

Bericht des Rechnungshofes

**Instrumente zur finanziellen Steuerung
der Krankenversicherung**

Inhaltsverzeichnis

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis _____	10
Abkürzungsverzeichnis _____	12

BMASK
BMF
BMG

Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Finanzen
Gesundheit

Instrumente zur finanziellen Steuerung der
Krankenversicherung

KURZFASSUNG _____	16
Prüfungsablauf und –gegenstand _____	40
Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Kranken- versicherungsträger _____	42
Gebarungsumfang und –ergebnisse der Kranken- versicherungsträger _____	42
Ziele, Instrumente und Akteure der Steuerung _____	44
Entwicklung der Rechtsgrundlagen zur Steuerung _____	49
Prognoserechnungen _____	52
Rechtliche Vorgaben _____	52
Planungsmaßstab, Planungshorizont und Maßnahmen- orientierung _____	54
Gliederung der Prognoserechnungen _____	59
Höhe der Prognoseabweichungen _____	61

Allgemeine methodische Mängel	66
Fehlendes Benchmarking der Prognosegenauigkeit	70
Unterschiede im Planungsprozess	72
Nachgängige Abweichungsanalyse	76
Erläuterungen zu den Prognoserechnungen	78
Nutzung in der gesamtstaatlichen Planung	80
Zusammenfassung – Prognoserechnungen	81
Kassensanierungspaket 2009 bis 2013	83
Entstehung und Kerninhalte	83
Bundesmittel	87
Finanzziele	99
Monitoring	112
Zusammenfassung Kassensanierungspaket	117
Gesundheitsreform 2012 bis 2016	118
Entstehung und Kerninhalte	118
Ausgabenobergrenzen	120
Operationalisierung der Ausgabenobergrenzen	123
Kenngrößen zur Zieldefinition	127
Monitoringprozess	132
Inhaltliche Bewertung der Zielerreichung	133
Aussagekraft der Monitoringergebnisse	133
Zusammenfassung Gesundheitsreform 2012	137

Interne Finanzziele	137
Ausgleichsfonds	141
Umsetzung von Empfehlungen des RH	141
Umsetzung der Verteilungskriterien	143
Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013	147
Ausblick	151
Gesamteinschätzung	153
Schlussempfehlungen	154

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1:	Zuständigkeiten zur Steuerung im Überblick _____	47
Tabelle 2:	Gesetzliche Änderungen zur Steuerung der Krankenversicherungsträger _____	49
Tabelle 3:	Beispielhafte Darstellung der Prognoserechnungen und des Rechnungsabschlusses im Jahr 2011 _____	53
Abbildung 1:	Prognoseabweichungen Betriebsergebnis aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR) _____	62
Abbildung 2:	Prognoseabweichungen Erträge aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR) _____	63
Abbildung 3:	Prognoseabweichungen Aufwendungen aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR) _____	64
Tabelle 4:	Durchschnittliche Prognoseabweichungen 2009 bis 2013 im Trägervergleich _____	70
Tabelle 5:	Bundesmittel 2009 bis 2014 nach Träger und Grundlage (in Mio. EUR) _____	89
Tabelle 6:	Kassenstrukturfonds-Mittel 2010 bis 2014 _____	93
Abbildung 4:	Entwicklung des Reinvermögens der Krankenversicherungsträger 2004 bis 2014 _____	95
Tabelle 7:	Veränderung Reinvermögen je Krankenversicherungsträger bzw. Bundesmittel je Anspruchsberechtigten (AB) _____	97
Tabelle 8:	Steigerung Sillian-Werte und endgültige Ausgaben (alle Krankenversicherungsträger) _____	101
Abbildung 5:	„Erlaubte“ und „befürchtete“ Kostensteigerungen (alle Krankenversicherungsträger) _____	101
Tabelle 9:	Dämpfungsvolumen nach Bereichen (alle Krankenversicherungsträger) _____	104
Tabelle 10:	Gegenüberstellung Ausgabendämpfungsziele 2010 (alle Krankenversicherungsträger) _____	105

Tabelle 11:	Vergleich Sanierungskonzept mit BSC-Zielen und endgültigen Ergebnissen für das Jahr 2013 (alle Krankenversicherungsträger) _____	106
Abbildung 6:	Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; StGKK 2010 bis 2013 _____	110
Abbildung 7:	Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; WGKK 2010 bis 2013 _____	110
Tabelle 12:	Ausgabendämpfung 2010 bis 2013 laut Monitoringberichten _____	114
Tabelle 13:	Aufwandssteigerung in % (2009 auf 2013) _____	114
Tabelle 14:	Ausgabenentwicklung im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 gegenüber Vergleichsperiode 2004 bis 2008 _____	116
Tabelle 15:	Detailabgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben im Vergleich zu SHA _____	135
Tabelle 16:	Mittelverwendung im Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG _____	142
Tabelle 17:	Einzahlungen/Auszahlungen StGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013 (in Mio. EUR) _____	145
Tabelle 18:	Einzahlungen/Auszahlungen WGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013 (in Mio. EUR) _____	145
Tabelle 19:	Veränderung Reinvermögen StGKK, WGKK und BVA _____	148
Tabelle 20:	Finanzielle Lage der StGKK, der WGKK und der BVA _____	149
Tabelle 21:	Erfüllung Ausgabenobergrenzen und Bilanzergebnis 2016 _____	152

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AlVG	Arbeitslosenversicherungsgesetz
AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BFRG	Bundesfinanzrahmengesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BHG	Bundshaushaltsgesetz
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BKA	Bundeskanzleramt
BKK	Betriebskrankenkasse
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSC	Balanced Scorecard
bspw.	beispielsweise
BSVG	Bauern-Sozialversicherungsgesetz
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
BZV	Bundes-Zielsteuerungsvertrag
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EuGH	Europäischer Gerichtshof
EUR	Euro
f./ff.	folgende
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits- und Sozialbereich-Beihilfengesetz
GVR	Gebarungsvorschaurechnung
GZ	Geschäftszahl
HVS	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

i.d.g.F.	in der geltenden Fassung
i.e.S.	im engeren Sinn
IHS	Institut für Höhere Studien
i.H.v.	in Höhe von
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologie
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
IT	Informationstechnologie
KA	Krankenanstalt
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KOVG 1957	Kriegsopferversorgungsgesetz 1957
lit.	litera
lt.	laut
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
n.v.	nicht verfügbar
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OGH	Oberster Gerichtshof
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
p.a.	per anno
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RV	Rechnungsvorschriften
Rz	Randziffer
S.	Seite(n)
SHA	System of Health Accounts
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SV-Träger	Sozialversicherungsträger
tlw.	teilweise
TZ	Textzahl(en)

Abkürzungen



u.a.	unter anderem
UKH	Unfallkrankenhaus
UStG	Umsatzsteuergesetz
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VfGH	Verfassungsgerichtshof
VO	Verordnung
VPI	Verbraucherpreisindex
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
vgl.	vergleiche
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WIFO	Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel
z.T.	zum Teil

**Wirkungsbereich der Bundesministerien für
Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
Finanzen
Gesundheit**

Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung

Aufgrund eines stark negativen Reinvermögens mehrerer Krankenversicherungsträger und eines stark negativen Ausblicks unterstützte der Bund die gesetzliche Krankenversicherung zwischen 2009 und 2014 mit rd. 1,302 Mrd. EUR und gab eine aufwandsseitige Konsolidierung von rd. 1,725 Mrd. EUR vor. Obwohl die Ziele dieses Sanierungspakets erfüllt wurden, sah die Gebarungsvorschau bis 2017 wieder erhebliche Abgänge voraus.

Den Instrumenten der Gebarungsvorschau fehlte trotz hohem Aufwand und hohem Detailgrad die erforderliche Glaubwürdigkeit für die Nutzung zur Steuerung. Sie war im Hinblick auf die Prognosezeiträume und den Maßstab der Planung nicht mit der mittelfristigen Haushaltsplanung der Gebietskörperschaften abgestimmt. Durch das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht lagen die Prognosen im Prüfungszeitraum immer wesentlich ungünstiger (im Zweijahreshorizont um rd. 592,07 Mio. EUR) als die endgültigen Rechnungsabschlüsse. Das BMF erstellte daher für die Instrumente der mittelfristigen Haushaltsplanung abweichende Prognosen für den Sektor Sozialversicherung.

Die 2009 für den Zeitraum bis 2013 festgelegten Finanzziele waren spätestens ab 2011 aufgrund der tatsächlichen Entwicklung nicht mehr zur Detailsteuerung der Krankenversicherungsträger geeignet. Dies galt auch für die im Jahr 2012 bis zum Jahr 2016 festgelegten Ausgabenobergrenzen. Aufgrund der im Rückblick zu hoch angesetzten Ausgabensteigerungen im „no policy change“-Szenario von 5,2 % (die vorsichtigen Schätzungen der Gebarungsvorschau hatten rd. 3,4 % angesetzt) waren auch die angesetzten Ausgaben-dämpfungen von rd. 1,372 Mrd. EUR nicht realistisch.

Dennoch wurden die Ausgabenobergrenzen unverändert in das Zielsteuerungssystem des Hauptverbands und der Krankenversicherungsträger übernommen. Diese Systeme verloren damit in wesentlichem Ausmaß ihre Wirkung als Steuerungsinstrumente.

Unabhängig davon bemühten sich die Träger um eine Sanierung. Sie erreichten auch eine Ausgabendämpfung bzw. Sanierung des Betriebsergebnisses, die insbesondere von der günstigen Entwicklung im Heilmittelbereich getragen war. Dies allerdings in unterschiedlichem Ausmaß: Nachdem sowohl die StGKK als auch die WGKK im Jahr 2009 jeweils ein negatives Betriebsergebnis von rd. – 5 % der Versicherungsleistungen aufwiesen, konnte nur die StGKK im Prüfungszeitraum ein positives Betriebsergebnis erreichen, die WGKK jedoch nicht.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Gebarungüberprüfung war die Beurteilung

- der Qualität der Gebarungsvorschaurechnungen bzw. des Jahresvoranschlags und der vorläufigen Erfolgsrechnung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA),
- der Eignung der Finanzziele des Kassensanierungspakets 2009 bis 2013 bzw. der Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 bis 2016 zur Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit der Krankenversicherungsträger und zu deren Steuerung sowie
- der Nachhaltigkeit der finanziellen Entwicklung der StGKK, WGKK und BVA. (TZ 1)

Zeitgleich und inhaltlich ergänzend zur gegenständlichen Gebarungüberprüfung führte der RH eine Prüfung zum Thema „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ durch. Das Ergebnis dieser Prüfung wurde zeitgleich im Bericht Bund 2016/3 veröffentlicht. (TZ 1)

**Basisinformationen
zur finanziellen
Steuerung der
Krankenver-
sicherungsträger**

Der Gebarungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung machte im Jahr 2013 mit rd. 15,676 Mrd. EUR rd. 10 % des Sektors Staat nach der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung aus. Eine gezielte finanzielle Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung war schon aufgrund dieses hohen Gebarungsumfangs unabdingbar. (TZ 2)

In der Vergangenheit hatte die Verschlechterung der finanziellen Lage bei der WGKK bereits eine Gefährdung der Versorgung aus eigenen Mitteln bewirkt, während andere Träger (die BVA) Reserven von bis zu rd. 707,17 Mio. EUR aufbauten. Zwischen 2009 und 2013 flossen Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR zur Sanierung an die Krankenversicherungsträger, aber aufgrund der zur Zeit der Gebarungsüberprüfung negativen Gebarungsvorschau – erwartete Verschlechterung des Bilanzergebnisses von rd. 218,00 Mio. EUR im Jahr 2013 auf rd. – 365,99 Mio. EUR im Jahr 2017 – war die Nachhaltigkeit der Finanzierung erneut nicht sichergestellt. Dies war eine Konsequenz von Mängeln in der finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger. (TZ 2)

**Ziele, Instrumente
und Akteure der
Steuerung**

Für die Gebarung der Krankenversicherungsträger galten zwei grundsätzliche Zielvorgaben: (TZ 3)

- Die Krankenversicherungsträger hatten einerseits die notwendige, angemessene und zweckmäßige Krankenbehandlung sicherzustellen.
- Andererseits sollten die Krankenversicherungsträger nicht mehr ausgeben, als sie einnahmen (Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik).

Als Instrumente der Steuerung bestand einerseits ein Regelkreis aus Zielvorgaben und Monitoring für das Gebarungsergebnis der Krankenversicherungsträger. Andererseits waren die konkreten Einnahmen und Ausgaben im Sinne dieser Vorgaben durch spezifische Maßnahmen (z.B. Erhöhung oder Senkung von Tarifen, Erweiterung oder Einschränkung der angebotenen Dienstleistungen) zu beeinflussen. (TZ 3)

Die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger stand daher vor wesentlichen Herausforderungen: (TZ 3)

- Zwischen dem gesetzlichen Versorgungsauftrag und dem programmatischen Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bestand ein Spannungsverhältnis.
- Gesamtstaatliche Zielsetzungen (z.B. Maastricht-Defizit, gesundheitspolitische Ziele) waren durch eine operative Einflussnahme auf die Einnahmen und Ausgaben umzusetzen.
- Neben den direkt beeinflussbaren Größen waren auch Steuerungsentscheidungen anderer Rechtsträger und externe Faktoren wie die Konjunkturentwicklung, die Demografie oder der technische Fortschritt zu berücksichtigen.

Sowohl die einzelnen Träger als auch der Hauptverband, das BMG, der Bundesgesetzgeber, die Länder und die EU trafen Entscheidungen, die Einfluss auf die finanzielle Lage der Krankenversicherungsträger hatten: (TZ 3)

Zuständigkeiten zur Steuerung im Überblick					
Akteure	Gesamtziele	Erträge	Aufwendungen		
		Beiträge	ärztliche Hilfe	Heilmittel	Krankenanstalten
externe Faktoren		Demografie			
		Konjunktur		pharmazeutische Innovationen	
EU	Maastrichtsaldo als Vorgabe			Rahmenbedingungen, z.B. Transparenzrichtlinie	Rahmenbedingungen, z.B. Arbeitszeitrecht
Gesamtstaat	15a-Vereinbarung über öffentliche Gesundheitsausgaben (Ausgabenobergrenzen)		Steuerung der Leistungen zum best point of service	Koordination Krankenversicherung und Spitäler	KA-Finanzierung (15a-Vereinbarung, Finanzausgleich)
Länder	Vertragspartner bei 15a-Vereinbarungen		Mitwirkung bei Gesundheitsreform		Genehmigung Ambulatorien, Umfang Angebot
Gesetzgeber Bund	Vorgabe einnahmenorientierter Ausgabenpolitik (ausgeglichener Haushalt)	Beitragssätze, Leistungsersätze	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Gesamtvertragsrecht)	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Erstattungskodex)	Grundsatzgesetz (z.B. Anwendung der Richtlinie für ökonomische Verschreibeweise)
BMG	Zustimmung zu Finanzziele im BMG, Vertretung des Bundes bei 15a-Vereinbarungen		Qualitätsrichtlinien	Preisregulierung, Spannen für Vertriebswege	
Hauptverband	Koordinierung der Träger, Gesamtziele im Rahmen eines Zielsteuerungssystems	Berechnungen/Richtlinien im Bereich Pensionen	Abschluss Gesamtverträge	Aufnahme in Erstattungskodex, Preisverhandlungen	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Krankenversicherungsträger	Verantwortung für ausgeglichenen Haushalt	Beitragsprüfung	Verhandlung Gesamtverträge	Behandlungsökonomie	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Gesamtschätzung Steuerbarkeit Krankenversicherung		gering	zentrale Steuerungsaufgabe	zentrale Steuerungsaufgabe	im Rahmen der Gesundheitsreform tlw. beeinflussbar

Quelle: RH

Kurzfassung

Daraus ergab sich eine komplexe Matrix an Akteuren und Steuerungsaufgaben. Weiters waren unterschiedliche Träger zu koordinieren und innerhalb der Träger Dienstnehmer- und Dienstgeberinteressen abzustimmen. Ein Steuerungssystem, das in diesem komplexen Bereich klare Vorgaben und Verantwortlichkeiten schuf, war daher wesentlich. (TZ 3)

**Entwicklung der
Rechtsgrundlagen
zur Steuerung**

Der Gesetzgeber hatte in den letzten zwanzig Jahren mehrfach eine Verstärkung der Steuerung der finanziellen Gebarung der Krankenversicherungsträger angestrebt. Im Zentrum der Bemühungen standen dabei folgende Themen: (TZ 4)

- Finden eines geeigneten Planungshorizonts (mittelfristige Perspektive bei höchstmöglicher Aktualität),
- Definition übergeordneter Richtungsvorgaben bei Wahrung der Eigenständigkeit der einzelnen Sozialversicherungsträger,
- Einrichtung eines unabhängigen, übergreifenden Monitorings bzw. Controllings (Ermittlung von Kennzahlen durch den Hauptverband, die Controllinggruppe bzw. eine Tochtergesellschaft der GÖG),
- Schaffung von Anreizen, um den Richtungsvorgaben auch zu folgen (Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds, bedingte Erhöhung von Beiträgen, Einrichtung eines Kassenstrukturfonds aus Bundesmitteln).

Wesentliche Elemente dieser Bemühungen scheiterten aber an einer verfassungskonformen Ausgestaltung (z.B. Zielvereinbarungen 2003) bzw. blieben erfolglos und wurden wieder zurückgenommen (z.B. Einführung und Abschaffung einer Controllinggruppe). (TZ 4)

Prognoserechnungen**Rechtliche Vorgaben**

Die Krankenversicherungsträger hatten verschiedene Prognoserechnungen zu erstellen: Für das laufende Jahr waren jeweils im Februar ein Jahresvoranschlag sowie quartalsweise eine vorläufige Erfolgsrechnung zu erstellen; für zwei weitere Jahre war ab dem Jahr 2003 eine Gebarungsvorschau zu erstellen und quartalsweise zu aktualisieren. (TZ 5)

Planungsmaßstab, Planungshorizont und Maßnahmenorientierung

Die rechtlichen Vorgaben wichen sowohl hinsichtlich des Planungsmaßstabs als auch hinsichtlich des Planungszeitraums von denen für die Gebietskörperschaften (z.B. der mittelfristigen Haushaltsplanung des Bundes) ab: Der Bund hatte „glaubwürdig und effektiv“ für vier Jahre zu planen; die Krankenversicherungsträger für drei Jahre nach dem Grundsatz der kaufmännischen Vorsicht. Eine Verpflichtung, bei Abgängen in den Prognosen gegensteuernde Maßnahmen bekannt zu geben, bestand für die Sozialversicherung – im Gegensatz zum Österreichischen Stabilitätsprogramm – nicht. (TZ 6)

Gliederung der Prognoserechnungen

Die Gliederung der Prognoserechnungen war mit 66 Positionen zwar sehr detailliert, finanziell bedeutsame Positionen – wie bspw. die ärztliche Hilfe mit rd. 3,856 Mrd. EUR – waren jedoch nur als Gesamtsummen dargestellt. Andererseits waren einzelne Positionen zu planen, die trägerübergreifend nur rd. 200.000 EUR ausmachten. Wesentliche steuerungsrelevante Informationen, wie die Prognosen zu den einzelnen Zielwerten des Kassensanierungspakets, waren den Prognoserechnungen nicht zu entnehmen. (TZ 7)

Höhe der Prognoseabweichung

Die ersten Gebarungsvorschaurechnungen waren im Prüfungszeitraum aufgrund des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht immer zu pessimistisch, die Abweichung des prognostizierten Betriebsergebnisses vom endgültigen Betriebsergebnis lag für die Summe der Krankenversicherungsträger bei der jeweils ersten Gebarungsvorschau bei durchschnittlich rd. 592,07 Mio. EUR. Die Erträge wurden zu niedrig, die Aufwendungen zu hoch prognostiziert. Die Abweichungen waren so hoch, dass dadurch die Gebarungsvorschau keine geeignete Grundlage zur Steuerung darstellte. (TZ 8)

Die Krankenversicherungsträger begründeten die hohen Abweichungen mit dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht. Diese Begründung war insofern nicht zutreffend, als auch unter Berücksichtigung eines Vorsichtsprinzips das Ziel hoher Prognosegenauigkeit vorrangig sein sollte. (TZ 8)

Allgemeine methodische Mängel

Mängel im Vorgehen der Krankenversicherungsträger bei der Erstellung der Prognoserechnungen führten zu Beeinträchtigungen der Prognosequalität: (TZ 9)

- Die Krankenversicherungsträger berücksichtigten nicht alle verfügbaren Prognosen zur Wirtschaftsentwicklung (insbesondere nicht jene aus dem Stabilitätsprogramm);
- die von den Krankenversicherungsträgern vorgenommenen Änderungen der Prognoseparameter der Wirtschaftsforschungsinstitute führten überwiegend zu einer Verschlechterung der Prognosegenauigkeit;
- die Prognose der Entwicklung der Zahl der Pensionisten als Parameter für die Beitragsentwicklung war wenig auf die demografische Entwicklung abgestimmt;
- die Aufteilung der Beiträge von Pensionisten war komplex und erreichte trotzdem mangels Aktualität die ursprüngliche Zielsetzung nicht mehr;
- der Hauptverband koordinierte in seinem Prognosemodell EXXACT die Prognosezeiträume und Erstellungszeitpunkte nicht mit der Gebarungsvorschau und lieferte als Ergebnis lediglich Prozentwerte ohne Begründungen.

Fehlendes Benchmarking der Prognosegenauigkeit

Ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit fehlte, obwohl die Prognosegenauigkeit im Trägervergleich erheblich unterschiedlich war. Im Bereich der Heilmittel hatte z.B. die BVA eine durchschnittliche Prognoseabweichung von 9,0 %, die StGKK von 7,0 % und die WGKK von 5,8 %. Im Bereich der ärztlichen Hilfe hatte die StGKK eine durchschnittliche Abweichung von 3,6 %, die BVA von 2,3 % und die WGKK von 1,0 %. Im Vergleich der Gebietskrankenkassen lag die Prognosegenauigkeit der WGKK besser als jene der StGKK. (TZ 10)

Unterschiede im Planungsprozess

Zwischen den Krankenversicherungsträgern gab es Unterschiede im Planungsprozess bezüglich der Erstellung der Vorscheurechnungen: Die Träger erstellten die Prognosen zum Teil zu früh vor den Abgabezeitpunkten, so dass aktuelle Informationen nicht mehr aufgenommen werden konnten. Einige Prognoserechnungen wurden regelmäßig nicht von den Gremien der Träger beschlossen, Plan-Ist-Vergleiche erfolgten teilweise nur unregelmäßig bzw. in großen Abständen. Die verfügbaren Informationen (z.B. regionale Wirtschaftsdaten oder die dem Österreichischen Stabilitätsprogramm zugrunde liegenden Prognosen) wurden nicht vollständig genutzt. Die StGKK schrieb die bestehenden Prognosen wesentlich öfter fort als die WGKK; diese nahm öfter Aktualisierungen vor. (TZ 11)

Der Zeitpunkt der Vertragsabschlüsse mit den Ärztekammern und die Fristen für die Abrechnung der Honorare hatten Einfluss auf die zum Zeitpunkt der Planung verfügbaren Informationen und beeinflussten somit die Prognosegenauigkeit. (TZ 11)

Nachgängige Abweichungsanalyse

Eine trägerübergreifende Ex-post-Analyse der Prognosequalität erfolgte nicht. Eine derartige Qualitätssicherung wäre wesentlich, um die Prognosegüte zu verbessern. Eine Analyse des RH zeigte Vorgehensweisen auf, bei denen ein frühzeitiges Gegensteuern die Planungsgenauigkeit systematisch verbessert hätte. So setzte ein Träger Ziel- statt Planwerte an, ein anderer Träger nahm bewusst eine „extrem“ vorsichtige Planung vor, bei einem Träger trug eine schlechte Datenlage bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln zu großen Abweichungen bei. Die Erfassung der Prognoserechnungen erfolgte nicht in maschinell einlesbarer Form (z.B. als Datenbank statt als Excel-Datei), so dass Aussagen bezüglich der Prognosequalität über einen längeren Zeitraum bzw. im Trägervergleich nicht getätigt werden konnten. (TZ 12)

Erläuterungen zu den Prognoserechnungen

Das BMG hatte in den Weisungen für die Prognoserechnungen keine Erläuterungen für die vorläufige Erfolgsrechnung vorgesehen. Die Erläuterungen der Träger zu den Gebarungsvorscheurechnungen waren für eine inhaltliche Beurteilung der Qualität der Gebarungsvorscheurechnungen nicht geeignet. Diese beiden Umstände

erschwerten die Analyse und das inhaltliche Verständnis der Prognoserechnungen. (TZ 13)

Nutzung in der gesamtstaatlichen Planung

Das BMF legte bei seinen Planungen andere Berechnungen zugrunde als die Krankenversicherungsträger und setzte nicht die Werte der Gebarungsvorschaurechnungen an. Dies war eine Folge der unterschiedlichen Planungsmaßstäbe und der sich daraus ergebenden systematisch hohen Abweichungen der Gebarungsvorschaurechnungen von den Ist-Werten. So konnte die gesamtstaatliche Haushaltsplanung auf die detaillierteren Überlegungen der Gebarungsvorschaurechnungen und die darin enthaltene sachliche Kompetenz nicht zurückgreifen. Umgekehrt war es für das BMG und die Krankenversicherungsträger nachteilig, dass das BMF seine Planungen nicht wichtigen Entscheidungsgrundlagen wie der mittelfristigen Haushaltsplanung zugrunde legte. (TZ 14)

Zusammenfassung Prognoserechnungen

In der Gebarungsvorschaurechnung bestanden wesentliche Mängel: (TZ 15)

- Die Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) wichen von jenen der mittelfristigen Planung des Bundes ab.
- Die Gliederung der Prognoserechnungen war nur bedingt zur Steuerung geeignet.
- Selbst bei hohen prognostizierten Abgängen waren keine Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.
- Die Prognoseabweichungen betrugen – bezogen auf den ersten Prognosezeitpunkt – im Schnitt der Jahre 2009 bis 2013 rd. 592,07 Mio. EUR und waren damit zu hoch, um die notwendigen Informationen für eine Steuerung zu bieten.
- Die Erläuterungen für die angesetzten Werte waren unvollständig und wenig aussagekräftig.

- Eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse (z.B. Änderungszeitpunkte, Planungsansätze etc.) fehlten.

Es bestanden methodische Mängel bei einzelnen Punkten.

Um die Gebarungsvorschaurechnung zur Steuerung einsetzen zu können, wären eine deutlich höhere Prognosegenauigkeit und insbesondere folgende Verbesserungen erforderlich: (TZ 15)

- eine Abstimmung der Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) mit der mittelfristigen Planung des Bundes,
- die Fokussierung auf eine möglichst realistische Planung und die Nutzung möglichst aktueller und vollständiger Informationen,
- die Vorgabe, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen,
- eine Ausrichtung der Gliederung der Prognoserechnungen auf Steuerungsgesichtspunkte (Aufteilung wesentlicher Positionen wie ärztliche Hilfe, Zusammenfassung weniger steuerungsrelevanter Positionen),
- die Ergänzung bzw. Verbesserung der Erläuterungen für die angesetzten Werte,
- ein klares Konzept zur Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung (insbesondere Befassung der Gremien und zur Nutzung für aktuelle Plan-Ist-Vergleiche),
- eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse,
- Verbesserungen bei einzelnen Positionen, bei der Einschätzung der Entwicklung der Anzahl der Pensionisten und eine Vereinfachung hinsichtlich des Aufteilungsschlüssels der Beiträge der Pensionisten.

**Kassensanierungs-
paket**

Entstehung und Kerninhalte

Die Bundesregierung und der Hauptverband entwickelten im Jahr 2009 aufgrund finanzieller Probleme einiger Krankenversicherungsträger ein Kassensanierungspaket, das für den Zeitraum 2009 bis 2013 Ausgabendämpfungen von rd. 1,725 Mrd. EUR und Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR vorsah. (TZ 16)

Das vom RH bereits 2008 geforderte Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Krankenversicherungsträgers fehlte weiterhin. Der Bund nahm vor Bereitstellung der Bundesmittel keinen Ausgleich innerhalb der Krankenversicherungsträger vor. (TZ 16)

Der Bund räumte den Krankenversicherungsträgern bzw. den Systempartnern (z.B. Ärztekammer, Pharmaindustrie) einen erheblichen Spielraum bei der Gestaltung der Ausgabendämpfung ein. Zu beanstanden war, dass als Basis des Sanierungskonzepts des Hauptverbands und der dort festgehaltenen Ausgabendämpfungsmaßnahmen nicht Ist-Zahlen dienten, sondern die Gebarungsvorschau vom Mai 2009, somit eine Prognoserechnung der von den Ausgabendämpfungen direkt Betroffenen. (TZ 16)

Aufgrund der Mängel der Gebarungsvorschaurechnung und der bei ihrer Erstellung bereits in Grundzügen bekannten Einsparpläne war es nicht sachgerecht, die Ausgabendämpfung ausschließlich gegenüber dem Basisszenario der Gebarungsvorschaurechnung zu bewerten. (TZ 16)

Bundesmittel

Insgesamt rd. 1,036 Mrd. EUR bzw. 80 % der Bundesmittel (diese umfassten den Forderungsverzicht des Bundes, die Soforthilfe im Jahr 2009, die Aufteilung der Mittel aus dem Katastrophenfonds und die GSBG-Überdeckung) kamen den Gebietskrankenkassen aufgrund der jeweiligen finanziellen Lage ohne im Gegenzug auferlegte Verpflichtungen zu. Lediglich die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds (rd. 266,17 Mio. EUR bzw. rd. 20 % der Bundesmittel) hingen von einer erfolgreichen Realisierung der vereinbarten Finanzziele ab. (TZ 17)

Ein finanzielles Anreizsystem für die Erreichung festgelegter Ziele war grundsätzlich zweckmäßig; die für den Kassenstrukturfonds festgelegten Konsequenzen der Zielverfehlung waren allerdings nur bedingt zweckmäßig: Den besonders finanziell gefährdeten Trägern wären die für die Aufrechterhaltung der Versorgung nötigen Mittel nicht zugeflossen. Wie dann aber eine Sanierung erfolgen sollte, war nicht klar. (TZ 18)

Zur Mittelausschüttung wären auch andere Vorgaben denkbar, z.B. ein Anknüpfen von Anreizen nicht an die finanziellen Ergebnisse, sondern an umgesetzte Maßnahmen, ein sukzessiv engmaschigeres Netz von Vorgaben bei Nichterfüllung von Zielen bzw. eine finanzielle Unterstützung bestimmter Vorhaben (z.B. der Primärversorgung). (TZ 18)

Die im Reinvermögen der Krankenversicherungsträger zum Ausdruck kommende finanzielle Lage der Träger hatte sich durch das Kassensanierungspaket 2009 wesentlich verbessert. Allerdings war kritisch darauf hinzuweisen, dass der Bund – zusätzlich zu den regelmäßigen Mitteln des Bundes wie z.B. Hebesätze für Pensionisten oder Ersätze für das Wochengeld – mit dem Kassensanierungspaket rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln zur Verfügung stellte, obwohl gleichzeitig das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung bis deutlich über die Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage anstieg. Im Jahr 2013 hätte der Sektor Krankenversicherung insgesamt betrachtet auch ohne die 2009 bis 2013 geflossenen Bundesmittel über ausreichende Eigenmittel verfügt. Eine Rückzahlung erhaltener Bundesmittel war nicht vorgesehen. (TZ 19)

Finanzziele

Die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 waren wenig geeignet für eine operative Steuerung. Bereits 2011 lag die nach dem Ausgabendämpfungspfad „erlaubte“ Steigerung von 4,69 % gegenüber dem Vorjahr deutlich über der ursprünglich ohne Ausgabendämpfungen angenommenen Steigerung von 3,96 %. Die Zielsetzung des Kassensanierungspakets war somit für das Jahr 2011 bereits weniger ambitioniert als die – überdies von kaufmännischer Vorsicht geprägte – Planung vor dem Kassensanierungspaket. Für die Jahre 2012 und 2013 ergab sich ein ähnliches Ergebnis. Aufgrund der Regelung des Kassenstrukturfonds (Zusammenhang zwischen der Erfüllung der Finanzziele und der Mittelausschüttung) bestand jedoch kein Anreiz für eine ambitioniertere Zielsetzung. (TZ 20, 23)

Die günstige Heilmittelentwicklung und die Möglichkeit, Ausgabendämpfungen zwischen den einzelnen Bereichen zu verschieben, führten dazu, dass die übrigen Bereiche weniger ambitionierte Zielvorgaben erhielten. Der Fokus lag dadurch stark auf der Konsolidierung des Gesamtergebnisses (die durch die Heilmittelentwicklung bereits sichergestellt war) und weniger auf der Entwicklung einzelner Bereiche. Die Krankenversicherungsträger entfernten z.B. bereits 2010 angesichts der günstigen Entwicklung der Heilmittelaufwendungen im Jahr 2009 die Ausgabendämpfung bei den übrigen Bereichen vollständig aus den Finanzzielen. (TZ 21)

Da gerade der Heilmittelbereich maßgeblich von externen Faktoren (etwa pharmazeutischen Innovationen) abhing, war das Vorgehen zu kritisieren, bei der Sanierung der Krankenversicherungsträger aufgrund der günstigen Entwicklung in diesem Bereich andere Bereiche (wie z.B. die ärztliche Hilfe oder die Verwaltungskosten) weniger ambitioniert zu steuern. Im Falle einer Trendumkehr im Heilmittelbereich könnte dieses Vorgehen die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Krankenversicherungsträger gefährden. (TZ 21)

Die Aufteilung der Finanzziele auf die einzelnen Krankenversicherungsträger erfolgte im Wesentlichen ohne Rücksicht auf eine Bewertung eines trägerspezifischen Einsparungspotenzials. Da dem einzelnen Krankenversicherungsträger eine maßgebliche Verantwortung für die nachhaltige Gebarung, aber auch die ausreichende Versorgung der Bevölkerung zukam, war jedoch eine dem jeweiligen Träger angemessene Zielvorgabe essentiell. (TZ 22)

Auch auf Ebene der einzelnen Gebietskrankenkassen und der Fachbereiche waren die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 als wenig geeignet für eine operative Steuerung zu kritisieren: Eine Erreichung der Finanzziele wäre bei der StGKK selbst bei einer Aufwandssteigerung um rd. 6 % bis rd. 9 % möglich gewesen, die tatsächlichen Steigerungen lagen jedoch nie über 3 %. Während die Ist-Werte bei der WGKK um rd. 1 % bis rd. 4 % anstiegen, wäre eine wesentlich höhere Steigerung (z.B. rd. 6 % im Jahr 2011) möglich gewesen, ohne die Finanzziele zu verfehlen. Der Zielwert für ärztliche Hilfe überschritt selbst den von kaufmännischer Vorsicht geprägten Wert aus der Gebarungsvorschau noch um rd. 7,03 Mio. EUR. Es war damit bereits bei Zielfestlegung klar, dass die Zielvorgabe übererfüllt würde. (TZ 23, 24)

Monitoring

Für die Verfolgung der Zielerreichung war ein regelmäßiges Monitoring eingerichtet. Das Monitoring war jedoch zu stark auf die Finanzziele und eine positive Darstellung bzw. den Erhalt der Strukturfondsmittel ausgerichtet. (TZ 25)

Trotz der Schwächen der Gebarungsvorschaurechnungen erfolgte die Evaluierung der Ausgabendämpfungsmaßnahmen ausschließlich mit Bezug auf von diesen abgeleitete Szenarien und es wurde sehr eindimensional eine volle Zielerreichung berichtet. So blieben wesentliche Informationen für die künftige Entwicklung bzw. die Beurteilung der Nachhaltigkeit der Sanierung ungenutzt. (TZ 26)

Die vom RH vorgenommene Analyse einer Ausgabendämpfung mit mehreren Bezugsgrößen (z.B. gegenüber der Ausgabensteigerung in Vorperioden, gegenüber dem als prozentuelle Steigerung definierten Ziel sowie unter Berücksichtigung der bereits in der Gebarungsvorschau 2009 enthaltenen Puffer dieses Jahres) zeigte ein nach Fachbereichen bzw. Trägern differenziertes Bild (TZ 25, 26):

- Das Monitoring enthielt kein Maßnahmencontrolling, das den Umsetzungsstand der im Kassensanierungspaket beschlossenen Vorhaben darstellte. Eine laufende Evaluierung, wie sich die inhaltlichen Ziele dieser Vorhaben (z.B. stärkere Nutzung der Potenziale der ökonomischen Verschreibweise, Entwicklung der Gesamtverträge mit der Ärztekammer, Eindämmung des Marketings im Heilmittelbereich etc.) entwickelten, lag daher nicht vor. (TZ 25)
- In vier der sechs Fachbereiche, für die Ausgabendämpfungsziele definiert waren, lag zwar die über die Periode ermittelte Ausgabendämpfung vor. Die Ausgaben am Ende der Konsolidierungsphase 2013 lagen jedoch höher als dies im Jahr 2009 für 2013 als Ziel angesetzt war. Das Monitoring ließ diese für die Nachhaltigkeit des Kassensanierungskonzepts wesentliche Information nicht erkennen. (TZ 26)
- Ein Vergleich der Aufwandssteigerungen erfolgte nur mit den Finanzziele (auf Basis der pessimistischen Gebarungsvorschau-rechnung), nicht mit den Aufwandssteigerungen der Vorperioden. Ein derartiger Vergleich zeigte für die WGKK ein kritisches Bild hinsichtlich des Vorliegens einer Ausgabendämpfung als das offizielle Monitoring. (TZ 26)

Die WGKK wies auch nach dem Auslaufen des Kassensanierungspakets trotz voller Zielerreichung weiterhin ein negatives Betriebsergebnis auf. (TZ 26)

Durch die unmittelbare Verbindung des Monitorings mit der Auszahlung der Mittel des Kassenstrukturfonds bestand ein geringer Anreiz des Hauptverbands für eine kritische Berichterstattung. Die Beauftragung der GÖG mit dem Monitoring im Rahmen der Gesundheitsreform war diesbezüglich positiv. (TZ 26)

Zusammenfassung Kassensanierungspaket

Die Adressierung der 2008 bestehenden, akuten finanziellen Probleme der Gebietskrankenkassen durch ein umfassendes Sanierungskonzept, das gemeinsame Ziele für wesentliche Ausgabenbereiche festlegte, war positiv. Kritisch war jedoch: (TZ 27)

- Der Bund stellte rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln zur Verfügung, obwohl gleichzeitig das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung bis deutlich über die Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage anstieg.
- Die Ausgabendämpfungsziele wurden gegenüber Prognosewerten definiert. Sie blieben auch dann unverändert, als die Ist-Werte bereits wesentlich günstiger waren und waren insofern wenig ambitioniert.
- Die Krankenversicherungsträger übernahmen die Ziele des Kassensanierungskonzepts unverändert in die Instrumente des Zielsteuerungssystems nach § 441e ASVG, selbst als diese bereits offensichtlich nicht mehr zur operativen Steuerung geeignet waren. So wies nach dem Auslaufen des Kassensanierungspakets die WGKK trotz voller Zielerreichung ein negatives Betriebsergebnis und ein negatives Reinvermögen auf. Dies war auch eine Folge der Gestaltung des Anreizsystems im Kassenstrukturfonds.
- Das Monitoring enthielt kein Maßnahmencontrolling und war einseitig auf die festgelegte Methodik der Ausgabendämpfung gegenüber der Prognoserechnung ausgerichtet; so blieben wesentliche Informationen (z.B. die Überschreitung der prozentuellen Zielwerte bei der ärztlichen Hilfe) ungenutzt.

- Den Krankenversicherungsträgern gelang es nicht, eine glaubwürdige, analytisch fundierte Aufteilung der Gesamtziele auf die einzelnen Träger zu finden. Dies war jedoch unverzichtbar, um künftig Gesamtvorgaben der Politik an die Krankenversicherungsträger in deren operative Geschäftsführung zu integrieren.

Gesundheitsreform 2012

Entstehung und Kerninhalte

Im Jahr 2012 legten Bund, Länder und Sozialversicherungsträger durch die Gesundheitsreform 2012 erneut Ausgabenobergrenzen fest. Weiteres zentrales Element der Gesundheitsreform war eine partnerschaftliche Zielsteuerung durch Zielsteuerungskommissionen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthielt inhaltliche Rahmenziele sowie insgesamt 113 operative Ziele und Maßnahmen. (TZ 28)

Die zersplitterte Kompetenzlage im Gesundheitsbereich blieb allerdings unverändert, die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung fiel weiterhin auseinander und ein gemeinsamer Finanzierungstopf wurde nicht erreicht. (TZ 28)

Ausgabenobergrenzen

Für den Bereich der Krankenversicherungsträger lag die geforderte Ausgabendämpfung bei rd. 1,372 Mrd. EUR für den Zeitraum 2012 bis 2016, die zulässigen Steigerungen lagen zwischen 4,5 % im Jahr 2012 und 3,6 % im Jahr 2016. Für die Auswahl der 2012 bis 2016 konkret festgelegten jährlichen Zielwerte existierte keine analytische Grundlage. (TZ 29)

Die Ausgabendämpfung war gegenüber einem „no policy change“-Szenario – einer Steigerung von 5,2 % p.a. in den Jahren 2012 bis 2015 bzw. 4,6 % im Jahr 2016 – kalkuliert. Diese jährliche Steigerung war jedoch (etwa angesichts der bereits vorliegenden, vorsichtigen Gebarungsvorschau mit einer Steigerung von rd. 3,6 % bzw. auch angesichts der Ist-Steigerung des Jahres 2011 mit rd. 3,3 %) zu hoch kalkuliert. Dies führte dazu, dass trotz des tatsächlichen Ausgabenwachstums von 3,3 % im Jahr 2011 und der Prognose von 3,4 % für das Jahr 2012 das Erreichen einer Ausgabensteigerung von 4,5 % im Bereich der Krankenversicherung als Ausgabendämpfung betrachtet wurde. Die ausgewiesene Ausgabendämpfung von 1,372 Mrd. EUR war daher weitgehend fiktiv. (TZ 29)

Dies wurde auch dadurch bestätigt, dass die Krankenversicherungsträger überwiegend noch keine Maßnahmen der Gesundheitsreform als für ihre finanzielle Lage relevant betrachteten. (TZ 29)

Parallel zu den Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger galt auch das programmatische Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik. Die zu wenig ambitionierten Ausgabenobergrenzen waren daher von Anfang an als operativ maßgebliche Steuerungsgrößen ungeeignet. (TZ 29)

Operationalisierung der Ausgabenobergrenzen

Die Ausgabenobergrenzen wurden erneut – wie schon beim Kassensanierungspaket 2009 – ohne Berücksichtigung sachlicher Spezifika der Träger (z.B. besonders hohe oder niedrige Ausgaben in der Vergangenheit, steigende oder sinkende Versichertenzahlen, Entwicklung der Altersstruktur etc.) auf die einzelnen Krankenversicherungsträger aufgeteilt. Eine Aufteilung auf bestimmte Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) erfolgte zwar, diese war jedoch unverbindlich und nur für den gesamten Zeitraum insgesamt festgelegt, so dass eine Evaluierung nur gesamthaft ex post erfolgen konnte. Die operativen Ziele und Maßnahmen zur Ausgabendämpfung waren nicht mit konkreten Einsparungspotenzialen unterlegt. (TZ 30)

Die resultierenden Vorgaben für die einzelnen Träger waren für die operative Steuerung daher offensichtlich ungeeignet. Dennoch nahmen die Träger sie unverändert in das Zielsteuerungssystem zur Steuerung der Krankenversicherungsträger auf. (TZ 30)

Auch bei der Gesundheitsreform 2012 war der Ansatz von Zielen, die weniger ambitioniert waren als die unter kaufmännischer Vorsicht zu planenden Gebarungsvorschaudaten, zu kritisieren. Die resultierenden Maßnahmen der Zielsteuerung (z.B. das trägerübergreifende Controlling, die Abstimmung der Ziele mit dem BMG und dem BMASK, die entsprechenden Beschlüsse im Vorstand etc.) waren dadurch bereits von Vorneherein ungeeignet, die Nachhaltigkeit der Gebarung der Krankenversicherungsträger sicherzustellen. (TZ 30)

Kenngrößen zur Zieldefinition

Trotz der gesetzlichen Vorgabe der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik der Krankenversicherungsträger fehlten Einnahmewerte in den definierten Kenngrößen. Die gesamte Betrachtung bezog sich ausschließlich auf Kenngrößen zur Erfassung der Ausgaben. So konnte z.B. für den Bereich der Krankenversicherungsträger eine Übererfüllung (z.B. für 2016: 226 Mio. EUR) angegeben werden, obwohl eine erhebliche finanzielle Schieflage (für 2016: rd. 319 Mio. EUR) prognostiziert wurde. (TZ 31, 40)

Die zahlreichen Ausnahmen bei der Definition der Kenngrößen waren zu beanstanden und nicht in jedem Fall nachvollziehbar: Die Krankenfürsorgeanstalten, die im Wesentlichen die Funktion einer gesetzlichen Krankenversicherung erfüllten und dem Steuerungsbereich der Länder angehörten, waren nicht Teil der Zielsteuerung. Für den sehr wesentlichen Bereich der Investitionen gab es keine Zielvorgaben. Für Geldleistungen wie das Krankengeld, die für die Entwicklung der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger maßgeblich waren, lagen ebenfalls keine Ziele vor. (TZ 31)

Monitoringprozess

Dass ein regelmäßiges Monitoring der Zielerreichung eingerichtet war und erstmals sektorenübergreifende Daten nach einem einheitlichen Vorgehen beobachtet wurden, war ein erster positiver Schritt. Jedoch waren – durch die Ausgestaltung der Stellungnahmefristen – für die Krankenversicherungsträger die Monitoringberichte bei Behandlung in den Gremien bereits überholt. (TZ 32)

Inhaltliche Bewertung der Zielerreichung

Eine inhaltliche Beurteilung, ob die zur Umsetzung rückgemeldeten Schritte zur Erreichung der übergeordneten Ziele geeignet waren, war mit dem Monitoring nicht verbunden. Die GÖG stellte lediglich ihr gemeldete Zahlen zusammen. Ein reines Monitoring der Rückmeldung der Maßnahmenumsetzung konnte allerdings nicht beurteilen, ob der Prozess zur Umsetzung der Ziele der Gesundheitsreform erfolgreich verlief. (TZ 33)

Aussagekraft der Monitoringergebnisse

Der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach den Messungen laut dem von der OECD entwickelten „System of Health Accounts“ (SHA) – 3,87 % im Zeitraum 2010 bis 2012 – unterschied sich erheblich vom Anstieg (2,73 %) laut dem System der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben). Eine regelmäßige Überleitung auf die ursprünglich als maßgeblich betrachteten Gesundheitsausgaben nach SHA war nicht vorgesehen. Dies beeinträchtigte die Aussagekraft der erhobenen Kenngrößen erheblich. (TZ 34)

Die im Monitoring verwendeten Daten des Jahres 2011 waren keine Ist-Daten, sondern nur mit einem Steigerungsprozentsatz von 3,3 % von den Werten 2010 abgeleitete Daten. (TZ 34)

Zusammenfassung Gesundheitsreform 2012

Es war grundsätzlich zweckmäßig, dass durch die Gesundheitsreform 2012 für den Sektor Gesundheit eine mittelfristige und zwischen den Sektoren abgestimmte Zielsetzung für die Ausgabenentwicklung erarbeitet und ein Prozess für wechselseitigen Datenaustausch sowie ein Monitoring eingerichtet werden sollten. Die Umsetzung dieser Vorhaben wies jedoch erhebliche Mängel auf. (TZ 35)

Die Ausgabenobergrenzen lagen im Bereich der Sozialversicherung und damit auch der Krankenversicherungsträger deutlich über den bereits bestehenden, nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht erstellten Prognosen. Die Aufteilung der Ausgabenobergrenzen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger war erneut (wie schon im Kassensanierungspaket) ohne Berücksichtigung sachlicher Spezifika der Träger (z.B. besonders hohe oder niedrige Ausgaben in der Vergangenheit, steigende oder sinkende Versichertenzahlen, Entwicklung der Altersstruktur etc.) erfolgt. (TZ 35)

Eine Evaluierung der Entwicklung der Fachbereiche konnte mangels Aufteilung auf die einzelnen Jahre nur gesamthaft ex post erfolgen. Die angegebenen operativen Ziele und Maßnahmen waren nicht mit konkreten Einsparungspotenzialen hinterlegt. (TZ 35)

Eine Weiterentwicklung der Kennzahlen (insbesondere eine Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben), die Überprüfung der Ausnahmeregelungen (insbesondere die Entwicklung von Zielen für

die Krankenfürsorgeanstalten und die Investitionen), die Berücksichtigung auch von Einnahmen bzw. Saldogrößen, die Beschleunigung der Berichterstattung und die Ausweitung der Berichterstattung vom reinen Monitoring zur inhaltlichen Einschätzung waren erforderlich. (TZ 35)

Interne Finanzziele

Keiner der drei überprüften Krankenversicherungsträger verfügte über klar formulierte interne Finanzziele zur Erreichung der einkommenorientierten Ausgabenpolitik. (TZ 36)

Die StGKK hielt ihre Ziele im Jahr 2009 in dem Strategiepapier „Vision 2015“ fest. Die strategische Perspektive der StGKK im Rahmen der „Vision 2015“ sowie die dort vorgesehene Eigenverantwortlichkeit waren zweckmäßig und ein wesentlicher Grund für die positive Entwicklung ihres Betriebsergebnisses. (TZ 36)

Die WGKK stellte zwar diverse strategische Überlegungen an, hatte aber kein klares Vorgehen bzw. klares Ziel (wie z.B. Betriebsergebnis) festgelegt. Das Bekenntnis zum Ziel eines positiven Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit bei gleichzeitigem Hinweis auf die Notwendigkeit der Hilfe durch den Gesetzgeber bzw. durch andere Träger ließ letztlich konkrete Maßnahmen offen. (TZ 36)

Auch die BVA hatte, trotz hoher Rücklagen, keine spezifischen Ziele entwickelt. Sie merkte lediglich an, dass im Zeitraum 2009 bis 2013 keine über die Gebarungsvorschaurechnung bzw. die Ausgabenobergrenzen hinausgehenden Steuerungsmaßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Situation notwendig waren. (TZ 36)

Alle drei Träger setzten in ihren offiziellen Unterlagen der Zielsteuerung jene Finanzziele aus dem Kassensanierungspaket 2009 bzw. jene Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 an, die bereits offensichtlich als operative Zielvorgaben ungeeignet waren. Damit wurden die entsprechenden formalen Schritte – wie die Befassung der Vorstände, die Abstimmung der Ziele mit dem Hauptverband, dem BMG und dem BMASK hinsichtlich der Finanzziele – weitgehend bedeutungslos. (TZ 36)

Ausgleichsfonds

Zum Ausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern bestand ein Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG. Die Mittelverteilung erfolgte zum Teil, um Strukturunterschiede (z.B. unterschiedliche Belastung bei schweren Krankheiten oder unterschiedlich hohes Beitragsaufkommen) auszugleichen, zum Teil aber auch zum Ausgleich

unterschiedlicher Liquidität. Durch Zuordnung der Finanzierung des Hanusch-Krankenhauses in die Krankenanstaltenfinanzierung und eine Verschiebung von Mitteln von der Liquiditätssicherung zum Strukturausgleich wurden zwei Empfehlungen des RH aus dem Jahr 2008 umgesetzt. (TZ 37)

Die dem Ausgleichsfonds zur Verteilung zur Verfügung stehenden Mittel (264,63 Mio. EUR) waren 2013 zwar höher als die Struktur Nachteile, die nach dem angewendeten Berechnungsmodell bestanden (192,21 Mio. EUR). Aufgrund der Aufteilung der Mittel war allerdings der für Strukturnachteile gewidmete Teil dafür nicht mehr ausreichend. Die vorgenommene Verschiebung von Mitteln zum Strukturausgleich war daher noch nicht ausreichend. (TZ 37)

Die Berechnung von Strukturnachteilen als Basis des Strukturausgleichs führte dazu, dass jeder einzelne Träger einen Nachteil aufwies; sie war somit nicht sachgerecht. Das Grundkonzept des Strukturausgleichs basierte auf der Einsicht, dass z.B. bei Beitragseinnahmen einige Träger Vorteile, andere aber Nachteile aufwiesen. (TZ 38)

Die Verbindung von Liquiditätsausgleich und Strukturausgleich war grundsätzlich problematisch. Soweit tatsächlich ein Ausgleich von Strukturunterschieden erfolgte, war grundsätzlich nicht direkt einsichtig, warum eine darüber hinausgehende Mittelverschiebung überhaupt erfolgen sollte. (TZ 38)

Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013

Die WGKK profitierte im Zeitraum 2009 bis 2013 erheblich von Bundesmitteln (677,05 Mio. EUR) und konnte dadurch ihr Reinvermögen verbessern. Anders als die StGKK erreichte sie jedoch keine nachhaltige Sanierung. (TZ 39)

Nachdem die StGKK und die WGKK im Jahr 2009 je rd. 5 % der Versicherungsleistungen als negatives Betriebsergebnis auswiesen, konnte die StGKK ihr Betriebsergebnis im Prüfungszeitraum in den positiven Bereich führen, die WGKK hingegen nicht. (TZ 39)

Die Ursachen dafür lagen zwar zu rund zwei Drittel in einer von der WGKK nicht beeinflussbaren schlechteren Beitragsentwicklung, allerdings zu rund einem Drittel auch an internen, einer Steuerung zugänglichen Bereichen: der ärztlichen Hilfe, dem Krankengeld und dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand. Dies zeigte, dass eine wirksame finanzielle Steuerung wesentlich wäre. (TZ 39)

Zu beanstanden war, dass für die WGKK kein Sanierungskonzept vorlag. (TZ 39)

Die BVA profitierte im Vergleich zu den Gebietskrankenkassen von wesentlich höheren Beiträgen pro Person und geringeren Heilmittelkosten. Dafür stellte sie unterschiedliche Zusatzleistungen (z.B. Sonderklasse) zur Verfügung und wies in wesentlichen Aufwandspositionen (insbesondere ärztliche Hilfe) höhere Aufwendungen aus. (TZ 39)

Ausblick

Die in der politischen Vereinbarung vom Juni 2012 enthaltene Weiterführung der geltenden Ausgabenobergrenzen ab dem Jahr 2016 würde dazu führen, dass die Krankenversicherungsträger nach den zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aktuellen Prognosen ein jährliches, voll Maastricht-wirksames Defizit von über 360 Mio. EUR – dies bei voller Zielerreichung – realisieren würden: (TZ 40)

Erfüllung Ausgabenobergrenzen und Bilanzergebnis 2016				
Versicherungsträger	Ausgabenobergrenze 2016			Bilanzergebnis 2016
	Vorgabe	Annahmen GVR	Differenz (Übererfüllung)	
in Mio. EUR				
alle Krankenversicherungsträger	10.274,00	10.048,00	+ 226,00	- 319,0
davon alle Gebietskrankenkassen	7.658,49	7.560,43	+ 98,06	- 287,2
<i>davon StGKK</i>	1.024,67	971,95	+ 52,72	- 21,5
<i>davon WGKK</i>	1.947,11	1.905,40	+ 41,71	- 82,1
Summe Sozialversicherungsträger und BKK	2.615,51	2.487,57	+ 127,94	- 31,8
BVA	1.023,54	1.023,47	+ 0,07	- 39,6

GVR = Gebarungsvorschaurechnung

Quellen: Finanzstatistik Hauptverband; Darstellung RH

Dies zeigte, dass das Zielsteuerungssystem eine Fehlsteuerung begünstigte und zur tatsächlichen Steuerung der Krankenversicherungsträger nicht geeignet war. (TZ 40)

Die Vorgaben reichten auch nicht aus, um die Wirkungsziele (samt Indikatoren und Maßnahmen) in der Budget-Untergliederung 24 – Gesundheit zu erfüllen (Konsolidierung der finanziellen Leistungsfähigkeit durch verbindliche Vereinbarung von Finanzzielen; keine Verschuldung bzw. kein Gebarungsabgang der Gebietskrankenkassen). (TZ 40)

Gesamteinschätzung

Die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen in ihrer Ausprägung der Jahre 2011 bis 2016 waren insgesamt nicht geeignet, eine wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger sicherzustellen. (TZ 41)

Während die Finanzziele des Kassensanierungspakets 2009 zunächst durchaus ambitionierte Senkungen der historischen Steigerungsraten anstrebten, waren sie spätestens ab dem Jahr 2011 nicht mehr zur Steuerung geeignet bzw. lagen sie deutlich zu hoch. Dies wurde durch die Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 noch verstärkt. Sie verloren durch die Ableitung aus einem zu hohen Basisszenario einer 5,2 %igen jährlichen Steigerung den Bezug zu den Einnahmen. Dies mündete darin, dass im Jahr 2016 sogar ein Abgang von rd. 319 Mio. EUR der Krankenversicherungsträger noch eine Übererfüllung der Finanzziele um mehrere 100 Mio. EUR bedeutete. (TZ 41)

Während das Monitoring der offiziellen Finanzziele allen Trägern eine volle Zielerreichung attestierte, war die tatsächliche Entwicklung der finanziellen Lage sehr unterschiedlich: Die StGKK erreichte eine Sanierung, die WGKK nicht. Dies war zumindest teilweise auch darauf zurückzuführen, dass sich die StGKK auch außerhalb der für die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen blockierten offiziellen Zielsteuerungsinstrumente mittelfristige strategische Ziele gesetzt hatte. Die WGKK war zur Zeit der Gebarungüberprüfung – wie schon 2008 – erneut in prekärer finanzieller Lage: Sie wies sowohl ein negatives Reinvermögen als auch negative Ergebnisse für alle prognostizierten Jahre aus. (TZ 41)

Kenndaten zur Gebarung der Krankenversicherungsträger							
Rechtsgrundlagen	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955; Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz (B-KUVG), BGBl. Nr. 200/1967; Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG), BGBl. I Nr. 81/2013; Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG zur Zielsteuerung Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013						
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Veränderung 2009 bis 2014
	in Mio. EUR						in %
Krankenversicherungsträger gesamt							
Reinvermögen	639,50	1.208,69	1.688,55	2.114,91	2.436,55	2.556,85	300
Erträge	13.657,91	14.028,05	14.404,32	14.895,01	15.375,46	15.953,14	17
Aufwendungen	13.896,24	14.030,89	14.401,91	14.917,22	15.307,80	16.009,41	15
Betriebsergebnis	- 238,34	- 2,84	2,41	- 22,22	67,66	- 56,27	- 76
Gewinn/Verlust	169,18	362,44	292,19	180,87	218,00	88,79	- 48
Steiermärkische Gebietskrankenkasse							
Reinvermögen	- 245,82	- 158,40	- 74,92	22,27	58,69	49,78	- 120
Erträge	1.303,31	1.354,84	1.391,04	1.455,51	1.510,20	1.563,88	20
Aufwendungen	1.365,14	1.370,57	1.406,48	1.447,75	1.479,92	1.557,46	14
Betriebsergebnis	- 61,83	- 15,73	- 15,44	7,76	30,28	6,42	- 110
Gewinn/Verlust	1,22	54,87	48,64	39,89	0,00	- 8,94	- 830
Wiener Gebietskrankenkasse							
Reinvermögen	- 572,77	- 416,42	- 328,95	- 185,48	- 49,33	- 37,51	- 93
Erträge	2.574,14	2.655,73	2.730,98	2.830,99	2.910,36	3.021,51	17
Aufwendungen	2.700,26	2.738,43	2.827,06	2.910,30	2.987,45	3.115,16	15
Betriebsergebnis	- 126,12	- 82,71	- 96,08	- 79,31	- 77,10	- 93,65	- 26
Gewinn/Verlust	21,31	65,61	9,16	53,42	115,35	15,62	- 27
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter							
Reinvermögen	486,25	558,55	642,58	665,60	707,17	738,97	52
Erträge	1.486,57	1.536,44	1.578,22	1.572,70	1.624,32	1.685,71	13
Aufwendungen	1.433,34	1.478,46	1.511,50	1.566,77	1.594,21	1.664,56	16
Betriebsergebnis	53,24	57,99	66,72	5,92	30,11	21,14	- 60
Gewinn/Verlust	67,16	63,09	81,97	19,39	36,12	23,05	- 66

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Prüfungsablauf und -gegenstand

1 (1) Der RH führte zwischen November 2014 und April 2015 eine Gebarungsüberprüfung zum Thema „Finanzielle Steuerung der Krankenversicherung“ durch. Ziel der Gebarungsüberprüfung war die Beurteilung

- der Qualität der Gebarungsvorschaurechnungen bzw. des Jahresvoranschlags und der vorläufigen Erfolgsrechnung der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (StGKK), der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK) und der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA),
- der Eignung der Finanzziele des Kassensanierungspakets 2009 bis 2013 bzw. der Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 bis 2016 zur Sicherstellung der finanziellen Nachhaltigkeit der Krankenversicherungsträger und zu deren Steuerung sowie
- der Nachhaltigkeit der finanziellen Entwicklung der StGKK, der WGKK und der BVA.

(2) Um zu Grundfragen der Steuerung einen Überblick zu gewinnen, übermittelte der RH einen Fragebogen an alle Krankenversicherungsträger und wertete die Daten der Gebarungsvorschaurechnungen und Rechnungsabschlüsse aller Krankenversicherungsträger aus. Bei einzelnen Auffälligkeiten erfolgten entsprechende Abklärungen auf schriftlichem Wege. Soweit möglich beurteilte der RH das Vorgehen der Krankenversicherungsträger insgesamt auf dieser Grundlage.

Vertiefte Prüfungshandlungen vor Ort erfolgten bei

- der StGKK,
- der WGKK,
- der BVA sowie
- beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) und
- beim BMG.

Weiters holte der RH Auskünfte beim BMF, bei der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) sowie bei der Statistik Austria ein.

Soweit aufgrund der unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen zwischen Gebietskrankenkassen und BVA besondere Anmerkungen bzw. Bereinigungen der Vergleiche erforderlich waren, wird dies in den einzelnen TZ näher erläutert.

(3) Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2009 bis 2013. Soweit erforderlich (etwa zur Beurteilung von Veränderungen in der Dynamik des Ausgabenwachstums) nahm der RH auch auf frühere Entwicklungen Bezug und zog dabei grundsätzlich den Zeitraum 2004 bis 2008 heran.

Aktuellere Entwicklungen gingen insoweit in die Prüfung ein, als der RH Maßnahmen der Gesundheitsreform 2012 mit dem Umsetzungsstand zur Zeit der Gebarungsüberprüfung berücksichtigte.

(4) Zeitgleich und inhaltlich ergänzend zur gegenständlichen Gebarungsüberprüfung führte der RH eine Prüfung zum Thema „Ausgewählte Steuerungsgebiete in der Krankenversicherung“ durch. Das Ergebnis dieser Prüfung wurde zeitgleich im Bericht Bund 2016/3 veröffentlicht.

(5) Der RH übermittelte sein Prüfungsergebnis im August 2015. Das BMASK, das BMF, das BMG sowie der Hauptverband, die StGKK, die WGKK und die BVA nahmen dazu im November bzw. Dezember 2015 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Jänner 2016.

(6) a) Das BMF nahm in seiner Stellungnahme gesamthaft die Empfehlungen des RH – insbesondere im Hinblick auf die Maastricht-Relevanz des Zweiges der Krankenversicherung – zustimmend zur Kenntnis, sah jedoch für sich keinen konkreten Handlungsauftrag.

b) Gesamthaft betrachtet verwiesen die Stellungnahmen der Berichtsadressaten in mehreren Punkten auf die Verantwortung von jeweils anderen Berichtsadressaten, teilweise unter Hinweis auf die unter TZ 3 dargestellte Vielzahl von Akteuren der Steuerung der Krankenversicherungsträger. So verwiesen die Krankenversicherungsträger häufig auf die Notwendigkeit, einen Konsens aller Systempartner (inklusive der Ärztekammer) herzustellen oder eine Änderung der Vorgaben zu erreichen; die für die Vorgaben zuständigen Stellen wiederum machten derartige Änderungen von der Vorlage abgestimmter Entwürfe der einzelnen Träger abhängig.

Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme übergreifend aus, er verfüge über keine selbständigen Steuerungsobliegenheiten gegenüber den Sozialversicherungsträgern. Seine Beschlüsse seien zwar für

die Versicherungsträger verbindlich, in grundlegenden Angelegenheiten (Richtlinien, Zielsteuerung usw.) würden aber stets die Sozialversicherungsträger selbst diese Beschlüsse fassen. Die dem Hauptverband vom RH empfohlenen Maßnahmen seien daher nur im Wege von Selbstbindungsbeschlüssen der einzelnen Sozialversicherungsträger möglich. In Angelegenheiten der Rechnungsführung und Rechnungslegung bzw. der Statistik wiederum bestünde eine Bindung an Weisungen des BMG bzw. BMASK.

(7) Diesen Stellungnahmen zur Verortung der Verantwortung hielt der RH entgegen, dass aus seiner Sicht eine rein konsensuale Weiterentwicklung der Steuerungssysteme ein äußerst aufwendiges Unterfangen war, das schon an gefestigten Interessen einer einzelnen Interessensgruppe scheitern könnte. Das bestehende System ordnete durchaus bestimmte Verantwortungen einzelnen Akteuren zu, z.B. die Verantwortung für eine ausgeglichene Gebarung dem einzelnen Träger und die Möglichkeit zu bestimmten Vorgaben durch Verordnung und Richtlinien dem BMG bzw. dem Hauptverband (siehe TZ 3). Diese Verantwortungen sollten nach Auffassung des RH konsequent genutzt werden. Wenn sich ergibt, dass die Steuerungslogik durch die Vielzahl der Akteure nicht nutzbar ist, wären institutionelle Veränderungen zu prüfen.

Zusammenfassend sollten als Reaktion auf die Interdependenzen zwischen den Systempartnern einerseits die eindeutig zugeordneten Verantwortungen aktiv wahrgenommen werden, andererseits die gemeinsamen Verantwortungen nicht zur Blockade, sondern zur Gestaltung verwendet werden. Bei Scheitern dieser Bemühungen wäre die vom RH mehrfach angesprochene Vereinfachung der Zuständigkeiten erforderlich.

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

Gebarungsumfang und –ergebnisse der Krankenversicherungsträger

2.1 (1) Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungsträger lagen im Jahr 2013 bei rd. 15,676 Mrd. EUR, das waren rd. 10 % des Sektors Staat nach der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung (VGR) bzw. rd. 70 % der öffentlichen Gesundheitsausgaben.¹ Rund 11,917 Mrd. EUR entfielen auf die Gebietskrankenkassen, der Rest auf Sondersicherungsträger.

¹ 2013: Sektor Staat nach VGR rd. 160 Mrd. EUR; Summe öffentliche Gesundheitsausgaben ohne Langzeitpflege rd. 22,2 Mrd. EUR

(2) Die Gebarungsergebnisse der Krankenversicherungsträger waren in den letzten Jahren sehr unterschiedlich; dies einerseits im Zeitablauf, andererseits im Vergleich der einzelnen Krankenversicherungsträger untereinander:

- Zwischen 2000 und 2008 kam es bei mehreren Gebietskrankenkassen zu einer dramatischen Verschlechterung der finanziellen Lage. Im Jahr 2008 musste der RH die Lage der WGKK so kritisch beurteilen, dass er eine Gefährdung der Versorgung aus eigenen Mitteln in Wien sah² (siehe TZ 16).
- Zwischen 2009 und 2014 stellte der Bund rd. 1,302 Mrd. EUR für die Sanierung der Krankenversicherungsträger, insbesondere der Gebietskrankenkassen, zur Verfügung. Dadurch konnten sich die Gebietskrankenkassen weitgehend entschulden, allerdings bei sehr unterschiedlichen Ergebnissen (siehe dazu im Detail TZ 16 ff.). Eine derartige Zusatzfinanzierung über Bundesmittel war davor nicht erfolgt.
- Gleichzeitig hatten manche Träger erhebliche Rücklagen, die sie in dieser Periode weiter ausbauten. Beispielsweise verfügte die BVA zum 31. Dezember 2013 über Rücklagen von rd. 707,17 Mio. EUR, die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) über Rücklagen von 469,70 Mio. EUR und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) über Rücklagen von rd. 439,94 Mio. EUR.

(3) Im Jahr 2013 war das Bilanzergebnis aller Krankenversicherungsträger mit rd. 218,00 Mio. EUR positiv. In der Gebarungsvorschaurechnung vom Februar 2015 wies die Summe aller Krankenversicherungsträger allerdings für die Jahre 2015 bis 2017 wieder ein stark negatives Bilanzergebnis auf: für das Jahr 2015 rd. 128,98 Mio. EUR, für das Jahr 2016 rd. 276,83 Mio. EUR und für das Jahr 2017 rd. 365,99 Mio. EUR.

2.2 Der RH hielt eine gezielte finanzielle Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung schon aufgrund des hohen Gebarungsumfangs für unabdingbar. Der Gebarungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2013 machte mit rd. 15,676 Mrd. EUR rd. 10 % des Sektors Staat nach der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung aus.

² Siehe Bericht des RH „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2008/2. Das Reinvermögen der WGKK betrug im Rechnungsabschluss 2008 rd. – 594,47 Mio. EUR.

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

Er wies kritisch darauf hin, dass

- in der Vergangenheit die Verschlechterung der finanziellen Lage bei der WGKK bereits eine Gefährdung der Versorgung aus eigenen Mitteln bewirkt hatte, während andere Träger (die BVA) Reserven von bis zu rd. 707,17 Mio. EUR aufbauten,
- zwischen 2009 und 2014 Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR an die Krankenversicherungsträger zur Sanierung geflossen waren, aber aufgrund der negativen Gebarungsvorschau (erwartete Verschlechterung des Bilanzergebnisses von rd. 218,00 Mio. EUR im Jahr 2013 auf rd. - 365,99 Mio. EUR im Jahr 2017) die Nachhaltigkeit der Finanzierung erneut nicht sichergestellt war.

Der RH beurteilte dies auch als Konsequenz von Mängeln in der finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger.

Ziele, Instrumente
und Akteure der
Steuerung

3.1 (1) Für die Gebarung der Krankenversicherungsträger galten zwei grundsätzliche Zielvorgaben:

- Die Krankenversicherungsträger hatten einerseits gemäß § 133 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG) die notwendige, angemessene und zweckmäßige Krankenbehandlung sicherzustellen. Die Anspruchsberechtigten konnten ihre Leistungsansprüche – unabhängig von der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger – vor den Arbeits- und Sozialgerichten durchsetzen.
- Nach § 16 Abs. 8 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz³ sollten die Krankenversicherungsträger andererseits nicht mehr ausgeben, als sie einnahmen (Grundsatz der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik). Eine Ausfallhaftung des Bundes bestand nicht.

(2) Der RH unterschied für die Zwecke der Gebarungüberprüfung zwei grundsätzliche Arten von Instrumenten der Steuerung:

- Einerseits bestand für das Gebarungsergebnis der Krankenversicherungsträger ein Regelkreis aus Zielvorgaben und Monitoring. Ausgehend von den Prognosen der Krankenversicherungsträger, den Maastricht-Vorgaben zum gesamtstaatlichen Defizit bzw. den gesamtstaatlichen Zielen der Gesundheitspolitik wurden Vorgaben über die Gebarungsentwicklung der Krankenversicherungsträger erstellt. Die Träger hatten diese Vorgaben nach § 441e ASVG im

³ vgl. BGBl. I Nr. 81/2013

Rahmen eines Zielsteuerungssystems auf Einzelziele herunterzubrechen und über den Erfolg der Umsetzung zu berichten (finanzielle Steuerung).

- Andererseits waren die konkreten Einnahmen und Ausgaben im Sinne dieser Vorgaben durch spezifische Maßnahmen (z.B. Erhöhung oder Senkung von Tarifen, Erweiterung oder Einschränkung der angebotenen Dienstleistungen) zu beeinflussen (operative Steuerung). Es war eine große Zahl dezentraler Patientenkontakte zu steuern: Im Jahr 2013 erfolgten rd. 99 Mio. e-card-Konsultationen bei Vertragsärzten⁴ und rd. 120 Mio. Heilmittelverschreibungen.

(3) Im Rahmen der Steuerungselemente waren unterschiedliche Akteure maßgeblich:

a) Zunächst hatte jeder einzelne Krankenversicherungsträger für sich selbst unter Erfüllung seiner Leistungspflichten die ihm anvertrauten Mittel zu verwalten und einen ausgeglichenen Haushalt herzustellen. Die Steuerung oblag der Generalversammlung und dem Vorstand, in denen jeweils Dienstgeber und Dienstnehmer vertreten waren, bzw. im Rahmen der Delegation an die Führungsebene den hauptamtlichen Mitarbeitern („Büro“).

b) Die Koordinierung der Krankenversicherungsträger, d.h. der neun Gebietskrankenkassen, vier Sondersicherungsträger und sechs Betriebskrankenkassen (BKK)⁵ hatte durch den Hauptverband zu erfolgen. Dies betraf einerseits die Beschlussfassung über Finanzziele je Träger als Teil des Zielsteuerungssystems nach § 441e ASVG, andererseits verschiedene Maßnahmen in einzelnen Sachbereichen, z.B. die Führung von Preisverhandlungen im Heilmittelbereich oder den Abschluss von Gesamtverträgen mit den Ärztekammern.

c) Auch das BMG hatte auf mehreren Ebenen Verantwortung bei der Steuerung der Krankenversicherung:

- Die Finanzziele aus dem Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG waren u.a. mit dem BMG abzustimmen.
- Das BMG verhandelte auf Bundesseite die Ausgabenobergrenzen für die öffentlichen Gesundheitsausgaben insgesamt mit.

⁴ e-card-Konsultationen sind ein Maß für die Anzahl der Arztkontakte der Patienten.

⁵ Sondersicherungsträger SVA, SVB, BVA und VAEB; Betriebskrankenkasse Austria Tabak, BKK der Wiener Verkehrsbetriebe, BKK Mondi, BKK Voestalpine Bahnsysteme, BKK Zeltweg und BKK Kapfenberg. Die Krankenfürsorgeanstalten waren nicht im Hauptverband vertreten.

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

– Durch Verordnung konnte das BMG direkt Einfluss auf bestimmte Ausgabenpositionen bzw. Rahmenbedingungen nehmen, z.B. die Spannen für Heilmittel festlegen.

d) Der Bundesgesetzgeber gestaltete wesentliche Rahmenbedingungen für die Gebarung der Krankenversicherungsträger, z.B. die Beitragsätze, Kostenersätze für Wochengeld oder die Rahmenbedingungen für Vertragspartnerverhandlungen.

e) Insbesondere im Hinblick auf die Abstimmung mit dem Spitalsbereich war auch die Mitwirkung der Länder maßgeblich. Dazu bestanden Regelungen auf gesamtstaatlicher Ebene (etwa durch 15a-Ver einbarungen).

f) Nicht zuletzt gestaltete die EU wesentliche Rahmenbedingungen für die Steuerung der Krankenversicherungsträger, etwa die Rechtsgrundlagen für die Zulassung von Heilmitteln bzw. Vorgaben über die Errechnung des Maastricht-Defizits.

(4) Die folgende Tabelle zeigt die wesentlichen Akteure und Bereiche der finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger:

Tabelle 1: Zuständigkeiten zur Steuerung im Überblick					
Akteure	Gesamtziele	Erträge	Aufwendungen		
		Beiträge	ärztliche Hilfe	Heilmittel	Krankenanstalten
externe Faktoren		Demografie			
		Konjunktur		pharmazeutische Innovationen	
EU	Maastrichtsaldo als Vorgabe			Rahmenbedingungen, z.B. Transparenzrichtlinie	Rahmenbedingungen, z.B. Arbeitszeitrecht
Gesamtstaat	15a-Vereinbarung über öffentliche Gesundheitsausgaben (Ausgabenobergrenzen)		Steuerung der Leistungen zum best point of service	Koordination Krankenversicherung und Spitäler	KA-Finanzierung (15a-Vereinbarung, Finanzausgleich)
Länder	Vertragspartner bei 15a-Vereinbarungen		Mitwirkung bei Gesundheitsreform		Genehmigung Ambulatorien, Umfang Angebot
Gesetzgeber Bund	Vorgabe einnahmenorientierter Ausgabenpolitik (ausgeglichener Haushalt)	Beitragsätze, Leistungsersätze	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Gesamtvertragsrecht)	gesetzliche Maßnahmen zu Rahmenbedingungen (z.B. Erstattungskodex)	Grundsatzgesetz (z.B. Anwendung der Richtlinie für ökonomische Verschreibeweise)
BMG	Zustimmung zu Finanzziele im BMG, Vertretung des Bundes bei 15a-Vereinbarungen		Qualitätsrichtlinien	Preisregulierung, Spannen für Vertriebswege	
Hauptverband	Koordinierung der Träger, Gesamtziele im Rahmen eines Zielsteuerungssystems	Berechnungen/Richtlinien im Bereich Pensionen	Abschluss Gesamtverträge	Aufnahme in Erstattungskodex, Preisverhandlungen	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Krankenversicherungsträger	Verantwortung für ausgeglichenen Haushalt	Beitragsprüfung	Verhandlung Gesamtverträge	Behandlungsökonomie	Mitwirkung bei Gesundheitsreform
Gesamteinschätzung Steuerungsmöglichkeit Krankenversicherung		gering	zentrale Steuerungsaufgabe	zentrale Steuerungsaufgabe	im Rahmen der Gesundheitsreform tlw. beeinflussbar

Quelle: RH

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

- 3.2** Der RH wies zunächst darauf hin, dass die finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger vor wesentlichen Herausforderungen stand:
- Zwischen dem gesetzlichen Versorgungsauftrag – der auch individuell gerichtlich durchsetzbar war – und dem programmatischen Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik bestand ein Spannungsverhältnis.
 - Gesamtstaatliche Zielsetzungen (z.B. Maastricht-Defizit, gesundheitspolitische Ziele) waren durch eine operative Einflussnahme auf die Einnahmen und Ausgaben umzusetzen.
 - Neben den direkt beeinflussbaren Größen waren auch Steuerungsentscheidungen anderer Rechtsträger und externe Faktoren wie die Konjunkturentwicklung, die Demografie oder der technische Fortschritt zu berücksichtigen.

Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass sich aus der Vielzahl der Akteure eine komplexe Matrix an Steuerungsaufgaben ergab, die je nach Fachbereich den Bundesgesetzgeber, die Partner des Finanzausgleichs, den Hauptverband oder die einzelnen Träger im Fokus hatte. Weiters waren unterschiedliche Träger zu koordinieren und innerhalb der Träger Dienstnehmer- und Dienstgeberinteressen abzustimmen.

Der RH hielt daher ein Steuerungssystem, das in diesem komplexen Bereich klare Vorgaben und Verantwortlichkeiten schuf, für wesentlich.

- 3.3** *Das BMG merkte dazu in seiner Stellungnahme an, ein einfaches Steuerungssystem sei zwar wünschenswert, aufgrund der kompetenzrechtlichen Aufgabenverteilung im Gesundheitsbereich in der Praxis aber schwierig umzusetzen. Auch der Hauptverband, die StGKK und die WGKK wiesen in ihren Stellungnahmen mehrfach auf die Interdependenzen zwischen den Systempartnern hin.*
- 3.4** Der RH verwies dazu auf seine Ausführungen zu TZ 1, wonach als Reaktion auf die Interdependenzen zwischen den Systempartnern einerseits die eindeutig zugeordneten Verantwortungen aktiv wahrgenommen werden sollten, andererseits die gemeinsamen Verantwortungen nicht zur Blockade, sondern zur Gestaltung verwendet werden sollten und bei Scheitern dieser Bemühungen die vom RH mehrfach angesprochene Vereinfachung der Zuständigkeiten erforderlich wäre.

Entwicklung der
Rechtsgrundlagen
zur Steuerung

4.1 (1) In den letzten zwanzig Jahren gestaltete der Gesetzgeber die Instrumente und Rechtsgrundlagen der finanziellen Steuerung der gesetzlichen Krankenversicherung wiederholt um:

Tabelle 2: Gesetzliche Änderungen zur Steuerung der Krankenversicherungsträger	
Jahr	Änderung
1994	neue Aufgabe Hauptverband: Kennzahlenvergleich bei Verwaltung und Leistungen (§ 31 Abs. 3 Z 13 und 14 ASVG)
1996	neue Aufgabe für Hauptverband: trägerübergreifendes Controlling in § 31 Abs. 3 Z 2 ASVG
2000	Reorganisation Hauptverband, Neueinführung §§ 32a bis 32g ASVG (Controllinggruppe, Zielvereinbarungen)
2002	§ 447a ASVG – Änderung der finanziellen Anreize für die Zielerreichung; Einführung einer zweijährigen Gebarungsvorschaurechnung
2003	erste Zielvereinbarungen, dann aber Aufhebung des Zielsteuerungssystems (und der Reorganisation des Hauptverbands) durch den VfGH
2004	§ 441e ASVG (Vorgabe eines Zielsteuerungssystems), erneute Reorganisation des Hauptverbands
2005	15a-Vereinbarung (Reformpool, Bundesgesundheitsagentur)
2007	konditionale Erhöhung der Beiträge um 0,15 % (Konnex zu 150 Mio. EUR Einsparungen, 15a-Vereinbarung)
2007/2008	Sozialpartnerpapier (Hauptverband als Holding, Zielvorgaben) – nicht in Kraft getreten
2009	Kassensanierungspaket („Sillian“), Finanzziele und abgestimmte Maßnahmen zur Ausgabendämpfung
2011	Änderung beim Verwaltungskostendeckel
2012	Abschaffung Controllinggruppe, Gesundheitsreform
2013	Abschluss Bundeszielsteuerungsvertrag, Landeszielsteuerungsverträge
2016	Auslaufen Ausgabenobergrenzen, Abschluss neuer Zielsteuerungsverträge

Quelle: RH

(2) Seit den 1990er Jahren hatte der Hauptverband verschiedene Kennzahlen (§ 31 Abs. 3 Z 13 und 14 ASVG) hinsichtlich der Verwaltung und hinsichtlich Leistungspositionen zu vergleichen und ein „trägerübergreifendes Controlling unter vorausschauender und laufender Berücksichtigung der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung“ einzurichten. Dies sollte der „Erhaltung der dauernden Leistungsfähigkeit der Sozialversicherung ohne Überlastung der Volkswirtschaft“ dienen.

(3) Im Jahr 2000 erhielt der Hauptverband – zeitgleich mit dessen grundlegender Neuorganisation als Holding – in § 32a ASVG die Aufgabe, ein Zielsteuerungssystem zu gestalten und Zielvereinbarungen mit den einzelnen Krankenversicherungsträgern abzuschließen. Weiters richtete der Gesetzgeber eine eigene Controllinggruppe beim Hauptverband ein, der das Monitoring und Controlling der Versicherungsträger

Basisinformationen zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherungsträger

oblag.⁶ Im Jahr 2002 folgte die Vereinbarung finanzieller Anreize für die Zielerreichung; ein Teil der Mittel des Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen sollte nach dem Ausmaß der Zielerreichung ausgeschüttet werden. Weiters führten die Krankenversicherungsträger auf Empfehlung der Controllinggruppe eine zweijährige Gebarungsvorschaurechnung ein.

(4) Mit Erkenntnis vom 13. März 2004 hob der Verfassungsgerichtshof (VfGH) die Regelungen zur Neuorganisation des Hauptverbands, zu den Zielvereinbarungen und zum Ausgleichsfonds auf.

Als Reaktion darauf regelte der Gesetzgeber 2004 das Zielsteuerungssystem in § 441e ASVG neu und sah vor, dass der Hauptverband Ziele für die Träger zu beschließen hatte.⁷ Zu diesem Zweck implementierte der Hauptverband eine Balanced Scorecard. Die darin definierten Ziele waren mit dem BMASK und dem BMG abzustimmen.

Aufgrund der Neuregelung war die Rolle des Hauptverbands reduziert; die Formulierung der Ziele war grundlegend vom Konsens der Träger abhängig.⁸ Die Controllinggruppe zum Monitoring der Zielerreichung wurde zwar zunächst beibehalten, jedoch 2012 abgeschafft.⁹

Die konkrete Ausgestaltung der Finanzziele bzw. das entsprechende Monitoring konnte im Prüfungszeitraum keine nachhaltige Finanzierung der Krankenversicherungsträger sicherstellen (siehe TZ 16 bis 27). Die Träger formulierten keine Ziele, die ambitioniert genug waren, eine ausgeglichene Gebarung zu erreichen bzw. die tatsächlich maßgeblichen Ausgabendämpfungen zu steuern. Dem Hauptverband gelang keine analytisch überzeugende Verteilung von Ausgabendämpfungspotenzialen auf die einzelnen Träger. Das BMG überprüfte lediglich

⁶ Die Controllinggruppe war aus Mitgliedern der Trägerkonferenz und aus Vertretern der Bundesministerien zusammengesetzt. Auf ihr Verlangen waren ihr alle Unterlagen der Versicherungsträger und des Hauptverbands vorzulegen. Sie hatte regelmäßig dem BMASK zu berichten.

⁷ Seit 2011 war ausdrücklich geregelt, dass dabei auch Verwaltungskostenziele (gesondert für jeden Sozialversicherungsträger) aufzunehmen waren.

⁸ Die Abstimmung zwischen Spitalsbereich und niedergelassenem Bereich stand im Mittelpunkt der 15a-Vereinbarung zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben des Jahres 2005.

⁹ Die Erläuterungen führten dazu aus: „Nach dem politischen Willen soll die beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingerichtete Controllinggruppe (...) aufgelöst werden. Die(s) soll zu einer Verschlinkung der Verwaltungsabläufe unter Beibehaltung eines wirkungsvollen Controllings in der Sozialversicherung (vgl. dazu § 32h ASVG über die Vertragspartneranalyse und § 31 Abs. 3 Z 2 sowie Z 13 und 14 ASVG betreffend die Aufgaben des Hauptverbands im Bereich versicherungsträgerübergreifendes Controlling und Kennzahldefinition) führen. Darüber hinaus ist durch die Abstimmung der Finanzziele mit dem BMF und dem BMG ein wirkungsvolles Instrument zur Steuerung des Verwaltungshandelns eingerichtet.“

die Einhaltung der Vorgaben des Kassensanierungspakets bzw. der Gesundheitsreform, nicht jedoch die tatsächliche Eignung zur operativen Steuerung, die Sicherstellung der Nachhaltigkeit der Finanzierung oder den Bezug zu den tatsächlichen Entwicklungen.

(5) In der Folge nutzte der Gesetzgeber auch andere Instrumente für zentrale Zielvorgaben: Im Jahr 2007 erfolgte eine Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung um 0,15 %, die an Einsparungen von rd. 150 Mio. EUR geknüpft war. Sollten diese Einsparungen nicht beschlossen werden, war das BMG ermächtigt, die Erhöhung der Beiträge durch Verordnung wieder rückgängig zu machen (§ 634 Abs. 8 ASVG).

Im Jahr 2008 legte die Bundesregierung ein sogenanntes „Sozialpartnerpapier“ vor, das erneut den Umbau des Hauptverbands zu einer Holdinggesellschaft und Zielvorgaben für die Träger vorschlug. Im Gesetzesentwurf war dies nicht mehr enthalten, das Gesetz wurde nach einer Regierungsumbildung nicht erlassen.

Im Jahr 2009 erfolgte im Rahmen des sogenannten „Sillian-Pakets“ (dazu ausführlicher unter TZ 16 ff.) erneut eine Regelung zu Gesamtzielen für die Sozialversicherung, zu einem Monitoringsystem und finanziellen Anreizen für die Zielerreichung (Kassenstrukturfonds), die in das Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG übernommen wurden. Im Rahmen der Gesundheitsreform 2012 (dazu ausführlicher unter TZ 28 ff.) wurde dieses System mit den Bemühungen einer besseren Abstimmung zwischen Spitalsbereich und niedergelassenem Bereich verbunden und im Rahmen von zwei 15a-Vereinbarungen und des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes formalisiert.

4.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass der Gesetzgeber in den letzten zwanzig Jahren zwar mehrfach eine Verstärkung der Steuerung der finanziellen Gebarung der Krankenversicherungsträger angestrebt hatte, wesentliche Elemente dieser Bemühungen aber an einer verfassungskonformen Ausgestaltung scheiterten (z.B. Zielvereinbarungen 2003) bzw. erfolglos blieben und wieder zurückgenommen wurden (z.B. Einführung und Abschaffung einer Controllinggruppe).

Im Zentrum der Bemühungen standen dabei folgende Themen:

- Finden eines geeigneten Planungshorizonts (mittelfristige Perspektive bei höchstmöglicher Aktualität),
- Definition übergeordneter Richtungsvorgaben bei Wahrung der Eigenständigkeit der einzelnen Sozialversicherungsträger,

- Einrichtung eines unabhängigen, übergreifenden Monitorings bzw. Controllings (Ermittlung von Kennzahlen durch den Hauptverband, die Controllinggruppe bzw. eine Tochtergesellschaft der GÖG),
- Schaffung von Anreizen, um den Richtungsvorgaben auch zu folgen (Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds, bedingte Erhöhung von Beiträgen, Einrichtung eines Kassenstrukturfonds aus Bundesmitteln).

Prognoserechnungen

Rechtliche Vorgaben

5.1 (1) Nach § 443 und § 444 ASVG hatten die Sozialversicherungsträger neben dem vergangenheitsbezogenen Rechnungsabschluss auch Prognoserechnungen für die Zukunft zu erstellen. Für beide waren nähere Regelungen in Weisungen¹⁰ (Rechnungsvorschriften) des BMG, erstellt im Einvernehmen mit dem BMASK, definiert. Demnach waren als Prognoserechnungen vorgesehen:

- a) vorläufige Erfolgsrechnungen,
- b) ein Jahresvoranschlag und
- c) Gebarungsvorschaurechnungen.

a) Die vorläufigen Erfolgsrechnungen waren vierteljährlich zur laufenden Beobachtung der Gebarung zu erstellen und dem BMG und dem Hauptverband vorzulegen. Bei der Erstellung waren die Erträge und Aufwendungen hochgerechnet auf Jahresbasis darzustellen.

b) Der Jahresvoranschlag war spätestens bis 15. Februar des laufenden Jahres vom Träger zu erstellen und dem BMG und dem Hauptverband vorzulegen. Wesentliche Abweichungen des Jahresvoranschlags vom vorläufigen Ergebnis für das laufende Jahr und die maßgeblichen Umstände waren von den Krankenversicherungsträgern als Anmerkung zu den Prognoserechnungen zu erläutern. Der Jahresvoranschlag zielte auf eine grundsätzliche Planung der Jahreseinnahmen und –ausgaben ab. Er hatte keine Bindungswirkung, erforderlichenfalls konnten auch höhere Ausgaben getätigt werden.

c) Die Gebarungsvorschaurechnungen wurden im Jahr 2002 auf Anregung der damaligen Controllinggruppe eingeführt. Sie waren vierteljährlich rollierend für die dem Voranschlagsjahr nachfolgenden zwei

¹⁰ Weisungen für die Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und dem Hauptverband (Rechnungsvorschriften RV)

Geschäftsjahre, beginnend ab 2003, zu planen. Durch den dreijährigen Planungshorizont sollten die Träger ihre Ausgaben, abhängig von ihren Einnahmen, vorausschauend steuern.

(2) Die folgende Übersicht zeigt am Beispiel des Jahres 2011, welche Prognoseberechnungen die Krankenversicherungsträger zu erstellen hatten:

Tabelle 3: Beispielhafte Darstellung der Prognoserechnungen und des Rechnungsabschlusses im Jahr 2011	
Zeitpunkt	Prognoserechnung
15. Februar 2011	4. vorläufige Erfolgsrechnung für 2010
	Jahresvoranschlag für 2011
	Gebarungsvorschaurechnung 2012
	Gebarungsvorschaurechnung 2013
15. Mai 2011	1. vorläufige Erfolgsrechnung für 2011
	Gebarungsvorschaurechnung 2012
	Gebarungsvorschaurechnung 2013
31. Mai 2011	Rechnungsabschluss für 2010
15. August 2011	2. vorläufige Erfolgsrechnung für 2011
	Gebarungsvorschaurechnung 2012
	Gebarungsvorschaurechnung 2013
15. November 2011	3. vorläufige Erfolgsrechnung für 2011
	Gebarungsvorschaurechnung 2012
	Gebarungsvorschaurechnung 2013

Quelle: RH

5.2 Der RH wies darauf hin, dass nach den rechtlichen Vorgaben jeder Krankenversicherungsträger jedes Jahr 14 Prognoserechnungen zu erstellen hatte. Angesichts des dafür notwendigen Aufwands hielt er ein sachgerechtes und möglichst genaues Vorgehen dabei für wesentlich (TZ 15).

5.3 *Das BMG nahm in seiner Stellungnahme die Ausführungen des RH zur Kenntnis.*

Prognoserechnungen

Planungsmaßstab,
Planungshorizont
und Maßnahmen-
orientierung

6.1 (1) Die Rechnungsvorschriften sahen als Planungsmaßstab die „kaufmännische Vorsicht“ vor: Für die Berechnung der voraussichtlichen Aufwendungen und Erträge waren jene Faktoren heranzuziehen, die „nach kaufmännisch realistisch abschätzbaren Wahrscheinlichkeiten unter Beachtung des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht voraussichtlich die finanzielle Entwicklung des Versicherungsträgers im jeweiligen Geschäftsjahr beeinflussen“ werden (z.B. die jeweils aktuellen Prognosen zum Wirtschaftswachstum, aktuelle Prognosen über den Beschäftigungsstand, bereits beschlossene Gesetzesänderungen).

Das Ausmaß der anzuwendenden kaufmännischen Vorsicht sahen die einzelnen Krankenversicherungsträger unterschiedlich; die Einschätzungen reichten von einem „worst case“-Szenario bis zu einem „zentralen Steuerungselement“.

(2) Die vom BMG erstellten Rechnungsvorschriften enthielten für den Fall eines negativen Prognoseergebnisses keine Verpflichtung, Sanierungsmaßnahmen zu entwickeln und darzustellen.

(3) Wie unter TZ 5 dargestellt, reichte der Planungshorizont der Prognoserechnungen der Gebarungsvorschaurechnungen zwei Jahre in die Zukunft.

(4) Auch die Gebietskörperschaften verfügten über Instrumente der jährlichen, mittelfristigen und langfristigen Haushaltsplanung.

a) Der jährliche Bundesvoranschlag enthielt verbindliche Budgetvorgaben, die nur unter bestimmten Voraussetzungen mit Zustimmung des BMF überschritten werden durften.

b) Seit 2009 regelte das Bundesfinanzrahmengesetz (BFRG) eine verbindliche mittelfristige Finanzplanung für den Bund. Darin waren Ausgabenobergrenzen festgelegt. Die BFRG enthielten jeweils Planungen für vier Jahre in die Zukunft. Der Bundesfinanzrahmen wurde jährlich um ein Jahr rollierend aktualisiert.

c) Österreich hatte als Teilnehmer der Eurozone weiters jährlich ein Stabilitätsprogramm vorzulegen. Diese Programme enthielten neben dem laufenden Jahr Planungen für vier Jahre in die Zukunft und umfassten u.a. Angaben über mittelfristige Haushaltsziele, Haushalts- und Schuldenentwicklungen und Anpassungsmaßnahmen.¹¹

¹¹ gemäß Verordnung (EG) Nr. 1466/97 i.d.F. der Verordnung (EU) Nr. 1175/2011

d) Gemäß § 15 Abs. 2 Bundeshaushaltsgesetz 2013 (BHG 2013) hatte das BMG alle drei Jahre eine hinreichend begründete, nachvollziehbare, langfristige Budgetprognose für einen Zeitraum von mindestens 30 Finanzjahren zu erstellen.

e) Auch die Länder und Gemeinden hatten einen mittelfristigen Haushaltsrahmen entsprechend den unionsrechtlichen Regelungen festzulegen.

(5) Zum Planungsmaßstab führte die Richtlinie 2011/85/EU des Rates vom 8. November 2011¹² aus, dass die Mitgliedstaaten einen „glaubwürdigen, effektiven“ mittelfristigen Haushaltsrahmen festlegen sollten. Die „kaufmännische Vorsicht“ war weder in den EU-Vorgaben noch im österreichischen Stabilitätspakt ein relevanter Planungsmaßstab.

(6) Im Stabilitätsprogramm waren Maßnahmen zur Erreichung eines mittelfristig ausgeglichenen Haushalts anzuführen.

6.2 Der RH kritisierte, dass sich die Vorgaben für die Prognoserechnungen der Sozialversicherungsträger in wesentlichen Punkten von jenen für die Gebietskörperschaften unterschieden:

- Während die Sozialversicherungsträger bei der Planung der Gebärungsvorschaurechnungen das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht zu berücksichtigen hatten, basierte die Haushaltsplanung des Bundes auf dem in der Richtlinie 2011/85/EU festgelegten Maßstab eines „glaubwürdigen, effektiven“ mittelfristigen Haushaltsrahmens.
- Der Planungszeitraum der Gebärungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger (zwei Jahre in die Zukunft) unterschied sich vom Planungszeitraum im BFRG bzw. im Österreichischen Stabilitätsprogramm (vier Jahre in die Zukunft).
- Für die Sozialversicherungsträger bestand im Unterschied zu den Vorgaben für das Stabilitätsprogramm keine Verpflichtung, gemeinsam mit den Prognosen Maßnahmen zur Sanierung vorzulegen, wenn die Prognosen Abgänge auswiesen.

Der RH empfahl dem BMG und dem BMASK, die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebärungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und den Planungshorizont zu vereinheitlichen. Er empfahl

¹² Richtlinie 2011/85/EU des Rates vom 8. November 2011 über die Anforderungen an die haushaltspolitischen Rahmen der Mitgliedstaaten

weitere dem BMG und dem BMASK, in die Rechnungsvorschriften die Vorgabe aufzunehmen, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.

6.3 (1) *Das BMASK führte in seiner Stellungnahme aus, es unterstütze die Empfehlung des RH – die Gebarungsvorschaurechnung von zwei auf vier Planungsjahre zu erweitern – für den Zweig der Pensionsversicherung. Die Empfehlung, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen, richte sich in erster Linie an das BMG. Agenden der Pensionsversicherung seien nicht betroffen, da die Ausgaben für Pensionen kaum beeinflussbar seien.*

(2) Das BMG sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung des RH, den Planungszeitraum der Gebarungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit jenem im BFRG bzw. im österreichischen Stabilitätsprogramm zu vereinheitlichen, einer kritischen Diskussion mit den Sozialversicherungsträgern zu unterziehen. Eine Gebarungsvorschaurechnung, die vier Jahre in die Zukunft reiche, sei jedoch rechtlich nicht zwingend vorgesehen, ihre Aussagekraft sei aus Sicht des BMG beschränkt.

Zur Empfehlung des RH, gemeinsam mit den Prognosen Maßnahmen zur Sanierung vorzulegen, wenn die Prognosen Abgänge auswiesen, merkte das BMG an, dass nach dem durch das Gesundheits-Zielsteuerungssystem eingeführten Berichtswesen entsprechende Maßnahmen beim Nichterreichen von Zielen (zunächst auf Ebene der Landeszielsteuerungskommissionen) zu setzen seien. Die Gebarung sei einnähmenseitig zu einem wesentlichen Teil von der Wirtschaftsentwicklung abhängig, der Sozialversicherung komme hierbei kein Einfluss zu. Die Krankenversicherungsträger hätten in der Vergangenheit durchaus auf negative Bilanzergebnisse (bzw. auf negative Prognoseergebnisse) reagiert, z.B. durch Kürzung von freiwilligen Leistungen wie Kuren oder satzungsmäßigen Mehrleistungen.

Das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht beurteilte das BMG als einen allgemein anerkannten unternehmensrechtlichen (und im wirtschaftlichen Handeln generell verankerten) Bewertungsgrundsatz. Es gab zu bedenken, mit welchen Reaktionen die Krankenversicherungsträger zu rechnen hätten, wenn die tatsächlichen Bilanzergebnisse um viele Millionen schlechter ausfallen würden als die prognostizierten Ergebnisse. Selbstverständlich sollten die Versicherungsträger aber nach Prognosegenauigkeit streben.

(3) Wie die StGKK in ihrer Stellungnahme mitteilte, stehe sie der Empfehlung, die Planungsvorgaben der Sozialversicherungsträger nach Inhalt und Zeitraum an den Bund anzugleichen, positiv gegenüber. Im Falle einer Verlängerung des Planungshorizonts würden sich allerdings Probleme mit den Basisdaten, immer größeren Bandbreiten und teilweise fehlenden Parametern (z.B. für Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) ergeben. Zur Empfehlung, bei negativen Prognosen auch eine Verpflichtung zur Planung von gegensteuernden Maßnahmen vorzusehen, gab die StGKK an, sie verfolge ohnedies erfolgreich seit Jahren eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik.

(4) Laut der Stellungnahme der WGKK seien zwei Drittel der Ursachen der Abweichungen vom Prinzip einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik als nicht beeinflussbar einzustufen. Dies habe auch der RH in TZ 39 festgestellt.

(5) Die BVA pflichtete dem RH in ihrer Stellungnahme bei, dass eine Erhöhung der Planungsgenauigkeit grundsätzlich immer anzustreben sei. Sie verwies aber auf das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht. Dieses stelle einen fundamentalen übergeordneten Bewertungsgrundsatz im Rechnungswesen dar und fordere – zum Eigenschutz des Unternehmens bzw. zum Gläubigerschutz – eine vorsichtige Bewertung aller Chancen und Risiken. Dies betreffe auch Zukunftsrechnungen (Plan-Erfolgsrechnungen, Liquiditätspläne, Investitionsrechnungen etc.).

Zukunftsprognosen seien generell von Unsicherheitsfaktoren geprägt. Im Bereich der BVA sei z.B. in den Planperioden 2012 und 2013 ein unerwarteter Eingriff des Gesetzgebers erfolgt (Absenkung der Dienstgeberbeiträge im Stabilitätsgesetz 2012), welcher in den vorgelagerten Prognoserechnungen (wie auch im Bericht angemerkt) nicht habe berücksichtigt werden können.

Trotz der vielfältigen Unsicherheitsfaktoren und der Komplexität der Entwicklungen im Gesundheitswesen erscheine bei objektiver Betrachtung die Genauigkeit der Planungen der Krankenversicherungsträger durchaus herzeigbar. Diese sei 2013 und 2014 über jener beim Bundesvoranschlag gelegen.

- 6.4 (1) Der RH wies gegenüber der WGKK klarstellend darauf hin, dass er zwar die Gebarungsrelevanz von für die WGKK wenig beeinflussbaren Positionen (z.B. Beitragseinnahmen, Krankenanstaltenfinanzierung) festgestellt und die Unterschiede in der Entwicklung zwischen StGKK und WGKK zu zwei Drittel auf diese Faktoren zurückgeführt hatte. Dies impliziert jedoch keineswegs, dass keine Maßnahmen möglich sind, die eine Schließung von Gebarungslücken ermöglichen. So

stellte der RH z.B. fest, dass alleine eine Entwicklung der Ausgaben für ärztliche Hilfe wie bei der StGKK zu einer wesentlichen Verbesserung der finanziellen Lage der WGKK beigetragen hätte. Die Auswirkung unbeeinflussbarer Faktoren stellt zwar eine wichtige Rahmenbedingung für die eigenen Maßnahmen dar, entbindet aber keineswegs von der Verantwortung zur Reaktion auf diese Faktoren (TZ 4).

Gegenüber dem BMASK hielt der RH fest, dass sich seine Analysen und Empfehlungen in diesem Bericht auf den Bereich der Krankenversicherung bezogen.

(2) Bezüglich der Angleichung der Planungshorizonte begrüßte der RH, dass sich das BMASK und die StGKK positiv zur Angleichung der Zeithorizonte der Planung an die Vorgaben der gesamtstaatlichen Planung äußerten und das BMG Diskussionsbereitschaft signalisierte. Hinsichtlich der Bedenken zur Verfügbarkeit von Daten für eine längerfristige Planung wies der RH erneut darauf hin, dass die Abweichungen in den Planungsparametern von jenen des Bundes dazu führten, dass die Gebarungsvorschaurechnung der Sozialversicherungsträger trotz hohen Aufwands und Fachwissens nicht vom Bund nutzbar war. Dies war nach Auffassung des RH unter Effizienz- und Ressourcenaspekten unzweckmäßig und beeinträchtigte insbesondere auch die Qualität der Planung des Gesamtstaates. Mittelfristig war es aus Sicht des RH weder möglich noch zweckmäßig, die Planung des Sektors Sozialversicherung von den Planungen auf EU- und Gesamtstaatsebene abzukoppeln. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

(3) Zur Aufnahme von Steuerungsmaßnahmen in die Planung hob der RH hervor, dass es wesentliches Ziel von Prognoserechnungen ist, nicht nur eine künftige Entwicklung vorauszusehen, sondern auch als Entscheidungsgrundlage für Maßnahmen zu deren Beeinflussung zu dienen. Eine Befassung der Gremien mit der Gebarungsvorschau ohne Maßnahmen zur Schließung etwaiger Gebarungslücken war aus Sicht des RH nicht im Interesse der Steuerungsverantwortung der Träger gelegen. Soweit trägerspezifische Maßnahmen aus Sicht der planenden Akteure nicht auszureichen scheinen, wäre gerade die Kommunikation dieses Umstandes von hoher Bedeutung für die Empfänger der Prognoserechnungen: den Hauptverband und das BMG.

Die Stellungnahmen des BMG und der StGKK mit Hinweis auf die tatsächlich gesetzten Steuerungsmaßnahmen zeigen, dass eine derartige Maßnahmenplanung nicht nur sinnvoll, sondern auch möglich ist.

Der RH wies weiters gegenüber dem BMG darauf hin, dass die Aktivitäten der Landeszielsteuerungskommissionen zur Sicherstellung einer

ausgeglichenen Gebarung gerade nicht ausreichend sind, da die Erreichung der dort relevanten Finanzziele – wie unter TZ 40 sehr deutlich dargestellt – keineswegs eine ausgeglichene Gebarung der einzelnen Krankenversicherungsträger sicherstellt. Es muss vielmehr sichergestellt werden, dass andere Personen (nämlich die Organe der jeweiligen Träger) die Erreichung anderer Kennzahlen (nämlich die ausgeglichene Gebarung ihres Trägers) mit entsprechenden Maßnahmen hinterlegen.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

(4) Hinsichtlich des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht wies der RH gegenüber der Argumentation des BMG und der BVA erneut darauf hin, dass dieses weder bei den Vorgaben der EU noch jenen für die Haushaltsplanung der Gebietskörperschaften vorgesehen war. Der RH gab zu bedenken, dass eine Nutzung der Prognoserechnungen für Zwecke der Steuerung bei zu pessimistischen Annahmen zu unerwünschten Effekten führen kann (etwa Leistungskürzungen ohne sachliche Notwendigkeit). Gerade die vom RH geforderte verstärkte Nutzung der Gebarungsvorschaurechnungen für Planungszwecke erforderte daher eine höhere Planungsgenauigkeit. Der RH verwies schließlich darauf, dass die tatsächlichen Abweichungen (siehe TZ 8) die eindeutige Tendenz zeigten, die finanzielle Lage in den Prognoserechnungen ungünstiger darzustellen, als sie tatsächlich war. Gerade auch im Hinblick auf die zwischen den Trägern deutlich unterschiedliche Interpretation des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht hielt der RH daher an seiner Empfehlung zur Vereinheitlichung der Planungsmaßstäbe fest.

Gliederung der Prognoserechnungen

7.1 Alle drei Prognoserechnungen waren nach der Gliederung der vorläufigen Erfolgsrechnung darzustellen. Es waren daher bspw. für die Gebietskrankenkassen 66 Positionen¹³ zu planen, die sehr unterschiedliches Gewicht hatten. Beispielsweise lag für das Jahr 2013 die Position „Beiträge für Familienangehörige der Wehrpflichtigen“ unter 200.000 EUR, die Position „Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“ bei über 3,856 Mrd. EUR. Wichtige Elemente der ärztlichen Hilfe, z.B. Leistungen bei Instituten¹⁴ (für die ein eigenes Finanzziel im Kassensanierungspaket festgelegt war) konnten den Prognoserechnungen nicht direkt entnommen werden.

¹³ Die Anzahl der Positionen änderte sich geringfügig über die Jahre (Bsp.: StGKK GVR für 2012 und 2013, Erstellungsmonat November 2011: 66 Positionen; für Jänner 2015: 67 Positionen).

¹⁴ Die Bezeichnung Institute umfasste z.B. Ausgaben für CT/MR, für Labors und für physikalische Medizin, die in der Position ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen gemeinsam mit anderen Positionen dargestellt waren.

7.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Gliederung der Prognoserechnungen mit 66 Positionen zwar sehr detailliert war, finanziell bedeutsame Positionen – wie bspw. die ärztliche Hilfe mit rd. 3,856 Mrd. EUR – jedoch nur als Gesamtsummen dargestellt waren. Er kritisierte auch, dass wesentliche steuerungsrelevante Informationen, wie die Prognosen zu den Zielwerten des Kassensanierungspakets (z.B. zu Instituten), den Prognoserechnungen nicht zu entnehmen waren.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem BMASK, die Gliederung der Prognoserechnungen stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten.

7.3 (1) *Das BMASK erachtete in seiner Stellungnahme die bestehende Gliederung für Erfolgsrechnung, Voranschlag, vorläufige Erfolgsrechnung, Gebarungsvorschaurechnung für den Zweig der Pensionsversicherung als zweckmäßig und ausreichend.*

(2) Das BMG sagte zu, die Empfehlung des RH einer kritischen Diskussion mit den Sozialversicherungsträgern zu unterziehen. Es gab aber zu bedenken, dass steuerungsrelevante Informationen (z.B. eine Aufgliederung der Aufwandsposition „Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen“) innerhalb der Krankenversicherungsträger vorhanden seien und z.B. für Vertragspartnerverhandlungen genutzt würden.

(3) Laut Stellungnahme der StGKK sollten die Positionen im Formular der Erfolgsrechnung auf ihre Sinnhaftigkeit hinterfragt werden. Der Fokus der Gliederung auf steuerungsrelevante Positionen werde befürwortet. Es gelte jedoch zu beachten, dass die Zeitreihen für die wesentlichen Positionen nicht unterbrochen werden.

(4) Die WGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, dass – um die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten – die Positionen der Planungsrechnung mit den Positionen der Erfolgsrechnung übereinstimmen sollten.

7.4 Der RH nahm zur Kenntnis, dass die überprüften Stellen einerseits die zeitliche Kontinuität, andererseits die Identität der Gliederung zwischen Vorschaurechnungen und Abschlussrechnungen für wesentlich hielten. Er hielt dies durchaus damit für vereinbar, einerseits kleinere Positionen zu streichen und andererseits größere Positionen (wie z.B. die ärztliche Hilfe) weiter zu detaillieren. Dies könnte sowohl in der Erfolgsrechnung als auch in den Prognoserechnungen erfolgen, die wesentlichen Aggregate wären auch im Sinne einer Zeitreihenkontinuität weiter vorhanden.

Gegenüber dem BMASK hielt der RH neuerlich fest, dass sich seine Empfehlungen auf den Bereich der Krankenversicherung bezogen.

Gegenüber dem BMG wies der RH darauf hin, dass die interne Verfügbarkeit von zusätzlichen Daten kein ausreichendes Argument dafür sein kann, die dem Hauptverband und dem BMG zur Verfügung zu stellenden Daten nicht aussagekräftig zu gestalten. Schon die Monitoring-Erfordernisse der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen gingen über die in den Prognoserechnungen verfügbaren Informationen hinaus.

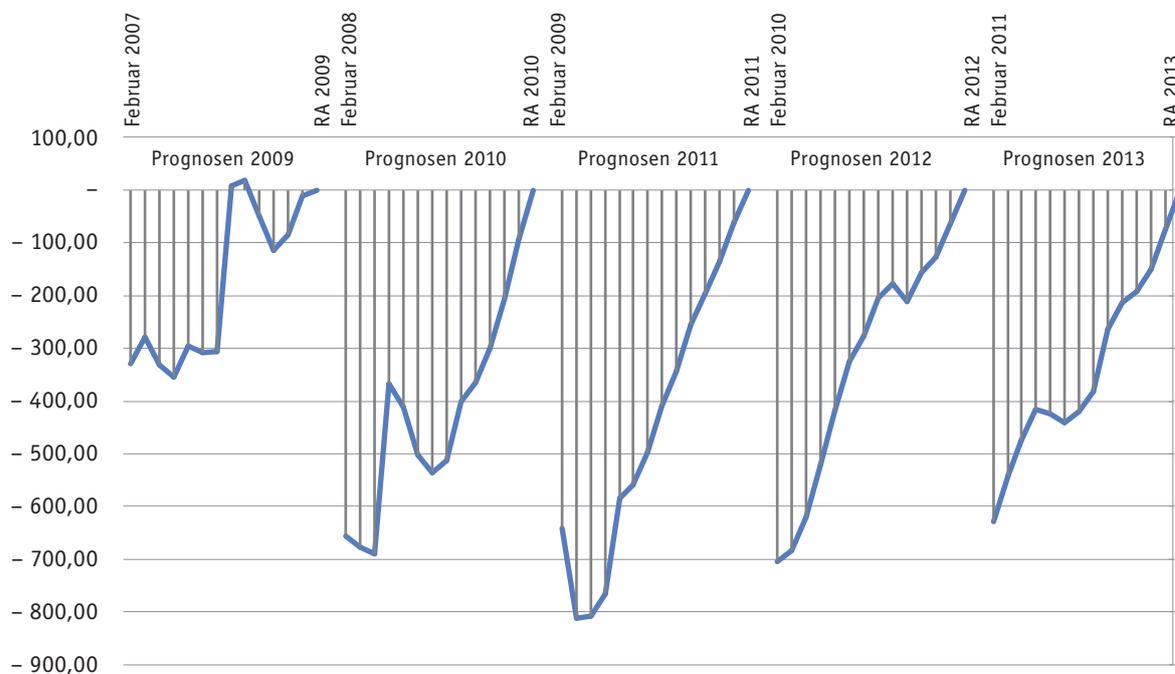
Der RH rief die Steuerungsdefizite der aktuellen Gliederung in Erinnerung und merkte an, dass ohnedies Änderungen im Rechnungswesen, z.B. im Hinblick auf neue Vorgaben der EU für einheitliche, konsolidierte Abschlüsse, absehbar sind. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Höhe der Prognose-
abweichungen

- 8.1** (1) Eine Analyse der Prognosegenauigkeit der Gebarungsvorschau-rechnungen zeigte Abweichungen der Prognosewerte für das Betriebsergebnis der Summe aller Krankenversicherungsträger zu den jeweiligen Rechnungsabschlüssen. Die Abweichungen stellten sich in den Jahren 2009 bis 2013 wie folgt dar:

Prognoserechnungen

Abbildung 1: Prognoseabweichungen Betriebsergebnis aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR)



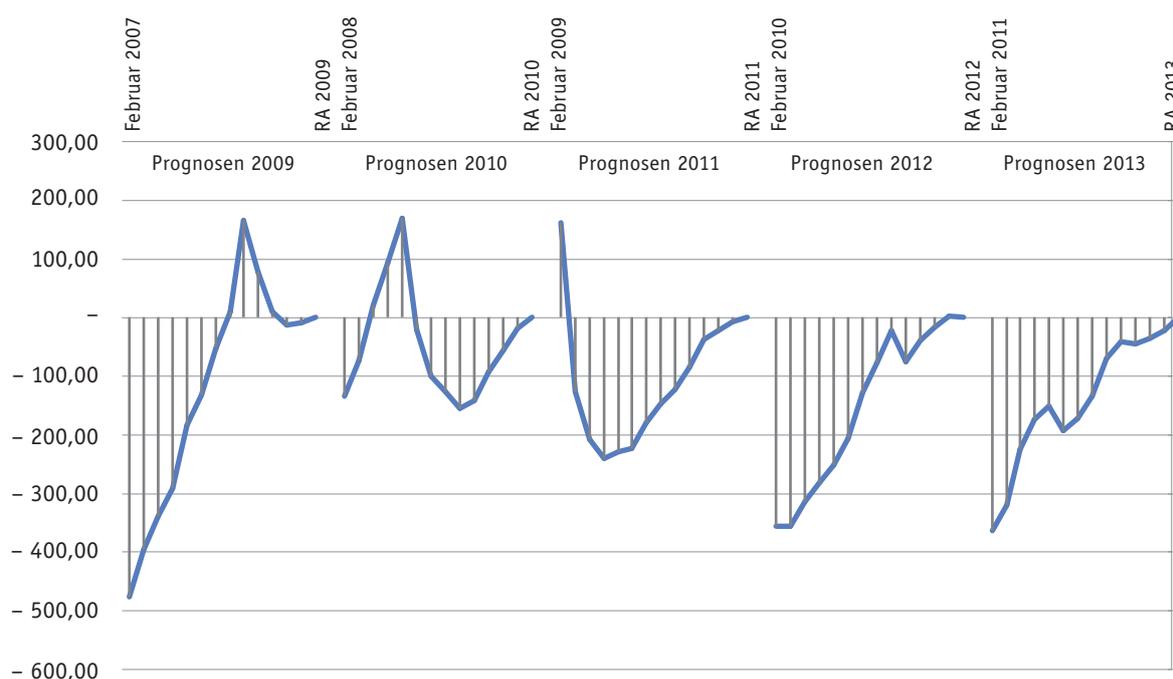
Quellen: Daten Hauptverband; Berechnungen und Darstellung RH

Im betrachteten Zeitraum 2009 bis 2013 wichen die Prognosen für die Position Betriebsergebnis der Summe aller Krankenversicherungsträger in der ersten Gebarungsvorschaurechnung (d.h. bspw. im Februar 2007 für das Jahr 2009) zwischen rd. 330,21 Mio. EUR im Februar 2007 und rd. 704,78 Mio. EUR im Februar 2010 und im Schnitt mit rd. 592,07 Mio. EUR von den jeweiligen Rechnungsabschlüssen ab. In praktisch allen Prognosezeitpunkten waren die Prognosen zu pessimistisch. Mit wenigen Ausnahmen verringerten sich die Abweichungen vierteljährlich; d.h. je kürzer der verbliebene Planungshorizont war, desto genauer war die Prognose.

Die Krankenversicherungsträger begründeten die Abweichungen mit der Berücksichtigung des Prinzips der kaufmännischen Vorsicht, mit dem langen Planungshorizont und mit fehlenden externen Prognosedaten für den gesamten in der Gebarungsvorschau zu planenden Zeitraum.

(2) Die Prognoseabweichungen bei Erträgen und Aufwendungen stellen sich wie folgt dar:

Abbildung 2: Prognoseabweichungen Erträge aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR)



Quellen: Daten Hauptverband; Berechnungen und Darstellung RH

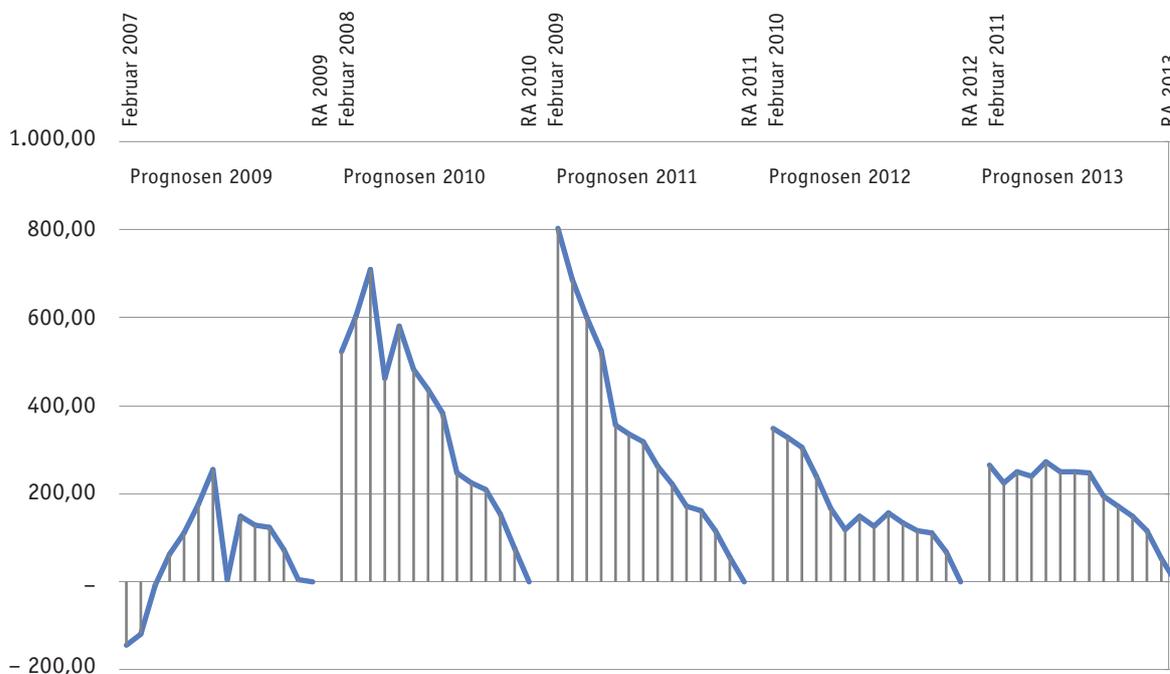
Die Krankenversicherungsträger prognostizierten die Erträge in der Regel zu niedrig^{15,16}. Die deutliche Verschlechterung der Wirtschaftslage im Jahr 2009 führte dazu, dass zu einzelnen Zeitpunkten die Prognosen zu günstig lagen.

¹⁵ Die besonders hohe Abweichung für das Jahr 2009 aus den Prognosen des Jahres 2007 war auf die damals noch nicht bekannte Beitragssatzerhöhung und die Umstellung vom Netto- auf das Bruttoprinzip zurückzuführen.

¹⁶ Ab 2009 stellten die Krankenversicherungsträger Kostenbeteiligungen brutto dar. Das betraf die Positionen Kieferregulierung, Zahnersatz, Zahnersatz in den eigenen Einrichtungen, Rehananstalten, Kurbäderaufenthalt, Heimaufenthalte und Transportkosten.

Prognoserechnungen

Abbildung 3: Prognoseabweichungen Aufwendungen aller Krankenversicherungsträger 2009 bis 2013 (in Mio. EUR)



Quellen: Daten Hauptverband; Berechnungen und Darstellung RH

Die Krankenversicherungsträger prognostizierten die Aufwendungen in der Regel zu hoch. Die deutlich geringeren Abweichungen der Prognosen 2009 (Gebahrungsvorschaurechnung Februar 2007 bis Rechnungsabschluss 2009) waren darauf zurückzuführen, dass aufgrund der Erhöhung der Beitragssätze 2008 auch die Zahlungen der Krankenanstaltenfinanzierung stiegen und die Umstellung zum Bruttoprinzip zum Ausweis höherer Aufwendungen führte.

8.2 Der RH stellte kritisch fest, dass die Krankenversicherungsträger in ihren ersten Prognosen ihr Betriebsergebnis immer zu pessimistisch planten. Die Abweichung lag zwischen rd. 330,21 Mio. EUR und rd. 704,78 Mio. EUR und im Schnitt bei rd. 592,07 Mio. EUR. Der RH hielt diese Abweichung für so hoch, dass dadurch die Gebahrungsvorschau keine geeignete Grundlage zur Steuerung darstellte.

Der RH wies darauf hin, dass die Krankenversicherungsträger die hohen Abweichungen mit dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht begründeten. Er hielt diese Begründung insofern für nicht zutreffend, als auch unter Berücksichtigung eines Vorsichtsprinzips das Ziel hoher Prognosegenauigkeit vorrangig sein sollte.

Der RH verwies auf seine Empfehlung, die Planungsvorgaben der Gebarungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben des österreichischen Stabilitätsprogramms abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und den Planungshorizont zu vereinheitlichen (TZ 6).

Der RH empfahl der StGKK, WGKK und der BVA, in der Gebarungsvorschaurechnung eine höhere Planungsgenauigkeit anzustreben. Leitgedanke sollte nicht sein, im Ergebnis jedenfalls besser zu liegen als in der Prognose, sondern mit der Prognose möglichst realistisch die tatsächliche Entwicklung abzuschätzen.

8.3 (1) *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf den Grundsatz der kaufmännischen Vorsicht als ein anerkanntes unternehmensrechtliches Prinzip.*

(2) Laut Stellungnahme der StGKK sei ihr Ziel, die Prognosegenauigkeit zu forcieren. Dazu würden die Fachabteilungen seit dem Voranschlag 2015 stärker eingebunden und das Problembewusstsein aller Beteiligten noch mehr geschärft. Die intern bereits seit vielen Jahren etablierte Praxis, die Abweichungen aus dem Plan-Ist-Vergleich zu analysieren und in den Gremien zu berichten, werde weitergeführt. Auch die Abstimmung mit den anderen Trägern werde fortgeführt.

Weiters erläuterte die StGKK, diverse Unsicherheitsfaktoren würden trotz detaillierter Planung ein entsprechendes Abweichungspotenzial mit sich bringen. Die Beschlussfassung in den Gremien erfolge in der Regel bereits vor dem offiziellen Versandtermin. Die Verhandlungen mit der Ärztekammer würden in der Steiermark traditionell im Nachhinein geführt. Relevante Einflussfaktoren müssten daher anhand der Erfahrungswerte tendenziell vorsichtig geschätzt und ein Durchschnittswert aus mehreren Vorjahren müsste in Ansatz gebracht werden. Die Wirtschaftslage in der Steiermark reagiere aufgrund der starken Industrialisierung (Autocluster, Leiharbeiter etc.) besonders rasch auf negative Entwicklungen.

(3) Die WGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie sowohl auf der Ertrags- als auch auf der Aufwandsseite eine größere Prognosegenauigkeit als der Durchschnitt aller Gebietskrankenkassen aufweise. Sie sei grundsätzlich immer bemüht, ein realistisches Bild der kommenden Finanzsituation wiederzugeben, natürlich auch mit der gebotenen kaufmännischen Vorsicht.

(4) Die BVA pflichtete in ihrer Stellungnahme dem RH bei, dass eine Erhöhung bzw. Optimierung der Planungsgenauigkeit grundsätzlich immer anzustreben sei, verwies aber zugleich neuerlich auf das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht. Trotz der vielfältigen Unsicherheitsfaktoren und der Komplexität der Entwicklungen im Gesundheitswesen erscheine bei objektiver Betrachtung die Genauigkeitsquote der Planungen der Krankenversicherungsträger durchaus herzeigbar. Diese sei 2013 und 2014 über jener beim Bundesvoranschlag gelegen.

- 8.4** Der RH begrüßte die Zustimmung der StGKK und der BVA zum Ziel einer Erhöhung der Planungsgenauigkeit. Auch unter Berücksichtigung der angeführten Gründe für die festgestellten Abweichungstendenzen hielt er im Zusammenhang mit dem angestrebten Nutzen der Prognoserechnungen für die Steuerung eine Erhöhung der Planungsgenauigkeit für unumgänglich (siehe TZ 14).

Hinsichtlich des vom BMG angeführten Prinzips der kaufmännischen Vorsicht verwies der RH auf seine Ausführungen zu TZ 6.

Allgemeine methodische Mängel

- 9.1** (1) Die Krankenversicherungsträger planten grundsätzlich unter Berücksichtigung der Daten aus Vorjahren, bereits gebuchter Werte des aktuellen Jahres sowie aktueller Entwicklungen wie z.B. Vertragsänderungen, gesetzlicher Änderungen sowie sonstiger Informationen (z.B. Heilmittelanträge). Sie erstellten die Planung sehr detailliert, überwiegend auf Ebene einzelner Konten und aggregierten die Darstellung dann auf die geforderte Gliederung. Die Krankenversicherungsträger kombinierten bei der Planung interne Daten mit externen Informationen, insbesondere den Konjunkturprognosen von Wirtschaftsforschungsinstituten. Teilweise berücksichtigten die Träger auch bundesländerspezifische Wirtschaftsdaten vom AMS oder den Landeskammern der Wirtschaftskammerorganisation.

(2) Mängel im Vorgehen der Krankenversicherungsträger bei der Erstellung der Prognoserechnungen führten jedoch zu Beeinträchtigungen der Prognosequalität:

- a) Die Konjunkturprognosen von WIFO und IHS umfassten einen Zeitraum von zwei Jahren. Für die Planung des dritten Jahres schrieben die Träger selbst Werte fort.

Prognosen über einen längeren Prognosehorizont waren im österreichischen Stabilitätsprogramm veröffentlicht.¹⁷ Die Krankenversiche-

¹⁷ Zum Beispiel enthielt das österreichische Stabilitätsprogramm des BMF vom 21. April 2009 Daten bis zum Jahr 2013.

Träger gaben überwiegend an, von den im Stabilitätsprogramm enthaltenen Prognosen keine Kenntnis zu haben.

b) Die Anpassung der Ergebnisse aus den Prognosemodellen der Wirtschaftsforschungsinstitute auf Basis regionaler Zusatzinformationen erfolgte ohne genaue Kenntnis der den Prognosen zugrunde liegenden Modellparameter. Die Berücksichtigung der regionalen Zusatzinformationen vergrößerte allerdings die Planungsungenauigkeit.¹⁸

c) Zur Prognose der Beiträge der Pensionisten setzten die Träger keine demografischen Modelle ein, sondern schrieben historische Erfahrungswerte fort. Darüber hinaus führten Schwierigkeiten, die Aufteilung der Beiträge auf die Pensionisten zu prognostizieren, zu Planungsfehlern.

Für die Aufteilung der Beiträge in der Krankenversicherung für Pensionisten zwischen den Trägern war ein komplexer Schlüssel maßgeblich. Veränderungen zwischen der vorläufigen und der endgültigen Berechnung der Kennzahlen nach diesem Schlüssel führten zu Nachzahlungen oder Rückzahlungen von bis zu rd. 12,18 Mio. EUR.¹⁹ Die mangelnde Aktualisierung der Berechnungslogik des Schlüssels durch den Gesetzgeber führte dazu, dass seine Zielsetzung (der Ausgleich für Veränderungen beim Beitragssatz anlässlich der Einführung des Pflegegeldes) trotz seiner Komplexität nicht mehr erreicht wurde.

d) Für die Planung der Heilmittelaufwendungen stellte der Hauptverband das Prognosemodell „EXXACT“ zur Verfügung.²⁰ Drei Elemente erschwerten jedoch die Nutzung dieses Modells für die Gebahrungsvorschau:

- Das Modell enthielt nicht immer Werte für den gesamten in der Gebahrungsvorschau zu planenden Zeitraum.

¹⁸ Der RH verglich dazu die mittlere Abweichung der Prognosen mit der Abweichung einer hypothetischen Prognose, die auf Basis der jeweiligen WIFO/IHS-Prognose ohne Anpassungen erfolgt wäre. Die Analyse erfolgte nur für jene Jahre, in denen vergleichbare WIFO/IHS-Prognosen veröffentlicht waren, der RH untersuchte weiters nur die Prognoserechnungen vom Februar jeden Jahres sowie nur die Prognosen für ein bzw. zwei Jahre. Somit standen je Träger neun Prognosen zur Verfügung.

¹⁹ Ursache dafür konnten z.B. unterschiedliche Anstiege der Pensionistenzahlen zwischen den Bundesländern sein.

²⁰ Prognosemodell EXXACT (Expert based and Extrapolational Analytical Cost of Medicines-Tool): Prognosemodell für die Entwicklung des Aufwands für Heilmittel, das von einer Fachabteilung des Hauptverbands den Krankenversicherungsträgern seit Juni 2007 zweimal jährlich mitgeteilt wurde. Das Modell basierte auf einer Befragung von Experten innerhalb und außerhalb der Krankenversicherungsträger zwecks Einholung ihrer Meinung. Weiters wird mit den Daten der Heilmittelabrechnung ein Mischwert für die den Aufwand der Heilmittel beeinflussenden Struktur-, Mengen- und Preiseffekte berechnet. Darüber hinaus wurde noch ein Gesamt-Steigerungsprozentsatz ermittelt.

Der Hauptverband teilte die Ergebnisse den Trägern häufig erst nach der Vorlage der Gebarungsvorschaurechnung mit.

- Die im Modell zur Verfügung gestellten Informationen waren für die Träger nicht ausreichend. Es war z.B. nicht möglich, einen Bezug zu regional unterschiedlich häufig auftretenden Erkrankungen herzustellen. Ergebnis des Prognosemodells EXXACT war nämlich lediglich ein Steigerungsprozensatz für den Heilmittelaufwand insgesamt (auf Basis einer Expertenbefragung) ohne weitere Angaben (Ursachenanalyse, regionale Verteilung, Diagnosegruppen etc.).

9.2 Der RH kritisierte,

- dass die Krankenversicherungsträger nicht alle verfügbaren Prognosen zur Wirtschaftsentwicklung (insbesondere nicht jene aus dem Stabilitätsprogramm) berücksichtigten;
- dass die vom RH näher analysierten Änderungen der Prognoseparameter der Wirtschaftsforschungsinstitute überwiegend zu einer Verschlechterung der Prognosegenauigkeit geführt hatten;
- dass die Prognose der Entwicklung der Zahl der Pensionisten als Parameter für die Beitragsentwicklung wenig auf die demografische Entwicklung abgestimmt war;
- dass die Aufteilung der Beiträge von Pensionisten komplex war und trotzdem mangels Aktualität die ursprüngliche Zielsetzung nicht mehr erreichte sowie
- dass der Hauptverband in seinem Prognosemodell EXXACT die Prognosezeiträume und Erstellungszeitpunkte nicht mit der Gebarungsvorschau koordinierte und als Ergebnis lediglich Prozentwerte ohne Begründungen lieferte.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, Maßnahmen zu setzen, um die Prognosegenauigkeit der Krankenversicherungsträger zu verbessern, insbesondere:

- die verfügbaren Quellen zur Wirtschaftsentwicklung den Trägern möglichst vollständig zur Verfügung zu stellen, insbesondere die Prognosen des Stabilitätsprogramms;
- die Regionalisierung und Aktualisierung der Prognosen von WIFO und IHS zu unterstützen;

- für die Prognose der Beitragseinkommen der Pensionisten demografische Modelle zur Verfügung zu stellen;
- Verbesserungen im Prognosemodell EXXACT anzustreben, insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Abstimmung mit den Anforderungen der Prognoserechnungen und der inhaltlichen Begründung der Modelle.

Der RH empfahl weiters dem BMG und dem Hauptverband, auf eine deutliche Vereinfachung der Regelung zur Aufteilung der Pensionsbeiträge hinzuwirken.

9.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die für die Festsetzung des Aufteilungsschlüssels in der Krankenversicherung für Pensionisten zu beachtenden Kriterien seien bereits einige Male geändert worden. Der Aufteilungsschlüssel werde vom BMG im Einvernehmen mit dem BMASK mit Verordnung festgesetzt. Dem BMG seien aktuell keine Beschwerden seitens des Hauptverbands und der Krankenversicherungsträger dazu bekannt. Sollte der Hauptverband mit einem mit den Krankenversicherungsträgern abgestimmten Änderungsvorschlag an das BMG herantreten, so wäre dieser gemeinsam mit dem BMASK einer Bewertung zu unterziehen.*

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen. Er wies weiters darauf hin, dass die einschlägigen Datenquellen durch Weisungen der Aufsichtsbehörden nach § 444 ASVG zu gestalten seien.

(3) Laut Stellungnahme der StGKK habe ihre bisherige Vorgangsweise für die Planung der Beitragseinnahmen der Pensionisten bei der Ex-post-Betrachtung vergleichsweise große Abweichungen ergeben. Die StGKK sei somit an einer Änderung sehr interessiert und schlage für den Themenkomplex Beitragseinnahmen der Pensionisten die Bildung einer Arbeitsgruppe vor.

(4) Wie die WGKK in ihrer Stellungnahme mitteilte, seien bei einer Vereinfachung der Regelung zur Aufteilung der Pensionsbeiträge auch die Hebesatzproblematik (unterschiedliche Hebesätze, unterschiedliche Beitragsleistung des Bundes pro Pensionist) und der Deckungsgrad der Krankenversicherungsleistungen an die Pensionisten zu berücksichtigen. Ebenso sei es von Vorteil, wenn alle Krankenversicherungsträger eine Einzelnachweisung für die Pensionisten erstellen würden. Bei der Verteilung der Pensionsbeiträge müssten alle Krankenversicherungsträger einbezogen werden.

Prognoserechnungen

9.4 Der RH erachtete gegenüber dem BMG einen bloßen generellen Verweis auf den Konsens aller Systempartner als nicht zielführend. Er vermochte nicht zu erkennen, warum das BMG die von ihm zu erlassende Verordnung betreffend den Aufteilungsschlüssel für Pensionisten von Beschwerden des Hauptverbands bzw. der Krankenversicherungsträger bzw. von einem zwischen diesen abgestimmten Vorschlag abhängig machte.

Fehlendes Benchmarking der Prognosegenauigkeit

10.1 Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung der Genauigkeit der Gebarungsprognosen der Krankenversicherungsträger im Vergleich zum Durchschnitt aller Krankenversicherungsträger bzw. aller Gebietskrankenkassen (dabei bedeutet ein Wert unter 100 % eine genauere Planung als der Schnitt aller Träger, ein Wert über 100 % eine weniger genaue Planung):²¹

Tabelle 4: Durchschnittliche Prognoseabweichungen 2009 bis 2013 im Trägervergleich						
	Summe Erträge	Beiträge Aktive	Beiträge Pensionisten	Summe Aufwendungen	ärztliche Hilfe	Heilmittel
in % des jeweils endgültigen Ergebnisses						
alle Krankenversicherungsträger	1,0	1,4	1,8	1,7	1,4	6,5
alle GKK	1,3	1,8	2,1	1,8	1,5	5,9
StGKK	1,7	2,4	3,5	2,7	3,6	7,0
WGKK	1,0	1,5	1,7	1,1	1,0	5,8
BVA	1,3	1,9	1,9	2,1	2,3	9,0
in % des Durchschnitts aller Krankenversicherungsträger						
alle Krankenversicherungsträger	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
alle GKK	132,7	132,9	118,3	105,0	107,1	91,3
StGKK	174,6	175,3	199,4	158,9	259,0	108,8
WGKK	100,2	113,1	93,9	62,5	73,1	90,4
BVA	132,0	139,1	107,0	121,2	162,0	139,2

Quellen: Rohdaten Gebarungsvorschaurechnung der Krankenversicherungsträger; Auswertung RH

²¹ Die Werte sind im Einzelnen wie folgt berechnet: Zunächst wurde über alle Prognoserechnungen, die für die Jahre 2009 bis 2013 vorlagen, der Absolutbetrag der Abweichung vom endgültigen Ergebnis des jeweiligen Jahres ermittelt. Im zweiten Schritt wurde der Durchschnitt dieser Abweichungen ermittelt. Schließlich wurde das Ergebnis als Prozentwert des endgültigen Wertes für alle Krankenversicherungsträger dargestellt, um einen Vergleich zu ermöglichen.

- Die StGKK wies sowohl bei den Beiträgen als auch bei den Aufwendungen deutlich höhere Abweichungen als die Summe der Krankenversicherungsträger und auch als die Summe der Gebietskrankenkassen auf.²²
- Die WGKK wies sowohl auf Ertragsseite als auch auf Aufwandsseite eine größere Prognosegenauigkeit auf als der Schnitt aller Gebietskrankenkassen.
- Die BVA wies ebenfalls eine höhere Abweichung auf als der Schnitt der Krankenversicherungsträger, wobei im Betrachtungszeitraum auf Beitragsseite eine Gesetzesänderung erfolgte, die in den längerfristigen Prognoserechnungen noch nicht berücksichtigt werden konnte.²³

Die Abweichung war bei allen Trägern im Bereich der Heilmittel am größten.

Ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit zwischen den Trägern erfolgte nicht.

10.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Prognosegenauigkeit im Trägervergleich erheblich unterschiedlich war. Im Bereich der Heilmittel hatte z.B. die BVA eine durchschnittliche Prognoseabweichung von 9,0 %, die StGKK von 7,0 % und die WGKK von 5,8 %. Im Bereich der ärztlichen Hilfe hatte die StGKK eine durchschnittliche Abweichung von 3,6 %, die BVA von 2,3 % und die WGKK von 1,0 %. Der RH kritisierte, dass kein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit erfolgte.

Der RH empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA, regelmäßig ein Benchmarking der Prognosegenauigkeit durchzuführen.

10.3 (1) *Die StGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, ein trägerübergreifendes Benchmarking erfordere Detailwissen über die Annahmen aller Träger und eine Vergleichbarkeit der Vorgangsweise, was ressourcen-*

²² Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass die StGKK bei den Beitragseinnahmen insbesondere für Aktive auch in den Ist-Werten eine höhere Fluktuation aufwies, dies insbesondere im Jahr 2009. Die StGKK erläuterte das mit einer stärkeren Auswirkung konjunktureller Schwankungen aufgrund eines höheren Industrieanteils. Häufig wird bei Kennzahlen über die Prognosequalität die stärkere Schwankung der Ist-Werte durch eine Skalierung über die Standardabweichung der Schwankungen im endgültigen Wert normiert. Unter Anwendung dieser Methodik ist die Genauigkeit der Prognose bei der StGKK bei den Beiträgen der Aktiven durchaus mit dem aller GKK vergleichbar.

²³ Dabei ist insb. auf die lange andauernde Unsicherheit über Zeitpunkt und Höhe des Abschlusses zur ärztlichen Hilfe zu verweisen.

intensiv erscheine. Die Frage sei, ob der damit verbundene Nutzen den Aufwand rechtfertige.

(2) Die WGKK wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie bereits jetzt quartalsweise Abweichungsanalysen für den eigenen Träger erstelle. Ein trägerübergreifendes Benchmarking berühre das Interesse aller Träger an Qualitätssicherung, wodurch eine zentrale Auswertung durch den Hauptverband sinnvoll sei.

(3) Laut Stellungnahme der BVA führe sie bereits ein Benchmarking durch. Das Finanzwesen erstelle jährlich Abweichungsanalysen (Soll-Ist-Vergleiche der Erfolgsrechnungsergebnisse) mit den rollierenden Einschätzungen aus den vorangegangenen Prognoserechnungen. Die BVA werde dieses interne Benchmarking weiter ausbauen.

10.4 (1) Der RH merkte hinsichtlich der von der StGKK aufgeworfenen Frage des Kosten-Nutzen-Verhältnisses an, dass der Nutzen von der tatsächlichen Verwendung der Prognoserechnungen als Steuerungsinstrument abhängt. Sobald tatsächlich wesentliche Entscheidungen (z.B. Tarifierhöhungen, Leistungserweiterungen oder Kürzungen) von den dort behandelten Parametern abhängig gemacht werden, ist die Genauigkeit der Prognosen von ausreichender Bedeutung für eine genaue Analyse.

(2) Den Hinweis der WGKK auf die Zweckmäßigkeit der Durchführung der Abweichungsanalyse durch den Hauptverband erachtete der RH als zutreffend. Er verwies diesbezüglich auf die Empfehlung in TZ 12.

(3) Gegenüber der BVA wies der RH darauf hin, dass ein externes Benchmarking, d.h. ein Vergleich zwischen den Krankenversicherungsträgern, hinsichtlich der Planungsgenauigkeit wesentlich mehr Informationen als die bisher durchgeführten internen Analysen bieten würde.

Unterschiede im Planungsprozess

11.1 Zwischen den Krankenversicherungsträgern gab es Unterschiede im Planungsprozess bezüglich der Erstellung der Vorschaurechnungen:

(1) Die Krankenversicherungsträger erarbeiteten die Prognosen trotz einheitlich geregelter Abgabezeitpunkte zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Beispielsweise schloss die SVA die Arbeiten zum Jahresvoranschlag (der am 15. Februar abzugeben war) bereits Ende November ab, andere Träger arbeiteten bis Mitte Februar daran. Dementsprechend wurden unterschiedlich aktuelle Informationen berücksichtigt (z.B. Abschluss von Kollektivverträgen etc.).

Ursache dafür war, dass die Gremien der Träger zu unterschiedlichen Zeitpunkten zusammentraten und in unterschiedlicher Weise befasst wurden: Zum Beispiel befassten fünf Träger die Gremien vor Übermittlung des Jahresvoranschlags an den Hauptverband bzw. das BMG; acht Träger befassten die Gremien im Nachhinein. Bei den Gebarungsvorschaurechnungen legten zwei Träger die Prognosen vor Übermittlung ihren Gremien vor, die August-Prognose wurde bei keinem Träger vor Übermittlung von den Gremien beschlossen.

(2) Plan-Ist-Vergleiche zwischen den Abrechnungsdaten und den Gebarungsvorschaurechnungen erfolgten bei einem Krankenversicherungsträger monatlich, bei neun Krankenversicherungsträgern vierteljährlich, bei einem Krankenversicherungsträger zwei- bis dreimal jährlich und bei einem Träger einmal pro Jahr.

(3) Für die Prognose der Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige verwendeten fünf Gebietskrankenkassen zusätzlich zu den bundesweiten Prognosen auch regionale Daten, z.B. von den regionalen Arbeitsmarktservices und den Landeskammern der Wirtschaftskammerorganisation, während vier Gebietskrankenkassen keine regionalen Zusatzinformationen für ihre Prognosen verwendeten. Drei Krankenversicherungsträger verwendeten die dem österreichischen Stabilitätsprogramm zugrunde liegende Wirtschaftsprognose für ihre Gebarungsvorschaurechnung, neun nicht.

(4) Die WGKK (deren Prognosegenauigkeit höher war als jene der StGKK, siehe TZ 10) führte wesentlich öfter Aktualisierungen der Prognosen durch als die StGKK. Zum Beispiel änderte die WGKK im Bereich der „Beiträge für pflichtversicherte Erwerbstätige“ in 71 % der Fälle die Höhe ihrer Prognosen (in 29 % der Prognosezeitpunkte führte sie diese einfach fort), die StGKK in 51 % der Fälle.²⁴

(5) Aufgrund unterschiedlicher gesetzlicher bzw. vertraglicher Regelungen standen die Daten über die Abrechnung der Leistungen unterschiedlich schnell zur Verfügung. Während die StGKK und die WGKK quartalsweise mit den Ärzten abrechneten, standen der BVA die Abrechnungsdaten monatlich zur Verfügung.

(6) Die durchschnittliche Abweichung bei der ärztlichen Hilfe lag dann, wenn die Honorarabschlüsse mit der Ärztekammer im Nachhinein

²⁴ Die Häufigkeit der Änderungen lag bei den Aufwendungen für ärztliche Hilfe bei rd. 63 % bei der WGKK, bei 29 % bei der StGKK, bei den Heilmitteln bei der WGKK bei 57 %, bei der StGKK bei 31 %.

erfolgten,²⁵ um rd. das 1,7-Fache höher als bei Abschlüssen im Vorhinein.

11.2 (1) Der RH kritisierte, dass

- die Prognosen der Träger zum Teil zu früh vor den Abgabezeitpunkten für die Prognosen erstellt wurden, wodurch aktuelle Informationen nicht mehr aufgenommen werden konnten,
- einige Prognoserechnungen regelmäßig nicht von den Gremien der Träger beschlossen wurden,
- Plan-Ist-Vergleiche teilweise nur unregelmäßig bzw. in großen Abständen erfolgten,
- die verfügbaren Informationen (z.B. regionale Wirtschaftsdaten oder die dem österreichischen Stabilitätsprogramm zugrunde liegenden Prognosen) nicht vollständig genutzt wurden,
- die StGKK wesentlich öfter die bestehenden Prognosen fortschrieb als die WGKK (die ihre Prognosen häufiger aktualisierte).

Der RH empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA, für die Prognosen möglichst aktuelle und vollständige Informationen zu verwenden. Weiters empfahl er ihnen, die Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung zu verstärken, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan-Ist-Vergleiche.

(2) Weiters wies der RH darauf hin, dass der Zeitpunkt der Vertragsabschlüsse mit den Ärztekammern und die Fristen für die Abrechnung der Honorare Einfluss auf die zum Zeitpunkt der Planung verfügbaren Informationen hatten und somit die Prognosegenauigkeit beeinflussten.

Der RH verkannte nicht, dass bei den Verhandlungen über die Tarife und die Abrechnungsmodalitäten zahlreiche Überlegungen in die Vereinbarungen einfließen, empfahl der StGKK, der WGKK und der BVA jedoch, bei den Vertragsabschlüssen auch die Planbarkeit der künftigen Ausgaben zu berücksichtigen.

²⁵ das heißt nach den bereits erbrachten Leistungen, also z.B. im Dezember 2012 für die Leistungen des Jahres 2012

11.3 (1) Das BMG teilte in seiner Stellungnahme die vom RH geäußerte Kritik, dass die Prognosen zum Teil zu früh vor den Abgabezeitpunkten erstellt wurden, wodurch aktuelle Informationen nicht mehr aufgenommen werden konnten.

(2) Laut Stellungnahme der StGKK liege die Planungsgenauigkeit in einem Spannungsfeld mit der Datenlage. Die Beschlussfassung in den Gremien erfolge in der Regel bereits vor dem offiziellen Versandtermin mit entsprechendem Vorlauf. Die Verhandlungen mit der Ärztekammer würden in der Steiermark traditionell im Nachhinein geführt. Relevante Einflussfaktoren müssten daher anhand der Erfahrungswerte tendenziell vorsichtig geschätzt und es müsse ein Durchschnittswert aus mehreren Vorjahren in Ansatz gebracht werden. Diese Unsicherheitsfaktoren würden trotz detaillierter Planung ein entsprechendes Abweichungspotenzial bewirken. Die vergangenen Jahre hätten aber auch gezeigt, dass die Wirtschaftslage in der Steiermark aufgrund der starken Industrialisierung rascher auf negative Entwicklungen reagiere als die der übrigen Bundesländer.

Dennoch sei es das Ziel der StGKK, die Prognosegenauigkeit zu forcieren. Dazu würden die Fachabteilungen seit dem Voranschlag 2015 noch stärker eingebunden und das Problembewusstsein aller Beteiligten noch mehr geschärft. Die intern bereits seit vielen Jahren etablierte Praxis, die Abweichungen aus dem Plan-Ist-Vergleich zu analysieren und in den Gremien zu berichten, werde weitergeführt. Auch die Abstimmung mit den anderen Trägern werde fortgeführt.

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie besonders häufig Aktualisierungen vornehme und die Befassung der zuständigen Gremien in der Regel zeitnah erfolge. Allerdings seien die Honorarverhandlungen zum Erstellungszeitpunkt der Prognoserechnungen manchmal noch nicht abgeschlossen.

(4) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme ausführte, komme sie dem Erfordernis möglichst aktueller Informationen bereits weitestmöglich nach. Sie setze zur finanziellen Unternehmenssteuerung u.a. die quartalsweise rollierenden vorläufigen Erfolgsrechnungen, Voranschläge, Gebarungsvorschaurechnungen, Finanz- und Liquiditätspläne ein. Dadurch stünden jederzeit wichtige Steuerungsinformationen zur Verfügung und es sei möglich, den voraussichtlichen Erfolg für die Planungszeiträume abzuschätzen, dessen Komponenten zu erkennen, rechtzeitig Abweichungen festzustellen und Steuerungsmaßnahmen zu treffen. Dabei sei neben der Büroebene auch die Selbstverwaltung eingebunden, z.B. würden die Gebarungsvorschaurechnungen bzw. die BSC-Finanzziele im Vorstand beschlossen. Bei wesentlichen Themen sei auch die

Kontrollversammlung (bzw. ihr Arbeitsausschuss) aktiv eingebunden und agiere laufend vor Ort. In der Regel fänden wöchentliche Informationsbesprechungen mit dem Finanzleiter statt. Der Jahresvoranschlag werde mit dem Arbeitsausschuss der Kontrollversammlung inhaltlich und strategisch in einer themenspezifischen Klausur anhand eines umfangreichen Büroberichts erörtert. So werde auch für die Rechnungsabschlüsse vorgegangen.

*Zur Berücksichtigung der Planbarkeit bei den Vertragsabschlüssen mit der Ärztekammer führte die BVA aus, dass sie dies grundsätzlich anstrebe. Ungeachtet dessen befürwortete sie, in den Rechnungslegungsbestimmungen die Möglichkeit von Rückstellungen im Leistungsbe-
reich vorzusehen, um in bestimmten Situationen in der Erfolgsrechnung periodenrichtig Vorsorge für noch zu erwartende Aufwendungen treffen zu können.*

- 11.4** Der RH erkannte in den Stellungnahmen der StGKK, der WGKK und der BVA die Erläuterung der bestehenden Rahmenbedingungen. Er erinnerte jedoch daran, dass er empfohlen hatte, diese Rahmenbedingungen (z.B. den Zeitpunkt der Beschlussfassung durch die Gremien, die Zeitplanung der Vertragsverhandlungen etc.) auf eine stärkere Steuerungswirkung hin auszurichten.

Er begrüßte im Übrigen die positive Stellungnahme der BVA zur Möglichkeit von Rückstellungen.

Nachgängige Abweichungsanalyse

- 12.1** (1) Der Hauptverband und das BMG waren zwar bei der Erstellung der Prognoserechnungen eingebunden, führten jedoch keine nachgängige Qualitätssicherung durch.

Vertreter der Aufsichtsbehörden waren bei der Beschlussfassung zu den Prognoserechnungen im Vorstand anwesend. Auf Basis der Prognosen der einzelnen Sozialversicherungsträger erstellte der Hauptverband eine Zusammenfassung der prognostizierten Werte. Das BMG erarbeitete daraus eine Gegenüberstellung der Annahmen zu einzelnen Bereichen und erstattete dem Bundesminister Bericht über Annahmen und Ergebnisse der Gebarungsvorschaurechnungen.

Weder der Hauptverband noch das BMG analysierten die Gebarungsvorschauen nach Bekanntwerden der endgültigen Werte im Hinblick auf ihre Genauigkeit im Vergleich.

(2) Die Zusammenfassungen des Hauptverbands wurden als nicht maschinell einlesbare Excel-Sheets erstellt. Aufgrund der nicht einheitlichen Struktur der Excel-Sheets konnten diese nur mit erheblichem Aufwand vereinheitlicht werden, damit auch Aussagen bezüglich der Prognosequalität über einen längeren Zeitraum bzw. im Trägervergleich getätigt werden konnten.

(3) Der RH erhob, ob bei einzelnen Trägern hohe Abweichungen bei einzelnen Positionen systematisch auftraten.²⁶ Dabei traten folgende Auffälligkeiten zu Tage:

- Ein Träger setzte bei der ärztlichen Hilfe, solange noch keine Echt-Daten des jeweiligen Jahres verfügbar waren, nicht den erwarteten Wert, sondern die Zielvorgabe laut Kassensanierungspaket (siehe TZ 16 ff.) an. Dies auch in Jahren, in denen diese Zielvorgaben bereits unrealistisch wirkten.
- Ein Träger lag im Bereich Heilmittel in 59 der 65 Prognosezeitpunkte außerhalb der Bandbreite der übrigen Träger. Er teilte dem RH mit, dass er im Bereich der Heilmittel bewusst „extrem“ vorsichtig plane.
- Ein Träger wies im Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel besonders hohe Planungsungenauigkeiten auf. Der Träger begründete dies mit der damals mangelnden Qualität der Datenlage. Die Leistungs-codes aus dem Abrechnungssystem hätten sich nur schwer den Finanzkonten zuordnen lassen. Damit war die Hochrechnungsgrundlage deutlich unsicherer als mit den Standardprodukten zur Zeit der Gebarungsüberprüfung.

12.2 Der RH kritisierte, dass keine trägerübergreifende Ex-post-Analyse der Prognosequalität erfolgte. Er hielt eine derartige Qualitätssicherung für wesentlich, um die Prognosegüte zu verbessern.

²⁶ Der RH untersuchte dazu, wie oft welcher Träger bei welchen Positionen der Erfolgsrechnung eine bestimmte Bandbreite von Abweichungen überschritt. Als Bandbreite wählte der RH die doppelte Standardabweichung der Werte der einzelnen Krankenversicherungsträger hinsichtlich der Prognoseungenauigkeiten für jeweils eine idente Position der Erfolgsrechnung zu jeweils einem bestimmten Prognosezeitraum. Als Ausreißer wertete der RH nur Prognoseungenauigkeiten, die über um mehr als die doppelte Standardabweichung vom Mittelwert der Abweichung abwichen. Die Bandbreite wurde so gewählt, dass statistisch jeder Träger rund drei- bis viermal außerhalb dieser Bandbreite zu erwarten wäre. Der RH schloss dabei jene Bereiche aus, in denen durch gesetzliche Änderungen (z.B. bei Beitragsätzen) eine plausible Erklärung für die hohe Abweichung vorlag (z.B. bei der SVA aufgrund von Beitragsänderungen).

Der RH wies darauf hin, dass bereits seine – auf gravierende Unterschiede zwischen den Trägern beschränkte – Analyse Vorgehensweisen aufgezeigt hatte (Ansatz von Ziel- statt Planwerten, bewusst „extrem“ vorsichtige Planung, schlechte Datenlage bei Heilbehelfen und Hilfsmitteln), bei denen ein frühzeitiges Gegensteuern die Planungsgenauigkeit systematisch verbessert hätte.

Der RH wies darauf hin, dass eine derartige Ex-post-Analyse durch die Erfassung der Prognoserechnungen in maschinell einlesbarer Form (z.B. als Datenbank statt als Excel-Datei) erleichtert würde.

Er empfahl daher dem BMG, in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband regelmäßig die Qualität der Prognoserechnungen anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten zu überprüfen und systematisch hohe Abweichungen bei einzelnen Trägern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung für Verbesserungen in der Vorgehensweise zu nutzen.

12.3 *Das BMG sah in seiner Stellungnahme diesbezüglich keinen Handlungsbedarf. Die Leitlinien für die Erstellung des Jahresvoranschlags und der Gebarungsvorschaurechnung seien in den Rechnungsvorschriften geregelt. Bei auffälligen Steigerungen größerer Aufwandspositionen erfolge vom BMG – sofern der Grund hierfür nicht aus den von den Versicherungsträgern mitgelieferten Erläuterungen hervorgehe – eine Rückfrage beim Versicherungsträger.*

12.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass es zur Erhöhung der Qualität der Prognosen erforderlich wäre, ex post regelmäßig zu analysieren, warum welcher Träger bei welchen Positionen stärker vom Ist-Wert abweicht als andere. Die im Sachverhalt dargestellten Mängel könnten dadurch vermieden werden, was insgesamt zu einer Verbesserung der Planungsqualität beitragen würde. Diese Unterschiede sind aus dem vom BMG laut dessen Stellungnahme durchgeführten Ex-ante-Vergleich zwischen Prognose und Vorjahr nicht erkennbar, da sie sich erst aus dem Vergleich der Prognose mit dem Ist-Wert ergeben. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Erläuterungen zu den Prognoserechnungen

13.1 Den Jahresvoranschlägen und den Gebarungsvorschaurechnungen, nicht aber den vorläufigen Erfolgsrechnungen waren Erläuterungen anzuschließen.²⁷ Die Erläuterungen der Gebarungsvorschaurechnungen waren allerdings häufig wenig aussagekräftig („raschere Erholung der Wirtschaft“). Oft wurden nur allgemeine Aussagen wiederholt. In-

²⁷ Erläuterungen waren für die Änderung der Prognosewerte bedeutender Positionen beizulegen. Unter bedeutenden Positionen wurden in diesem Zusammenhang Positionen verstanden, deren Wert größer als 3 % der Aufwendungen oder Erträge war.

samt waren die Erläuterungen nur bedingt geeignet, um einzuschätzen, wie realistisch die Gebarungsvorschaurechnungen erstellt wurden.

- 13.2** Der RH kritisierte, dass das BMG in den Weisungen für die Prognoserechnungen keine Erläuterungen für die vorläufige Erfolgsrechnung vorgesehen hatte. Er kritisierte weiters, dass bei den Trägern die Erläuterungen der Gebarungsvorschaurechnungen nicht für eine inhaltliche Beurteilung der Qualität der Gebarungsvorschaurechnungen geeignet waren.

Diese beiden Umstände erschwerten die Analyse und das inhaltliche Verständnis der Prognoserechnungen.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem BMASK, in den Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen und verstärkt darauf zu achten, dass diese Erläuterungen aussagekräftig formuliert werden.

- 13.3** (1) *Das BMG und das BMASK begrüßten in ihren Stellungnahmen die Empfehlung des RH, in den Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen. Dies werde im Zuge der nächsten Änderung der Rechnungsvorschriften mit den Sozialversicherungsträgern diskutiert werden.*

(2) Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme mit, die Erläuterungen der Annahmen aber auch der Veränderungen zur letzten Vorschau lägen intern vor. Sie habe der Kritik des RH zur Aussagekraft der Erläuterungen bereits Rechnung getragen: Seit dem Voranschlag 2016 führe sie die Annahmen in ihren Begründungen detaillierter aus, indem in den wichtigsten Positionen auch die erwartete Entwicklung der einzelnen Einflussparameter angeführt sei.

(3) Laut Stellungnahme der WGKK würden ihre Erläuterungen grundsätzlich den Rechnungsvorschriften entsprechen.

- 13.4** (1) Der RH erinnerte gegenüber den Stellungnahmen von BMG und BMASK daran, dass die Rechnungsvorschriften eine Weisung des BMG im Einvernehmen mit dem BMASK darstellten. Im Hinblick auf die erforderliche aktive Wahrnehmung der Verantwortungen (siehe TZ 1 und 3) wäre – über eine Diskussion hinausgehend – die von beiden Bundesministerien inhaltlich ohnehin begrüßte Empfehlung des RH zeitnah umzusetzen.

(2) Der Hinweis der WGKK auf die erfolgte Einhaltung der Vorschriften ging nach Ansicht des RH ins Leere, da einerseits die Aussagekraft der Erläuterungen nur bedingt eine Frage der Regeleinhaltung war und andererseits der RH gerade eine Erweiterung der Rechtsgrundlagen empfohlen hatte (Erläuterungen auch für die vorläufigen Erfolgsrechnungen).

Nutzung in der
gesamtstaatlichen
Planung

- 14.1** Das BMG und die Krankenversicherungsträger gaben an, dass sie es aufgrund der zeitlich verzögerten Wirkung von Steuerungsmaßnahmen bzw. der langen Vorlaufzeit für gesetzliche Änderungen für wesentlich hielten, rechtzeitig auf Basis einer mittelfristigen Planung Maßnahmen zu setzen und dass diese Funktion der Gebarungsvorschaurechnung zukommen sollte.

Das BMF meldete jedoch im österreichischen Stabilitätsprogramm andere Werte zur budgetären Entwicklung der Krankenversicherungsträger, als sich aus den Gebarungsvorschaurechnungen der Krankenversicherungsträger ergaben. Diese Planwerte waren im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 in der Regel optimistischer als die Gebarungsvorschaurechnung.

Die Prognose-Überlegungen des BMF waren erheblich weniger detailliert als die Gebarungsvorschaurechnungen der einzelnen Träger.

- 14.2** Der RH wies darauf hin, dass das BMF seinen Planungen andere Berechnungen zugrunde legte als die Sozialversicherungsträger und nicht die Werte der Gebarungsvorschaurechnungen ansetzte.

Nach Ansicht des RH war dies eine Folge der unterschiedlichen Planungsmaßstäbe und der sich daraus ergebenden systematisch hohen Abweichungen der Gebarungsvorschaurechnungen von den Ist-Werten (siehe TZ 6).

Der RH erachtete es als nachteilig, dass dadurch die gesamtstaatliche Haushaltsplanung auf die detaillierteren Überlegungen der Gebarungsvorschaurechnungen und die darin enthaltene sachliche Kompetenz (z.B. hinsichtlich der Entwicklung von Heilmitteln, Honorarabschlüssen mit Ärzten etc.) nicht zurückgreifen konnte. Umgekehrt war es für das BMG und die Krankenversicherungsträger nachteilig, dass das BMF seine Planungen nicht wichtigen Entscheidungsgrundlagen wie der mittelfristigen Haushaltsplanung zugrunde legte.

Der RH verwies daher auf seine Empfehlung (TZ 6), die Planungsvorgaben der Gebarungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und den Planungshorizont zu vereinheitlichen.

14.3 *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme neuerlich auf das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht als anerkanntes unternehmensrechtliches Prinzip und darauf, dass keine rechtliche Verpflichtung zu einer Vier-Jahres-Planung bestehe.*

14.4 Der RH verwies auf seine Gegenäußerung zu TZ 6, wonach die gesamtstaatliche Planung das Prinzip der kaufmännischen Vorsicht für Gebietskörperschaften nicht vorsieht und auch im Unternehmensrecht dieses Prinzip zwar für die Rechnungsabschlusserstellung, nicht aber für Prognoserechnungen gilt. Im Übrigen zielte seine Empfehlung darauf ab, dass das BMG die rechtlichen Verpflichtungen für die mittelfristige Planung selbst im Zuge seiner Weisungskompetenz gestaltet.

Zusammenfassung
– Prognoserechnungen

15 Gebarungsvorschaurechnungen wären ein wichtiges Instrument für die Steuerung der finanziellen Gebarung der Krankenversicherungsträger. Die gesetzliche Krankenversicherung war nämlich einerseits von kurzfristig auftretenden Änderungen (z.B. pharmazeutischen Innovationen, Honorarforderungen von Vertragspartnern etc.) geprägt. Andererseits hatten die erforderlichen Steuerungsmaßnahmen oft längere Vorlaufzeiten (z.B. Gesetzesänderungen) und betrafen langfristige Wirkungszusammenhänge (z.B. Beeinflussung von Patientenverhalten). Daher war eine mittelfristige und rollierende Planung essentiell.

Der RH stellte jedoch wesentliche Mängel in der Gebarungsvorschau-rechnung fest:

- Die Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) wichen von jenen der mittelfristigen Planung des Bundes ab.
- Die Gliederung der Prognoserechnungen war nur bedingt zur Steuerung geeignet.
- Selbst bei hohen prognostizierten Abgängen waren keine Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen.

Prognoserechnungen

- Die Prognoseabweichungen betragen – bezogen auf den ersten Prognosezeitpunkt – im Schnitt der Jahre 2009 bis 2013 rd. 592,07 Mio. EUR und waren damit zu hoch, um die notwendigen Informationen für eine Steuerung zu bieten.
- Die Erläuterungen für die angesetzten Werte waren unvollständig und wenig aussagekräftig.
- Eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse (z.B. Änderungszeitpunkte, Planungsansätze etc.) fehlten.
- Es bestanden methodische Mängel bei einzelnen Punkten.

Um die Gebarungsvorschaurechnung zur Steuerung einsetzen zu können, wäre eine deutlich höhere Prognosegenauigkeit erforderlich. Dazu war nach Ansicht des RH eine Reihe von Verbesserungen erforderlich, insbesondere:

- eine Abstimmung der Planungsvorgaben (insbesondere Planungsmaßstäbe und Planungshorizont) mit der mittelfristigen Planung des Bundes,
- eine Fokussierung auf eine möglichst realistische Planung und eine Nutzung möglichst aktueller und vollständiger Informationen,
- die Vorgabe, bei Abweichungen vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen,
- eine Ausrichtung der Gliederung der Prognoserechnungen auf Steuerungsgesichtspunkte (Aufteilung wesentlicher Positionen wie ärztliche Hilfe, Zusammenfassung weniger steuerungsrelevanter Positionen),
- eine Ergänzung bzw. Verbesserung der Erläuterungen für die angesetzten Werte,
- ein klares Konzept zur Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung (insbesondere Befassung der Gremien und zur Nutzung für aktuelle Plan-Ist-Vergleiche),
- eine nachgängige Qualitätssicherung bzw. ein regelmäßiges Benchmarking der Prognosegenauigkeit und der eingesetzten Planungsprozesse (z.B. Änderungszeitpunkte, Planungsansätze etc.),

- Verbesserungen bei einzelnen Positionen, wie z.B. bei der EXXACT-Prognose, bei der Einschätzung der Entwicklung der Anzahl der Pensionisten und eine Vereinfachung hinsichtlich des Aufteilungsschlüssels der Beiträge der Pensionisten.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Entstehung und
Kerninhalte

16.1 (1) Die finanzielle Lage der Gebietskrankenkassen verschlechterte sich in den Jahren vor 2009 massiv. Betrug ihr Reinvermögen im Jahr 2001 noch rd. + 719,05 Mio. EUR, lag es im Jahr 2008 bei rd. – 708,14 Mio. EUR. Die Gebarungsvorschau für die kommenden Jahre ließ eine weitere Ergebnisverschlechterung erwarten.

Bei drohender Zahlungsunfähigkeit eines Krankenversicherungsträgers bestanden damals keine klaren Vorgaben, wer unter welchen Voraussetzungen und in welcher Reihenfolge Maßnahmen zu setzen hatte.

Der RH hatte daraufhin im Jahr 2008 empfohlen, ein Sanierungskonzept für die WGKK zu erstellen, da die Versorgung der Wiener Bevölkerung aus eigenen Mitteln der WGKK nicht mehr gesichert erschien.²⁸ Er hatte weiters dem BMG empfohlen, wegen der angespannten finanziellen Lage ein klares Eskalationsszenario zu erstellen²⁹ (insbesondere Vorgaben, unter welchen Voraussetzungen weitere Kreditaufnahmen zulässig sind; wann allenfalls Selbstbehalte gemäß § 31 Abs. 5a ASVG einzuführen sind; welche Verbindlichkeiten verspätet beglichen werden sollen, wobei keine Gläubiger begünstigt werden dürfen).

(2) Im Mai 2008 legten das BMG und das B MASK ein Sanierungskonzept³⁰ vor. Es enthielt eine finanzielle Unterstützung der Krankenversicherungsträger von rd. 1,400 Mrd. EUR durch den Bund³¹ und ausgabendämpfende Maßnahmen bei Ärzten (z.B. die Aufteilung der Gesamtverträge nach Fachrichtungen, Einführung einer Patientenquittung³²) und Heilmitteln (z.B. eine „aut idem“-Regelung)³³ sowie

²⁸ siehe Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2008/2 TZ 3

²⁹ Reihe Bund 2008/2 TZ 23

³⁰ „Finanzierung der Krankenversicherung und Strukturreform des Hauptverbandes“

³¹ Dies umfasste einen Forderungsverzicht des Bundes im Ausmaß von 450 Mio. EUR, die vollständige Abgeltung der nicht abziehbaren Vorsteuer durch den Bund in Höhe von rd. 120 Mio. EUR bis 130 Mio. EUR, eine Anhebung des für Pensionisten geltenden Hebesatzes zu Lasten des Bundes.

³² Der Vertragsarzt sollte den Versicherten unmittelbar nach jeder Inanspruchnahme einen Nachweis über die erbrachten Leistungen ausstellen.

³³ Dabei verschreibt der Arzt den Wirkstoff, der Apotheker wählt das Heilmittel unter Berücksichtigung des Preises aus.

eine Neustrukturierung und Aufgabenerweiterung des Hauptverbands (Umbau in eine „strategische Holding“). Insbesondere die Ärztekammer protestierte heftig gegen die vorgesehenen Maßnahmen. Der Gesetzesentwurf wurde aufgrund der Beendigung der Gesetzgebungsperiode nicht beschlossen.

(3) Im Februar 2009, in der folgenden Gesetzgebungsperiode, beschloss der Ministerrat in Sillian das sogenannte „Kassensanierungspaket“. Basis dafür war eine Vereinbarung zwischen Bund und Sozialversicherung, in der diese eine vorgegebene Konsolidierung bis 2013 und der Bund zusätzliche Mittel zusagten. Ziel war eine schrittweise Entschuldung der Gebietskrankenkassen und eine ausgeglichene Gebahrung der sozialen Krankenversicherung.

Einnahmenseitig waren die wichtigsten Punkte:

- ein Forderungsverzicht gegenüber den Gebietskrankenkassen (insgesamt 450 Mio. EUR),
- die Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel bzw. zusätzliche Mittel³⁴ aus dem Gesundheits- und Sozialbereich–Beihilfengesetz (GSBG) (insgesamt rd. 498,39 Mio. EUR),
- ein Kassenstrukturfonds für die Gebietskrankenkassen³⁵ (2010 bis 2014 in Summe rd. 260,00 Mio. EUR) (TZ 18),
- ein Einmalbetrag zur Liquiditätssicherung (Soforthilfe) von 45 Mio. EUR,³⁶

³⁴ Gemäß Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009. Die Überdeckung entstand durch die am 1. Jänner 2009 (siehe UStG 1994 – BGBl. Nr. 663/1994 i.d.G.F.) in Kraft getretene Senkung von 20 % auf 10 % des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel. Die pauschale Abgeltung dieser Mehrwertsteuer im Wesentlichen in Höhe von 4,3 % der Krankenaufwendungen ergab vor dem Jahr 2009 (meist) eine Unterdeckung der Vorsteuerausgaben in den Krankenversicherungen und ab dem Jahr 2009 eine Überdeckung durch die Senkung des Mehrwertsteuersatzes. Vgl. auch Änderung des § 643 Abs. 3 ASVG im Jahr 2009.

³⁵ „Kassenstrukturfondsgesetz“, geregelt in Art. 50 Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009, Budgetbegleitgesetz 2011, BGBl. I Nr. 111/2010 und Budgetbegleitgesetz 2014

³⁶ Das Budgetbegleitgesetz 2009 legte im Art. 48 (§ 80a Abs. 8 ASVG) fest, dass ein Betrag in Höhe von 45,00 Mio. EUR per 1. Juli 2009 auf die Gebietskrankenkassen aufzuteilen war (BGBl. I Nr. 52/2009).

- die Aufteilung der Mittel des Katastrophenfonds (rd. 42,55 Mio. EUR).³⁷

Damit stellte der Bund zwischen 2009 und 2014 insgesamt rd. 1,302 Mrd. EUR zur Verfügung. Ein Ausgleich zwischen den Rücklagen der Krankenversicherungsträger vor der Bereitstellung der Bundesmittel erfolgte nicht. Auch das vom RH empfohlene Eskalationsszenario für den Fall eines weiterhin bestehenden finanziellen Ungleichgewichts erstellte das BMG nicht.

(4) Für diese Bundesmittel hatte der Hauptverband dem BMG ein mit den Gebietskrankenkassen und Systempartnern³⁸ abgestimmtes Konzept zur Ausgabendämpfung vorzulegen. Das vorgelegte Konzept basierte insbesondere auf der Gebarungsvorschaurechnung vom Mai 2009. Dort wiesen die Gebietskrankenkassen für das Jahr 2010 einen negativen Saldo von rd. – 417,41 Mio. EUR und für das Jahr 2011 von rd. – 673,99 Mio. EUR aus. Demgegenüber sah das Ausgabendämpfungskonzept insgesamt in den Jahren 2009 bis 2013 eine Ausgabendämpfung von rd. 1,725 Mrd. EUR vor.

Zusätzlich schlug der Hauptverband noch weitere gesetzliche Maßnahmen³⁹ zur Unterstützung der Krankenversicherungsträger mit einem Gesamtvolumen von rd. 907 Mio. EUR vor. Eine Umsetzung dieser Maßnahmen unterblieb.⁴⁰

³⁷ Außerdem trat mit Ablauf des 30. September 2009 der § 447a Abs. 5 ASVG außer Kraft. Die Aufteilung der Mittel der Rücklage nach § 447a Abs. 5 (Katastrophenfonds) erfolgte damit in der Weise, dass die WGKK 33,00 Mio. EUR erhielt. Die übrigen Gebietskrankenkassen erhielten nach einem festgelegten Schlüssel den Rest der Rücklagenmittel (vgl. Art. 48 Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009). Durch eine Klage beim VfGH kam es im Jahr 2011 zu einer Rückabwicklung und Neuverteilung der Mittel, wodurch die WGKK Rückzahlungen in Höhe von 18,96 Mio. EUR zu leisten hatte und dieser Betrag auf die übrigen Gebietskrankenkassen aufgeteilt wurde.

³⁸ u.a.: Österreichische Ärztekammer, Wirtschaftskammer Österreich, Österreichische Apothekerkammer, Pharmawirtschaft

³⁹ Durch die Umschichtung der medizinischen Rehabilitation in die Pensionsversicherung sollten 2010 bis 2013 rd. 542 Mio. EUR Ausgabendämpfung erzielt werden. Einnahmenseitig sollten eine Vollabgeltung der Rezeptgebührenobergrenze und eine Mindestbeitragshöhe für Pensionisten mit länderübergreifenden Pensionsansprüchen weitere rd. 365 Mio. EUR bringen.

⁴⁰ Insgesamt hätten die Krankenversicherungsträger mit den Ausgabendämpfungen und den vom Hauptverband vorgeschlagenen zusätzlichen Maßnahmen eine Ergebnisverbesserung von rd. 2,632 Mrd. EUR erreicht, inkl. der Bundesmittel von rd. 1,302 Mrd. EUR sogar rd. 3,934 Mrd. EUR.

(5) Erste Umsetzungsmaßnahmen waren bereits im Budgetbegleitgesetz 2009⁴¹ enthalten. Nach der Vorbereitung im Hauptverband⁴² beschloss der Ministerrat im September 2009 das Sanierungskonzept. Die notwendigen Änderungen im Sozialversicherungsrecht⁴³ traten am 1. Jänner 2010 in Kraft.

16.2 (1) Der RH wies darauf hin, dass die Bundesregierung zur Sanierung der Krankenversicherungsträger rd. 1,302 Mrd. EUR für den Zeitraum 2009 bis 2014 aus Bundesmitteln bereitstellte.

Er kritisierte, dass das von ihm empfohlene Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Krankenversicherungsträgers weiterhin fehlte und ein Ausgleich innerhalb der Krankenversicherungsträger vor der Bereitstellung der Bundesmittel nicht erfolgt war.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMG, ein klares Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Krankenversicherungsträgers zu erstellen.

(2) Der RH merkte an, dass der Bund den Krankenversicherungsträgern bzw. den Systempartnern (z.B. Ärztekammer, Pharmaindustrie) einen erheblichen Spielraum bei der Gestaltung der Ausgabendämpfung einräumte. Er bemerkte kritisch, dass als Basis des Sanierungskonzepts des Hauptverbands und der dort festgehaltenen Ausgabendämpfungsmaßnahmen nicht Ist-Zahlen dienten, sondern die Gebarungsvorschau aus Mai 2009 und somit eine Prognoserechnung der von den Ausgabendämpfungen direkt Betroffenen.

Der RH verwies auf die unter TZ 5 bis 15 dargestellten Mängel der Prognoserechnungen und hielt fest, dass bei Erstellung der Gebarungsvorschau aufgrund der Verhandlungen des Jahres 2008 bereits in Grundzügen bekannt war, welche Einsparpläne bestanden. Es war daher nach Ansicht des RH nicht sachgerecht, die Ausgabendämpfung ausschließlich gegenüber dem Basisszenario der Gebarungsvorschau zu bewerten. Er verwies diesbezüglich auf seine Beurteilungen der Finanzziele und zum Monitoring (TZ 20 ff.).

⁴¹ siehe BGBl. I Nr. 52/2009

⁴² vgl. Vortrag an den Ministerrat: „Sanierungskonzept Gesundheit: Finanzierung sichern; Abschlussbericht für die Jahre 2010 bis 2013“

⁴³ u.a.: Neuregelung der Nachbesetzung von Vertragsärzten (dynamische Stellenplanung); Investitionsablöse bei Nicht-Nachbesetzung einer Planstelle; Verankerung eines Ökonomiegebots im Folgekostenbereich in Gesamtverträgen; Altersgrenze für Vertragspartner; Kriterienkatalog für die Gesamtvertragspartner bei Honorarordnungen

- 16.3** Die StGKK begrüßte in ihrer Stellungnahme den Vorschlag eines Eskalationsszenarios bei Überschuldung bzw. permanent negativen Ergebnissen. Sie erwarte sich davon auch (Rechts)Sicherheit. Sie schlage jedoch vor, den Schwerpunkt nicht ausschließlich auf Eskalationsszenarien zu legen, sondern Sanierungsmöglichkeiten und einen Konsolidierungspfad vorzusehen.

Bundesmittel

Gesamtüberblick

- 17.1** (1) Die öffentliche Hand übernahm für die Krankenversicherungsträger – im Gegensatz zur gesetzlichen Pensionsversicherung – keine direkte Abgangsdeckung. Dennoch stammten wesentliche Teile der Erträge aus öffentlichen Mitteln im weiteren Sinn.

Wie hoch diese insgesamt waren, war aus den Rechnungsabschlüssen nicht direkt ersichtlich und musste daher vom RH im Rahmen der Gebarungsüberprüfung erhoben werden. Entsprechende Zahlungen waren vor allem in den Rechnungsabschlusspositionen der Beiträge, der Ersätze für Leistungsaufwendungen, der sonstigen betrieblichen Erträge und der außerordentlichen Erträge verbucht.

Bei der StGKK machte dies im Jahr 2013 rd. 295,49 Mio. EUR bzw. 20 % der Erträge aus, bei der WGKK rd. 704,46 Mio. EUR bzw. 24 % der Erträge.⁴⁴

Wesentliche Aspekte dabei betrafen:

- die sogenannten Hebesätze der Beiträge der Pensionisten zur gesetzlichen Krankenversicherung⁴⁵ (rd. 144,26 Mio. EUR bei der StGKK; rd. 232,68 Mio. EUR bei der WGKK),
- verschiedene Leistungen für die Krankenversicherung der Arbeitslosen (insbesondere rd. 59,18 Mio. EUR vom AMS bei der StGKK, rd. 141,02 Mio. EUR bei der WGKK),

⁴⁴ Dabei traten unterschiedliche Rechtsträger auf, die untereinander Verflechtungen bei der Finanzierung aufwiesen, z.B. das AMS bzw. das Land und der Bund. Der höchste Anteil lag bei der WGKK vor (aufgrund des Hanusch-Krankenhauses). Die BVA war insofern ein Sonderfall, als die Gebietskörperschaften gleichzeitig Dienstgeber waren.

⁴⁵ Diese werden zwar von der Pensionsversicherung bezahlt und somit zunächst aus Versicherungsgeldern finanziert, aufgrund des Bundesbeitrags für die Differenz zwischen Ausgaben und Einnahmen (§ 80 ASVG) ist aber ein höherer Hebesatz direkt vom Bund zu finanzieren.

- Ersätze des Bundes für bestimmte Leistungen (bei der StGKK rd. 81,17 Mio. EUR, bei der WGKK rd. 176,96 Mio. EUR, bei der BVA rd. 79,91 Mio. EUR); z.B. waren nach § 168 ASVG von den Krankenversicherungen nur 30 % der Aufwendungen für das Wochengeld unbeschadet der Mittel aus dem Familienlastenausgleichsfonds zu tragen⁴⁶),
- verschiedene Zahlungen für den Betrieb des Hanusch-Krankenhauses, das die WGKK führte⁴⁷ (so waren in der Position sonstige betriebliche Erträge rd. 118,53 Mio. EUR seitens des Landes Wien für den Betrieb des Hanusch-Krankenhauses enthalten).

(2) Zusätzlich zu diesen auf Dauer eingerichteten Finanzierungsbeiträgen stellte in den Jahren 2009 bis 2014 der Bund weitere Mittel über das Kassensanierungspaket zur Verfügung. Im Jahr 2013 machte dies außerordentliche Erträge für die StGKK von rd. 3,07 Mio. EUR und für die WGKK von rd. 119,61 Mio. EUR aus.⁴⁸

Insgesamt lagen somit die Erträge der StGKK aus der öffentlichen Hand im Jahr 2013 bei rd. 298,56 Mio. EUR bzw. rd. 20 % der Position „Summe der Erträge“, jene der WGKK bei rd. 824,07 Mio. EUR bzw. rd. 28 % der Position „Summe der Erträge“.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die den Gebietskrankenkassen im Zeitraum 2009 bis 2014 zugeflossenen Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket sowie über die unterschiedlichen Formen der Zuwendungen:

⁴⁶ Ersätze des Bundes gemäß § 168 ASVG, § 39 a Abs. 3 FLAG und § 41 Abs. 4 AIVG (Teilersatz für Wochengeld).

⁴⁷ Der Bruttoaufwand für das Hanusch-Krankenhaus betrug 2013 rd. 182,0 Mio. EUR. Der abgeleitete Nettoaufwand 166,0 Mio. EUR. Unter Berücksichtigung der Abschreibungen und der Erträge aus der Abgangsdeckung der Gemeinde Wien für 2012 bzw. der Zuflüsse aus dem Wiener Gesundheitsfonds blieb ein Defizit von 52,4 Mio. EUR. Nach Berücksichtigung der Zahlungen an den Spitalsfonds in Höhe von 28,5 Mio. EUR (2. Stabilitätsgesetz 2012) und den damit einhergehenden geringeren Überweisungen an den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen von 8,2 Mio. EUR verblieben der WGKK rd. 15,7 Mio. EUR als von ihr zu deckendem Aufwand (2012: 8,5 Mio. EUR, 2011: 17,1 Mio. EUR, 2010: 19,6 Mio. EUR).

⁴⁸ Die BVA erhielt im Jahr 2013 keine Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket, das Verhältnis der Zahlungen an die StGKK bzw. die WGKK war je nach betrachtetem Jahr unterschiedlich, so erhielt im Jahr 2011 die StGKK rd. 69,24 Mio. EUR und die WGKK rd. 131,11 Mio. EUR.

Tabelle 5: Bundesmittel 2009 bis 2014 nach Träger und Grundlage (in Mio. EUR)

	Struktur- fonds	GSBG- Über- deckung	Forderungs- verzicht	Katastrophen- fonds	Soforthilfe 2009	Summe	Anteil des Trägers
	in Mio. EUR						in %
WGKK	61,19	351,80	256,17	14,04	24,39	707,60	54
NÖGKK	45,92	30,25	21,98	6,60	2,69	107,44	8
BGKK	7,75	5,40	5,84	0,85	1,02	20,86	2
OÖGKK	46,41	-	-	6,60	-	53,00	4
StGKK	36,52	65,43	104,18	5,11	10,11	221,34	17
KGKK	16,75	35,79	52,46	2,13	5,51	112,64	9
SGKK	17,42	-	-	2,55	-	19,97	2
TGKK	22,20	6,84	8,93	2,98	1,28	42,23	3
VGKK	12,02	2,87	0,44	1,70	-	17,02	1
SUMME gesamt	266,17	498,39	450,00	42,55	45,00	1.302,11	100

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; StGKK; WGKK

a) Die Gebietskrankenkassen erhielten insgesamt rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln bis zum Jahr 2014. Dabei profitierten besonders die Träger mit negativem Reinvermögen. Demnach erhielt die WGKK mit rd. 54 % der Bundesmittel den weitaus größten Teil. Die geringsten Bundesmittel erhielten die BGKK, die SGKK und die VGKK mit einem Anteil von rd. 1 % bis 2 %.

b) Neben einer Soforthilfe im Jahr 2009 in Höhe von rd. 45,00 Mio. EUR, einem Forderungsverzicht des Bundes gegenüber den Gebietskrankenkassen von insgesamt 450,00 Mio. EUR, der Zuführung der Mittel aus der Auflösung des Katastrophenfonds in Höhe von 42,55 Mio. EUR und der Ausschüttung der Mittel aus dem Krankenkassenstrukturfonds in Höhe von 266,17 Mio. EUR (von 2010 bis zum Jahr 2014 exklusive Zinsen, TZ 18) trug die Überdeckung aus den GSBG-Mitteln aufgrund der Senkung des Umsatzsteuersatzes bei Heilmitteln in Höhe von rd. 498,39 Mio. EUR einen wesentlichen Anteil zu den Bundesmitteln bei.

Bis zum Beitritt Österreichs zur Europäischen Union (EU) waren die Sozialversicherungsträger „echt umsatzsteuerbefreit“, d.h. sie mussten keine Umsatzsteuer verrechnen, erhielten aber trotzdem die Vorsteuer ersetzt. Da Bedenken bestanden, ob diese Regelung EU-konform war, führte der Bund eine pauschale Abgeltung der Vorsteuer als Beihilfe auf Basis der Aufwendungen der Krankenversicherung ab dem Jahr 1997

ein.⁴⁹ Durch die stark steigenden Heilmittelkosten deckte diese Pauschale ab dem Jahr 1998 nicht mehr den gesamten Aufwand aus der nicht abzugsfähigen Vorsteuer; zwischen 1998 und 2009 erhielten die Krankenversicherungsträger daher weniger GSBG-Förderungen, als es der bezahlten Vorsteuer entsprach. Durch die Senkung des Umsatzsteuersatzes bei Heilmitteln von 20 % auf 10 % im Jahr 2009 bei gleichbleibender GSBG-Pauschale kam es in den Jahren 2009 bis 2013 für die Krankenversicherungsträger dagegen zu einer Überdeckung von in Summe rd. 498,39 Mio. EUR.⁵⁰

Ab dem Jahr 2014 ersetzte der Bund die Umsatzsteueraufwendungen der Krankenversicherungsträger wieder – wie vor 1997 – eins zu eins. Dadurch kam es ab dem Jahr 2014 zu keiner Über- bzw. Unterdeckung mehr aus der Abgeltung der Umsatzsteuer.

(3) Die im Jahr 2009 beschlossene Aufteilung der Mittel aus dem Katastrophenfonds (rd. 42,55 Mio. EUR), die Soforthilfe (rd. 45,00 Mio. EUR) und die GSBG-Überdeckung (rd. 498,39 Mio. EUR von 2009 bis 2014) erfolgte ohne im Gegenzug auferlegte Verpflichtungen bzw. Gegenleistungen.

Der Forderungsverzicht des Bundes für die Jahre 2010 bis 2012 in Höhe von insgesamt 450 Mio. EUR erfolgte unter der Voraussetzung, dass der Hauptverband ein mit den Sozialversicherungsträgern abgestimmtes und von der Bundesregierung zustimmend zur Kenntnis genommenes Sanierungskonzept mit dem Ziel einer mittelfristig ausgeglichenen Gebarung vorlegte.

Lediglich die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds (rd. 266,17 Mio. EUR bzw. rd. 20 % der Gesamtmittel) hingen von einer erfolgreichen Realisierung der vereinbarten Finanzziele ab.

17.2 Der RH wies darauf hin, dass nur rd. 20 % der Mittel von einer erfolgreichen Realisierung der vereinbarten Finanzziele abhingen.

17.3 *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die den Krankenversicherungsträgern zur Verfügung gestellten öffentlichen Mittel seien in den Rechnungsabschlüssen der Träger vollständig enthalten und verbindlich und nachvollziehbar zugeordnet. Die betriebswirtschaftlichen und buch-*

⁴⁹ gemäß BGBl. II Nr. 56/1997

⁵⁰ Über den Betrachtungszeitraum der Jahre 1997 bis 2013 ergab sich nach einer Auswertung des Hauptverbands für die Krankenversicherung insgesamt eine Lücke von rd. 245 Mio. EUR. Die WGKK wies im gleichen Zeitraum (aufgrund der Verteilung der GSBG-Überdeckung nach dem negativen Reinvermögen) dagegen einen positiven Saldo aus der GSBG-Über- bzw. Unterdeckung aus (181,98 Mio. EUR).

halterischen Prinzipien würden allerdings eine Zuordnung dieser Mittelzuflüsse sachlich differenziert auf unterschiedliche Konten bedingen.

Weiters wies das BMG auf die Voraussetzung eines Sanierungskonzepts für den Forderungsverzicht des Bundes hin. Dieses Sanierungskonzept sei bekanntlich vorgelegt und abgenommen sowie einem Monitoring unterzogen worden. Die übrigen Zahlungen des Bundes, wie die Soforthilfe und die GSBG-Überdeckung, seien entsprechend ihrem Ziel der Entschuldung nur den Versicherungsträgern mit negativem Reinvermögen zugeflossen.

- 17.4** Der RH merkte gegenüber dem BMG zur Sichtbarkeit der den Krankenversicherungsträgern zufließenden öffentlichen Mittel an, dass dieses Thema die im gegenständlichen Bericht mehrfach betroffene Frage der steuerungsrelevanten Bereitstellung von Informationen betraf. Er anerkannte, dass die entsprechenden Zahlungsströme grundsätzlich in der Buchhaltung erfasst waren, wies aber darauf hin, dass die zwischen den Trägern unterschiedliche Höhe und Zusammensetzung der öffentlichen Mittel durch die Aufteilung auf verschiedene Konten nicht mehr gesamthaft ersichtlich war. Er hielt daher eine transparente Darstellung an geeigneter Stelle für zweckmäßig.

Weiters verwies der RH hinsichtlich der unterschiedlichen Voraussetzungen für die vom Bund zur Verfügung gestellten Mittel auf folgenden Zusammenhang: Die Krankenversicherungsträger wiesen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung insgesamt mehr Reserven auf, als zur Liquiditätssicherung gefordert waren. Ein Großteil der zur Verfügung gestellten öffentlichen Mittel war ihnen unabhängig von der Realisierung der Ziele überwiesen worden. Regelungen zu einer etwaigen Rückzahlung der Mittel (auch jener, die lediglich auf Basis eines negativen Reinvermögens zur Verfügung gestellt worden waren) gab es nicht. Der RH verwies diesbezüglich auf seine Empfehlung in TZ 18, künftig verstärkt auf die Anreizeffekte von Bundesmitteln zu achten.

Kassenstrukturfonds

- 18.1** (1) Das BMG errichtete im Jahr 2009 mit dem Budgetbegleitgesetz 2009 den „Kassenstrukturfonds“.⁵¹ § 2 des Kassenstrukturfondsgesetzes hielt als Ziel fest, dass die Mittel langfristig eine ausgeglichene Gebarung der Gebietskrankenkassen sicherstellen sollten. Die Verwaltung des Fonds oblag dem Hauptverband.⁵²

⁵¹ ein unselbständiger Verwaltungsfonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit

⁵² vgl. Art. 50 Budgetbegleitgesetz 2009, BGBl. I Nr. 52/2009

Der Bundesminister für Gesundheit hatte jährlich bis zum 30. September für das Folgejahr im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen eine Richtlinie für die Mittelverwendung festzulegen.⁵³

(2) Eine Vereinbarung von Zielen sowie Maßnahmen zu deren Erreichung zwischen dem Hauptverband und den Gebietskrankenkassen, die eine Umsetzung des Kassensanierungspakets enthielt, war Grundlage der Mittelbereitstellung. Bis zum 15. Dezember des der Mittelvergabe vorangehenden Jahres hatte der Hauptverband jeweils die koordinierten Maßnahmen dem BMG und dem BMF vorzulegen und sie mit diesen abzustimmen.

(3) Daraufhin überwies der Bund jeweils zum 1. Jänner des Vergabjahres die Mittel an den Kassenstrukturfonds. Für das Jahr 2010 belief sich der Bundesbeitrag auf 100,00 Mio. EUR. Für die Jahre 2011 bis 2014 stellte der Bund jeweils 40,00 Mio. EUR zur Verteilung unter den Gebietskrankenkassen zur Verfügung. Für das Jahr 2015 stellte der Bund keine Mittel mehr zur Verfügung.

Die Ausschüttung der Mittel erfolgte im Verhältnis der Zahl der Versicherten der Gebietskrankenkassen des jeweils zuletzt abgeschlossenen Geschäftsjahres und unter der Voraussetzung der vereinbarten Zielerreichung. Wurde das Ziel eindeutig verfehlt, erhielt der jeweilige Träger keine Mittel aus dem Fonds. Eine Bezugnahme auf unterschiedlichen Finanzbedarf oder besonders ambitionierte Zielerreichung erfolgte dabei nicht.⁵⁴

Die angelaufenen Zinsen aufgrund der Dotierung durch den Bund jeweils am 1. Jänner und der tatsächlichen Auszahlung etwa in der zweiten Jahreshälfte des Folgejahres – bedingt durch die Notwendigkeit zur Feststellung der endgültigen Ergebnisse für die Zielerreichung – flossen ebenfalls an die Gebietskrankenkassen.

(4) Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds (aufgegliedert nach den einzelnen Gebietskrankenkassen):

⁵³ vgl. Richtlinie des Bundesministers für Gesundheit für die Verwendung der Mittel des Kassenstrukturfonds für die Jahre 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014

⁵⁴ vgl. Richtlinie des Bundesministers für Gesundheit für die Verwendung der Mittel des Kassenstrukturfonds für die Jahre 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 und 2014

Tabelle 6: Kassenstrukturfonds–Mittel 2010 bis 2014¹

	2010	2011	2012	2013	2014 ²	Summe	Anteil
	in EUR						in %
WGKK	23.381.193	9.547.091	9.488.273	9.435.822	9.338.933	61.191.312	23
NÖGKK	17.530.816	7.185.741	7.113.374	7.061.638	7.029.324	45.920.894	17
BGKK	2.925.188	1.207.161	1.206.114	1.205.546	1.203.378	7.747.387	3
OÖGKK	17.723.798	7.272.992	7.220.584	7.131.800	7.058.070	46.407.243	17
StGKK	13.986.057	5.736.847	5.643.119	5.585.537	5.569.724	36.521.284	14
KGKK	6.388.693	2.622.749	2.606.491	2.583.576	2.549.254	16.750.762	6
SGKK	6.632.458	2.706.367	2.689.106	2.710.154	2.679.326	17.417.412	7
TGKK	8.420.074	3.471.694	3.469.635	3.444.701	3.394.968	22.201.072	8
VGKK	4.580.764	1.881.693	1.871.210	1.849.576	1.833.612	12.016.855	5
gesamt	101.569.041	41.632.334	41.307.905	41.008.350	40.656.590	266.174.220	100

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Werte aus den Fondsabschlüssen können von den gebuchten Werten in den Gebietskrankenkassen aufgrund von Periodenverschiebungen abweichen.

² Für das Jahr 2014 lag zur Zeit der Gebarungsprüfung nur ein „Büroentwurf“ für den Fondsabschluss vor.

Quellen: Fondsabschlüsse (vom Hauptverband); Darstellung RH

(5) Das im Mai 2015 vorgeschlagene Steuerreformgesetz enthielt auch eine Novelle des Kassenstrukturfondsgesetzes. Demnach sollte in den Jahren 2016 bis 2018 aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlage bzw. der dadurch finanzierten Absenkung der Hebesätze erneut eine Dotierung des Kassenstrukturfonds in Höhe von 10 Mio. EUR jährlich erfolgen. Bei der Mittelverteilung wären insbesondere die Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades und die Umsetzung von Maßnahmen der Gesundheitsreform zu berücksichtigen.

18.2 Der RH hielt ein finanzielles Anreizsystem für die Erreichung festgelegter Ziele grundsätzlich für zweckmäßig. Er kritisierte jedoch, dass die für den Kassenstrukturfonds festgelegten Konsequenzen der Zielverfehlung nur bedingt zweckmäßig waren: Den besonders finanziell gefährdeten Trägern wären die für die Aufrechterhaltung der Versorgung nötigen Mittel nicht zugeflossen. Wie dann aber eine Sanierung erfolgen sollte, war nicht klar. Der RH wies daher darauf hin, dass auch andere Vorgaben denkbar wären, z.B.

- ein Anknüpfen von Anreizen nicht an die finanziellen Ergebnisse, sondern an umgesetzte Maßnahmen,

- ein sukzessiv engmaschigeres Netz von Vorgaben bei Nichterfüllung von Zielen bzw.
- eine finanzielle Unterstützung bestimmter Vorhaben (z.B. der Primärversorgung).

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, bei der Gestaltung des Kassenstrukturfonds auf geeignete Anreize bzw. Konsequenzen einer allfälligen Zielverfehlung zu achten.

18.3 *(1) Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass mit § 3 Abs. 2 des Kassenstrukturfondsgesetzes ein gesetzlicher Anknüpfungspunkt für die Umsetzung der Anregungen des RH zur finanziellen Unterstützung bestimmter Vorhaben (z.B. Umsetzung von Maßnahmen in der Primärversorgung) vorhanden sei. Die Richtlinien seien vom BMG im Einvernehmen mit dem BMF zu erlassen, die Anregungen des RH würden in die Verhandlungen über die Erstellung der nächsten Richtlinien jedenfalls miteinbezogen werden.*

(2) Der Hauptverband nahm die Empfehlung zur Kenntnis und sagte zu, sie bei seiner weiteren Vorgangsweise zum Thema zu berücksichtigen.

(3) Laut Stellungnahme der StGKK betrachte sie die Anreize in monetärer Form als Benefit, nicht jedoch als Ziel. Hinsichtlich etwaiger Konsequenzen gab sie zu bedenken, dass eine Zielverfehlung jedenfalls genau analysiert werden müsse, da diese speziell bei einer Änderung der bisherigen Vorgangsweise und einer Erweiterung der Ziele durch externe Faktoren bedingt sein könne – Konsequenzen für den Träger wären in diesem Fall strikt abzulehnen.

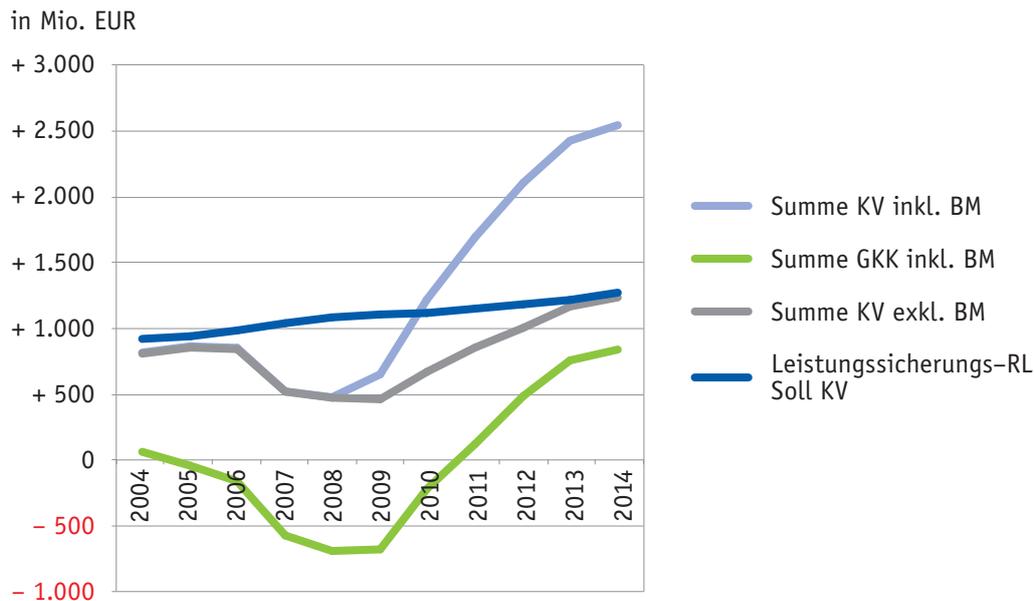
18.4 Der RH hielt gegenüber der StGKK fest, dass die von ihm dargestellten Alternativen zur Gestaltung von Anreizsystemen den von der StGKK genannten Faktoren ohnedies Rechnung tragen.

Auswirkung auf das Reinvermögen

19.1 (1) Die folgende Abbildung zeigt für die Jahre 2004 bis 2014 die Entwicklung des Reinvermögens aller Krankenversicherungsträger bzw. der Gebietskrankenkassen und stellt sie der Sollvorgabe der Rechnungsvorschriften der Sozialversicherung (Zielhöhe der Leistungssicherungs-

rücklage) gegenüber.⁵⁵ Weiters zeigt die Abbildung die (hypothetische) Entwicklung des Reinvermögens aller Krankenversicherungsträger ohne Bundesmittel:

Abbildung 4: Entwicklung des Reinvermögens der Krankenversicherungsträger 2004 bis 2014



RL: Rücklage
BM: Bundesmittel
KV: Krankenversicherung

Quellen: Hauptverband; Rechnungsabschlüsse der Träger; Darstellung RH

Die Abbildung zeigt insbesondere folgende wesentliche Punkte:

- Es wiesen zwar die Gebietskrankenkassen in der Phase 2004 bis 2010 in Summe ein negatives Reinvermögen aus, das Reinvermögen der Summe aller Krankenversicherungsträger war jedoch in dieser Periode immer positiv.
- Für die Summe der Krankenversicherungsträger war die vorgesehene Höhe der Leistungssicherungsrücklage, die 2009 noch um rd. 670,48 Mio. EUR verfehlt wurde, im Jahr 2014 auch ohne die Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket (rd. 1,302 Mrd. EUR) nur noch um rd. 28,43 Mio. EUR (2 %) unterschritten.

⁵⁵ Nach § 23 Abs. 5 lit. b Rechnungsvorschriften hatte die Leistungssicherungsrücklage am Ende jedes Geschäftsjahres ein Zwölftel des Leistungsaufwands (Summe der Versicherungsleistungen) dieses Geschäftsjahres zu betragen. Vorschriften dazu, was zu geschehen hätte, wenn der Sollbetrag über- oder unterschritten wurde, existierten nicht.

- Die Summe der Krankenversicherungsträger wies 2014 mit den erhaltenen Bundesmitteln ein gegenüber der Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage mehr als doppelt so hohes Reinvermögen aus.

Eine Rückzahlung erhaltener Bundesmittel war auch für den Fall einer sehr positiven Gebarungsentwicklung nicht vorgesehen.

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Veränderungen des Reinvermögens bezogen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger.⁵⁶ Die Darstellung erfolgt aufgeteilt in die Phase generell sinkenden Reinvermögens 2004 bis 2008 und die Phase, in der Bundesmittel bezogen wurden (2009 bis 2013). Dabei werden der Bezug von Bundesmitteln und die Entwicklung ohne Bundesmittel unterschieden.⁵⁷ Zur besseren Vergleichbarkeit sind die Werte auf die jeweiligen Anspruchsberechtigten bezogen.

⁵⁶ Diese Summe wird mangels Vergleichbarkeit hinsichtlich der Bundesmittel nicht in der Tabelle dargestellt.

⁵⁷ Das Kassensanierungspaket hätte eine Verbesserung der finanziellen Lage und eine ausgabenseitige Sanierung erwirken sollen. Die Veränderung des Reinvermögens in der Periode 2008 auf 2013 exklusive der zugeflossenen Bundesmittel pro Anspruchsberechtigtem war daher ein möglicher Indikator für durchgeführte Sanierungsmaßnahmen.

Tabelle 7: Veränderung Reinvermögen je Krankenversicherungsträger bzw. Bundesmittel je Anspruchsberechtigten (AB)

je AB	Veränderung von 2008 bis 2004	Bundesmittel von 2009 bis 2013 ¹	Veränderung Reinvermögen 2008 bis 2013 ohne Bundesmittel	Anmerkung
	in Mio. EUR			
WGKK	- 220,76	439,51	- 57,12	hohe Verluste, hohe Bundesmittel, keine Verbesserung im Reinvermögen
NÖGKK	- 119,60	87,73	15,81	Verluste, Bundesmittel im Mittelfeld, Verbesserung im Reinvermögen
BGKK	- 66,42	101,86	100,00	Verluste, Bundesmittel im Mittelfeld, Verbesserung im Reinvermögen
OÖGKK	44,63	39,14	90,22	keine Verluste, trotzdem Bundesmittel, Verbesserungen im Reinvermögen sowohl vor dem Sanierungspaket wie auch während der Sillian-Phase
StGKK	- 219,53	264,89	80,42	hohe Verluste, hohe Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
KGKK	- 175,76	260,64	59,34	hohe Verluste, hohe Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
SGKK	- 55,28	39,05	118,52	Verluste, Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
TGKK	- 30,98	70,11	70,03	Verluste, Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
VGKK	- 131,31	49,17	40,56	Verluste, Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
BKK	- 437,29		305,95	Verluste, keine Bundesmittel, Verbesserung im Reinvermögen
VAEB	184,54		240,32	keine Verluste, keine Bundesmittel, steigendes Reinvermögen
BVA	322,49		342,09	keine Verluste, keine Bundesmittel, steigendes Reinvermögen
SVA	36,39		- 80,20	zunächst keine Verluste, keine Bundesmittel, Verschlechterung im Reinvermögen

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Bundesmittel sind in Summe über die Jahre 2009 bis 2013 pro Anspruchsberechtigtem dargestellt.

Quellen: Hauptverband; RH

Die Darstellung zeigt, dass die Entwicklung der Krankenversicherungsträger unterschiedlich verlief:

- Die Gebietskrankenkassen wiesen – abgesehen von der OÖGKK – einen Rückgang des Reinvermögens pro Anspruchsberechtigtem von 2008 im Vergleich zum Jahr 2004 auf. Sie erhielten Bundesmittel und erreichten im Rahmen des Prüfungszeitraums 2009 bis 2013 eine erhebliche Verbesserung im Reinvermögen.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- Die WGKK konnte im Prüfungszeitraum trotz der erhaltenen Bundesmittel keine dauerhafte Sanierung erreichen.
- Die OÖGKK hatte sowohl im Zeitraum 2004 bis 2008 als auch im Zeitraum 2009 bis 2013 ein steigendes Reinvermögen; sie erhielt trotzdem Bundesmittel.
- Die Betriebskrankenkassen konnten ihr Reinvermögen ohne Bundesmittel verbessern.
- Verschiedene Sondersicherungsträger verzeichneten in der gesamten Periode ein steigendes Reinvermögen.

19.2 Der RH bewertete positiv, dass sich die im Reinvermögen der Krankenversicherungsträger zum Ausdruck kommende finanzielle Lage der Träger durch das Kassensanierungspaket wesentlich verbessert hatte.

Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass der Bund – zusätzlich zu den regelmäßigen Mitteln des Bundes wie z.B. Hebesätze für Pensionisten oder Ersätze für das Wochengeld – rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln zur Verfügung stellte, obwohl gleichzeitig das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung bis deutlich über die Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage anstieg. Im Jahr 2013 hätte der Sektor Krankenversicherung insgesamt betrachtet auch ohne Bundesmittel über ausreichende Eigenmittel verfügt. Eine Rückzahlung erhaltener Bundesmittel war nicht vorgesehen.

19.3 *Das BMG wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung lediglich in Summe deutlich über der Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage gelegen sei, bei einzelnen Krankenversicherungsträgern (insbesondere der WGKK) sei dies jedoch nicht der Fall gewesen. Dem Ausgleich zwischen den Krankenversicherungsträgern seien enge verfassungsrechtliche Grenzen gesetzt.*

Die Prognoserechnungen für 2015 und die folgenden Jahre würden unter anderem aufgrund hoher Arbeitslosenzahlen eine negative Entwicklung ergeben.

Die Leistungssicherungsrücklage sei lediglich das rechtlich normierte Mindestmaß an Rücklagen zum Ausgleich unterjähriger Schwankungen von Beitragseinnahmen und Leistungsauszahlungen sowie zur Absicherung der Erfüllung der Leistungsverpflichtungen. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sei eine darüber hinaus bestehende „Allgemeine Rücklage“ durchaus zweckmäßig, z.B. zur Finanzierung der Sanierung der

Verwaltungsgebäude oder der medizinischen Einrichtungen. Rücklagen seien ein stabilisierender Faktor, z.B. für länger dauernde konjunkturelle Schwächephasen.

Eine Empfehlung über die Rückforderung von Bundesmitteln sei an das BMF zu richten.

- 19.4** Der RH hielt dem BMG entgegen, dass höhere Rücklagen zwar die Lage des jeweiligen Krankenversicherungsträgers verbesserten, die Mittel dazu aber vom Bund fremd zu finanzieren waren oder aus Beiträgen der Versicherten stammten.

Er verwies weiters auf seine Feststellungen in seinem Bericht „Vermögensmanagement ausgewählter Kranken- und Unfallversicherungsträger“ (Reihe Bund 2014/15, TZ 6), wonach die Funktion der Reserven und die Art der Vorhaltung ebenso wenig geregelt waren wie die Konsequenzen zu hoher oder zu niedriger Reserven. Somit bestand weder eine Sicherheit für eine sachlich ausreichende Reserve, noch gegen eine übermäßige Mittelbindung.

Im Übrigen merkte der RH an, dass die unterschiedlichen Rücklagen (etwa im Vergleich zwischen der BVA und der WGKK) keineswegs auf konkrete Pläne für Investitionen in Gebäude oder auf die unterschiedliche Notwendigkeit der Bildung von Reserven für Konjunkturprobleme zurückzuführen waren.

Finanzziele

Steuerungseignung für die Summe der Krankenversicherungsträger

- 20.1** (1) Die vorgesehene Ausgabendämpfung basierte einerseits darauf, dass in bestimmten Bereichen die historische oder erwartete Aufwandssteigerung auf einen niedrigeren Prozentsatz reduziert werden sollte. Anhand des so abgeleiteten Zielwerts wurden in der Folge Sollaufwendungen ermittelt und dem Prognoseszenario ohne Maßnahmen gegenübergestellt.
- Im Bereich der ärztlichen Hilfe sollte der prognostizierte Ausgabenanstieg von rd. 3,6 % reduziert werden. Der Anstieg sollte maximal 82,5 % der Beitragseinnahmensteigerung betragen. Dies ergab in der Modellrechnung je nach Kalenderjahr eine Steigerung von rd. 1,4 % bis 3,0 % bzw. eine Ausgabendämpfung von insgesamt 407 Mio. EUR.

- Bei den Heilmitteln sollte die angenommene Steigerungsrate von + 6,6 % auf + 4,0 % reduziert werden, was eine Ausgabendämpfung von rd. 883 Mio. EUR bewirken sollte.
- Für Institute wies die Modellrechnung eine jährliche Kostensteigerung ohne Maßnahmen von + 4,0 % aus. Durch eine Tarifsenkung im Jahr 2010 bei Großgeräten und einen Anstieg von + 1,5 % in den Jahren 2011 bis 2013 sollte eine Ausgabendämpfung von rd. 155 Mio. EUR eintreten.
- In der Verwaltung sollte eine Dämpfung von 45 Mio. EUR erreicht werden.
- Die Einsparungen bei den übrigen Vertragspartnern (z.B. Physiotherapie, Transportkosten, Heilbehelfe, Hilfsmittel) wurden mit rd. 235 Mio. EUR veranschlagt.

(2) Die angestrebte Dämpfung war als Reduktion der Aufwendungen gegenüber Prognosen definiert, die die Krankenversicherungsträger im Jahr 2009 erstellt hatten. Diese Basis wurde bis 2013 nicht verändert. Die Zielwertvorgaben entsprachen daher bereits nach relativ kurzer Zeit, jedenfalls ab den Zielen für das Jahr 2011 nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten.

Dies zeigt z.B. folgende Überlegung: Hinsichtlich der gesamten Krankenversicherung rechnete das Sanierungskonzept vor Berücksichtigung kostendämpfender Maßnahmen mit einer Steigerung vom Jahr 2010 auf das Jahr 2011 im Ausmaß von rd. 3,96 % („befürchtete Kostensteigerung“).

In der Folge war das endgültige Ergebnis des Jahres 2010 wesentlich besser als die Prognose laut dem Sanierungskonzept. Die Ziele blieben jedoch unverändert. Dies führte dazu, dass die Zielvorgaben eine Steigerung von rd. 4,69 % „erlaubt“ hätten.⁵⁸ Die Zielsetzung des Kassensanierungspakets war somit für das Jahr 2011 bereits weniger ambitioniert als die Planung vor dem Sanierungspaket. Für die Jahre 2012 und 2013 ergab sich ein ähnliches Ergebnis.

(3) Die folgende Tabelle und Abbildung veranschaulichen die Steigerung der Werte vor Maßnahmen und nach Maßnahmen in Bezug zum endgültigen Vorjahreswert:

⁵⁸ Das Ergebnis errechnet sich wie folgt: Ausgaben nach Maßnahmen im Jahr 2011 mit rd. 14.948 Mio. EUR abzüglich der endgültigen Ergebnisse aus dem Jahr 2010 mit rd. 14.278 Mio. EUR.

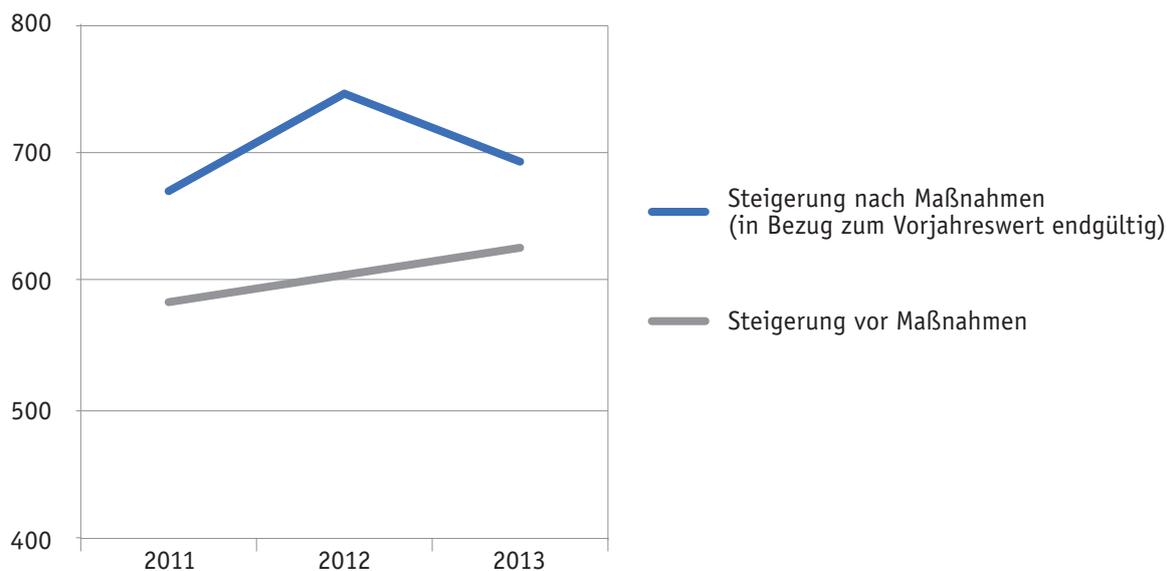
Tabelle 8: Steigerung Sillian-Werte und endgültige Ausgaben (alle Krankenversicherungsträger)			
	2011	2012	2013
„befürchtete“ Steigerung vor Maßnahmen in Mio. EUR	583	604	627
Steigerung in %	3,96	3,95	3,94
„erlaubte“ Steigerung nach Maßnahmen (in Bezug zum Vorjahreswert endgültig) in Mio. EUR	670	746	694
Steigerung in %	4,69	5,09	4,57

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Abbildung 5: „Erlaubte“ und „befürchtete“ Kostensteigerungen (alle Krankenversicherungsträger)

in Mio. EUR



Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

20.2 (1) Der RH kritisierte die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 als wenig geeignet für eine operative Steuerung. Bereits 2011 lag die nach dem Ausgabendämpfungspfad „erlaubte“ Steigerung von 4,69 % gegenüber dem endgültigen Ergebnis vom Vorjahr deutlich über der ursprünglich ohne Ausgabendämpfungen angenommenen Steigerung von 3,96 %. Er hielt es nicht für sinnvoll, Ziele zu setzen, die weniger ambitioniert waren als die Einschätzung der Entwicklung bei kaufmännischer Vorsicht.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Steuerung verstärkt die aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen und auf einer rollierenden Planung aufzubauen.

(2) Der RH wies weiters kritisch darauf hin, dass die Träger – aufgrund des Zusammenhangs der Erfüllung der Finanzziele des Kassensanierungspakets und der Auszahlung der Mittel des Kassenstrukturfonds in den Richtlinien des BMG – (siehe TZ 18) keine Anreize hatten, sich selbst ambitioniertere Ziele zu setzen.

Er empfahl daher dem BMG, zukünftig Zielvorgaben, die auch der operativen Steuerung dienen sollten, den aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

(3) Der RH verkannte nicht, dass langfristige strategische Vorgaben (etwa eine Entwicklung der Gesundheitsausgaben im Gleichklang mit dem BIP) sinnvoll sein konnten. Derartige Vorgaben wären aber kurz- und mittelfristig in der operativen Steuerung durch konkretere, auf einer rollierenden Planung basierende Vorgaben zu ergänzen.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, strategische Vorgaben klarer von operativen Steuerungszielen zu trennen. Bei der Bedachtnahme auf die Anreize bzw. Konsequenzen (siehe TZ 18) wäre sicherzustellen, dass Anreize für eine ambitionierte Gestaltung der Ziele bestehen.

20.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, dass im Zuge der laufenden Finanzausgleichsverhandlungen auch über neue Ausgabenobergrenzen für die Periode ab 2017 zu verhandeln sei und die Empfehlungen des RH dabei soweit wie möglich berücksichtigt würden. Insbesondere die klarere Trennung strategischer Vorgaben von operativen Steuerungszielen sei den Zielsteuerungspartnern ein großes Anliegen. Ebenso würden – wie vom RH empfohlen – die aktuellen Gegebenheiten bei der Festlegung von Zielen und Maßnahmen so weit als möglich berücksichtigt werden.*

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlungen des RH zu berücksichtigen.

(3) Die StGKK gab in ihrer Stellungnahme an, dass es auch in ihrem Sinn sei, bei der Festlegung der wesentlichen Parameter ambitionierte, aber nicht unrealistische Ausgabendämpfungsvorgaben einzuhalten. Sie orientiere sich in ihrem Steuerungsprozess am Betriebsergebnis. Dadurch seien alle Positionen relevant – auch jene, die bei den Aus-

gabenobergrenzen keine Berücksichtigung finden würden (z.B. Geldleistungen), sowie die Einnahmenseite der Erfolgsrechnung. Die Mittel, welche die StGKK bei Unterschreitung der Finanzzielwerte aus dem Kassenstrukturfonds lukrieren könnte, seien nur ein positiver Nebeneffekt aus der Erreichung eines positiven Betriebsergebnisses.

(4) Laut Stellungnahme der WGKK sei die Festlegung der aktuellen Finanzziele auf Basis des Bundes-Zielsteuerungsvertrags erfolgt. Dieser gelte bis Ende 2016 und sei zwischen dem Bund und dem Hauptverband für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Ländern abgeschlossen worden.

Die WGKK berücksichtige bei der Festlegung der Finanzziele die aktuellen Entwicklungen. Vorhersagen seien jedoch mit Unschärfen verbunden. Eine rollierende Planung für die Finanzziele sei mit großem administrativem Mehraufwand sowohl für die Träger als auch für den Hauptverband verbunden.

(5) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme ausführte, sei die Ausgabenobergrenze 2016 für die Krankenversicherung insgesamt und die einzelnen Träger durch den Bundes-Zielsteuerungsvertrag bereits festgelegt und könne von ihr nicht abgeändert werden. Die politischen Rahmenvorgaben für die Zielsteuerungsperiode 2017 bis 2020 stünden noch nicht fest; auf sie habe die BVA keinen Einfluss.

20.4 (1) Der RH begrüßte die positiven Stellungnahmen des BMG, des Hauptverbands und der StGKK.

(2) Er wies gegenüber der WGKK erneut darauf hin, dass die Zielsetzungen mangels rollierender Planung weniger ambitioniert als die ohnedies prognostizierten Erwartungen und daher zur Steuerung ungeeignet waren. Angesichts des hohen Gebarungsumfangs und der Steuerungsaufgaben der WGKK war die Erstellung jährlicher konkreter Ziele nach Ansicht des RH jedenfalls gerechtfertigt. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

(3) Gegenüber der BVA merkte der RH, dass er durchaus Möglichkeiten für die BVA sah, im Rahmen der Mitwirkung an den Vorhaben der Gesundheitsreform auch auf eine möglichst zweckmäßige Gestaltung der Finanzziele ab 2017 hinzuwirken.

Aufteilung auf Ausgabenbereiche

21.1 (1) Die nachfolgende Tabelle zeigt die bei Beschlussfassung des Kassensanierungspakets geplante Verteilung der Ausgabendämpfung auf die einzelnen Ausgabenbereiche und die einzelnen Jahre.

Tabelle 9: Dämpfungsvolumen nach Bereichen (alle Krankenversicherungsträger)					
Bezeichnung	2010	2011	2012	2013	gesamt
	in Mio. EUR				
Vertragsärzte	47	96	123	141	407
Institute	22	33	44	56	155
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	5	9	9	10	33
Heilmittel	82	169	264	368	883
Heilbehelfe und Hilfsmittel	20	25	30	35	110
Transportkosten	4	8	12	12	36
Zwischensumme	180	340	482	622	1.624
übrige Bereiche:					
Wahlärzte	2	–	–	–	2
übrige Physiotherapie	3	4	4	3	14
Vertragspartner-Kontrolle, Abrechnungsüberprüfung	9	9	10	12	40
Verwaltung	3	8	14	20	45
Summe übrige Bereiche	17	21	28	35	101
Kostendämpfung gesamt	197	361	510	657	1.725

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Nach den Vorgaben des Kassenstrukturfonds waren entsprechende Ziele im Zielsteuerungssystem nach § 441e ASVG, d.h. in den Balanced Scorecards (BSC) der einzelnen Träger zu beschließen. Dabei waren Verschiebungen zwischen den Bereichen möglich, solange das Gesamtziel in vollem Umfang wiedergegeben war. In diesem Sinn verschob die Trägerkonferenz bereits im Beschluss über die Zielvereinbarung für das Jahr 2010 (im Dezember 2009) das Ausgabendämpfungsvolumen für „übrige Bereiche“ in das Finanzziel für Heilmittel.

Die folgende Tabelle zeigt, wie die Krankenversicherungsträger den Ausgabendämpfungspfad für das Jahr 2010 in die BSC integrierten:

Tabelle 10: Gegenüberstellung Ausgabendämpfungsziele 2010 (alle Krankenversicherungsträger)¹			
	Ausgabendämpfung		
	Kassenkonsolidierungskonzept	BSC Finanzziele	Differenz BSC zu Kassenkonsolidierungskonzept
	in Mio. EUR		
Vertragsärzte	47	49	2
Institute	22	18	- 4
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	5	-	- 5
Heilmittel	82	126	44
Heilbehelfe und Hilfsmittel	20	17	- 3
Transportkosten	4	4	-
Zwischensumme Finanzziele	180	214	34
übrige Bereiche	17	-	- 17
Aufwendungen gesamt	197	214	17

Rundungsdifferenzen möglich

BSC = Balanced Scorecard

¹ Stand 15. November 2010

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Das für das Jahr 2010 im Dezember 2009 in der BSC festgelegte Ausgabendämpfungsvolumen von rd. 214 Mio. EUR übertraf das vom Hauptverband im Juni erwartete Ausgabendämpfungsvolumen von 197 Mio. EUR zwar um 17 Mio. EUR. Dies basierte jedoch darauf, dass nach der vorläufigen Erfolgsrechnung bereits im Jahr 2009 rd. 72,05 Mio. EUR⁵⁹ Ausgabendämpfung im Heilmittelbereich eingetreten war. Daraufhin beschloss die Trägerkonferenz ein um rd. 44 Mio. EUR höheres Ausgabendämpfungspotenzial für Heilmittel, reduzierte jedoch in den übrigen Bereichen die angestrebte Ausgabendämpfung um 27 Mio. EUR.

(2) Auch nach der Integration in die BSC gab es nach der Beschlusslage in der Trägerkonferenz des Hauptverbands die Möglichkeit einer Kompensation: Das Nichterreichen eines Zielwerts in einem Bereich konnte durch eine Übererfüllung eines anderen Zielwerts ausgeglichen werden.

⁵⁹ Aufwand Heilmittel für 2009: aus GVR Mai 2009 mit rd. 2.259,53 Mio. EUR; aus GVR November 2009 mit rd. 2.187,49 Mio. EUR; Differenz 72,05 Mio. EUR (Rundungsdifferenzen möglich)

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

(3) Nachfolgende Tabelle gibt für die gesamte Krankenversicherung eine Zusammenfassung der auf die einzelnen Bereiche aufgeteilten Aufwendungen für das Jahr 2013 in vier Ausprägungen der Werte:

- Abschätzung vor den Sanierungsmaßnahmen (bei Beschlussfassung des Kassensanierungspakets),
- Abschätzung nach den Sanierungsmaßnahmen (bei Beschlussfassung des Kassensanierungspakets),
- Abschätzung gemäß den jährlich vereinbarten BSC-Finanzzielen (jeweils im Dezember des Vorjahres),
- endgültige tatsächliche Ergebnisse:

Tabelle 11: Vergleich Sanierungskonzept mit BSC-Zielen und endgültigen Ergebnissen für das Jahr 2013 (alle Krankenversicherungsträger)

	Prognose (Abschätzung)			endgültige tatsächliche Ergebnisse	Differenz „Prognose nach Maßnahmen“ und endgültigen Ergebnissen
	vor Maßnahmen	nach Maßnahmen	lt. BSC		
	in Mio. EUR				
Vertragsärzte	2.454	2.313	2.390	2.325	12
Institute	472	416	441	418	2
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	156	146	153	148	2
Heilmittel	3.840	3.472	3.306	3.031	- 441
Heilbehelfe und Hilfsmittel	571	536	518	502	- 34
Transportkosten	212	200	226	214	14
insgesamt	7.705	7.083	7.034	6.638	- 445

Rundungsdifferenzen möglich

BSC = Balanced Scorecard

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Im Jahr 2013 lag der Ausgabenbereich Heilmittel um rd. 441 Mio. EUR geringer, als selbst nach Umsetzung der Ausgabendämpfungsmaßnahmen erwartet worden war. Während die Planung der Krankenversicherungsträger zunächst eine Steigerung im Heilmittelbereich von rd. 21 % im Zeitraum 2010 bis 2013 vorgesehen hatte, hätte diese nach Kostendämpfung nur rd. 12 % ausmachen sollen. Tatsächlich stiegen die Heilmittelausgaben im genannten Zeitraum schließlich nur um rd. 6 %; die Steigerung machte somit nur rund ein Drittel der Erwartung aus.

Der Bereich Heilbehelfe und Hilfsmittel trug ebenfalls rd. 34 Mio. EUR zur Übererfüllung des Finanzziels bei.

In vier Bereichen – bei den Vertragsärzten, den Instituten, den Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten sowie den Transportkosten – konnten die Krankenversicherungsträger die Finanzziele aus den Vorgaben im Sanierungskonzept nicht vollständig erfüllen. Mit Ausnahme des Transportkostenbereichs konnte jedoch immerhin das Basisszenario vor Maßnahmen unterschritten werden.

- 21.2** Der RH kritisierte, dass die günstige Heilmittelentwicklung und die Möglichkeit, Ausgabendämpfungen zwischen den einzelnen Bereichen zu verschieben, dazu führten, dass die übrigen Bereiche weniger ambitionierte Zielvorgaben erhielten. Dadurch lag der Fokus stark auf der Konsolidierung des Gesamtergebnisses und weniger auf der Entwicklung einzelner Bereiche.

Da gerade der Heilmittelbereich maßgeblich von externen Faktoren (etwa pharmazeutischen Innovationen) abhing, hielt der RH es für kritisch, bei der Sanierung der Krankenversicherungsträger aufgrund der günstigen Entwicklung in diesem Bereich andere Bereiche (wie z.B. die ärztliche Hilfe oder die Verwaltungskosten) weniger ambitioniert zu steuern. Im Falle einer Trendumkehr im Heilmittelbereich könnte dies die Nachhaltigkeit der Finanzierung der Krankenversicherungsträger gefährden. Der RH kritisierte daher insbesondere, dass die Krankenversicherungsträger bereits 2010 angesichts der günstigen Entwicklung der Heilmittelaufwendungen im Jahr 2009 die Ausgabendämpfung bei dem übrigen Bereich (siehe Tabelle 10) vollständig aus den Finanzzielen entfernten.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Steuerung auch bei günstiger Entwicklung eines Bereichs die Ziele der anderen Bereiche weiterhin ambitioniert zu verfolgen.

- 21.3** (1) *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, im Bundes-Zielsteuerungsvertrag seien neben den Globalzielen auch Ziele und Maßnahmen, die auf einzelne Leistungsbereiche bezogen seien, vereinbart. Daher würden schon derzeit alle vereinbarten Maßnahmen bearbeitet, und zwar unabhängig davon, ob in dem einen oder anderen Bereich eine günstige Entwicklung eintrete. Dies werde auch in den Folgeperioden der Fall sein.*

(2) *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

(3) Laut Stellungnahme der WGKK verfolge sie selbstverständlich auch bei günstiger Entwicklung eines Bereichs in den anderen Ausgabenbereichen ambitionierte Zielsetzungen im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Möglichkeiten.

21.4 (1) Der RH hob gegenüber dem BMG zunächst positiv hervor, dass im Bundes-Zielsteuerungsvertrag im Gegensatz zum Kassensanierungspaket zahlreiche Einzelmaßnahmen und ein entsprechendes Monitoring vorgesehen waren (siehe dazu TZ 28 f.). Allerdings waren diese Maßnahmen nicht mit den Finanzzielen verknüpft. Weiters waren nach wie vor die Finanzziele der einzelnen Leistungsbereiche wechselseitig substituierbar: Ungünstige Entwicklungen in einem Leistungsbereich können durch positive Entwicklungen in anderen Bereichen kompensiert werden.

(2) Gegenüber der WGKK merkte der RH an, dass gerade die Gestaltung der vertraglichen Möglichkeiten ein wesentlicher, durch die Finanzziele determinierter Steuerungsbereich war.

Aufteilung auf die einzelnen Krankenversicherungsträger

22.1 (1) Die Finanzziele waren nicht nur auf die Bereiche aufzuteilen (siehe TZ 21), sondern auch auf die einzelnen Krankenversicherungsträger herunterzubrechen.

(2) Im Jahr 2010 erfolgte diese Aufteilung nicht auf Basis eines analytischen Verfahrens, sondern im Wege von Verhandlungen auf Ebene der leitenden Angestellten mit einem entsprechenden Beschluss der Trägerkonferenz. Dabei wirkte sich erleichternd aus, dass aufgrund der vorläufigen Erfolgsrechnung für das Jahr 2009 vom November 2009 eine Zielerreichung im Jahr 2010 bereits sehr wahrscheinlich war (siehe TZ 21).

(3) Ab dem Jahr 2011 veränderten die Krankenversicherungsträger die Systematik der Aufteilung des Gesamtzielwerts. Dafür erarbeitete der Hauptverband mehrere Varianten für analytische Verfahren. Schließlich einigten sich die Krankenversicherungsträger auf eine Variante, die zwar berücksichtigte, dass Krankenversicherungsträger mit sehr hohen Aufwendungen ambitioniertere Ziele haben sollten als Krankenversicherungsträger, die bereits sehr günstig lagen. Diese Unterschiede waren jedoch in so geringem Ausmaß berücksichtigt, dass die Angleichung der Aufwendungen nach der gewählten Logik rechnerisch

rd. 100 Jahre gedauert hätte.⁶⁰ Wichtige andere Parameter (z.B. die Entwicklung der Zahl der Anspruchsberechtigten) wurden nicht berücksichtigt. Die Zielwertfestlegungen der Jahre 2012 und 2013 folgten der gleichen Logik wie im Jahr 2011.

- 22.2** Der RH kritisierte, dass die Aufteilung der Finanzziele auf die einzelnen Krankenversicherungsträger im Wesentlichen ohne Rücksicht auf eine Bewertung eines trägerspezifischen Einsparungspotenzials erfolgte. Er wies darauf hin, dass dem einzelnen Krankenversicherungsträger eine maßgebliche Verantwortung für die nachhaltige Gebarung aber auch die ausreichende Versorgung der Bevölkerung zukam und hielt daher eine dem jeweiligen Träger angemessene Zielvorgabe für essentiell.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband sowie der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Festlegung von Finanzziele sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger zu entwickeln.

- 22.3** (1) *Das BMG unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, bei der Festlegung der Finanzziele sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf einzelne Träger zu entwickeln. Die Hinterlegung von Zielen und Maßnahmen mit konkreten Einsparungspotenzialen sei vom Bund bei den Verhandlungen zur 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit und zum ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit Nachdruck gefordert worden. Eine Einigung sei jedoch nicht erzielt worden.*

(2) *Laut Stellungnahme der WGKK sei die Zielsetzung einer Verteilung der Gesamtziele nach sachlichen Kriterien in der BSC unter der Federführung des Hauptverbands verankert worden.*

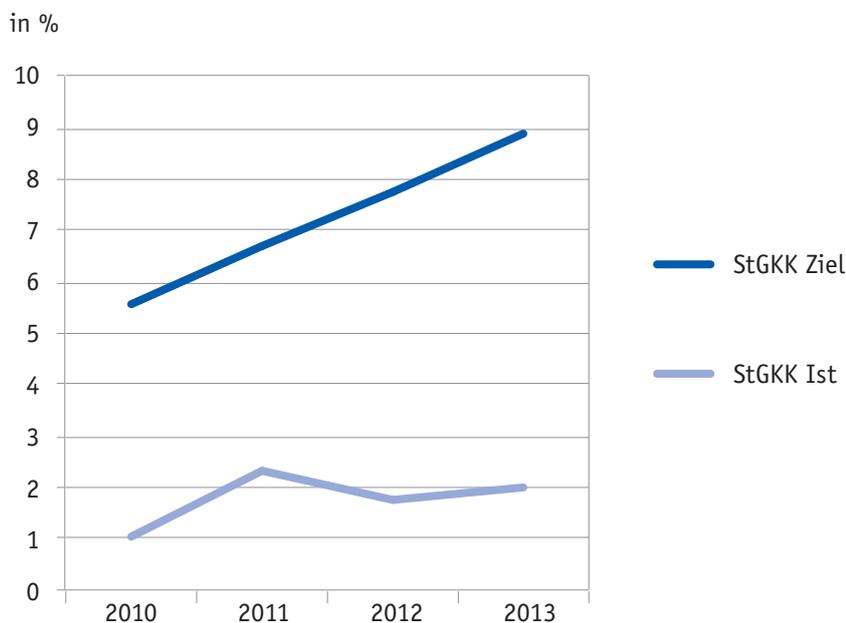
Steuerungseignung für die StGKK und die WGKK

- 23.1** Die folgenden Abbildungen zeigen – parallel zur Darstellung in TZ 20 – einerseits die jährliche Ausgabensteigerung der Ist-Werte der StGKK und der WGKK im Vergleich zum Vorjahr (untere Linie); andererseits die mögliche Steigerung vom letztjährigen Ist-Wert zum Zielwert (obere Linie):

⁶⁰ Hier lag folgende Annahme zugrunde: Die Differenz der Kopfquote des einzelnen Versicherungsträgers zum Durchschnitt wurde um 1/30 verringert. Diese Differenz wurde in Folge um einen Abschlag von 70 % korrigiert.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

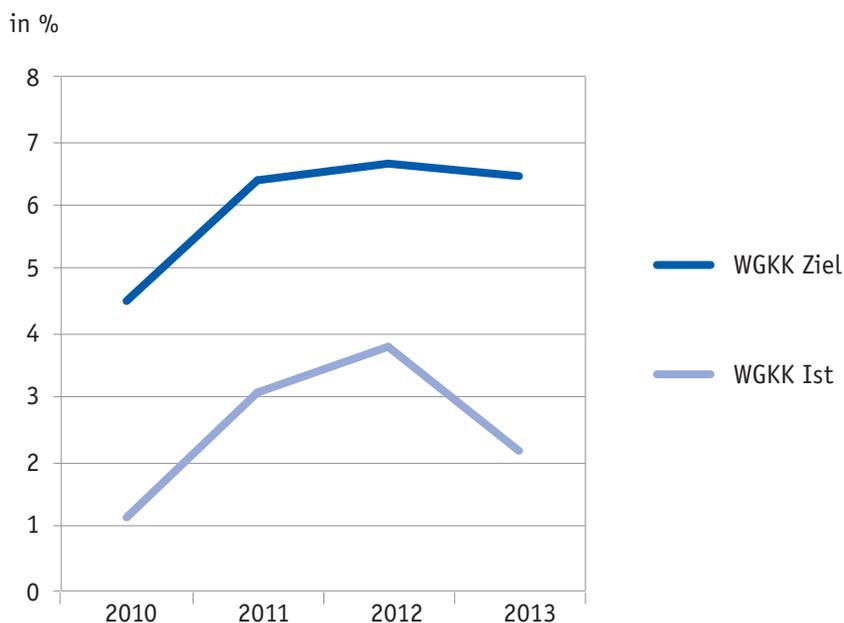
Abbildung 6: Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; StGKK 2010 bis 2013



Quellen: StGKK; Darstellung RH

Eine Erreichung der Finanzziele wäre bei einer Steigerung um rd. 6 % bis rd. 9 % möglich gewesen, die tatsächlichen Steigerungen lagen jedoch nie über 3 %.

Abbildung 7: Steigerung Finanzziele und endgültige Ergebnisse zum endgültigen Ergebnis Vorjahr; WGKK 2010 bis 2013



Quellen: WGKK; Darstellung RH

Während die Ist-Werte bei der WGKK um rd. 1 % bis rd. 4 % anstiegen, wäre aufgrund des gegenüber der Prognose für 2009 deutlich günstigeren Ergebnisses dieses Jahres bereits ab dem Jahr 2010 eine wesentlich höhere Steigerung (z.B. rd. 6 % im Jahr 2011) möglich gewesen, ohne die Finanzziele zu verfehlen.

- 23.2** Der RH kritisierte erneut die bis 2013 festgelegten unveränderten Finanzziele aus dem Juni 2009 als wenig geeignet für eine operative Steuerung. Er hielt es nicht für sinnvoll, Ziele zu setzen, die weniger ambitioniert waren als die Einschätzung der Entwicklung bei kaufmännischer Vorsicht.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das BMG und den Hauptverband sowie die StGKK und die WGKK (TZ 20), bei der künftigen Steuerung verstärkt die aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen und auf einer rollierenden Planung aufzubauen.

- 23.3** (1) *Das BMG und der Hauptverband sagten in ihren Stellungnahmen zu, die Empfehlung des RH bei künftigen Vorhaben in die Diskussion mit einzubeziehen.*

(2) Die WGKK verwies in ihrer Stellungnahme neuerlich darauf, dass die Festlegung der aktuellen Finanzziele auf Basis des Bundes-Zielsteuerungsvertrags erfolgt sei. Dieser gelte bis Ende 2016 und sei zwischen dem Bund und dem Hauptverband für die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung sowie den Ländern abgeschlossen worden.

Die WGKK berücksichtige bei der Festlegung der Finanzziele die aktuellen Entwicklungen. Vorhersagen seien jedoch mit Unschärfen verbunden. Eine rollierende Planung für die Finanzziele sei mit großem administrativem Mehraufwand sowohl für die Träger als auch für den Hauptverband verbunden.

- 23.4** (1) Der RH begrüßte die positiven Stellungnahmen des BMG und des Hauptverbands.

(2) Er wies gegenüber der WGKK erneut darauf hin, dass die Zielsetzungen weniger ambitioniert als die ohnedies prognostizierten Erwartungen und daher zur Steuerung ungeeignet waren. Angesichts des hohen Gebarungsumfangs und der Steuerungsaufgaben der WGKK war die Erstellung jährlicher konkreter Ziele nach Ansicht des RH jedenfalls gerechtfertigt. Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Steuerungseignung für die einzelnen Fachbereiche

- 24.1** Die in TZ 20 bis 23 dargestellten Ergebnisse ergaben sich nicht nur für die Gesamtzielwerte, sondern auch für die einzelnen Fachbereiche.

Im Jahr 2013 wies die WGKK z.B. für den Ausgabenbereich der ärztlichen Hilfe einen Zielwert von rd. 455,80 Mio. EUR aus. Die WGKK setzte diesen Zielwert damit rd. 7,03 Mio. EUR über den – nach kaufmännischer Vorsicht – prognostizierten Aufwendungen aus der Gebarungsvorschau von rd. 448,77 Mio. EUR fest. Es war damit bereits bei Zielfestlegung klar, dass die Zielvorgabe übererfüllt würde.

- 24.2** Angesichts des Zielwerts für ärztliche Hilfe, der selbst den von kaufmännischer Vorsicht geprägten Wert aus der Gebarungsvorschau noch um rd. 7,03 Mio. EUR überschritt, wiederholte der RH seine Kritik (TZ 20 bis 23) an den zur operativen Steuerung ungeeigneten Zielfestlegungen.

Monitoring

Inhalte des Monitorings

- 25.1** (1) Die Überprüfung der Einhaltung der Ausgabendämpfungsziele erfolgte halbjährlich jeweils im März und September (beginnend mit März 2010) durch den Hauptverband in Form eines Monitoringberichts an den Bundesminister für Gesundheit. Dieser berichtete wiederum halbjährlich der Bundesregierung. Wesentliche Inhalte der Berichterstattung betrafen die Zielerreichung sowie eine Darstellung von Maßnahmen.

Die Darstellung zur Ausgabendämpfung erfolgte auf Ebene der gesamten Krankenversicherung sowie auf Ebene der einzelnen Gebietskrankenkassen und der Sondernversicherungsträger und Betriebskrankenkassen insgesamt. Weiters berichtete der Hauptverband, welche Maßnahmen die Träger zur Zielerreichung gesetzt hatten (z.B. moderate Vertragsabschlüsse).

(2) Aus den Monitoringberichten des Hauptverbands konnte weder im Einzelnen noch in Form einer Übersicht entnommen werden, welchen Umsetzungsstand die im Kassensanierungspaket angeführten Vorhaben hatten. In mehreren Fällen änderte sich im Zeitraum 2009 bis 2013 die Zielsetzung hinsichtlich dieser Vorhaben (z.B. beschlossen die Leitenden Angestellten, von einer differenzierten Rezeptgebühr abzusehen), ohne dass dies aus den Monitoringberichten ersichtlich war.

25.2 Der RH hielt die Einführung eines regelmäßigen Monitorings für einen wichtigen Schritt zu einer trägerübergreifenden Steuerung. Nach Ansicht des RH war das Monitoring allerdings zu stark auf die Finanzziele und eine positive Darstellung bzw. den Erhalt der Strukturfondsmittel ausgerichtet.

Der RH kritisierte, dass das Monitoring kein Maßnahmencontrolling enthielt, das den Umsetzungsstand der im Kassensanierungspaket beschlossenen Vorhaben darstellte. Eine laufende Evaluierung, wie sich die inhaltlichen Ziele dieser Vorhaben (z.B. stärkere Nutzung der Potenziale der ökonomischen Verschreibeweise, Entwicklung der Gesamtverträge mit der Ärztekammer, Eindämmung des Marketings im Heilmittelbereich etc.) entwickelten, lag nicht vor.

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, bei der Gestaltung künftiger Monitoringsysteme ein Maßnahmencontrolling bzw. eine inhaltliche Evaluierung vorzusehen.

25.3 (1) *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die Ausgestaltung des Monitorings sei Gegenstand der derzeit laufenden Verhandlungen zum Finanzausgleich. Dort würden auch die Empfehlungen des RH einfließen.*

(2) *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

Bezugsgrößen des Monitorings

26.1 (1) Das Monitoring des Hauptverbands bezog sich ausschließlich auf das Ausgabendämpfungsziel, das sich aus dem Vergleich der Ist-Werte mit den Prognosen zur Zeit des Beschlusses des Kassensanierungspakets ergab. Der Hauptverband hielt auf dieser Basis in seinem Abschlussbericht zur Umsetzung des Kassensanierungspakets im Jahr 2014 fest, dass der Kostendämpfungspfad nicht nur eingehalten worden sei, sondern ein deutlich höheres Ausgabendämpfungsvolumen erzielt worden wäre.

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

Tabelle 12: Ausgabendämpfung 2010 bis 2013 laut Monitoringberichten

	2010	2011	2012	2013	Summe 2010 bis 2013
	in Mio. EUR				
Vertragsärzte	98	110	143	129	480
Institute	19	26	36	40	121
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	5	6	9	8	28
Heilmittel	304	450	597	809	2.160
Heilbehelfe und Hilfsmittel	41	51	58	69	219
Transportkosten	- 4	-	- 2	- 2	- 8
Summe	463	643	841	1.053	3.000

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

Nach dem Endbericht wurde somit der Ausgabendämpfungsprozess für die Finanzjahre 2010 bis 2013 erfolgreich abgeschlossen. Der Bericht wies sowohl für jeden Fachbereich⁶¹ als auch für jeden Träger eine vollständige Zielerreichung aus. Die Mittel aus dem Kassenstrukturfonds wurden vollständig ausgeschüttet.

(2) Bei einem Bezug auf andere Vergleichsgrößen war die Zielerreichung deutlich kritischer zu beurteilen:

a) Eine vom RH veranlasste Auswertung der Zielerreichung im Hinblick auf die ursprünglich angestrebte prozentuelle Veränderung (Sillian-Ziele) der einzelnen Fachbereiche ließ bei vier von sechs Bereichen keine Zielerreichung erkennen:

Tabelle 13: Aufwandssteigerung in % (2009 auf 2013)

	Sillian-Ziel	endgültig	Differenz	
	in % der Aufwendungen		in %	in % des Ziels
Vertragsärzte	8,5	10,9	2,4	28
Institute	3,0	9,1	6,1	206
Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten	17,7	21,3	3,6	20
Heilmittel	17,0	6,7	- 10,3	- 61
Heilbehelfe und Hilfsmittel	13,8	9,1	- 4,7	- 34
Transportkosten	2,6	6,5	3,9	150

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; Darstellung RH

⁶¹ Im Hinblick auf die Transportkosten war dies durch Umschichtung von Ausgabendämpfungspotenzialen in andere Bereiche (insb. Heilmittel) in der BSC möglich.

Nur bei den Heilmitteln (Steigerung 6,7 % gegenüber der Vorgabe von 17 %) und bei den Heilbehelfen und Hilfsmitteln (Steigerung 9,1 % gegenüber der Vorgabe von 13,8 %) konnte die angestrebte prozentuelle Steigerung eingehalten werden. Bei den Vertragsärzten, den Instituten, den Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten und den Transportkosten erreichte die Krankenversicherung die angestrebten Steigerungsprozentwerte nicht.

b) Eine Detailauswertung des RH im Bereich der ärztlichen Hilfe zeigte folgendes Bild:

- Im Jahr 2013 lagen die Ist-Aufwendungen für ärztliche Hilfe über dem im Kassensanierungspaket angestrebten Wert.
- Da jedoch der Monitoringbericht die Ausgabendämpfung über die Jahre hinweg aufsummiert darstellte und in den ersten Jahren die Anstiege gering waren, konnte der Monitoringbericht trotzdem in Summe eine volle Zielerreichung attestieren.
- Ohne Berücksichtigung des Puffers aus der (pessimistischen) Gebärungsvorschau vom Mai 2009 hätte selbst nach der Methode des Monitoringberichts keine Zielerreichung ausgewiesen werden können.
- Gegenüber dem „no policy change“-Szenario fand jedenfalls eine eindeutige Ausgabendämpfung statt.

c) Die Steigerung der Aufwendungen je Anspruchsberechtigten lag im Zeitraum 2009 bis 2013 auch keineswegs überall unter der Steigerung im Zeitraum 2004 bis 2008:⁶²

⁶² Negative Zahlen bedeuten dabei einen Rückgang in der Aufwandssteigerung, positive Zahlen eine höhere Aufwandssteigerung als in der Vorperiode.

Tabelle 14: Ausgabenentwicklung im Prüfungszeitraum 2009 bis 2013 gegenüber Vergleichsperiode 2004 bis 2008¹

	StGKK	WGKK	BVA
	in EUR je Anspruchsberechtigten ²		
ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	- 16,33	3,48	- 7,70
Heilmittel (Arzneien)	- 36,14	- 42,80	- 42,92
Heilbehelfe und Hilfsmittel	- 0,06	- 3,86	4,22
Zahnbehandlung	0,81	0,75	- 2,24
Zahnersatz	- 0,34	0,07	- 3,54
Krankengeld	- 3,13	11,07	0,53
Wohngeld	- 5,77	- 13,94	- 10,51
medizinische Rehabilitation	- 1,71	1,97	- 13,35
Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand	- 8,27	6,80	0,86

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Die Werte errechnen sich aus der Differenz der Änderungen von 2004 auf 2008 und von 2009 auf 2013.

² Werte enthalten Bereinigungen um die Vorsteuer bzw. die GSBG-Beihilfe, um die Umstellung von der Netto- auf die Bruttomethode hinsichtlich von Kostenbeteiligungen der Versicherten ab dem Jahr 2009 (vgl. § 7 Rechnungsvorschriften), um Positionen mit Bezug auf das Hanusch-Krankenhaus, insb. auch im Hinblick auf die Änderungen in der Krankenanstaltenfinanzierung (vgl. § 447a und § 447f ASVG).

Quellen: StGKK; WGKK; BVA; Auswertung und Darstellung RH

Die bei allen drei Trägern feststellbare geringere Steigerung beim Wohngeld war darauf zurückzuführen, dass ein Erlass aus dem Jahr 2010 die Gründe für Freistellungen nach § 3 Abs. 3 Mutterschutzgesetz neu regelte. Dadurch kam es zu einer deutlichen Reduktion der vorzeitigen Freistellungen.

Bei der WGKK lag die Steigerung im Zeitraum 2009 bis 2013 darüber hinaus nur bei Wohngeld, Heilmitteln sowie Heilbehelfen und Hilfsmitteln niedriger als im Vergleichszeitraum 2004 bis 2008.⁶³ Bei ärztlicher Hilfe, Zahnbehandlung, Krankengeld etc. war keine Ausgabendämpfung gegenüber der Vorperiode festzustellen. Die StGKK und die BVA konnten dagegen bei fast allen Positionen eine geringere Steigerung verzeichnen.

26.2 (1) Der RH kritisierte, dass trotz der Schwächen der Gebarungsvorschau-rechnungen (siehe TZ 5 bis 15) die Evaluierung der Ausgabendämpfungsmaßnahmen ausschließlich mit Bezug auf von diesen abgeleiteten Szenarien erfolgte und sehr eindimensional eine volle Zielerreichung

⁶³ Die geringere Steigerung bei der Überweisung an den Krankenanstaltenfonds und bei der Anstaltspflege war auf die geringeren Beitragssteigerungen zurückzuführen (2008 war der Beitragssatz erhöht worden).

berichtet wurde. So blieben nach Ansicht des RH wesentliche Informationen für die künftige Entwicklung bzw. die Beurteilung der Nachhaltigkeit der Sanierung ungenutzt.

Die vom RH vorgenommene Analyse einer Ausgabendämpfung mit mehreren Bezugsgrößen (z.B. gegenüber der Kostensteigerung in Vorperioden, gegenüber dem als prozentuelle Steigerung definierten Ziel sowie unter Berücksichtigung der bereits in der Gebarungsvorschau 2009 enthaltenen Puffer dieses Jahres) zeigte ein nach Fachbereichen bzw. Trägern differenziertes Bild.

Der RH wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die aktuelle Gebarungsvorschau erneut negativ war und auch die Betriebsergebnisse der WGKK immer noch negativ waren (siehe TZ 2).

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, bei der Gestaltung künftiger Monitoringsysteme mehrere Vergleichsgrößen zu wählen und neben dem Vergleich mit Prognoseszenarien die Werte umfassend (z.B. auch gegenüber von Vorperioden) zu analysieren.

So könnten neben der Beurteilung der unmittelbaren Zielerreichung auch Rückschlüsse auf die weitere Entwicklung gezogen werden.

(2) Der RH merkte weiters kritisch an, dass durch die unmittelbare Verbindung des Monitorings mit der Auszahlung der Mittel des Kassenstrukturfonds ein geringer Anreiz des Hauptverbands für eine kritische Berichterstattung bestand. Er erachtete daher die Beauftragung der GÖG mit dem Monitoring im Rahmen der Gesundheitsreform (siehe TZ 32) als positiv.

26.3 (1) *Das BMG verwies in seiner Stellungnahme neuerlich darauf, dass die Ausgestaltung des Monitorings und die Monitoringprozesse Gegenstand der derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen seien. Dort würden auch die Empfehlungen des RH einfließen.*

(2) *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

Zusammenfassung
Kassensanierungs-
paket

27 Der RH bewertete positiv, dass die 2008 bestehenden, akuten finanziellen Probleme der Gebietskrankenkassen durch ein umfassendes Sanierungskonzept adressiert und darin gemeinsame Ziele für wesentliche Ausgabenbereiche festgelegt wurden. Kritisch sah der RH jedoch folgende Punkte:

Kassensanierungspaket 2009 bis 2013

- Der Bund stellte rd. 1,302 Mrd. EUR an Bundesmitteln zur Verfügung, obwohl gleichzeitig das Reinvermögen des Sektors Krankenversicherung bis deutlich über die Sollvorgabe der Leistungssicherungsrücklage anstieg.
- Die Ausgabendämpfungsziele wurden gegenüber Prognosewerten definiert. Sie blieben auch dann unverändert, als die Ist-Werte bereits wesentlich günstiger waren und waren insofern wenig ambitioniert.
- Die Krankenversicherungsträger übernahmen die Ziele des Kassensanierungskonzepts unverändert in die Instrumente des Zielsteuerungssystems nach § 441e ASVG, selbst als diese bereits offensichtlich nicht mehr zur operativen Steuerung geeignet waren. So wies nach dem Auslaufen des Kassensanierungspakets die WGKK trotz voller Zielerreichung ein negatives Betriebsergebnis und ein negatives Reinvermögen auf. Der RH sah dies auch als Folge der Gestaltung des Anreizsystems im Kassenstrukturfonds. Nach Ansicht des RH schwächte dies die Rolle der Instrumente des Zielsteuerungssystems.
- Das Monitoring enthielt kein Maßnahmencontrolling und war einseitig auf die festgelegte Methodik der Ausgabendämpfung gegenüber der Prognoserechnung ausgerichtet; so blieben wesentliche Informationen (z.B. die Überschreitung der prozentuellen Zielwerte bei der ärztlichen Hilfe) ungenutzt.
- Den Krankenversicherungsträgern gelang es nicht, eine glaubwürdige, analytisch fundierte Aufteilung der Gesamtziele auf die einzelnen Träger zu finden. Der RH hielt dies für unverzichtbar, um künftig Gesamtvorgaben der Politik an die Krankenversicherungsträger in deren operative Geschäftsführung zu integrieren.

Gesundheitsreform 2012 bis 2016

Entstehung und
Kerninhalte

28.1 (1) Nach Vereinbarung des Kassensanierungspakets 2009 richtete die Bundesgesundheitskommission Ende 2010 auf Basis des Finanzausgleichs 2008 eine Arbeitsgruppe zur Struktur und Finanzierung der Gesundheit ein.⁶⁴ Diese erarbeitete im Jahr 2011 einen „Status der Finanzierung Gesundheit“ sowie ein „Prognosetool für die öffentlichen Gesundheitsausgaben“ und einen Bericht über die „Versorgungsprozesse und –struktur“.

⁶⁴ In dieser Arbeitsgruppe waren Repräsentanten der Sozialversicherung, der Länder, des Bundes und der Gemeinden vertreten.

Parallel dazu entwickelten die Sozialversicherung und die Länder Verhandlungspapiere über die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens in Österreich (z.B. „Masterplan Gesundheit“ des Hauptverbands). Überwiegend war in diesen konzeptionellen Leitvorstellungen die Zusammenführung der Finanzierung des Gesundheitswesens in einer Hand enthalten, wobei jedoch unterschiedliche Vorstellungen über die konkreten Verantwortlichkeiten bestanden.

Eine „Sechsergruppe“ aus Vertretern der Länder, des Bundes und der Sozialversicherungsträger⁶⁵ verhandelte daraufhin Maßnahmen einer Gesundheitsreform, deren Eckpunkte im Juni 2012 eine „politische Vereinbarung“ bildeten. Darüber hinaus legte die Bundesgesundheitskommission Rahmen-Gesundheitsziele fest.

(2) Letztlich resultierten im Jahr 2013 zwei Einigungen auf der Ebene von Vereinbarungen nach Art. 15a B-VG: Es erfolgte eine Anpassung der 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens und der Abschluss einer neuen 15a-Vereinbarung über die Zielsteuerung Gesundheit vom Oktober 2013.

Zur Umsetzung der dort geplanten Maßnahmen schlossen Bund, Länder und Sozialversicherungsträger im Herbst 2013 einen Bundes-Zielsteuerungsvertrag ab. Im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz bzw. entsprechenden landesgesetzlichen Regelungen erfolgten die notwendigen gesetzlichen Änderungen.

(3) Zentrales Element der Gesundheitsreform war eine partnerschaftliche Zielsteuerung durch Zielsteuerungskommissionen, die bestehende Verantwortlichkeiten und Finanzierungspflichten ergänzten.

Weiters wurden die Finanzziele aus Sillian (Kassensanierungspaket) fortgeführt und um einen weiteren Bereich ergänzt. Daraus ergaben sich die in der Gesundheitsreform 2012 festgelegten Ausgabenobergrenzen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthielt inhaltliche Rahmenziele sowie insgesamt über 100 operative Ziele und Maßnahmen.⁶⁶

28.2 Der RH hatte in seiner Stellungnahme zur Gesundheitsreform⁶⁷ die dort verfolgten Ziele grundsätzlich begrüßt, jedoch kritisch angemerkt,

⁶⁵ In der Sechsergruppe waren folgende Personen vertreten: Die Bundesministerin für Gesundheit, die Bundesministerin für Finanzen, der Landeshauptmann von Oberösterreich, die Gesundheitsstadträtin von Wien, die Obfrau der WGKK und der Verbandsobmann des Hauptverbands.

⁶⁶ 26 operative Ziele sowie Messgrößen zu dem Steuerungsbereich Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung

⁶⁷ zu GZ 302.465/002

dass die zersplitterte Kompetenzlage im Gesundheitsbereich unverändert blieb, die Ausgaben-, Aufgaben- und Finanzierungsverantwortung weiterhin auseinanderfiel, ein gemeinsamer Finanzierungstopf nicht erreicht werde und das prägende Prinzip der Einstimmigkeit in den vorgesehenen Gremien notwendige Maßnahmen verhindern könne. Der Entwurf bilde lediglich die Basis für weitere erforderliche Reformschritte, die erst beschlossen und umgesetzt werden müssten. Inwieweit die angestrebten Ziele tatsächlich erreicht werden könnten, könne daher zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht abschließend beurteilt werden.

Der RH hielt seine Kritik an der weiter bestehenden zersplitterten Kompetenzlage aufrecht.

Ausgabenobergrenzen **29.1** (1) Ein wesentliches Element der Gesundheitsreform 2012 war die Festlegung, dass die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen mittelfristig nur im Ausmaß des BIP-Wachstums steigen sollten. Um den dafür notwendigen Konsolidierungsbedarf zu ermitteln, definierten die Vertragspartner ein „no policy change“-Szenario (wie würden sich die Ausgaben ohne Steuerungsmaßnahmen entwickeln?), dem sie ein Szenario mit Ausgabenobergrenzen gegenüberstellten.

- Für das „no policy change“-Szenario setzten die Vertragspartner für die Jahre 2012 bis 2015 eine jährliche Steigerung von 5,2 % an, was sich als Durchschnitt der Steigerung der letzten 20 Jahre ergab. Für das Jahr 2016 legten sie jedoch eine Steigerung von rd. 4,6 % fest, die sich aus einem 2003 entwickelten „Nachfragemodell“ auf Basis verschiedener Inputfaktoren – wie z.B. Demografie, technischer Fortschritt, Arbeitslosenquote und Entwicklung des BIP – ergab. Eine Begründung für den Wechsel des Modells wurde nicht angegeben.
- Als langfristiges Ziel definierten die Vertragspartner eine Steigerung um 3,6 % (was nach Prognosen von Wirtschaftsforschungsinstitutionen den Erwartungen des mehrjährigen Durchschnitts des BIP-Wachstums entsprach).

(2) Für die Periode 2012 bis 2016 legten die Vertragspartner – ohne weitere analytische Begründung – eine Übergangsregelung fest: Im Jahr 2012 sollte die Steigerung maximal 4,5 % betragen, im Jahr 2013 4,3 %, im Jahr 2014 4,1 %, im Jahr 2015 3,9 % und im Jahr 2016 3,6 %. Die Vertragspartner brachen diese Vorgabe auf drei Gruppen herunter: Für die Länder (Spitalsbereich), für die Krankenversiche-

Träger und für die übrigen Bereiche wurden jeweils eigene Ausgabenobergrenzen definiert.

- Im Bereich der Länder ergaben sich zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte von insgesamt rd. 2,058 Mrd. EUR im Zeitraum 2012 bis 2016; die vorgesehenen Ausgabensteigerungen lagen zwischen 4,28 % im Jahr 2012 und 3,17 % im Jahr 2016.
- Im Bereich der Krankenversicherungsträger ergaben sich zu realisierende Ausgabendämpfungseffekte von rd. 1,372 Mrd. EUR; die Prozentsätze der Ausgabensteigerungen lagen zwischen 4,5 % im Jahr 2012 und 3,6 % im Jahr 2016.
- Weiters wurde eine Kategorie „übrige Bereiche“ gebildet, die insbesondere Investitionen, Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung und der Unfallversicherung, des Bundes und der Krankenfürsorgeanstalten umfasste (rd. 3,040 Mrd. EUR im Jahr 2012). In diesem Bereich galten keine verpflichtenden Ausgabendämpfungen.

(3) Für die Jahre 2012 und 2013 überschritten sich die Finanzziele nach dem Kassensanierungspaket 2009 und die Ausgabenobergrenzen nach der Gesundheitsreform. Die Vorgaben waren jedoch nicht direkt vergleichbar: Während sich die Finanzziele nach dem Kassensanierungspaket 2009 auf die Summe von sechs Ausgabenkategorien (Vertragsärzte, Institute, Vertrags- und Wahlphysiotherapeuten, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel, Transportkosten) bezogen,⁶⁸ umfassten die Ausgabenobergrenzen nach der Gesundheitsreform grundsätzlich die Gesamtausgaben, allerdings – zur Herstellung einer sektorenübergreifenden Gesamtbetrachtung – mit bestimmten Abgrenzungen, insbesondere einer Bereinigung der Zahlungen für den stationären Bereich (siehe TZ 31).⁶⁹

(4) Das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz 2013 normierte zusätzlich zu diesen Finanzzielen bzw. Ausgabenobergrenzen das Ziel der einkommenorientierten Ausgabenpolitik. Die Krankenversicherungsträger sollten daher nicht mehr ausgeben, als ihren Einnahmen entsprach.

(5) Zum Zeitpunkt dieser Festlegungen im Juni 2012 lag die tatsächliche Prognose der Krankenversicherungsträger weit unter den Ausgabenobergrenzen. Bereits 2011 lag die Steigerung der Ausgaben bei

⁶⁸ Die Summe dieser Positionen durfte im Jahr 2012 rd. 6,474 Mrd. EUR betragen, im Jahr 2013 rd. 6,638 Mrd. EUR. Auf dieser Basis wurden Gesamtaufwendungen von 15,403 Mrd. EUR im Jahr 2012 und 15,883 Mrd. EUR im Jahr 2013 erwartet.

⁶⁹ Der Ausgabendämpfungspfad nach Art. 27 Abs. 6 machte auf Bundesebene im Jahr 2012 rd. 8,794 Mrd. EUR, im Jahr 2013 rd. 9,172 Mrd. EUR aus.

rd. 3,3 % (und somit bereits unter dem für 2016 angestrebten Zielwert von 3,6 %). Die Prognoserechnung vom Mai 2012 sah für das Jahr 2012 z.B. eine Steigerung der Aufwendungen von rd. 3,4 % vor (Zielwert Gesundheitsreform: 4,5 %).⁷⁰

Das BMF ging (siehe TZ 14) in den der EU übermittelten Stabilitätsprogrammen für den Sektor Sozialversicherung von einer ausgeglichenen Gebarung aus. Obwohl die Entwicklung der Einnahmen und der Ausgaben dabei nicht getrennt ausgewiesen war, sprach dies für eine Erwartung eines moderaten Ausgabenwachstums unterhalb der Annahmen der Gesundheitsreform.

(6) Die 13 Krankenversicherungsträger (ohne Betriebskrankenkassen) hatten überwiegend keine Maßnahmen der Gesundheitsreform in die Gebarungsvorschaurechnungen der Jahre 2012 bis 2016 berücksichtigt bzw. lediglich solche Maßnahmen, die bereits vorher begonnen wurden. Die inhaltlichen Überlegungen „seien noch nicht so weit gediehen, dass bis 2016 Ausgabendämpfungspotenziale zu erwarten seien“.

29.2 (1) Der RH kritisierte die wenig ambitionierten Ausgabenobergrenzen. Er wies insbesondere kritisch darauf hin, dass trotz des tatsächlichen Ausgabenwachstums von 3,3 % im Jahr 2011 und der Prognosen von 3,4 % für das Jahr 2012 das Erreichen einer Ausgabensteigerung von 4,5 % im Bereich der Krankenversicherung als Ausgabendämpfung betrachtet wurde. Er kritisierte auch, dass keine analytische Grundlage für die Auswahl der 2012 bis 2016 konkret festgelegten jährlichen Werte existierte. Der RH hielt für den kurzfristigen Zeitraum 2012 bis 2015 die Annahme einer jährlichen Aufwandssteigerung von 5,2 % jedenfalls im Bereich der Krankenversicherungsträger für zu hoch.

Er kritisierte daher, dass die Ausgabendämpfung von rd. 1,372 Mrd. EUR weitgehend fiktiv war. Dies wurde auch dadurch bestätigt, dass die Krankenversicherungsträger überwiegend noch keine Maßnahmen der Gesundheitsreform als für ihre finanzielle Lage relevant betrachteten.

(2) Der RH wies weiters darauf hin, dass parallel zu den Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger auch das programmatische Ziel der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik galt. Die zu wenig ambitionierten Ausgabenobergrenzen waren daher von Anfang an als operativ maßgebliche Steuerungsgrößen ungeeignet.

⁷⁰ Die Gebarungsvorschau Mai 2012 sah für die Jahre 2013 und 2014 jeweils eine Steigerung der Aufwendungen von rd. 3,4 % vor. Die Zielwerte der Gesundheitsreform lagen jeweils über 3,6 %.

(3) Der RH empfahl dem BMG, bei künftigen Festlegungen von Ausgabendämpfungen diese gegenüber einer möglichst realistischen Basis zu berechnen.

Weiters verwies der RH auf seine Empfehlung (TZ 40), das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu berücksichtigen. Die Vorgaben für die Krankenversicherungsträger sollten daher ambitionierter erfolgen.

29.3 *(1) Laut Stellungnahme des BMG sei die rückwirkende Korrektur der Gesundheitsausgaben nicht erfolgt, um die Zeitreihenkontinuität zu sichern und weil die Ableitung der Zielwerte nach den Gesundheitsausgaben 2010 (und den damals geltenden Abgrenzungen) erfolgt sei. Die Festlegung neuer Ausgabenobergrenzen für die nächste Zielsteuerungsperiode (2017 bis 2020) sei Gegenstand der derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen. Dabei werde der Bund – wie auch vom RH zu Recht empfohlen – von einer möglichst realistischen Basis ausgehen. Die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik für die Sozialversicherung sei im Art. 22 Abs. 10 der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit ausdrücklich verankert und entsprechend zu berücksichtigen.*

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.

Operationalisierung
der Ausgabenober-
grenzen

30.1 (1) Die Gesamtausgabenobergrenzen wurden – wie bereits die Ziele des Kassensanierungspakets 2009 – einerseits auf bestimmte Fachbereiche (Ärzte, Heilmittel etc.) und andererseits auf die einzelnen Träger heruntergebrochen.

Die Detaillierung auf Fachbereiche erfolgte in Art. 11 Bundes-Zielsteuerungsvertrag (BZV) im Juni 2013:

- Auf vertragsärztliche Hilfe entfielen im Zeitraum 2012 bis 2016 kumulierte Ausgabendämpfungen von 130 Mio. EUR,
- auf Institute 49 Mio. EUR,
- auf Vertrags- und Wahlphysiotherapie 36 Mio. EUR,
- auf Heilmittel 943 Mio. EUR,
- auf Heilbehelfe und Hilfsmittel 91 Mio. EUR,

- auf Transportkosten 36 Mio. EUR und
- auf Sonstiges 87 Mio. EUR.

(2) Somit ergaben sich gesamt 1,372 Mrd. EUR. Eine Aufteilung auf die einzelnen Jahre erfolgte nicht, so dass eine Evaluierung nur gesamt-haft ex post erfolgen konnte. Eine sachlich gerechtfertigte andere Verteilung der Ausgabendämpfung durch die Krankenversicherungsträger war vertraglich ausdrücklich erlaubt, wenn sich am Gesamtbetrag nichts änderte.

(3) Zur Erreichung dieser Ziele waren in Art. 11 Bundes-Zielsteuerungsvertrag bestimmte operative Ziele und zugehörige Maßnahmen angeführt; Beträge waren diesen Maßnahmen jedoch nicht zugeordnet. Es war auch unklar, warum gerade die angegebenen Maßnahmen angeführt waren. Für den betraglich wichtigsten Bereich der Heilmittel waren als Ziele und Maßnahmen z.B. definiert: Lösung sektorenübergreifender Probleme mit Blick auf den best point of service, gemeinsame sektorenübergreifende Versorgungsmodelle und Finanzierungskonzepte, E-Medikation intra- und extramural, Umsetzen der Gesundheitsförderungsstrategie, Evidenzbasierung von Diagnose- und Behandlungsmethoden und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Andere Faktoren mit gegebenenfalls größeren Ausgabendämpfungspotenzialen, die keinen Bezug zu sektorenübergreifenden Maßnahmen hatten – wie z.B. die Preisregulierung von Heilmitteln oder die Rahmenbedingungen für die Umsetzung des Ökonomiegebots (etwa Ausschreibungen von Generika, Festpreismodelle etc.) –, waren nicht angeführt. Die Erfolgsmessung bezog sich dennoch nur auf die Entwicklung der Heilmittelkosten insgesamt, unabhängig von den dazu genutzten Maßnahmen.

(4) Die Aufteilung auf die einzelnen Träger erfolgte weder durch eine analytische Bewertung konkreter Einsparungspotenziale noch durch eine Festlegung sachlicher Kriterien (z.B. Höhe Ausgaben als der Bundesschnitt, steigende oder sinkende Entwicklung von Versicherten-zahlen, Veränderungen in der Alterszusammensetzung etc.). Sie verlief vielmehr proportional zu den jeweiligen Ausgaben des Jahres 2010, die Träger konnten die Zusammensetzung der Fachbereiche selbst bestimmen.

(5) Da einerseits die Summe der Zielvorgaben zu wenig ambitioniert war (TZ 29) und andererseits die Aufteilung auf die Träger ohne Bezugnahme auf sachliche Spezifika erfolgte, waren die Zielwerte, die sich aus der Aufteilung ergaben, für die operative Steuerung offensichtlich nicht geeignet:

- Für Vertragsärzte war z.B. das Basisszenario vor dem Kassensanierungspaket eine Steigerung von 3,6 % jährlich (auch für das Jahr 2013).
- Bei Beschluss des Kassensanierungspakets wurde eine Ausgaben­dämpfung durch Reduktion auf 1,4 % bis 3,0 % als Ziel festgelegt (siehe TZ 20).

Um darstellen zu können, dass die Erreichung der Vorgaben der Gesundheitsreform Einsparungen realisierte, nahm der Hauptverband in der Gesundheitsreform

- ein Basisszenario ohne Maßnahmen von 4,6 % jährlicher Steigerung an,
- die auf 3,6 % bis 4,5 % zu reduzieren war.

Ein Wert von 4,6 % wurde im Zeitraum 2003 bis 2013 nur dreimal erreicht bzw. überschritten.

(6) Dennoch übernahmen die Krankenversicherungsträger die Zielwerte für die Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform für die jährliche Balanced Scorecard nach § 441e ASVG.

Die wesentlich ambitionierteren Werte, die zur Erreichung einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erforderlich gewesen wären, gingen nicht in die Instrumente der Zielsteuerung ein.

Teilweise lagen die Zielwerte deutlich höher als die – nach dem Grundsatz der kaufmännischen Vorsicht zu erstellenden – Werte der Gebärungsvorschau.

30.2 Der RH kritisierte, dass

- eine Evaluierung der Entwicklung der Fachbereiche mangels Aufteilung auf die einzelnen Jahre nur gesamthaft ex post erfolgen konnte (siehe dazu vorne Punkt (2));
- die angegebenen operativen Ziele und Maßnahmen nicht mit konkreten Einsparungspotenzialen hinterlegt waren (siehe dazu vorne Punkt (3));

- die Aufteilung der Ausgabenobergrenzen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger ohne Berücksichtigung sachlicher Spezifika der Träger (z.B. besonders hohe oder niedrige Ausgaben in der Vergangenheit, steigende oder sinkende Versichertenzahlen, Entwicklung der Altersstruktur etc.) erfolgt war (siehe dazu vorne Punkt (4));
- die resultierenden Vorgaben für die einzelnen Träger für die operative Steuerung offensichtlich ungeeignet waren (siehe dazu vorne Punkt (5));
- die Träger sie aber dennoch unverändert in das Zielsteuerungssystem zur Steuerung der Krankenversicherungsträger aufnahmen (siehe dazu vorne Punkt (6)).

Der RH kritisierte den Ansatz von Zielen, die weniger ambitioniert waren als die unter kaufmännischer Vorsicht zu planenden Gebarungsvorschaudaten. Die resultierenden Maßnahmen der Zielsteuerung (z.B. das trägerübergreifende Controlling, die Abstimmung der Ziele mit dem BMG und dem BMASK, die entsprechenden Beschlüsse im Vorstand etc.) waren dadurch bereits von Vorneherein ungeeignet, die Nachhaltigkeit der Gebarung der Krankenversicherungsträger sicherzustellen.

Der RH empfahl daher dem BMG, dem Hauptverband und der StGKK, der WGKK und der BVA, bei der künftigen Zielfestlegung die Ziele auch für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) jährlich zu quantifizieren, so dass ein jährliches Monitoring möglich ist.

Weiters wären die Ziele und Maßnahmen mit konkreten Einsparungspotenzialen zu hinterlegen.

Schließlich empfahl der RH erneut (siehe TZ 22), bei der künftigen Festlegung von Finanzziele sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger zu entwickeln.

30.3 (1) *Das BMG unterstützte in seiner Stellungnahme die Empfehlung des RH, bei der Festlegung der Finanzziele sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf einzelne Träger zu entwickeln. Die Hinterlegung von Zielen und Maßnahmen mit konkreten Einsparungspotenzialen sei vom Bund bei den Verhandlungen zur 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit und zum ersten Bundes-Zielsteuerungsvertrag mit Nachdruck gefordert worden. Eine Einigung sei jedoch nicht erzielt worden.*

(2) *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlungen des RH zu berücksichtigen.*

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme einerseits aus, dass sie bei der Festlegung der Finanzziele die aktuellen Entwicklungen berücksichtige, aber eine rollierende Planung für die Finanzziele mit großem administrativem Mehraufwand für die Träger und den Hauptverband verbunden sei. Die Aufteilung der Gesamtziele auf die einzelnen Träger sei auch in der BSC unter der Federführung des Hauptverbands verankert worden. Im Zuge der Festlegung der BSC-Finanzziele würde die Ausgabenobergrenze jährlich auf die vorgesehenen Einzelfinanzziele pro Träger aufgeteilt. Somit gebe es für jedes Einzelfinanzziel einen jährlichen Zielwert, der in Summe die Ausgabenobergrenze ergebe.

(4) Laut Stellungnahme der BVA sei einer Bewertung von Maßnahmen vorweg und im Monitoring Grenzen dadurch gesetzt, dass es im Gesundheitswesen keine monokausalen Wirkungszusammenhänge gebe und die Wirkung von Maßnahmen bestenfalls über kurze Zeiträume anhand von Ceteris-paribus-Simulationen seriös ermittelt werden könne. Die Finanzziele seien schon bisher jährlich ex ante je Fachbereich quantifiziert worden.

- 30.4** Der RH wies gegenüber der WGKK und der BVA darauf hin, dass durch die Jahresaufteilung (nur) in der BSC (statt im Zielsteuerungsvertrag selbst) im Gegensatz zum Kassensanierungspaket 2009 die jährliche Evaluierung je Fachbereich nur innerhalb der Sozialversicherung, nicht aber im offiziellen Monitoring der Zielsteuerung erfolgen konnte.

Der RH hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Kenngrößen zur
Zieldefinition

- 31.1** (1) Ausgangsbasis für die Ermittlung der Ausgabenobergrenzen waren die öffentlichen Gesundheitsausgaben 2010 „unter Vornahme von Abgrenzungen in Analogie zu“ den Ansätzen der Statistik Austria auf Grundlage des von der OECD definierten „System of Health Accounts“ (SHA).

Die Beteiligten sollten jedoch direkt aus ihrem Rechnungswesen bzw. ihren statistischen Werten die steuerungsrelevanten Informationen über die Entwicklung der Kennzahlen gewinnen können. Dazu waren Bereinigungen zu den statistischen Größen nach SHA erforderlich. Um den sektorenübergreifenden Ansatz zu erhalten, waren auch Bereinigungen von den Rechnungsabschlüssen der Träger nötig. Die Parteien der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit definierten daher „zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben“, die sich von den Ausgaben nach SHA, aber auch von den Rechnungsabschlüssen der Krankenversicherungsträger unterschieden (Art. 27 Abs. 3 der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit). Unabhängig von der Einbeziehung

einzelner Werte oder der Bereinigung um einzelne Werte waren die Kennzahlen über den Beobachtungszeitraum nach derselben Logik zu ermitteln, um aussagekräftige Vergleiche im Zeitverlauf zu erhalten.

(2) Im Bereich der Krankenversicherung erfolgten insbesondere folgende Bereinigungen:

- Barleistungen wie z.B. Krankengeld wurden abgezogen, da sie nach dem SHA-Konzept nicht als Gesundheitsausgaben galten.
- Zur Vermeidung von Doppelzählungen mit dem stationären Bereich wurden Positionen bereinigt (z.B. Überweisungen an die Landesgesundheitsfonds, den PRIKRAF etc.).
- Für Abschreibungen und Investitionen galten die Obergrenzen nicht, sie wurden gesondert dargestellt und teilweise neu berechnet, da die Erfassung im statistischen Bereich anders erfolgte als in der Erfolgsrechnung.
- Finanzaufwendungen, Zuweisungen zu Rücklagen etc. wurden ebenfalls abgezogen.

Für das Jahr 2013 betragen die endgültigen Ausgaben laut Rechnungsabschlüssen der Krankenversicherungsträger rd. 15,676 Mrd. EUR; die Ausgaben in den für die Kalkulation der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben verbleibenden Bereichen beliefen sich auf rd. 8,802 Mrd. EUR.

Im Einklang mit der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit waren bei den Kenngrößen sektorenübergreifend rd. 3,312 Mrd. EUR im Jahr 2012 – Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten (459 Mio. EUR), Investitionen (1.057 Mio. EUR), Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung (806 Mio. EUR) und der Unfallversicherung (364 Mio. EUR) sowie Gesundheitsausgaben des Bundes (626 Mio. EUR ohne GSBG und Zahlungen an die Landesgesundheitsfonds)⁷¹ – abgezogen und gesondert dargestellt. Spezifische Zielwerte für diese gesondert dargestellten Werte waren nicht vereinbart. Somit fehlten für wesentliche Ausgabenblöcke konkrete Zielvorgaben.

⁷¹ GSBG und Zahlungen an die Landesgesundheitsfonds wurden abgezogen, weil sie bereits bei den Spitälern als Ausgaben enthalten waren (also zur Vermeidung von Doppelzählungen). Zusätzliche Ausgaben, die nicht in die Steuerung eingingen, waren insbesondere Ausgaben für Universitätskliniken (rd. 221 Mio. EUR) sowie Gesundheitsausgaben in Heer, Justiz, Prävention, Verwaltung.

(3) Die gesamte Betrachtung bezog sich ausschließlich auf Kenngrößen zur Erfassung der Ausgaben; Einnahmen bzw. ein Defizit oder ein Überschuss in der Finanzierung wurden nicht erfasst. Dies, obwohl für die Maastricht-Betrachtung und für die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik der Saldo zwischen Einnahmen und Ausgaben wesentlich war.

(4) Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im Frühjahr 2015 lagen die im Monitoring erfassten Zielgrößen überwiegend im Plan, gleichzeitig lag jedoch das Gebarungsergebnis der Krankenversicherungsträger insgesamt im deutlich negativen Bereich.

31.2 (1) Der RH kritisierte die zahlreichen Ausnahmen bei der Definition der Kenngrößen und konnte nicht für alle Positionen nachvollziehen, warum sie aus der Darstellung bzw. der Zielsteuerung ausgenommen waren. Insbesondere kritisierte der RH,

- dass die Krankenfürsorgeanstalten, die im Wesentlichen die Funktion einer gesetzlichen Krankenversicherung erfüllten und dem Steuerungsbereich der Länder angehörten, nicht Teil der Zielsteuerung waren;
- dass – auch wenn die gesonderte Betrachtung von Investitionen im Gesundheitsbereich zweckmäßig war, da diese nicht zwingend einer gleichförmigen jährlichen Entwicklung folgten – für diesen sehr wesentlichen Bereich keine Zielvorgaben vorlagen;
- dass für Geldleistungen wie das Krankengeld, die für die Entwicklung der finanziellen Lage der Krankenversicherungsträger maßgeblich waren, keine Ziele vorlagen.

Er empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, bei der Formulierung des nächsten Bundes-Zielsteuerungsvertrags zu evaluieren, welche Positionen von der Zielsteuerung ausgenommen sein sollten und insbesondere die Krankenfürsorgeanstalten, Investitionen und Geldleistungen in geeigneter Form in die Zielsteuerung zu integrieren.

(2) Der RH kritisierte weiters, dass die Zielsteuerung ausschließlich Ausgaben berücksichtigte. Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung ergab sich so eine Zielerreichung, während die Krankenversicherungsträger gleichzeitig eine erhebliche finanzielle Schieflage im Rahmen der Gebarungsvorschaurechnung prognostizierten (siehe TZ 40).

Der RH empfahl dem BMG und dem Hauptverband, in die Zielsteuerung auch die Einnahmenseite bzw. Überschüsse und Defizite einzubeziehen. Dadurch würde eine bessere Überleitung zwischen den Gesundheitszielen und den Zielen des Stabilitätspakts im Bereich der Länder bzw. den Zielen der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik im Bereich der Krankenversicherungsträger ermöglicht.

- 31.3** (1) *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, eine unmittelbare Steuerung des Bereichs der Krankenfürsorgeanstalten sei nicht möglich, da diese nicht Gegenstand der Finanzierungsregelungen der 15a-Vereinbarung seien und die Länder bislang eine Einbeziehung abgelehnt hätten.*

Der Bereich der Investitionen sei bewusst aus der unmittelbaren Finanzzielsteuerung ausgenommen, da diese – wie der RH auch ausgeführt habe – situationsabhängig seien und sich im Zeitverlauf nicht gleichförmig entwickelten. Restriktionen im Investitionsbereich würden zu erhöhten laufenden Gesundheitsausgaben (Instandhaltung, Reparaturen etc.) und zu einem Investitionsstau in den Folgejahren führen. Größere Investitionsvorhaben (Bauvorhaben, Großgeräteanschaffungen) würden den Planungsvorgaben von ÖSG und RSG (Österreichischer und Regionaler Strukturplan Gesundheit) unterliegen. Im Rahmen der Beschlüsse der jeweiligen Landeszielsteuerungskommission und Landesgesundheitsplattform würden diese Vorhaben im konkreten Anlassfall beurteilt und genehmigt.

Geldleistungen, insbesondere das Krankengeld, seien seitens der Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung im Rahmen der gemeinsamen Steuerung nicht wirklich beeinflussbar. Daher sei ihre Einbeziehung in die Zielsteuerung Gesundheit kaum sinnvoll.

Weiters würden die Gesundheitsausgaben, die von der Zielsteuerung Gesundheit ausgenommen seien, im Monitoring gesondert dargestellt. Außergewöhnliche Entwicklungen bei diesen Ausgabenpositionen würden somit auch thematisiert und analysiert.

- (2) *Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlungen des RH zu berücksichtigen; insbesondere die Einbeziehung der Krankenfürsorgeanstalten begrüße der Hauptverband. Die empfohlene Vorgangsweise setze aber die Zustimmung der Partner voraus, der Hauptverband könnte daher für sich allein die Empfehlung nicht umsetzen, weshalb sie an alle Partner gerichtet werden sollte.*

(3) Laut Stellungnahme der StGKK verfolge sie bereits seit 2009 das Ziel, ein ausgeglichenes Betriebsergebnis zu erreichen und berücksichtige damit auch die Einnahmenseite. Dies selbst dann, wenn die Einnahmenseite mehrheitlich durch externe Faktoren beeinflusst werde, die sich der Steuerung der StGKK entzögen.

Aufgrund der Konsolidierung der Ausgaben sei es der StGKK in den letzten Jahren auch möglich gewesen, das negative Reinvermögen zur Gänze abzubauen und erste Dotierungen der Leistungssicherungsrücklage vorzunehmen. Problematisch sehe sie bei einer Berücksichtigung von vorläufigen Defiziten den Umstand, dass eine unterjährige Verschlechterung der Wirtschaftslage eine Ergebnisverschlechterung zur Folge haben könne, die kaum durch Gegensteuerung in anderen Bereichen kompensierbar sein werde.

- 31.4** Der RH wies zunächst auf die Unterschiede in den Stellungnahmen hin: Während das BMG die Einbeziehung der Krankenfürsorgeanstalten für nicht möglich erachtete, hielt der Hauptverband diese für besonders wünschenswert und die StGKK teilte im Wesentlichen mit, dass sie ohnehin nach ihrem Betriebsergebnis und weniger nach den Vorgaben der Zielsteuerung Gesundheit agiere.

Nach Ansicht des RH erfüllten die Krankenfürsorgeanstalten sachlich die Aufgabe einer Krankenversicherung und wären daher in eine gesamthafte Steuerung des Gesundheitswesens einzubeziehen. Der Umstand, dass dazu eine Mitwirkung der Länder erforderlich ist, sollte angesichts der Ziele der Zielsteuerung Gesundheit und der dort bewegten Summen kein unüberwindliches Hindernis darstellen.

Der RH stimmte der Charakterisierung des Investitionsbereichs durch das BMG (nicht zwingend kontinuierliche Entwicklung, Wechselwirkung zu den laufenden Ausgaben, mögliche Probleme durch Verschiebung notwendiger Investitionen) weitgehend zu. Er konnte darin aber kein Hindernis erkennen, Ziele für die Investitionen zu formulieren und deren Erreichung zu kontrollieren. Er hielt dies gegenüber einer anlassfallbezogenen Einzelfallprüfung in neun verschiedenen Landesgremien für einen steuerungstechnischen Mehrwert.

Zu den Geldleistungen wies der RH auf seinen zeitgleich mit diesem Bericht veröffentlichten Bericht „Ausgewählte Steuerungsgebiete in der Krankenversicherung“ hin. Dort stellte er in TZ 39 dar, wie die WGKK in einem Pilotprojekt durch Umstellung der Kontrollen bzw. der Betreuung von bestimmten Fällen eine deutliche Reduktion der Krankengeldaufwendungen erreichen konnte. Auch zeigte er dort auf (TZ 2 und 4), dass die Entwicklungen der Position Krankengeld eine

wesentliche Ursache für die unterschiedliche finanzielle Entwicklung der WGKK und der StGKK darstellten. Er hielt es daher für sinnvoll, diese Positionen auch in die Steuerung des Gesundheitswesens aufzunehmen.

Der RH hielt daher an seinen Empfehlungen fest.

Monitoringprozess

32.1 Die Einhaltung der Ausgabenobergrenzen war halbjährlich nach einem in der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit festgelegten Prozess zu evaluieren. Der operative Ablauf des Monitorings war in Art. 14 Bundes-Zielsteuerungsvertrag spezifiziert und gliederte sich in den Meldeprozess und den Berichtsprozess. Ein Tochterunternehmen der GÖG hatte auf Basis von Meldungen der Länder und der Sozialversicherungsträger einen Berichtsentwurf zu erstellen. Das Monitoring umfasste die Einhaltung der Ausgabenobergrenzen anhand der jeweiligen Rechnungsabschlüsse, der Voranschläge und der unterjährigen Werte sowie ein Monitoring der operativen Ziele und der Maßnahmen.

Dabei waren zwischen der Erstellung eines Berichtsentwurfs und der Vorlage an die jeweilige Landeszielsteuerungskommission mehrwöchige Fristen zur Stellungnahme vorgesehen. Dies führte dazu, dass bei Vorlage der Monitoringberichte an die Zielsteuerungskommissionen jeweils schon eine aktuellere Gebarungsvorschaurechnung bzw. Berechnung der vorläufigen Erfolgsrechnungen vorhanden war.

32.2 Der RH bewertete es grundsätzlich als ersten positiven Schritt, dass ein regelmäßiges Monitoring der Zielerreichung eingerichtet war und erstmals sektorenübergreifende Daten nach einem einheitlichen Vorgehen beobachtet wurden. Der RH kritisierte jedoch die Ausgestaltung der Stellungnahmefristen, wodurch für die Krankenversicherungsträger bei Behandlung der Monitoringberichte in den Gremien die Werte bereits überholt waren. Er war der Ansicht, dass nach den ersten Erfahrungen mit dem Berichtsverfahren eine Verkürzung – wenn nicht Streichung – der Stellungnahmefristen möglich sein sollte.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, bei Neuregelung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2016 die Stellungnahmefristen zu verkürzen und dafür zu sorgen, dass die Gremien die jeweils aktuellen verfügbaren Daten zeitnah zur Entscheidung vorgelegt erhalten.

32.3 *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

Inhaltliche Bewertung
der Zielerreichung

33.1 Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag enthielt insgesamt über 100 operative Ziele und Maßnahmen, deren Umsetzung im Rahmen des Monitorings nachvollzogen wurde. Die Maßnahmen waren klar den Zielen zugeordnet, es erfolgte sowohl eine Berichterstattung über die einzelnen Maßnahmen als auch eine aggregierte Darstellung zum gesamten Umsetzungsstand.

Eine inhaltliche Einschätzung, ob die zur Umsetzung rückgemeldeten Schritte zur Erreichung der übergeordneten Ziele geeignet waren bzw. welche Maßnahmen von prioritärer Bedeutung waren, war mit dem Monitoring nicht verbunden. Die GÖG fasste lediglich die Meldungen der Länder und Sozialversicherungsträger bzw. der Landeszielsteuerungskommissionen zusammen. Die Beurteilung der Notwendigkeit allfälliger Steuerungseingriffe oblag allein den Landeszielsteuerungskommissionen.

Mehrere Maßnahmen waren als Formalziele formuliert (z.B. Konstituierung eines Gremiums, Vorliegen eines Konzepts etc.); in einigen Fällen waren inhaltliche und formale Punkte verbunden (z.B. bei der Einschätzung, ob eine Angebotsform tatsächlich die Funktion einer Primary Health Care-Einrichtung erfüllte).

33.2 Der RH kritisierte, dass eine inhaltliche Beurteilung fehlte, welche der Maßnahmen von prioritärer Bedeutung waren und ob die Maßnahmen in der Art und Weise ihrer Umsetzung die Zielerreichung sicherstellten. Dies vor dem Hintergrund, dass ein reines Monitoring der Rückmeldung der Maßnahmenumsetzung nicht zu beurteilen vermochte, ob der Prozess zur Umsetzung der Ziele der Gesundheitsreform erfolgreich verlief.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, das Monitoring durch eine inhaltliche Einschätzung erfolgskritischer Pfade als Entscheidungsvorbereitung für die Zielsteuerungsgremien zu ergänzen.

33.3 *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

Aussagekraft der
Monitoringergebnisse

34.1 (1) Die Anstiege der öffentlichen Gesundheitsausgaben nach den Messungen laut SHA und laut der Systematik der 15a-Vereinbarung Ziel-

steuerung Gesundheit (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben) unterschieden sich in der ersten Messung für das Jahr 2012 erheblich:⁷²

- So lag im Zeitraum 2010 bis 2012 der Anstieg der öffentlichen Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Langzeitpflege laut SHA-Statistik bei 3,87 % (rd. 1,603 Mrd. EUR).
- Der Anstieg der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben betrug für diesen Zeitraum 2,73 % (968 Mio. EUR), für den Bereich der Sozialversicherung alleine 2,56 % (422 Mio. EUR).

Die starke Abweichung erklärten die für das Monitoring Verantwortlichen in der GÖG

- einerseits mit einer Änderung im Umgang mit den GSBG-Beihilfen (und damit mit einem Zeitreihenbruch)⁷³,
- andererseits mit höheren Steigerungen der nicht in die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben aufgenommenen Bereiche der SHA-relevanten Ausgaben (insbesondere Investitionen 12,78 %, Gesundheitsausgaben der Pensionsversicherung 7,23 %).

(2) Das Monitoring setzte zwar auf Daten des Jahres 2010 als Vergleichsmaßstab auf, die GÖG führte ein Monitoring aber erst für Werte des Jahres 2012 durch. Die GÖG ermittelte die Echt-Daten des Jahres 2011 nicht, sondern wendete den Steigerungsprozentsatz von 3,3 % auf die Werte von 2010 an. Obwohl die Statistik Austria die Werte des Jahres 2010 im Nachhinein bereinigte, berücksichtigte die GÖG dies für die Ausgabenobergrenzen nicht.

(3) Eine Überleitung zwischen den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben und den SHA-Ausgaben fehlte bis zur Gebarungsüberprüfung durch den RH. Erst aus diesem Anlass erstellten die GÖG bzw. die Statistik Austria eine Übersicht, laut der die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben rd. 8,568 Mrd. EUR betragen, die im

⁷² Im Monitoringbericht ausgewiesen war ein Unterschied von 4,0 % lt. SHA (21.902 Mio. EUR im Jahr 2012 gegenüber 21.059 Mio. EUR im Jahr 2011) bzw. 2,18 % (18.435 Mio. EUR im Jahr 2012 gegenüber 18.042 Mio. EUR im Jahr 2011 lt. Zielsteuerungssystematik). Die GÖG gab an, es sollte die Wachstumsrate 2010 bis 2012 insgesamt herangezogen werden und nicht die einzelnen Jahressteigerungen, weil ein solches Wachstum zwar nach SHA ermittelt werden könne, nicht jedoch für die zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben. Diese würden aufbauend auf dem Ausgangsjahr 2010 erst ab 2012 gemessen, für 2011 sei der Wert von 2010 mit 3,3 % fortgeschrieben worden.

⁷³ Die Verleihung von Personal zwischen einer Krankenanstalten-Gesellschaft und dem Land wurde als umsatzsteuerpflichtig beurteilt. Somit änderten sich der Ausgabenbetrag und im selben Umfang die Einnahmen durch eine GSBG-Förderung.

SHA erfassten Werte rd. 8,201 Mrd. EUR. Die Unterschiede ergaben sich daraus, dass SHA und die 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit eine Reihe von Einzelpositionen (z.B. Treueprämien an die Ärztekammer, Kosten für Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen etc.) hinsichtlich ihrer Aufnahme in die Gesamtsumme der Gesundheitsausgaben unterschiedlich bewerteten:

Tabelle 15: Detailabgrenzung der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben im Vergleich zu SHA

Aufwendungen im SHA, aber nicht in ZSG		Aufwendungen in ZSG, aber nicht im SHA	
	in Mio. EUR		in Mio. EUR
PRIKRAF, UKH, sonstige Spitäler	298	Rezeptgebühren, Kostenbeteiligungen (685 Mio. EUR), Service-Entgelt, Pharmapaket, Gebühren	708
Korrektur Überweisungen an Landesfonds (Hanusch-Krankenhaus)	31	Bundesbeiträge für Früherkennung	37
medizinische Rehabilitation	90,5	Zahlungen ans Ausland	32
Gesundheitsfestigung	70	Treueprämie Ärztekammer	9
Abschreibungen	57	sonstige betriebliche Aufwendungen	78
Bereinigung Rücklagen	10,5	zusätzlicher Verwaltungsaufwand	61
Sonstige	1		
Summe	558	Summe	925

PRIKRAF = Privatkrankenanstalten-Finanzierungsfonds

SHA = System of Health Accounts

UKH = Unfallkrankenhaus

ZSG = Zielsteuerung Gesundheit

Quelle: GÖG

In Summe beliefen sich die Unterschiede auf einerseits rd. 558 Mio. EUR, die im SHA, aber nicht in den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben enthalten waren; und andererseits auf rd. 925 Mio. EUR, die in den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben, aber nicht im SHA enthalten waren.

Die Heilmittelaufwendungen waren, soweit sie durch Rezeptgebühren und Kostenbeteiligungen (zusammen 685 Mio. EUR) gedeckt waren, nach SHA keine öffentlichen Gesundheitsausgaben. In den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben waren sie jedoch integriert. Dadurch sollte nach der Logik der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit bewirkt werden, dass die erforderliche Ausgabendämpfung tatsächlich ausgabenseitig, nicht aber durch eine Erhöhung der Rezeptgebühren erfolgte.

34.2 Der RH kritisierte, dass eine regelmäßige Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA – deren Entwicklung zunächst als Zielgröße ins Auge gefasst war – und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (Ausgaben nach der Systematik der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit) nicht vorgesehen war. Dies beeinträchtigte aufgrund der hohen Abweichung der Steigerungsprozentsätze zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA (3,87 %) und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben (2,73 %) die Aussagekraft der erhobenen Kenngrößen erheblich. Weiters wies der RH kritisch darauf hin, dass die Werte des Jahres 2011 keine Ist-Werte waren.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, für die Zeit nach 2016 regelmäßig anlässlich des Monitorings eine Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben zu erstellen bzw. zu beauftragen.

34.3 (1) *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die regelmäßige Durchführung einer Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA und den Gesundheitsausgaben nach der Systematik der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit sei grundsätzlich möglich, jedoch aufwendig und komplex. Dies insbesondere deshalb, weil sich die Berechnungsmethodik gemäß SHA ständig weiterentwickle, während im Monitoring der für die Zielsteuerung Gesundheit relevanten Ausgaben auf Zeitreihen-Kontinuität Bedacht genommen werden müsse. Es erscheine fraglich, ob der hohe Aufwand gerechtfertigt sei.*

Als ressourcensparende Variante ziehe das BMG in Betracht, entweder in regelmäßigen Abständen eine grobe Gegenüberstellung nur der Krankenversicherungs-Ausgaben nach SHA und nach der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit erstellen zu lassen, wie sie bereits im April 2015 von der Statistik Austria erstellt und dem RH übermittelt worden sei, oder eine solche Überleitung ex post zumindest in ausgewählten Jahren durchführen zu lassen, nicht zuletzt, um die geforderte Konsistenz der Rechenwerke sicherzustellen.

(2) *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

34.4 Der RH entgegnete dem BMG, dass jedenfalls bei wesentlichen Unterschieden im Steigerungsprozentsatz zwischen SHA-Gesundheitsausgaben und zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben eine Überleitung erforderlich ist, um sowohl die Zieleinhaltung als auch die gegebenenfalls nötige Gegensteuerung überprüfen zu können. Nicht trotz, sondern gerade wegen der Komplexität der jeweiligen Datenbasis war dies nötig.

Zusammenfassung
Gesundheitsreform
2012

35 Der RH hielt es für grundsätzlich zweckmäßig, dass durch die Gesundheitsreform 2012 für den Sektor Gesundheit eine mittelfristige und zwischen den Sektoren abgestimmte Zielsetzung für die Ausgabenentwicklung erarbeitet und ein Prozess für wechselseitigen Datenaustausch sowie ein Monitoring eingerichtet werden sollten. Der RH sah jedoch erhebliche Mängel in der Umsetzung dieser Vorhaben.

Der RH kritisierte, dass im Bereich der Sozialversicherung und damit der Krankenversicherungsträger die Ausgabenobergrenzen deutlich über den bereits bestehenden, nach dem Prinzip der kaufmännischen Vorsicht erstellten Prognosen lagen.

Der RH kritisierte weiters, dass

- die Aufteilung der Ausgabenobergrenzen auf die einzelnen Krankenversicherungsträger ohne Berücksichtigung sachlicher Spezifika der Träger (z.B. besonders hohe oder niedrige Ausgaben in der Vergangenheit, steigende oder sinkende Versichertenzahlen, Entwicklung der Altersstruktur etc.) erfolgt war;
- eine Evaluierung der Entwicklung der Fachbereiche mangels Aufteilung auf die einzelnen Jahre nur gesamthaft ex post erfolgen konnte;
- die angegebenen operativen Ziele und Maßnahmen nicht mit konkreten Einsparungspotenzialen hinterlegt waren.

Der RH hielt eine Weiterentwicklung der Kennzahlen (insbesondere eine Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach SHA und den zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben), die Überprüfung der Ausnahmeregelungen (insbesondere die Entwicklung von Zielen für die Krankenfürsorgeanstalten und die Investitionen), die Berücksichtigung auch von Einnahmen bzw. Saldogrößen, die Beschleunigung der Berichterstattung und die Ausweitung der Berichterstattung vom reinen Monitoring zur inhaltlichen Einschätzung für erforderlich.

Interne Finanzziele

36.1 (1) Alle drei Träger befüllten die Zielsteuerungsinstrumente nach § 441e ASVG (BSC) mit den Finanzzielen des Kassensanierungspakets 2009 bzw. den Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012. Dies erfolgte unabhängig davon, ob dadurch das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik erfüllbar war.

Die StGKK, die WGKK und die BVA entwickelten daneben auch eigene, in unterschiedlichem Ausmaß ausgeprägte Steuerungssysteme und leiteten davon Steuerungsmaßnahmen ab.

Der RH hatte der WGKK bereits im Jahr 2011 empfohlen, unabhängig von der Erfüllung der Finanzziele des Kassensanierungspakets ein Konzept zur Sicherung einer nachhaltigen eigenständigen Finanzierung zu erarbeiten.⁷⁴

(2) Die StGKK etablierte um das Jahr 2000 die BSC als internes Steuerungs- bzw. Managementinstrument. Im Jahr 2009 hielt sie in einem Strategiepapier „Vision 2015“ ihre Ziele fest. Die StGKK ging von dem damals aktuellen Handlungsbedarf aus, definierte bestimmte Werte und entwickelte daraus eine Vision für die Zukunft. Einleitend in diesem Dokument stellte die StGKK klar, dass sie zu den besten Gebietskrankenkassen Österreichs gehören wolle. Die StGKK versuchte in der Folge, diese Vision flächendeckend über die Führungsebene und die Funktionäre bis hin zu den Mitarbeitern weiterzugeben. Ein quantifiziertes Ziel für das Betriebsergebnis war darin nicht enthalten.

(3) Die WGKK diskutierte in Klausuren der Selbstverwaltung ebenfalls intern Strategien. Als wesentliche Steuerungsmaßnahmen sah sie z.B. die Gründung der Abteilung „Medizinische Behandlungsökonomie“. Sie befasste sich u.a. mit den Rahmenbedingungen (z.B. die finanzielle Entwicklung), Bereichen mit Sparpotenzialen oder mit Möglichkeiten der Einnahmensteigerungen und Vorschlägen für einen Maßnahmenkatalog. Sie beschloss jedoch keine klaren Vorgaben für Zielgrößen wie etwa für das Betriebsergebnis.

Im Jahresbericht 2013 erläuterte die WGKK: „Unabhängig von der bloßen Erfüllung der Finanzziele [...] bekennt sich die WGKK zum eingeleiteten und auch vom RH empfohlenen und bestätigten Konsolidierungskurs. Ziel ist die Sicherung einer nachhaltigen eigenständigen Finanzierung und langfristig die Erreichung eines positiven Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit (EGT). Um diese Ziele erreichen zu können, ist die WGKK auch auf die Unterstützung des Gesetzgebers angewiesen. [...] ohne entsprechende Neugestaltung der externen Einflussfaktoren bzw. Umverteilung des bei anderen Krankenversicherungsträgern gehorteten Reinvermögens, werden die Diskussionen um die Finanzierung des Gesundheitssystems bzw. der Wiener Gebietskrankenkasse spätestens in den Jahren 2016, 2017 neu entfacht werden.“

⁷⁴ siehe Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, Follow-up-Überprüfung“, Reihe Bund 2011/12 TZ 2

(4) Die BVA gab an, dass im Zeitraum 2009 bis 2013 keine zusätzlichen (über die Gebarungsvorschaurechnung bzw. die Ausgabenobergrenzen hinausgehenden) Steuerungsmaßnahmen zur Verbesserung der Gebahrungs-, Rücklagen- und Liquiditätssituation notwendig waren. Eine interne BSC habe sie nicht erstellt. Über die externen BSC-Vorgaben hinaus gebe es keine Einzelzielbeschlüsse zu bestimmten Positionen.

(5) Die BSC des Hauptverbands für die Periode 2015 bis 2020 enthielt als Ziel, dass alle Krankenversicherungsträger im Jahr 2020 die Leistungssicherungsrücklage im vorgesehenen Ausmaß dotiert haben sollten (somit über Reserven von rund einem Monatsbedarf). Konkrete Maßnahmen zur Zielerreichung waren nicht vereinbart.

- 36.2** (1) Der RH kritisierte, dass keiner der drei Krankenversicherungsträger über klar formulierte interne Finanzziele zur Erreichung der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik verfügte.

Er hielt die strategische Perspektive der StGKK im Rahmen der „Vision 2015“ sowie die dort vorgesehene Eigenverantwortlichkeit für zweckmäßig und sah darin einen wesentlichen Grund für die positive Entwicklung des Betriebsergebnisses der StGKK (vgl. TZ 39).

Der RH merkte dagegen kritisch an, dass die WGKK über diverse strategische Überlegungen hinausgehend kein klares Vorgehen festlegte. Das Bekenntnis zum Ziel eines positiven Ergebnisses der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit bei gleichzeitigem Hinweis auf die Notwendigkeit der Hilfe durch den Gesetzgeber bzw. durch andere Träger ließ letztlich konkrete Maßnahmen offen.

Der RH kritisierte auch, dass die BVA vor dem Hintergrund der hohen Rücklagen (siehe TZ 2) keine spezifischen Ziele entwickelte.

(2) Weiters kritisierte der RH, dass alle drei Träger in ihren Unterlagen der Zielsteuerung jene Finanzziele aus dem Kassensanierungspaket 2009 bzw. jene Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 angesetzt hatten, die bereits offensichtlich als operative Zielvorgaben ungeeignet waren. Das machte die entsprechenden formalen Schritte – wie die Befassung der Vorstände oder die Abstimmung der Ziele mit dem Hauptverband, dem BMG und dem B MASK hinsichtlich der Finanzziele – weitgehend bedeutungslos.

Der RH empfahl daher der StGKK, der WGKK und der BVA, strategische Zielvorgaben für eine interne Unternehmenssteuerung zu entwickeln, diese in ein Zielsteuerungssystem (etwa der BSC) aufzunehmen und regelmäßig zu evaluieren.

36.3 (1) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie habe sich mit dem Change Prozess „Vision 2015“ unter anderem das Ziel gesetzt, die Finanzen zu konsolidieren. Die Idee, das Ziel und die Maßnahmen seien intern erarbeitet, in einer eigenen BSC erfasst und auch evaluiert sowie die Zielerreichung den Mitarbeitern in Form eines Berichts zur Verfügung gestellt worden. Sie habe das mittelfristige strategische Ziel erreicht. Aufgrund des gewählten Kommunikationsmodells seien viele wesentliche Inputs nicht verschriftlicht worden, dies wäre sehr zeitintensiv gewesen.

(2) Laut Stellungnahme der WGKK habe sie beginnend mit 2001 einen internen BSC-Prozess etabliert und seither im Einsatz. Aktuell stelle sie Überlegungen hinsichtlich der Inhalte und der Weiterentwicklung der internen BSC in Richtung Wirkungsorientierung an.

(3) Wie die BVA in ihrer Stellungnahme mitteilte, würde sie strategische Zielvorgaben in verschiedenen Gremien erstellen und diskutieren, insbesondere im Präsidium, in Geschäftsbereichsleiterbesprechungen und in Direktorentagungen. Diese würden die Grundlage für das mittel- und längerfristige Handeln der BVA bilden. Über die Einführung von Steuerungssystemen habe sie mehrfach Überlegungen angestellt. Bei der Abwägung von Nutzen einerseits und (ziemlich hohem) administrativem Aufwand andererseits habe die BVA keinen Vorteil gegenüber der bisher gelebten Praxis erkannt.

36.4 Der RH hielt gegenüber StGKK, WGKK und BVA klarstellend fest, dass angesichts der Inkongruenz der Ziele der ausgabenorientierten Einnahmenpolitik einerseits und der zielsteuerungsrelevanten Gesundheitsausgaben andererseits die eindeutige Formulierung der zur finanziellen Steuerung des Träger maßgeblichen Ziele unbedingt erforderlich war. Er hielt es für zweckmäßig, wenn diese Festlegung schriftlich festgehalten wird und eine klare quantifizierte Zielsetzung für das Betriebsergebnis beinhaltet. Dabei sollten nicht ein aufwändiges Steuerungssystem, sondern die eindeutige Festlegung der Ziele und der Strategie zu deren Erreichung im Vordergrund stehen.

Ausgleichsfonds

Umsetzung von
Empfehlungen des RH

37.1 (1) Bereits seit 1961 war – mit wechselnder Zusammensetzung – ein Ausgleichsfonds eingerichtet.^{75 76} Seit dem Jahr 2006 erfolgte die Regelung auf Basis eines wissenschaftlichen Modells für einen Strukturausgleich.

Der RH hatte in seinem Bericht „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“ (Reihe Bund 2008/2) empfohlen, dass zum Ausgleich der Belastung durch die Führung des Hanusch-Krankenhauses geeignete rechtliche Schritte gesetzt werden sollten.

In Umsetzung dieser Empfehlung wurde im Jahr 2012 die Abgeltung des Betriebs des Hanusch-Krankenhauses durch die WGKK aus dem Ausgleichsfonds herausgelöst. Diese wurde seither im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung berücksichtigt.⁷⁷

(2) Die Mittel des Ausgleichsfonds waren nach § 447a ASVG für drei Bereiche zu verwenden:

- für den Ausgleich unterschiedlicher Strukturen,
- für den Ausgleich unterschiedlicher Liquidität und
- für die Deckung eines besonderen Ausgleichsbedarfs.

⁷⁵ Ursprünglich waren die Gebiets-, Betriebs- und Landwirtschaftskrankenkassen eingebunden, 1965 wurden die Betriebskrankenkassen ausgegliedert, 1967 die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus aufgenommen. 1977 wurde die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft als Krankenversicherungsträger integriert. Im Jahr 2003 folgten schließlich auch die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau und die BVA.

⁷⁶ Erkenntnis des VfGH vom 13. März 2004, G 279/02 (vgl. Teschner/Pöltner, ASVG, § 447a Rz 1848/19, 1848/20). Der VfGH hob im Jahr 2004 die Neuorganisation als verfassungswidrig auf. Der Mitteltransfer im Ausgleichsfonds könne aus verfassungsrechtlicher Sicht nur dann als zulässig beurteilt werden, wenn er nur dem Ausgleich unterschiedlicher Risikostrukturen diene. Es sei aber unsachlich, wenn durch die Unterschiede im Beitrags- bzw. Leistungsrecht (z.B. durch unterschiedliche Selbstbehalte) Vor- und Nachteile entstehen könnten, welche den Mitteltransfer beeinflussten. Auch habe der Gesetzgeber nicht berücksichtigt, dass bestimmte Krankenversicherungsträger regional nicht gegliedert seien, so dass regionale Strukturnachteile innerhalb dieser Risiken-Gemeinschaft bereits zum Ausgleich gebracht worden seien. Aufgrund einer systematischen Benachteiligung einiger Krankenversicherungsträger verstoße die Miteinbeziehung der SVB, der VAEB sowie der BVA gegen den Gleichheitsgrundsatz.

⁷⁷ Die aus Beiträgen aufzubringenden Mittel wurden ab 2012 von 2 % auf 1,64 % reduziert.

Das Aufteilungsverhältnis zwischen diesen Bereichen war von der Trägerkonferenz in einer Richtlinie festzusetzen.

Der RH hatte im Jahr 2011 empfohlen, dass die Liquiditätssicherung hinter dem Strukturausgleich zurücktreten sollte (vgl. Bericht des RH, „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; Follow-up-Überprüfung“, Reihe Bund 2011/12).

Die Trägerkonferenz beschloss daraufhin folgende Mittelverwendung:

Tabelle 16: Mittelverwendung im Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG			
Jahr (erfolgswirksam)	Struktur	Liquidität	besonderer Ausgleichsbedarf
	in %		
bis 2012	45	45	10
2013	48	42	10
2014	51	39	10
2015	54	36	10
2016	57	33	10

Quellen: Strukturausgleichsrichtlinien

Ab 2013 erfolgte eine Verschiebung vom Liquiditätsausgleich hin zum Strukturausgleich um jeweils 3 % pro Jahr.

Im Jahr 2013 waren die dem Ausgleichsfonds zur Verteilung⁷⁸ zur Verfügung stehenden Mittel (rd. 264,63 Mio. EUR) zwar höher als die Strukturnachteile (192,21 Mio. EUR)⁷⁹, die nach dem angewandten Berechnungsmodell ermittelt worden waren. Aufgrund der Aufteilung der Mittel war allerdings der für Strukturnachteile gewidmete Teil dafür nicht mehr ausreichend.

37.2 Der RH anerkannte zunächst, dass mit der Zuordnung der Finanzierung des Hanusch-Krankenhauses in die Krankenanstaltenfinanzierung und die Verschiebung von Mitteln von der Liquiditätssicherung zum Strukturausgleich zwei Empfehlungen des RH umgesetzt worden waren.

⁷⁸ Verteilung der Mittel gemäß § 447a Abs. 6 ASVG

⁷⁹ Berechnung des Risikoausgleichs 2012 für den Rechnungsabschluss 2013

Der RH wies allerdings darauf hin, dass die dem Ausgleichsfonds zur Verfügung stehenden Mittel (rd. 264,63 Mio. EUR) zwar höher waren als die Strukturnachteile, die nach dem angewendeten Berechnungsmodell im Jahr 2013 ermittelt worden waren (192,21 Mio. EUR). Aufgrund der Aufteilung der Mittel war allerdings der für Strukturnachteile gewidmete Teil dafür nicht mehr ausreichend. Er hielt daher die vorgenommene Verschiebung für noch nicht ausreichend.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich den Strukturausgleich gegenüber der Liquiditätssicherung noch weitergehend höher zu gewichten.

37.3 (1) *Der Hauptverband sagte in seiner Stellungnahme zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen. Er wies in diesem Zusammenhang besonders auf seine Stellung und die Notwendigkeit einer Willensbildung durch die einzelnen Träger hin.*

(2) Laut Stellungnahme der StGKK sei der Verteilungsmechanismus des Ausgleichsfonds auf politischer Ebene zu entscheiden und eine entsprechende Verordnung zu erlassen. Die StGKK als Träger mit Strukturnachteilen unterstütze eine Aufteilung, die diese Nachteile gerecht ausgleiche.

(3) Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, § 447a Abs. 1 ASVG nenne als primäre Aufgabe des Ausgleichsfonds die Gewährleistung einer ausgeglichenen Gebarung bzw. einer ausreichenden Liquidität der Gebietskrankenkassen. Das spreche nach Auffassung der WGKK gegen eine Weiterentwicklung des Strukturausgleichs, jedenfalls soweit diese zu Lasten der Liquiditätssicherung gehe.

37.4 Der RH verwies gegenüber der StGKK bzw. der WGKK darauf, dass letztlich eine Verteilung nur zur Deckung eines Abgangs aus betriebswirtschaftlicher Sicht bzw. unter Anreizgesichtspunkten ungeeignet war. Ein etwaiger Mehrbedarf der WGKK aufgrund von Strukturunterschieden war als Teil der Struktureffekte in geeigneter Form zu berücksichtigen (siehe TZ 38).

Umsetzung der Verteilungskriterien

38.1 (1) Der Ausgleich der Liquidität erfolgte aufgrund des negativen Reinvermögens je Anspruchsberechtigten. Leistungen gebührten nach § 447a Abs. 12 ASVG nicht, wenn die Gebietskrankenkasse eine ungünstige Kassenlage durch Außerachtlassung der Grundsätze einer wirtschaftlichen Verwaltung selbst herbeigeführt hatte.

Wie dies – insbesondere auf hohe Tarife bzw. hohe Ausgaben bei den Versicherungsleistungen – konkret festzustellen war, war nicht näher geregelt.

(2) Für den Ausgleich der unterschiedlichen Strukturen sollten nach § 447b Abs. 1 ASVG insbesondere folgende Bestimmungsgrößen herangezogen werden:

- Beitragseinnahmen,
- Durchschnittskosten nach Alter und Geschlecht,
- die Verteilung besonders teurer Fälle,
- Belastungen aus der Krankenanstaltenfinanzierung sowie
- sonstige regionale Belastungen.

Die genaue Ermittlung eines Strukturnachteils regelten Richtlinien des Hauptverbands. Die Berechnung nach diesen Richtlinien zeigte im Jahr 2013 eine Bewertung von Strukturnachteilen ohne sonstige regionale Belastungen von rd. 192,21 Mio. EUR. Dabei hatten die WGKK und die NÖGKK insbesondere aufgrund hoher Beitragseinnahmen Strukturvorteile, die übrigen Träger Nachteile. Nach Berücksichtigung des Regionalfaktors ergab sich jedoch für jeden einzelnen Träger ein „Strukturnachteil“ und damit ein Anspruch auf einen Teil der zum Ausgleich von Strukturnachteilen gewidmeten Mittel.

(3) Die Berechnung des Strukturausgleichs zeigte – vor Berücksichtigung sonstiger regionaler Effekte – einen Vorteil der WGKK aus den Beitragseinnahmen und aus der Versichertenstruktur und einen Nachteil der StGKK aus diesen Faktoren sowie einen Nachteil beider Träger aus der Spitalsfinanzierung. Im Jahr 2013 ergab sich für die WGKK ein Vorteil von rd. 93,92 Mio. EUR, für die StGKK ein Nachteil von rd. 39,44 Mio. EUR.

(4) Die folgenden Tabellen stellen die Einzahlungen (Beiträge) der StGKK und der WGKK an den Ausgleichsfonds und die Auszahlungen des Fonds an die StGKK und die WGKK für den Zeitraum 2009 bis 2013 gegenüber:

**Tabelle 17: Einzahlungen/Auszahlungen StGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013
(in Mio. EUR)**

StGKK	2009 ¹	2010	2011	2012	2013	Summe
Saldo der Einzahlungen/Auszahlungen	+ 29,14	+ 29,83	+ 31,02	+ 32,94	+ 3,87	+ 126,81
Zahlungen an den Ausgleichsfonds (Beiträge)	21,98	22,33	23,02	19,58	20,55	107,46
Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds	51,12	52,16	54,05	52,52	24,42	234,27
<i>davon Strukturausgleich</i>	16,28	20,43	19,32	20,55	20,53	97,10
<i>davon Liquiditätsausgleich</i>	27,86	26,77	30,12	26,17	–	110,93
<i>davon Hanusch–Krankenhaus</i>	–	–	–	n.v.	n.v.	0,00
<i>davon Verteilungsoption 10 %</i>	6,98	4,96	4,60	5,81	3,89	26,24

¹ 2009: Rechnungsabschluss 2009, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2008, 2013; Rechnungsabschluss 2013, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2012

Quelle: Hauptverband

**Tabelle 18: Einzahlungen/Auszahlungen WGKK – Ausgleichsfonds 2009–2013
(in Mio. EUR)**

WGKK	2009 ¹	2010	2011	2012	2013	Summe
Saldo der Einzahlungen/Auszahlungen	48,74	46,78	57,59	53,51	96,11	302,72
Zahlungen an den Ausgleichsfonds (Beiträge)	41,07	41,91	42,83	36,24	37,54	199,60
Zuschüsse aus dem Ausgleichsfonds	89,81	88,69	100,42	89,75	133,65	502,32
<i>davon Strukturausgleich</i>	19,46	16,39	15,75	15,19	16,02	82,81
<i>davon Liquiditätsausgleich</i>	40,35	37,33	47,07	67,76	111,14	303,65
<i>davon Hanusch–Krankenhaus</i>	30,00	30,00	30,00	n.v.	n.v.	90,00
<i>davon Verteilungsoption 10 %</i>	0,00	4,96	7,60	6,81	6,49	25,86

¹ 2009: Rechnungsabschluss 2009, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2008, 2013; Rechnungsabschluss 2013, Basisjahr für Berechnung der Aufteilung der Ausgleichsfondsmittel für das Jahr 2012

Quelle: Hauptverband

Im Überprüfungszeitraum 2009 bis 2013 erhielt die WGKK mit 302,72 Mio. EUR mehr als doppelt so viele Mittel wie die StGKK mit 126,81 Mio. EUR. Dies lag einerseits an der Berücksichtigung des Regionalfaktors, der für die WGKK auch Mittel aus dem Risikostrukturausgleich sicherstellte, andererseits an der Verteilung erheblicher Mittel nach dem Kriterium der Höhe des negativen Reinvermögens.

38.2 Der RH hielt eine Berechnung von Strukturnachteilen, die in einen Nachteil jedes einzelnen Trägers mündete, für nicht sachgerecht. Das Grundkonzept des Strukturausgleichs basierte auf der Einsicht, dass z.B. bei Beitragseinnahmen einige Träger Vorteile, andere aber Nachteile aufwiesen.

Der RH hielt weiters die Verbindung von Liquiditätsausgleich und Strukturausgleich für grundsätzlich problematisch. Soweit tatsächlich ein Ausgleich von Strukturunterschieden erfolgte, war grundsätzlich nicht direkt einsichtig, warum eine darüber hinausgehende Mittelverschiebung überhaupt erfolgen sollte. Der RH wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine Finanzierung von negativem Reinvermögen nach der Zuführung von rd. 1,3 Mrd. EUR an Bundesmitteln zusehends in den Hintergrund geriet und die Krankenversicherungsträger ein Zwölftel der Jahressumme der Versicherungsleistungen als Leistungssicherungsrücklage vorzuhalten haben.

Der RH empfahl daher dem Hauptverband, im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich bei der Berechnung des Risikostrukturausgleichs den Regionalfaktor zu reduzieren.

38.3 (1) *Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, es würde einen vom Hauptverband vorgelegten, mit den Krankenversicherungsträgern abgestimmten Änderungsvorschlag hinsichtlich des Ausgleichsfonds nach § 447a ASVG einer umfangreichen Bewertung unterziehen. Es verwies jedoch darauf, dass für die Umschichtung von Rücklagen gewisse verfassungsrechtliche Schranken zu beachten seien. Der Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen habe sich bisher bewährt und unterliege einer kontinuierlichen Weiterentwicklung.*

(2) *Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen.*

(3) *Laut Stellungnahme der WGKK habe sie bereits im Zuge eine Gebärungsüberprüfung des RH im Jahr 2008 darauf hingewiesen, dass es durch die leichtere Erreichbarkeit und höhere Facharztdichte in Wien bzw. in Ballungszentren zu einer immer häufigeren direkten Inanspruchnahme und damit auch zu höheren Kosten komme. Dies habe auch der RH zur Kenntnis genommen. Der Regionalfaktor sei Ausdruck dieser außerordentlichen Belastung einer Großstadt mit fehlendem Umland. Die bestehende Abschmelzungsregelung sei bereits eine zusätzliche Benachteiligung. In Anbetracht dessen sei die jetzige Empfehlung des RH nicht nachvollziehbar.*

38.4 (1) Der RH entgegnete dem BMG, dass sich nach seinem Verständnis die Rolle des BMG nicht in der Evaluierung abgestimmter Vorschläge erschöpfen, sondern dass das BMG aktiv an der Weiterentwicklung des Ausgleichsfonds mitarbeiten sollte. Der RH sah dabei auch unter Beachtung der verfassungsrechtlichen Grenzen durchaus einen erheblichen Spielraum zur Gestaltung des finanziellen Ausgleichs.

(2) Gegenüber der WGKK merkte der RH an, dass er grundsätzlich keine Einwände gegen eine sachgerechte Berücksichtigung einer außerordentlichen Belastung einer Großstadt in einem sachlich begründeten Umfang hat. Strukturunterschiede zwischen ländlichen und städtischen Bereichen können durchaus maßgeblich sein. Auch die Festlegung eines strategischen Entwicklungsziels (z.B. Forschung und Entwicklung im Zusammenhang mit der universitären Medizin, Bedeutung der Krankenversorgung als Wirtschaftsfaktor etc.) wäre nicht grundsätzlich unzulässig.

Der RH hielt allerdings den bestehenden Regionalfaktor, der schlicht bestehende Mehrausgaben der WGKK gegenüber dem Bundesschnitt festschreibt, für analytisch wenig überzeugend. In dieser Methodik liegt nämlich die Gefahr, ineffiziente Angebotsformen mit höheren Bedarfen zu vermengen. In dem von der WGKK genannten Bericht des RH aus dem Jahr 2008⁸⁰ hatte der RH am Beispiel der Heilmittel gezeigt, dass durchaus eine analytische Unterscheidung zwischen besonderen Faktoren (etwa einem häufigeren Auftreten von HIV oder Drogensubstitutionsproblemen in der Bundeshauptstadt) und mangelnden Erfolgen der Heilmittelökonomie (nicht begründete Verwendung teurerer Medikamente) möglich war.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013

39.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung des Reinvermögens der drei überprüften Krankenversicherungsträger und der erhaltenen Bundesmittel der StGKK, der WGKK und der BVA in den Jahren 2008⁸¹ bis 2013:

⁸⁰ „Vergleich Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2008/2

⁸¹ Zur Erfassung der Entwicklung der Jahre 2009 bis 2013 ist ein Anknüpfen an den Bilanzstichtag 31.12.2008 erforderlich.

Entwicklung der finanziellen Lage 2009 bis 2013

Tabelle 19: Veränderung Reinvermögen StGKK, WGKK und BVA								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Veränderung	Summe
	in Mio. EUR							
StGKK								
Reinvermögen	- 246,29	- 245,82	- 158,4	- 74,92	22,27	58,69	304,98	
Bundesmittel		35,48	74,96	69,24	57,12	3,07		239,86
Veränderung Reinvermögen ohne Bundesmittel		- 35,01	12,46	14,24	40,08	33,35		65,12
WGKK								
Reinvermögen	- 594,47	- 572,77	- 416,42	- 328,95	- 185,48	- 49,33	545,14	
Bundesmittel		105,36	148,77	131,11	172,20	119,61		677,05
Veränderung Reinvermögen ohne Bundesmittel zum Vorjahr		- 83,66	7,58	- 43,64	- 28,73	16,54		- 131,92
BVA (keine Bundesmittel)								
Reinvermögen	415,89	486,25	558,55	642,58	665,60	707,17	291,28	

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Hauptverband; RH

a) Die StGKK verbesserte ihr Reinvermögen um rd. 304,98 Mio. EUR. Sie erhielt im Zeitraum 2009 bis 2013 rd. 239,86 Mio. EUR an Bundesmitteln. Sie hätte auch ohne Bundesmittel eine Verbesserung im Reinvermögen von rd. 65,12 Mio. EUR erzielt. Das Reinvermögen im Jahr 2013 war mit rd. 58,69 Mio. EUR positiv.

b) Die WGKK verzeichnete eine Verbesserung des Reinvermögens um rd. 545,14 Mio. EUR. Sie erhielt allerdings in dieser Zeit rd. 677,05 Mio. EUR an Bundesmitteln. Ohne Bundesmittel hätte sie eine Verschlechterung ihres Reinvermögens um rd. 131,92 Mio. EUR hinnehmen müssen. Am Ende des Betrachtungszeitraums 2013 war das Reinvermögen mit rd. - 49,33 Mio. EUR immer noch negativ.

c) Das Reinvermögen der BVA war durchgängig positiv und betrug im Jahr 2013 rd. 707,17 Mio. EUR. Die BVA erhielt keine Bundesmittel aus dem Kassensanierungspaket.

(2) Im Jahr 2009 wiesen die StGKK und die WGKK jeweils ein negatives Betriebsergebnis von rd. 5 % der Summe der Versicherungsleistungen aus. Während die StGKK eine stetige Verbesserung und ein positives Betriebsergebnis bereits ab dem Jahr 2012 erreichte, blieb das Betriebsergebnis der WGKK immer negativ.

Die Ursachen dafür lagen nach einer Analyse des RH zu rund zwei Drittel in einer von der WGKK nicht beeinflussbaren schlechteren Beitragsentwicklung, allerdings zu rund einem Drittel auch an internen, einer Steuerung zugänglichen Bereichen: der ärztlichen Hilfe, dem Krankengeld und dem Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand (siehe dazu im Detail den Bericht des RH „Ausgewählte Steuerungsbereiche der Krankenversicherungsträger“, Veröffentlichung ebenfalls 2016). Dies zeigte, dass eine wirksame finanzielle Steuerung wesentlich wäre.

Die BVA profitierte im Vergleich zu den Gebietskrankenkassen von wesentlich höheren Beiträgen pro Person und geringeren Heilmittelkosten. Dafür stellte sie unterschiedliche Zusatzleistungen (z.B. Sonderklasse) zur Verfügung und wies in wesentlichen Aufwandspositionen (insbesondere ärztliche Hilfe) höhere Aufwendungen aus.

(3) Die folgende Tabelle zeigt Eckpunkte der prognostizierten finanziellen Entwicklung der StGKK, der WGKK und der BVA:

Tabelle 20: Finanzielle Lage der StGKK, der WGKK und der BVA					
	endgültige Gebarung 2013	endgültige Gebarung 2014	Voranschlag 2015	GVR 2016	GVR 2017
	in Mio. EUR				
StGKK					
Reinvermögen (inkl. Zuweisung Rücklagen)	+ 58,69	+ 49,78	+ 52,51	+ 32,43	- 10,29
Betriebsergebnis	+ 30,28	+ 6,42	- 7,33	- 31,63	- 56,11
EGT	+ 30,68	+ 6,68	- 7,05	- 31,35	- 55,83
Verlust/Gewinn	0,00	- 8,94	0,00	- 20,09	- 42,72
WGKK					
Reinvermögen (inkl. Zuweisung Rücklagen)	- 49,33	- 37,51	- 105,00	- 216,15	- 361,31
Betriebsergebnis	- 77,10	- 93,65	- 124,58	- 150,29	- 176,52
EGT	- 76,67	- 93,13	- 124,14	- 149,90	- 176,28
Verlust/Gewinn	+ 115,35	+ 15,62	- 64,10	- 107,75	- 141,77
BVA					
Reinvermögen (inkl. Zuweisung Rücklagen)	+ 707,17	+ 738,97	+ 732,68	+ 716,69	+ 744,93
Betriebsergebnis	+ 30,11	+ 21,14	- 15,01	- 22,83	+ 23,29
EGT	+ 42,33	+ 32,61	- 5,44	- 15,12	+ 29,16
Verlust/Gewinn	+ 36,12	+ 23,05	- 18,90	- 25,76	+ 17,00

Rundungsdifferenzen möglich

GVR = Gebarungsvorschaurechnung

Quellen: Hauptverband; WGKK und StGKK (GVR 2016 und 2017 vom Februar 2015); Darstellung RH

a) Die StGKK erzielte im Jahr 2014 noch ein positives Betriebsergebnis, prognostizierte jedoch 2015 bis 2017 ein negatives Betriebsergebnis. Das Reinvermögen war voraussichtlich bis zum Jahr 2016 noch positiv.

b) Die WGKK prognostizierte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung für die Jahre 2015 bis 2017 sowohl negative Ergebnisse als auch ein negatives Reinvermögen. Sie begründete dies mit einer Aufwandssteigerung im Heilmittelbereich und mit stagnierenden Beitragseinnahmen. Ein Sanierungskonzept konnte die WGKK nicht vorlegen. Sie verwies in ihren Jahresberichten darauf, dass trotz ehrgeiziger Sparmaßnahmen und der Einhaltung des Ausgabendämpfungspfades eine Konsolidierung die Unterstützung des Gesetzgebers benötige. Der RH hatte bereits in seinen Berichten aus den Jahren 2008 bzw. 2011⁸² der WGKK empfohlen, ein entsprechendes Sanierungskonzept zur nachhaltigen Sicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit zu erstellen.

c) Die BVA erzielte 2014 ein positives Betriebsergebnis, prognostizierte für 2015 und 2016 dagegen ein negatives Betriebsergebnis. Sie verfügte jedoch mit über 700 Mio. EUR über erhebliches Reinvermögen und prognostizierte für 2017 auch wieder ein positives Betriebsergebnis.

39.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass die WGKK – obwohl sie im Zeitraum 2009 bis 2013 erheblich von den Bundesmitteln in Höhe von 677,05 Mio. EUR profitierte und dadurch ihr Reinvermögen verbesserte – letztlich keine nachhaltige Sanierung erreichte.

Der RH kritisierte auch, dass noch kein Sanierungskonzept für die WGKK vorlag.

Der RH räumte zwar ein, dass die Ursachen für die im Vergleich zur StGKK ungünstigere Entwicklung zu rund zwei Drittel in einer von der WGKK nicht beeinflussbaren schlechteren Beitragsentwicklung lagen, verwies aber darauf, dass zu rund einem Drittel auch interne, einer Steuerung zugängliche Bereiche (ärztliche Hilfe, Krankengeld und Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand) maßgeblich waren. Dies zeigte, dass eine wirksame finanzielle Steuerung wesentlich wäre.

Der RH wiederholte nachdrücklich seine Empfehlung an die WGKK, ein Konzept zur nachhaltigen Sanierung der WGKK zu entwickeln.

⁸² siehe Reihe Bund 2008/2 und 2011/12

39.3 Die WGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, alle von ihr gesetzten Maßnahmen (z.B. Einführung der Behandlungsökonomie, Strategieklausuren der Selbstverwaltung, moderate Honorarabschlüsse etc.) würden grundsätzlich das Ziel der Ausgabendämpfung verfolgen, an deren Ende eine wesentliche Verbesserung, im günstigsten Fall ein positives Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit, stehen sollte.

Es bestehe aber ein Spannungsverhältnis zwischen der Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrags und einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik, welches auch der RH attestiere. Die Steigerung der Beitragseinnahmen der WGKK liege hinter jener des Durchschnitts der Gebietskrankenkassen.

39.4 Der RH entgegnete der WGKK, dass es angesichts des gesetzlichen Auftrags an die WGKK – einerseits die Versorgung der Anspruchsberechtigten sicherzustellen, andererseits eine einnahmenorientierte Ausgabenpolitik zu betreiben – eine wesentliche Aufgabe der WGKK war, anhand der Prognoserechnungen darzulegen, wie dieser Auftrag erfüllt werden kann. Soweit die WGKK eine Deckungslücke prognostiziert, hätte sie darzulegen, welche Maßnahmen sie aus eigener Initiative setzen kann, welche zusätzlichen Schritte von übergeordneten Stellen nötig sind und welche Effekte diese Schritte nach der Einschätzung der WGKK auf diese hätten. Ziel sollte dabei nicht die vorübergehende Abdeckung eines Abgangs, sondern eine nachhaltige Sanierung sein. Gegebenenfalls wird diese Analyse auch die Entwicklungsziele der Medizin (Ausbildungsziele, Forschung und Entwicklung etc.) in Wien bzw. die Einschätzung eines etwaigen „Großstadtfaktors“ zu berücksichtigen haben. Ein derartiges, quantifiziertes und langfristig ausgerichtetes Sanierungskonzept fehlt jedoch nach wie vor. Dementsprechend kann auch keine plausible, längerfristig ausgerichtete Steuerung erfolgen.

Der RH hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Ausblick

40.1 (1) Die folgende Tabelle zeigt die für 2016 prognostizierte Erfüllung der Ausgabenobergrenzen laut Gesundheitsreform 2012 und das prognostizierte Bilanzergebnis (jeweils auf Basis der Gebarungsvorschau-rechnung August 2015):

Tabelle 21: Erfüllung Ausgabenobergrenzen und Bilanzergebnis 2016

Versicherungsträger	Ausgabenobergrenze 2016			Bilanzergebnis 2016
	Vorgabe	Annahmen GVR	Differenz (Übererfüllung)	
	in Mio. EUR			
alle Krankenversicherungsträger	10.274,00	10.048,00	+ 226,00	- 319,0
davon alle Gebietskrankenkassen	7.658,49	7.560,43	+ 98,06	- 287,2
<i>davon StGKK</i>	<i>1.024,67</i>	<i>971,95</i>	<i>+ 52,72</i>	<i>- 21,5</i>
<i>davon WGKK</i>	<i>1.947,11</i>	<i>1.905,40</i>	<i>+ 41,71</i>	<i>- 82,1</i>
Summe Sozialversicherungsträger und BKK	2.615,51	2.487,57	+ 127,94	- 31,8
BVA	1.023,54	1.023,47	+ 0,07	- 39,6

GVR = Gebarungsvorschaurechnung

Quellen: Finanzstatistik Hauptverband; Darstellung RH

Die Tabelle zeigt, dass für das Jahr 2016 für alle Krankenversicherungsträger zwar eine Übererfüllung der Ausgabenobergrenzen von rd. 226,00 Mio. EUR, aber gleichzeitig ein (voll Maastricht-wirksames) negatives Bilanzergebnis von rd. 319,00 Mio. EUR prognostiziert wurde.

(2) Die politische Vereinbarung vom 13. Juni 2012, die die Grundlage für die Formulierung der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit und insbesondere für die Festlegung der Ausgabenobergrenzen war, enthielt neben den Ausgabenobergrenzen 2012 bis 2016 auch eine Anmerkung für die Zeit bis 2020.

Ausgangsbasis dafür war die Weiterführung einer jährlichen Ausgabensteigerung mit dem erwarteten durchschnittlichen BIP-Wachstum von nominell rd. 3,6 % p.a.

(3) Der Bund formulierte im Bundesvoranschlag 2015 als Wirkungsziel der Untergliederung 24 – Gesundheit eine nachhaltige Finanzierung des Gesundheitssystems; eine Maßnahme dazu war die Konsolidierung der finanziellen Leistungsfähigkeit u.a. durch verbindliche Vereinbarung von Finanzziele (Ausgabendämpfungsmaßnahmen). Als Indikator war definiert, dass die Gebietskrankenkassen keine Verschuldung bzw. keinen Gebarungsabgang aufweisen sollten.

40.2 Der RH kritisierte nachdrücklich, dass die in der politischen Vereinbarung vom Juni 2012 enthaltene Weiterführung der geltenden Ausgabenobergrenzen im Jahr 2016 zu einer Übererfüllung der Ausgabenobergrenzen, gleichzeitig aber zu einem jährlichen, voll Maastricht-wirksamen Defizit der Krankenversicherungsträger von rd. 319,00 Mio. EUR führt.

Dies zeigte nach Ansicht des RH, dass das Zielsteuerungssystem eine Fehlsteuerung begünstigte und zur tatsächlichen Steuerung der Krankenversicherungsträger nicht geeignet war. Er wies auch darauf hin, dass dies nicht ausreichte, um die Wirkungsziele (samt Indikatoren und Maßnahmen) in der Untergliederung 24 – Gesundheit zu erfüllen.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, gemeinsam mit den Partnern der Zielsteuerung Gesundheit die Ausgabenobergrenzen ab dem Jahr 2016 neu festzulegen und dabei das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu berücksichtigen.

40.3 *(1) Das BMG führte in seiner Stellungnahme aus, die Festlegung neuer Ausgabenobergrenzen für die nächste Zielsteuerungsperiode (2017 bis 2020) sei Gegenstand der derzeit laufenden Finanzausgleichsverhandlungen. Dabei werde der Bund – wie auch vom RH zu Recht empfohlen – von einer möglichst realistischen Basis ausgehen.*

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH zu berücksichtigen. Da die empfohlene Vorgangsweise die Zustimmung der Partner voraussetze, könne er sie für sich allein nicht umsetzen, weshalb die Empfehlung an alle Partner der Gesundheitsreform gerichtet werden sollte.

40.4 Der RH hielt gegenüber dem BMG neuerlich fest, dass die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen der Krankenversicherungsträger jedenfalls – unabhängig von anderen Vorgaben – an einer ausgeglichenen Gebahrung zu orientieren waren.

Gesamteinschätzung

41 Der RH beurteilte die Finanzziele des Kassensanierungspakets bzw. die Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform in ihrer Ausprägung der Jahre 2011 bis 2016 insgesamt als nicht geeignet, eine wirtschaftliche, sparsame und zweckmäßige finanzielle Steuerung der Krankenversicherungsträger sicherzustellen.

Während die Finanzziele des Kassensanierungspakets zunächst durchaus ambitionierte Senkungen der historischen Steigerungsraten anstrebten, waren sie spätestens ab dem Jahr 2011 nicht mehr zur Steuerung geeignet bzw. lagen sie deutlich zu hoch. Dies wurde durch die Ausgabenobergrenzen der Gesundheitsreform 2012 noch verstärkt: Diese verloren durch die Ableitung aus einem zu hohen Basisszenario einer 5,2 %igen jährlichen Steigerung den Bezug zu den Einnahmen. Dies mündete darin, dass im Jahr 2016 sogar ein Abgang von rd. 366 Mio. EUR der Krankenversicherungsträger noch eine Übererfüllung der Finanzziele um mehrere 100 Mio. EUR bedeutete.

Gesamteinschätzung

Während das Monitoring der offiziellen Finanzziele allen Trägern eine volle Zielerreichung attestierte, war die tatsächliche Entwicklung der finanziellen Lage sehr unterschiedlich: Die StGKK erreichte eine Sanierung, die WGKK nicht. Der RH führte dies zumindest teilweise auch darauf zurück, dass sich die StGKK auch außerhalb der für die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen blockierten offiziellen Zielsteuerungsinstrumente mittelfristige strategische Ziele gesetzt hatte. Die WGKK war zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nach Einschätzung des RH – wie schon 2008 – erneut in prekärer finanzieller Lage: Sie wies sowohl ein negatives Reinvermögen als auch negative Ergebnisse für alle prognostizierten Jahre (2015 bis 2017) aus.

Schlussempfehlungen

42 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

Prognoserechnungen

BMG und BMASK

(1) Die Planungsvorgaben der Rechnungsvorschriften zu den Gebärungsvorschaurechnungen der Sozialversicherungsträger wären mit den Planungsvorgaben der Gebietskörperschaften abzustimmen und dabei insbesondere die Maßstäbe der Planung und der Planungshorizont zu vereinheitlichen. (TZ 6, 8, 14)

(2) Bei Abweichungen der Krankenversicherungsträger vom Prinzip der einnahmenorientierten Ausgabenpolitik wären Maßnahmen zur Schließung der finanziellen Lücke gemeinsam mit der Prognose vorzuschlagen. (TZ 6)

(3) Die Gliederung der Prognoserechnungen wäre stärker auf die Steuerungsanforderungen auszurichten. (TZ 7)

(4) Es wären in den Rechnungsvorschriften auch für die vorläufige Erfolgsrechnung Erläuterungen für wesentliche Abweichungen vorzusehen. (TZ 13)

(5) Es wäre verstärkt darauf zu achten, dass die Erläuterungen zu den Prognoserechnungen aussagekräftig formuliert sind. (TZ 13)

BMG und Hauptverband

(6) Zur Verbesserung der Prognosegenauigkeit der Krankenversicherungsträger wären möglichst vollständig die verfügbaren Quellen zur Wirtschaftsentwicklung der Träger zur Verfügung zu stellen, insbesondere die Prognosen des Stabilitätsprogramms. (TZ 9)

(7) Die Regionalisierung und Aktualisierung der Prognosen von WIFO und IHS wären zu unterstützen. (TZ 9)

(8) Im Prognosemodell EXXACT des Hauptverbands wären Verbesserungen anzustreben, insbesondere hinsichtlich der zeitlichen Abstimmung mit den Anforderungen der Prognoserechnungen und der inhaltlichen Begründung der Modelle. (TZ 9)

(9) Für die Prognose der Beitragseinkommen der Pensionisten wären demografische Modelle zur Verfügung zu stellen. (TZ 9)

BMG

(10) Es wäre in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband regelmäßig die Qualität der Prognoserechnungen der Krankenversicherungsträger anhand der Abweichungen zu den Ist-Werten zu überprüfen. (TZ 12)

(11) Systematisch hohe Abweichungen bei einzelnen Krankenversicherungsträgern bzw. einzelnen Positionen der Erfolgsrechnung wären in Zusammenarbeit mit dem Hauptverband für Verbesserungen in der Vorgehensweise zu nutzen. (TZ 12)

StGKK, WGKK, BVA

(12) In der Gebarungsvorschaurechnung wäre eine höhere Planungsgenauigkeit anzustreben. Leitgedanke sollte nicht sein, im Ergebnis jedenfalls besser zu liegen als in der Prognose, sondern mit der Prognose möglichst realistisch die tatsächliche Entwicklung abzuschätzen. (TZ 8)

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

(14) Für die Prognosen wären möglichst aktuelle und vollständige Informationen zu verwenden. (TZ 11)

Schlussempfehlungen

(15) Die Nutzung der Prognoserechnungen zur Steuerung wäre zu verstärken, insbesondere hinsichtlich der grundsätzlich vorgängigen Befassung der Gremien und hinsichtlich möglichst aktueller Plan-Ist-Vergleiche. (TZ 11)

(16) Bei den Vertragsabschlüssen mit den Ärztekammern (Tarife, Abrechnungsmodalitäten) wäre auch die Planbarkeit der künftigen Ausgaben zu berücksichtigen. (TZ 11)

Ausgabenobergrenzen

BMG, Hauptverband, StGKK, WGKK, BVA

(17) Bei der künftigen Steuerung (Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 wäre verstärkt die aktuelle Entwicklung zu berücksichtigen und auf einer rollierenden Planung aufzubauen. (TZ 20, 23)

(18) Bei der künftigen Zielfestlegung wären Ziele und Maßnahmen mit Einsparungspotenzialen zu hinterlegen. (TZ 30)

(19) Bei der Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016 wären sachliche Kriterien für die Verteilung von Gesamtzielen auf die einzelnen Träger zu entwickeln. (TZ 22, 30)

(20) Die Ziele sollten auch für die einzelnen Fachbereiche (Heilmittel, ärztliche Hilfe etc.) jährlich quantifiziert werden, so dass ein jährliches Monitoring möglich ist. (TZ 30)

(21) Künftig wären auch bei günstiger Entwicklung eines Ausgabenbereichs die Ziele der anderen Bereiche weiterhin ambitioniert zu verfolgen. (TZ 21)

BMG und Hauptverband

(22) Die Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen für die Krankenversicherungsträger wären gemeinsam mit den Partnern der Zielsteuerung Gesundheit ab dem Jahr 2016 neu festzulegen. (TZ 40)

(23) Bei der Festlegung von Ausgabendämpfungen (Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen) ab 2016 wäre das Ziel einer einnahmenorientierten Ausgabenpolitik zu berücksichtigen. Die Vorgaben für die Krankenversicherungsträger sollten daher ambitionierter erfolgen. (TZ 40, 29)

(24) Bei der Formulierung des nächsten Bundes-Zielsteuerungsvertrags wäre zu evaluieren, welche Positionen von der Zielsteuerung ausgenommen sein sollten; insbesondere die Krankenfürsorgeanstalten, Investitionen und Geldleistungen wären in geeigneter Form in die Zielsteuerung zu integrieren. (TZ 31)

(25) Strategische Vorgaben wären klarer von operativen Steuerungszielen zu trennen; bei der Bedachtnahme auf die Anreize bzw. Konsequenzen (siehe Empfehlung zu TZ 18) wäre sicherzustellen, dass Anreize für eine ambitionierte Gestaltung der Ziele bestehen. (TZ 20)

BMG

(26) Bei der Festlegung der Finanzziele bzw. Ausgabenobergrenzen ab 2016 wären diese gegenüber einer möglichst realistischen Basis zu berechnen. (TZ 29)

(27) Zukünftige Zielvorgaben, die auch der operativen Steuerung dienen sollten, wären den aktuellen Gegebenheiten anzupassen. (TZ 20)

StGKK, WGKK, BVA

(28) Strategische Zielvorgaben für eine interne Unternehmenssteuerung wären zu entwickeln, diese in ein Zielsteuerungssystem (etwa der Balanced Scorecard) aufzunehmen und regelmäßig zu evaluieren. (TZ 36)

Monitoring

BMG und Hauptverband

(29) Bei der Gestaltung der künftigen Monitoringsysteme wäre ein Maßnahmencontrolling bzw. eine inhaltliche Evaluierung vorzusehen. (TZ 25)

(30) Bei Neuregelung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2016 wären die Stellungnahmefristen zu verkürzen und wäre dafür zu sorgen, dass die Gremien die jeweils aktuellen verfügbaren Daten zur Entscheidung vorgelegt erhalten. (TZ 32)

Schlussempfehlungen

(31) Das Monitoring der Finanzziele wäre durch eine inhaltliche Einschätzung erfolgskritischer Pfade als Entscheidungsvorbereitung für die Zielsteuerungsgremien zu ergänzen. (TZ 33)

(32) In die Zielsteuerung wären auch die Einnahmenseite bzw. Überschüsse und Defizite einzubeziehen. (TZ 31)

(33) Bei der Gestaltung künftiger Monitoringsysteme wären mehrere Vergleichsgrößen zu wählen und neben dem Vergleich mit Prognoseszenarien die Werte umfassend (z.B. auch gegenüber von Vorperioden) zu analysieren. (TZ 26)

(34) Beim Monitoring der Finanzziele wäre für die Zeit nach 2016 regelmäßig eine Überleitung zwischen den Gesundheitsausgaben nach dem von der OECD entwickelten „System of Health Accounts“ (SHA) und den Gesundheitsausgaben nach dem System der 15a-Vereinbarung Zielsteuerung Gesundheit (zielsteuerungsrelevante Gesundheitsausgaben) zu erstellen bzw. zu beauftragen. (TZ 34)

Sonstiges

BMG und Hauptverband

(35) Bei der Gestaltung des Kassenstrukturfonds wäre auf geeignete Anreize bzw. Konsequenzen einer allfälligen Zielverfehlung zu achten. (TZ 18)

(36) Auf eine deutliche Vereinfachung der Regelung zur Aufteilung der Pensionsbeiträge wäre hinzuwirken. (TZ 9)

BMG

(37) Es wäre ein klares Eskalationsszenario für den Fall einer Überschuldung bzw. laufend negativer Ergebnisse eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung zu erstellen. (TZ 16)

Hauptverband

(38) Im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich wäre der Strukturausgleich gegenüber der Liquiditätssicherung noch weitergehend höher zu gewichten. (TZ 37)

(39) Im Zuge der Weiterentwicklung der Richtlinie über den Strukturausgleich wäre bei der Berechnung des Strukturausgleichs der Regionalfaktor zu reduzieren. (TZ 38)

WGKK

(40) Es wäre ein Konzept zur nachhaltigen Sanierung der WGKK zu entwickeln. (TZ 39)