitätsnachweis durch die PRIKRAF–Krankenanstalt evident war, wies das Prüfprogramm einen „ÖSG–Error“ (nicht abrechenbar) aus¹⁰⁹, die entsprechenden Aufenthalte wurden mit Null–Punkten bewertet und der PRIKRAF rechnete diese zur Gänze nicht ab.

Von PRIKRAF–Krankenanstalten durchgeführte, aber nicht abrechenbare Leistungen stellten sich wie folgt dar:

Tabelle 17: Von PRIKRAF–Krankenanstalten durchgeführte, aber nicht abrechenbare Leistungen

ÖSG–Errors ¹	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
„Medizinische Leistung für diesen Standort nicht ÖSG–konform“	51	23	17	35	38	-26
„Medizinische Leistung für diesen Standort laut ÖSG nur für Erwachsene erbringbar“	49	43	21	29	26	-47
Summe	100	66	38	64	64	-36

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Quelle: PRIKRAF

¹ Von 2016 bis 2020 führten insgesamt 27 PRIKRAF–Krankenanstalten solche Leistungen in unterschiedlichem Ausmaß durch.

Trotz fehlender Qualitätsvoraussetzungen¹¹⁰ für die Erbringung dieser Leistungen meldeten PRIKRAF–Krankenanstalten insgesamt 100 derartige Leistungen im Jahr 2016 zur Abrechnung beim PRIKRAF an. Von 2016 bis 2018 sanken diese Leistungen insgesamt um 62 % auf 38; von 2018 auf 2020 stiegen sie wieder um 68 % auf

¹⁰⁹ „Medizinische Leistung für diesen Standort nicht ÖSG–konform“ oder „Medizinische Leistung für diesen Standort laut ÖSG nur für Erwachsene erbringbar“

¹¹⁰ Die Verantwortung für die Durchführung von nicht ÖSG–konformen Leistungen lag – laut Angaben des PRIKRAF – beim Rechtsträger der Krankenanstalt.

64 an. Allfällige weitere diesbezügliche Leistungen außerhalb der PRIKRAF–Abrechnungssystematik (z.B. Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) waren in Tabelle 17 nicht erfasst.

(2) In den Landesgesundheitsfonds gab es ebenfalls Systeme, welche die Auszahlung von Finanzmitteln an den Nachweis von Qualitätskriterien des ÖSG koppelten.

(3) Der PRIKRAF und die Landesgesundheitsfonds können die Einhaltung der Qualitätskriterien nur über die Abrechnung steuern, die Leistungserbringung jedoch nicht untersagen. Die Prüfung von Krankenanstalten in allen Bereichen, wie Qualitätssicherung, Dokumentation und Pflege, ist Aufgabe der sanitären Aufsicht¹¹¹. Im Rahmen der vom Gesundheitsministerium federführend betriebenen A–IQI ist es möglich, Peer Reviews zu initiieren bzw. zu veranlassen.¹¹²

- 30.2 Der RH hielt fest, dass der PRIKRAF medizinische Leistungen, für die der notwendige Qualitätsnachweis fehlte, nicht abrechnete. Er wies kritisch darauf hin, dass PRIKRAF–Krankenanstalten in den Jahren 2016 bis 2020 solche Leistungen trotzdem erbrachten, obwohl dies nicht ÖSG–konform war (weil die Leistungserbringung am betreffenden Standort oder an Kindern und Jugendlichen nicht zulässig war). Dies ließ den Schluss zu, dass eine Qualitätssteuerung über die Abrechnung nur bedingt wirksam war.

Eine Untersagung der Leistungserbringung steht dem PRIKRAF (und auch den Landesgesundheitsfonds) nicht zu. Dies könnte unter bestimmten Voraussetzungen durch die sanitäre Aufsicht erfolgen.

[Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit und Behandlungsqualität empfahl der RH dem Gesundheitsministerium, geeignete Maßnahmen zu setzen bzw. zu entwickeln, um eine ÖSG–konforme Durchführung von medizinischen Leistungen in Krankenanstalten sicherzustellen bzw. zu forcieren.](#)

- 30.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass der PRIKRAF und die Landesgesundheitsfonds den Krankenanstalten die Erbringung von Leistungen nicht verbieten könnten, sondern Leistungen bei Nichteinhaltung von Qualitätsvorgaben nicht vergüten würden. Dies handhabe der PRIKRAF schon seit Langem. Entsprechende Maßnahmen würden unter Einbeziehung der relevanten

¹¹¹ §§ 60 bis 62 KAKuG (unmittelbar anwendbares Bundesrecht) und Arbeitsbehelf „Sanitäre Aufsicht in Kranken– und Kuranstalten“ des Gesundheitsministeriums (Analyse des ÖSG hinsichtlich seiner Nutzbarkeit als Instrument für die sanitäre Aufsicht, S. 45). Die Vollziehung in Angelegenheiten der „sanitären Aufsicht“ gemäß Art. 10 Abs. 1 Z 12 B–VG erfolgte in mittelbarer Bundesverwaltung durch die Landeshauptleute sowie die Bezirksverwaltungsbehörden.

¹¹² Das Peer–Review–Verfahren beruhte auf einer retrospektiven Krankengeschichtenanalyse. Entscheidungen u.a. über Jahresschwerpunkte für Peer–Review–Verfahren wurden in der A–IQI Steuerungsgruppe getroffen. Darin war neben allen Landesgesundheitsfonds, dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband auch der PRIKRAF vertreten.

Stakeholder geprüft. Das Gesundheitsministerium lege großen Wert darauf, dass sowohl bei den Landesfondskrankenanstalten als auch bei den PRIKRAF–Krankenanstalten auf die Einhaltung der ÖSG–Vorgaben streng geachtet und die Nichteinhaltung durch entsprechende finanzielle Sanktionen geahndet werde.

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF würden auch Landesfondskrankenanstalten Leistungen erbringen, die nicht dem ÖSG entsprachen.

Strukturqualitätsprüfung – Mindestfallzahlen

31.1 (1) Laut ÖSG dienten die Leistungsmatrix–stationär und die darin enthaltenen Qualitätskriterien als Instrument zur Qualitätssicherung von Leistungen im stationären Bereich. Sämtliche Festlegungen galten für alle Akut–Krankenanstalten gleichermaßen, für Sanatorien gegebenenfalls in transformierter Form.

Die Erbringung hochspezialisierter komplexer Behandlungsfälle sollte – aufgrund seltener Leistungserbringung – an geeigneten Standorten mit hohen Anforderungen an die Struktur– und Prozessqualität konzentriert werden. Das dadurch mögliche Erreichen höherer Fallzahlen sollte auch die (fach–)ärztliche Ausbildungsqualität unterstützen. Die „Erhöhung der Effektivität und Effizienz bzw. die Überwindung von kleinteiligen Organisationsformen“ u.a. durch die Bündelung komplexer Leistungen an geeigneten Standorten war auch Ziel der Zielsteuerungsvereinbarung 2017¹¹³.

(2) Laut ÖSG wurden Mindestfallzahlen zu ausgewählten Leistungsbündeln dann festgelegt, wenn ausreichende wissenschaftliche Evidenz für die qualitative Verbesserung des medizinischen Outcomes an Krankenanstalten mit höheren Fallzahlen vorhanden war. So sollten schon seit 2012 jeweils mindestens zehn Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse und in der Speiseröhrenchirurgie pro Krankenanstalten–Standort verbindlich erbracht werden. Mit dem Inkrafttreten des ÖSG 2017 im Juni 2017 galten die Vorgaben für Mindestfallzahlen für drei weitere Leistungsbündel¹¹⁴.

(3) Die Erfüllung von Mindestfallzahlen pro Krankenanstalten–Standort sollte nicht nur für die Landesfondskrankenanstalten, sondern auch in PRIKRAF–Krankenanstalten Voraussetzung für die LKF–Abrechnung sein. Dazu legte der ÖSG 2017 fest, dass vor beabsichtigter Genehmigung einer solchen Leistung durch den PRIKRAF die im Einzugsgebiet der PRIKRAF–Krankenanstalt zuständigen Landesgesundheitsfonds

¹¹³ Art. 13 Abs. 2 Z 1

¹¹⁴ Mindestfallzahlen: Leberchirurgie: zehn, Adipositas–Chirurgie (chirurgische Maßnahmen zur Behandlung des krankhaften Übergewichts) exklusive Gastric banding (Magenband): 25, Carotis–Thrombendarterektomie (Operationsverfahren zur Eröffnung von Blutgefäßen, die durch ein Blutgerinnsel (Thrombus) verstopft sind; hier an der Halsschlagader): 20

vorab anzuhören waren¹¹⁵. War das Erreichen der Mindestfallzahlen in den öffentlichen Krankenanstalten gefährdet, hatte es zur Sicherstellung der essenziellen Qualitätsstandards im Sinne des Gesundheitsqualitätsgesetzes zu einer Abstimmung mit den Landesgesundheitsfonds zu kommen. Bei Nicht–Einigung hatte die Bundesgesundheitsagentur¹¹⁶ zu entscheiden.

(4) Im Bereich der Adipositas–Chirurgie kündigte die PRIKRAF–Krankenanstalt J in einem Rückmeldebericht an den PRIKRAF zur A–IQI–Datenanalyse an, ab 2018/19 diese Leistungen erbringen zu wollen (2018 bis 2020: tatsächlich insgesamt 47–mal (inklusive Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) erbracht und davon 36 mit PRIKRAF abgerechnet). Einen Antrag auf Genehmigung stellte sie nicht. Der PRIKRAF stimmte dieses Vorhaben nicht mit dem Wiener Gesundheitsfonds ab.

Der PRIKRAF gab dazu u.a. an, dass die PRIKRAF–Krankenanstalt J die für Adipositas–Chirurgie erforderlichen ÖSG–Qualitätskriterien nachgewiesen habe. Darüber hinaus handle es sich nur um eine Verlagerung dieser Leistung von einer PRIKRAF–Krankenanstalt zu einer anderen innerhalb Wiens; dies habe daher zu keiner Gefährdung der Erreichung der Mindestfallzahlen in Landesfondskrankenanstalten geführt.

(5) Neue, vorweg von PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachte, aber nicht beim PRIKRAF beantragte Mindestfallzahl–Leistungen sollen laut PRIKRAF nicht abgerechnet werden; die von der PRIKRAF–Krankenanstalt J erbrachten Mindestfallzahl–Leistungen in der Adipositas–Chirurgie seien aufgrund einer bloßen Verlagerung davon nicht umfasst.

- 31.2 Der RH hielt fest, dass der ÖSG zur Qualitätssicherung (einschließlich Ausbildungsqualität) für fünf hochspezialisierte komplexe Behandlungsfälle bzw. Leistungsbündel verbindliche Mindestfallzahlen definierte. Diese galten auch für PRIKRAF–Krankenanstalten. Der erstmaligen Erbringung solcher Leistungen ab Inkrafttreten des ÖSG 2017 sollten eine Abstimmung des PRIKRAF mit dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds und eine Genehmigung des PRIKRAF vorangehen.

Der RH stellte kritisch fest, dass die PRIKRAF–Krankenanstalt J 2018/19 begonnen hatte, eine mit Mindestfallzahlen verbundene Leistung neu zu erbringen, ohne einen Antrag auf Genehmigung zur Leistungsabrechnung gestellt zu haben. Eine vorherige Abstimmung mit dem Wiener Gesundheitsfonds fand nicht statt, weil laut PRIKRAF diese PRIKRAF–Krankenanstalt die für Adipositas–Chirurgie erforderlichen ÖSG–Qualitätskriterien nachgewiesen und es sich nur um eine Leistungsverlagerung zwischen zwei Wiener PRIKRAF–Krankenanstalten gehandelt habe.

¹¹⁵ zur Abstimmung der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung mit Verweis auf § 2 PRIKRAF–Gesetz (§ 2 Abs. 1 Z 3: u.a. „Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung“ als eine der Aufgaben des PRIKRAF)

¹¹⁶ § 25 Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz

Der RH empfahl dem PRIKRAF im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit und Behandlungsqualität,

- mit dem Gesundheitsministerium die ÖSG–konforme Vorgangsweise im Falle einer Standortverlagerung von Mindestfallzahl–Leistungen innerhalb eines Landes zu klären und
- die erforderlichen Schritte zu setzen, um einen ÖSG–konformen Umgang mit der Erbringung von an Mindestfallzahlen gebundenen medizinischen Leistungen sicherzustellen.

- 31.3 Laut Stellungnahme des PRIKRAF sei mit den Geschäftsstellen der Landesgesundheitsfonds vereinbart worden, dass eine PRIKRAF–Krankenanstalt bei geplanter Erbringung neuer Mindestfallzahl–Leistungen dies begründet zu beantragen habe. Nach Prüfung dieses Antrags durch den PRIKRAF übermittle er diesen an die Geschäftsstelle des jeweiligen Landesgesundheitsfonds zur Stellungnahme.

Monitoring der Mindestfallzahlen

- 32.1 (1) Die Einhaltung der Mindestfallzahlen durch die Krankenanstalten war jährlich auf Basis des Mittelwerts der jeweiligen Leistungen der drei vorangegangenen Jahre ab Inkrafttreten des ÖSG 2017 zu beurteilen.

Prinzipiell war die Überprüfung der Strukturqualitätskriterien dieser speziellen Versorgungsbereiche vom jährlichen Konzept zur Umsetzung von ÖSG–Qualitätskriterien für PRIKRAF–Krankenanstalten umfasst. Für die Evaluierung der zusätzlichen Qualitätskriterien über Mindestfallzahlen verwendete der PRIKRAF die A–IQI–Daten. Diese um u.a. die Selbstzahlerinnen und Selbstzahler vervollständigten LKF–Daten der PRIKRAF–Krankenanstalten standen jeweils erst im Folgejahr – nach abgeschlossenem und abgerechnetem Leistungsjahr – zur Verfügung. Zur Zeit der Abrechnung hatte der PRIKRAF diese vollständigen Daten, die 2018 und 2019 um 19 % bzw. 31 % höher waren als die PRIKRAF–Daten, noch nicht. Laut PRIKRAF habe er keinen Zugriff auf die DIAG, welche die vollständigen Daten beinhalte. Das Gesundheitsministerium begründete dies in einem Schreiben aus 2012 u.a. mit den fehlenden rechtlichen Grundlagen.

(2) Auf Basis der A–IQI–Daten evaluierte der PRIKRAF den Mittelwert der letzten drei Jahre. 2018 bis 2020 erbrachten 13 PRIKRAF–Krankenanstalten in Kärnten, Salzburg, der Steiermark, Tirol und Wien mit Mindestfallzahlen verbundene Leistungen, davon nur insgesamt drei in der Steiermark und in Wien im erforderlichen Ausmaß. Die Bandbreite bei den restlichen zehn Krankenanstalten betrug etwa bei den Leistungsbündeln Speiseröhrenchirurgie und Eingriffe an der Bauchspeicheldrüse zwischen einer und fünf Leistungen pro Jahr. Die PRIKRAF–Krankenanstalt J, die verstärkt Leistungen in der Adipositas–Chirurgie anstrebte, erbrachte dieses Leistungsbündel

(inklusive Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) 2019 22–mal und 2020 23–mal (Mindestfallzahl: 25).

(3) Bis zum Jahr 2020 rechnete der PRIKRAF diese Leistungsbündel auch bei Nichterreichen der jeweiligen Mindestfallzahl ab. Ab dem Abrechnungsjahr 2021 sollte für jene PRIKRAF–Krankenanstalten, die Leistungen im Bereich der Mindestfallzahlen erbrachten und deren Zielwerte nicht erreicht wurden, ein Error „Medizinische Leistung für diesen Standort nicht ÖSG–konform“ ausgewiesen werden. Das bedeutete, dass diese Leistungen vorerst nicht abrechenbar waren, aber am Ende des Abrechnungsjahres unter Nachweis der erforderlichen Leistungsmengen (u.a. durch hinzugezählte Selbstzahlerinnen und Selbstzahler) geltend gemacht werden konnten.

Die PRIKRAF–Krankenanstalt E führte im ersten Halbjahr 2021 für einen öffentlichen Krankenanstaltenträger¹¹⁷ COVID–19–kapazitätsbedingt (TZ 8) zumindest neun¹¹⁸ Leistungen im Bereich der Adipositas–Chirurgie durch. Sie verrechnete die Leistungen dem öffentlichen Krankenanstaltenträger¹¹⁹, der diese im Wege des LKF–Systems mit dem zuständigen Landesgesundheitsfonds abrechnen konnte. In den Jahren 2018 bis 2020 erbrachte die PRIKRAF–Krankenanstalt E insgesamt acht Leistungen im Bereich der Adipositas–Chirurgie. Mit dem PRIKRAF wären diese Leistungen aus 2021 erst abrechenbar, wenn sie am Ende des Abrechnungsjahres nachweislich zumindest 25–mal erbracht worden wären.

(4) Laut DIAG führten im Zeitraum 2018 bis 2020 auch einige Landesfondskrankenanstalten mit Mindestfallzahlen verbundene Leistungen ohne Erreichen der jeweiligen Mindestfallzahl durch.

Erhebungen des RH bei den Landesgesundheitsfonds ergaben, dass – laut deren Angaben – in drei Landesgesundheitsfonds ebenfalls nach einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren diese Leistungsbündel bei Nichterreichen der jeweiligen Mindestfallzahl nicht mehr abgerechnet wurden, in zwei bereits nach zwei Jahren und in einem Landesgesundheitsfonds bereits seit 2014 (betreffend die vom jeweils gültigen ÖSG umfassten, mit Mindestfallzahlen verbundenen Leistungen).

32.2 Der RH wies darauf hin, dass das Monitoring der Erbringung der Mindestfallzahlen durch den PRIKRAF insofern eingeschränkt war, als er – nach seinen Angaben – nicht

¹¹⁷ Kooperationsvereinbarung zur Entlastung der Behandlungskapazitäten der Wiener Schwerpunktkrankenanstalten im Zusammenhang mit der COVID–19–Pandemie vom November 2020

¹¹⁸ Mit Stichtag 22. Dezember 2021; die Nachmeldung einer weiteren Adipositas–Leistung wurde nicht mehr berücksichtigt. Laut PRIKRAF meldete die PRIKRAF–Krankenanstalt E bis Ende Jänner 2022 insgesamt zwölf Adipositas–Leistungen für 2021 ein (davon zehn für den öffentlichen Krankenanstaltenträger).

¹¹⁹ Drei der neun Leistungen rechnete der öffentliche Krankenanstaltenträger bis Dezember 2021 auch tatsächlich mit der PRIKRAF–Krankenanstalt E ab. Für die sechs weiteren Leistungen im Bereich der Adipositas–Chirurgie stimmten laut dem öffentlichen Krankenanstaltenträger die Rechnungen der PRIKRAF–Krankenanstalt E nicht mit den PRIKRAF–Daten überein. Die Abrechnung soll laut dem öffentlichen Krankenanstaltenträger erfolgen, sobald die PRIKRAF–Krankenanstalt E die Rechnungen korrigiert hat.

zeitnah über die vollständigen Leistungsdaten der PRIKRAF–Krankenanstalten (u.a. Selbstzahlerdaten) verfügte. Das Gesundheitsministerium begründete den mangelnden Zugriff des PRIKRAF auf die die vollständigen Daten beinhaltende DIAG mit fehlenden rechtlichen Grundlagen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, um dem PRIKRAF die für ein aussagekräftiges und zeitnahes Monitoring der Erbringung der Mindestfallzahlen erforderlichen Daten zur Verfügung stellen zu können.

Der RH verwies auf seine Empfehlung in [TZ 35](#) an das Gesundheitsministerium und den PRIKRAF zu Leistungs– und Vergleichsdaten, die für die Prüfungshandlungen des PRIKRAF zweckmäßig sind.

Der RH wies darauf hin, dass die PRIKRAF–Krankenanstalt E im ersten Halbjahr 2021 COVID–19–kapazitätsbedingt zumindest neun Leistungen im Bereich der Adipositas–Chirurgie für einen öffentlichen Krankenanstaltenträger durchführte und dafür im Ergebnis öffentliche Mittel erhielt bzw. erhalten konnte. Mit dem PRIKRAF wären diese Leistungen erst abrechenbar, wenn sie am Ende des Abrechnungsjahres nachweislich zumindest 25–mal erbracht worden wären.

Der RH hielt ungeachtet der COVID–19–bedingten Sondersituation fest, dass diese Vorgangsweise es PRIKRAF–Krankenanstalten ermöglichte, öffentliche Mittel zu erhalten, obwohl die aus Qualitätssicherungsgründen erforderlichen Mindestfallzahlen (noch) nicht erreicht waren.

Er empfahl daher dem Gesundheitsministerium, gemeinsam mit dem PRIKRAF und dem zuständigen Landesgesundheitsfonds für Mindestfallzahl–Leistungen geeignete Maßnahmen zu setzen, um eine ordnungsgemäße Abrechnung mit PRIKRAF–Krankenanstalten sicherzustellen.

- 32.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe der PRIKRAF mangels rechtlicher Grundlage keinen Zugriff auf die DIAG und könne selbst keine Vergleichsdaten der Landesfondskrankenanstalten abrufen. Für das Datenmonitoring könnten dem PRIKRAF allerdings jederzeit anonymisierte vordefinierte Datenauswertungen zur Verfügung gestellt werden. Um dem PRIKRAF die für seine Prüfungshandlungen erforderlichen Vergleichsdaten bereitstellen zu können, werde an datenschutzrechtskonformen Lösungen gemeinsam gearbeitet.

Zur ordnungsgemäßen Abrechnung von Mindestfallzahl–Leistungen werde das Gesundheitsministerium einen dieser Empfehlung entsprechenden Diskurs mit den Landesgesundheitsfonds und dem PRIKRAF initiieren, um eine Einhaltung der im ÖSG für bestimmte Leistungen vorgegebenen Mindestfallzahlen sicherzustellen.

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF sei für ein aussagekräftiges, vollständiges Monitoring der Einhaltung der Qualitätskriterien (z.B. Erbringung der Mindestfallzahlen) sowie für die Datenqualitätsprüfung eine verpflichtende Datenübermittlung von stationären und tagesklinischen Aufenthalten von allen Kostenträgern inklusive Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern erforderlich.

- 32.4 Der RH bekräftigte gegenüber dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF, dass eine Umsetzung der Empfehlung zum Monitoring von Mindestfallzahl–Leistungen die Entwicklung gemeinsamer Lösungen und damit die aktive Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF erforderte. Dies mit dem Ziel, dem PRIKRAF jene Daten bereitstellen zu können, die für ein aussagekräftiges und zeitnahes Monitoring der Erbringung der Mindestfallzahlen erforderlich sind.

Leistungsspektrum der PRIKRAF–Krankenanstalten

Überblick

- 33.1 (1) Die PRIKRAF–Krankenanstalten rechneten mit dem PRIKRAF Operationen und Behandlungen in zahlreichen medizinischen Fachbereichen ab. Diese waren vor allem:

- Augenheilkunde,
- Chirurgie,
- Gynäkologie und Geburtshilfe sowie
- Orthopädie und Traumatologie.

(2) Die vom PRIKRAF abgerechneten stationären Aufenthalte in den PRIKRAF–Krankenanstalten von 2016 bis 2020 – diese stiegen von 101.811 (2016) auf 105.665 (2019) und sanken 2020 auf 99.146¹²⁰ – waren insgesamt 49 verschiedenen Leistungsorientierten Diagnosefallgruppen¹²¹ (**LDF–Gruppen**) zuzuordnen.

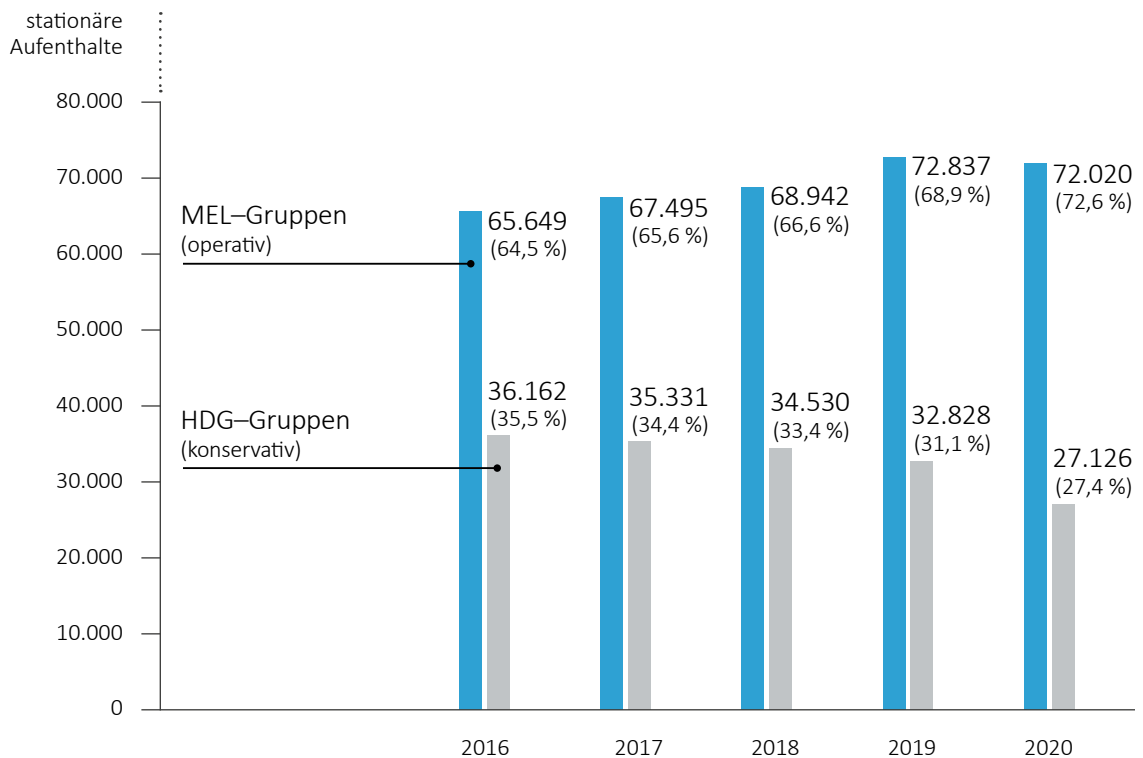
(3) Die LDF–Gruppen waren weiter untergliedert: Die stationären Aufenthalte mit konservativen Behandlungen führten in der Regel zu einem Aufenthalt, der einer Hauptdiagnosegruppe (**HDG–Gruppe**) zuzuordnen war, jene mit operativen oder interventionellen Eingriffen, Entbindungen sowie onkologischen Therapien bewirkten einen Aufenthalt der medizinischen Einzelleistungsgruppe (**MEL–Gruppe**).

¹²⁰ im Jahr 2020 hier – im Unterschied zur Abbildung 2 – einschließlich der 635 stationären Aufenthalte, die PRIKRAF–Krankenanstalten COVID–19–bedingt für öffentliche Krankenanstalten erbrachten

¹²¹ Gruppe von stationären Aufenthalten mit den gleichen Merkmalen gemäß dem LKF–System

Die Entwicklung der stationären Aufenthalte in den PRIKRAF–Krankenanstalten von 2016 bis 2020 stellte sich – gegliedert nach HDG–Gruppen und MEL–Gruppen – wie folgt dar:

Abbildung 5: Stationäre Aufenthalte mit konservativen und operativen Behandlungen in den PRIKRAF–Krankenanstalten



HDG = Hauptdiagnose

MEL = medizinische Einzelleistung

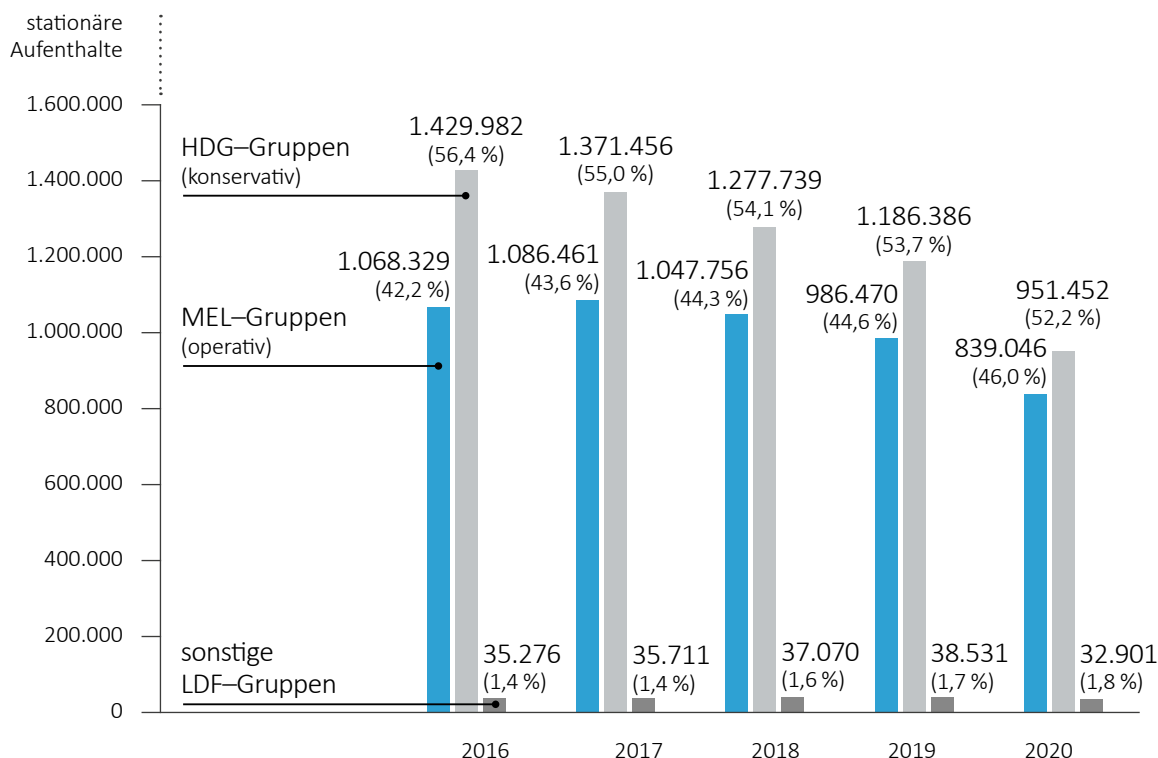
PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quelle: PRIKRAF; Darstellung: RH

Die stationären Aufenthalte der HDG–Gruppen verringerten sich von 2016 bis 2020 kontinuierlich von 36.162 auf 27.126 um 25,0 % (bis 2019 um 9,2 %), während sich jene der MEL–Gruppen im selben Zeitraum von 65.649 auf 72.020 um 9,7 % (bis 2019 um 10,9 %) erhöhten. Durch die Steigerung der operativen Aufenthalte bei gleichzeitiger Verringerung der konservativen Aufenthalte veränderte sich die prozentuelle Verteilung von 64,5 % zu 35,5 % im Jahr 2016 auf 72,6 % zu 27,4 % im Jahr 2020. In fast allen Ländern – ausgenommen Kärnten – mit PRIKRAF–Krankenanstalten überwogen die Aufenthalte der MEL–Gruppen deutlich. Zu den häufigsten operativen bzw. MEL–Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten zählten Kataraktoperationen, arthroskopische Operationen des Kniegelenks und Entbindungen.

(4) Im Vergleich dazu zeigte das Verhältnis zwischen operativen und konservativen stationären Aufenthalten in den Landesfondskrankenanstalten – deren Ausmaß sich 2016 bis 2020 kontinuierlich von insgesamt 2,53 Mio. auf 1,82 Mio. um 28 % verringerte – folgendes Bild:

Abbildung 6: Stationäre Aufenthalte mit konservativen und operativen Behandlungen in den Landesfondskrankenanstalten



HDG = Hauptdiagnose
 LDF = Leistungsorientierte Diagnosefallgruppen
 MEL = medizinische Einzelleistung
 sonstige LDF-Gruppen: z.B. Behandlung auf einer Station für medizinische Geriatrie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie, Akutnachbehandlung von neurologischen Patientinnen und Patienten, Behandlung auf einer palliativmedizinischen Einrichtung, Aufenthalt auf einer Einheit für Remobilisation/Nachsorge
 Quelle: DIAG; Darstellung: RH

In den Landesfondskrankenanstalten verringerten sich die stationären Aufenthalte der HDG-Gruppen von 2016 bis 2020 von 1,43 Mio. auf 951.452 um 33,5 % (bis 2019 um 17,0 %), jene der MEL-Gruppen von 1,07 Mio. auf 839.046 um 21,5 % (bis 2019 um 7,7 %). Im Unterschied zu den PRIKRAF-Krankenanstalten überwogen in den Landesfondskrankenanstalten die konservativen Aufenthalte deutlich. Das Verhältnis zwischen operativen und konservativen Aufenthalten war ausgeglichener als in PRIKRAF-Krankenanstalten (2016: 42,2 % zu 56,4 %, 2020: 46,0 % zu 52,2 %). Bezogen auf die einzelnen Länder zeigte sich mit Ausnahme der Steiermark eine ähnliche Verteilung. Die Landesfondskrankenanstalten hatten – im Unterschied zu den PRIKRAF-Krankenanstalten – aufgrund ihres öffentlichen Versorgungsauftrags



sowie der bestehenden Aufnahmeverpflichtung umfassendere Behandlungs– und Versorgungsleistungen für alle Patientinnen und Patienten vorzuhalten.

- 33.2 Der RH hielt fest, dass in den PRIKRAF–Krankenanstalten die stationären Aufenthalte der MEL–Gruppen vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2019 regelmäßig stiegen (2016: 65.649, 2019: 72.837). Lediglich im Jahr 2020 war – möglicherweise auch COVID–19–bedingt – ein leichter Rückgang auf 72.020 Aufenthalte feststellbar. Im Unterschied dazu waren Aufenthalte mit konservativen Behandlungen seit dem Jahr 2016 rückläufig (2016: 36.162, 2020: 27.126), wobei auch hier ein deutlicher Sprung von 2019 auf 2020 (-17,4 %) erkennbar war. Dadurch erhöhte sich das Verhältnis zwischen den operativen und konservativen Aufenthalten zugunsten der operativen Aufenthalte (2016: 64,5 % zu 35,5 %, 2020: 72,6 % zu 27,4 %). Bei den Landesfonds–krankenanstalten mit – im Unterschied zu den PRIKRAF–Krankenanstalten – öffentlichem Versorgungsauftrag und bestehender Aufnahmeverpflichtung war dieses Verhältnis insgesamt umgekehrt und ausgeglichener (2016: 42,2 % zu 56,4 %, 2020: 46,0 % zu 52,2 %).



Entbindungen

34.1 (1) Sieben PRIKRAF–Krankenanstalten in Salzburg, der Steiermark, Tirol und Wien führten auch Entbindungen¹²² durch. Deren Anzahl entwickelte sich im Zeitraum 2016 bis 2020 wie folgt:

Tabelle 18: Entbindungen in den PRIKRAF–Krankenanstalten (mit dem PRIKRAF abgerechnet) und Landesfondskrankenanstalten

Entbindungen ¹	2016	2017	2018	2019	2020	Veränderung 2016 bis 2020
	Anzahl					in %
Entbindungen	2.422	2.554	2.664	2.523	2.805	15,8
Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage	1	2	3	1	3	200,0
Kaiserschnitt	2.145	2.113	2.142	2.272	2.556	19,2
Entbindung durch Zange oder Saugglocke	253	311	327	308	353	39,5
Summe PRIKRAF–Krankenanstalten	4.821	4.980	5.136	5.104	5.717	18,6
Summe Landesfondskrankenanstalten	81.122	80.830	78.749	77.800	75.529	-6,9
	in %					
Anteil PRIKRAF–Krankenanstalten an Krankenanstalten gesamt ²	5,6	5,8	6,1	6,2	7,0	–
Anteil Kaiserschnitt in PRIKRAF–Krankenanstalten	44,5	42,4	41,7	44,5	44,7	–
Anteil Kaiserschnitt in Landesfondskrankenanstalten	28,6	28,8	28,5	29,2	29,1	–

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds
A–IQI = Austrian Inpatient Quality Indicators

Quelle: PRIKRAF

¹ Die A–IQI–Daten für 2019 wiesen z.B. 2019 für die PRIKRAF–Krankenanstalten insgesamt 5.579 Entbindungen aus (also um 475 Entbindungen mehr).

² Summe aus Entbindungen in PRIKRAF–Krankenanstalten (mit dem PRIKRAF abgerechnet) und Landesfondskrankenanstalten

Die Anzahl der in PRIKRAF–Krankenanstalten durchgeführten Entbindungen stieg von 2016 bis 2020 von 4.821 auf 5.717 um 18,6 %, vor allem von 2019 auf 2020 um 12,0 %. Davon entfielen etwa 2020 die meisten Entbindungen auf Wien (2.629, Steigerung seit 2016 um 200 bzw. 8,2 %). Insgesamt fanden im Jahr 2020 7,0 % der Krankenhausentbindungen in Österreich in PRIKRAF–Krankenanstalten statt. In den Landesfondskrankenanstalten sank die Anzahl der Entbindungen von 2016 bis 2020 von 81.122 auf 75.529 um 6,9 % (2016 bis 2019: -4,1 %), am meisten im Burgenland (-16,1 %). In Wien verringerte sich die Zahl der Entbindungen in Landesfondskrankenanstalten seit 2016 um 1.670 bzw. 9,1 %.

¹²² Dargestellt werden die vier geburtshilflichen Leistungen nach dem LKF–System: JN 020 Entbindung, JN 030 Entbindung mit Manualhilfe bei Beckenendlage, JN 040 Entbindung durch Sectio caesarea (Kaiserschnitt), JN 050 Entbindung durch Vakuumextraktion (Saugglocke), Zangenextraktion (Zange).

Die Anzahl der Kaiserschnitte in den PRIKRAF–Krankenanstalten nahm 2016 bis 2020 auch um rd. 19 % zu. Die Kaiserschnitttrate betrug im Zeitraum 2016 bis 2020 österreichweit bis zu 44,7 % mit Einzelwerten je PRIKRAF–Krankenanstalt von 28,7 % bis 65,3 %, in den Landesfondskrankenanstalten österreichweit bis zu 29,2 % mit Einzelwerten je Landesfondskrankenanstalt zwischen 14,2 % und 52,5 % – beide in Perinatalzentren. Die Entbindungen durch Zange oder Saugglocke stiegen 2016 bis 2020 um 39,5 %, in den Landesfondskrankenanstalten um 0,5 % (2016: 5.826, 2020: 5.855); ihr Anteil an der Gesamtentbindungszahl stieg von 5,2 % auf 6,2 % (PRIKRAF) und 7,2 % auf 7,8 % (Landesfondskrankenanstalten).

(2) In seinem im Jänner 2021 veröffentlichten Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2, u.a. TZ 15, TZ 16, TZ 27, TZ 29, TZ 30) hatte sich der RH auch ausführlich mit den verschiedenen Zugängen der geburtshilflichen Wissenschaft zum Thema Kaiserschnitt und mit von Bund, Niederösterreich und Wien bzw. den Krankenanstalenträgern ergriffenen und geplanten Maßnahmen zur Senkung der Kaiserschnitttrate befasst.

(3) Im Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ hatte der RH darüber hinaus auch Folgendes festgestellt:

- Die A–IQI–Indikatoren im Bereich Geburtshilfe und Neugeborene (z.B. Kaiserschnitttrate) stellten – bis auf den Todesfall der Mutter – nur Informationen ohne festgelegten Zielbereich dar und waren daher wenig aussagekräftig (TZ 47).
- Bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung fanden Peer–Review–Verfahren im Rahmen von A–IQI weder im Bereich Geburtshilfe noch in der Neonatologie statt (TZ 47).
- Die Krankenanstalenträger hatten keinen Zugang zu den Daten des auch PRIKRAF–Krankenanstalten umfassenden Geburtenregisters, obwohl sich dieses überwiegend aus öffentlichen Mitteln finanzierte und die Krankenanstalenträger gemäß Krankenanstaltenrecht für die Qualitätssicherung und die Patientensicherheit zuständig waren. Das Gesundheitsministerium strebte im Rahmen von A–IQI eine Kooperation mit dem Geburtenregister an. (TZ 48)
- Die Festlegung einer bundesweit einheitlichen Erfassung von nosokomialen Infektionen ermöglichte nationale und internationale Vergleiche. Die von der Bundes–Zielsteuerungskommission 2016 beschlossene Rahmenrichtlinie sah jedoch bisher nur zwei Indikatoroperationen der chirurgischen Fächer verpflichtend vor. Ebenso wenig war nachvollziehbar, warum die Surveillance nosokomialer Infektionen nur auf Erwachsenen–Intensivstationen und nicht auch auf neonatologischen Intensivstationen zu erfolgen hatte. In diesem Zusammenhang wies der RH auch auf den erheblichen Kostenfaktor nosokomialer Infektionen hin. Laut einer Publikation des Gesundheitsministeriums¹²³ aus 2016 würden 87 % der Wundinfektionen bei Kaiser-

¹²³ Gesundheitssystem–assoziierte Infektionen in Österreich 2016, eine Zusammenstellung nationaler Daten; erstellt durch das Nationale Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz, Universitätsklinik für Krankenhaushygiene und Infektionskontrolle, Medizinische Universität Wien

schnitten (bei österreichweit 22 % analysierten Kaiserschnitt–Operationen) erst nach der Entlassung diagnostiziert. (TZ 49)

- 34.2 Der RH wies darauf hin, dass etwa 2020 7,0 % der Krankenhausentbindungen in Österreich in sieben PRIKRAF–Krankenanstalten in Salzburg, der Steiermark, Tirol und Wien stattfanden (Steigerung seit 2016 um 1,4 Prozentpunkte). Die mit dem PRIKRAF abgerechneten Entbindungen in diesen Krankenanstalten stiegen von 2016 (4.821 Entbindungen) bis 2020 (5.717 Entbindungen) um 18,6 %. In den Landesfondskrankenanstalten nahm die Anzahl der Entbindungen hingegen um 6,9 % ab.

Die Kaiserschnittraten betragen österreichweit im Zeitraum 2016 bis 2020 bis zu 44,7 % in PRIKRAF–Krankenanstalten, in den Landesfondskrankenanstalten bis zu 29,2 %, wobei die Einzelwerte je Krankenanstalt jeweils eine große Bandbreite aufwiesen. Der Anteil der Entbindungen durch Zange oder Saugglocke an der Gesamtentbindungszahl stieg von 5,2 % auf 6,2 % (PRIKRAF) und von 7,2 % auf 7,8 % (Landesfondskrankenanstalten).

Vor diesem Hintergrund empfahl der RH dem Gesundheitsministerium – wie bereits in seinem Bericht „Geburtshilfe–Versorgung in Niederösterreich und Wien“ (Reihe Bund 2021/2):

- Die Weiterentwicklung aussagekräftiger Indikatoren in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Rahmen von A–IQI wäre voranzutreiben.
- Im Interesse der Patientensicherheit sowie zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen wäre zu evaluieren, wie Synergien mit dem Geburtenregister zu erzielen wären; dies auch im Hinblick auf zusätzliche Informationen in „kliniksuche.at“¹²⁴.
- Mit den Arbeiten für den im Rahmen von A–IQI im Jahr 2020 angestrebten Jahres-schwerpunkt betreffend Geburtshilfe und Neonatologie wäre baldig zu beginnen.
- Im Interesse der Patientensicherheit wäre die Ausweitung der Infektionsüberwachung auf weitere Surveillance–Bereiche bzw. –Indikatoren – wie Kaiserschnitt oder neonatologische Intensivstation – zu prüfen. Es wären Lösungen zu prüfen, um auch die im ambulanten Bereich diagnostizierten Wundinfektionen nach Kaiserschnitt erfassen zu können.

- 34.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums sei ihm bewusst, dass die Kaiserschnitttrate und ihre stetige Zunahme ein Thema seien. Es wies darauf hin, dass bei einem Vergleich der Kaiserschnittraten zwischen Landesfonds– und PRIKRAF–Krankenanstalten bei Landesfondskrankenanstalten nur die Sonderklassepatientinnen heranzuziehen wären. Entsprechende Daten lägen dem Gesundheitsministerium jedoch routinemäßig nicht vor. Bislang habe kein Einvernehmen mit den

¹²⁴ „kliniksuche.at“ war ein vom Gesundheitsministerium betriebenes Informationsportal mit Informationen darüber, in welchen Krankenanstalten bestimmte Krankenbehandlungen wie häufig und unter welchen Bedingungen angeboten wurden. Zudem wurde eine Bewertung der Informationen zur Verfügung gestellt.

Ländern erreicht werden können, den Sonderklassestatus bei Krankenhausaufnahmen bekannt zu geben.

Im Rahmen von A–IQI würden u.a. auch die Indikatoren im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe bereits weiterentwickelt. Die Zusatzauswertung Gynäkologie/Geburtshilfe sei im Bereich der Geburten im Rahmen der A–IQI Version 2021 stark überarbeitet worden. Der Fokus der Zusatzauswertung liege auf der Frage, ob die Neugeborenen, insbesondere bezogen auf das Gestationsalter¹²⁵, in den richtigen Häusern entbunden würden (gemäß Einstufung laut ÖSG). Die Analyse dieser Fragestellung sei durch die nun verpflichtende Codierung des Gestationsalters im Datensatz der Mutter bei jeder Entbindung möglich und werde nun laufend monitort. Die Einbeziehung bestehender Register in das A–IQI Projekt sei ein wesentliches Thema im Jahr 2022. Gespräche über Kooperationsmöglichkeiten zwischen dem A–IQI Projekt und dem Geburtenregister würden im Laufe des Jahres 2022 mit dem dafür betrauten Institut wieder aufgenommen. Die Arbeiten zum Jahresschwerpunkt Geburtshilfe/Neugeborene hätten bereits gestartet. Die Peer–Review–Verfahren dazu würden bis Ende 2022 stattfinden.

Die Empfehlung zur Ausweitung der Infektionsüberwachung sei bereits in Umsetzung. Im Rahmen von Austrian Healthcare–Associated Infections (A–HAI) solle bei den postoperativen Wundinfektionen der Kaiserschnitt aufgenommen werden. Wenn nach einer Krankenhausentlassung eine Wundinfektion im ambulanten Bereich diagnostiziert werde, müsse die zuständige ambulante Stelle diese Information an jene Krankenanstalt übermitteln, die den Eingriff durchgeführt habe. Damit würden wesentliche Schritte zur Schaffung der notwendigen Transparenz gesetzt, um entsprechende Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit ergreifen zu können.

(2) Der PRIKRAF merkte in seiner Stellungnahme zum Vergleich der Kaiserschnittsraten an, dass es weder im ÖSG noch im Rahmen von A–IQI eine Soll–Vorgabe gebe. Eine Auswertung der Sonderklasseentbindungen werde in den Vergleichen nicht angeführt.

- 34.4 Der RH wiederholte gegenüber dem PRIKRAF seine Ausführungen, wonach die A–IQI–Indikatoren im Bereich Geburtshilfe und Neugeborene (z.B. Kaiserschnitttrate) – bis auf den Todesfall der Mutter – nur Informationen ohne festgelegten Zielbereich darstellten und daher wenig aussagekräftig waren.

¹²⁵ Das Gestationsalter ist die Anzahl der Wochen zwischen dem ersten Tag der letzten normalen Menstruation der Mutter und dem Tag der Entbindung.

Darüber hinaus hielt er fest, dass die öffentlich zugänglichen A–IQI– und Geburtenregister–Auswertungen österreichweite Kaiserschnittraten insgesamt bzw. bezogen auf die unterschiedlichen Versorgungsstufen (Perinatalzentren, Schwerpunkt– und Grundversorgung) ohne gesonderte Darstellung der Sonderklasse auswiesen; dies traf etwa auch auf die Informationsplattform „kliniksuche.at“ zu, die einen direkten Zugang zu konkreten Ergebnissen von A–IQI mit ausgewählten Daten zu den (Privat–)Krankenanstalten bot. Er verwies in diesem Zusammenhang auch auf die Stellungnahme des Gesundheitsministeriums, wonach bislang kein Einvernehmen mit den Ländern darüber habe erreicht werden können, den Sonderklassestatus bei Krankenhausaufnahmen bekannt zu geben.

Tagesklinische Leistungen

35.1 (1) Von den in den PRIKRAF–Krankenanstalten am häufigsten erbrachten operativen LKF–Leistungen war der überwiegende Teil gemäß dem Tagesklinikcatalog des LKF–Systems grundsätzlich tagesklinisch erbringbar, das heißt, sowohl die Aufnahme als auch die Entlassung konnten am selben Tag erfolgen. Tagesklinisch erbringbare Leistungen wiesen im Allgemeinen folgende Eigenschaften auf:

- gute Planbarkeit,
- etablierte Operationstechniken,
- geringes Risiko für intra– und postoperative Komplikationen sowie für Blutungen,
- keine Indikation für eine spezielle Nachsorge sowie
- einfaches postoperatives Schmerzmanagement.¹²⁶

Nicht zu den tagesklinisch erbringbaren Leistungen zählten insbesondere komplexe orthopädische Operationen wie Totalendoprothesen des Hüft– und des Kniegelenks. Voraussetzung für einen möglichen tagesklinischen Eingriff war ebenfalls, dass sich die Patientinnen und Patienten in einem guten Allgemeinzustand sowie in einem intakten häuslichen Umfeld befanden.

¹²⁶ siehe den RH–Bericht „Sanatorium Hera“ (Reihe Wien 2021/9, TZ 11, TZ 15)

(2) Die Entwicklung der prozentuellen Anteile der tagesklinisch erbrachten Leistungen von 2016 bis 2020 in PRIKRAF–Krankenanstalten und der Vergleich mit Landesfondskrankenanstalten stellte sich wie folgt dar (berücksichtigt wurden alle Leistungen mit einer Mindesthäufigkeit von 200¹²⁷ in den PRIKRAF–Krankenanstalten 2020):

Tabelle 19: Tagesklinischer Anteil von Operationen im Vergleich

	PRIKRAF–Krankenanstalten					Landesfondskrankenanstalten
	2016	2017	2018	2019	2020	2020
	tagesklinischer Anteil in %					
extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation ¹	58,5	68,5	73,0	78,3	82,3	91,2
Korrektur des Augenlids	83,3	85,2	87,5	87,2	89,8	87,3
Curettage	21,8	23,6	24,4	27,0	31,9	55,6
arthroskopische Operation des Kniegelenks	5,2	5,9	6,8	6,3	7,7	34,3
Dekompression des Nervus medianus offen ²	11,4	13,0	15,1	24,7	30,2	79,1
Exzision/Resektion von Haut und Weichteilgewebe (> 3 cm) ³	–	–	–	–	21,5	32,4
Ringbandspaltung ⁴	35,3	34,8	34,7	40,5	41,1	88,5
endovenöse Obliteration der Venae saphenae ⁵	20,0	28,6	30,7	38,2	37,1	61,7
Zirkumzision ⁶	45,2	51,9	43,0	51,5	56,0	71,8
Entfernung von Osteosynthesematerial an der unteren Extremität ⁷	16,7	16,1	16,1	18,9	20,5	33,0

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds

Quellen: DIAG; PRIKRAF

¹ häufige Operation zur Behandlung des Grauen Stars (Katarakt)

² Operation zur Behandlung des eingeklemmten Mittelarmnervs (Karpaltunnelsyndrom)

³ inklusive allfälliger Lappenplastik, Exzision: Entfernen eines Gewebes oder Gewebeteils aus therapeutischen oder diagnostischen Gründen; Resektion: teilweise Entfernung eines Organs oder Gewebeabschnitts durch eine Operation

⁴ Operation zur Behandlung des Schnappfingers („schnellender Finger“)

⁵ Verödung der oberflächlichen Vene mit Laserenergie

⁶ chirurgisch durchgeführte Umschneidung des Präputiums (Vorhaut) mit teilweiser oder kompletter Resektion

⁷ operative Entfernung von Platten, Schrauben, Nägeln und Drähten, die zur Stabilisierung von Knochenbrüchen in den Körper eingebracht wurden

Die tagesklinischen Anteile der von den PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachten Leistungen stiegen von 2016 bis 2020 teilweise deutlich an, waren aber zumeist erheblich geringer als jene der Landesfondskrankenanstalten. Während bei der „extrakapsulären Kataraktoperation“ und bei der „Korrektur des Augenlids“ die tagesklinische Leistungserbringung ähnlich hoch ausgeprägt war, traten besonders hohe Unterschiede bei folgenden häufig durchgeführten Eingriffen auf:

- Curettage (-24 Prozentpunkte),
- arthroskopische Operation des Kniegelenks (-27 Prozentpunkte),
- Dekompression des Nervus medianus (-49 Prozentpunkte),
- Ringbandspaltung (-47 Prozentpunkte).

¹²⁷ ausgenommen die Leistung „intrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation“, eine sehr seltene Operation zur Behandlung des Grauen Stars (Katarakt), da es sich laut PRIKRAF dabei vor allem um Fehlcodierungen der PRIKRAF–Krankenanstalten handelte

(3) Da die „intrakapsuläre Kataraktoperation“ in den Landesfondskrankenanstalten österreichweit nur in sehr seltenen Ausnahmefällen durchgeführt wurde (2020: 111–mal, 0,1 % aller Kataraktoperationen), hinterfragte der RH die 2016 bis 2020 vergleichsweise hohe Anzahl in PRIKRAF–Krankenanstalten (2020: 1.058–mal, 10,7 % aller abgerechneten Kataraktoperationen).¹²⁸ Laut den vom RH initiierten nachfolgenden Erhebungen des PRIKRAF handle es sich dabei vor allem um Fehlcodierungen (sie sind daher auch nicht in die Tabelle 19 aufgenommen). Finanzielle Auswirkungen hatten diese nicht. Der PRIKRAF ersuchte im September 2021 die betroffenen PRIKRAF–Krankenanstalten, die entsprechenden Datensätze für 2021 zu korrigieren und künftig Kataraktoperationen korrekt zu codieren.

(4) Die Landesgesundheitsfonds hatten Zugang zur DIAG bezogen auf alle Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten der Akutversorgung. Im Unterschied dazu hatte der PRIKRAF keinen Zugriff auf diese Datenbank (TZ 32); dadurch hatte er keinen Überblick über alle Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten und konnte er auch keine Vergleiche mit den Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten ziehen.

- 35.2 Der RH hielt fest, dass die Ausprägung der mit dem PRIKRAF abgerechneten tagesklinischen Leistungserbringung in den PRIKRAF–Krankenanstalten – mit Ausnahme von Kataraktoperationen und Korrekturen des Augenlids – zumeist erheblich geringer war als in den Landesfondskrankenanstalten.

Hinsichtlich der „intrakapsulären Kataraktoperation“ wies der RH darauf hin, dass die – auch im Unterschied zu den Landesfondskrankenanstalten – sehr hohe Zahl nach Angaben des PRIKRAF vor allem aus Fehlcodierungen resultierte. Auch wenn dies keine finanziellen Konsequenzen nach sich zog, hielt der RH kritisch fest, dass die Prüfungshandlungen des PRIKRAF diese Auffälligkeiten erst aufgrund der vom RH initiierten Erhebungen aufdeckten. Der RH räumte dabei ein, dass der PRIKRAF über keine Vergleichsdaten anderer Krankenanstalten verfügte.

Der RH empfahl dem PRIKRAF, eine korrekte Codierung durch die PRIKRAF–Krankenanstalten sicherzustellen.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF, gemeinsam Lösungen zu entwickeln, um dem PRIKRAF die für seine Prüfungshandlungen zweckmäßigen stationären Leistungs– und Vergleichsdaten zur Verfügung stellen zu können.

¹²⁸ Vorteile der intrakapsulären Methode waren der geringere Operationsaufwand und die niedrigeren Kosten, deshalb wurde sie auch standardmäßig zur Behandlung des Grauen Stars in Ländern der Dritten Welt angewandt. Wegen des höheren Infektionsrisikos aufgrund des erforderlichen längeren Schnittes sowie wegen des höheren Risikos einer Netzhautablösung war die extrakapsuläre die vorteilhaftere Methode und löste schon in den 1960er Jahren die intrakapsuläre Methode ab. In einer PRIKRAF–Krankenanstalt wurde von 2016 bis 2020 ausschließlich die „intrakapsuläre Kataraktoperation“ codiert, wobei eine Steigerung in diesem Zeitraum von 66 % zu verzeichnen war.

- 35.3 (1) Laut Stellungnahme des Gesundheitsministeriums habe der PRIKRAF mangels rechtlicher Grundlage keinen Zugriff auf die DIAG und könne selbst keine Vergleichsdaten der Landesfondskrankenanstalten abrufen. Für das Datenmonitoring könnten dem PRIKRAF allerdings jederzeit anonymisierte vordefinierte Datenauswertungen zur Verfügung gestellt werden.

Um dem PRIKRAF die für seine Prüfungshandlungen erforderlichen Vergleichsdaten bereitstellen zu können, werde an datenschutzrechtskonformen Lösungen gemeinsam gearbeitet (TZ 32).

(2) Laut Stellungnahme des PRIKRAF würden die MEL–Leistungen BF010 „intrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)“ und BF020 „extrakapsuläre Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)“ in dieselbe MEL–Gruppe mit gleicher Bepunktung führen. Fehlcodierungen seien nur statistisch relevant und nicht abrechnungsrelevant. Der PRIKRAF habe die leistungserbringenden Krankenanstalten im September 2021 ersucht, die entsprechenden Datensätze für 2021 zu korrigieren, zukünftig Kataraktoperationen korrekt mit BF020 zu codieren und BF010 ausschließlich bei intrakapsulären Eingriffen zu verwenden. Im LKF–Modell 2023 sei vorgesehen, dass die BF010 und die BF020 durch die BF015 „Kataraktoperation mit Linsenimplantation (LE=je Seite)“ ersetzt werde. Um zweckmäßige stationäre Leistungs– und Vergleichsdaten bereitzustellen, sei eine verpflichtende Datenübermittlung von allen stationären und tagesklinischen Aufenthalten in PRIKRAF–Krankenanstalten von allen Kostenträgern inklusive Selbstzahlerinnen und Selbstzahlern erforderlich. Zur Prüfung der Plausibilität sollte dem PRIKRAF ein Zugang zu den DIAG–Daten ermöglicht werden.

- 35.4 (1) Der RH bekräftigte gegenüber dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF, dass eine Umsetzung der empfohlenen Bereitstellung von zweckmäßigen stationären Leistungs– und Vergleichsdaten an den PRIKRAF die Entwicklung gemeinsamer Lösungen und damit die aktive Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheitsministerium und dem PRIKRAF erforderte. Dies mit dem Ziel, dem PRIKRAF diese für Prüfungshandlungen zweckmäßigen Daten bereitstellen zu können.

(2) Der RH stellte gegenüber dem PRIKRAF klar, dass eine korrekte Codierung umfassend und dauerhaft sicherzustellen ist (u.a. auch zur Qualitätssicherung); dies daher auch dann, wenn eine Fehlcodierung keine Abrechnungsrelevanz hat. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung, eine korrekte Codierung durch die PRIKRAF–Krankenanstalten sicherzustellen.

Resümee

- 36 Aus Sicht des RH bestand in Bezug auf den 2002 gegründeten und zuletzt (2020) mit rd. 150 Mio. EUR jährlich überwiegend aus Sozialversicherungsmitteln dotierten PRIKRAF Handlungsbedarf auf mehreren Ebenen:

(1) Rahmenbedingungen

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz regelte etwa die Dotierung des PRIKRAF, die Valorisierungen sowie in Grundzügen die vom PRIKRAF umfassten Krankenanstalten. Das PRIKRAF–Gesetz enthielt u.a. eine Auflistung der einzelnen PRIKRAF–Krankenanstalten:

- Weder die Anfangsdotierung des PRIKRAF bei seiner Gründung 2002 mit 1.000 Mio. ATS (rd. 73 Mio. EUR) noch die außerordentliche Erhöhung um 14,70 Mio. EUR ab dem Jahr 2019 war in den Gesetzesmaterialien aussagekräftig erläutert; beide waren somit nicht nachvollziehbar. Die Anfangsdotierung legte jedoch die Basis für die jährliche Finanzierung des PRIKRAF durch die Sozialversicherung fest und hatte zusammen mit der dauerhaften außerordentlichen Erhöhung um 14,70 Mio. EUR, die sich auf nahezu das Dreifache der jährlichen Valorisierung im Zeitraum 2017 bis 2019 belief, sowie den jährlichen Valorisierungen maßgebliche finanzielle Auswirkungen. So schätzte der RH die sich aus der Erhöhung um 14,70 Mio. EUR inklusive Valorisierung in den Folgejahren für die Krankenversicherungsträger ergebenden Mehrkosten auf insgesamt 97,50 Mio. EUR (für fünf Jahre) bzw. 198,25 Mio. EUR (für zehn Jahre). Ebenso wenig war aus den Gesetzesmaterialien ersichtlich, warum mit 2019 eine weitere Privatkrankenanstalt in den PRIKRAF aufgenommen wurde.

Künftige rechtliche und finanzielle Änderungen des PRIKRAF sollten daher auf nachvollziehbaren, validen und in den Gesetzesmaterialien dokumentierten Entscheidungsgrundlagen basieren. Dabei wären die von den PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachten und von der Sozialversicherung zu finanzierenden Leistungen zu berücksichtigen. (TZ 5, TZ 20)

- Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz ermöglicht seit 2008 die Aufnahme weiterer bettenführender Krankenanstalten in den PRIKRAF und verweist auf einen zwischen Dachverband und Wirtschaftskammer Österreich abzuschließenden Zusatzvertrag. Jedoch sind weder im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz noch im PRIKRAF–Gesetz für die Aufnahme einer Krankenanstalt in den PRIKRAF genauere Aufnahmekriterien festgelegt bzw. allfällige damit zusammenhängende finanzielle Folgen definiert.

Es wären daher nachvollziehbare Kriterien für die Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF bzw. deren Ausscheiden zu entwickeln. Weiters wäre darauf hinzuwirken, dass diese Voraussetzungen und die aus der Aufnahme bzw. dem Ausscheiden einer Krankenanstalt für den PRIKRAF allenfalls resultierenden Folgen klar

geregelt, das Vorliegen der Kriterien regelmäßig geprüft und gegebenenfalls Maßnahmen gesetzt werden. (TZ 5, TZ 6)

(2) Organisation

Organe des PRIKRAF waren laut PRIKRAF–Gesetz die Geschäftsführung und die Fondskommission:

- Die gesetzlichen Bestimmungen definierten nicht klar, wer konkret zur PRIKRAF–Geschäftsführung gehörte, weshalb auf eine eindeutige gesetzliche Definition der von der Geschäftsführung umfassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des PRIKRAF hinzuwirken wäre. (TZ 11)
- Die Aufgaben der elfköpfigen Fondskommission umfassten u.a. sowohl Überwachungs– als auch Entscheidungsagenden. Sie bestand laut PRIKRAF–Gesetz u.a. aus drei Vertreterinnen und Vertretern des Dachverbands und aus fünf von der Wirtschaftskammer Österreich entsandten Vertreterinnen und Vertretern, obgleich die Wirtschaftskammer Österreich den PRIKRAF im Unterschied zur Sozialversicherung nicht finanzierte. Es wäre daher die Zusammensetzung der Fondskommission des PRIKRAF in Hinblick auf ihre Aufgaben und die Finanzierungsverantwortung zu prüfen. (TZ 14)

(3) Aufsicht

Der PRIKRAF unterlag der Aufsicht der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers. Zu den Aufgaben bzw. Berechtigungen der Aufsicht gehörten u.a. die Genehmigung einer Reihe von im PRIKRAF–Gesetz genannten Organbeschlüssen sowie die Durchführung von Vor–Ort–Prüfungen:

- Mangels bisheriger Vor–Ort–Prüfungen sollte das Gesundheitsministerium solche Prüfungen regelmäßig durchführen. Dies vor dem Hintergrund, dass der PRIKRAF für jährlich bis zu rd. 150 Mio. EUR verantwortlich war und über keine eigene Interne Revision verfügte; das Wirtschaftsprüfungsunternehmen stellte bei seinen Prüfungen vor allem fest, ob bei Erstellung des Jahresabschlusses die gesetzlichen Vorschriften beachtet wurden und ob den Erfordernissen einer ordnungsgemäßen Buchführung entsprochen wurde. (TZ 15, TZ 17)
- Die Aufsicht des PRIKRAF genehmigte weder den Tätigkeitsbericht noch im Zeitraum 2008 bis Oktober 2021 Beschlüsse zur „Festlegung von Qualitätskriterien und Abstimmung mit der gesamtösterreichischen Gesundheitsplanung“, obwohl dies im PRIKRAF–Gesetz vorgesehen war. Die konkreten Gründe und Ziele etwa dieser gesetzlichen Bestimmungen sowie die durch die Aufsicht anzuwendenden Maßstäbe blieben offen. Die Aufgaben der PRIKRAF–Aufsicht wären daher zu prüfen und in der Folge wäre darauf hinzuwirken, dass die Aufgaben der Aufsicht sowie deren formale

und inhaltliche Ausgestaltung den aktuellen und künftigen Erfordernissen des PRIKRAF entsprechend klar festgelegt werden. (TZ 15)

(4) Qualitätssicherung

Der PRIKRAF hat die Einhaltung essenzieller Qualitätsstandards als Voraussetzung für die Abgeltung der Leistungen zu prüfen:

- Das seit der PRIKRAF–Gründung im jährlichen Stellenplan vorgesehene Prüf–Tätigkeitsausmaß von 0,5 VZÄ blieb trotz Steigerung der abgerechneten stationären Aufenthalte von 2003 bis 2019 (um 23 %) unverändert. Der Umfang der Prüftätigkeit bzw. die in freien Dienstverträgen vereinbarten Soll–Stunden korrelierten mit der Verfügbarkeit von qualifizierten Prüffärztinnen und Prüffärzten; die Ist–Stunden lagen z.B. 2020 unter den Soll–Stunden gemäß Stellenplan bzw. den freien Dienstverträgen. Daher wäre das für eine zweckmäßige Prüftätigkeit erforderliche Soll–Stundenausmaß (neu) zu definieren und wären die vereinbarten bzw. erbrachten Stunden danach auszurichten. (TZ 27)
- Der PRIKRAF hatte keinen Zugriff auf die DIAG; dadurch hatte er keinen Überblick über alle Leistungen der PRIKRAF–Krankenanstalten und konnte er auch keine Vergleiche mit den Landesfonds– und Unfallkrankenanstalten ziehen. Daher wären gemeinsam Lösungen zu entwickeln, um dem PRIKRAF die für seine Prüfungshandlungen zweckmäßigen stationären Leistungs– und Vergleichsdaten zur Verfügung stellen zu können. (TZ 35)



Schlussempfehlungen

37 Zusammenfassend empfahl der RH:

Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF

- (1) Die Vertretung der Geschäftsführung wäre klar und umfassend schriftlich zu regeln. (TZ 11)
- (2) Eine Risikoanalyse mit dem Schwerpunkt Compliance wäre durchzuführen, um potenzielle Risikobereiche identifizieren und erforderliche Maßnahmen setzen zu können. (TZ 16)
- (3) Durch geeignete Maßnahmen wäre sicherzustellen, dass nach Durchführung der Risikoanalyse mit dem Schwerpunkt Compliance definierte Compliance–Grundwerte allen für den PRIKRAF Tätigen nachvollziehbar übertragen werden. (TZ 16)
- (4) Für künftige Dienstverträge der Bediensteten wäre für alle Nebenbeschäftigungen eine Zustimmung der Geschäftsführerin bzw. des Geschäftsführers zu prüfen. (TZ 16)
- (5) Kosten–Nutzen–Überlegungen über den Abschluss noch ausständiger Einzelverträge wären anzustellen und dabei wären auch die Interessen der Anspruchsberechtigten zu berücksichtigen. (TZ 22)
- (6) Das Wirtschaftsprüfungsunternehmen wäre zu wechseln und eine Rotation des Wirtschaftsprüfungsunternehmens regelmäßig durchzuführen. (TZ 23)
- (7) Vor–Ort–Prüfungen in allen PRIKRAF–Krankenanstalten wären ehestmöglich wieder und in der Folge regelmäßig durchzuführen. (TZ 26)
- (8) Das für eine zweckmäßige Prüftätigkeit erforderliche Soll–Stundenausmaß wäre (neu) zu definieren und die vereinbarten bzw. erbrachten Stunden wären danach auszurichten. (TZ 27)
- (9) Eine einheitliche und aussagekräftige Berichterstattung bzw. Dokumentation der Tätigkeit der Prüfärztinnen und Prüfärzte wäre sicherzustellen. (TZ 27)

- (10) Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit und Behandlungsqualität wäre mit dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz die mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit konforme Vorgangsweise im Falle einer Standortverlagerung von Mindestfallzahl–Leistungen innerhalb eines Landes zu klären. Weiters wären die erforderlichen Schritte zu setzen, um einen mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit konformen Umgang mit der Erbringung von an Mindestfallzahlen gebundenen medizinischen Leistungen sicherzustellen. (TZ 31)
- (11) Eine korrekte Codierung durch die PRIKRAF–Krankenanstalten wäre sicherzustellen. (TZ 35)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- (12) Gemeinsam mit dem Dachverband der Sozialversicherungsträger und der Wirtschaftskammer Österreich wäre die Auflistung der Krankenanstalten im PRIKRAF–Gesetz im Hinblick auf ihre Relevanz zu prüfen. In der Folge wäre auf eine Aktualisierung der Auflistung der Krankenanstalten im PRIKRAF–Gesetz hinzuwirken. (TZ 4)
- (13) Es wäre darauf hinzuwirken, dass künftige rechtliche und finanzielle Änderungen des PRIKRAF auf nachvollziehbaren, validen und in den Gesetzesmaterialien dokumentierten Entscheidungsgrundlagen basieren. Dabei wären die von den PRIKRAF–Krankenanstalten erbrachten und von der Sozialversicherung zu finanzierenden Leistungen zu berücksichtigen. (TZ 5, TZ 20)
- (14) Zur Sicherstellung von Transparenz und Rechtssicherheit wären nachvollziehbare Kriterien für die Aufnahme von Krankenanstalten in den PRIKRAF bzw. deren Ausscheiden zu entwickeln. Weiters wäre darauf hinzuwirken, dass diese Voraussetzungen und die aus der Aufnahme bzw. dem Ausscheiden einer Krankenanstalt für den PRIKRAF allenfalls resultierenden Folgen klar geregelt, das Vorliegen der Kriterien regelmäßig geprüft und gegebenenfalls Maßnahmen gesetzt werden. (TZ 6)
- (15) Es wäre darauf hinzuwirken, dass § 149 Abs. 3 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (Bestehen eines Zusatzvertrags) im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Privatkrankenanstalt in den PRIKRAF entsprochen wird. (TZ 6)
- (16) Gemeinsam mit den Ländern wäre die Zweckmäßigkeit einer einheitlichen Darstellung von Nicht–Landesfondskrankenanstalten in den Regionalen Strukturplänen Gesundheit zu prüfen. (TZ 10)

- (17) Auf eine eindeutige gesetzliche Definition der von der Geschäftsführung umfassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des PRIKRAF wäre hinzuwirken. (TZ 11)
- (18) Die PRIKRAF–Geschäftsführerposition wäre künftig so rechtzeitig auszuschreiben, dass eine nahtlose Weiterbestellung bzw. Nachfolge möglich ist und eine Interimslösung vermieden wird. (TZ 12)
- (19) Die inhaltliche Ausgestaltung von Geschäftsführerverträgen des PRIKRAF sollte sich an der Bundes–Vertragsschablonenverordnung im Sinne einer Best–Practice–Regel orientieren. (TZ 13)
- (20) Die Zusammensetzung der Fondskommission des PRIKRAF wäre im Hinblick auf ihre Aufgaben und die Finanzierungsverantwortung zu prüfen. (TZ 14)
- (21) Die Aufgaben der PRIKRAF–Aufsicht wären nach Durchführung einer Risikoanalyse dahingehend zu beurteilen, ob sie zweckmäßig, wirksam und ausreichend sind. In der Folge wäre darauf hinzuwirken, dass die Aufgaben der Aufsicht sowie deren formale und inhaltliche Ausgestaltung den aktuellen und künftigen Erfordernissen des PRIKRAF entsprechend klar festgelegt werden. (TZ 15)
- (22) Auf Basis des PRIKRAF–Gesetzes wäre der PRIKRAF regelmäßig vor Ort zu prüfen. (TZ 17)
- (23) Gegenüber den Krankenversicherungsträgern wäre auf den Abschluss von Einzelverträgen mit PRIKRAF–Krankenanstalten – aufgrund von Kosten–Nutzen–Überlegungen zum Abschluss noch ausständiger Einzelverträge durch den PRIKRAF – hinzuwirken. (TZ 22)
- (24) Im Interesse höchstmöglicher Patientensicherheit und Behandlungsqualität wären geeignete Maßnahmen zu setzen bzw. zu entwickeln, um eine mit dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit konforme Durchführung von medizinischen Leistungen in Krankenanstalten sicherzustellen bzw. zu forcieren. (TZ 30)
- (25) Gemeinsam mit dem PRIKRAF und dem zuständigen Landesgesundheitsfonds wären für Mindestfallzahl–Leistungen geeignete Maßnahmen zu setzen, um eine ordnungsgemäße Abrechnung mit PRIKRAF–Krankenanstalten sicherzustellen. (TZ 32)

- (26) Die Weiterentwicklung aussagekräftiger Indikatoren in den Bereichen Geburtshilfe und Neonatologie im Rahmen von Austrian Quality Inpatient Indicators wäre voranzutreiben. [\(TZ 34\)](#)
- (27) Im Interesse der Patientensicherheit sowie zur Vermeidung von Doppelgleisigkeiten und Ineffizienzen wäre zu evaluieren, wie Synergien mit dem Geburtenregister zu erzielen wären; dies auch im Hinblick auf zusätzliche Informationen in „kliniksuche.at“. [\(TZ 34\)](#)
- (28) Mit den Arbeiten für den im Rahmen von Austrian Quality Inpatient Indicators im Jahr 2020 angestrebten Jahresschwerpunkt betreffend Geburtshilfe und Neonatologie wäre baldig zu beginnen. [\(TZ 34\)](#)
- (29) Im Interesse der Patientensicherheit wäre die Ausweitung der Infektionsüberwachung auf weitere Surveillance–Bereiche bzw. –Indikatoren – wie Kaiserschnitt oder neonatologische Intensivstation – zu prüfen. Es wären Lösungen zu prüfen, um auch die im ambulanten Bereich diagnostizierten Wundinfektionen nach Kaiserschnitt erfassen zu können. [\(TZ 34\)](#)

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds – PRIKRAF

- (30) Eine befristete Dauer der Mitgliedschaft in der Fondskommission wäre zu prüfen und in sinngemäßer Anwendung des Bundes–Public Corporate Governance Kodex 2017 eine Erhöhung der Frauenquote anzustreben. Weiters sollten für die Fondskommission Regelungen für den Umgang mit potenziellen Interessenkonflikten und Haftungsregelungen getroffen werden. [\(TZ 14\)](#)
- (31) Es wäre darauf hinzuwirken, gemeinsam mit den Landesgesundheitsfonds die Vorgangsweisen bei der Auswahl der zu prüfenden Datensätze zu analysieren. Dies auch, um eine quantitativ risikoorientierte Datenqualitätsprüfung sicherzustellen. [\(TZ 28\)](#)
- (32) Gemeinsam wären Lösungen zu entwickeln, um dem PRIKRAF die für ein aussagekräftiges und zeitnahes Monitoring der Erbringung der Mindestfallzahlen erforderlichen Daten zur Verfügung stellen zu können. [\(TZ 32\)](#)
- (33) Gemeinsam wären Lösungen zu entwickeln, um dem PRIKRAF die für seine Prüfungshandlungen zweckmäßigen stationären Leistungs– und Vergleichsdaten zur Verfügung stellen zu können. [\(TZ 35\)](#)



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im Oktober 2022

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R - H



