Vorlagenzahl 21-586

Der Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Bericht des Rechnungshofes

Mittelflüsse im Gesundheitswesen

Reihe BURGENLAND 2017/2

Rechnungshof GZ 001.501/237–1B1/17

Bericht des Rechnungshofes

Vorbemerkungen

Vorlage an den Landtag

Der Rechnungshof erstattet dem Burgenländischen Landtag gemäß Art. 127 Abs. 6 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punkteweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

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

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
http://www.rechnungshof.gv.at

Redaktion und Grafik: Rechnungshof

Herausgegeben: Wien, im März 2017

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8644
Fax (00 43 1) 712 49 17
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

gedruckt nach der Richtlinie „Druckerzeugnisse“ des Österreichischen Umweltzeichens, Druckerei des Bundesministeriums für Finanzen, UW-Nr. 836

Der Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Bericht des Rechnungshofes

Mittelflüsse im Gesundheitswesen

Reihe BUND 2017/10

Reihe BURGENLAND 2017/2

Reihe SALZBURG 2017/1

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis 6

Kurzfassung 10

Prüfungsablauf und –gegenstand 21

Rechnungswesen 23

Bund 23

Sozialversicherungen 24

Länder Burgenland und Salzburg; Landesgesundheitsfonds 32

Gesundheitssystem in Österreich; Kompetenzen, Akteure und Reformen 33

Mittelflüsse 38

Gesamtüberblick 38

Bund 40

Sozialversicherungen 53

Krankenfürsorgeanstalten 74

Land Burgenland 75

Land Salzburg 86

Gemeinden 99

Schlussempfehlungen 101

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beispiele von fehlerhaften Zuordnungen im Aufgabenbereich Gesundheit 23

Tabelle 2: Beispiele für nicht aussagekräftige Bezeichnungen von Budgetpositionen 23

Tabelle 3: Darstellung von Verrechnungen zwischen Bund und Sozialversicherung 26

Tabelle 4: Aufgliederung der Überweisungen nach § 447f ASVG 30

Tabelle 5: Erträge des Bundes im Gesundheitsbereich, 2014 42

Tabelle 6: Aufwendungen im Gesundheitsbereich im Bundeshaushalt, 2014 – Überblick 43

Tabelle 7: Aufwendungen des Bundes – GSBG (UG 16) 44

Tabelle 8: Erträge der Bundesgesundheitsagentur, 2014 45

Tabelle 9: Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur 2014 46

Tabelle 10: Aufwendungen des Bundes an KV–Träger 47

Tabelle 11: Aufwendungen des Bundes an den Hauptverband 2014 48

Tabelle 12: Aufwendungen des Bundes an die Unfallversicherung 49

Tabelle 13: Mittel aus dem Finanzausgleich an Länder und Gemeinden, 2014 50

Tabelle 14: Aufwendungen an Gesundheitseinrichtungen 2014 51

Tabelle 15: Erträge der Krankenversicherung im Gesundheitsbereich, 2014 65

Tabelle 16: Versicherungsleistungen in der Krankenversicherung 68

Tabelle 17: Aufwendungen für Ärztliche Hilfe, 2014 69

Tabelle 18: Aufwendungen für den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung ____ 70

Tabelle 19: Erträge und Aufwendungen der UV im Gesundheitsbereich, 2014 ____ 72

Tabelle 20: Erträge und Aufwendungen der PV 2014 im Gesundheitsbereich ____ 73

Tabelle 21: Aufwendungen (Ausgaben) der KFA im Gesundheitsbereich, 2014 ____ 75

Tabelle 22: Einnahmen des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich 2014 ____ 78

Tabelle 23: Ausgaben des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich 2014 ____ 80

Tabelle 24: Erträge des BURGEF im Jahr 2014 ____ 83

Tabelle 25: Aufwand des BURGEF im Jahr 2014 ____ 85

Tabelle 26: Einnahmen des Landes Salzburg im Gesundheitsbereich 2014 ____ 89

Tabelle 27: Ausgaben des Landes Salzburg im Gesundheitsbereich 2014 ____ 91

Tabelle 28: Erträge des SAGES im Jahr 2014 ____ 94

Tabelle 29: Aufwand des SAGES im Jahr 2014 ____ 96

Tabelle 30: Ausgaben und Einnahmen der Gemeinden im Gesundheitsbereich, 2014 ____ 100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Akteure und Dienstleistungen des Gesundheitssystems (vereinfachte Darstellung)	34
Abbildung 2:	Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)	38
Abbildung 3:	Mittelflüsse des Bundes, 2014	41
Abbildung 4:	Darstellung der SV–Träger	53
Abbildung 5:	Überprüfter Gebarungsumfang Krankenversicherung, 2014	54
Abbildung 6:	Überprüfter Gebarungsumfang Unfallversicherung, 2014	55
Abbildung 7:	Überprüfter Gebarungsumfang Pensionsversicherung, 2014	56
Abbildung 8:	Mittelflüsse Ausgleichsfonds der GKK	58
Abbildung 9:	Mittelflüsse Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	59
Abbildung 10:	Mittelflüsse Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung	61
Abbildung 11:	Verteilung der Mittel des Kassenstrukturfonds, 2014	63
Abbildung 12:	Mittelflüsse der Sozialversicherung, 2014	64
Abbildung 13:	Mittelflüsse im Land Burgenland	77
Abbildung 14:	Mittelflüsse im Land Salzburg	88

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBl.	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BHG 2013	Bundeshaushaltsgesetz 2013
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
bspw.	beispielsweise
BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B–VG	Bundes–Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
f. (ff.)	folgende Seite(n)
FAG	Finanzausgleichsgesetz
FGKK	Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen
FKAF	Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung
FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
F Vors	Fonds für Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung
GKK	Gebietskrankenkassen
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSBG	Gesundheits– und Sozialbereich–Beihilfengesetz
G–ZG	Gesundheits–Zielsteuerungsgesetz
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
i.H.v.	in (der) Höhe von
i.V.m.	in Verbindung mit
inkl.	inklusive
KA	Kur– und Krankenanstalten

KAKuG	Krankenanstalten– und Kuranstaltengesetz
KBGG	Kinderbetreuungsgeldgesetz
KFA	Krankenfürsorgeanstalt
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
KRAGES	Burgenländische Krankenanstalten GmbH
KSF	Kassenstrukturfonds
KV	Krankenversicherung
LGBl.	Landesgesetzblatt
LGF	Landesgesundheitsfonds
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
Nr.	Nummer
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PRIKRAF	Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds
Priv	KV–Beiträge der Versicherten und Leistungen an Private und Vereine
PV	Pensionsversicherung
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite
SAGES	Salzburger Gesundheitsfonds
SALK	Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft m.b.H.
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
SKAG	Salzburger Krankenanstaltengesetz
StGKK	Steirische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
TZ	Textzahl(en)
u.a.	unter anderem
UG	Untergliederung
UGB	Unternehmensgesetzbuch
USt	Umsatzsteuer
usw.	und so weiter
UV	Unfallversicherung
v.a.	vor allem
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
vgl.	vergleiche
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich der Bundesministerien

für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz,

für Finanzen,

für Gesundheit und Frauen,

sowie der Länder Burgenland und Salzburg

Mittelflüsse im Gesundheitswesen

Bezeichnend für die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems war die vielfältige Verzweigung von Zahlungsströmen über mehrere Institutionen und Einrichtungen. Die Gesetzgebung gab eine Aufsplitterung der Kompetenzen auf Bund, Sozialversicherungsträger sowie Länder und Gemeinden vor. Dies trug wesentlich zur vielfach unübersichtlichen und die Steuerung erschwerenden Finanzarchitektur im Gesundheitswesen bei.

Voraussetzung für eine zusammenführende Darstellung sämtlicher Mittelflüsse im Gesundheitssystem wären Reformen im Rechnungswesen. Bei den Sozialversicherungsträgern fehlte ein einheitlicher Kontenplan und bei Untergliederungen („Einzelnachweisungen“) fehlten nachvollziehbare Vorschriften. Die Harmonisierung mit dem Rechnungswesen des Bundes war unzureichend. Für die Landesgesundheitsfonds fehlten einheitliche Vorschriften über Form und Gliederung der Jahresabschlüsse.

In den Ländern Burgenland und Salzburg waren trotz gleicher rechtlicher Grundlage Unterschiede bei der Finanzierung der Landesgesundheitsfonds festzustellen. Darüber hinaus erfolgten Mittelflüsse des Landes Salzburg direkt an Krankenanstalten, obwohl für diesen Zweck die Landesgesundheitsfonds eingerichtet worden waren.

Kurzfassung

Prüfungsziele

Der RH überprüfte von Juli 2015 bis Dezember 2015 die Mittelflüsse im Gesundheitswesen. Der vorliegende Bericht stellte auf das Jahr 2014 ab.

Ziel war es, einen Überblick über sämtliche Verflechtungen bei der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen zu geben und Mittelflüsse darzustellen. Der vorliegende Bericht bietet somit eine Grundlage für weitere Prüfungen des RH im Gesundheitsbereich. (**TZ 1**)

Rechnungswesen

Gemäß § 38 BHG 2013 ist der Bundesvoranschlag nach einem international üblichen Standard[1] in Aufgabenbereiche zu gliedern. Der Aufgabenbereich 76 bezeichnet das Gesundheitswesen. Die Zuordnung im BMASK und BMF umfasste jedoch auch Finanzpositionen, welche nicht das Gesundheitswesen betrafen. Gleichzeitig ordneten das BMASK und das BMF Aufgabenbereiche auch ohne einen entsprechenden Sachbezug dem Gesundheitswesen zu. (**TZ 2**)

Der RH erhob im Rahmen seiner Prüfung Beispiele von Budgetpositionen, deren Bezeichnungen keinen Rückschluss auf die tatsächliche Mittelverwendung zuließen. (**TZ 2**)

Unterschiedliche zeitliche Abgrenzungen hatten bei Verrechnungen zwischen dem Bund und den SV–Trägern (z.B. bei gesetzlich vorgesehenen Kostenersätzen oder Beitragsleistungen des Bundes) in einigen Fällen zur Folge, dass Aufwendungen und Erträge in den Erfolgsrechnungen der Sozialversicherung bzw. dem Bundeshaushalt in unterschiedlicher Höhe dargestellt waren. (**TZ 3**)

Für die Erstellung der Erfolgsrechnungen gaben die Rechnungsvorschriften allen SV–Trägern einen verbindlichen Einheitskontenrahmen vor. Eine weitere Unterteilung der vorgeschriebenen Kontengruppen in Konten (Kontenplan) war hingegen nicht verbindlich vorgegeben, sondern den einzelnen SV–Trägern überlassen. Mangels eines einheitlichen und verbindlichen Kontenplans war die Vergleichbarkeit von Daten der SV–Träger und die Steuerung von Aufwendungen durch den Hauptverband eingeschränkt. (**TZ 4**)

Für einzelne Positionen der Erfolgsrechnung war laut Rechnungsvorschriften eine genauere Aufgliederung in sogenannten Einzelnachweisungen vorgesehen. Der

[1] COFOG Klassifikation (Classification of Functions of Government)

Mittelumfang der jeweiligen Position war kein Kriterium für diese Festlegung. Wesentliche Gebarungsbereiche, wie die Anstaltspflege, Mutterschaftsleistungen oder Zahnbehandlungen, waren von der Verpflichtung zur Erstellung von Einzelnachweisungen nicht erfasst, Bereiche mit geringerem Mittelvolumen, wie Gesundheitsförderung, hingegen schon. (**TZ 5**)

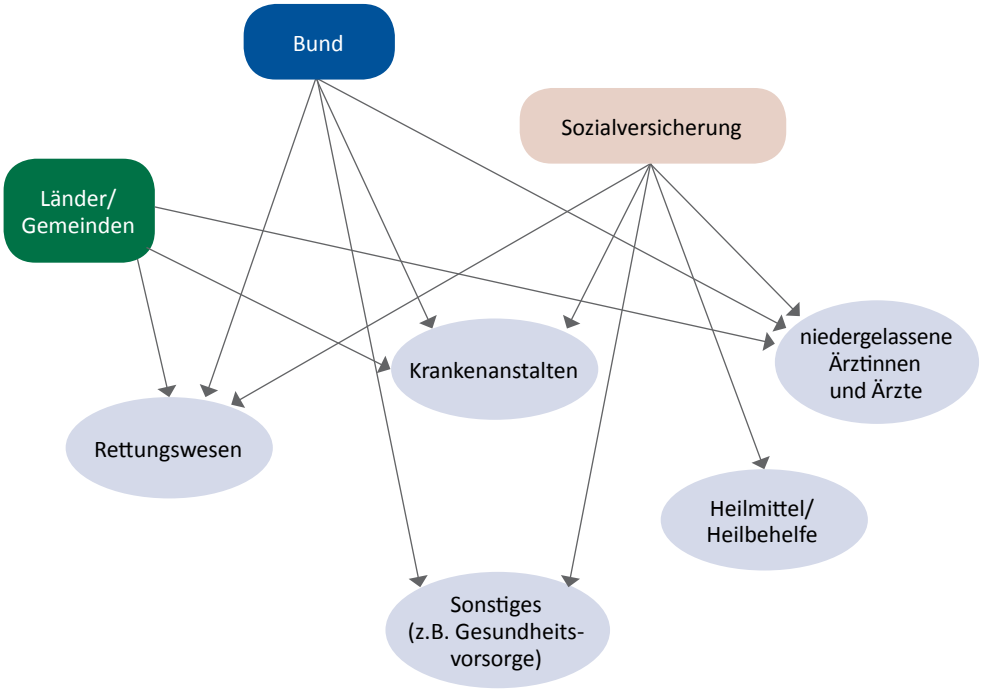
Die SV–Träger hatten gemäß § 447f ASVG einen Pauschalbetrag (2014: 4,9 Mrd. EUR) an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten. Die Rechnungslegungsvorschriften sahen vor, dass dieser Pauschalbetrag in der Erfolgsrechnung nicht in einem Betrag auszuweisen, sondern schlüsselmäßig aufgrund der Aufwandserhebung 1994 zusätzlich zur Position „Überweisung an den Krankenanstaltenfonds“ auf weitere vier Aufwandspositionen zu verteilen war. Durch die Verwendung eines Aufteilungsschlüssels aus dem Jahr 1994 war die Aussagekraft der Erfolgsrechnung bei der Darstellung der Aufwendungen für die Krankenanstaltenfinanzierung nicht gegeben. (**TZ 6**)

Art. 18 Abs. 2 der 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sah vor, dass bei der Einrichtung und Tätigkeit von Landesgesundheitsfonds jedenfalls zwischen den Ländern akkordierte und die Vergleichbarkeit gewährleistende Verrechnungsvorschriften Anwendung zu finden haben und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel der Landesgesundheitsfonds zu erfolgen hat. Für das Rechnungswesen der Landesgesundheitsfonds lagen bei einem Gebarungsumfang von – im Falle des Salzburger Gesundheitsfonds – über 700 Mio. EUR bzw. – im Falle des Burgenländischen Gesundheitsfonds – über 230 Mio. EUR keine detaillierten Vorschriften über die Form und Gliederung der Jahresabschlüsse vor. Die Vergleichbarkeit der Jahresabschlüsse war somit nicht gegeben. (**TZ 7**)

Es erfolgte keine regelmäßige jährliche Prüfung des Jahresabschlusses des Salzburger Gesundheitsfonds durch ein externes Kontrollorgan. Den Jahresabschluss des Burgenländischen Gesundheitsfonds überprüfte ein Kontrollorgan des Landes (Finanzabteilung). (**TZ 7**)

Gesundheitssystem in Österreich

Die Aufsplitterung der Kompetenzen auf eine Vielzahl von Akteuren auf Bundes–, Länder– und Gemeindeebene war charakteristisch für das österreichische Gesundheitswesen.[2] Folgende Abbildung zeigt in vereinfachter Form die Akteure und die in der vorliegenden Prüfung berücksichtigten Gesundheitsdienstleistungen:



Quelle: RH

Der RH wies in mehreren Berichten (z.B. „System des österreichischen Gesundheitswesens“, Reihe Bund 2002/4, oder „Teilbereiche der Gesundheitsreform 2005 mit Länderaspekten in Tirol und Wien“, Reihe Bund 2010/5) auf die Notwendigkeit hin, die Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems zu verbessern. (**TZ 8**)

Die Gesundheitsreform 2013[3] von Bund, Sozialversicherung und Ländern sollte eine partnerschaftliche Zielsteuerung ermöglichen. Doch die zersplitterte Kompetenzlage blieb unverändert: Die Ausgaben–, Aufgaben– und Finanzierungsverantwortung fiel weiterhin auseinander, ein gemeinsamer Finanzierungstopf wurde nicht erreicht und das prägende Prinzip der Einstimmigkeit könnte notwendige Maßnahmen verhindern. (**TZ 8**)

[2] siehe Positionen Verwaltungsreform 2011, Reihe 2011/1, S. 79, und Positionen für eine nachhaltige Entwicklung Österreichs, Reihe 2016/2, S. 215

[3] u.a. G–ZG, BGBl. I Nr. 81/2013

Mittelflüsse im Gesundheitswesen

Gesamtüberblick

Für die Darstellung der gesamten Mittelflüsse im Gesundheitswesen erfasste der RH mehr als 60 Akteure. Aufgegliedert nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen nach dieser Darstellung auf die Krankenanstalten 17,852 Mrd. EUR, auf die Heilmittel und Heilbehelfe 3,54 Mrd. EUR, auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte 4,669 Mrd. EUR, auf das Rettungswesen 520,44 Mio. EUR und auf Sonstige Gesundheitsdienstleistungen 800,38 Mio. EUR. (**TZ 9**)

Mittelflüsse des Bundes

Insgesamt definierte der RH 3,35 Mrd. EUR als Mittelströme des Bundes für das Gesundheitswesen, das entsprach 4,5 % der Gesamtaufwendungen des Ergebnishaushalts des Bundes 2014. (**TZ 13**)

Mittelaufbringung für den Gesundheitsbereich durch den Bund erfolgten:

- im Rahmen des Gesundheits– und Sozialbereich–Beihilfengesetzes (**GSBG**) mit 1,851 Mrd. EUR (**TZ 14**)
- durch die Bundesgesundheitsagentur mit 717,15 Mio. EUR (**TZ 15**)
- durch Aufwendungen des Bundes an die KV–Träger i.H.v. 342,93 Mio. EUR (**TZ 16**)
- durch weitere Leistungen an den Hauptverband i.H.v. 139,38 Mio. EUR (**TZ 17**)
- durch Aufwendungen an die UV–Träger i.H.v. 14,66 Mio. EUR (**TZ 18**)
- durch Mittel aus dem Finanzausgleich sowie sonstige Aufwendungen des Bundes an Länder und Gemeinden in der Form des Zweckzuschusses zur Finanzierung der Krankenanstalten i.H.v. 150,68 Mio. EUR („Gemeindemittel"), dem Ausgleich der Selbstträgerschaft der Länder i.H.v. 42,68 Mio. EUR bzw. der Gemeinden i.H.v. 1,93 Mio. EUR (**TZ 19**)
- weitere Aufwendungen des Bundes an private, gesundheitspolitisch relevante Einrichtungen i.H.v. 162,46 Mio. EUR (**TZ 20**)

Das BMGF dotierte in den Jahren 2011 bis 2014 mit 40 Mio. EUR jährlich einen Kassenstrukturfonds (**KSF**)[4], der die zielorientierte Steuerung der Gebietskrankenkas-

[4] gemäß Krankenkassen-Strukturfondsgesetz, BGBl. I Nr. 52/2009 i.d.g.F.; für Finanzierung siehe § 7

sen finanziell stützen und zu deren ausgeglichenen Gebarung beitragen sollte. Er war als unselbstständiger Verwaltungsfonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit beim BMGF eingerichtet und damit vollständig im Bundesbudget abgebildet[5]. Mit dieser Konstruktion verbuchte das BMGF den Betrag von 40 Mio. EUR mehrfach im selben Detailbudget: Als Dotierung des Fonds durch das BMGF, als Ertrag des Fonds und als Aufwendung des Fonds an den Hauptverband. (**TZ 17**)

Die Mittelaufbringung erfolgte zu einem Teil direkt aus dem Bundeshaushalt und zu einem anderen Teil aus dem Finanzausgleich. Die Tatsache, dass mehrere Bundesministerien (wie bspw. BMF, BMGF, BMASK) darin involviert waren, erschwerte den Gesamtüberblick über alle Mittelflüsse. (**TZ 21**)

Mittelflüsse wurden aufgrund verschiedener Periodenabgrenzungen unterschiedlich verbucht – etwa beim BMGF und der Bundesgesundheitsagentur (siehe **TZ 16**). Deshalb gab es keine gesamthafte Darstellung von Mittelflüssen auf Bundesebene im Gesundheitsbereich. (**TZ 21**)

Die Vielzahl unterschiedlicher Mittelflüsse – teilweise auch von sehr kleinen Beträgen (etwa zahlreiche Zuwendungen an vorwiegend private gesundheitsrelevante Einrichtungen) – führte zu einem hohen Verwaltungsaufwand und erschwerte eine effiziente Steuerung der Mittelflüsse. (**TZ 21**)

Mittelflüsse der Sozialversicherung

Die österreichische Sozialversicherung umfasst die Sparten Kranken–, Unfall– und Pensionsversicherung. Die Durchführung der Sozialversicherung war 22 Krankenkassen (Gebiets– und Betriebskrankenkassen) und Versicherungsanstalten übertragen, die im Hauptverband der SV–Träger zusammengefasst waren. (**TZ 22**, **TZ 23**, **TZ 24** und **TZ 25**)

Für die Abwicklung einzelner Leistungen im Gesundheitsbereich bzw. einem Ausgleich von Strukturunterschieden zwischen den Gebietskrankenkassen (GKK), waren beim Hauptverband der Ausgleichsfonds der GKK (§ 447a ASVG), der Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447f ASVG) und der Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung (§ 447h ASVG) eingerichtet. Zusätzlich bestand im BMGF mit dem Kassenstrukturfonds (KSF) ein weiterer Fonds zur Sanierung der GKK. Die Mittel der Fonds der Sozialversicherung (2014: in Summe 5,216 Mrd. EUR) waren getrennt vom Vermögen der SV–Träger zu verwalten und wurden überwiegend vom Bund und den SV–Trägern aufgebracht. (**TZ 26**, **TZ 27**, **TZ 28**, **TZ 29** und **TZ 30**)

[5] Detailbudget 24.02.03 „Leistungen an Sozialversicherungen“

Der beim Hauptverband eingerichtete Ausgleichsfonds der GKK sollte eine ausgeglichene Gebarung und eine ausreichende Liquidität der GKK gewährleisten. Im Jahr 2014 standen in Summe 290,24 Mio. EUR zur Verfügung. Einen Betrag von 12,42 Mio. EUR stellte das BMF aus Mitteln der Tabaksteuer bereit, welcher aber nicht für den Ausgleichsfonds der GKK verwendet, sondern zur Gänze an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung und den Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung weitergeleitet wurde. Der Ausgleichsfonds der GKK diente dabei ausschließlich als Durchlaufstation für die Mittel aus der Tabaksteuer. (**TZ 27**)

Für die Finanzierung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung war beim Hauptverband der Fonds für Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung mit einer Dotierung von 4,18 Mio. EUR eingerichtet. Die Mittel für die einzelnen Projekte gewährte der Hauptverband auf Antrag nach Prüfung der Kosten. Für die Weiterleitung und Verteilung eines vergleichsweise geringen Betrags (4,18 Mio. EUR – im Vergleich zu 183,75 Mio. EUR Aufwendungen für Gesunden– und Vorsorgeuntersuchungen allein durch die KV–Träger) war ein mehrstufiger Prozess mit entsprechendem Verwaltungsaufwand etabliert, an dessen Ende eine Vielzahl von Institutionen in der Regel vergleichsweise sehr kleine Beträge (meist unter 500.000 EUR) erhielten. (**TZ 29**)

Der Kassenstrukturfonds (siehe **TZ 17**) war vom Bund jährlich zum 1. Jänner zu dotieren[6]. Die Auszahlung der Mittel an die GKK erfolgte bei Einhaltung der Finanzziele auf Grundlage der endgültigen Erfolgsrechnungen der GKK rund eineinhalb Jahre nach der Dotierung. Dies stand im Widerspruch zu § 50 (1) BHG 2013, wonach der Bundesminister für Finanzen den haushaltsführenden Stellen die zur Leistung der Auszahlungen des Bundes notwendigen Geldmittel in dem Ausmaß bereitzustellen hat, in welchem dies zur Erfüllung fälliger Verpflichtungen erforderlich ist. (**TZ 30**)

Für die Darstellung der Mittelflüsse der Sozialversicherung im Gesundheitswesen erfasste der RH mehr als 30 Akteure (Zahler und Empfänger). Verteilt nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen[7] nach dieser Darstellung an Mittelflüsse der Sozialversicherung auf die Krankenanstalten 6,709 Mrd. EUR (einschließlich der Mittel an die Landesgesundheitsfonds), auf die Heilmittel und Heilbehelfe 3,445 Mrd. EUR, auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte 4,483 Mrd. EUR, auf das Rettungswesen 229,51 Mio. EUR und auf Sonstige Gesundheitsdienstleistungen 452,32 Mio. EUR. (**TZ 31**)

---

[6] vgl. § 7 Krankenkassen-Strukturfondsgesetz

[7] Die dargestellten Zahlen bezogen sich auf unterschiedliche Abrechnungszeiträume. Eine zusammenfassende Darstellung über alle Institutionen hinweg war daher nicht möglich.

Die Erträge der Krankenversicherung (2014: 15,369 Mrd. EUR) bestanden zu 88,7 % aus Beitragseinnahmen (2014: 13,634 Mrd. EUR). Die Höhe der Beitragseinnahmen war für die KV–Träger durch die gesetzlichen Regelungen der Beitragssätze, der Anzahl der Beitragszahlerinnen und –zahler und der Höhe der Bemessungsgrundlage kaum beeinflussbar. (**TZ 32**)

Aufwendungen der Sozialversicherung für den Gesundheitsbereich erfolgten laut Erfolgsrechnungen der SV–Träger für

– den Bereich der Ärztlichen Hilfe der KV–Träger i.H.v. 3,946 Mrd. EUR (**TZ 34**),

– den Bereich der Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel der KV–Träger i.H.v. 3,194 Mrd. EUR bzw. 481,04 Mio. EUR (**TZ 35**),

– den Bereich der Anstaltspflege der KV–Träger i.H.v. 4,276 Mrd. EUR (**TZ 36**),

– die Abgeltung von Leistungen privater Krankenanstalten durch die KV–Träger i.H.v. 108,37 Mio. EUR (**TZ 37**),

– Aufwendungen der UV–Träger i.H.v. 651,46 Mio. EUR (**TZ 39**) sowie

– Aufwendungen der PV–Träger i.H.v. 2,369 Mrd. EUR (**TZ 40**).

Der Gesamtbetrag der Aufwendungen für die Krankenanstaltenfinanzierung laut Erfolgsrechnungen der SV–Träger war mit 4,276 Mrd. EUR geringer als der tatsächliche Überweisungsbetrag an den Fonds (4,913 Mrd. EUR). Die Differenz ergab sich vorwiegend aus einer Aufteilung der Gesamtüberweisung an den Fonds auf mehrere Positionen der Erfolgsrechnung. (**TZ 36**)

Die SV–Träger trugen im Rahmen der Finanzierung der Anstaltspflege nicht nur mit 4,913 Mrd. EUR zur Finanzierung von Leistungen der Landesgesundheitsfonds–Krankenanstalten bei (über den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung), sondern finanzierten auch die Leistungen privater Krankenanstalten durch eine Pauschalzahlung i.H.v. 108,37 Mio. EUR an den Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds wesentlich mit. (**TZ 36** und **TZ 37**; **TZ 41**)

Krankenfürsorgeanstalten

Die insgesamt 15 Krankenfürsorgeanstalten gehörten nicht dem Hauptverband an, einzelne öffentlich Bedienstete konnten jedoch Gesundheitsleistungen über eine Krankenfürsorgeanstalt in Anspruch nehmen, wobei diese Aufgaben eines Kranken– oder Unfallversicherungsträgers erfüllten. (**TZ 42**)

Burgenland und Salzburg

Für die Darstellung der Mittelflüsse des Gesundheitswesens im Burgenland erfasste der RH mehr als 20 Akteure (Zahler und Empfänger). Verteilt nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen[8] nach dieser Darstellung auf die Krankenanstalten 472,92 Mio. EUR (einschließlich der Mittel an den Burgenländischen Gesundheitsfonds (**BURGEF**) und an die Burgenländische Krankenanstalten GmbH (**KRAGES**)) sowie 6,68 Mio. EUR für andere Gesundheitsdienstleistungen. (**TZ 46**)

Die bereinigten Einnahmen des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich betrugen 108,14 Mio. EUR. Das Land Burgenland verbuchte den Personalaufwand der KRAGES i.H.v. 104,50 Mio. EUR als kassenwirksame (Ist–)Einnahmen – und gleichzeitig als kassenwirksame (Ist–)Ausgaben – des Landes, obwohl die KRAGES diese direkt an ihre Dienstnehmer ausbezahlte. Diese kassenwirksamen Verbuchungen waren keine Einnahmen bzw. Ausgaben des Landes. (**TZ 47**)

Die bereinigten Ausgaben des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich betrugen 192,33 Mio. EUR. Neben den Personalausgaben der KRAGES verbuchte das Land Burgenland unter dem Titel „Beitrag an die Bundesgesundheitsagentur“ USt–Anteile des Landes, die Mittel des Burgenländischen Gesundheitsfonds waren[9], i.H.v. 5,73 Mio. EUR als kassenwirksame (Ist–)Ausgabe. Diese Mittel wurden jedoch vom BMF direkt an den Burgenländischen Gesundheitsfonds angewiesen und waren daher keinesfalls Ausgaben, die die Kassengebarung des Landes betrafen. (**TZ 48**)

Das Land Burgenland finanzierte einen Kraftwagen im Landesfuhrpark aus Mitteln der Bedarfszuweisungen für Gemeinden (Leasingfinanzierung i.H.v. 8.414 EUR jährlich). Gemäß § 11 Abs. 1 FAG 2008 sind Bedarfszuweisungsmittel grundsätzlich für Gemeinden und Gemeindeverbände bestimmt, für einen Abzug zugunsten des Landeshaushalts gab es nach Angaben des Landes keine gesetzliche Grundlage. Der Abzug, der einer Minderung der Bedarfszuweisungsmittel für Gemeinden gleichkam, wurde lediglich aufgrund einer mündlichen Vereinbarung zwischen einem

[8] Die dargestellten Zahlen bezogen sich auf unterschiedliche Abrechnungszeiträume. Eine zusammenfassende Darstellung über alle Institutionen hinweg war daher nicht möglich.

[9] laut Art. 21 Abs. 1 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008

Abteilungsvorstand und dem damaligen Landeshauptmann–Stellvertreter vorgenommen. (**TZ 49**)

Für die Darstellung der Mittelflüsse des Landes Salzburg im Gesundheitswesen erfasste der RH mehr als 30 Akteure (Zahler und Empfänger). Verteilt nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen[10] nach dieser Darstellung auf die Krankenanstalten 1,744 Mrd. EUR (einschließlich der Mittel an den Salzburger Gesundheitsfonds (**SAGES**) und an die Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft m.b.H. (**SALK**)) sowie 19,34 Mio. EUR für andere Gesundheitsdienstleistungen. (**TZ 55**)

Die bereinigten Einnahmen des Landes Salzburg im Gesundheitsbereich betrugen 346,31 Mio. EUR. Einnahmen i.H.v. 45,02 Mio. EUR stammten von der Bundesgesundheitsagentur, obwohl die gesetzlichen Bestimmungen eine Zahlung dieser Beiträge an den Salzburger Gesundheitsfonds vorsahen. Das Land Salzburg leitete diese Mittel an diesen dann weiter. Diese Vorgangsweise führte zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand beim Land Salzburg. (**TZ 56**)

Die bereinigten Ausgaben des Landes Salzburg betrugen 608,16 Mio. EUR. Diese Mittel beinhalteten nicht die Beihilfen gemäß § 2 GSBG[11], die das Land Salzburg in der voranschlagsunwirksamen Gebarung darstellte (sogenannte „Durchläufer“). Die Auszahlung der GSBG–Beihilfen erfolgte nicht – wie in § 8 Abs. 2 GSBG für Fondskrankenanstalten vorgesehen[12] – im Wege des SAGES, sondern direkt vom Land an die Krankenanstalten. Diese Vorgehensweise widersprach den gesetzlichen Bestimmungen. Nach der 15a–Vereinbarung (Art. 21 Abs. 5) sind GSBG–Beihilfen Mittel des Landesgesundheitsfonds. (**TZ 57**)

Von 707,97 Mio. EUR an Gesamterträgen führten 155,22 Mio. EUR zu keinem Zahlungseingang beim SAGES. Eine nähere Erläuterung nicht zahlungswirksamer Erträge (und nicht zahlungswirksamen Aufwands) fehlte in dessen Jahresabschluss. (**TZ 59**)

Die Finanzierung der Landesgesundheitsfonds (und in weiterer Folge der Fondskrankenanstalten) erfolgte der geltenden Rechtslage entsprechend aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Quellen (bspw. aus Mitteln des Hauptverbands, der

[10] Die dargestellten Zahlen bezogen sich auf unterschiedliche Abrechnungszeiträume. Eine zusammenfassende Darstellung über alle Institutionen hinweg war daher nicht möglich.

[11] Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits– und Sozialbereich geregelt werden (Gesundheits– und Sozialbereich– Beihilfengesetz – GSBG), BGBl. Nr. 746/1996

[12] § 8 Abs. 2 GSBG lautet nämlich: Die Auszahlung der Beihilfen nach § 2 Abs. 1 hat, wenn eine Leistungserbringung aufgrund von Verträgen mit österreichischen Sozialversicherungsträgern erfolgt und für eigene Kranken- und Kuranstalten der Sozialversicherungsträger im Wege des Hauptverbandes, für Krankenanstalten, die Sachleistungen mit Landesfonds verrechnen, im Wege der Landesfonds, in allen anderen Fällen im Wege der Länder zu erfolgen.

SV–Träger, aus Bundesmitteln, Beiträgen der Länder und Gemeinden, Mitteln aus dem Finanzausgleich). Die Vielzahl unterschiedlicher Mittelflüsse auf Länderebene führte zu einem hohen Verwaltungsaufwand und erschwerte eine effiziente Steuerung der Mittelflüsse. (**TZ 61**)

Die Vielzahl an Mittelflüssen auf Länderebene führte zwangsläufig zu einer Reihe von Doppelgleisigkeiten. Beispielsweise finanzierten die Länder die Landesgesundheitsfonds (und in weiterer Folge der Fondskrankenanstalten) sowohl aus Mitteln des Finanzausgleichs (USt–Anteile, Zweckzuschüsse zur Krankenanstaltenfinanzierung), als auch aus dem Landeshaushalt (Betriebskosten– und Investitionszuschüsse sowie Personalaufwendungen), sowie unter Heranziehung von Gemeindemitteln (Betriebskostenzuschüsse). (**TZ 61**)

Es bestanden Unterschiede hinsichtlich der Auszahlung der Mittel zur Finanzierung der Landesgesundheitsfonds, obwohl für alle Länder diesbezüglich dieselben rechtlichen Grundlagen galten. Beispielsweise erfolgte die Auszahlung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur im Burgenland direkt von der Bundesgesundheitsagentur an den Landesgesundheitsfonds, in Salzburg hingegen zuerst an das Land Salzburg, das die Mittel an den Landesgesundheitsfonds weiterleitete. Weiters erfolgte die Auszahlung der GSBG–Beihilfen im Land Salzburg direkt an die Krankenanstalten, im Burgenland hingegen im Wege des Landesgesundheitsfonds. (**TZ 61**)

Die Länder richteten zwar Landesgesundheitsfonds ein, um finanzielle Mittel über diese an die Fondskrankenanstalten weiterzureichen, aber sie zahlten bestimmte Mittel an den Landesgesundheitsfonds vorbei direkt an die Fondskrankenanstalten aus (wie bspw. die Betriebsabgangsdeckungen im Land Salzburg). (**TZ 61**)

Gemeinden

Neben Kur– und Krankenanstalten übernahmen Gemeinden bei jenen Gesundheitsdienstleistungen eine (Mit–)Finanzierungsverantwortung, die eine lokale Gesundheitsinfrastruktur stärkten. Darunter fielen u.a. das Rettungswesen und die medizinische Bereichsversorgung (z.B. Gesundheitsberatung). In einzelnen Städten entstanden Ausgaben durch Gesundheitsämter. (**TZ 62**)

Von den 3,4 Mrd. EUR der Gemeindeausgaben im Gesundheitsbereich entfielen auf die Kur– und Krankenanstalten 3,1 Mrd. EUR. Diese enthielten den Gemeindebeitrag zur Finanzierung der Krankenanstalten im jeweiligen Bundesland. Außer in der Steiermark hoben die Gemeinden in den einzelnen Ländern einen jährlichen Beitrag ein, der entweder direkt an die Landesgesundheitsfonds oder indirekt über den Landeshaushalt an die Landesgesundheitsfonds überwiesen wurde und zur Krankenanstaltenfinanzierung beitrug. (**TZ 62**)

Kenndaten

Rechtsgrundlagen	Bundes–Verfassungsgesetz (B–VG), BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F. Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F. Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F. Bundesgesetz, mit dem der Finanzausgleich für die Jahre 2008 bis 2014 geregelt wird und sonstige finanzausgleichsrechtliche Bestimmungen getroffen werden (Finanzausgleichsgesetz 2008 – FAG 2008), BGBl. I Nr. 103/2007 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF–G), BGBl. I Nr. 165/2004 i.d.g.F. Bundesgesetz über die Zahl, den Wirkungsbereich und die Einrichtung der Bundesministerien (Bundesministeriengesetz 1986 – BMG), BGBl. Nr. 76/1986 i.d.g.F. Salzburger Krankenanstaltengesetz 2000 (SKAG), LGBl. Nr. 24/2000 i.d.g.F. Salzburger Gesundheitsfondsgesetz (SAGES–Gesetz) Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 – Bgld. KAG 2000, LGBl. Nr. 52/2000 i.d.g.F.

Aufwendungen (Ausgaben) im Gesundheitsbereich[1] in Mio. EUR			
Doppelerfassungen enthalten, eine Aufsummierung daher nicht möglich[2]			
Bund		**Sozialversicherung**	
Aufwendungen (einschließlich GSBG–Mittel)		**Aufwendungen für Versicherungsleistungen**	
Jänner bis Dezember 2014		Jänner bis Dezember 2014[3]	
GSBG	1.851,12	Krankenversicherung	14.165,05
Anteil an Tabaksteuer	12,42	Unfallversicherung	651,46
Ausgleichszahlungen Abschaffung Selbstträgerschaft	44,61	Pensionsversicherung (gesundheitsbezogene Versicherungsleistungen)	2.369,91
Transferzahlung an Länder gemäß FAG zur Krankenanstaltenfinanzierung	150,68		
		Ausgleichsfonds der GKK	290,24
BMGF	245,71	Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	4.921,30
BMASK	281,25	Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung	4,18
andere Ministerien	8,61		
Familienlastenausgleichsfonds (FLAF)	87,79		
Bundesgesundheitsagentur (BGA)	627,61		
Kassenstrukturfonds (KFA)	40,00		
Länder[4]		**Gemeinden[5] (einschließlich Wien)**	
Ausgaben		**Ausgaben**	
Jänner bis Dezember 2014		Jänner bis Dezember 2014	
Land Burgenland	192,33	Gemeinden (einschließlich Wien)	3.446,28
Land Salzburg	608,16		

[1] für Gesundheitsdienstleistungen

[2] Da einzelne Mittelflüsse mehrere der aufgezählten Institutionen durchlaufen, ist eine Aufsummierung nicht zweckmäßig, da Beträge in unterschiedlichen Institutionen doppelt oder mehrfach enthalten waren.

[3] Im Gegensatz zum Bund, wo Buchungen des Jahres 2014 bis zum 31. März 2015 erfasst werden, erfassen die SV–Träger einzelne Buchungen bis zum 31. Mai 2015. Dadurch ergaben sich Unterschiede in der Darstellung von Mittelflüssen (siehe **TZ 3**).

[4] Für den vorliegenden Bericht erfolgte die Prüfung der Mittelflüsse ausschließlich in den Ländern Salzburg und Burgenland.

[5] Keine Prüfung des RH vor Ort. Die verwendeten Zahlen beruhten auf der Meldung der Gemeinden an die Statistik Austria, basierend auf den einzelnen Rechnungsabschlüssen der Gemeinden (ordentliche Ausgaben der Abschnitte 50, 51, 55, 56 und 59).

Quellen: BMF; BMGF; BMASK; Hauptverband; Land Burgenland; Land Salzburg; Statistik Austria

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte von Juli 2015 bis Dezember 2015 die Mittelflüsse im Gesundheitswesen. Der vorliegende Bericht stellt auf das Jahr 2014 ab.

Ziel war es, einen Überblick über sämtliche Verflechtungen bei der Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen zu geben und Mittelflüsse darzustellen. Der vorliegende Bericht bietet somit eine Grundlage für weitere Prüfungen des RH im Gesundheitsbereich.

(2) Der RH erfasste folgende Gesundheitsdienstleistungen:

- Krankenanstalten und Ambulatorien,
- niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (einschließlich Zahnärztinnen und –ärzte) und gleichgestellte Leistungen (Physiotherapeutinnen und –therapeuten, Psychologinnen und Psychologen etc.),
- Heilmittel und Heilbehelfe (z.B. Apotheken),
- Rettungswesen und
- sonstige Dienstleistungen (z.B. Gesundheitsvorsorge).

Nicht in die Prüfung eingeschlossen waren die Ausbildung für Gesundheitsberufe (darunter u.a. auch der klinische Mehraufwand), der Pflegebereich, die Gesundheitsversorgung in den Justizanstalten sowie direkt an Versicherte erfolgte Geldleistungen (z.B. Krankengeld, Wochengeld).

(3) Die Prüfungseinsicht fand in folgenden Institutionen und Gebietskörperschaften statt:

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (**BMGF**),
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (**BMASK**),
- Bundesministerium für Finanzen (**BMF**),
- Arbeitsmarktservice (**AMS**),
- Land Burgenland,
- Land Salzburg,

– Burgenländischer Gesundheitsfonds (**BURGEF**),

– Salzburger Gesundheitsfonds (**SAGES**),

– Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband),

– Burgenländische Gebietskrankenkasse und

– Salzburger Gebietskrankenkasse.

Im Bereich der Länder prüfte der RH im Land Burgenland und im Land Salzburg, für die Krankenversicherungsträger (**KV–Träger**) bei der Gebietskrankenkasse Burgenland und bei der Gebietskrankenkasse Salzburg.

Eine weitere Einschränkung war durch die Prüfzuständigkeit des RH gegeben. Mittelflüsse im Bereich der Privatversicherungen, des privaten Konsums von Heilmitteln und Gesundheitsdienstleistungen, private Gesundheitseinrichtungen, Unternehmen und Vereine sowie Gemeinden unter 10.000 Einwohnerinnen und Einwohnern waren nicht der Prüfungszuständigkeit des RH unterworfen.

(4) Die vorhandenen Zahlen der geprüften Stellen unterlagen unterschiedlichen Rechnungslegungsvorschriften, die zu Abweichungen in den Rechnungslegungsperioden (Finanzjahr ungleich dem Rechnungsjahr)[13] und zu konzeptionellen Unterschieden bei der Mittelverwendung und –aufbringung führten. Die Darstellungen im vorliegenden Bericht beruhten auf Aufwendungen und Erträgen nach dem doppischen Prinzip (beim Bund, bei den SV–Trägern und Unternehmen) sowie bei Ländern und Gemeinden mangels doppischer Daten auf Ausgaben und Einnahmen im Soll nach der kameralen Buchführung.

(5) Zu dem im Juni 2016 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das BMASK, das BMF und die Salzburger Landesregierung im August 2016 sowie das BMGF und die Burgenländische Landesregierung im September 2016 Stellung. Die Salzburger und die Burgenländischen Gebietskrankenkassen teilten im Juli 2016 mit, dass sie ihre Stellungnahmen an den Hauptverband übermittelt hatten, der eine koordinierte Stellungnahme im Juli 2016 an den RH übermittelte. Der Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds (**PRIKRAF**) nahm in seiner Stellungnahme vom Juli 2016 die Feststellungen des Prüfungsergebnisses zur Kenntnis.

Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Dezember 2016.

[13] Bei den SV–Trägern erfolgten die Zahlungen der Beträge für das Jahr 2014 im Zeitraum März 2014 bis April 2015.

Rechnungswesen

Bund

2.1 (1) Gemäß § 38 BHG 2013 ist der Bundesvoranschlag nach einem international üblichen Standard[14] in Aufgabenbereiche zu gliedern. Diese Aufgabenbereiche sind je Voranschlagstelle anzugeben, der Bundesrechnungsabschluss ist ebenfalls nach Aufgabenbereichen auswertbar. Der Aufgabenbereich 76 bezeichnet das Gesundheitswesen. Die Zuordnung umfasste jedoch auch Finanzpositionen, welche nicht dem Gesundheitswesen zuzuordnen waren. Gleichzeitig gab es Zuordnungen in anderen Aufgabenbereichen, welche den Gesundheitsbereich betrafen.

Tabelle 1: Beispiele von fehlerhaften Zuordnungen im Aufgabenbereich Gesundheit

Ressort	Budgetposition	Text	Aufgabenbereich
BMF	15.01.01.00–1/7660.201	Sportliche Betreuung	76 Gesundheitswesen
BMF	16.01.01.00–2/8416.003	Altlastenbeitrag	76 Gesundheitswesen
BMASK	21.03.02.00–1/6920.005	Orthopädische Leistungen (Heeresversorgung, Impfschaden)	09 Soziale Sicherung

Quellen: BMF; RH

Während Sportliche Betreuung und Altlastenbeitrag – trotz fehlenden Sachbezugs – dem Aufgabenbereich Gesundheitswesen zugeordnet waren, war die Position Orthopädische Leistungen unter dem Aufgabenbereich Soziale Sicherung verbucht, obwohl es sich hier um gesundheitspolitische Leistungen handelte.

(2) Der RH erhob im Rahmen seiner Prüfung weitere Beispiele von Budgetpositionen, deren Bezeichnungen keinen Rückschluss auf die tatsächliche Mittelverwendung zuließen.

Tabelle 2: Beispiele für nicht aussagekräftige Bezeichnungen von Budgetpositionen

Ressort	Budgetposition	Bezeichnung	tatsächliche Mittelverwendung
BMGF	24.03.01.00–1/4110.909	Prophylaxe	Bundesanteil am Kinderimpfkonzept
BMF	16.01.03.00–2/8496.000	Überweisungen gemäß ASVG	Dotierung Ausgleichsfonds der GKK – Tabaksteuer
BMGF	24.01.01.00–1/7303.910 und 24.01.01.00–1/7305.911	Pflegegebühren	Aufwendungen nach dem Tuberkulosegesetz

Quellen: BMF; RH

2.2 (1) Der RH kritisierte die fehlerhafte Zuordnung von Aufgabenbereichen bei einzelnen Budgetpositionen im Bundesbudget.

[14] COFOG Klassifikation (Classification of Functions of Government)

Er empfahl dem BMF und dem BMASK, die Zuordnung zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren.

(2) Der RH kritisierte die unzureichenden und folglich intransparenten Bezeichnungen von Budgetpositionen.

Er empfahl dem BMF und dem BMGF, die Bezeichnungen der Budgetpositionen so zu wählen, dass diese aussagekräftig und verständlich sind.

2.3 (1) Das BMGF teilte mit, dass unter der Budgetposition Prophylaxe (24.03.0100-1/4110.909) nicht nur Zahlungen betreffend das Kinderimpfkonzept verrechnet würden, sondern auch sonstige Zahlungen, die den Bereich Prophylaxe beträfen.

(2) Das BMF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass eine Korrektur der Zuordnung von Aufgabenbereichen im Zuge einer Gesamtüberprüfung aller Zuordnungen und nicht nur eingeschränkt auf die Zuordnungen im Gesundheitswesen erfolgen sollte. Auf die Umsetzung aussagekräftiger und verständlicher Bezeichnungen werde es im Rahmen der Zuständigkeiten hinwirken.

2.4 Der RH blieb gegenüber dem BMGF und dem BMF bei seiner Kritik der intransparenten Bezeichnungen und der zumindest unklaren Zuordnungen. Der RH unterstützte den Vorschlag des BMF, im Zuge einer Gesamtüberprüfung alle Zuordnungen zu prüfen sowie die Umsetzung aussagekräftiger und verständlicher Bezeichnungen anzustreben.

Sozialversicherungen

3.1 (1) Die Kompetenz zur Erlassung von Vorschriften für die Rechnungsführung und Rechnungslegung der SV–Träger, d.h. der neun Gebietskrankenkassen (**GKK**), sieben Sonderversicherungsträger und sechs Betriebskrankenkassen, sowie des Hauptverbands (der Sozialversicherungsträger), lag beim BMGF im Einvernehmen mit dem BMASK[15].

(2) Die SV–Träger und der Hauptverband hatten für jedes Geschäftsjahr einen Rechnungsabschluss, der jedenfalls aus einer Erfolgsrechnung und einer Schlussbilanz bestehen musste, sowie einen Geschäftsbericht zu verfassen und gemeinsam mit den statistischen Nachweisungen bis 31. Mai des dem Berichtsjahr folgenden Jahres den

[15] Erlass BMGF „Weisungen für Rechnungslegung und Rechnungsführung bei den Sozialversicherungsträgern und Hauptverband – Rechnungsvorschriften RV“

Aufsichtsbehörden[16] vorzulegen. Betrieb ein SV–Träger mehrere Versicherungszweige[17], war für jeden Versicherungszweig eine eigene Erfolgsrechnung aufzustellen.

Zur Beobachtung der laufenden Gebarung und Vermögensentwicklung und als Planungsinstrument waren zusätzlich unterjährig

– zum 15. Februar des Berichtsjahres ein Jahresvoranschlag mit den voraussichtlichen Aufwendungen und Erträgen des laufenden Geschäftsjahres,

– vierteljährliche vorläufige Erfolgsrechnungen für den Bereich der Kranken–, Unfall– und Pensionsversicherung sowie

– ein Finanzplan zur Beobachtung der laufenden Vermögensentwicklung

zu erstellen.[18]

(3) Gemäß ESVG 2010 stellte die Sozialversicherung neben Bund, Ländern und Gemeinden einen Teilsektor des Staates dar. Bei der Erstellung der Rechnungsabschlüsse bzw. Jahresabschlussrechnungen galten für die Teilbereiche Bund und Sozialversicherung folgende unterschiedliche Stichtage für die zeitliche Abgrenzung von Aufwendungen und Erträgen:

– Zur Erstellung der Jahresabschlussrechnungen des Bundes waren Aufwendungen und Erträge, die dem vorangegangenen Jahr zugeordnet werden konnten, bis spätestens 15. Jänner in der Ergebnisrechnung des Vorjahres zu verrechnen[19]. Im Rahmen des Mängelbehebungsverfahrens konnte das BMF bis zum 31. März Anpassungen der Abschlussrechnungen vornehmen[20].

– Für eine periodengerechte Aufwands– und Ertragsermittlung waren Abrechnungen über Aufwendungen und Erträge, die nach Ende des Berichtsjahres bis zum 28./29. Februar des Folgejahres (im sogenannten „Transitorienzeitraum“) bei den SV–Trägern einlangten und das abgelaufene Jahr betrafen, dem Berichtsjahr zuzurechnen. Bei ständig wiederkehrenden Endabrechnungen, die die Gebarung der SV–Träger wesentlich beeinflussten (z.B. Honorarabrechnungen der Ärztinnen und Ärzte für das 4. Quartal, Krankenanstaltenfinanzierung, End-

16 Aufsichtsbehörde war das BMGF, soweit es sich um Angelegenheiten der Pensionsversicherung handelte das BMASK

17 SVA (Kranken– und Pensionsversicherung), SVB und VAEB (Kranken–, Unfall– und Pensionsversicherung), BVA (Kranken– und Unfallversicherung)

18 Weisung des Bundesministeriums für Soziale Verwaltung vom 1. Jänner 1979 i.d.g.F.

19 vgl. § 40 Abs. 1 BHV 2013

20 vgl. § 76 Abs. 4 BHV 2013

abrechnungen von Kostenersätzen des Bundes), war eine Ausnahme von der Stichtagsbetrachtung insofern vorgesehen, als auch spätere Abrechnungen bis zum Vorlagetermin am 31. Mai zu berücksichtigen waren.[21]

(4) Unterschiedliche zeitliche Abgrenzungen hatten bei Verrechnungen zwischen dem Bund und den SV–Trägern (z.B. bei gesetzlich vorgesehenen Kostenersätzen oder Beitragsleistungen des Bundes) zur Folge, dass Aufwendungen und Erträge in den Erfolgsrechnungen der Sozialversicherung bzw. dem Bundeshaushalt in einigen Fällen in unterschiedlicher Höhe berücksichtigt wurden. Davon waren bspw. folgende Gesundheitsaufwendungen des Bundes betroffen:

Tabelle 3: Darstellung von Verrechnungen zwischen Bund und Sozialversicherung

Gegenstand	Bund[1]	Sozialversicherung[2]	Differenz
	in Mio. EUR		
KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe und Übergangsgeld	254,41	250,02	4,39
KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld	75,68	57,91	17,77
Kostenanteil für Untersuchungen Mutter–Kind–Pass	38,83	37,31	1,52

[1] Bundeshaushalt 2014 (siehe Tabelle 6)

[2] Erfolgsrechnungen bzw. Einzelnachweisungen der SV–Träger 2014

Quellen: Bundeshaushalt 2014; SV–Träger

(5) Zur Sicherstellung der Transparenz der öffentlichen Finanzen war auch auf europarechtlicher Ebene eine Kohärenz der Rechnungslegungsvorschriften der Teilsektoren des Staates zur Erhebung von periodengerechten Daten vorgesehen.[22]

3.2 Der RH wies darauf hin, dass Rechnungsvorschriften Transparenz über die tatsächliche finanzielle Lage herstellen sollten. Er hielt kritisch fest, dass durch die unterschiedliche zeitliche Abgrenzung von Aufwendungen und Erträgen einzelne Verrechnungen zwischen Bund und Sozialversicherung in den jeweiligen Erfolgsrechnungen in unterschiedlicher Höhe dargestellt waren.

[21] Erlass des Bundesministeriums für soziale Verwaltung vom 21. Juni 1985, Zl. 22.000/9–8/85

[22] vgl. Art. 3 und 12 der Richtlinie des Rates über die Anforderungen an die haushaltspolitischen Rahmen der Mitgliedstaaten, RL 2011/85/EU

Er empfahl dem BMGF und dem BMASK, gemäß den Grundsätzen der Transparenz und Vergleichbarkeit die für die Sozialversicherung geltenden Vorschriften für die zeitliche Abgrenzung im Rechnungswesen mit jenen des Bundes zu harmonisieren.

3.3 (1) Das BMGF teilte in seiner Stellungnahme mit, die Rückstellungen würden das Einfließen von Schätzelementen in den Rechnungsabschluss bedingen, deren Ungewissheit umso größer sei, je weniger Informationen zum Zeitpunkt der Bilanzerstellung vorhanden seien.

Da die Gebarungsergebnisse der Versicherungsträger einen Bezug zu öffentlichen Budgets aufwiesen und die Grundlage für verschiedene (sozialpolitische) Entscheidungen (wie z.B. der Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln, des Bundesbeitrags, der Mittelverteilung aus dem Ausgleichsfonds) bildeten, sollten diese nach Möglichkeit nicht durch subjektive und von Träger zu Träger unterschiedlich ermittelte Schätzungen beeinflusst werden. Diese Auffassung vertrete das BMGF seit Jahrzehnten im Einvernehmen mit dem BMF und dem RH gegenüber den Sozialversicherungsträgern.

Im Interesse einer möglichst periodengerechten Erfolgsdarstellung seien bestimmte Transitorienzeiträume vorgesehen. In jenen Fällen, in denen zu diesem Zeitpunkt keine objektiven Informationsgrundlagen vorliegen würden, beruhe auch die Bildung einer Rückstellung im Wesentlichen auf Schätzungen und verbessere kaum die Datenbasis für Steuerungsentscheidungen.

Die Bildung von Rückstellungen könne daher aus Sicht des BMGF die periodengerechte Abgrenzung nur marginal verbessern, aber im Gegenzug – aufgrund des hohen Gestaltungsspielraums – eine enorme Problematik bei der künftigen ergebnisabhängigen Verteilung öffentlicher Mittel darstellen.

(2) Das BMASK teilte mit, dass im Bereich der Pensionsversicherung die zeitliche Harmonisierung mit dem Bund vollzogen worden sei.

(3) Der Hauptverband teilte mit, dass eine Verkürzung des derzeitigen Transitorienzeitraums, als Folge einer harmonisierten Periodenabgrenzung, Rückstellungen erfordern würde, deren Berechnung exakt vorzugeben wäre. Darüber hinaus würden Differenzen zum endgültigen Jahresergebnis entstehen, welches jedoch für strategische Entscheidungen und Vertragspartnerverhandlungen heranzuziehen sei.

3.4 Zur jahrzehntelangen Praxis des Rechnungswesens und der Grundlage für Entscheidungen auf Bundesebene entgegnete der RH dem BMGF wie bereits im Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3), dass sich gerade das Rechnungswesen des Bundes durch die Haushalts-

rechtsreform 2013 wesentlich im Sinne einer periodengerechten Darstellung verbessert hatte. Auch im Bereich der Länder und Gemeinden werden in Zukunft (entsprechend der Voranschlags– und Rechnungsabschlussverordnung 2015) Rückstellungen zu bilden sein, weshalb es nicht plausibel scheint, dass in der Krankenversicherung keine periodengerechte Abgrenzung möglich sein solle. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung, für eine periodengerechte Abgrenzung der Daten zu sorgen.

4.1 Für die Erstellung der Erfolgsrechnungen gaben die Rechnungsvorschriften allen SV–Trägern verbindliche Kontengruppen in Form eines sogenannten Einheitskontenrahmens vor. Eine Kontengruppe umfasste bspw. die KV–Beiträge für Pflichtversicherte oder Aufwendungen für Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen. Die weitere Unterteilung der vorgeschriebenen Kontengruppen in Konten (d.h. der Kontenplan) war nicht verbindlich vorgegeben, sondern hinsichtlich Art und Anzahl der Konten den einzelnen SV–Trägern überlassen. Infolgedessen war die Verbuchung auf Kontenebene der SV–Träger nicht einheitlich. Davon betroffen waren auch gesetzlich vorgesehene Kostenbeiträge des Bundes an die SV–Träger (**TZ 16**).

4.2 Der RH kritisierte, dass kein einheitlicher und verbindlicher Kontenplan vorlag, wodurch die Vergleichbarkeit von Daten der SV–Träger und die Steuerung von Aufwendungen durch den Hauptverband eingeschränkt war.

Der RH empfahl dem BMGF und dem BMASK, für einen einheitlichen und verbindlichen Kontenplan unter Berücksichtigung des Kontenplans des Bundes bei den SV–Trägern zu sorgen und dadurch Transparenz und Vergleichbarkeit in der notwendigen Gliederungstiefe sicherzustellen.

4.3 (1) Das BMGF hielt der Kritik des RH entgegen, dass die Rechnungsvorschriften den SV-Trägern eine hinreichende Zahl an definierten Konten sowie einen einheitlichen und verbindlichen Kontenplan vorgeben würden.

(2) Das BMASK teilte mit, dass es mit dem bestehenden Kontenrahmen und den verbindlichen Vorgaben zur Gliederung des Rechnungsabschlusses samt deren Einzelnachweisungen das Auslangen finde.

(3) Der Hauptverband teilte mit, dass der Kontorahmen tiefer und detaillierter zu gliedern und die Erläuterungen zu den Kontogruppen klarer zu definieren seien. Die einheitliche Anwendung sowie eine bundesweit hohe Datenqualität seien sicherzustellen, um fundierte und qualitativ hochwertige Auswertungen durchführen zu können.

4.4 Der RH entgegnete dem BMGF und dem BMASK, dass ein einheitlicher und verbindlicher Kontenplan mit tieferer Gliederung derzeit unabdingbar ist, um den SV-Trägern

eine einheitliche Verbuchung von Geschäftsfällen zu ermöglichen und die notwendige Datenqualität als Grundlage für bundesweite steuerungsrelevante Maßnahmen sicherzustellen. Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung, für die SV-Träger einen einheitlichen und verbindlichen Kontenplan zur Verfügung zu stellen.

5.1 Für einzelne Positionen der Erfolgsrechnung war eine genauere Aufgliederung in sogenannte Einzelnachweisungen vorgesehen. Die Rechnungslegungsvorschriften legten fest, zu welchen Positionen der Erfolgsrechnung und in welchem Detaillierungsgrad Einzelnachweisungen zu erstellen waren. Der Mittelumfang der jeweiligen Position war kein Kriterium für diese Festlegung. So war bspw. für die Gesundheitsförderung der KV–Träger mit einem Umfang von 0,5 % des Aufwands für Versicherungsleistungen ein Einzelnachweis zu erbringen, für die unterschiedlichen Bereiche der Anstaltspflege (z.B. Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds, Pauschalbetrag AUVA, ausländische Krankenanstalten) mit Umfang von 30,5 %, Mutterschaftsleistungen (z.B. Mutter–Kind–Pass–Untersuchungen, ärztliche Hilfe, Anstaltspflege) mit 4,1 % oder Zahnbehandlung (z.B. Vertragsärztinnen und –ärzte, Wahlärztinnen und –ärzte, eigene Einrichtungen) mit 6 % hingegen nicht.

5.2 Nach Ansicht des RH war die vorgeschriebene Verwendung von Einzelnachweisungen nicht nachvollziehbar. Der RH kritisierte, dass wesentliche Gebarungsbereiche, wie die Anstaltspflege, Mutterschaftsleistungen oder Zahnbehandlungen, von der Verpflichtung zur Erstellung von Einzelnachweisungen nicht erfasst waren, Bereiche mit geringerem Mittelvolumen, wie die Gesundheitsförderung, hingegen schon.

Der RH empfahl dem BMGF und dem BMASK, steuerungsrelevante Positionen der Erfolgsrechnung festzulegen und dafür Einzelnachweisungen in der erforderlichen Gliederungstiefe vorzusehen.

5.3 (1) Das BMGF teilte mit, dass die Einzelnachweisungen je nach Informationsbedarf vorgesehen seien. Die Aufwandsposition „Mutterschaftsleistungen“ werde lt. BMGF bereits direkt in der Erfolgsrechnung in die Position „Arzt(Hebammen)hilfe“, „Anstalts(Entbindungsheim)pflege“ und Wochengeld untergliedert.

(2) Das BMGF und das BMASK teilten zudem mit, dass zum Zweck der Neugestaltung von Einzelnachweisungen ein Arbeitskreis gebildet worden sei, in dem BMGF, BMASK, ausgewählte SV-Träger und der Hauptverband vertreten seien und der die Empfehlungen des RH nach Möglichkeit berücksichtigen werde.

(3) Der Hauptverband stimmte in seiner Stellungnahme der Empfehlung des RH zu.

5.4 Der RH blieb gegenüber dem BMGF bei seiner Empfehlung, Einzelnachweisungen in der erforderlichen Gliederungstiefe bei steuerungsrelevanten Positionen vorzu-

sehen und sah in dem neu gebildeten Arbeitskreis eine gute Voraussetzung für eine dementsprechende Lösung.

6.1 (1) Die SV–Träger hatten gemäß § 447f ASVG einen Pauschalbetrag an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung (2014: 4,9 Mrd. EUR) zu leisten (**TZ 28**). Die Rechnungsvorschriften sahen vor, dass dieser Pauschalbetrag in der Erfolgsrechnung nicht in einem Betrag auszuweisen, sondern schlüsselmäßig aufgrund der Aufwandserhebung 1994 neben der Position „Überweisung an den Krankenanstaltenfonds“ (i.H.v. 4,275 Mrd. EUR) auf weitere vier – hier folgende – Aufwandspositionen zu verteilen war:

– Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen (Ambulanzkosten): 498,06 Mio. EUR

– Zahnbehandlung, Zahnersatz: 4,53 Mio. EUR

– Mutterschaftsleistungen (Anstaltspflege): 118,84 Mio. EUR

– Medizinische Rehabilitation (Stationärer Bereich): 4,08 Mio. EUR

Somit war der Gesamtbetrag der Aufwendungen für die Krankenanstaltenfinanzierung aus der Erfolgsrechnung nicht ersichtlich, da der als „Überweisung an den Krankenanstaltenfonds“ ausgewiesene Betrag mit 4,275 Mrd. EUR um rd. 625 Mio. EUR geringer war als der tatsächliche Überweisungsbetrag (4,9 Mrd. EUR).

(2) Nach 1994 erfolgte keine weitere Ermittlung des Aufteilungsschlüssels, sodass dieser bis zum Ende der gegenständlichen Gebarungsüberprüfung für die Aufteilung des Pauschalbetrags auf die fünf Aufwandspositionen unverändert beibehalten wurde. Den Anteil der Zahlungen für die Krankenanstaltenfinanzierung gemäß § 447f ASVG an den betreffenden Aufwandspositionen der Erfolgsrechnung der KV–Träger zeigt die folgende Tabelle:

Tabelle 4: Aufgliederung der Überweisungen nach § 447f ASVG

Aufwandsposition der Erfolgsrechnung der KV–Träger	Aufwand laut Erfolgsrechnung	davon Aufwendungen nach § 447f ASVG	
	in Mio. EUR	in Mio. EUR	in % des Aufwands laut Erfolgsrechnung
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	3.946,64	498,06	12,6
Zahnbehandlung, Zahnersatz	921,43	4,53	0,5
Überweisung an den Krankenanstaltenfonds	4.275,00	4.275,00	100,0
Mutterschaftsleistungen (Anstaltspflege)	124,00	118,84	95,9
Medizinische Rehabilitation	398,70	4,08	1,0
Summe	**9.666,24**	**4.900,42**	**50,7**

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: RH; SV–Träger

In den fünf Aufwandspositionen der Erfolgsrechnung der KV–Träger mit einem Gesamtbetrag von 9,666 Mrd. EUR waren Aufwendungen für den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung im Ausmaß von 4,9 Mrd. EUR enthalten, aber nicht transparent ausgewiesen. So resultierten bspw. in der Aufwandsposition Mutterschaftsleistungen 95,9 % des Gesamtaufwands aus Aufwendungen für den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung.

6.2 Der RH hielt kritisch fest, dass bei der Überweisung an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung durch die Verwendung des Aufteilungsschlüssels aus dem Jahr 1994 die Aussagekraft der Erfolgsrechnung im Hinblick auf wesentliche Aufwandspositionen nicht gegeben war.

Der RH empfahl dem BMGF und dem BMASK, für eine höhere Transparenz in der Erfolgsrechnung durch zusätzliche Aufgliederungen (Einzelnachweisungen) zu sorgen, damit einzelne Mittelflüsse (wie jener für die Krankenanstaltenfinanzierung) nachvollziehbar werden.

6.3 (1) Das BMGF teilte mit, dass die Einzelnachweisungen je nach Informationsbedarf vorgesehen seien. Der Gesamtbetrag der Aufwendungen für die Krankenanstaltenfinanzierung sei lt. BMGF im Beiblatt 6 des Rechnungsabschlusses ersichtlich.

(2) Das BMGF und das BMASK teilten zudem mit, dass zum Zweck der Neugestaltung von Einzelnachweisungen ein Arbeitskreis gebildet worden sei, in dem BMGF, BMASK, ausgewählte SV–Träger und der Hauptverband vertreten seien und der die Empfehlungen des RH nach Möglichkeit berücksichtigen werde.

(3) Der Hauptverband verwies ebenfalls auf das Beiblatt 6 zur Erfolgsrechnung.

6.4 Der RH entgegnete dem BMGF, dem BMASK und dem Hauptverband, dass aufgrund der Verwendung eines Aufteilungsschlüssels aus dem Jahr 1994 nicht nur die Erfolgsrechnung wesentliche Aufwandspositionen nicht korrekt wiedergibt, sondern auch die Aussagekraft des Beiblattes 6 (Aufgliederung der Überweisungen gem. § 447f ASVG usw.) des Rechnungsabschlusses zu hinterfragen ist. Er hielt daher seine Empfehlung aufrecht und sah in dem neu gebildeten Arbeitskreis eine gute Voraussetzung für eine dementsprechende Lösung.

Länder Burgenland und Salzburg; Landesgesundheitsfonds

7.1 (1) Art. 18 Abs. 2 der 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens sah vor, dass bei der Einrichtung und Tätigkeit von Landesgesundheitsfonds jedenfalls zwischen den Ländern akkordierte und die Vergleichbarkeit gewährleistende Verrechnungsvorschriften Anwendung zu finden haben und eine periodengerechte Abgrenzung der Mittel der Landesgesundheitsfonds zu erfolgen hat. Laut Angaben des Landes Salzburg und des SAGES sowie des BURGEF erfolgte bisher keine Akkordierung von Verrechnungsvorschriften zwischen den Ländern.

(2) Das Salzburger Gesundheitsfondsgesetz sah im § 26 vor, dass die Geschäftsführung der Gesundheitsplattform jährlich einen Voranschlag, einen Stellenplan und einen Jahresabschluss zur Genehmigung vorzulegen hat. Nach Beschlussfassung durch die Gesundheitsplattform waren die Voranschläge und Jahresabschlüsse der Landesregierung und der Bundesgesundheitsagentur (**BGA**) zu übermitteln. Die Landesregierung hatte dem Landtag jährlich über den Stand und die Gebarung des Fonds zu berichten. Das Salzburger Gesundheitsfondsgesetz enthielt jedoch keine rechtlichen Bestimmungen zur Form und Gliederung der Voranschläge bzw. Jahresabschlüsse. Für den BURGEF lagen ebenfalls keine Bestimmungen zur Form und Gliederung der Voranschläge bzw. Jahresabschlüsse vor.

Obwohl sich sowohl der BURGEF als auch der SAGES bei der Erstellung ihrer Jahresabschlüsse grundsätzlich an den Vorschriften des § 189 ff. UGB orientierten, wichen die Form und Gliederung der Jahresabschlüsse der beiden Fonds voneinander ab. Beispielsweise bestanden in der Gewinn– und Verlustrechnung Unterschiede bei der Darstellung nicht zahlungswirksamer Erträge (siehe **TZ 51** und **TZ 52** bzw. **TZ 59**, **TZ 60** und **TZ 61**), die Bilanzen unterschieden sich in ihrer Gliederung und der Darstellung der Rücklagen und Rückstellungen.

(3) Eine regelmäßige jährliche Prüfung des Jahresabschlusses des SAGES durch ein externes Kontrollorgan erfolgte nicht. Den Jahresabschluss des BURGEF überprüfte ein Kontrollorgan des Landes (Finanzabteilung).

7.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass für das Rechnungswesen der Landesgesundheitsfonds mit einem Gebarungsumfang von – im Falle des SAGES – über 700 Mio. EUR bzw. – im Falle des BURGEF – über 230 Mio. EUR keine detaillierten Vorschriften über die Form und Gliederung der Jahresabschlüsse vorlagen. Die in der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens vorgesehene Akkordierung zwischen den Ländern fehlte und die Vergleichbarkeit der Jahresabschlüsse war aus Sicht des RH nicht gegeben.

Er empfahl den Ländern Burgenland und Salzburg, die für Landesgesundheitsfonds anzuwendenden Verrechnungsvorschriften klar zu definieren und im Sinne eines harmonisierten Rechnungswesens mit dem Haushaltsrecht des Bundes kohärent zu gestalten. Zudem ist auf eine Vereinheitlichung der Vorschriften mit allen Ländern hinzuwirken.

Der RH hielt kritisch fest, dass der Jahresabschluss des SAGES nicht jährlich durch ein externes Kontrollorgan überprüft wurde.

Er empfahl dem Land Salzburg, diese Überprüfung durchführen zu lassen.

7.3 Das Land Salzburg stimmte dem RH zu, dass eine Vorgabe über die anzuwendenden Vorschriften festzulegen sei, und verwies auf die Umstellung des Landesrechnungswesens ab 2018.

Ebenso stimmte das Land Salzburg dem RH zu, dass bisher keine Prüfung durch ein externes Kontrollorgan erfolgt war, verwies jedoch auf die Prüfung durch die Finanzabteilung des Landes und die Befassung des Finanzüberwachungsausschusses. Das Land Salzburg werde die Empfehlung des RH aufnehmen und in Hinkunft ein externes Kontrollorgan mit einer jährlichen Prüfung befassen.

7.4 Der RH begrüßte die geplante Prüfung des Jahresabschlusses des SAGES durch ein externes Kontrollorgan.

Gesundheitssystem in Österreich; Kompetenzen, Akteure und Reformen

8.1 (1) Die Aufsplitterung der Kompetenzen auf eine Vielzahl von Akteuren auf Bundes–, Länder– und Gemeindeebene war charakteristisch für das österreichische Gesundheitswesen.[23] Das Bundes–Verfassungsgesetz (**B–VG**), BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.[24] regelte, dass die Gesetzgebung und Vollziehung im Bereich des Gesundheitswesens Bundessache, jedoch im Bereich der Heil– und Pflegeanstalten die Erlassung von Ausführungsgesetzen und die Vollziehung Landessache war. Ebenso lag gemäß B–VG die Gesetzgebungs– und Vollziehungskompetenz im Sozial– und Versicherungswesen beim Bund.

[23] siehe Positionen Verwaltungsreform 2011, Reihe 2011/1, S. 79, und Positionen für eine nachhaltige Entwicklung Österreichs, Reihe 2016/2, S. 215

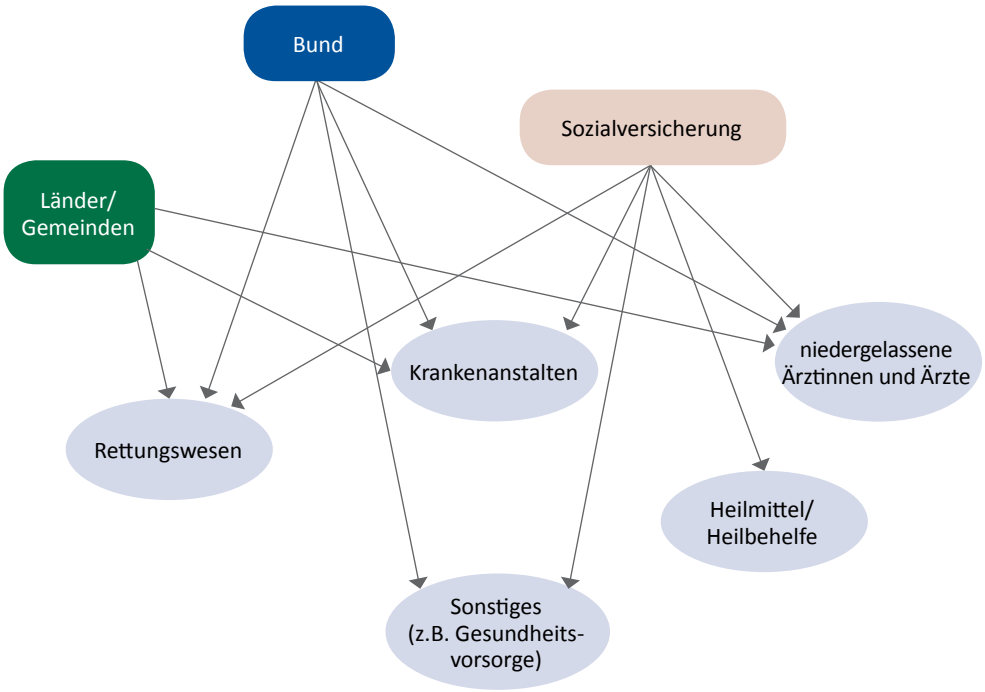
[24] Art. 10 Abs. 1 Z 12 und Art. 12 Abs. 1 Z 1

Die Aufteilung der Kompetenzen sowie im Wesentlichen die Finanzierung des Gesundheitswesens zwischen Bund und Ländern waren in der Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens[25], in der 15a–Vereinbarung Zielsteuerung–Gesundheit[26] und im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG)[27] geregelt.

Eine weitere wesentliche rechtliche Grundlage für die Finanzierung im Gesundheitswesen war das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (**ASVG**)[28].

Folgende Abbildung zeigt in vereinfachter Form die Akteure und die in der vorliegenden Prüfung berücksichtigten Gesundheitsdienstleistungen:

Abbildung 1: Akteure und Dienstleistungen des Gesundheitssystems (vereinfachte Darstellung)



Quelle: RH

[25] BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F.

[26] BGBl. I Nr. 200/2013

[27] BGBl. Nr. 1/1957 i.d.g.F.

[28] Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.

Bund

Die Zuständigkeit für das Gesundheitswesen lag beim Bund. Es bestanden jedoch laut Art. 10 Abs. 1 (12) B–VG zahlreiche Ausnahmen[29]. Von den Ministerien wiesen das BMGF (UG 24), das BMASK (UG 20, 21) und das BMF (UG 16, 44) nennenswerte Mittelflüsse auf.

In der vorliegenden Prüfung erfasste der RH die Finanzierungsströme des Bundes für die Gesundheitsdienstleistungen Krankenanstalten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, das Rettungswesen und sonstige Leistungen, wie bspw. Subventionen an verschiedene gesundheitsrelevante Einrichtungen (siehe **TZ 9** ff.).

Sozialversicherung (SV)

Im Bereich der Sozialversicherung lag die Vollziehung bei den SV–Trägern, die in Selbstverwaltung geführt und durch den Hauptverband der Sozialversicherungsträger koordiniert und vertreten werden. Die Sozialversicherung umfasste die Bereiche Krankenversicherung (**KV**)[30], Pensionsversicherung (**PV**)[31] und Unfallversicherung (**UV**)[32].

In der vorliegenden Prüfung erfasste der RH die Finanzierungsströme der Sozialversicherung für die Gesundheitsdienstleistungen Krankenanstalten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Heilmittel und Heilbehelfe, das Rettungswesen und sonstige Leistungen, wie bspw. die Gesundheitsvorsorge (siehe **TZ 22** ff.).

[29] „Gesundheitswesen mit Ausnahme des Leichen- und Bestattungswesens sowie des Gemeindesanitätsdienstes und Rettungswesens, hinsichtlich der Heil– und Pflegeanstalten, des Kurortewesens und der natürlichen Heilvorkommen jedoch nur die sanitäre Aufsicht; Maßnahmen zur Abwehr von gefährlichen Belastungen der Umwelt, die durch Überschreitung von Immissionsgrenzwerten entstehen; Luftreinhaltung, unbeschadet der Zuständigkeit der Länder für Heizungsanlagen; Abfallwirtschaft hinsichtlich gefährlicher Abfälle, hinsichtlich anderer Abfälle nur soweit ein Bedürfnis nach Erlassung einheitlicher Vorschriften vorhanden ist; Veterinärwesen; Ernährungswesen einschließlich der Nahrungsmittelkontrolle; Regelung des geschäftlichen Verkehrs mit Saat- und Pflanzgut, Futter–, Dünge- und Pflanzenschutzmitteln sowie mit Pflanzenschutzgeräten, einschließlich der Zulassung und bei Saat- und Pflanzgut auch der Anerkennung“

[30] z.B. neun Bundesländergebietskrankenkassen, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA)

[31] z.B. Pensionsversicherungsanstalt

[32] z.B. Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)

Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds (PRIKRAF)

Der Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds finanzierte mit den Geldern der SV–Träger die stationären Leistungen der Privatkrankenanstalten, für die eine vertragliche Leistungspflicht der Sozialversicherung bestand[33] (siehe **TZ 37**).

Krankenfürsorgeanstalten (KFA)

Die Krankenfürsorgeanstalten erfüllten Aufgaben der Kranken– und Unfallversicherung für öffentlich Bedienstete in den Ländern Oberösterreich und Tirol sowie für neun Gemeinden[34] (siehe **TZ 42**).

Länder

Aufgrund der kompetenzrechtlichen Regelungen betrafen die Mittelflüsse auf Landesebene insbesondere die Kranken– und Kuranstalten sowie die Rettungs– und Krankenbeförderungsdienste.[35]

In der vorliegenden Prüfung erfasste der RH die Finanzierungsströme der Länder Burgenland und Salzburg für die Gesundheitsdienstleistungen Krankenanstalten, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und das Rettungswesen (siehe **TZ 43** ff.).

Gemeinden

Den meisten Gemeinden kam die Finanzierung[36] der Krankenanstalten (z.B. Krankenanstaltenbeiträge für den Landesgesundheitsfonds) und des Rettungswesens (gemeinsam mit den Ländern) zu (siehe **TZ 62**).

(2) Der RH wies in mehreren Berichten (z.B. „System des österreichischen Gesundheitswesens“, Reihe Bund 2002/4, oder „Teilbereiche der Gesundheitsreform 2005 mit Länderaspekten in Tirol und Wien“, Reihe Bund 2010/5) auf die Notwendigkeit hin, die Steuerung des österreichischen Gesundheitssystems zu verbessern. Insbesondere in seinen Vorschlägen zur Verwaltungsreform (Positionen Reihe 2011/1 und Reihe 2016/2) kritisierte er die Zersplitterung der Kompetenzen im Gesundheitsbereich und dass eine Finanzierung des gesamten Gesundheitsbereichs aus einem Topf nach wie vor nicht vorgesehen war.

---

[33] Bundesgesetz über die Einrichtung eines Fonds zur Finanzierung privater Krankenanstalten (Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfondsgesetz – PRIKRAF–G), BGBl. I Nr. 165/2004 i.d.g.F

[34] Wien, Graz, Linz, Salzburg, Villach, Wels, Steyr, Baden, Hallein

[35] Bundes–Verfassungsgesetz (B–VG), BGBl. Nr. 1/1930 i.d.g.F.

[36] Den Gemeinden obliegt nach B–VG Art. 118 Abs. 3 im Gesundheitsbereich die Zuständigkeit für die örtliche Gesundheitspolizei, für das Hilfs– und Rettungswesen und für das Leichen– und Bestattungswesen.

(3) Die Gesundheitsreform 2013[37] von Bund, Sozialversicherung und Ländern sollte eine partnerschaftliche Zielsteuerung ermöglichen. Wie der RH sowohl in seiner Stellungnahme zur Gesundheitsreform 2013 (Gesetzesbegutachtung 13. März 2013) als auch im Bericht („Instrumente der finanziellen Steuerung der Krankenversicherung", Reihe Bund 2016/3) ausgeführt hatte, begrüßte er die in der Gesundheitsreform 2013 verfolgten Ziele grundsätzlich, merkte aber kritisch an, dass auch nach der Gesundheitsreform 2013 die zersplitterte Kompetenzlage unverändert blieb, die Ausgaben–, Aufgaben– und Finanzierungsverantwortung weiterhin auseinanderfiel, ein gemeinsamer Finanzierungstopf nicht erreicht wurde und das prägende Prinzip der Einstimmigkeit notwendige Maßnahmen verhinderte.

8.2 Der RH hielt an seiner Kritik fest, dass trotz Gesundheitsreform 2013 eine Zersplitterung der Finanzierungszuständigkeit bestehen blieb (z.B. der Krankenanstaltenfinanzierung).

8.3 Das BMGF verwies in seiner Stellungnahme auf seine zum Bericht „Instrumente zur finanziellen Steuerung der Krankenversicherung" (Reihe Bund 2016/3) getätigte Äußerung, dass ein einfacheres Steuerungssystem zwar wünschenswert, aber in der Praxis schwierig umzusetzen sei.

8.4 Der RH wiederholte gegenüber dem BMGF seine Kritik hinsichtlich der Zersplitterung der Finanzierungszuständigkeit und betrachtete die Gesundheitsreform als einen ersten Schritt, dem weitere folgen sollten.

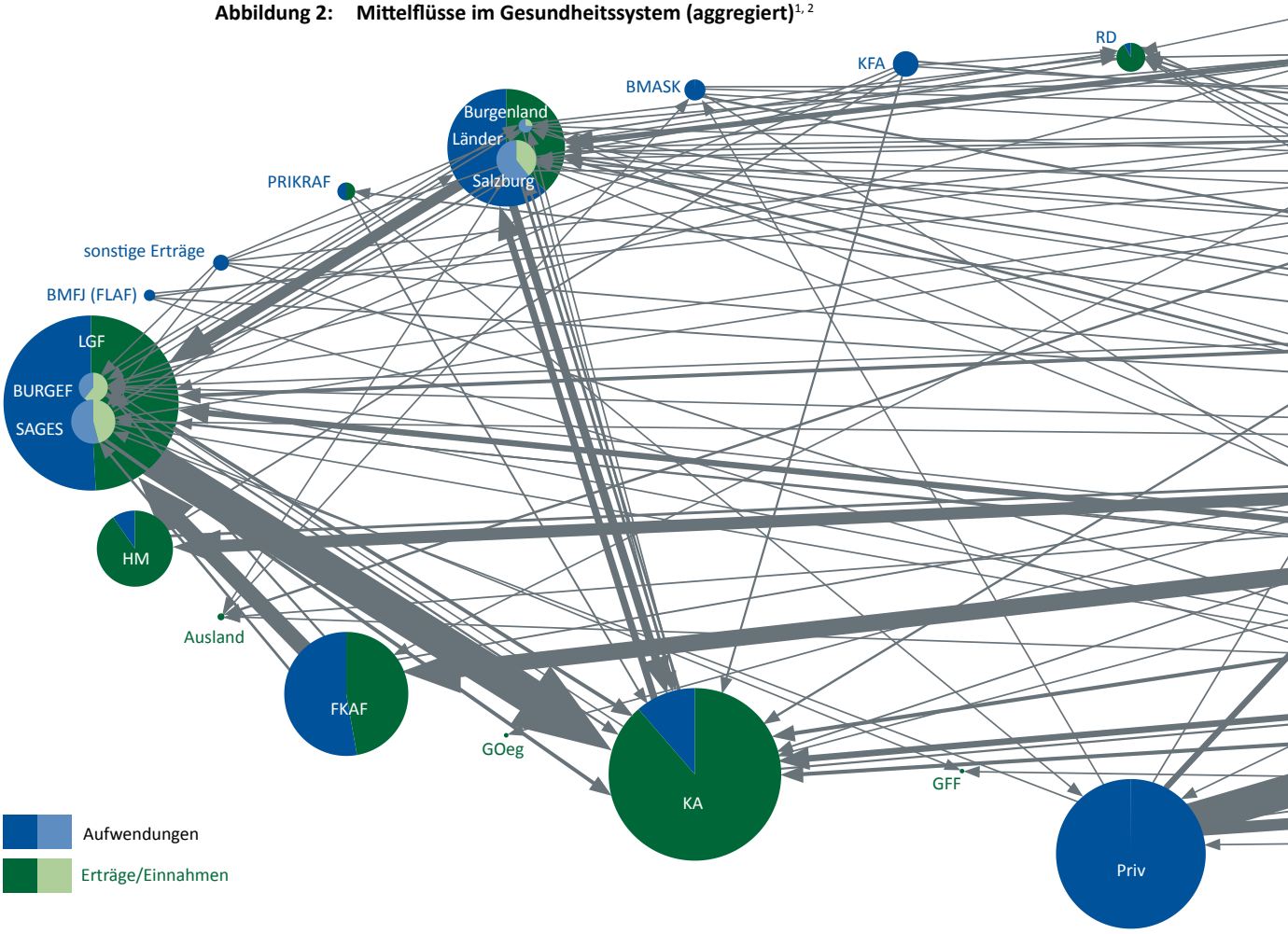
[37] u.a. G–ZG, BGBl. I Nr. 81/2013

Mittelflüsse

Gesamtüberblick

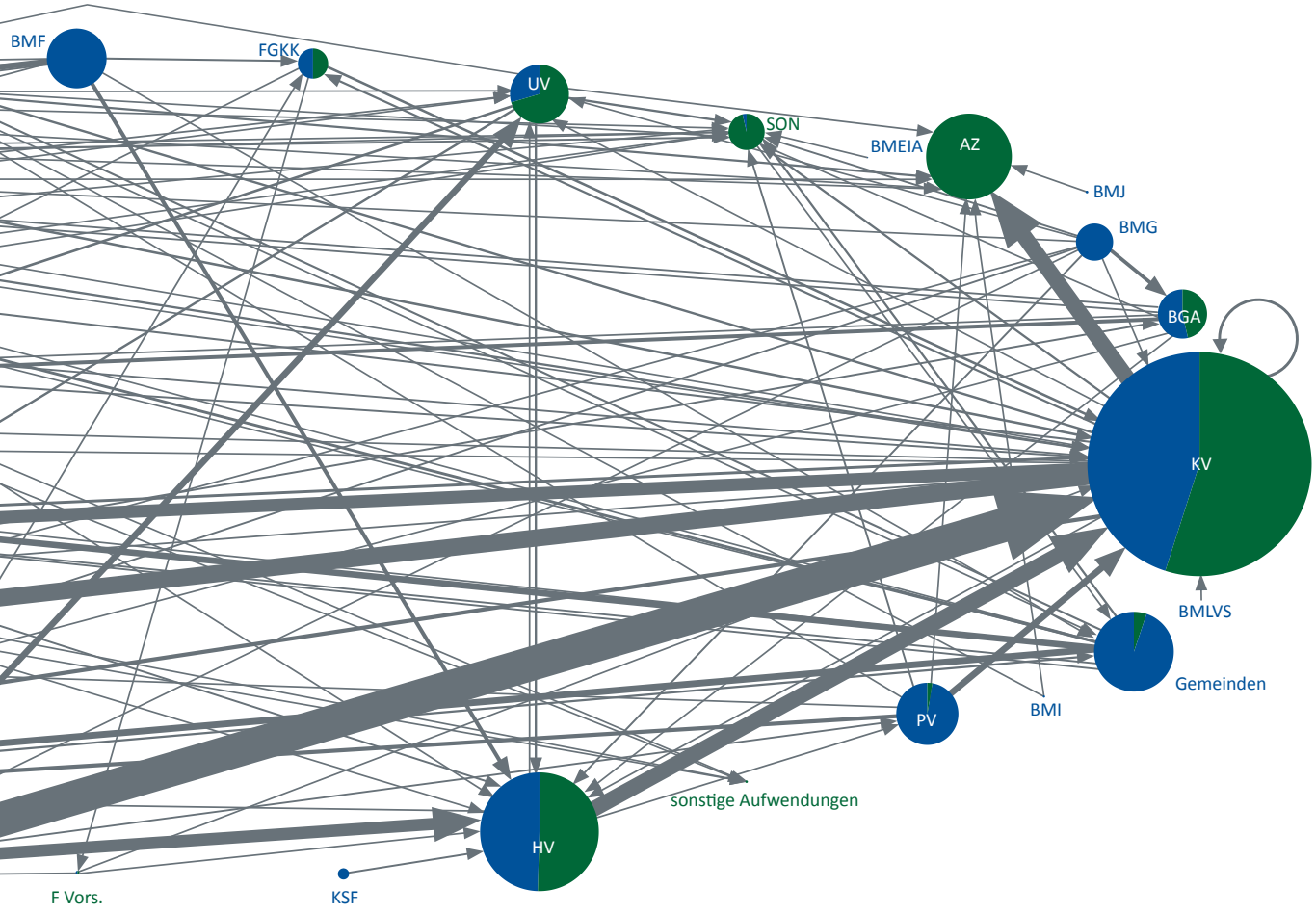
9 Folgende Abbildung stellt die Mittelflüsse des österreichischen Gesundheitssystems im Jahr 2014 dar. In weitere Folge werden die Mittelflüsse für einzelne Teilbereiche (Bund, Sozialversicherung, Land Burgenland, Land Salzburg) im Detail dargestellt.

Abbildung 2: Mittelflüsse im Gesundheitssystem (aggregiert)[1, 2]



[1] In der Grafik wurden aus Vereinfachungsgründen keine „inneren Ströme" des Bundes berücksichtigt, bspw. wurden Mittel des FLAF, die über das BMGF an den Hauptverband flossen, nur in der Verbindung BMG–HV dargestellt.

KA	Kur– und Krankenanstalten
AZ	Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene)
HM	Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel
RD	Rettungsdienste
SON	Sonstige Gesundheitsdienstleistungen
FKAF	Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung



[2] Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Drehscheiben" der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

FGKK	Ausgleichsfonds der GKK	LGF	Landesgesundheitsfonds
F Vors	Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung	BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
BGA	Bundesgesundheitsagentur	SAGES	Salzburger Gesundheitsfonds
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH	GFF	Gesundheitsförderungsfonds
Priv	KV–Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine	KV	Krankenversicherungsträger
KFA	Krankenfürsorgeanstalten		

Quellen: BMF; BMGF; BMASK; Hauptverband; Land Burgenland; Land Salzburg; KFA; Länder; Gemeinden; RH

Für die Darstellung der gesamten Mittelflüsse im Gesundheitswesen erfasste der RH mehr als 60 Akteure. Aufgegliedert nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen[38] nach dieser Darstellung auf die Krankenanstalten 17,852 Mrd. EUR, auf die Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel 3,54 Mrd. EUR, auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte 4,669 Mrd. EUR, auf das Rettungswesen 520,44 Mio. EUR und auf Sonstige Gesundheitsdienstleistungen 800,38 Mio. EUR.

Bund

Überblick

10 Das BMGF war zuständig für die allgemeine Gesundheitspolitik und Aufsichtsbehörde für die Kranken– und Unfallversicherung.

Der höchst dotierte Fonds im Kompetenzbereich des BMGF war die Bundesgesundheitsagentur, welche finanzielle Mittel nach vereinbartem Schlüssel an die neun Landesgesundheitsfonds verteilte (siehe **TZ 15**).

Außerdem waren noch die Institutionen Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**) und die Österreichische Agentur für Ernährungssicherheit (**AGES**) zu nennen (siehe **TZ 20**).

Die Aufsichtsfunktion des BMASK bzw. BMGF umfasste alle Bereiche der Sozialversicherungsträger und damit auch den Gesundheitsbereich.

Dem BMF kam u.a. durch die Verteilung finanzieller Mittel im Rahmen des Finanzausgleichs[39] eine bedeutende Rolle zu (siehe **TZ 14**). Dies betraf z.B. die Gewährung von Zweckzuschüssen an die Länder für die Krankenanstaltenfinanzierung[40].

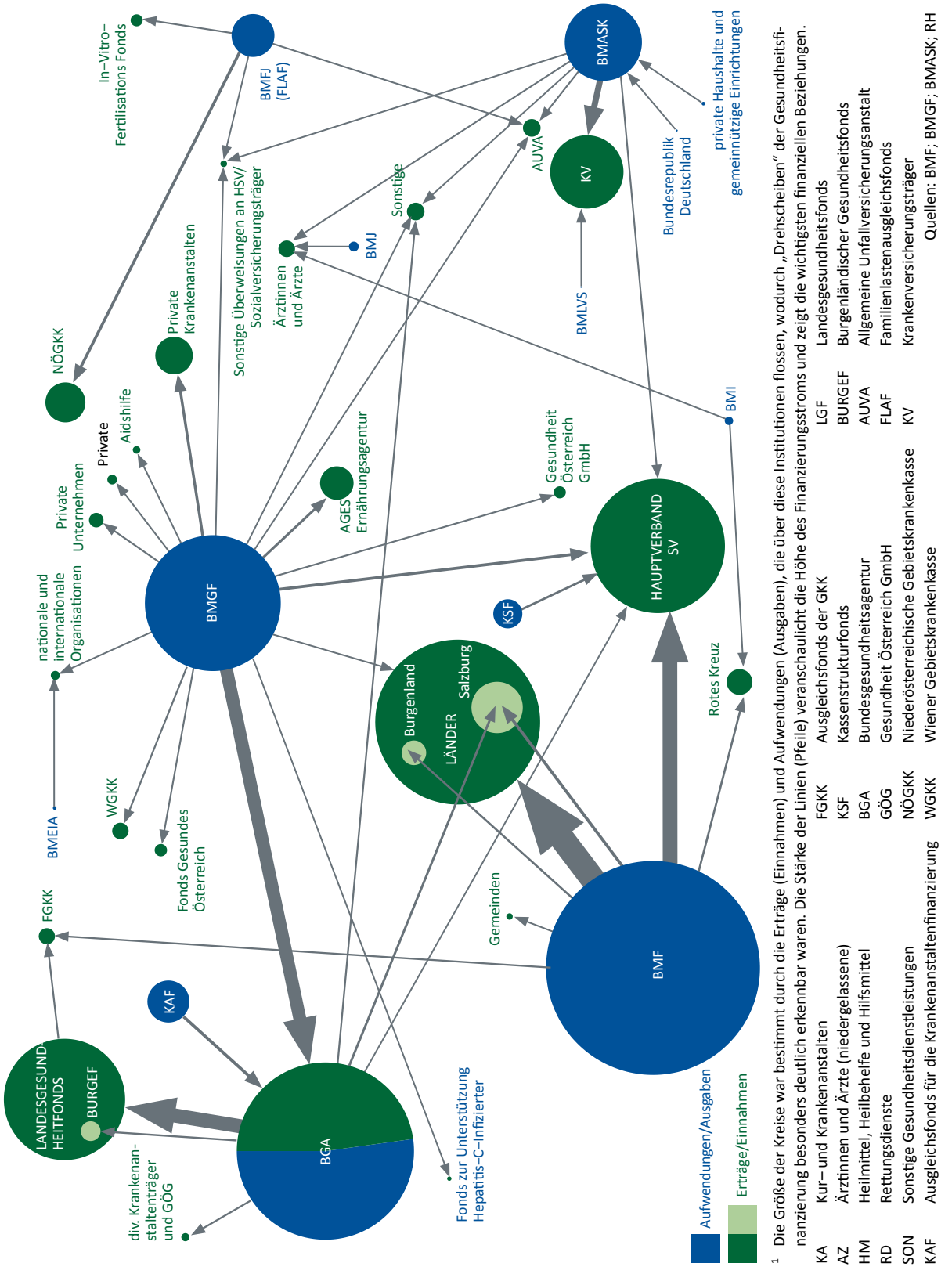
11 Folgende Abbildung stellt die Mittelflüsse des Bundes im Jahr 2014 dar:

[38] Die dargestellten Zahlen bezogen sich auf unterschiedliche Abrechnungszeiträume. Eine zusammenfassende Darstellung über alle Institutionen hinweg war daher nicht möglich.

[39] Finanzausgleichsgesetz 2008 (FAG 2008), BGBl. I Nr. 103/2007 i.d.g.F.

[40] § 23 Abs. 2 bzw. §§ 9 und 11 FAG 2008

Abbildung 3: Mittelflüsse des Bundes, 2014[1]



[1] Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Drehscheiben" der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) veranschaulicht die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

KA	Kur– und Krankenanstalten	FGKK	Ausgleichsfonds der GKK	LGF	Landesgesundheitsfonds
AZ	Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene)	KSF	Kassenstrukturfonds	BURGEF	Burgenländischer Gesundheitsfonds
HM	Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel	BGA	Bundesgesundheitsagentur	AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
RD	Rettungsdienste	GÖG	Gesundheit Österreich GmbH	FLAF	Familienlastenausgleichsfonds
SON	Sonstige Gesundheitsdienstleistungen	NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse	KV	Krankenversicherungsträger
KAF	Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung	WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse		

Quellen: BMF; BMGF; BMASK; RH

Um die Mittelflüsse des Bundes im Gesundheitswesen darzustellen, erfasste der RH mehr als 60 Akteure (Zahler und Empfänger). Die Mittel des Bundes flossen vielfach an weitere Institutionen (z.B. Länder), bevor sie die Gesundheitsdienstleister erreichten. Aufgegliedert nach Ministerien entfielen 2,168 Mrd. EUR auf das BMF (einschließlich der Mittel aus dem Finanzausgleich), 874,17 Mio. EUR auf das BMGF, 281,25 Mio. EUR auf das BMASK sowie weitere 95,54 Mio. EUR auf andere Ministerien[41].

Erträge und Aufwendungen

12 Die Mittelaufbringung des Bundes erfolgte über den allgemeinen Bundeshaushalt. Aufgrund des Gesamtbedeckungsgrundsatzes[42] waren nur 824.954 EUR dem Gesundheitsbereich (Untergliederung 21 – Soziales und Konsumentenschutz) zuzuordnen. In Tabelle 5 werden diese Erträge des Bundes im Gesundheitsbereich auf Basis des Bundesrechnungsabschlusses 2014 dargestellt:

Tabelle 5: Erträge des Bundes im Gesundheitsbereich, 2014

Gegenstand	von	in EUR
Beiträge zur Krankenversicherung aus der Kriegsopferversorgung	privaten Haushalten und gemeinnützigen Institutionen	631.357
Kostenersätze für Heilfürsorge und Krankenbehandlung – Kriegsopferversorgung	Bundesrepublik Deutschland	193.597
Summe		**824.954**

Quellen: BMF; RH

13 In Tabelle 6 werden die Aufwendungen des Bundes im Gesundheitsbereich – einschließlich der Aufwendungen nach Gesundheits– und Sozialbereich–Beihilfengesetz (**GSBG**) – auf Basis des Bundesrechnungsabschlusses 2014 sowie Mittelzuwendungen aus dem Finanzausgleich dargestellt. Der RH fasste für einen kompakten Überblick thematisch zusammenhängende Positionen zusammen.

41 Die dargestellten Zahlen durchfließen zum Teil mehrere Ministerien. Eine Aufsummierung der Zahlen ist daher nicht möglich.

42 § 48 (1) BHG 2013

Tabelle 6: Aufwendungen im Gesundheitsbereich im Bundeshaushalt, 2014 – Überblick[1]

UG	Gegenstand	an	in Mio. EUR	in %	erläutert in TZ
16	GSBG (Krankenanstalten/Krankenfürsorgeeinrichtungen/Fürsorgeträger/Krankentransporte)[2]	Länder	1.092,29	33,0	14
16	GSBG (Kranken– und Kuranstalten)[2]	Hauptverband	727,80	22,0	14
24	Finanzierung nach KAKuG	Bundesgesundheitsagentur	627,61	19,0	15, 16
20	KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld, Notstandshilfe und Übergangsgeld	KV–Träger	254,41	4,6	17
21, 24	Subventionen, Werkleistungen, Leistungsabgeltung	verschiedene Gesundheitseinrichtungen	162,46	4,5	20
44	Transferzahlungen an Länder gemäß FAG, Krankenanstaltenfinanzierung – USt–Anteil	Länder	150,68	3,1	19
25	KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld	NÖGKK	75,68	2,3	17
24	Transfer vom Kassenstrukturfonds	Hauptverband	40,00	1,6	17
24	Kostenanteil für Untersuchungen Mutter–Kind–Pass	Hauptverband	38,83	1,2	17
24	Ausgleichsbetrag KV–Beitrag Bedarfsorientierte Mindestsicherung	Hauptverband	36,47	1,2	17
16, 11	GSBG–Mittel[2] + Mittel der UG 11	Rotes Kreuz	31,43	1,1	14
11, 13, 21	Ärztliche Leistungen	Ärztinnen und Ärzte	13,00	1,0	
24	Prophylaxe, öffentliches Kinderimpfkonzept	WGKK	12,71	0,4	16
16	Überweisung gemäß ASVG – Tabaksteuer	Ausgleichsfonds der GKK	12,42	0,4	17
20	Unfallversicherungsbeitrag für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld/Arbeitsstiftung	AUVA	9,45	0,4	18
21	KV–Beiträge Kriegsopferversorgung	Hauptverband	8,46	0,3	17
24, 25	Beiträge zur Schülerunfallversicherung + Bundesbeitrag zur UV gemäß § 74a ASVG	AUVA	5,22	0,3	18
20, 24, 25	Sonstiges an Sozialversicherung	SV	2,19	0,3	
	Sonstiges	Verschiedene	1,51	0,2	
24	Leistungen im Rahmen der mittelbaren Bundesverwaltung + sonstige Zahlungen	Länder	1,44	0,2	20
Zwischensumme			**3.305,18**	**100,0**	
FAG	Ausgleichszahlungen Abschaffung Selbstträgerschaft	Länder	42,68		19
FAG	Ausgleichszahlungen Abschaffung Selbstträgerschaft	Gemeinden	1,93		19
Summe			**3.349,79**		

[1] inkl. Transfers des Bundes im Finanzausgleichsgesetz (FAG) i.V.m. dem Gesundheitsbereich

[2] im Bundeshaushalt als Absetzung von den Erträgen verbucht

Quellen: BMF; RH

Insgesamt definierte der RH 3,35 Mrd. EUR als Mittelströme des Bundes für das Gesundheitswesen, das entsprach 4,5 % der Gesamtaufwendungen des Ergebnishaushalts des Bundes 2014.

Mittelaufbringung des Bundes im Detail

14 Das **Gesundheits– und Sozialbereich–Beihilfengesetz (GSBG)** wurde aufgrund des EU–Beitritts Österreichs und den damit verbundenen Auswirkungen im Umsatzsteuerwesen beschlossen. Betroffen waren die Sozialversicherung, die Krankenfürsorgeeinrichtungen, die Träger des öffentlichen Fürsorgewesens, die Krankenanstalten mit gemeinnützigen oder öffentlich–rechtlichem Träger, der Krankentransport, Ärztinnen und Ärzte sowie andere Gesundheitsberufe, welche ab 1997 einer unechten Umsatzsteuerbefreiung unterlagen.

Eine unechte Umsatzsteuerbefreiung lag dann vor, wenn keine USt in Rechnung zu stellen ist, jedoch auch keine Berechtigung besteht, die Vorsteuer abzuziehen. Dadurch entstehen für die angeführten Bereiche Mehrbelastungen in Höhe der nicht abziehbaren Vorsteuern.

Das GSBG regelte den Ausgleich dieser Mehrbelastungen mit Mitteln aus dem Umsatzsteuermehraufkommen.

Tabelle 7: Aufwendungen des Bundes – GSBG (UG 16[1])

Gegenstand	an	in Mio. EUR
Krankenanstalten/Krankenfürsorgeeinrichtungen/ Fürsorgeträger/Krankentransporte	Länder	1.092,29
	davon Wien	*351,95*
	davon Oberösterreich	*186,60*
	davon Niederösterreich	*139,62*
	davon Steiermark	*133,07*
	davon Tirol	*82,06*
	davon Salzburg	*70,42*
	davon Kärnten	*58,94*
	davon Vorarlberg	*44,81*
	davon Burgenland	*24,82*
Kranken– und Kuranstalten	Hauptverband	727,80
Überweisung an Österreichisches Rotes Kreuz	Rotes Kreuz	31,03
Summe		**1.851,12**

[1] Diese Aufwendungen werden als Absetzungen von den Erträgen in der UG 16 (Öffentliche Abgaben) verbucht.

Quellen: BMF; RH

Fast ein Drittel der Bundesaufwendungen im Gesundheitsbereich entfielen auf Aufwendungen im Rahmen des GSBG[43] für Krankenanstalten, Krankenfürsorgeeinrichtungen und –träger, sowie Krankentransporte der Länder (1,092 Mrd. EUR). Zudem

[43] Gesundheits– und Sozialbereich– Beihilfengesetz (GSBG) BGBl. Nr. 746/1996 i.d.g.F.

gab es auf Basis des GSBG Aufwendungen für den Hauptverband (727,80 Mio. EUR) und für das Rote Kreuz (31,03 Mio. EUR).

15 (1) Die **Bundesgesundheitsagentur** war ein öffentlich–rechtlicher Fonds[44] mit eigener Rechtspersönlichkeit zur Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens auf Bundesebene. Die Finanzierung wurde mittels einer Vereinbarung nach Art. 15a B–VG[45] von Bund und Ländern geregelt. Die Geschäftsführung erfolgte durch das BMGF.

(2) Die Beiträge des Bundes für die Bundesgesundheitsagentur waren im Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (**KAKuG**) festgelegt und errechneten sich relativ am Abgabenaufkommen mit einheitlichem Schlüssel nach § 9 Abs. 1 FAG 2008[46]. Der Ausgleichsfonds für Krankenanstaltenfinanzierung finanzierte die Bundesgesundheitsagentur zudem mit einem jährlichen Fixbetrag von 83,57 Mio. EUR[47]. Insgesamt konnte die Bundesgesundheitsagentur laut deren Jahresabschluss Erträge i.H.v. 717,15 Mio. EUR erzielen (siehe Tabelle 8).

Tabelle 8: Erträge der Bundesgesundheitsagentur, 2014

Erträge	von	in Mio. EUR
Finanzierung nach § 57 (2) Z 1 und Z 2 KAKuG	Bund	626,02
Finanzierung nach § 57 (3) KAKuG	Ausgleichsfonds für Krankenanstaltenfinanzierung	83,57
Zinserträge		0,01
Auflösung von Rückstellungen		7,55
Summe		**717,15**

Quellen: BMGF; RH

[44] § 56a KAKuG

[45] Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens StF: BGBl. I Nr. 105/2008, Änderung durch BGBl. I Nr. 199/2013

[46] Abgaben mit einheitlichem Schlüssel sind die Einkommensteuer, die Körperschaftsteuer, die USt, die Einmalzahlungen gemäß dem Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Republik Österreich über die Zusammenarbeit in den Bereichen Steuern und Finanzmarkt sowie gemäß dem Abkommen zwischen der Republik Österreich und dem Fürstentum Liechtenstein über die Zusammenarbeit im Bereich der Steuern, die Kapitalverkehrssteuern, die Tabaksteuer, die Elektrizitätsabgabe, die Erdgasabgabe, die Kohleabgabe, die Biersteuer, die Schaumweinsteuer, die Zwischenerzeugnissteuer, die Alkoholsteuer, die Mineralölsteuer, die Erbschafts– und Schenkungssteuer, die Stiftungseingangssteuer, die Stabilitätsabgabe, die Flugabgabe, die Kraftfahrzeugsteuer, die Versicherungssteuer, die Normverbrauchsabgabe, die motorbezogene Versicherungssteuer, die Konzessionsabgabe und der Kunstförderungsbeitrag sowie ab dem Jahr 2016 die Grunderwerbsteuer bis zu einem jährlichen Aufkommen von 30 Mio. EUR.

[47] Art. 17 (2) Z 1 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG (BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F.) bzw. § 57 (2) und (3) KAKuG

(3) Die Aufwendungen bzw. Zahlungen des BMGF an die Bundesgesundheitsagentur i.H.v. 627,61 Mio. EUR waren im Ergebnis– und im Finanzierungshaushalt[48] des Bundesrechnungsabschlusses ident. Sie unterschieden sich jedoch vom verbuchten Ertrag im Jahresabschluss der Bundesgesundheitsagentur (626,02 Mio. EUR). Der Unterschied war darauf zurückzuführen, dass die Bundesgesundheitsagentur die Zuwendungen des Bundes periodenrein verbuchte und auch die Zwischenabrechnungen berücksichtigte.

(4) Die Bundesgesundheitsagentur überwies ihre Mittel zum größten Teil an die Landesgesundheitsfonds für die Finanzierung öffentlicher Krankenanstalten[49]. Im Jahr 2014 erhielten die Landesgesundheitsfonds 696,54 Mio. EUR, die restlichen Mittel der Bundesgesundheitsagentur gingen an diverse Krankenanstalten sowie an die Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**), den Hauptverband und an sonstige Werks– und Dienstvertragsnehmer (z.B. für den ELGA).

Tabelle 9: Aufwendungen der Bundesgesundheitsagentur 2014

Bezeichnung	an	in Mio. EUR
Mittel nach KAKuG an Landesgesundheitsfonds	Burgenland	18,40
	Kärnten	46,25
	Niederösterreich	106,93
	Oberösterreich	104,71
	Salzburg	44,67
	Steiermark	93,51
	Tirol	72,07
	Vorarlberg	25,71
	Wien	184,27
	Summe Mittel an LGFs der Länder	**696,54**
Transplantmittel	KV–Träger und GÖG	3,08
Anstaltspflege im Ausland	Hauptverband	0,64
Sonstiges	Verschiedene Werks– und Dienstvertragsnehmer (ELGA) und Sonstige	13,13
Bildung von Rückstellungen		3,77
Summe		**717,15**

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMGF; RH

[48] Der Finanzierungshaushalt bildet die Zahlungsflüsse eines Kalenderjahres ab.

[49] Für die detaillierten Bestimmungen der Aufteilung siehe § 59 KAKuG (Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten).

Weitere Aufwendungen betrafen **Leistungen an die Sozialversicherung** (Krankenversicherung, Hauptverband, Unfallversicherung).

16 Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen erfolgten Aufwendungen an KV–Träger im direkten Weg.

Tabelle 10: Aufwendungen des Bundes an KV–Träger[1]

von		in Mio. EUR
BMASK – UG 20	KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld	149,24
BMASK – UG 20	KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Notstandshilfe	101,69
BMFJ – UG 25 (FLAF)	KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld (an die NÖGKK)	75,68
BMGF – UG 24	Prophylaxe – Kinderimpfkonzept (an die WGKK)	12,71
BMASK – UG 20	KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Übergangsgeld	3,47
BMLV – UG 14	Krankenfürsorge für Angehörige von Wehrpflichtigen[2]	0,12
		342,93

Rundungsdifferenzen möglich

[1] ohne Aufwendungen für Asylwerber (siehe TZ 32)

[2] In der Gesamtübersicht (Tabelle 6) unter der Position „Sonstiges an Sozialversicherung“ enthalten.

Quellen: BMF; RH

So erhielten die KV–Träger vom BMASK KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld (149,24 Mio. EUR), Notstandshilfe (101,69 Mio. EUR) oder Übergangsgeld (3,47 Mio. EUR).

Die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse erhielt 75,68 Mio. EUR als KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld, welche in der gesetzlichen Krankenversicherung teilversichert waren. Der Familienlastenausgleichsfonds (**FLAF**) als Verwaltungsfonds des BMFJ hatte der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse diesen Aufwand zu ersetzen. Diese führte als zentrale Stelle die Verrechnung mit den weiteren KV–Trägern durch[50].

Das BMGF übernahm weiters den Bundesanteil von 12,71 Mio. EUR für das öffentliche Kinderimpfkonzept, welcher direkt an die Wiener Gebietskrankenkasse erging[51].

17.1 Neben den in TZ 14 dargestellten GSBG–Beihilfen erbrachte der Bund aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen weitere Leistungen an den Hauptverband:

[50] siehe dazu §§ 28 und 38 (1) KBGG

[51] Gemäß der Vereinbarung über die Neuorganisation der Impfungen für Kinder (1997), abgeschlossen – im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung nach Art. 17 B–VG – zwischen dem damaligen Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales, dem Hauptverband und den Landeshauptleuten.

Tabelle 11: Aufwendungen des Bundes an den Hauptverband 2014[1]

von	Gegenstand	in Mio. EUR
Kassenstrukturfonds (BMGF – UG 24)	Transferzahlung für Krankenkassen	40,00
BMGF – UG 24	Kostenanteil für Mutter–Kind–Pass	38,83
BMGF – UG 24	KV–Beitrag für die Bedarfsorientierte Mindestsicherung – Ausgleichsbetrag	36,47
BMF – UG 16	Tabaksteuer – Überweisung gemäß ASVG an den Ausgleichsfonds der GKK	12,42
BMASK – UG 21	KV–Beiträge Kriegsopferversorgung	8,46
BMASK (UG 21)	Sonstige Aufwendungen	2,07
BMGF – UG 24	Teilersatz Jugenduntersuchungen	1,13
Summe		**139,38**

[1] ohne GSBG–Beilhilfen (siehe TZ 14)

Quellen: BMF; RH

Im Detail handelte es sich dabei um folgende finanzielle Mittel:

– Der vom BMGF in den Jahren 2011 bis 2014 dem Gesetz nach mit 40 Mio. EUR jährlich dotierte Kassenstrukturfonds[52] diente zur finanziellen Unterstützung der zielorientierten Steuerung der Gebietskrankenkassen und sollte zu einer ausgeglichenen Gebarung der selbigen beitragen (siehe TZ 30). Er war als unselbstständiger Verwaltungsfonds ohne eigene Rechtspersönlichkeit beim BMGF eingerichtet und damit vollständig im Bundesbudget abgebildet[53]. Mit dieser Konstruktion verbuchte das BMGF den Betrag von 40 Mio. EUR mehrfach im selben Detailbudget: als Dotierung des Fonds durch das BMGF, als Ertrag des Fonds und als Aufwendung des Fonds an den Hauptverband.

– Weiters überwies das BMGF 38,83 Mio. EUR für den Kostenanteil des Bundes für Aufwendungen im Rahmen des Mutter–Kind–Passes, welche aus Mitteln des Familienlastenausgleichsfonds finanziert wurden.

– Das BMGF kam zudem für den Unterschied (36,47 Mio. EUR) zwischen den KV–Beiträgen und den tatsächlichen Aufwendungen der KV–Träger in der bedarfsorientierten Mindestsicherung auf (siehe TZ 32).

[52] gemäß Krankenkassen–Strukturfondsgesetz, BGBl. I Nr. 52/2009 i.d.g.F.; für Finanzierung siehe § 7

[53] Detailbudget 24.02.03 „Leistungen an Sozialversicherungen“

– Aus dem Aufkommen der Tabaksteuer ging ein gesetzlich normierter Fixbetrag von 12,42 Mio. EUR als Durchläufer im Bundeshaushalt an den Ausgleichsfonds der GKK, welcher die Mittel weiter aufteilte (siehe **TZ 27**)[54].

– Das BMASK zahlte zudem KV–Beiträge für Kriegsopfer (8,46 Mio. EUR) und weitere Leistungen (2,07 Mio. EUR)[55].

– Der Bundesbeitrag für Jugenduntersuchungen betrug 1,13 Mio. EUR und wurde vom BMGF aufgebracht[56].

17.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass durch die Einrichtung des Kassenstrukturfonds als unselbstständigen Verwaltungsfonds eine mehrfache Dotierung des Fonds im selben Detailbudget resultierte.

Daher empfahl der RH dem BMGF, die Zweckmäßigkeit der Einrichtung des Kassenstrukturfonds als unselbstständiger Verwaltungsfonds zu prüfen.

17.3 Das BMGF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass bislang keine Probleme in der Vollziehung des Kassenstrukturfonds bekannt geworden seien und die Zielrichtung der Empfehlung des RH letztendlich offen bleibe.

17.4 Der RH blieb bei seiner Empfehlung und regte an, mit einer einzigen Ausgabenposition die Dotierung einfacher und transparenter im Detailbudget darzustellen. Mit dieser Vorgangsweise könnte eine Doppelverbuchung vermieden und damit eine Budgetverlängerung verhindert werden.

18 Die Unfallversicherungsträger erhielten im Jahr 2014 14,66 Mio. EUR vom Bund.

Tabelle 12: Aufwendungen des Bundes an die Unfallversicherung

von	Gegenstand	in Mio. EUR
BMASK – UG 20	UV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld/Arbeitsstiftung/AMS–Schulungsteilnehmerinnen und –teilnehmer	9,45
BMFJ – UG 25 (FLAF)	Beiträge zur Schülerunfallversicherung	4,36
BMGF – UG 24	Bundesbeitrag zur UV gemäß § 74a (2) ASVG	0,86
Summe		**14,66**

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMF; RH

[54] gemäß § 447a (10) Z 1 ASVG für die Bundesfinanzierung und § 447a (11) Z 1 ASVG für die weitere Aufteilung

[55] Aufwendungen im Rahmen der Opferfürsorge, Krankenversicherungsbeiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Sonderunterstützung, Selbstversicherung nach § 16a ASVG und weitere

[56] gemäß § 132a (4) ASVG

Das BMASK überwies die UV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld bzw. AMS–Schulungsteilnehmerinnen und –teilnehmer und Personen in Arbeitsstiftungen (siehe **TZ 38**). Aus dem Familienlastenausgleichsfonds stammten 4,36 Mio. EUR an Beiträgen zur Schülerunfallversicherung und das BMGF wandte für den Bundesbeitrag für Zusatzversicherte zur Unfallversicherung rd. 860.000 EUR auf[57].

19 (1) Aus dem **Finanzausgleich** erhielten Länder bzw. Gemeinden den Zweckzuschuss zur Krankenanstaltenfinanzierung sowie Ausgleichszahlungen im Rahmen der Abschaffung der Selbstträgerschaftsregelung.[58]

Tabelle 13: Mittel aus dem Finanzausgleich an Länder und Gemeinden, 2014

an	Zweckzuschuss Gemeinden Krankenanstaltenfinanzierung	Ausgleich Selbstträgerschaft Krankenanstalten an Länder	Ausgleich Selbstträgerschaft Krankenanstalten an Gemeinden
	in Mio. EUR		
Burgenland	3,88	–	–
Kärnten	10,39	–	–
Niederösterreich	21,77	20,07	–
Oberösterreich	20,63	–	–
Salzburg	9,69	0,41	0,75
Steiermark	19,41	–	0,42
Tirol	12,03	–	0,16
Vorarlberg	5,60	–	0,60
Wien	47,28	22,20	–
Summe	**150,68**	**42,68**	**1,93**

Quellen: BMF; RH

Der Bund zahlte aus der Budgetuntergliederung 44 (Finanzausgleich) 150,68 Mio. EUR für die Finanzierung der Zuschüsse für Zwecke der Krankenanstaltenfinanzierung („Gemeindemittel“). Dieser Betrag wurde von den Ertragsanteilen der Gemeinden beim USt–Anteil abgezogen[59].

57 § 74a (2) ASVG, BGBl. Nr. 189/1955 i.d.g.F.

58 Im Rahmen der Selbstträgerschaft mussten bestimmte Gebietskörperschaften, aber auch gemeinnützige Krankenanstalten, keinen Dienstgeberbeitrag für den Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen zahlen. Als Ausgleich dafür hatten sie jedoch den Aufwand an Familienbeihilfe und den Mehrkindzuschlag für ihre Bediensteten aus eigenen Mitteln zu tragen. Die Abschaffung der Selbstträgerschaftsregelung (siehe dazu die Novelle zum FLAF 1967, BGBl. I Nr. 103/2007) mit Wirkung Juni 2008 führte zu Mehrausgaben der bisherigen Selbstträger, weil der Dienstgeberbeitrag in Summe die bisherigen Zahlungen deutlich überstieg. § 9 Abs. 2, § 11 Abs. 8 und § 24 Abs. 6 des FAG 2008 sehen einen kostenneutralen Ausgleich durch Ausgleichszahlungen an die bisherigen Selbstträger vor. Davon waren auch die gemeinnützigen Krankenanstalten bzw. die Krankenanstalten der Länder und Gemeinden umfasst.

59 nach § 9 (4) FAG 2008 i.V.m. Art. 21 (1) Z 6 der Vereinbarung nach Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

Die länderweisen Ausgleichszahlungen aufgrund der Abschaffung der Selbstträgerschaftsregelung betrafen Niederösterreich, Salzburg und Wien. In Summe erhielten diese Bundesländer 42,68 Mio. EUR, da sie Rechtsträger von anspruchsberechtigten gemeinnützigen Krankenanstalten waren. Die Finanzierung erfolgte zulasten der Bundesanteile der USt im Finanzausgleich zugunsten der USt–Anteile der betroffenen Länder[60]. Ebenso erfolgten Ausgleichszahlungen für gemeinnützige Krankenanstalten von Gemeinden i.H.v. 1,93 Mio. EUR[61].

20 Zahlreiche, vorwiegend private, **Gesundheitseinrichtungen** erhielten im Jahr 2014 Zuwendungen, die in Tabelle 14 dargestellt werden.

Tabelle 14: Aufwendungen an Gesundheitseinrichtungen 2014

UG	Gegenstand	an	in Mio. EUR
24	Zuschüsse für laufenden Aufwand an private Institutionen	Gemeinnützige Krankenanstalten	66,55
24	Werkleistungen, Medizinmarktaufsicht	AGES Ernährungsagentur	53,10
24	Jährliche Leistungsanweisung, Projektzahlungen, USt–Anteil für Gesundheitsförderung	Gesundheit Österreich GmbH (inkl. Fonds Gesundes Österreich)	14,16
24	Werkleistungen	private Unternehmen	9,97
25	Dotierung	In–Vitro–Fertilisation Fonds	6,86
24	Subventionen	Private Institutionen	4,45
12, 24	Mitgliedsbeiträge	sonstige nationale und internationale Organisationen	3,80
24	Subventionen	Aidshilfe	2,69
24	Subvention	Fonds zur Unterstützung Hepatitis–C–Infizierter	0,87
Summe			**162,46**

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: BMF; RH

Die Budgetposition „Zuschüsse für laufenden Aufwand an private Institutionen“ wurde als Ausgleich für den Entfall der Selbstträgerschaftsregelung der gemeinnützigen Krankenanstalten dotiert. In der Position „Private Unternehmen“ verbuchte das BMGF Werkverträge (z.B. im Rahmen des Elektronischen Gesundheitsaktes – ELGA).

[60] §§ 1 und 2 der Verordnung des Bundesministers für Finanzen über die Auswirkungen der Selbstträgerschaft – vorläufige Werte BGBl. II Nr. 421/2008 mit der Änderung von BGBl. II Nr. 237/2009

[61] §§ 1 und 3 (2) der Verordnung des Bundesministers für Finanzen über die Auswirkungen der Selbstträgerschaft – vorläufige Werte BGBl. II Nr. 421/2008 mit der Änderung von BGBl. II Nr. 237/2009

Unter der Position „Subventionen an private Institutionen“ summierte der RH neben Leistungen der Heeresversorgung i.H.v. 1,77 Mio. EUR mehrere in ihrer Höhe vergleichsweise geringe Mittelflüsse an private Einrichtungen (wie bspw. rd. 29.000 EUR an die Stiftung Genesungsheim Kalksburg).

21.1 Zusammenfassend hielt der RH hinsichtlich der Mittelflüsse auf Bundesebene fest, dass

- die Mittelaufbringung im Gesundheitswesen zu einem Teil direkt aus dem Bundeshaushalt und zu einem anderen Teil aus dem Finanzausgleich erfolgte. Die Tatsache, dass daran mehrere Bundesministerien (wie bspw. BMF, BMGF, BMASK) involviert waren, erschwerte auch den Gesamtüberblick über alle Mittelflüsse.

- Mittelflüsse – wie der RH am Beispiel der Bundesgesundheitsagentur aufzeigte (siehe **TZ 17**) – aufgrund verschiedener Periodenabgrenzungen bei den einzelnen Institutionen teilweise unterschiedlich verbucht wurden.

- zahlreiche vorwiegend private Einrichtungen im Gesundheitsbereich, Zuwendungen von sehr kleinen Beträgen erhielten (siehe **TZ 20**).

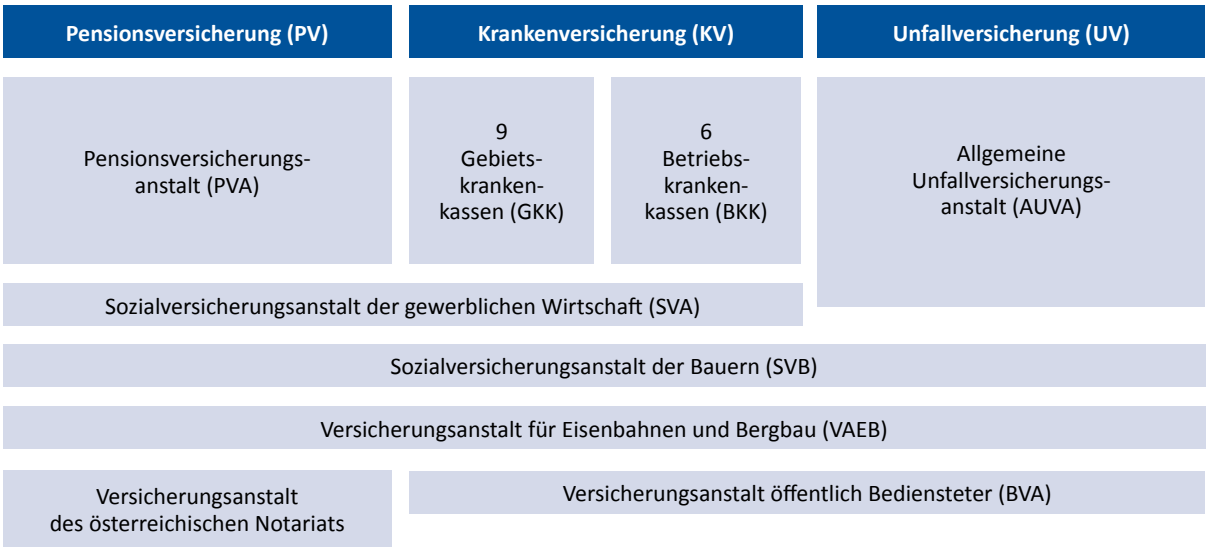
21.2 Der RH wies kritisch darauf hin, dass es keine gesamthafte Darstellung von Mittelflüssen auf Bundesebene im Gesundheitsbereich gab. Er kritisierte die Vielzahl unterschiedlicher Mittelflüsse – darunter auch zahlreiche Zuwendungen von sehr kleinen Beträgen –, die zu einem hohen Verwaltungsaufwand führten und eine effiziente Steuerung der Mittelflüsse erschwerten.

Sozialversicherungen

Aufgaben der Sozialversicherungsträger (SV–Träger)

22 Die österreichische Sozialversicherung umfasst die Kranken–, Unfall– und Pensionsversicherung. Die Durchführung der Sozialversicherung war 22 Krankenkassen (Gebiets– und Betriebskrankenkassen) und Versicherungsanstalten übertragen, von denen einige auch zwei oder alle drei Sparten der Sozialversicherung durchführen. Die 22 SV–Träger waren zudem im Hauptverband der SV–Träger zusammengefasst.

Abbildung 4: Darstellung der SV–Träger

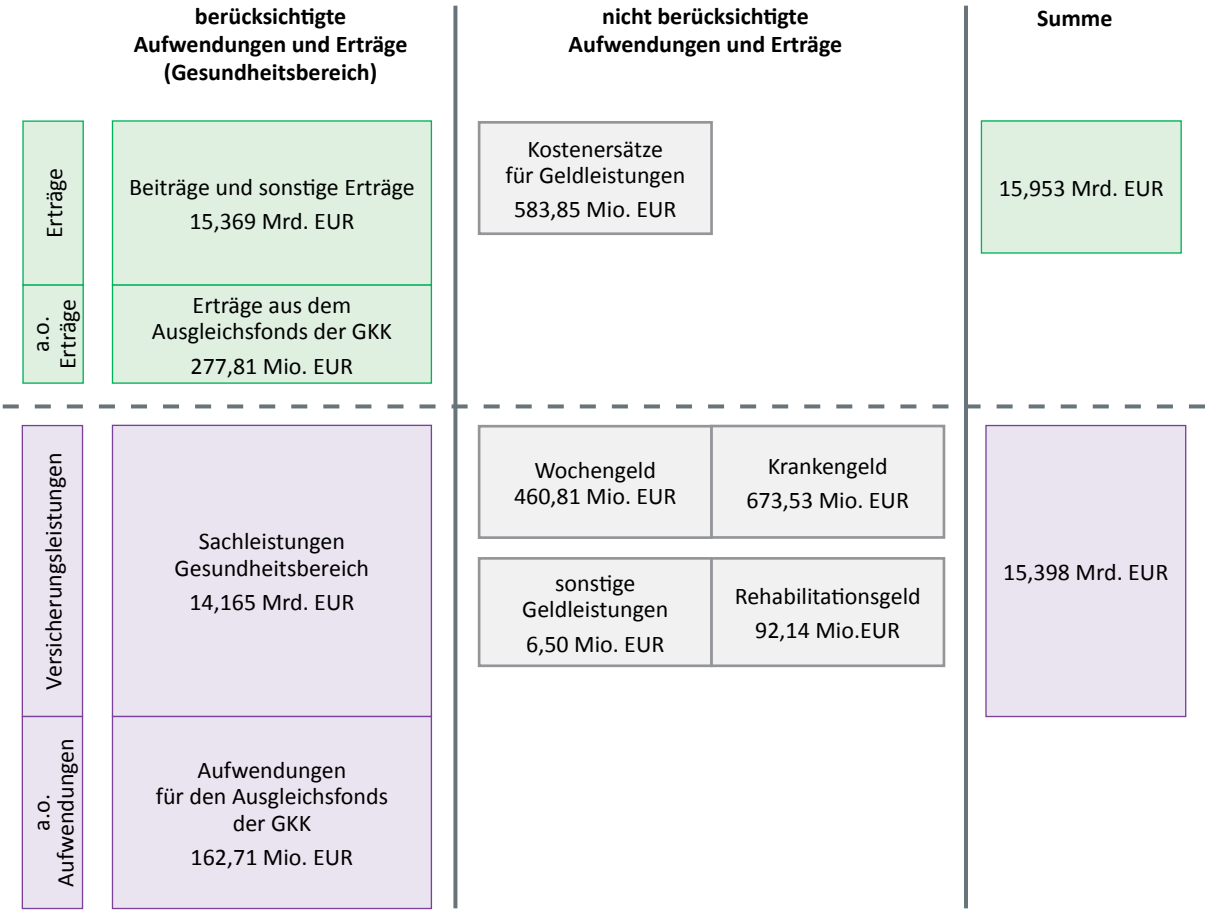


Quelle: Hauptverband

23 Die **Krankenversicherung** deckte die Versicherungsfälle Krankheit, Vorsorgeuntersuchungen, Arbeitsunfähigkeit in Folge von Krankheit sowie Mutterschaft ab. Zur Durchführung der Krankenversicherung waren 19 Versicherungsträger sachlich zuständig – neun Gebietskrankenkassen, sechs Betriebskrankenkassen und die Sonderversicherungsträger SV–Anstalt der gewerblichen Wirtschaft (**SVA**), SV–Anstalt der Bauern (**SVB**), Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (**VAEB**) und Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (**BVA**). Ein Angebot von Leistungen in mehr als einer Versicherungssparte (gemischte Träger) war bei der SVA (Kranken– und Pensionsversicherung), SVB und VAEB (jeweils Kranken–, Pensions– und Unfallversicherung) und BVA (Kranken– und Unfallversicherung) gesetzlich vorgesehen.

Folgende Abbildung zeigt den überprüften Gebarungsumfang der Krankenversicherung:

Abbildung 5: Überprüfter Gebarungsumfang Krankenversicherung, 2014



Quellen: RH; SV–Träger

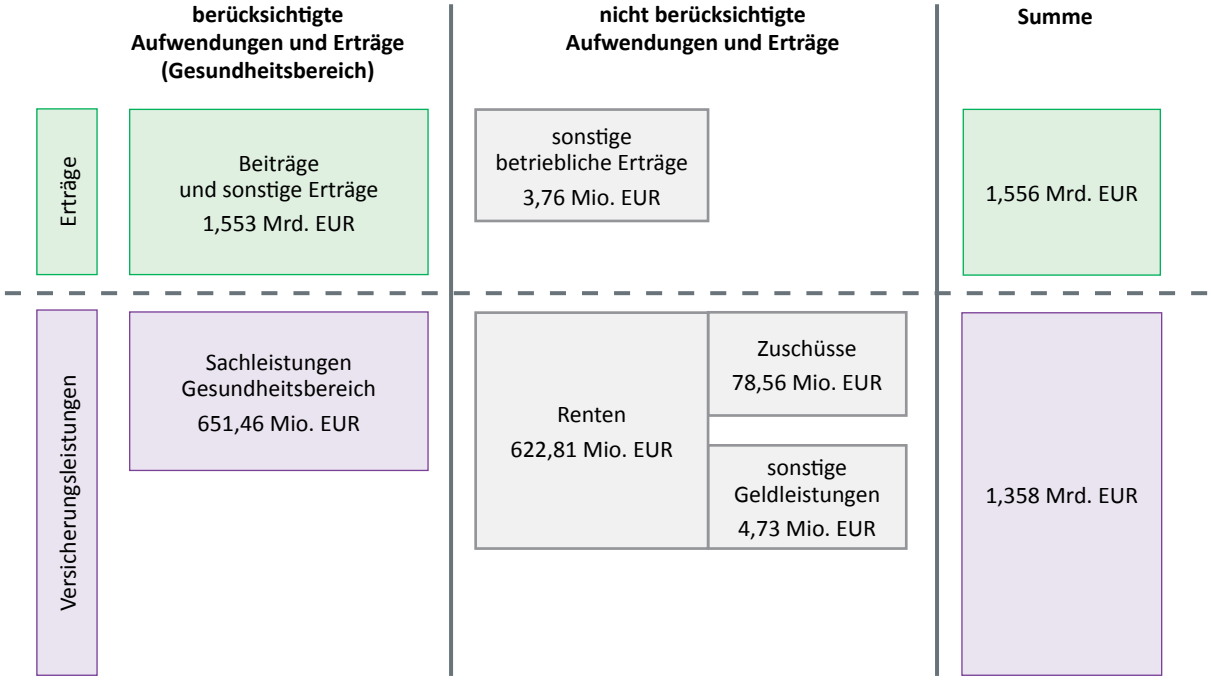
In die Prüfung miteinbezogen waren einerseits die KV–Beiträge und sonstige Erträge, einschließlich Kostenersätze (ohne Geldleistungen), die dem Gesundheitsbereich zuzuordnen waren (15,369 Mrd. EUR). Das entsprach 2014 rd. 96,3 % der gesamten Erträge. Aus den Aufwendungen wurden ausschließlich Sachleistungen aus der Krankenversicherung (14,165 Mrd. EUR, d.h. 92,0 % der gesamten Versicherungsleistungen) miteinbezogen. Nicht berücksichtigt blieben an die Versicherten direkt ergangene Geldleistungen, die die Sozialversicherung als Ersatz für entfallene Einkommen in Folge einer Krankheit (z.B. Krankengeld, Rehabilitationsgeld) oder während eines Beschäftigungsverbots (z.B. Wochengeld) leistete.

24 In der **Unfallversicherung** waren die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (**AUVA**), die SVB, die VAEB und die BVA tätig. Leistungen aus der Unfallversicherung wurden im Falle einer durch einen Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit verursachten

körperlichen Schädigung, Tod oder Arbeitsverhinderung des Versicherten gewährt, überwiegend in Form von Geldleistungen (z.B. Versehrtenrenten, Zuschüsse zur Entgeltfortzahlung, Witwen– und Witwerbeihilfen).

Folgende Abbildung zeigt den überprüften Gebarungsumfang der Unfallversicherung:

Abbildung 6: Überprüfter Gebarungsumfang Unfallversicherung, 2014



Quellen: RH; SV–Träger

Der überprüfte Gebarungsumfang umfasste ertragsseitig Beiträge der Versicherten und sonstige Erträge i.H.v. 1,553 Mrd. EUR. Nicht berücksichtigt blieben sonstige betriebliche Erträge im Ausmaß von 3,76 Mio. EUR, die dem Gesundheitsbereich nicht eindeutig zugeordnet werden konnten (z.B. Erträge aus dem Verkauf von Anlagevermögen oder Skonti).

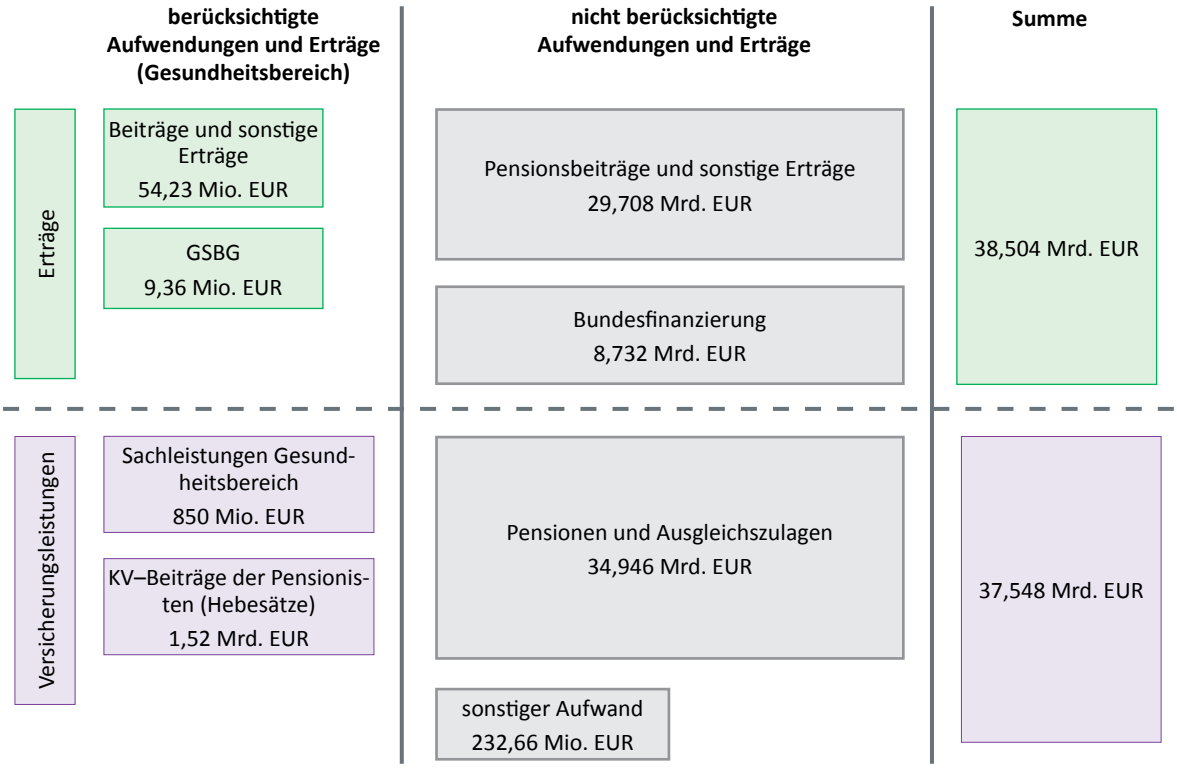
Von den Aufwendungen bezog der RH in die vorliegende Prüfung Versicherungsleistungen im Gesundheitsbereich, wie die Unfallheilbehandlung (ohne Barleistungen) i.H.v. 449,14 Mio. EUR, Körperersatzstücke (16,40 Mio. EUR), Rehabilitation

(94,50 Mio. EUR), Prävention (78,94 Mio. EUR), Vertrauensärztlicher Dienst (10,90 Mio. EUR) und Transportkosten (1,60 Mio. EUR), mit ein.

25 Die **Pensionsversicherung** deckte die Versicherungsfälle des Alters, der geminderten Erwerbsfähigkeit sowie des Todes ab und erbrachte je nach Anlassfall vorwiegend Geldleistungen in Form von Alterspensionen, Invaliditäts– bzw. Berufsunfähigkeitspensionen sowie Hinterbliebenenpensionen (Witwen–, Witwer– und Waisenpensionen). Außerdem bestand bei geminderter Arbeitsfähigkeit die gesetzliche Verpflichtung zur Erbringung von Sachleistungen in Form von Rehabilitationsmaßnahmen und Gesundheitsvorsorge.

Folgende Abbildung zeigt den überprüften Gebarungsumfang der Pensionsversicherung:

Abbildung 7: Überprüfter Gebarungsumfang Pensionsversicherung, 2014



[1] Bundesfinanzierung bestand aus der Ausfallshaftung des Bundes (7,715 Mrd. EUR) und Ausgleichszulagen (1,07 Mird. EUR).

Quellen: RH; SV–Träger

Dem Gesundheitsbereich waren von den Erträgen Kostenbeteiligungen der Versicherten i.H.v. 54,23 Mio. EUR und Beihilfen nach dem GSBG für Investitionen in Rehabilitationszentren (9,36 Mio. EUR) sowie von den Aufwendungen jene der PV–Träger für Gesundheitsvorsorge (467,90 Mio. EUR) und Medizinische Rehabilitation (373,30 Mio. EUR) sowie der Transportaufwand (2,34 Mio. EUR) zuzuordnen. Als KV–Beiträge der Pensionistinnen und Pensionisten (Hebesätze[62]) überwiesen PV–Träger einen Betrag i.H.v. 1,52 Mrd. EUR an die KV–Träger. Nicht berücksichtigt waren Erträge bzw. Aufwendungen, die nicht dem Gesundheitsbereich zuzuordnen waren, wie z.B. Pensionen und Ausgleichszulagen.

Aufgaben der Fonds im Umfeld der Sozialversicherung

26 Für die Abwicklung einzelner Leistungen im Gesundheitsbereich (insbesondere der Krankenanstaltenfinanzierung) bzw. einem Ausgleich von Strukturunterschieden zwischen den GKK waren beim Hauptverband der Ausgleichsfonds der GKK (§ 447a ASVG), der Ausgleichsfonds zur Krankenanstaltenfinanzierung (§ 447f ASVG) und der Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung (§ 447h ASVG) eingerichtet. Zusätzlich bestand im BMGF mit dem Kassenstrukturfonds (KSF) ein weiterer Fonds zur Sanierung der GKK.

Die Mittel der Fonds der Sozialversicherung (2014: in Summe 5,216 Mrd. EUR) waren getrennt vom Vermögen der SV–Träger zu verwalten und wurden überwiegend vom Bund und den SV–Trägern aufgebracht.

27.1 Im ASVG war für alle GKK der einheitliche Maßstab einer ausreichenden und zweckmäßigen Krankenbehandlung, die das Ausmaß des Notwendigen nicht überschreitet, festgelegt[63]. Die Beitragssätze waren für alle GKK gleich, die Erträge aufgrund unterschiedlicher Strukturen (z.B. Alter der Anspruchsberechtigten, Beschäftigungsquote) hingegen nicht.[64] Nach § 447a ASVG war daher beim Hauptverband ein **Ausgleichsfonds der GKK** eingerichtet, der eine ausgeglichene Gebarung und eine ausreichende Liquidität der GKK gewährleisten sollte.

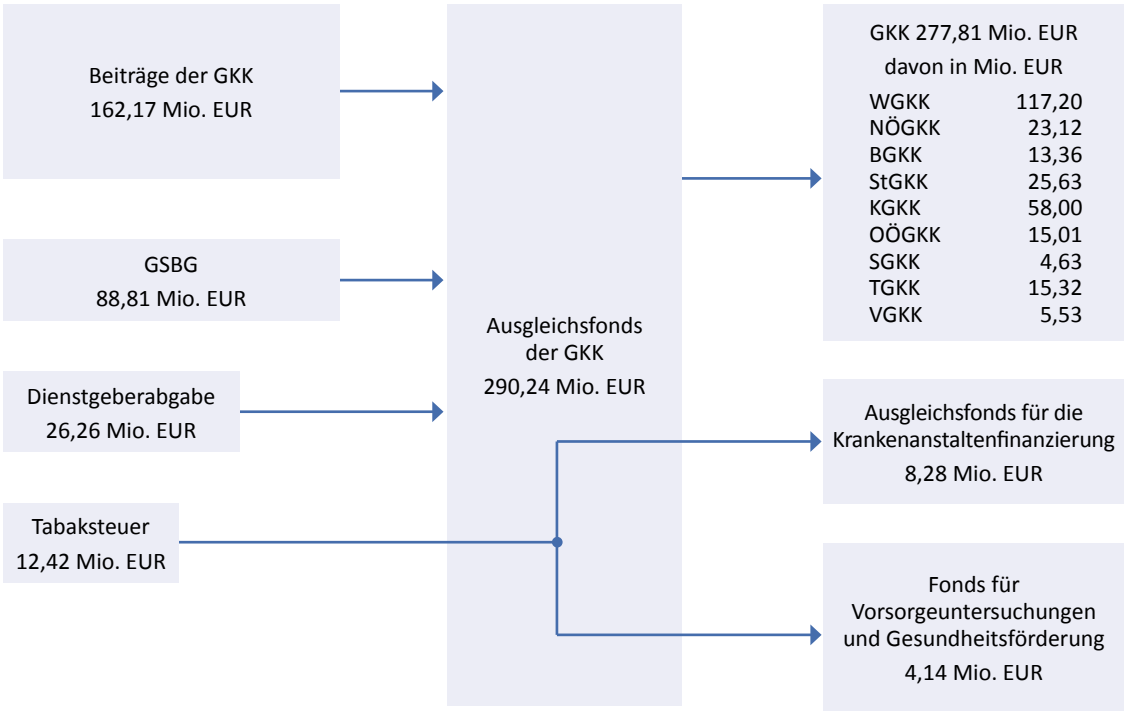
62 vgl. § 73 ASVG

63 vgl. § 133 ASVG

64 vgl. „Vergleich Kärntner und Salzburger Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2011/11 TZ 18

Folgende Abbildung zeigt die Mittelflüsse des Ausgleichsfonds der GKK:

Abbildung 8: Mittelflüsse Ausgleichsfonds der GKK



Quellen: RH; Hauptverband

Die GKK zahlten 1,64 % ihrer Beitragseinnahmen in den Fonds (2014: 162,71 Mio. EUR). Zusätzliche Mittel brachten der Bund in Form einer pauschalierten Beihilfe nach dem GSBG i.H.v. 88,81 Mio. EUR und die Dienstgeber nach dem Dienstgeberabgabegesetz (26,26 Mio. EUR) auf. Einen Betrag von 12,42 Mio. EUR stellte das BMF aus Mitteln der Tabaksteuer bereit. Im Jahr 2014 standen in Summe 290,24 Mio. EUR zur Verfügung.

Davon wurden 277,81 Mio. EUR unter Berücksichtigung eines negativen Reinvermögens (zum Ausgleich unterschiedlicher Liquidität) sowie der Einnahmenstruktur und Durchschnittskosten je Versicherten (zum Ausgleich unterschiedlicher Strukturen) wieder an die GKK verteilt. Der verbleibende Betrag i.H.v. 12,42 Mio. EUR aus Mitteln der Tabaksteuer wurde nicht für die GKK verwendet, sondern war zur Gänze an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung und den Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung weiterzuleiten[65].

[65] vgl. § 447a ASVG

27.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der Ausgleichsfonds der GKK ausschließlich als Durchlaufstation für die Mittel aus der Tabaksteuer an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung und an den Fonds für Vorsorge– und Gesundenuntersuchungen diente.

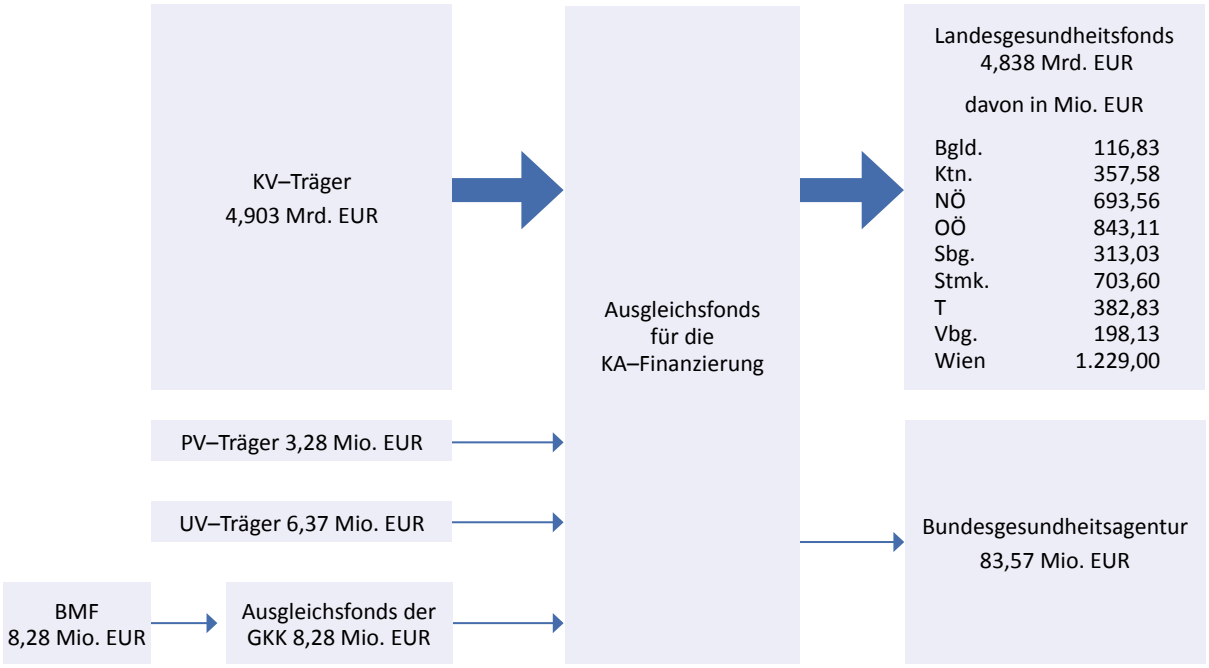
Er empfahl dem BMF, darauf hinzuwirken, dass er die Mittel direkt an die beiden Fonds überweisen kann.

27.3 Das BMF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es auf die Umsetzung der Empfehlung im Rahmen seiner Zuständigkeiten hinwirken werde.

28 Der **Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung** („Krankenanstaltenfonds“) wickelte die Überweisungen an die Landesgesundheitsfonds zur Finanzierung der Fondskrankenanstalten[66] ab.

Folgende Abbildung zeigt die Mittelflüsse des Ausgleichsfonds der Krankenanstaltenfinanzierung:

Abbildung 9: Mittelflüsse Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung



Quellen: RH; Hauptverband

[66] öffentlich allgemeine Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten und private gemeinnützige Krankenanstalten, die über die Landesgesundheitsfonds finanziert werden

Die SV–Träger mussten an den Fonds Zahlungen nach einem festgelegten Schlüssel leisten. Diese erhöhten sich um den jährlichen prozentuellen Anstieg der Beitragseinnahmen. Aus den Mitteln der Tabaksteuer steuerte das BMF 8,28 Mio. EUR bei (**TZ 17** und **TZ 27**).

Der Fonds hatte für das Jahr 2014 (einschließlich einer Nachzahlung für 2013) einen Betrag von 4,921 Mrd. EUR den Landesgesundheitsfonds und der Bundesgesundheitsagentur zu überweisen. 99,6 % (4,903 Mrd. EUR) der Mittel kamen von Zahlungen der KV–Träger.

Zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben aufgrund der 15a–Vereinbarungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens[67] und Zielsteuerung Gesundheit[68] leisteten die KV–Träger nach einem gesetzlich festgelegten Schlüssel an die Bundesgesundheitsagentur im Wege des Ausgleichsfonds einen jährlichen Pauschalbetrag i.H.v. 83,57 Mio. EUR.

29.1 Für die Finanzierung von Maßnahmen zur Prävention und Gesundheitsförderung (z.B. der Erhöhung der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen) war beim Hauptverband der **Fonds für Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderung** eingerichtet. Die Mittel des Fonds (4,18 Mio. EUR) brachte das BMF ausschließlich aus Mitteln der Tabaksteuer im Wege des Ausgleichsfonds der GKK auf (**TZ 17** und **TZ 27**)[69].

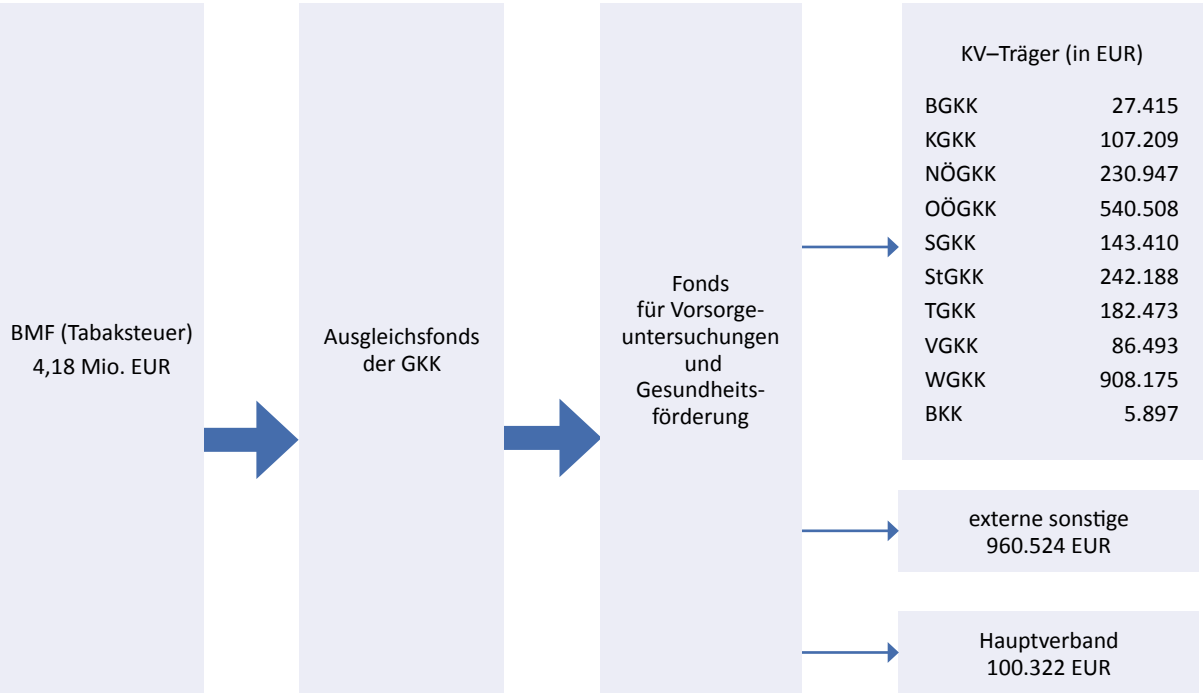
Die Fondsmittel wurden im Ausmaß von 1,22 Mio. EUR für Vorsorgeuntersuchungen (bundesweite PR–Maßnahmen, Qualitätssicherung und Evaluierung, Einladesystem) sowie im Ausmaß von 2,14 Mio. EUR für betriebliche und schulische Gesundheitsförderung der KV–Träger, des Hauptverbands und anderer Gesundheitsdienstleister (z.B. Caritas, Gesundheit Österreich GmbH usw.) aufgewendet. Die Mittel für die einzelnen Projekte gewährte der Hauptverband auf Antrag nach Prüfung der Kosten. Den Restbetrag (rd. 810.000 EUR) verteilte der Hauptverband nach einem Schlüssel unter Berücksichtigung der Entwicklung der Vorsorgeuntersuchungen auf die KV–Träger. Auf die einzelnen Empfänger entfielen insgesamt folgende Beträge:

67 BGBl. I 2013/199

68 BGBl. I 2013/200

69 In den finanziellen Erläuterungen zum FAG 2005 waren die Mehreinnahmen aus der Erhöhung der Tabaksteuer mit rd. 90 Mio. EUR beziffert. Das Mehraufkommen (im Vergleich der Jahre 2004 und 2005) fiel mit 12,42 Mio. EUR wesentlich niedriger aus und wurde zu einem Drittel an den Fonds dotiert (4,18 Mio. EUR).

Abbildung 10: Mittelflüsse Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung



Quellen: RH; Hauptverband

Die Förderung der Maßnahmen der KV–Träger durch den Fonds betrug in Summe 3,12 Mio. EUR, was einem Anteil von 1,7 % an den gesamten Aufwendungen der KV–Träger für Gesunden– und Vorsorgeuntersuchungen (183,75 Mio. EUR) entsprach.

29.2 Der RH hielt kritisch fest, dass für die Weiterleitung und Verteilung eines vergleichsweise geringen Betrags (4,18 Mio. EUR – im Vergleich zu 183,75 Mio. EUR Aufwendungen für Gesunden– und Vorsorgeuntersuchungen allein durch die KV–Träger) ein mehrstufiger Prozess mit entsprechendem Verwaltungsaufwand etabliert war, an dessen Ende eine Vielzahl von Institutionen in der Regel vergleichsweise sehr kleine Beträge (meist unter 500.000 EUR) erhielten.

Aufgrund der vergleichsweise geringen Beiträge empfahl der RH dem Hauptverband, eine Abschaffung des Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen und Gesundheitsförderung zu prüfen und bei einer Weiterführung des Fonds auf eine Verwaltungsvereinfachung im Ablauf der Förderung hinzuwirken.

29.3 Der Hauptverband lehnte in seiner Stellungnahme die Abschaffung nachdrücklich ab. Der Fonds werde nicht primär für die Gesundheitsprävention eingesetzt, son-

dern für strategische Investitionen und Beauftragungen von bundesweit bedeutsamen Maßnahmen entlang der strategischen Festlegungen und Zielsetzungen.

29.4 Der RH entgegnete dem Hauptverband, dass die besondere Bedeutung der Maßnahmen aus den Fondsmitteln für den Hauptverband in die vom RH empfohlene Prüfung ebenso miteinbezogen werden kann wie die Überprüfung, ob die Einrichtung des Fonds zweckmäßig für die Umsetzung strategischer Investitionen und bundesweiter Maßnahmen wäre oder ob Alternativen zielführender wären. Im Falle einer Weiterführung des Fonds blieb der RH bei seiner Empfehlung, auf eine Verwaltungsvereinfachung im Ablauf der Förderungen hinzuwirken.

30.1 Die Bundesregierung beschloss 2009 ein Konsolidierungspaket, das schrittweise eine Entschuldung der GKK bewirken sollte[70]. Aus diesem Grund wurde der **Kassenstrukturfonds** eingerichtet, den das BMGF mit 200 Mio. EUR im Jahr 2010 und jeweils 40 Mio. EUR in den Jahren 2011 bis 2014 dotierte (siehe **TZ 17**).

Der Kassenstrukturfonds war vom Bund jährlich zum 1. Jänner zu dotieren[71]. Der Hauptverband hatte bis zum 15. Dezember des Vorjahres die Genehmigung für die Maßnahmen zur Zielerreichung bei BMF und BMGF einzuholen. Mit dieser Genehmigung waren die Mittel des Kassenstrukturfonds an den Hauptverband zu überweisen und bis zur Auszahlung zinsbringend anzulegen.[72] Dies stand im Widerspruch zu § 50 (1) BHG 2013, wo festgehalten wird, dass der Bundesminister für Finanzen den haushaltsführenden Stellen die zur Leistung der Auszahlungen des Bundes notwendigen Geldmittel in dem Ausmaß bereitzustellen hat, in welchem dies zur Erfüllung fälliger Verpflichtungen erforderlich ist.

Die Verwaltung des Fondsvermögens hatte getrennt vom sonstigen Vermögen des BMGF zu erfolgen und wurde vom Hauptverband durchgeführt.[73] Die Ausschüttung der Mittel des Fonds war an die Einhaltung von Ausgabenobergrenzen (Finanzzielen) in sechs ausgewählten Leistungsbereichen (Honorare Vertragsärztinnen und –ärzte, Ambulante Leistungen, Physiotherapie, Medikamente, Heilbehelfe und Hilfsmittel sowie Transportkosten) gebunden.

Die Auszahlung der am 1. Jänner 2014 dotierten Mittel an die GKK erfolgte bei Einhaltung der Finanzziele auf Grundlage der endgültigen Erfolgsrechnungen der GKK (Erstellung im Juli 2015) rund eineinhalb Jahre nach Dotierung im Juli 2015. In diesem Zeitraum veranlagte der Hauptverband die Mittel.

---

70 vgl. „Vergleich Kärntner Gebietskrankenkasse und Salzburger Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2011/11

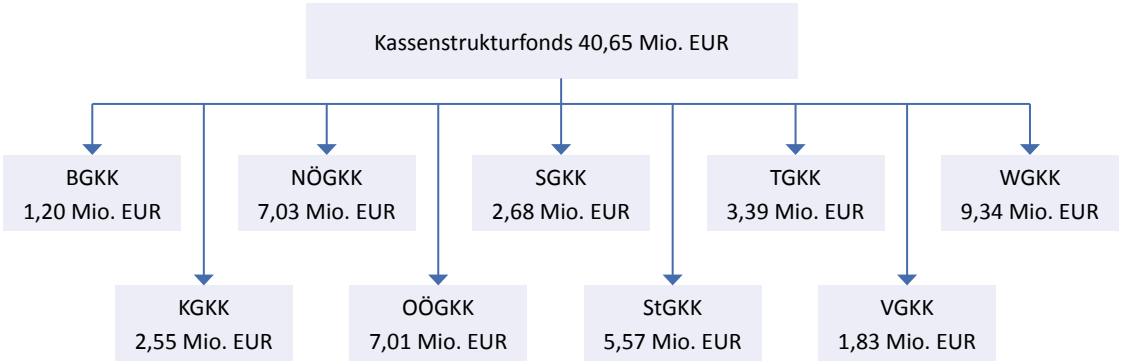
71 vgl. § 7 Krankenkassen–Strukturfondsgesetz

72 § 3 (1) und (2) der Richtlinien des BMGF für die Verwendung der Mittel des Kassenstrukturfonds (KSF)

73 vgl. Richtlinien des Bundesministers für Gesundheit für die Verwendung der Mittel des Kassenstrukturfonds

Für 2014 bezahlte der Kassenstrukturfonds einschließlich Zinserträge einen Betrag von rd. 40,65 Mio. EUR auf Grundlage der Versichertenzahl an die GKK aus, was einem Anteil an den Versicherungsleistungen der GKK von rd. 0,3 % entsprach. Im Jahr 2015 setzte das BMGF vorübergehend die Dotierung des Kassenstrukturfonds aus.

Abbildung 11: Verteilung der Mittel des Kassenstrukturfonds, 2014



Quellen: RH; Hauptverband

30.2 Der RH merkte kritisch an, dass eine Auszahlung der Mittel des Kassenstrukturfonds an die GKK erst rund eineinhalb Jahre nach seiner Dotierung erfolgte. Dies stand im Widerspruch zu § 50 (1) BHG 2013.

Der RH empfahl daher dem BMF und dem BMGF, darauf hinzuwirken, dass die Dotierung des Fonds erst zu jenem Zeitpunkt vorgenommen wird, an dem Auszahlungen des Kassenstrukturfonds fällig werden.

30.3 (1) Das BMGF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Dotierung des Kassenstrukturfonds und die Vergabe der Mittel im Krankenkassenstrukturfondsgesetz jeweils im Detail – auch hinsichtlich der Zeitpunkte – geregelt seien, womit aus Sicht des BMGF eine spezialgesetzliche Regelung vorliege, die der Bestimmung des § 50 BHG vorgehe.

(2) Das BMF teilte in seiner Stellungnahme mit, dass es auf die Umsetzung der Empfehlung im Rahmen seiner Zuständigkeiten hinwirken werde.

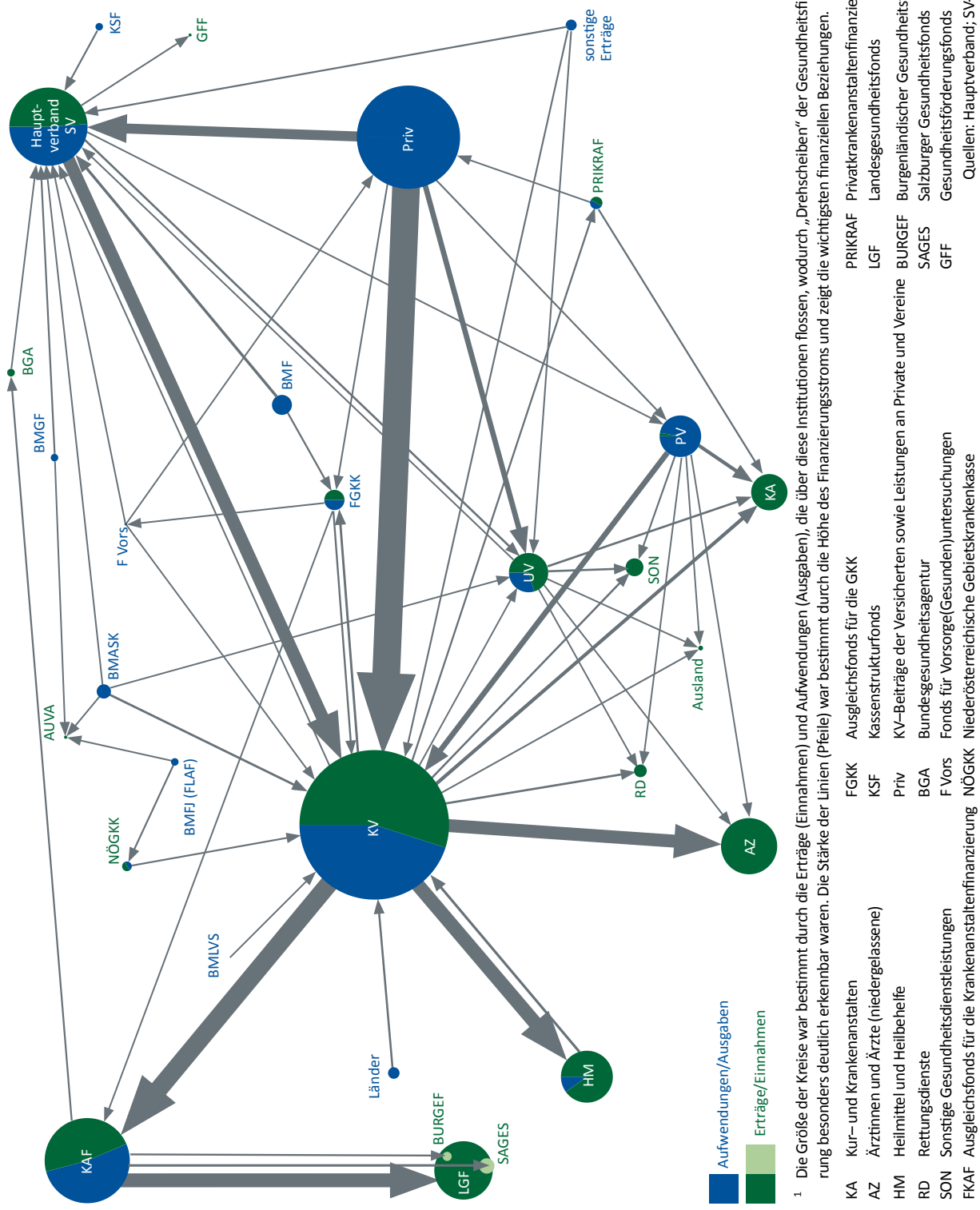
30.4 (1) Der RH anerkannte die rechtliche Beurteilung des Sachverhalts durch das BMGF, wies jedoch erneut auf den mit dieser Regelung verbundenen Zinsverlust für die Republik Österreich hin und hielt daher gegenüber dem BMGF seine Empfehlung aufrecht.

(2) Der RH begrüßte die Absicht des BMF, auf die Umsetzung der Empfehlung hinzuwirken.

Mittelflüsse der Sozialversicherung

31 Folgende Abbildung stellt die Mittelflüsse der Sozialversicherung im Jahr 2014 dar:

Abbildung 12: Mittelflüsse der Sozialversicherung, 2014[1]



[1] Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Drehscheiben" der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) war bestimmt durch die Höhe des Finanzierungsstroms und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

KA Kur– und Krankenanstalten
AZ Ärztinnen und Ärzte (niedergelassene)
HM Heilmittel und Heilbehelfe
RD Rettungsdienste
SON Sonstige Gesundheitsdienstleistungen
FKAF Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung
FGKK Ausgleichsfonds für die GKK
KSF Kassenstrukturfonds
Priv KV–Beiträge der Versicherten sowie Leistungen an Private und Vereine
BGA Bundesgesundheitsagentur
F Vors Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen
NÖGKK Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
PRIKRAF Privatkrankenanstaltenfinanzierungsfonds
LGF Landesgesundheitsfonds
BURGEF Burgenländischer Gesundheitsfonds
SAGES Salzburger Gesundheitsfonds
GFF Gesundheitsförderungsfonds

Quellen: Hauptverband; SV–Träger; RH

Für die Darstellung der Mittelflüsse der Sozialversicherung im Gesundheitswesen erfasste der RH mehr als 30 Akteure (Zahler und Empfänger). Verteilt nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen[74] nach dieser Darstellung an Mittelflüssen der Sozialversicherung auf die Krankenanstalten 6,709 Mrd. EUR (einschließlich der Mittel an die Landesgesundheitsfonds), auf die Heilmittel und Heilbehelfe 3,445 Mrd. EUR, auf die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte 4,483 Mrd. EUR, auf das Rettungswesen 229,51 Mio. EUR und auf Sonstige Gesundheitsdienstleistungen 452,32 Mio. EUR.

32 Die **Erträge der Krankenversicherung** (2014: 15,369 Mrd. EUR) bestanden zu 88,7 % aus Beitragseinnahmen (2014: 13,634 Mrd. EUR). Die Höhe der Beitragseinnahmen war für die KV–Träger durch die gesetzlichen Regelungen der Beitragssätze, der Anzahl der Beitragszahlerinnen und –zahler und der Höhe der Bemessungsgrundlage kaum beeinflussbar.

Tabelle 15: Erträge der Krankenversicherung im Gesundheitsbereich, 2014

Mittelherkunft	Beiträge		sonstige Erträge	
	in Mio. EUR	in %	in Mio. EUR	in %
Versicherte	11.720,22	86,0	704,56	40,4
Bund	358,72	2,6	517,34	29,7
SV–Träger	1.519,60	11,1	245,83	14,1
Länder	35,82	0,3	–	–
Gemeinden[1]	–	–	130,61	7,5
Andere[2]	–	–	143,40	8,2
Summe	**13.634,36**	**100,0**	**1.741,73**	**100,0**

Rundungsdifferenzen möglich

[1] Zuschüsse der Stadt Wien für das Hanuschkrankenhaus

[2] z.B. Regresse von Dritten, ausländische Versicherungsträger

Quellen: RH; Hauptverband

[74] Die dargestellten Zahlen bezogen sich auf unterschiedliche Abrechnungszeiträume. Eine zusammenfassende Darstellung über alle Institutionen hinweg war daher nicht möglich.

Folgende Beiträge fielen im Jahr 2014 an:

– Beiträge der Versicherten i.H.v. 11,720 Mrd. EUR

– Kostenersätze des Bundes i.H.v. 358,72 Mio. EUR, davon Beiträge

  • für Bezieherinnen und Bezieher von Beihilfen nach AMS–Gesetz durch das BMASK i.H.v. 272,03 Mio. EUR[75]

  • nach dem Kriegsopferversorgungsgesetz durch das BMASK i.H.v. 6,55 Mio. EUR

  • für Bezieherinnen und Bezieher von Kinderbetreuungsgeld durch das BMASK i.H.v. 57,91 Mio. EUR

  • für Bezieherinnen und Bezieher einer Bedarfsorientierten Mindestsicherung[76] durch das BMASK i.H.v. 36,47 Mio. EUR[77]

  • für Asylwerberinnen und Asylwerber, die Leistungen aus der Grundversorgung erhielten i.H.v. 22,13 Mio. EUR

– Erträge von anderen SV–Trägern in Form von Beiträgen für Pensionistinnen und Pensionisten durch PV–Träger i.H.v. 1,520 Mrd. EUR

– Kostenersätze der Länder für Beiträge der Bezieherinnen und Bezieher einer Bedarfsorientierten Mindestsicherung i.H.v. 35,82 Mio. EUR

Die sonstigen Erträge (2014: 1,742 Mrd. EUR) waren überwiegend gesetzlich geregelte Kostenersätze des Bundes und anderer SV–Träger für bestimmte Leistungen bzw. Behandlungsbeiträge sowie Kostenbeteiligungen und Rezeptgebühren der Versicherten:

– Pauschalbetrag zur Abgeltung von Arbeitsunfällen durch die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) i.H.v. 201,45 Mio. EUR[78]

---

75 § 6 Arbeitslosenversicherungsgesetz 1977 (ALVG), BGBl. Nr. 609/1977

76 Verordnung des Bundesministers für Soziale Verwaltung vom 28. November 1969 über die Durchführung der Krankenversicherung für die gemäß § 9 ASVG in die Krankenversicherung miteinbezogenen Personen, BGBl. Nr. 420/1969

77 vgl. Art. 8 der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B–VG über eine bundesweite Bedarfsorientierte Mindestsicherung, BGBl. Nr. 96/2010

78 Nach einem Schlüssel unter Berücksichtigung der Versichertenanzahl und der Zahl der Arbeitsunfälle anteilig auf die KV–Träger verteilt.

- Kostenersätze für Vorleistungen bei Heilbehelfen und Hilfsmittel durch die PV–Träger i.H.v. 18,23 Mio. EUR

- Kostenersatz für Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld durch die PV–Träger i.H.v. 6,80 Mio. EUR[79]

- Abgeltung der Umsatzsteuerleistung durch das BMF (GSBG) i.H.v. 438,26 Mio. EUR[80]

- Kostenersatz für die Aufwendungen zu Untersuchungen des Mutter–Kind–Passes durch den Familienlastenausgleichsfonds i.H.v. 37,31 Mio. EUR

- Zuzahlungen für Jugendlichen– und Vorsorgeuntersuchungen durch den Bund i.H.v. 5,30 Mio. EUR

- Rezeptgebühren der Versicherten i.H.v. 381,19 Mio. EUR

- Kostenbeteiligungen der Versicherten i.H.v. 265,00 Mio. EUR

- sonstige betriebliche Erträge i.H.v. 192,04 Mio. EUR[81], davon umfasst der Solidarbeitrag („Pharmapaket“) aufgrund des Pharma–Rahmenvertrags durch Pharmaunternehmen 25,28 Mio. EUR

[79] ab dem Jahr 2014 für Personen mit vorübergehendem Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitsbescheid von mindestens sechs Monaten

[80] Seit dem 1. Jänner 2014 erfolgte der Ersatz nicht mehr in pauschaler Form, sondern umfasste 100 % der Vorsteueraufwendungen.

[81] davon 130 Mio. EUR durch die Stadt Wien im Rahmen der Abgangsdeckung und Zuschüssen für das Hanuschkrankenhaus

33 Die **Aufwendungen für Versicherungsleistungen** in der Krankenversicherung betrafen v.a. die Bereiche Ärztliche Hilfe (34,4 %), Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel (25,9 %) und der Anstaltspflege (33,1 %).

Tabelle 16: Versicherungsleistungen[1] in der Krankenversicherung

Aufwendungen	TZ	in Mio. EUR	in %
Ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen[2]	TZ 34	3.946,64	27,9
Zahnärztinnen und –ärzte		921,43	6,5
Heilmittel	TZ 35	3.193,68	22,5
Heilbehelfe und Hilfsmittel	TZ 35	481,04[5]	3,4
Anstaltspflege		4.693,52	33,13
davon[3]			
für PRIKRAF–Krankenanstalten	TZ 37	*108,37*	*0,8*
für LGF–Krankenanstalten	TZ 36	*4.275,52*	*30,2*
für sonstige Krankenanstalten		*309,63*	*2,2*
Sonstige Leistungen[4]		928,72	6,6
Summe		**14.165,05**	**100,0**

Rundungsdifferenzen möglich

[1] laut Erfolgsrechnungen der SV–Träger

[2] einschließlich Leistungen der Zahnärztinnen und –ärzte

[3] PRIKRAF–Krankenanstalten: Private Krankenanstalten, die über den Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds (PRIKRAF) finanziert werden; LGF–Krankenanstalten: Fondskrankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds finanziert werden, und sonstige Krankenanstalten, unter die Zahlungen an ausländische Krankenanstalten sowie der Pauschalbetrag AUVA für Anstaltspflege in Unfallkrankenhäusern fiel

[4] z.B. Transportkosten, Medizinische Rehabilitation, Vorsorge und Gesundheitsförderung

[5] einschließlich der Heilbehelfe und Hilfsmittel im Rahmen der medizinischen Rehabilitation

Quellen: RH; SV–Träger

34 Ärztliche Hilfe bzw. gleichgestellte Leistungen erbrachten im niedergelassenen Bereich insbesondere Vertrags– und Wahlärztinnen und –ärzte sowie Psychotherapeutinnen und –therapeuten, Psychologinnen und Psychologen, Logopädinnen und Logopäden und Physiotherapeutinnen und –therapeuten. Von den Aufwendungen für ärztliche Hilfe waren auch ärztliche Leistungen in Krankenanstalten und Einrichtungen (z.B. Laborinstitute, physikalische Institute) umfasst.

Tabelle 17: Aufwendungen für Ärztliche Hilfe, 2014

	in Mio. EUR	in %
Vertragsärzinnen und –ärzte und gleichgestellte Leistungen	2.488,69	63,1
Wahlärztinnen und –ärzte und gleichgestellte Leistungen	301,25	7,6
Ambulante Leistungen in Krankenanstalten und sonst. Einrichtungen	955,50	24,2
Leistungen in eigenen Einrichtungen	115,63	2,9
Sonstige Aufwendungen[1]	85,56	2,2
Summe	**3.946,64**	**100,0**

Rundungsdifferenzen möglich

[1] z.B. Leistungen aufgrund von Sozialversicherungsabkommen, nicht abziehbare Vorsteuer

Quellen: RH; SV–Träger

35 An öffentliche Apotheken und ärztliche Hausapotheken leisteten Krankenversicherungsträger für die im Erstattungskodex aufgelisteten Heilmittel 2014 einen Betrag von 3,194 Mrd. EUR. Im Vergleich dazu betrugen die von den Versicherten übernommenen Rezeptgebühren 381,19 Mio. EUR (11,9 % des Heilmittelaufwands der KV–Träger).

Bei den Aufwendungen für Heilbehelfe und Hilfsmittel (z.B. optische oder orthopädische Behelfe) erfolgte eine Unterscheidung nach Abgabe entweder im Rahmen der Heilbehandlung (2014: 251,75 Mio. EUR) oder der Medizinischen Rehabilitation (2014: 229,30 Mio. EUR). Heilbehelfe und Hilfsmittel nahmen rd. 3,4 % (481,04 Mio. EUR) der Versicherungsleistungen ein.

36 (1) Im Rahmen der 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2008 kamen Bund und Länder überein, dass mit den Zahlungen der SV–Träger an die Landesgesundheitsfonds der Anteil der Sozialversicherung an den ambulanten und stationären Leistungen von öffentlichen und privaten gemeinnützigen Krankenanstalten[82] abgegolten war. Die Abgeltung hatte gemäß § 447f ASVG mittels Pauschalbeträgen zu erfolgen, die nach einem gesetzlich festgelegten Schlüssel von den einzelnen Trägern mit Ausnahme der Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung zu leisten waren.

[82] vgl. § 2 Abs. 1 Z 1 und 2 KAKuG

Tabelle 18: Aufwendungen für den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

Gegenstand	Mittelherkunft	in Mio. EUR
vorläufiger Pauschalbetrag nach § 447f Abs. 3 Z 1 und 2 ASVG	alle SV–Träger	4.715,20
Pauschalbetrag nach § 447f Abs. 3 Z 3 ASVG	alle KV–Träger	75,00
Pauschalbetrag nach § 447f Abs. 6[1]	alle KV–Träger	83,57
endgültige Abrechnung 2013	alle SV–Träger	36,30
vorläufiger Pauschalbetrag Albert–Schweitzer–Klinik	neun KV–Träger	2,90
Überweisungen der SV–Träger		**4.912,97**
Pauschalbetrag aus Tabaksteuer nach § 447a Abs. 11 Z 1 ASVG	BMF	8,28
Summe		**4.921,30**

[1] Betrag wurde an die Bundesgesundheitsagentur weitergeleitet.

Quelle: Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung

Der Aufwand der SV–Träger setzte sich folgendermaßen zusammen:

– aus dem vorläufigen Pauschalbetrag für das laufende Jahr i.H.v. 4,715 Mrd. EUR, ermittelt aus dem endgültigen Pauschalbetrag des zweitvorangegangenen Jahres vervielfacht um den Prozentsatz der Beitragssteigerungen des vorangegangenen Jahres (§ 447f Abs. 3 Z 1 und 2 ASVG),

– aus einem Pauschalbetrag i.H.v. 75,00 Mio. EUR aus der Erhöhung der Höchstbeitragsgrundlagen aufgrund des Pensionsharmonisierungsgesetzes und der KV–Beiträge (§ 447f Abs. 3 Z 3 ASVG),

– aus den endgültigen Abrechnungen des vorangegangenen Jahres, die für 2013 eine Nachzahlung an die Landesgesundheitsfonds i.H.v. 36,30 Mio. EUR ergaben,

– aus einem vorläufigen Pauschalbetrag für das geriatrische Krankenhaus der Stadt Graz (Albert–Schweitzer–Klinik) an den steirischen Landesgesundheitsfonds i.H.v. 2,90 Mio. EUR (15a–Vereinbarung Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens).

(2) Mit dem Pauschalbetrag des BMF aus Mitteln der Tabaksteuer i.H.v. 8,28 Mio. EUR (§ 447a Abs. 11 Z 1 ASVG) wurde auch ein Teil der Bundesfinanzierung der Krankenanstalten über die SV–Träger im Wege der Fonds abgewickelt (TZ 17).

(3) KV–Träger leisteten an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung einen weiteren Pauschalbetrag i.H.v. 83,57 Mio. EUR, der an die Bundesgesundheitsagentur weiterzuleiten war (§ 447f Abs. 6 ASVG).

(4) Der Gesamtbetrag der Aufwendungen für die Krankenanstaltenfinanzierung laut Erfolgsrechnungen der SV–Träger war mit 4,276 Mrd. EUR geringer als der tatsächliche Überweisungsbetrag an den Fonds (4,913 Mrd. EUR). Die Differenz ergab sich vorwiegend aus einer Aufteilung der Gesamtüberweisung an den Fonds auf mehrere Positionen der Erfolgsrechnung (siehe **TZ 6**).

37 Analog zu den über den Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten wurden auch die Leistungen privater Krankenanstalten gemäß § 149 Abs. 4 ASVG mittels Pauschalbetrag an den Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds (PRIKRAF) zur Gänze abgegolten (2014: 108,37 Mio. EUR).

Die jährliche Valorisierung des Betrags erfolgte wie bei den über den Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten nach der prozentuellen Steigerung der Beitragseinnahmen der KV–Träger. Eine Aufteilung des Pauschalbetrags auf die KV–Träger erfolgte zunächst schlüsselmäßig durch Beschluss der Trägerkonferenz[83] des Hauptverbands und wurde in Folge nach Maßgabe der von den Versicherten tatsächlich in Anspruch genommenen Leistungen angepasst.

Die Abrechnungen der 44 Krankenanstalten mit dem Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds (PRIKRAF) basierten auf dem LKF–System[84], wobei eine Abgeltung der Behandlung nur in jenen Fällen erfolgte, bei denen eine Zuständigkeitserklärung des jeweiligen KV–Trägers vorlag. 2014 wurden auf Basis der LKF–Punkte 106,51 Mio. EUR mit den Vertragskrankenanstalten abgerechnet.

Der Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds zahlte im Namen des zuständigen KV–Trägers an die Versicherten einen Zuschuss zu den Pflegekosten aus (2014: 1,55 Mio. EUR). Bei ausländischen Versicherten wurden Kostenforderungen des Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds an ausländische Versicherungsträger über den Hauptverband betrieben und die einlangenden Zahlungen an den Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds weitergeleitet (2014: 0,32 Mio. EUR).

---

[83] Die Trägerkonferenz bestand aus den Obmännern und ersten Stellvertretern der SV–Träger sowie drei Seniorenvertretern.

[84] Die LKF (leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) beruhte auf dem Prinzip, erbrachte Behandlungen auf Basis von leistungsorientierten Diagnosefallgruppen zu kategorisieren und abzurechnen. Jeder dieser leistungsorientierten Diagnosefallgruppen war eine bestimmte Anzahl an LKF–Punkten zugeordnet. Das je LKF–Punkt erstattete Entgelt bemaß sich an dem vom Landesgesundheitsfonds bereitgestellten Finanzvolumen.
Detaillierte Darstellungen zum LKF bieten die RH–Berichte „Teilbereiche der Gesundheitsreform 2005 mit Länderaspekten in Tirol und Wien“, Reihe Bund 2010/5 und „Wirtschaftliche Aspekte der Krankenanstaltenplanung“, Reihe Bund 2015/17.

Erträge und Aufwendungen der Unfallversicherung (UV)

38 Im Jahr 2014 betrugen die Erträge der Unfallversicherung aus Beitragszahlungen 1,506 Mrd. EUR, weitere 46,66 Mio. EUR stammten aus Kostenersätzen, Regressen und Beihilfen nach dem GSBG (in Summe: 1,553 Mrd. EUR). Mit 1. Juli 2014 wurden die Beiträge zur Unfallversicherung der unselbstständig Erwerbstätigen von 1,4 % auf 1,3 % der Beitragsgrundlage gesenkt, daher lagen die Beitragsleistungen um 0,5 % unter jenen des Vorjahres.

Da die Unfallversicherung die Arbeitgeberhaftpflichtversicherung ablöste, leisteten die Beitragszahlungen zur Pflichtversicherung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer zur Gänze die Dienstgeber. Die Beiträge der in der Unfallversicherung teilversicherten Selbstständigen und der selbstständig Erwerbstätigen in der Land– und Forstwirtschaft waren hingegen von den Versicherten zu tragen. Für bestimmte Personenkreise (Schülerinnen und Schüler und Studierende oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinnütziger Organisationen) wurden Beiträge zur Gänze oder teilweise vom Bund bzw. dem Familienlastenausgleichsfonds geleistet.[85] Die Einhebung der Beiträge erfolgte gegen Ersatz des Verwaltungsaufwands vom jeweils zuständigen KV–Träger, der die Beiträge an die UV–Träger abführte.

39 (1) Die Sachleistungen aus der Unfallversicherung (2014: 651,46 Mio. EUR) bestanden überwiegend aus stationärer oder ambulanter Unfallheilbehandlung, Prävention und Rehabilitation nach Unfällen oder Berufskrankheiten. Die Behandlung konnte in eigenen Unfallkrankenhäusern bzw. Rehabilitationszentren der vier UV–Träger oder Einrichtungen anderer SV–Träger im Inland erfolgen; außerdem bestanden Behandlungsverträge mit drei ausländischen Spezialeinrichtungen.

Tabelle 19: Erträge und Aufwendungen der UV im Gesundheitsbereich, 2014

Erträge	in Mio. EUR	Aufwendungen	in Mio. EUR
aus Beitragszahlungen	1.506,01	Ambulante Heilbehandlung	59,49
aus Kostenersätzen und Beihilfen	46,66	Stationäre Heilbehandlung	178,09
		Ersatzleistungen AUVA an KV–Träger	201,45
		Prävention	78,94
		Rehabilitation	94,50
		Sonstige Leistungen[1]	38,99
Summe	**1.552,67**	**Summe**	**651,46**

[1] z.B. Transportkosten, Vertrauensärztlicher Dienst, Körperersatzstücke

Quellen: RH; SV–Träger

(2) Für die Heilbehandlung von Versicherten nach Unfällen oder Berufskrankheiten (Ausnahme: Betriebskrankenkasse der Wiener Verkehrsbetriebe) hatten die KV–Träger gegenüber der AUVA Ersatzansprüche (§ 319a ASVG). Als Kostenersatz leistete die

[85] § 74 ASVG

AUVA einen vom Hauptverband festgesetzten Pauschalbetrag (2014: 201,45 Mio. EUR), der schlüsselmäßig nach dem Verhältnis der Versicherten zu den eingetretenen Arbeitsunfällen bzw. Berufskrankheiten auf die KV–Träger aufgeteilt wurde.

Erträge und Aufwendungen der Pensionsversicherung (PV)

40 (1) Beitragsleistungen zur Krankenversicherung der Pensionistinnen und Pensionisten und Übergangsgeldbezieherinnen und –bezieher erfolgten zum einen durch die Versicherten (5 % der auszuzahlenden Leistung) und waren von den PV–Trägern einzubehalten. Zum anderen wurden Beiträge durch die PV–Träger finanziert, die aus eigenen Mitteln einen gesetzlich festgelegten Prozentsatz[86] (Hebesatz) der einbehaltenen Beträge an die KV–Träger abzuführen hatten (2014: 1,520 Mrd. EUR).

(2) Durch das Sozialrechts–Änderungsgesetz 2012 wurde ab 1. Jänner 2014 ein Rehabilitationsgeld jenen Personen über dem 50. Lebensjahr gewährt, bei denen vorübergehend eine Berufsunfähigkeit für mindestens sechs Monate festgestellt wurde und eine berufliche Rehabilitation nicht zumutbar und zweckmäßig war. Die Pen-sionsversicherung leistete für die Bezieherinnen und –bezieher von Rehabilitationsgeld KV–Beiträge an die KV–Träger, in Summe 6,80 Mio. EUR.

(3) Im Rahmen der Medizinischen Rehabilitation erbrachten PV–Träger Sachleistungen im Umfang von 373,30 Mio. EUR für die Unterbringung in Krankenanstalten, die der Rehabilitation dienten, oder für die Anschaffung von Hilfsmitteln (z.B. Prothesen, orthopädische Behelfe). Vom Einkommen abhängige Zuzahlungen der Patientinnen und Patienten trugen zu 4,0 % (15,11 Mio. EUR) zum Rehabilitationsaufwand bei.

Für Kuraufenthalte bzw. Aufenthalte in Rehabilitationszentren im Rahmen der Gesundheitsvorsorge wendeten PV–Träger 2014 einen Betrag von 467,90 Mio. EUR auf. Die Aufwendungen wurden zu 8,4 % (39,13 Mio. EUR) durch Kostenbeteiligungen der Versicherten abgedeckt.

Tabelle 20: Erträge und Aufwendungen der PV 2014 im Gesundheitsbereich

Erträge	in Mio. EUR	Aufwendungen	in Mio. EUR
Kostenbeteiligungen für Gesundheitsvorsorge	39,13	Gesundheitsvorsorge	467,90
Kostenbeteiligungen für Rehabilitation	15,11	Rehabilitation	373,30
Beihilfe nach GSBG	9,36	KV–Beiträge der Pensionistinnen und Pensionisten	1.519,59
		KV–Beiträge für Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld	6,80
		Transportaufwand	2,34
Summe	**63,60**	**Summe**	**2.369,91**

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: RH; SV–Träger

[86] vgl. § 73 ASVG: Hebesatz 181 % für Bezieherinnen und Bezieher von ASVG–Pensionen, 174 % für Beamtinnen und Beamte, 322 % für Versicherte der VAEB

41 Zusammenfassend hielt der RH hinsichtlich der Mittelflüsse im Bereich Sozialversicherung fest, dass

- beim Hauptverband für die Abwicklung einzelner Leistungen im Gesundheitsbereich Fonds (z.B. für die Finanzierung von Krankenanstalten, zur Gesundheitsförderung, zum Ausgleich von Strukturunterschieden der GKK) eingerichtet waren, die sowohl aus Mitteln der Sozialversicherungsträger als auch aus Bundesmitteln finanziert wurden, und in diesem Finanzierungssystem der Ausgleichsfonds der GKK ausschließlich als Durchlaufstation für die Bundesmittel (aus der Tabaksteuer) an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung und an den Fonds für Vorsorge– und Gesundenuntersuchungen diente,

- ein Fonds (für Vorsorge– und Gesundenuntersuchungen) mit vergleichsweise geringen Mitteln (4,18 Mio. EUR) dotiert war, die in einem mehrstufigen Prozess mit entsprechendem Verwaltungsaufwand an eine Vielzahl von Institutionen vergeben wurden, wobei die einzelne Institution in der Regel vergleichsweise sehr kleine Beträge (meist unter 500.000 EUR) erhielt,

- der Gesundheitsbereich der einzelnen Sparten der Sozialversicherung (Kranken–, Unfall–, Pensionsversicherung) sich im Wesentlichen aus Beiträgen finanzierte, deren Höhe durch die gesetzlichen Regelungen der Beitragssätze, der Anzahl der Beitragszahlerinnen und –zahler und der Höhe der Bemessungsgrundlage kaum beeinflussbar waren und

- die Aufwendungen der Sozialversicherung insbesondere für die Finanzierung von Versicherungsleistungen, wie Ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe und Hilfsmittel und Anstaltspflege, eingesetzt wurden sowie

- die SV–Träger im Rahmen der Finanzierung der Anstaltspflege nicht nur mit 4,913 Mrd. EUR zur Finanzierung von Leistungen der über den Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten beitrugen (über den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung), sondern auch die Leistungen privater Krankenanstalten durch eine Pauschalzahlung i.H.v. 108,37 Mio. EUR den Privatkrankenanstalten–Finanzierungsfonds wesentlich mitfinanzierten.

Krankenfürsorgeanstalten

42 Der RH griff zur Prüfung der Mittelflüsse der 15 Krankenfürsorgeanstalten (**KFA**) auf die vorliegenden Jahresabschlüsse bzw. deren Gewinn– und Verlustrechnung (GuV) zurück. Die Krankenfürsorgeanstalten gehörten nicht dem Hauptverband an, ein-

zelne öffentlich Bedienstete konnten jedoch Gesundheitsleistungen über eine Krankenfürsorgeanstalt in Anspruch nehmen, wobei diese Aufgaben eines Kranken– oder Unfallversicherungsträgers erfüllten.

Im Jahr 2014 waren in Oberösterreich und Tirol je eine Krankenfürsorgeanstalt für Landesbeamtinnen und –beamte, Gemeindebeamtinnen und –beamte und Landeslehrpersonal eingerichtet. Zudem richteten die Städte Wien, Graz, Linz, Salzburg, Villach, Wels, Steyr, Baden und Hallein eine eigene Krankenfürsorgeanstalt für ihre Beamtinnen und Beamte ein. In Tabelle 21 werden die Aufwendungen (Ausgaben) für den Gesundheitsbereich dargestellt:

Tabelle 21: Aufwendungen (Ausgaben) der KFA im Gesundheitsbereich, 2014

Mittelverwendung[1]	in Mio. EUR
Kur– und Krankenanstalten	171,60
Ärztliche Hilfe (darunter auch Zahnbehandlung)	171,50
Heilmittel und Heilbehelfe	94,76
Rettungswesen und Krankentransporte	4,36
Sonstige Gesundheitsdienstleistungen (z.B. Krankheitsverhütung)	0,43
Sonstiges (z.B. Verwaltungsausgaben, Geldleistungen)	65,52

In der Tabelle nicht enthalten waren die Ausgaben der KFA der Tiroler und Oberösterreichischen Gemeindebeamtinnen und –beamte sowie der Beamtinnen und Beamte der Stadt Hallein. Der Jahresabschluss des Jahres 2014 der KFA der Tiroler Gemeindebeamtinnen und –beamte enthielt keine Gewinn– und Verlustrechnungen, weshalb die Gesamtausgaben von 3,64 Mio. EUR nicht einzelnen Gesundheitsdienstleistungen zugeordnet wurden. Der Jahresabschluss der oberösterreichischen Gemeindebeamtinnen und –beamte enthielt ebenfalls keine Gewinn– und Verlustrechnungen und auch keine Darstellung der Gesamtausgaben (lediglich eine Bilanz). Die Ausgaben der KFA Hallein (0,08 Mio. EUR) waren im Rechnungsabschluss der Gemeinde Hallein ohne Zuordnung zu einzelnen Leistungen dargestellt.

Quellen: KFA; RH

Land Burgenland

Kranken– und Kuranstalten

43 Im Jahr 2014 bestanden laut Angaben des Landes Burgenland 40 Kranken– und Kuranstalten (einschließlich Ambulatorien und Reha–Zentren) im Burgenland.

Die Landeskrankenhäuser Oberpullendorf, Oberwart und Güssing sowie das Ladislaus Batthyány–Strattmann Krankenhaus Kittsee betrieb die Burgenländische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KRAGES), die zu 100 % im Eigentum des Landes stand. Das Ambulatorium für Kinder– und Jugendpsychiatrie Eisenstadt, das Ambulatorium für Psychiatrie in Oberpullendorf und das Heilpädagogische Zentrum in Rust betrieb der Psychosoziale Dienst Burgenland GmbH, der eine 100%ige Tochter der KRAGES war und damit ebenfalls im Eigentum des Landes Burgenland stand.

Das Kurzentrum Bad Tatzmannsdorf war (über die Burgenländische Landesholding GmbH und die Kurbad Bad Tatzmannsdorf AG) eine Mehrheitsbeteiligung des Landes Burgenland.

Burgenländischer Gesundheitsfonds (BURGEF)

44 Der im Jahr 2006 per Gesetz[87] eingerichtete BURGEF wurde weitergeführt, um die Aufgaben der Krankenanstaltenfinanzierung sowie weitere Aufgaben aufgrund der Vereinbarungen gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens[88] und Zielsteuerung–Gesundheit[89] wahrzunehmen.

45 Art. 18 Abs. 3 der 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens legt fest, dass die Landesgesundheitsfonds den Trägern von Krankenanstalten Zahlungen auf der Grundlage des LKF–Systems gewähren. Folgende Krankenanstalten erhielten im Land Burgenland Zahlungen vom Burgenländischen Gesundheitsfonds:

- Krankenhaus Barmherzige Brüder Eisenstadt,
- Unfallambulanz Frauenkirchen[90],
- Landeskrankenhaus Oberpullendorf,
- Landeskrankenhaus Oberwart,
- Landeskrankenhaus Güssing und
- Ladislaus Batthyány–Strattmann Krankenhaus Kittsee.

Mittelflüsse im Burgenland

46 In Abbildung 13 werden die Einnahmen und Ausgaben des Landes Burgenland und die Erträge und Aufwendungen des BURGEF schematisch dargestellt. Eine detaillierte Erläuterung dieser Mittelflüsse folgt in **TZ 47**, **TZ 48**, **TZ 49**, **TZ 50**, **TZ 51** und **TZ 52**.

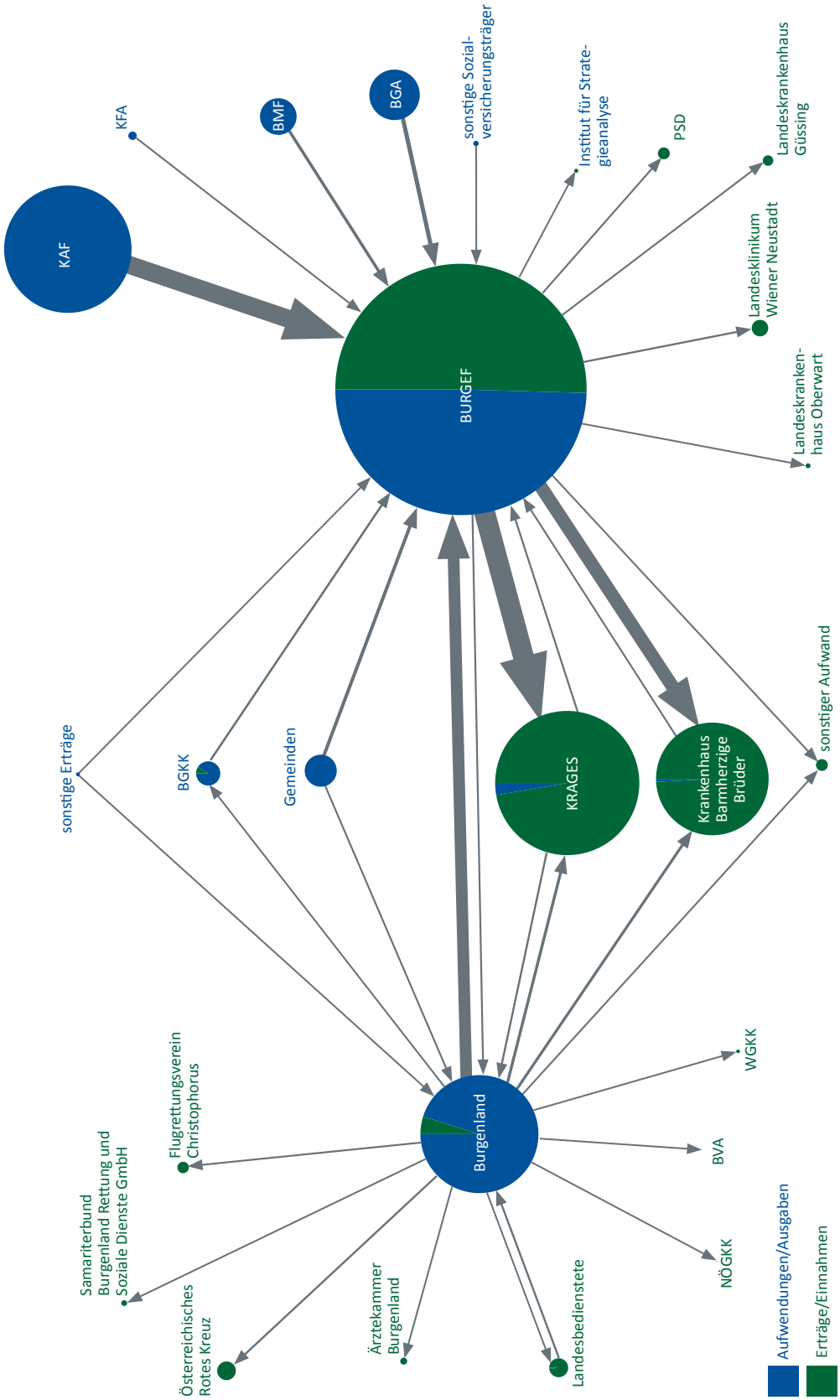
87 Gesetz vom 17. Oktober 2013 über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Burgenland (Burgenländisches Gesundheitswesengesetz 2013), LGBl. Nr. 73/2013

88 Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008

89 Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG Zielsteuerung–Gesundheit, BGBl. I Nr. 200/2013

90 Bei der Unfallambulanz Frauenkirchen handelte es sich um eine dislozierte Einrichtung des Krankenhauses Barmherzige Brüder Eisenstadt.

Abbildung 13: Mittelflüsse im Land Burgenland[1]



[1] Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Drehscheiben" der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) stellt die Höhe des Finanzierungsstroms dar und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

KRAGES Burgenländische Krankenanstaltengesellschaft
BURGEF Burgenländischer Gesundheitsfonds
KAF Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung
KFA Krankenfürsorgeanstalten
BVA Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
BGA Bundesgesundheitsagentur
BGKK Burgenländische Gebietskrankenkasse
NÖGKK Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
WGKK Wiener Gebietskrankenkasse
PSD Psychosozialer Dienst GmbH

Quellen: Land Burgenland; BURGEF; RH

Für die Darstellung der Mittelflüsse des Gesundheitswesens im Burgenland erfasste der RH mehr als 20 Akteure (Zahler und Empfänger). Verteilt nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen[91] nach dieser Darstellung auf die Krankenanstalten 472,92 Mio. EUR (einschließlich der Mittel an den BURGEF und an die KRAGES) sowie 6,68 Mio. EUR für andere Gesundheitsdienstleistungen.

Einnahmen und Ausgaben

47.1 (1) In Tabelle 22 werden die Einnahmen des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich im Jahr 2014 dargestellt:

Tabelle 22: Einnahmen des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich 2014

	in Mio. EUR	in % der bereinigten Einnahmen
Einnahmen laut Rechnungsabschluss[1]	111,20	–
Bereinigte Einnahmen	108,14	100,0
davon		
Personalaufwand der KRAGES[2]	*104,50*	*96,6*
Erstattung Personalaufwand Landesbedienstete von KRAGES	*2,49*	*2,3*
Abzüge von Ertragsanteilen der Gemeinden („Sanitätsbeitrag“)	*0,99*	*0,9*
Pensionsbeiträge von Landesbediensteten	*0,05*	*0,0*
Sonstige	*0,11*	*0,1*

Rundungsdifferenzen möglich

1 Haushaltsgruppe Gesundheit

2 Burgenländische Krankenanstalten GmbH

Quelle: Land Burgenland

Die im Rechnungsabschluss des Landes dargestellten Einnahmen in der Haushaltsgruppe 5 (Gesundheit) betrugen 111,20 Mio. EUR. Einnahmen in anderen Haushaltsgruppen für den Gesundheitsbereich bestanden laut Angaben des Landes nicht. Das Land Burgenland bereinigte diesen Betrag um die Entnahme aus Rücklagen und Einnahmen, die nicht den Gesundheitsbereich betrafen (wie bspw. Einnahmen des Veterinär–, Natur– und Umweltschutz– oder Sozialbereichs). Die derart bereinigten Einnahmen betrugen 108,14 Mio. EUR.

91 Die dargestellten Zahlen bezogen sich auf unterschiedliche Abrechnungszeiträume. Eine zusammenfassende Darstellung über alle Institutionen hinweg war daher nicht möglich.

(2) Das Land Burgenland verbuchte den Personalaufwand KRAGES i.H.v. 104,50 Mio. EUR als kassenwirksame (Ist–)Einnahmen – und gleichzeitig als kassenwirksame (Ist–)Ausgaben – des Landes, obwohl die KRAGES diese direkt an ihre Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer ausbezahlte. Das Land Burgenland gab an, diese Einnahmen bzw. Ausgaben zu Informationszwecken in seinem Rechnungsabschluss darzustellen. Der RH hatte diese Verbuchungspraxis bereits in seinem Bericht „Konsolidierungsmaßnahmen der Länder Burgenland und Vorarlberg", Reihe Burgenland 2015/4, kritisiert, weil es sich dabei nicht um Einnahmen bzw. Ausgaben des Landes, sondern der KRAGES handelte.

(3) Darüber hinaus erzielte das Land Burgenland Einnahmen aus

- der Refundierung von Ruhebezügen Landesbediensteter von der KRAGES i.H.v. 2,49 Mio. EUR,

- Abzügen von Ertragsanteilen der Gemeinden i.H.v. rd. 990.000 EUR für die anteilige Finanzierung der Ruhegenussansprüche von Gemeinde– und Kreisärztinnen und –ärzten (sogenannter „Sanitätsbeitrag"),

- Pensionsbeiträgen von Landesbediensteten i.H.v. rd. 50.000 EUR und

- sonstigen Einnahmen i.H.v. rd. 110.000 EUR.

47.2 Der RH kritisierte – wie schon in seinem Vorbericht „Konsolidierungsmaßnahmen der Länder Burgenland und Vorarlberg" – die kassenwirksame Verbuchung von Personalaufwand der KRAGES durch das Land Burgenland, weil dies keine Einnahmen bzw. Ausgaben des Landes waren.

Er empfahl dem Land Burgenland, eine kassenwirksame Verbuchung des Personalaufwands der KRAGES zu unterlassen.

47.3 Das Land Burgenland teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die kassenwirksame Verbuchung deshalb erfolgt sei, um den Burgenländischen Landtag inhaltlich voll informieren und Kontinuität zu den Vorjahren sicherstellen zu können. Das Land Burgenland merkte an, dass bereits mit dem Landesvoranschlag 2017 die Darstellung des Personalaufwands der KRAGES nicht mehr in dieser Form erfolge und der Information gegenüber dem Landtag mit einer Beilage nachgekommen werde.

48.1 In Tabelle 23 werden die Ausgaben des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich im Jahr 2014 dargestellt:

Tabelle 23: Ausgaben des Landes Burgenland im Gesundheitsbereich 2014

	in Mio. EUR	in % der bereinigten Ausgaben
Ausgaben laut Rechnungsabschluss[1]	202,98	–
Bereinigte Ausgaben	192,33	100,0
davon		
Personalaufwand der KRAGES	*104,50*	*54,3*
Zuschuss an BURGEF[2]	*57,91*	*30,1*
Zahlungen an KRAGES	*8,82*	*4,6*
Zuschuss an das KH Barmherzige Brüder	*7,72*	*4,0*
„Beitrag an die Bundesgesundheitsagentur“	*5,73*	*3,0*
Zahlungen an Rettungsdienste	*3,71*	*1,9*
davon		
Österreichisches Rotes Kreuz	*2,52*	*1,3*
Christophorus Flugrettungsverein	*0,95*	*0,5*
Samariterbund Burgenland	*0,24*	*0,1*
Ruhebezüge von Landesbediensteten	2,54	1,3
Zahlungen an Sozialversicherungsträger	0,49	0,3
Zahlungen an Ärztekammer Burgenland	0,35	0,2
Sonstige	0,57	0,3

Rundungsdifferenzen möglich

[1] Haushaltsgruppe Gesundheit

[2] ohne Mittel aus der voranschlagsunwirksamen Gebarung

Quelle: Land Burgenland

Die im Rechnungsabschluss des Landes dargestellten Ausgaben in der Haushaltsgruppe 5 (Gesundheit) betrugen 202,98 Mio. EUR. Das Land Burgenland bereinigte diesen Betrag um die Zuführungen zu Rücklagen und Ausgaben, die nicht den Gesundheitsbereich betrafen (wie bspw. der Veterinär–, Natur– und Umweltschutz– oder Sozialbereich). Hinzugezählt wurden Ausgaben der Haushaltsgruppe 9 (Finanzwirtschaft) und des außerordentlichen Haushalts, die den Gesundheitsbereich betrafen. Die derart bereinigten Ausgaben betrugen 192,33 Mio. EUR.

Wie bereits in **TZ 47** dargestellt, waren davon 104,50 Mio. EUR Personalausgaben der KRAGES, die keine Ausgaben des Landes Burgenland darstellten. Das Land Burgenland verbuchte darüber hinaus unter dem Titel „Beitrag an die Bundesgesundheitsagentur“ USt–Anteile des Landes, die Mittel des Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF) waren[92], i.H.v. 5,73 Mio. EUR als kassenwirksame (Ist–) Ausgabe. Diese Mittel wies jedoch das BMF direkt an den Burgenländischen Gesundheitsfonds an. Es handelte sich daher keinesfalls um Ausgaben, die die Kassengebarung des Landes betrafen.

[92] laut Art. 21 Abs. 1 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008

48.2 Der RH kritisierte die kassenwirksame Verbuchung von Mitteln des Burgenländischen Gesundheitsfonds i.H.v. 5,73 Mio. EUR, weil diese keine kassenwirksamen Ausgaben des Landes waren.

Er empfahl dem Land Burgenland, die Verbuchung in Hinkunft zu unterlassen.

48.3 Das Land Burgenland teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Mittel des BURGEF im Zuge der Verbuchung der Ertragsanteile der Bundesländer im Kontoauszug des Landes Burgenland buchhalterisch erfasst worden seien und dass daher im Zuge der Einnahmen– Ausgaben–Darstellung auch die kassenwirksame Verbuchung erfolgt sei.

48.4 Der RH wies darauf hin, dass eine kassenwirksame Verbuchung nur in jenen Fällen erfolgen soll, in denen kassenwirksame Einnahmen bzw. Ausgaben getätigt wurden. Er hielt deshalb seine Empfehlung aufrecht.

49.1 (1) Mehr als 30 % der bereinigten Ausgaben des Landes für Gesundheit resultierten aus Zuschüssen an den BURGEF i.H.v. 57,91 Mio. EUR. Diese Mittel beinhalteten nicht die Beihilfen gemäß § 2 GSBG[93], die das Land Burgenland in der voranschlagsunwirksamen Gebarung darstellte (sogenannte „Durchläufer“). Die tatsächlichen Mittelflüsse vom Land Burgenland an den Burgenländischen Gesundheitsfonds betrugen dementsprechend 71,60 Mio. EUR.

Die Zahlungen an die KRAGES betrugen 8,82 Mio. EUR (4,6 % der bereinigten Ausgaben) und setzten sich aus Abgangsdeckung, Zuschüssen für Investitionen, Leistungsabgeltungen, Personal und Tuberkulosetests zusammen. Die Zahlungen an das Krankenhaus Barmherzige Brüder i.H.v. 7,72 Mio. EUR (4,0 % der bereinigten Ausgaben) betrafen Zuschüsse für Investitionen, Personal und Annuitätentilgungen.

Die Rettungsdienste erhielten insgesamt Zahlungen i.H.v. 3,71 Mio. EUR (1,9 % der bereinigten Ausgaben). Davon entfielen 2,52 Mio. EUR auf das Österreichische Rote Kreuz, rd. 950.000 EUR auf den Flugrettungsverein Christophorus und rd. 240.000 EUR auf den Samariterbund Burgenland.

Die Ruhebezüge von Landesbediensteten verursachten Ausgaben i.H.v. 2,54 Mio. EUR (1,3 % der bereinigten Ausgaben). Schließlich zahlte das Land Bur-

[93] Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits– und Sozialbereich geregelt werden (Gesundheits– und Sozialbereich–Beihilfengesetz – GSBG), BGBl. Nr. 746/1996

genland an verschiedene Sozialversicherungsträger (rd. 490.000 EUR), an die Ärztekammer Burgenland (rd. 350.000 EUR) und sonstige Empfänger (rd. 570.000 EUR).

(2) Das Land Burgenland finanzierte einen Kraftwagen im Landesfuhrpark aus Mitteln der Bedarfszuweisungen für Gemeinden (Leasingfinanzierung i.H.v. 8.414 EUR jährlich). Gemäß § 11 Abs. 1 FAG 2008 sind Bedarfszuweisungsmittel grundsätzlich für Gemeinden und Gemeindeverbände bestimmt, für einen Abzug zugunsten des Landeshaushalts gab es nach Angaben des Landes keine gesetzliche Grundlage. Der Abzug wurde lediglich aufgrund einer mündlichen Vereinbarung zwischen einem Abteilungsvorstand und dem damaligen Landeshauptmann–Stellvertreter vorgenommen.

49.2 Der RH kritisierte die Minderung der Bedarfszuweisungsmittel für Gemeinden, weil diese gemäß § 11 Abs. 1 FAG 2008 für Gemeinden und Gemeindeverbände bestimmt waren.

Er empfahl dem Land Burgenland, derartige Abzüge ohne gesetzliche Grundlage in Hinkunft zu unterlassen.

49.3 Das Land Burgenland teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Leasingraten für den Kraftwagen ab dem Jahr 2016 nicht mehr von den Bedarfszuweisungsmitteln für Gemeinden bezahlt würden.

Mittelflüsse des Burgenländischen Gesundheitsfonds (BURGEF)

50 In Tabelle 24 werden die **Erträge des BURGEF** im Jahr 2014 dargestellt:

Tabelle 24: Erträge des BURGEF im Jahr 2014

	in Mio. EUR	in % der Erträge
Erträge laut Gewinn– und Verlustrechnung	230,35	100,0
davon		
Erträge von SV–Trägern	*121,40*	*52,7*
davon		
Hauptverband	*117,33*	*50,9*
Burgenländische Gebietskrankenkasse	*3,86*	*1,7*
sonstige SV–Träger	*0,21*	*0,1*
Erträge vom Land Burgenland[1]	71,60	31,1
Erträge von Bundesgesundheitsagentur	18,40	8,0
Erträge vom BMF (USt–Anteile)	9,67	4,2
Erträge von Gemeinden	6,43	2,8
Kostenbeiträge von Patientinnen und Patienten[2]	2,33	1,0
KFA–Beiträge	0,52	0,2
Zinserträge	0,00	0,0

Rundungsdifferenzen möglich

[1] einschließlich Beihilfen nach GSBG

[2] davon nur 117.544 EUR zahlungswirksam (Restliche Beiträge verblieben bei KRAGES und dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt; die Darstellung beim BURGEF erfolgte als Aufwand gegen Ertrag.)

Quelle: BURGEF

Mit 121,40 Mio. EUR stammten mehr als die Hälfte der Erträge des Burgenländischen Gesundheitsfonds aus dem SV–Sektor. Der Hauptverband finanzierte insgesamt 117,33 Mio. EUR, davon stammten 116,89 Mio. EUR aus dem Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung[94]. Rund 440.000 EUR erhielt der BURGEF aufgrund der Zielsteuerung Gesundheit (Gesundheitsförderungsfonds[95])[96]. Weitere Erträge i.H.v. 4,07 Mio. EUR (1,8 % der Erträge) stammten aus Kostenbeiträgen verschiedener SV–Träger für Untersuchungen und aus Regressen; auf die Burgenländische Gebietskrankenkasse entfielen davon 3,86 Mio. EUR (1,7 % der Erträge).

[94] aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, siehe Art. 21 Abs. 6 Z 1 bis 3 der Vereinbarung i.V.m. Art. 24 Abs. 4 und Art. 21 Abs. 1 Z 4 i.V.m. § 447f Abs. 3 ASVG

[95] Zur Stärkung der Gesundheitsförderung wurde bei den Landesgesundheitsfonds ein Sondervermögen ohne eigene Rechtspersönlichkeit mit einem eigenen Verrechnungskreis eingerichtet.

[96] Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung–Gesundheit (Gesundheits– Zielsteuerungsgesetz – G–ZG), Art. 19 G–ZG, BGBl. I Nr. 81/2013

Das Land Burgenland überwies an den BURGEF 71,60 Mio. EUR (31,1 % der Erträge). Davon wurden 57,84 Mio. EUR als Zuschuss des Landes und 13,70 Mio. EUR als Beihilfen gemäß § 2 GSBG[97] verbucht. Letztere wurden im Rechnungsabschluss des Landes in der voranschlagsunwirksamen Gebarung verbucht und sind deshalb in Tabelle 23 nicht abgebildet.

18,40 Mio. EUR (8,0 % der Erträge) erhielt der BURGEF von der Bundesgesundheitsagentur[98]. Weitere 9,67 Mio. EUR (4,2 % der Erträge) überwies das BMF aus Anteilen der Länder und Gemeinden an der USt[99].

Betriebskostenzuschüsse i.H.v. insgesamt 6,43 Mio. EUR (2,8 % der Erträge) leisteten die Gemeinden[100]. Diese Einnahmen wurden im Rechnungsabschluss des Landes in der voranschlagsunwirksamen Gebarung sowie in den Rechnungsabschlüssen der Gemeinden im Abschnitt 56 dargestellt (siehe **TZ 62**). Sie sind deshalb nicht in Tabelle 23 abgebildet.

Weitere Erträge i.H.v. 2,33 Mio. EUR (1,0 % der Erträge) betrafen Kostenbeiträge sowie Selbstbehalte von Patientinnen und Patienten. Diese wurden von der KRAGES und dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder eingehoben und – außer einem Beitrag von 117.544 EUR[101] – beim BURGEF nicht zahlungswirksam als Ertrag und Aufwand in gleicher Höhe verbucht. Weitere Kostenbeiträge i.H.v. rd. 520.000 EUR leistete die Krankenfürsorgeanstalt (KFA) Wien.

51 In Tabelle 25 wird der **Aufwand des BURGEF** im Jahr 2014 dargestellt:

97 Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits– und Sozialbereich geregelt werden (Gesundheits–und Sozialbereich– Beihilfengesetz – GSBG), BGBl. Nr. 746/1996

98 auf der Grundlage von § 57 Abs. 4 Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), BGBl. Nr. 1/1957 i.V.m. Art. 21 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

99 auf der Grundlage des § 9 FAG 2008 i.V.m. Art. 21 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

100 auf der Grundlage von § 66 des Gesetzes vom 27. April 2000 über die Krankenanstalten im Burgenland (Burgenländisches Krankenanstaltengesetz 2000 – Bgld. KAG 2000), LGBl. Nr. 52/2000

101 auf der Grundlage von § 27a Abs. 5 KAKuG

Tabelle 25: Aufwand des BURGEF im Jahr 2014

Gegenstand	in Mio. EUR	in % des Aufwands
Aufwand laut Gewinn– und Verlustrechnung	226,28	100,0
davon		
Zuschuss an KRAGES	*137,41*	*60,7*
davon		
LKF–Mittel	*89,10*	*39,4*
Betriebskostenzuschuss	*34,31*	*15,2*
GSBG–Mittel	*7,66*	*3,4*
Zuschuss an das Krankenhaus Barmherzige Brüder	83,14	36,7
davon		
LKF–Mittel	*55,00*	*24,3*
Betriebskostenzuschuss	*20,39*	*9,0*
GSBG–Mittel	*6,03*	*2,7*
Betriebskostenzuschuss an das Landesklinikum Wiener Neustadt	1,96	0,9
Beitrag Hauskrankenpflege an das Land Burgenland	1,21	0,5
Zuschuss an Psychosozialen Dienst (PSD)	1,02	0,4
Kostenbeiträge an das Landeskrankenhaus Güssing	0,79	0,4
Kostenbeiträge an das Landeskrankenhaus Oberwart	0,17	0,1
Sonstiger Aufwand	0,56	0,2

Rundungsdifferenzen möglich Quelle: BURGEF

Der Aufwand des BURGEF i.H.v. 226,28 Mio. EUR betraf v.a. die in der KRAGES zusammengefassten Landeskrankenanstalten (137,41 Mio. EUR bzw. 60,7 % des Aufwands) und das Krankenhaus Barmherzige Brüder (83,14 Mio. EUR bzw. 36,7 % des Aufwands).

Der BURGEF bezahlte im Jahr 2014 für Leistungen im Rahmen der LKF 89,10 Mio. EUR an die KRAGES und 55,00 Mio. EUR an das Krankenhaus Barmherzige Brüder.

Weitere Aufwendungen entstanden dem BURGEF in Form von Betriebskostenzuschüssen an die KRAGES (34,31 Mio. EUR), das Krankenhaus Barmherzige Brüder (20,39 Mio. EUR) und das Landesklinikum Wiener Neustadt (1,96 Mio. EUR).

Die GSBG–Beihilfen (siehe **TZ 48**) wurden an die KRAGES (7,66 Mio. EUR) und das Krankenhaus Barmherzige Brüder (6,03 Mio. EUR) ausbezahlt.

Der BURGEF leistete darüber hinaus einen Beitrag zur Hauskrankenpflege i.H.v. 1,21 Mio. EUR an das Land Burgenland und i.H.v. 1,02 Mio. EUR an die KRAGES–Tochter Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH. Die Beiträge an das Landeskrankenhaus Güssing i.H.v. rd. 790.000 EUR betrafen Kostenbeiträge für Magnetresonanztomographie–Untersuchungen.

Land Salzburg

Kranken– und Kuranstalten

52 Im Jahr 2014 bestanden laut Angaben des Landes Salzburg 102 Kranken– und Kuranstalten (einschließlich Ambulatorien und Reha–Zentren).

Die beiden Krankenanstalten Mittersill und Tamsweg sowie das Psychosoziale Versorgungs– und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche Salzburg standen 2014 im Eigentum des Landes Salzburg[102]. An weiteren drei Rehabilitationszentren (NeuroCare Rehaklinik Salzburg, Onkologisches Rehabilitationszentrum St. Veit/Pongau, Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche St. Veit/Pongau) war das Land Salzburg über die Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft m.b.H. (**SALK**) indirekt beteiligt.

Das Landeskrankenhaus Salzburg, die Christian–Doppler–Klinik Salzburg, die Landesklinik St. Veit, das Institut für Sportmedizin des Landes Salzburg und die Sonderkrankenanstalt für Neurorehabilitation für Kinder und Jugendliche betrieb die SALK, die im Jahr 2004 gegründet wurde. Sie stand zu 100 % im Eigentum des Landes.

Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES)

53 Zur Mitfinanzierung der Fondskrankenanstalten sowie zur Mitwirkung bei der Planung, Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens sowie zur Stärkung der Gesundheitsförderung wurde im Jahr 2005 der SAGES mit eigener Rechtspersönlichkeit per Gesetz eingerichtet[103].

Die Aufgaben des SAGES im Rahmen der Krankenanstaltenfinanzierung sind in § 3 Abs. 1 des Salzburger Gesundheitsfondsgesetzes folgendermaßen geregelt:

– Abgeltung der Leistungen der Fondskrankenanstalten für Fondspatientinnen und –patienten,

– Gewährung von Zuschüssen an Fondskrankenanstaltenträger für größere Investitionen, insbesondere für die Anschaffung von Großgeräten,

– Gewährung von Mitteln für krankenhausentlastende Planungen, Projekte und Maßnahmen,

[102] Im Jahr 2015 wurde die Rechtsträgerschaft der Krankenanstalt Mittersill auf die Tauernkliniken GmbH übertragen, die eine 100%ige Beteiligung der Gemeinde Zell am See war. Die Bezeichnung der Krankenanstalt Tamsweg wurde im Jahr 2016 in „Landesklinik Tamsweg“ geändert.

[103] Gesetz vom 19. Oktober 2005 über den Salzburger Gesundheitsfonds (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz – SAGES–Gesetz), LGBl. Nr. 90/2005

– Empfehlung von Budgetvorhaben an Fondskrankenanstaltenträger,

– sonstige Aufgaben, die dem Fonds durch Gesetz übertragen werden.

54 Art. 18 Abs. 3 der 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens legt fest, dass die Landesgesundheitsfonds den Trägern von Krankenanstalten Zahlungen auf der Grundlage des LKF–Modells gewähren. Folgende Krankenanstalten erhielten im Land Salzburg Zahlungen vom SAGES:

– Landeskrankenhaus Salzburg,

– Christian–Doppler–Klinik Salzburg,

– Landesklinik St. Veit,

– Allgemeines öffentliches Krankenhaus Mittersill des Landes Salzburg (ab 2016 lautet der Rechtsträger „Tauernkliniken GmbH“),

– Allgemeines öffentliches Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg (ab 2016 „Landesklinik Tamsweg“),

– Allgemeines öffentliches Krankenhaus Hallein,

– Allgemeines öffentliches Krankenhaus Oberndorf,

– Allgemeines öffentliches Krankenhaus Zell am See (ab 2016 lautet der Rechtsträger „Tauernkliniken GmbH“),

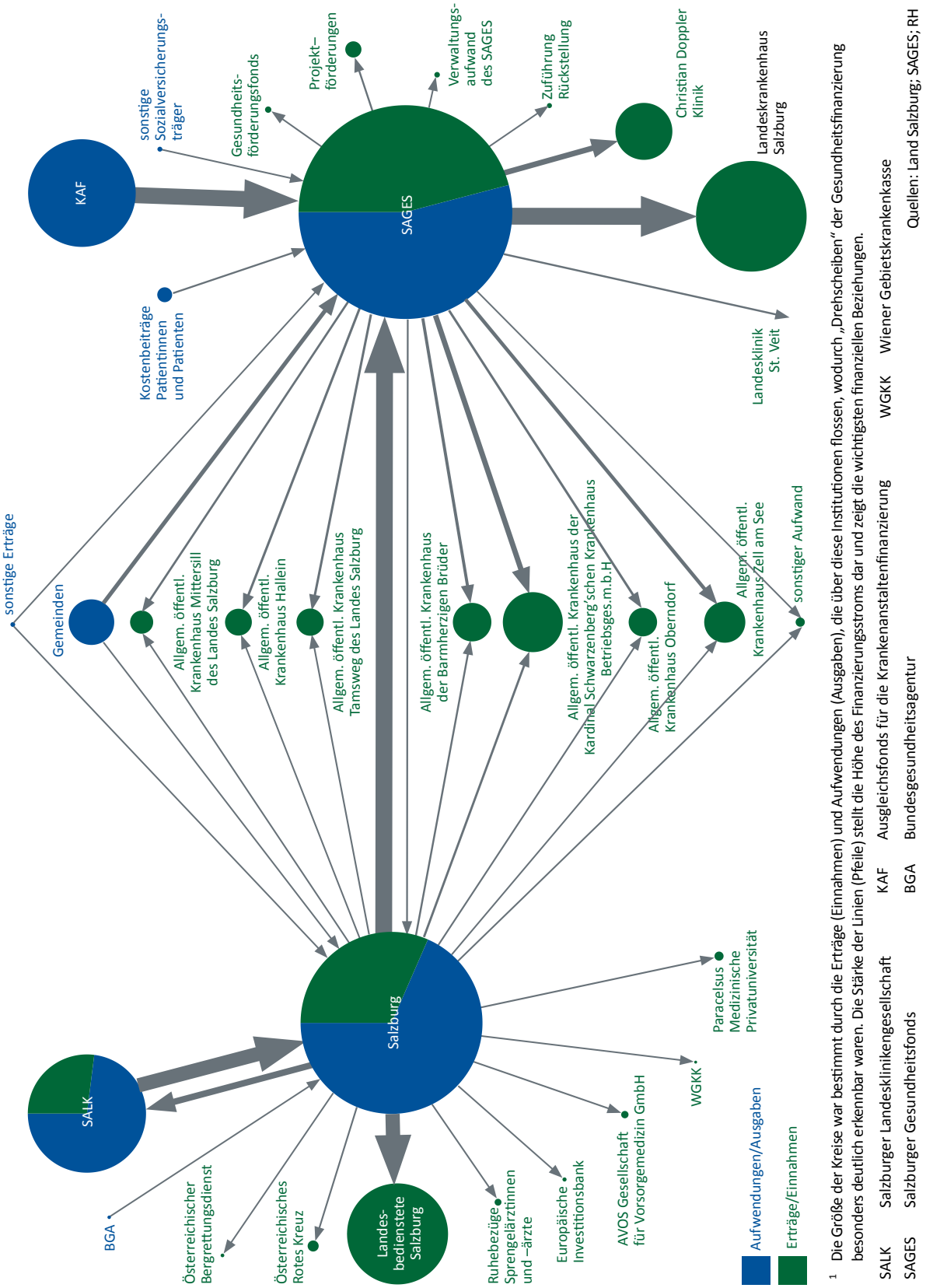
– Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und

– Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg’schen Krankenhaus Betriebsges.m.b.H. Schwarzach.

Mittelflüsse in Salzburg

55 In Abbildung 14 stellt der RH die Einnahmen und Ausgaben des Landes Salzburg und die Erträge und Aufwendungen des SAGES schematisch dar. Eine detaillierte Erläuterung dieser Mittelflüsse folgt in **TZ 56**, **TZ 57**, **TZ 58**, **TZ 59** und **TZ 60**.

Abbildung 14: Mittelflüsse im Land Salzburg[1]



[1] Die Größe der Kreise war bestimmt durch die Erträge (Einnahmen) und Aufwendungen (Ausgaben), die über diese Institutionen flossen, wodurch „Drehscheiben" der Gesundheitsfinanzierung besonders deutlich erkennbar waren. Die Stärke der Linien (Pfeile) stellt die Höhe des Finanzierungsstroms dar und zeigt die wichtigsten finanziellen Beziehungen.

SALK Salzburger Landesklinikengesellschaft
SAGES Salzburger Gesundheitsfonds
KAF Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung
BGA Bundesgesundheitsagentur
WGKK Wiener Gebietskrankenkasse

Quellen: Land Salzburg; SAGES; RH

Für die Darstellung der Mittelflüsse des Landes Salzburg im Gesundheitswesen erfasste der RH mehr als 30 Akteure (Zahler und Empfänger). Verteilt nach Gesundheitsdienstleistungen entfielen[104] nach dieser Darstellung auf die Krankenanstalten 1,744 Mrd. EUR (einschließlich der Mittel an den SAGES und an die SALK) sowie 19,34 Mio. EUR für andere Gesundheitsdienstleistungen.

Einnahmen und Ausgaben

56.1 (1) In Tabelle 26 werden die Einnahmen des Landes Salzburg im Gesundheitsbereich im Jahr 2014 dargestellt:

Tabelle 26: Einnahmen des Landes Salzburg im Gesundheitsbereich 2014

Gegenstand	in Mio. EUR	in % der bereinigten Einnahmen
Einnahmen laut Rechnungsabschluss[1]	346,88	–
Bereinigte Einnahmen	**346,31**	**100,0**
davon		
Zahlungen der SALK	*294,80*	*85,1*
davon Refundierung Bezüge	*294,67*	*85,1*
Beiträge des Bundes	45,06	13,0
davon Beiträge der Bundesgesundheitsagentur	*45,02*	*13,0*
Beiträge des SAGES	5,47	1,6
Beiträge der Gemeinden	0,59	0,2
davon Beiträge zu Ruhebezügen der Sprengelärztinnen und –ärzte	*0,45*	*0,1*
Sonstige	0,38	0,1

Rundungsdifferenzen möglich

[1] Haushaltsgruppe Gesundheit

Quelle: Land Salzburg

Die im Rechnungsabschluss des Landes dargestellten Einnahmen in der Haushaltsgruppe 5 (Gesundheit) betrugen 346,88 Mio. EUR. Das Land Salzburg bereinigte diesen Betrag um die Entnahmen aus Rücklagen und Einnahmen, die nicht den Gesundheitsbereich betrafen (wie bspw. der Veterinär–, Natur– und Umweltschutz– oder Sozialbereich). Hinzugezählt wurden Ausgaben der Haushaltsgruppen 0 (Vertretungskörper und allgemeine Verwaltung)[105], 1 (Öffentliche Ordnung

[104] Die dargestellten Zahlen bezogen sich auf unterschiedliche Abrechnungszeiträume. Eine zusammenfassende Darstellung über alle Institutionen hinweg war daher nicht möglich.

[105] Einnahmen betreffend Patientenvertretung und Ethikkommission

und Sicherheit)[106], 4 (Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung)[107] und des außerordentlichen Haushalts[108], die den Gesundheitsbereich betrafen. Die derart bereinigten Einnahmen betrugen 346,31 Mio. EUR.

(2) Das Land Salzburg trug den Personalaufwand für Landesbedienstete, die bei der Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft m.b.H. (SALK) beschäftigt waren; diesen Personalaufwand i.H.v. 294,67 Mio. EUR refundierte die SALK dem Land Salzburg. Diese Zahlungen machten 85,1 % aller Einnahmen des Landes im Gesundheitsbereich im Jahr 2014 aus.

Weitere 13,0 % der Einnahmen (45,06 Mio. EUR) stammten aus Beiträgen des Bundes, die fast zur Gänze (45,02 Mio. EUR) auf der Grundlage von § 57 Abs. 4 KAKuG („Bundesgesundheitsagentur“) geleistet wurden. Obwohl die gesetzlichen Bestimmungen eine Zahlung dieser Beiträge von der Bundesgesundheitsagentur an den SAGES vorsahen, wurden diese Mittel an das Land Salzburg überwiesen, das die Mittel an den SAGES weiterleitete.

(3) Darüber hinaus erzielte das Land Salzburg Einnahmen aus

- dem Beitrag des SAGES für ein Investitionsvorhaben im Allgemeinen öffentlichen Krankenhaus Zell am See i.H.v. 5,47 Mio. EUR (1,6 % der bereinigten Einnahmen),

- Beiträgen der Gemeinden i.H.v. 594.744 EUR, davon 454.911 EUR für die anteilige Finanzierung der Ruhegenussansprüche von Sprengelärztinnen und –ärzten,

- sonstigen Einnahmen i.H.v. 384.565 EUR.

56.2 Der RH kritisierte die Zahlung der Beiträge der Bundesgesundheitsagentur an das Land Salzburg, da es sich dabei rechtlich um Mittel des SAGES handelte und diese Vorgangsweise zu einem zusätzlichen Verwaltungsaufwand beim Land Salzburg führte.

Er empfahl dem Land Salzburg zu veranlassen, dass diese Mittel direkt an den SAGES angewiesen werden.

56.3 Das Land Salzburg pflichtete in seiner Stellungnahme dem RH bei, dass die Beiträge der Bundesgesundheitsagentur an den SAGES und nicht an das Land Salzburg zu

[106] Einnahmen betreffend Lebensmittelpolizei

[107] Einnahmen betreffend Sprengelärztinnen und –ärzte

[108] Einnahmen betreffend das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Zell am See

überweisen seien. Das Land Salzburg stellte in Aussicht, mit der Umstellung des Landesrechnungswesens ab dem Jahr 2018 diese Bereinigung vorzunehmen.

57.1 In Tabelle 27 werden die Ausgaben des Landes Salzburg im Gesundheitsbereich im Jahr 2014 dargestellt:

Tabelle 27: Ausgaben des Landes Salzburg im Gesundheitsbereich 2014

	in Mio. EUR [1]	in % der bereinigten Ausgaben
Ausgaben laut Rechnungsabschluss[2]	603,72	–
Bereinigte Ausgaben	608,16	100,0
davon		
Personalaufwand Landesbedienstete	*294,67*	*48,5*
Zuschuss an SAGES	*158,19*	*26,0*
Zahlungen an SALK	*108,96*	*17,9*
Zuschüsse an Krankenanstalten	*34,17*	*5,6*
davon		
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Betriebsges.m.b.H.	*16,04*	*2,6*
Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	*8,69*	*1,4*
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Oberndorf	*3,55*	*0,6*
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg	*2,29*	*0,4*
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Mittersill des Landes Salzburg	*1,56*	*0,3*
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Hallein	*1,08*	*0,2*
Allgemeines öffentliches Krankenhaus Zell am See	*0,98*	*0,2*
Zuschüsse an Rettungsdienste	3,89	0,6
Zuschuss an Paracelsus Medizinische Privatuniversität	2,37	0,4
Ruhebezüge Sprengelärztinnen und –ärzte	1,34	0,2
Europäische Investitionsbank	0,48	0,1
Sonstige	4,07	0,7

Rundungsdifferenzen möglich

[1] Haushaltsgruppe Gesundheit

[2] ohne Mittel aus der voranschlagsunwirksamen Gebarung

Quelle: Land Burgenland

Die im Rechnungsabschluss des Landes dargestellten Ausgaben in der Haushaltsgruppe 5 (Gesundheit) betrugen 603,72 Mio. EUR. Das Land Salzburg bereinigte diesen Betrag um die Zuführungen zu Rücklagen und Ausgaben, die nicht den Gesundheitsbereich betrafen (wie bspw. der Veterinär–, Natur– und Umweltschutz– oder Sozialbereich). Hinzugezählt wurden Ausgaben der Haushaltsgruppen 0 (Ver-

tretungskörper und allgemeine Verwaltung)[109], 2 (Unterricht, Erziehung, Sport und Wissenschaft)[110], 4 (Soziale Wohlfahrt und Wohnbauförderung)[111] und des außerordentlichen Haushalts[112], die den Gesundheitsbereich betrafen. Die derart bereinigten Ausgaben betrugen 608,16 Mio. EUR. Wie bereits in **TZ 56** dargestellt, waren davon 294,67 Mio. EUR (48,5 % der bereinigten Ausgaben) Personalausgaben.

26 % der bereinigten Ausgaben des Landes resultierten aus Zuschüssen an den SAGES i.H.v. 158,19 Mio. EUR. Diese Mittel beinhalteten die Beiträge des Bundes gemäß § 57 Abs. 4 KAKuG i.H.v. 45,02 Mio. EUR (siehe **TZ 15**), USt–Anteile des Landes i.H.v. 14,35 Mio. EUR, Betriebskostenzuschüsse i.H.v. 89,01 Mio. EUR, Beiträge zum Gesundheitsförderungsfonds i.H.v. rd. 130.000 EUR und Beiträge der Gemeinden zur Krankenanstaltenfinanzierung auf der Grundlage von § 24 FAG 2008 i.H.v. 9,69 Mio. EUR. Diese Mittel beinhalteten nicht die Beihilfen gemäß § 2 GSBG[113], die das Land Salzburg in der voranschlagsunwirksamen Gebarung darstellte (sogenannte „Durchläufer"). Die Auszahlung der GSBG–Beihilfen erfolgte nicht – wie in § 8 Abs. 2 GSBG für Fondskrankenanstalten vorgesehen[114] – im Wege des SAGES, sondern direkt vom Land an die Krankenanstalten.

Die Zahlungen an die Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft m.b.H. (SALK) betrugen 108,96 Mio. EUR (17,9 % der bereinigten Ausgaben) und setzten sich aus Abgangsdeckung und Zuschüssen für Investitionen zusammen. Die Zahlungen an verschiedene Krankenhäuser betrugen insgesamt 34,17 Mio. EUR (5,6 % der bereinigten Ausgaben) und betrafen den laufenden Betrieb, Ausgleiche für den Entfall der Selbstträgerschaft und Investitionen. Die Allgemeines öffentliches Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Betriebsges.m.b.H. Schwarzach erhielt davon 16,04 Mio. EUR (2,6 % der bereinigten Ausgaben), das Allgemeine öffentliche Krankenhaus der Barmherzigen Brüder 8,69 Mio. EUR (1,4 % der bereinigten Ausgaben) und das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Oberndorf 3,55 Mio. EUR (0,6 % der bereinigten Ausgaben).

---

109 Ausgaben betreffend Gesundheitsplanung, Patientenvertretung und Ethikkommission

110 Ausgaben betreffend Medizinische Universität Salzburg

111 Ausgaben betreffend Sprengelärztinnen und –ärzte

112 Ausgaben betreffend die SALK, das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Tamsweg und das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Zell am See

113 Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits– und Sozialbereich geregelt werden (Gesundheits– und Sozialbereich– Beihilfengesetz – GSBG), BGBl. Nr. 746/1996

114 § 8 Abs. 2 GSBG lautet nämlich: Die Auszahlung der Beihilfen nach § 2 Abs. 1 hat, wenn eine Leistungserbringung aufgrund von Verträgen mit österreichischen Sozialversicherungsträgern erfolgt und für eigene Kranken– und Kuranstalten der Sozialversicherungsträger im Wege des Hauptverbandes, für Krankenanstalten, die Sachleistungen mit Landesfonds verrechnen, im Wege der Landesfonds, in allen anderen Fällen im Wege der Länder zu erfolgen.

Die Rettungsdienste erhielten insgesamt Zahlungen i.H.v. 3,89 Mio. EUR (0,6 % der bereinigten Ausgaben). Davon entfielen 3,51 Mio. EUR auf das Österreichische Rote Kreuz und rd. 380.000 EUR auf den Österreichischen Bergrettungsdienst. Die Paracelsus Medizinische Privatuniversität erhielt Zahlungen i.H.v. 2,37 Mio. EUR (0,4 % der bereinigten Ausgaben).

Die Ruhebezüge von Sprengelärztinnen und –ärzten verursachten Ausgaben i.H.v. 1,34 Mio. EUR (0,2 % der bereinigten Ausgaben). Weitere Ausgaben betrafen den Zinsendienst für zwei Darlehen der Europäischen Investitionsbank i.H.v. 480.271 EUR.

57.2 Der RH wies darauf hin, dass die Auszahlung der GSBG–Beihilfen vom Land Salzburg an die Fondskrankenanstalten den gesetzlichen Bestimmungen widersprach und verwies auf Art. 21 Abs. 5 der 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, nach dem GSBG–Beihilfen Mittel des Landesgesundheitsfonds sind.

Der RH empfahl dem Land Salzburg, die Auszahlung der GSBG–Beihilfen für Krankenanstalten, die Sachleistungen mit dem Landesgesundheitsfonds verrechnen, im Wege des SAGES vorzunehmen.

57.3 Das Land Salzburg pflichtete in seiner Stellungnahme dem RH bei, dass die GSBG- Beihilfen unter den Mitteln des Landesgesundheitsfonds aufgezählt würden. Jedoch würden sich die Mittel nach Ansicht des Landes Salzburg auf Art 21 Abs. 1 Z 5 der 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens beziehen. Deshalb seien aus Sicht des Landes Salzburg die GSBG–Beihilfen auch korrekt als Ertrag (Beihilfenüberweisung vom BMF) und korrespondierend als Aufwendung (Beihilfenweiterleitung an Fondskrankenanstalten) im SAGES verrechnet worden. Die kassenmäßige Abwicklung sei jedoch beim Land Salzburg erfolgt, da dadurch eine wesentliche Verwaltungsvereinfachung erzielt worden sei. Die Abteilung 9 des Amtes der Salzburger Landesregierung sei in der Lage gewesen, die Auszahlung für alle Krankenanstalten abzuwickeln, während der SAGES nur eine teilweise Abwicklung durchführen würde.

Das Land Salzburg schlug eine Beibehaltung der derzeitigen Vorgehensweise und zusätzlich eine klarstellende Erläuterung im Jahresabschluss des SAGES vor.

57.4 Der RH anerkannte den verwaltungsökonomischen Hintergrund der Vorgehensweise und begrüßte die ergänzende Klarstellung im Jahresabschluss des SAGES, um die Transparenz der Mittelflüsse zu wahren. Er blieb aber bei seiner Empfehlung, auf eine Lösung hinzuwirken, bei der die Durchführung der Mittelflüsse auch den in § 8 Abs. 2 GSBG genannten rechtlichen Vorgaben entspricht.

Mittelflüsse des Salzburger Gesundheitsfonds (SAGES)

58 In Tabelle 28 werden die **Erträge des SAGES** im Jahr 2014 dargestellt:

Tabelle 28: Erträge des SAGES im Jahr 2014

Mittelherkunft	in Mio. EUR	in % der Erträge
Erträge laut Gewinn– und Verlustrechnung	707,97	100,0
davon		
Erträge von SV–Trägern	*335,18*	*47,3*
davon		
Hauptverband	*334,49*	*47,2*
einzelne SV–Träger	*0,68*	*0,1*
Erträge vom Land Salzburg	204,34	28,9
davon		
Landesbeiträge gemäß SAGES–Gesetz	*89,06*	*12,6*
Beihilfen nach GSBG	*46,37*	*6,5*
Erträge der Bundesgesundheitsagentur	*44,63*	*6,3*
USt–Anteile des Landes	*14,41*	*2,0*
USt–Anteile der Gemeinden	*9,75*	*1,4*
Erträge von Rechtsträgern der Krankenanstalten[1]	102,47	14,5
Erträge von Gemeinden	59,37	8,4
Kostenbeiträge von Patientinnen und Patienten[1]	6,39	0,9
Sonstige Erträge	0,22	0,0

Rundungsdifferenzen möglich

[1] kein Zahlungseingang bzw. –ausgang beim SAGES (als Ertrag und Aufwand in gleicher Höhe von 155,22 Mio. EUR dargestellt)

Quelle: SAGES

Mit 335,18 Mio. EUR stammten 47,3 % der Erträge des SAGES i.H.v. 707,97 Mio. EUR aus dem SV–Sektor. Der Hauptverband finanzierte insgesamt 334,49 Mio. EUR, davon stammten 310,70 Mio. EUR aus dem Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung[115]. Rund 840.000 EUR erhielt der SAGES aufgrund der Zielsteuerung Gesundheit (Gesundheitsförderungsfonds)[116]. Weitere Erträge i.H.v. 22,96 Mio. EUR stammten aus Kostenbeiträgen ausländischer Versicherungsträger für die Behandlung ausländischer Patientinnen und Patienten. Aus Regressen erhielt der SAGES

[115] aufgrund der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, siehe Art. 21 Abs. 6 Z 1 bis 3 der Vereinbarung i.V.m. Art. 24 Abs. 4 und Art. 21 Abs. 1 Z 4 i.V.m. § 447f Abs. 3 ASVG

[116] Art. 19 G–ZG Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung–Gesundheit (Gesundheits– Zielsteuerungsgesetz – G–ZG), BGBl. I Nr. 81/2013

von verschiedenen SV–Trägern rd. 590.000 EUR; weitere rd. 90.000 EUR stammten von der Salzburger Gebietskrankenkasse für den sogenannten Reformpool[117].

Der SAGES verbuchte Erträge vom Land Salzburg i.H.v. 204,34 Mio. EUR (28,9 % der Erträge), wobei dieser Betrag die Beihilfen gemäß § 2 GSBG[118] i.H.v. 46,37 Mio. EUR beinhaltete, die das Land Salzburg direkt an die Krankenanstalten überwies. Weiters waren darin die USt–Anteile des Landes[119] i.H.v. 14,41 Mio. EUR und der Gemeinden[120] i.H.v. 9,75 Mio. EUR enthalten.

59.1 Der SAGES stellte Zahlungen der Rechtsträger (z.B. Land Salzburg) an die Krankenanstalten (Betriebsabgangsdeckungen) i.H.v. 102,47 Mio. EUR (14,5 % der Erträge) sowohl als Ertrag als auch als Aufwand in seiner Gewinn– und Verlustrechnung dar; es waren keine Zahlungen damit verbunden. Die gesetzliche Grundlage für diese Darstellung bildete § 4 Abs. 1 Z 2a i.V.m. § 4 Abs. 2 SAGES–Gesetz[121]. Eine nähere Erläuterung nicht zahlungswirksamer Erträge (und nicht zahlungswirksamen Aufwands) fehlte im Jahresabschluss des SAGES.

Betriebskostenzuschüsse i.H.v. insgesamt 59,37 Mio. EUR (8,4 % der Erträge) leisteten die Gemeinden auf der Grundlage von § 5 Abs. 1 und 2 SAGES–Gesetz. Diese Zahlungen wurden in den Rechnungsabschlüssen der Gemeinden im Abschnitt 56 dargestellt (siehe **TZ 62**).

Weitere Erträge i.H.v. 6,39 Mio. EUR (0,9 % der Erträge) betrafen Kostenbeiträge und Selbstbehalte von Patientinnen und Patienten. Diese wurden von den Krankenanstalten eingehoben und beim SAGES nicht zahlungswirksam als Ertrag und Aufwand in gleicher Höhe verbucht. Rechtsgrundlage dafür war § 4 Abs. 2 SAGES–Gesetz.

59.2 Der RH wies darauf hin, dass von den 707,97 Mio. EUR an Gesamterträgen 155,22 Mio. EUR zu keinem Zahlungseingang beim SAGES führten.

---

[117] Gemäß Art. 31 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens dient der Reformpool der Finanzierung von Projekten der integrierten Versorgung und von Projekten, die Leistungsverschiebungen zwischen dem intra– und extramuralen Bereich zur Folge haben.

[118] Bundesgesetz, mit dem Beihilfen im Gesundheits– und Sozialbereich geregelt werden (Gesundheits– und Sozialbereich– Beihilfengesetz – GSBG), BGBl. Nr. 746/1996

[119] gemäß Art. 21 Abs. 1 Z 2 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

[120] gemäß Art. 21 Abs. 1 Z 6 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens

[121] Gesetz vom 19. Oktober 2005 über den Salzburger Gesundheitsfonds (Salzburger Gesundheitsfondsgesetz – SAGES–Gesetz), LGBl. Nr. 90/2005. Gemäß § 4 Abs. 2 sind diese Einnahmen trotz ihrer kassenmäßigen Abwicklung außerhalb des Fonds im Jahresabschluss des Fonds rechnungsmäßig als Fondsmittel darzustellen. Dies gilt für diese Mittel mit Ausnahme der Kostenbeiträge gemäß § 62 Abs. 1 bis 3 SKAG auch dann, wenn sie ohne zwingenden Grund von der Fondskrankenanstalt nicht eingehoben worden sind.

Zwar stellte der RH die Rechtskonformität der Darstellung nicht zahlungswirksamer Erträge in der Gewinn– und Verlustrechnung des SAGES nicht infrage, empfahl dem Land Salzburg jedoch aus Transparenzgründen, nicht zahlungswirksame Erträge (und nicht zahlungswirksamen Aufwand) im Jahresabschluss detailliert zu erläutern. Er verwies dazu außerdem auf seine Empfehlung von **TZ 7** an die Länder Burgenland und Salzburg, wonach die für Landesgesundheitsfonds anzuwendenden Verrechnungsvorschriften klar zu definieren und im Sinne eines harmonisierten Rechnungswesens mit dem Haushaltsrecht des Bundes kohärent zu gestalten wären.

59.3 Der SAGES pflichtete dem RH bei, dass die nicht zahlungswirksamen Erträge und Aufwendungen einer Erläuterung bedürften. Der SAGES werde dieser Anregung ab dem Jahresabschluss 2016 in seinem Jahresbericht Rechnung tragen. Aus Transparenzgründen und, um eine möglichst verwaltungseinfache Gebarung sicherzustellen, sei es erforderlich, Mittel rechnungsmäßig als Fondsmittel auszuweisen, jedoch keine Zahlungsströme auszulösen. Gegen die Empfehlung, nicht zahlungswirksame Fondsmittel näher zu erläutern, bestünde aus Sicht des SAGES kein Einwand.

60 In Tabelle 29 wird der **Aufwand des SAGES** im Jahr 2014 dargestellt:

Tabelle 29: Aufwand des SAGES im Jahr 2014

Gegenstand	in Mio. EUR	in % des Aufwands
Aufwand laut Gewinn– und Verlustrechnung	707,97	100,0
davon		
Zuschuss an Landeskrankenhaus Salzburg	353,35	49,9
davon		
LKF–Mittel	*193,17*	*27,3*
Betriebskostenzuschuss[2]	*105,09*	*14,8*
GSBG–Mittel[1]	*27,11*	*3,8*
Zuschuss an die Christian–Doppler–Klinik	93,61	13,2
davon		
LKF–Mittel	*54,69*	*7,7*
Betriebskostenzuschuss[2]	*31,12*	*4,4*
GSBG–Mittel[1]	*2,52*	*0,4*
Zuschuss an das Allgemeine öffentliche Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Betriebsges.m.b.H.	87,76	12,4
davon		
LKF–Mittel	*46,44*	*6,6*
Betriebskostenzuschuss[2]	*24,34*	*3,4*
GSBG–Mittel[1]	*6,03*	*0,9*

Gegenstand	in Mio. EUR	in % des Aufwands
Zuschuss an das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Zell am See	47,86	6,8
davon		
LKF–Mittel	*23,03*	*3,3*
Betriebskostenzuschuss[2]	*8,05*	*1,1*
GSBG–Mittel[1]	*4,62*	*0,7*
Zuschuss an das Allgemeine öffentliche Krankenhaus der Barmherzigen Brüder	34,10	4,8
davon		
LKF–Mittel	*22,92*	*0,2*
Betriebskostenzuschuss[2]	*8,07*	*1,1*
GSBG–Mittel[1]	*1,44*	*0,2*
Zuschuss an das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Oberndorf	19,75	2,8
davon		
LKF–Mittel	*12,18*	*1,7*
Betriebskostenzuschuss[2]	*4,92*	*0,7*
GSBG–Mittel[1]	*1,34*	*0,2*
Zuschuss an das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Hallein	19,64	2,8
davon		
LKF–Mittel	*14,78*	*2,1*
Betriebskostenzuschuss[2]	*3,09*	*0,4*
GSBG–Mittel[1]	*0,66*	*0,1*
Zuschuss an das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Tamsweg des Landes Salzburg	19,04	2,7
davon		
LKF–Mittel	*11,86*	*1,7*
Betriebskostenzuschuss[2]	*3,58*	*0,5*
GSBG–Mittel[1]	*1,18*	*0,2*
Zuschuss an das Allgemeine öffentliche Krankenhaus Mittersill des Landes Salzburg	13,83	2,0
davon		
LKF–Mittel	*9,35*	*1,3*
Betriebskostenzuschuss[2]	*2,22*	*0,3*
GSBG–Mittel[1]	*0,60*	*0,1*
Zuschuss an die Landesklinik St. Veit	8,59	1,2
davon		
LKF–Mittel	*4,48*	*0,6*
Betriebskostenzuschuss[2]	*1,23*	*0,2*
GSBG–Mittel[1]	*0,87*	*0,1*
Förderung von krankenhausentlastenden Projekten und Maßnahmen (verschiedene Begünstigte)	7,53	1,1
Aufwand des Gesundheitsförderungsfonds	1,15	0,2
Verwaltungsaufwand	0,88	0,1
Zuführung Rückstellung	0,72	0,1
Sonstiger Aufwand	0,15	0,0

Rundungsdifferenzen möglich

[1] kein Zahlungsausgang beim SAGES (als Ertrag und Aufwand in gleicher Höhe dargestellt)

[2] davon Teilbeträge ohne Zahlungsausgang beim SAGES (als Ertrag und Aufwand in gleicher Höhe dargestellt)

Quelle: SAGES

Der Aufwand des SAGES i.H.v. 707,97 Mio. EUR betraf v.a. das Landeskrankenhaus Salzburg (353,35 Mio. EUR bzw. 49,9 % des Aufwands), die Christian–Doppler–Klinik (93,61 Mio. EUR bzw. 13,2 % des Aufwands) und die Allgemeine öffentliche Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Betriebsges.m.b.H. Schwarzach (87,76 Mio. EUR bzw. 12,4 % des Aufwands).

Der SAGES bezahlte im Jahr 2014 für Leistungen im Rahmen des LKF–Systems insgesamt 392,90 Mio. EUR (55,5 % des Aufwands). Davon entfielen auf das Landeskrankenhaus Salzburg 193,17 Mio. EUR (bzw. 27,3 % des Aufwands), die Christian–Doppler–Klinik 54,69 Mio. EUR (bzw. 7,7 % des Aufwands) und die Allgemeine öffentliche Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Betriebsges.m.b.H. Schwarzach 46,44 Mio. EUR (bzw. 6,6 % des Aufwands).

Weitere 191,71 Mio. EUR an Aufwand entstanden dem SAGES in Form von Betriebskostenzuschüssen (27,1 % des Aufwands). Davon entfielen auf das Landeskrankenhaus Salzburg 105,09 Mio. EUR (bzw. 14,8 % des Aufwands), die Christian–Doppler–Klinik 31,12 Mio. EUR (bzw. 4,4 % des Aufwands) und die Allgemeine öffentliche Krankenhaus der Kardinal Schwarzenberg'schen Krankenhaus Betriebsges.m.b.H. Schwarzach 24,34 Mio. EUR (bzw. 3,4 % des Aufwands).

Die GSBG–Mittel i.H.v. insgesamt 46,37 Mio. EUR (6,5 % des Aufwands) wurden als nicht zahlungswirksamer Aufwand verbucht (siehe auch **TZ 14**). Die Zahlung erfolgte vom Land Salzburg direkt an die Krankenanstalten.

Der SAGES förderte rd. 20 Projekte und Maßnahmen zur Entlastung der Krankenhäuser[122] i.H.v. insgesamt 7,53 Mio. EUR. Weitere 1,15 Mio. EUR betrafen den Aufwand des Gesundheitsförderungsfonds[123].

61.1 Zusammenfassend hielt der RH hinsichtlich der Mittelflüsse auf Länderebene fest, dass

– die Finanzierung der Landesgesundheitsfonds (und in weiterer Folge der Fondskrankenanstalten) der geltenden Rechtslage entsprechend aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Quellen erfolgte (bspw. aus Mitteln des Hauptverbands,

[122] Auf der Grundlage von § 16 SAGES–Gesetz i.V.m. Art. 30 der Vereinbarung gemäß Art. 15a B–VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.
Gemäß § 16 Abs. 2 SAGES–Gesetz sind krankenhausentlastende Maßnahmen insbesondere solche, die zur Entlastung des stationären Akutbereichs in den Fondskrankenanstalten führen.

[123] Auf der Grundlage von § 19a SAGES–Gesetz i.V.m. § 19 des Gesundheits–Zielsteuerungsgesetzes (Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung Gesundheit (Gesundheits– Zielsteuerungsgesetz – G–ZG), BGBl. I Nr. 81/2013)

der SV–Träger, aus Bundesmitteln, Beiträgen der Länder und Gemeinden, Mitteln aus dem Finanzausgleich).

– dies zwangsläufig zu einer Reihe von Doppelgleisigkeiten führte. Beispielsweise finanzierten die Länder die Landesgesundheitsfonds (und in weiterer Folge der Fondskrankenanstalten) sowohl aus Mitteln des Finanzausgleichs (USt–Anteile, Zweckzuschüsse zur Krankenanstaltenfinanzierung) als auch aus dem Landeshaushalt (Betriebskosten– und Investitionszuschüsse sowie Personalaufwendungen) sowie unter Heranziehung von Gemeindemitteln (Betriebskostenzuschüsse).

– Unterschiede hinsichtlich der Auszahlung dieser Mittel bestanden, obwohl für alle Länder diesbezüglich dieselben rechtlichen Grundlagen galten. Beispielsweise erfolgte die Auszahlung der Mittel der Bundesgesundheitsagentur im Burgenland direkt an den Landesgesundheitsfonds, in Salzburg hingegen zuerst an das Land Salzburg, das die Mittel an den Landesgesundheitsfonds weiterleitete. Weiters erfolgte die Auszahlung der GSBG–Beihilfen im Land Salzburg direkt an die Krankenanstalten, im Burgenland hingegen im Wege des Landesgesundheitsfonds.

– die Länder zwar Landesgesundheitsfonds einrichteten, um finanzielle Mittel über diese an die Fondskrankenanstalten weiterzureichen, aber bestimmte Mittel an den Landesgesundheitsfonds vorbei direkt an die Fondskrankenanstalten auszahlten (wie bspw. die Betriebsabgangsdeckungen im Land Salzburg).

61.2 Der RH wies kritisch auf die bestehenden Doppelgleisigkeiten im Bereich der Finanzierung der Fondskrankenanstalten hin und kritisierte die Vielzahl unterschiedlicher Mittelflüsse, die zu einem hohen Verwaltungsaufwand führten und eine effiziente Steuerung der Mittelflüsse erschwerten.

Gemeinden

62 (1) Für die Darstellung der Mittelflüsse der Gemeinden griff der RH auf jene Rechnungsabschlussdaten zurück, die die Gemeinden im Rahmen der Gebarungsstatistikverordnung an die Statistik Austria übermittelten. Erfasst wurden Mittelflüsse in der Gruppe 5 (Gesundheit), mit Ausnahme der Abschnitte 52 (Umwelt) und 58 (Veterinärwesen). Nicht erfasst wurden mögliche Mittelflüsse im Gesundheitsbereich, die außerhalb der Gruppe Gesundheit verbucht wurden.

(2) Neben Kur– und Krankenanstalten übernahmen Gemeinden bei jenen Gesundheitsdienstleistungen eine (Mit–)Finanzierungsverantwortung, die eine lokale Gesundheitsinfrastruktur stärkten. Darunter fielen u.a. das Rettungswesen und die

medizinische Bereichsversorgung (z.B. Gesundheitsberatung). In einzelnen Städten entstanden Ausgaben durch Gesundheitsämter.

In Tabelle 30 werden die Ausgaben und Einnahmen der Gemeinden (einschließlich der Stadt Wien) im Gesundheitsbereich dargestellt:

Tabelle 30: Ausgaben und Einnahmen der Gemeinden im Gesundheitsbereich, 2014

Mittelverwendung	Ausgaben in Mio. EUR	Einnahmen in Mio. EUR
Kur– und Krankenanstalten	3.139,97	166,55
Rettungswesen	131,86	19,39
Sonstige Gesundheitsdienstleistungen	174,46	20,30
Summe	**3.446,28**	**206,25**

Rundungsdifferenzen möglich

Quelle: Statistik Austria

(3) Die Ausgaben für Kur– und Krankenanstalten i.H.v. 3,139 Mrd. EUR enthielten den Gemeindebeitrag zur Finanzierung der Krankenanstalten im jeweiligen Bundesland. Außer in der Steiermark hoben die Gemeinden in den einzelnen Ländern einen jährlichen Beitrag ein, der entweder direkt an die Landesgesundheitsfonds oder indirekt über den Landeshaushalt an die Landesgesundheitsfonds überwiesen wurde und zur Krankenanstaltenfinanzierung beitrug. In einzelnen Gemeinden – meist Standortgemeinden von Krankenanstalten – fiel zudem ein Beitrag zur Betriebsabgangsdeckung an. Einnahmenseitig erhielten einzelne Gemeinden Rückersätze von den Krankenanstalten für Personalkosten.

(4) Mehr als die Hälfte (rd. 73,42 Mio. EUR) der insgesamt 131,86 Mio. EUR Ausgaben für das Rettungswesen entfielen auf die Stadt Wien. Diese erzielte mit rd. 17,30 Mio. EUR (vorwiegend Leistungserlöse) auch nahezu die gesamten Einnahmen der Gemeinden in diesem Bereich.

(5) Bei den Ausgaben für sonstige Gesundheitsdienstleistungen i.H.v. 174,46 Mio. EUR entfielen 79,35 Mio. EUR auf das Gesundheitsamt der Stadt Wien. Weiters fielen Ausgaben der medizinischen Bereichsversorgung, wie bspw. Impfaktionen, unter Ausgaben für sonstige Gesundheitsdienstleistungen.

Schlussempfehlungen

63 Der RH hob nachfolgende Empfehlungen hervor:

BMASK und BMF

(1) Die Zuordnung von Aufgabenbereichen bei den Budgetpositionen im Bundesbudget wäre zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. (**TZ 2**)

BMGF und BMASK

(2) Gemäß den Grundsätzen der Transparenz und Vergleichbarkeit wären die für die Sozialversicherung geltenden Vorschriften für die zeitliche Abgrenzung im Rechnungswesen mit jenen des Bundes zu harmonisieren. (**TZ 3**)

(3) Für einen einheitlichen und verbindlichen Kontenplan bei den SV–Trägern sollte unter Berücksichtigung des Kontenplans des Bundes gesorgt und dadurch Transparenz und Vergleichbarkeit in der notwendigen Gliederungstiefe sichergestellt werden. (**TZ 4**)

(4) Steuerungsrelevante Positionen der Erfolgsrechnung wären festzulegen und dafür Einzelnachweisungen in der erforderlichen Gliederungstiefe vorzusehen. (**TZ 5**)

(5) Für eine höhere Transparenz in der Erfolgsrechnung sollte durch zusätzliche Aufgliederungen (Einzelnachweisungen) gesorgt werden, damit einzelne Mittelflüsse (wie jener für die Krankenanstaltenfinanzierung) nachvollziehbar werden. (**TZ 6**)

BMGF und BMF

(6) Die Bezeichnungen der Budgetpositionen wären so zu wählen, dass diese aussagekräftig und verständlich sind. (**TZ 2**)

(7) Auf die Dotierung des Kassenstrukturfonds zu jenem Zeitpunkt, an dem die Forderungen an den Kassenstrukturfonds fällig werden, wäre hinzuwirken. (**TZ 30**)

BMGF

(8) Aufgrund der mehrfachen Dotierung des Fonds im selben Detailbudget wäre die Zweckmäßigkeit der Einrichtung des Kassenstrukturfonds als unselbstständiger Verwaltungsfonds zu prüfen. (**TZ 17**)

BMF

(9) Auf die direkte Überweisung der Mittel aus der Tabaksteuer an den Ausgleichsfonds für die Krankenanstaltenfinanzierung und an den Fonds für Vorsorge– und Gesundenuntersuchungen und nicht über den Ausgleichsfonds der Gebietskrankenkassen als durchlaufende Zwischenstation wäre hinzuwirken. (**TZ 27**)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

(10) Aufgrund der vergleichsweise geringen Beträge wäre eine Abschaffung des Fonds für Vorsorge(Gesunden)untersuchungen zu prüfen und bei einer Weiterführung des Fonds auf eine Verwaltungsvereinfachung im Ablauf der Förderung hinzuwirken. (**TZ 29**)

Land Burgenland

(11) Die kassenwirksame Verbuchung von Personalaufwand der KRAGES durch das Land Burgenland sollte unterbleiben, weil dies keine Einnahmen bzw. Ausgaben des Landes waren. (**TZ 47**)

(12) Die kassenwirksame Verbuchung von Mitteln des Burgenländischen Gesundheitsfonds i.H.v. 5,73 Mio. EUR durch das Land Burgenland sollte unterbleiben, weil diese keine kassenwirksamen Ausgaben des Landes waren. (**TZ 48**)

(13) Die Minderung der Bedarfszuweisungsmittel für Gemeinden ohne gesetzliche Grundlage sollte unterbleiben, weil diese gemäß § 11 Abs. 1 FAG 2008 für Gemeinden und Gemeindeverbände bestimmt waren. (**TZ 49**)

Land Salzburg

(14) Der Jahresabschluss des SAGES sollte jährlich durch ein externes Kontrollorgan geprüft werden. (**TZ 7**)

(15) Die Zahlung der Beiträge der Bundesgesundheitsagentur sollte nicht an das Land Salzburg, sondern direkt an den SAGES erfolgen. (**TZ 56**)

(16) Die Auszahlung der GSBG–Beihilfen für Krankenanstalten, die Sachleistungen mit dem Landesgesundheitsfonds verrechnen, wäre im Wege des SAGES vorzunehmen. (**TZ 57**)

(17) Nicht zahlungswirksame Erträge (und nicht zahlungswirksamer Aufwand) des SAGES sollten aus Transparenzgründen im Jahresabschluss detailliert erläutert werden. (**TZ 59**)

Land Burgenland und Land Salzburg

(18) Die für Landesgesundheitsfonds anzuwendenden Verrechnungsvorschriften sollten klar definiert und im Sinne eines harmonisierten Rechnungswesens mit dem Haushaltsrecht des Bundes kohärent gestaltet werden. Zudem sollte auf eine Vereinheitlichung der Vorschriften mit allen Ländern hingewirkt werden. (**TZ 7**)

Wien, im März 2017
Die Präsidentin:
Dr. Margit Kraker