



- Kurzfristig trug der Einsatz von öffentlichen Mitteln i.H.v. rd. 300 Mill. EUR zur Verbesserung der Liquiditätssituation der WGKK bei.
- Mittelfristig konnte das negative Reinvermögen aufgrund hoher a.o. Ergebnisse (rd. 367,48 Mill. EUR) und des Forderungsverzichts des Bundes (i.H.v. 81,30 Mill. EUR) – insgesamt somit rd. 448,78 Mill. EUR – um rd. 178,05 Mill. EUR reduziert werden.
- Langfristig ist die finanzielle Leistungsfähigkeit der WGKK jedoch nicht gesichert, da die WGKK in den nächsten Jahren bereits wieder mit stark steigenden negativen Bilanzergebnissen rechnet (2011: – 38,15 Mill. EUR, 2012: – 46,22 Mill. EUR, 2013: – 77,49 Mill. EUR). Es gibt kein Konzept zur nachhaltigen Sicherung der finanziellen Leistungsfähigkeit der WGKK.

Der RH erachtete weiters die von der WGKK selbst ergriffenen Maßnahmen als unzureichend und bemängelte, dass sich die WGKK über die für den Bezug von Mitteln aus dem Kassenstrukturfonds maßgeblichen Ziele hinaus keine weiteren Ziele setzte.

Der RH empfahl daher der WGKK, unabhängig von der bloßen Erfüllung der Finanzziele ein Konzept zur Sicherung einer nachhaltigen eigenständigen Finanzierung zu erarbeiten.

Generell erschienen dem RH die bis 2013 vorgesehenen Finanzziele im Hinblick auf die wesentlich günstigere Gebärungsentwicklung der Krankenversicherungsträger (insbesondere bei Heilmitteln) nicht mehr aktuell und wenig ambitioniert. Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, die Finanzziele entsprechend anzupassen. Überdies wäre die Kompensationsmöglichkeit zu überarbeiten, da sie in ihrer derzeitigen Form nicht geeignet ist, die Krankenversicherungsträger zu einer ambitionierten Erreichung aller Ziele anzuhalten.

- 2.3** *Die WGKK bekannte sich in ihrer Stellungnahme zum eingeleiteten Konsolidierungskurs und teilte mit, dass sie an einem Sanierungskonzept arbeite, um alle Möglichkeiten im eigenen Wirkungsbereich auszuschöpfen. Ihr erklärtes Ziel sei es, langfristig ein positives FGT zu erreichen. Die Unterstützung des Gesetzgebers, um die Teilkündigung in den Gesamtverträgen und die Direktvergabe von Heilmitteln bei chronischen Erkrankungen zu ermöglichen, wäre dabei hilfreich.*

Der Hauptverband wies darauf hin, dass der Kompensationsmechanismus Anreize zur weiteren Kostendämpfung schaffe, ohne den Kostendämpfungspfad bis 2013 neu verhandeln zu müssen. Da die großteils

Finanzielle Lage – Sanierungskonzept

positiv zu bewertenden Monitoringergebnisse 2010 eine Momentaufnahme darstellten, seien für die Erreichung des Kostendämpfungsvolumens bis 2013 weitere Anstrengungen erforderlich.

Auch die OÖGKK erachtete in ihrer Stellungnahme den Kompensationsmechanismus als sinnvoll. Sie merkte an, dass ihr endgültiger Aufwand für Physiotherapie (in Tabelle 2) nur 17.931.272 EUR betragen habe. Der Zielwert für 2010 sei aufgrund eines Buchungsfehlers irrtümlich zu niedrig festgelegt worden; tatsächlich hätte er 18.891.516 EUR betragen sollen. Damit hätte sie das Ziel sogar übererfüllt.

Das BMG wies daraufhin, dass die auf Basis der Gebarungsvorschaurechnung per 15. Mai 2009 vereinbarten Finanzziele wesentlich zur Verbesserung der Gebarungsergebnisse der Krankenversicherungsträger (und damit auch zur „mangelnden Aktualität“ gegenüber dieser Gebarungsvorschau) beigetragen hätten. Es betonte, dass die bereits vorliegenden Gebarungsergebnisse der Krankenversicherungsträger die Richtigkeit des Weges bestätigten, die Leistungen des Bundes an entsprechende Konsolidierungsbemühungen der Krankenversicherungsträger zu knüpfen.

Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel

- 3.1 Der RH hatte der WGKK in seinem Vorbericht empfohlen, durch eine bessere Steuerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel die entstandenen Mehrausgaben (rd. 80 Mill. EUR pro Jahr) im Vergleich zur OÖGKK zu verringern.

Die WGKK berichtete im Rahmen des Nachfrageverfahrens über die Einrichtung einer trägerübergreifenden Vertragspartneranalyse beim Hauptverband. Dieses Kooperationsprojekt sei von der Trägerkonferenz im Februar 2008 beschlossen worden. Im Zuge eines Pilotprojektes wurden die beiden Bereiche ärztliche Hilfe und Heilmittel 2008 erstmals analysiert. Im Jahr 2009 wurde der Regelbetrieb der Vertragspartneranalyse aufgenommen.

Der RH stellte nunmehr fest, dass diese Vertragspartneranalyse unter Berücksichtigung des von ihm erarbeiteten Rechenmodells eingerichtet und zur Ermittlung von Kostendämpfungspotenzialen eingesetzt wurde.

Der RH stellte weiters fest, dass in den Jahren 2008 bis 2010 die Ausgaben je Anspruchsberechtigten für ärztliche Hilfe bei der OÖGKK um 12,0 % auf 337,91 EUR, bei der WGKK hingegen um 5,5 % auf 458,83 EUR stiegen; die Ausgaben für Heilmittel (ohne USt) stiegen bei der WGKK um 8,4 % auf 337,88 EUR, bei der OÖGKK um 11,5 % auf 252,09 EUR. Im Jahr 2010 waren die Ausgaben der WGKK je



Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel

Vergleich WGKK und OÖGKK;
Follow-up-Überprüfung

Anspruchsberechtigten für ärztliche Hilfe i.H.v. 458,83 EUR immer noch um 35,8 % und jene für Heilmittel i.H.v. 371,67 EUR um 34,0 % höher als bei der OÖGKK.

- 3.2 Die Empfehlung des RH, die entstandenen Mehrausgaben der WGKK im Vergleich zur OÖGKK zu verringern, wurde teilweise umgesetzt.

Im Hinblick auf die noch immer höheren Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel empfahl der RH der WGKK, auch in den nächsten Jahren die Bemühungen zur Kostendämpfung mit besonderem Engagement fortzusetzen, um nach dem Auslaufen der Konsolidierungsmaßnahmen im Jahr 2013 ihre Versicherungsleistungen nachhaltig aus eigenen Mitteln finanzieren zu können.

- 3.3 Die WGKK sagte in ihrer Stellungnahme zu, ihre Bemühungen zur Kostendämpfung auch weiterhin intensiv fortzusetzen.

Das BMG wies darauf hin, dass die vom RH empfohlenen Maßnahmen zur besseren Steuerung der Ausgaben für ärztliche Hilfe und Heilmittel durch die Einrichtung einer trägerübergreifenden Vertragspartneranalyse aufgegriffen worden seien.

Preisunterschiede

- 4.1 Der RH hatte der WGKK in seinem Vorbericht empfohlen, geeignete Maßnahmen zur Tarifsenkung in jenen Bereichen zu ergreifen, in denen sie höhere Preise für vergleichbare Leistungen bezahlte.

Die WGKK hatte im Rahmen des Nachfrageverfahrens mitgeteilt, dass sie bei den Honorarverhandlungen für 2009 bereits die ersten Tarifanpassungen, beispielsweise bei der Augendruckmessung (von 15 auf 12 Punkte), beim Befundbericht (von 22 auf 15 Punkte) und bei der Cerumen⁶-Entfernung (für einfache Fälle halbiert auf 4 Punkte), vereinbaren konnte. Die Zustimmung der Ärztekammer zu diesen Tarifanpassungen konnte nur über eine wertneutrale Umschichtung erreicht werden (Aufwertungen, Aufnahme neuer Leistungen etc.).

Der RH stellte nunmehr fest, dass die WGKK bei den im Vorbericht erwähnten Positionen Augendruckmessung, Cerumen-Entfernung, orthopädisch-chirurgische Infiltration und Befundbericht im Jahr 2010 Tarifsenkungen i.H.v. 4,32 Mill. EUR vereinbaren konnte. Dies führte jedoch zu keinen Einsparungen, sondern nur zu wertneutralen Umschichtungen.

⁶ Ohrenschmalz

Preisunterschiede

- 4.2 Die Empfehlung des RH zur Tarifsenkung wurde nur teilweise umgesetzt, weil die WGKK die Ausgaben für ärztliche Hilfe wegen der wertneutralen Umschichtungen nicht entsprechend verringern konnte (vgl. TZ 3).

Der RH empfahl deshalb der WGKK, weitere tarifliche Verbesserungen zu vereinbaren.

- 4.3 *Laut Stellungnahme der WGKK habe die Ärztekammer für Wien in den Verhandlungen lediglich Honorarumschichtungen, aber keine Honorareinbußen zugelassen. Da die durch die Tarifsenkungen frei gewordenen Honorarvolumina nicht nur auf bestehende Leistungspositionen umgelegt worden seien, hätten auch neue Leistungspositionen Eingang in die Honorarordnung gefunden. Sie werde jedenfalls im Zuge der nächsten Honorarvereinbarungen weiterhin danach trachten, den eingeschlagenen Weg zur Verbesserung der Tarife fortzusetzen.*

Das BMG vermerkte positiv, dass die WGKK die vom RH aufgezeigten Tarifunterschiede zum Anlass für Tarifsenkungen genommen habe. Wenn es auch aus finanzieller Sicht als unbefriedigend angesehen werden mag, dass ein Teil der dadurch bedingten Einsparungen im Honorarvolumen durch Umschichtungen kompensiert worden sei, so sei doch durch die Aufnahme neuer Leistungspositionen in die Honorarordnung das Leistungsangebot für die Versicherten verbessert worden.

Honorarsummenbegrenzungen

- 5.1 Der RH hatte der WGKK in seinem Vorbericht empfohlen, Honorarsummenbegrenzungen in die Gesamtverträge aufzunehmen.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie auch im Zuge der letzten Honorarverhandlungen keine generelle Honorarsummenbegrenzung durchsetzen konnte; im Bereich der technischen Fächer habe sie aber gute Teilerfolge erzielt.

Für Fachärzte und Vertragsinstitute für Physikalische Medizin habe sie, ausgehend von den Ausgaben des Jahres 2008, für 2009 bis 2013 folgenden Ausgabenrahmen (in Mill. EUR) vereinbart:

Tabelle 7: Ausgabenrahmen für Physikalische Medizin						
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	in Mill. EUR					
Vertragsfachärzte	9,64	10,20	10,40	10,40	10,40	10,60
Vertragsinstitute	21,50	21,29	21,80	22,61	22,81	23,23

Quelle: WGKK

Für den Laborbereich habe sie folgende Deckelungen vereinbart:

Tabelle 8: Ausgabenrahmen für Labormedizin		
	Ausgaben 2008	Limit 2009
in Mill. EUR		
Laborfachärzte	36,50	33,00
Laborinstitute	11,72	11,26

Quelle: WGKK

Der RH stellte nunmehr fest, dass für die Jahre 2010 bis 2013 für physikalische Medizin eine Deckelungsregelung im Sinne der Empfehlung des RH galt (siehe Tabelle 7).

Für Laborfachärzte galt anstelle einer Deckelungsregelung Folgendes:

- 2010 beträgt die maximale Honorarsumme 38,70 Mill. EUR. Mehrleistungen bis zu 7 % werden nicht vergütet; erst wenn die Honorarsumme den Schwellenwert von 41,409 Mill. EUR überschreitet, erfolgt eine Honorierung gemäß den vereinbarten Tarifen.
- 2011 beträgt die maximale Honorarsumme 44,00 Mill. EUR. Mehrleistungen bis zu 3,35 % werden nicht vergütet; erst wenn die Honorarsumme den Schwellenwert von 45,475 Mill. EUR überschreitet, erfolgt eine Honorierung gemäß den vereinbarten Tarifen.
- 2012 beträgt die maximale Honorarsumme 46,00 Mill. EUR. Mehrleistungen bis zu 5,84 % werden nicht vergütet; erst wenn die Honorarsumme den Schwellenwert von 48,685 Mill. EUR überschreitet, erfolgt eine Honorierung gemäß den vereinbarten Tarifen.

Die Honorarsumme der Laborärzte betrug im Jahr 2010 41.581.654,20 EUR, die maximale Honorarsumme aber nur 38.700.000 EUR. Da jedoch der Schwellenwert von 41.409.000 EUR um 172.654,20 EUR überschritten wurde, beträgt der Aufwand für Laborfachärzte im Jahr 2010 38.872.654,20 EUR.⁷ Obwohl diese Regelung eine Einsparung von rd. 2,71 Mill. EUR bewirkte, stiegen die Aufwendungen der Kasse von 2009 auf 2010 um 17,8 %.

⁷ vorläufige Werte

Honorarsummenbegrenzungen

Im Vergleich dazu galten bei der OÖGKK für die Honorarsummen der Laborärzte folgende Rabattstufen, die eine erhebliche Kostendegression und Einsparungen von 3,5 % im Jahr 2010 gegenüber 2009 bewirkten:

Tabelle 9: Ausgabenrahmen für Laborärzte (OÖGKK)		
Mengenrabatt ab 2010		
von	bis	Rabatt
in EUR		in %
0,00	138.008,00	0,00
138.008,01	161.005,55	10,00
161.005,56	184.003,11	15,00
184.003,12	205.474,55	20,00
205.474,56	230.005,78	25,00
230.005,79	260.679,26	40,00
260.679,27	283.676,81	55,00
283.676,82	315.184,67	60,00
ab	315.184,68	65,45

Quelle: OÖGKK

Der RH stellte weiters fest, dass die WGKK für Laborinstitute folgende Abschläge vereinbarte:

Tabelle 10: Honorardegression für Laborinstitute (WGKK)		
Abschläge	Honorarsumme	
	2010	2011
in %	in Mill. EUR	
5	0,8 – 1,2	0,8 – 2,0
6	1,2 – 7,5	2,0 – 7,5
8	über 7,5	über 7,5

Quelle: WGKK

Die Aufwendungen für Laborinstitute stiegen von 2009 auf 2010 um 6,1 % auf 11,94 Mill. EUR.



Honorarsummenbegrenzungen



Vergleich WGKK und OÖGKK;
Follow-up-Überprüfung

- 5.2 Während die WGKK die Empfehlung des RH, Honorarsummenbegrenzungen in die Gesamtverträge aufzunehmen, nur teilweise – nämlich im Bereich der physikalischen Medizin – umsetzte, war die OÖGKK bei der Umsetzung erheblich erfolgreicher.

Der RH hielt kritisch fest, dass die WGKK die Honorarsummenbegrenzungen nicht konsequent beibehielt: So wurde beispielsweise bei Laborfachärzten die Bandbreite, in der Leistungen nicht vergütet werden, von 7 % im Jahr 2010 auf 3,35 % im Jahr 2011 mehr als halbiert. Der Abschlag i.H.v. 6 % galt 2010 für Laborinstitute ab einer Honorarsumme von 1,2 Mill. EUR, 2011 erst ab 2 Mill. EUR.

Der RH empfahl der WGKK daher, die Gesamtausgabenbegrenzungen im Sinne des § 342 Abs. 2 und Abs. 2a ASVG konsequenter als bisher zur Kostendämpfung einzusetzen.

- 5.3 *Laut Stellungnahme der WGKK sei der Grundsatzbeschluss der Kurie der niedergelassenen Ärzte gegen die Vereinbarung von Honorardeckelungen nach wie vor aufrecht. Bessere Verhandlungsergebnisse wären mittels Teilkündigungsrecht einzelner Fachgruppen, insbesondere technischer Fächer, erzielbar; dafür wäre jedoch eine ASVG-Änderung erforderlich. Die WGKK sei weiterhin bestrebt, mittel- bis langfristige kostendämpfende Vereinbarungen zu schließen.*

Das BMG bestätigte die Ausführungen der WGKK zur besonders strikten Verhandlungsposition der Wiener Ärztekammer und betrachtete die nachdrückliche Empfehlung des RH zur gesamtvertraglichen Vereinbarung von Aufwandsdeckelungen als hilfreich.

Angebotsplanung und Ärztedichte

- 6.1 Der RH hatte der WGKK in seinem Vorbericht empfohlen, ihren Stellenplan für Vertragsärzte weiter im Sinne des Gesamtvertrags 2004 zu optimieren, zumal die Betreuung beim Allgemeinmediziner wesentlich niedrigere Kosten als beim Facharzt verursacht. Weiters hatte er darauf hingewiesen, dass die Gewährung der Unkündbarkeit für einen Selbständigen angesichts der Flexibilisierungsbestrebungen in allen Bereichen des Arbeitsmarktes nicht mehr zeitgemäß sei.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie ihre Bemühungen um eine Reduktion der Stellen fortgesetzt habe. Ebenso konnten sinnvolle Konzentrationen von Standorten zu Gruppenpraxen vorgenommen werden.

Angebotsplanung und Ärztedichte

Tabelle 11:		Ärzteplanstellen WGKK		
		1.7.2004	1.7.2008	1.7.2009
Ärzte für Allgemeinmedizin		831	811	802
Allgemeine Fachärzte		822	812	804
Zahnärzte		734	727	720

Quelle: WGKK

Im Vergleich dazu entwickelte sich die Anzahl der Anspruchsberechtigten in die entgegengesetzte Richtung:

Tabelle 12: Verhältnis Anspruchsberechtigte zu Ärzten (WGKK)		
Anspruchsberechtigte	2004	2008
(Jahresdurchschnitt)	1.406.660	1.485.242
pro Arzt für Allgemeinmedizin	1.693	1.822
pro Allgemeinem Facharzt	1.464	1.587

Quelle: WGKK

Der Hauptverband teilte im Rahmen des Nachfrageverfahrens mit, er habe mit der österreichischen Ärztekammer die Aufnahme von Gesprächen über eine Modernisierung des Kündigungsschutzes für Vertragsärzte und Vertragsgruppenpraxen vereinbart, um etwaige „schwarze Schafe“ rasch kündigen zu können.

Der RH stellte nunmehr fest, dass der Kündigungsschutz für Vertragsärzte durch Novellierung des § 343 Abs. 4 ASVG⁸ im Sinne seiner Empfehlung deutlich gelockert wurde; die Landesschiedskommission kann die Kündigung nicht mehr wegen sozialer Härte für unwirksam erklären.

Weiters stieg die Anzahl der Anspruchsberechtigten bei der WGKK weiter an (1.495.110 im Jahr 2009). Laut Ärztekostenstatistik 2009 lag die Ärztedichte (Vertragsärzte bzw. Vertragsgruppenpraxen je Anspruchsberechtigte) in Wien im Vergleich zum Vorbericht unverändert bei Allgemeinmedizinern um 5 % niedriger und bei allgemeinen Fachärzten um 58 % höher als bei der OÖGKK. Obwohl die WGKK die Anzahl der Verträge für Radiologen deutlich von 79 (2005) auf 53 (2009) redu-

⁸ BGBl. I Nr. 61/2010

zieren konnte, lag die Ärztedichte bei Radiologen um 87 % höher als bei der ÖÖGKK.

Zur weiteren Optimierung der ärztlichen Versorgung mit Vertragsärztestellen vereinbarte die WGKK mit der Wiener Ärztekammer verbindlich die Umsetzung des Regionalen Strukturplans Gesundheit.

6.2 Die Empfehlung des RH, den Stellenplan für Vertragsärzte weiter zu optimieren, wurde von der WGKK im Bereich Radiologie teilweise umgesetzt. Weitere Optimierungsschritte sind aber erforderlich.

6.3 Die WGKK bekundete in der Stellungnahme ihre Bereitschaft, die sinnvolle Konzentration von Standorten fortzuführen. Sie ergänzte, dass die Ärztekammer im Gleichklang mit der Stadt Wien eine Aufstockung der Planstellen (ca. um 80) zur Entlastung der Spitalsambulanzen fordere; vom Grundsatz „Geld folgt Leistung“ sei dabei aber nicht die Rede gewesen.

Zur Verdeutlichung ihrer Bemühungen zur Konzentration von Standorten wies sie darauf hin, dass von Juli 2004 bis Juli 2011 die Anzahl der Planstellen für Ärzte für Allgemeinmedizin von 831 auf 792, für Fachärzte (inkl. der technischen Fächer) von 956 auf 912 und für Zahnbehandler (inkl. Dentisten) von 755 auf 716 gesunken sei. Demgemäß entfielen im Jahr 2010 im Jahresdurchschnitt auf einen Arzt für Allgemeinmedizin 1.901, auf einen Facharzt 1.652 und auf einen Zahnbehandler 2.098 Anspruchsberechtigte.

6.4 Der RH hielt seine Empfehlung aufrecht, den Stellenplan für Vertragsärzte weiter zu optimieren, zumal die Betreuung beim Allgemeinmediziner wesentlich niedrigere Kosten als beim Facharzt verursacht.

Präoperative Diagnostik

7.1 Der RH hatte der WGKK in seinem Vorbericht empfohlen, Maßnahmen zum Ausgleich der Kosten für die präoperative Diagnostik zu ergreifen.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass „im Herbst 2008 generell die aus der rechtswidrigen Auslagerung von Laborleistungen und bildgebender Diagnostik resultierenden Forderungen⁹ – soweit diese bekannt wurden – an die zuständigen Landesgesundheitsfonds dem Hauptverband zediert und bei den Zahlungen in den Ausgleichsfonds gemäß § 447f ASVG aufrechnungsweise in Abzug gebracht wurden. Dies führte zu einer derzeit noch nicht beendeten Diskussion mit

⁹ 2,09 Mill. EUR

Präoperative Diagnostik

den Landesgesundheitsfonds und dem BMG über die rechtliche Zulässigkeit einer derartigen Vorgangsweise.“

Außerdem habe die Bundesgesundheitskommission im Juni 2009 die österreichweite Ausrollung des Salzburger Reformpool-Modells zur präoperativen Diagnostik verbindlich beschlossen.

Der RH stellte nunmehr fest, dass der Wiener Gesundheitsfonds im März 2010 die Implementierung der präoperativen Diagnostik, basierend auf dem Salzburger Reformpool-Modell, beschloss. Das Projekt sollte in den Fächern Augenheilkunde, HNO, Gynäkologie und Urologie in fünf Wiener Krankenanstalten¹⁰ durchgeführt werden. Die Projektergebnisse in Salzburg ließen erhebliche Einsparungen im niedergelassenen Bereich bei Labor und Radiologie erwarten, weil in 44 % der Fälle keine weiteren Befunde notwendig waren.¹¹ Die Kosten eines präoperativen Fallwertes konnten von 95 EUR auf 46,50 EUR gesenkt werden.

Außerdem legte die WGKK ein Schreiben des BMG vom März 2011 vor, wonach die präoperativen Leistungen, wie sie im Rahmen der Finanzierung nach Tagsätzen bis 1996 von den Spitälern erbracht worden waren, bei der Kalkulation der Bepunktung im Modell 1997 der leistungsorientierten Krankenanstaltenfinanzierung (LKF) berücksichtigt wurden.

- 7.2 Der RH bewertete zunächst die Einführung des Reformpool-Projekts zur Implementierung der präoperativen Diagnostik in Wien als positiv, weil damit unnötige Doppelbefundungen vermieden und erhebliche Kosteneinsparungen erzielt werden können.

Der RH wies aber darauf hin, dass seine Empfehlung, Maßnahmen gegen die Auslagerung der Kosten für die präoperative Diagnostik zu ergreifen, durch den abzugsweisen Einbehalt von 2,09 Mill. EUR nur teilweise umgesetzt wurde, weil die Frage, wer die Kosten für präoperative Leistungen zu tragen hat, noch immer ungeklärt ist.

Der RH empfahl daher dem BMG und dem Hauptverband, im Rahmen der anstehenden Neuregelung der Spitalsfinanzierung nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ eine eindeutige Regelung zu treffen.

- 7.3 *Laut Stellungnahme des BMG arbeiteten Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam intensiv an einer umfassenden Neuregelung der*

¹⁰ AKH, Rudolfstiftung, Hanusch-Krankenhaus, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Krankenhaus Göttlicher Heiland

¹¹ rd. 800.000 elektive Operationen p.a. im Bundesgebiet

Vergleich WGKK und OÖGKK; Follow-up-Überprüfung

Finanzierung der Gesundheitsversorgung. In diesem Zusammenhang sei auch die Finanzierung der präoperativen Diagnostik ein Thema.

Verwaltungsaufwand 8.1 Der RH hatte der WGKK in seinem Vorbericht empfohlen, weiter Maßnahmen zur Verringerung der Verwaltungskosten zu treffen. Die Empfehlung des Vorberichts zielte insbesondere auf eine relative Verringerung der Verwaltungskosten im Vergleich zur OÖGKK.

Nach Mitteilung der WGKK im Nachfrageverfahren habe sie die gesetzlich festgelegte Verwaltungskostendeckelung bisher immer erreicht. Nach derzeitigem Wissensstand werde sie die gesetzlich festgelegte Verwaltungskostendeckelung auch in den nächsten Jahren einhalten.

Der RH stellte nunmehr fest, dass der Verwaltungsaufwand bei der WGKK in den Jahren 2008 bis 2010 um 11,2 %, bei der OÖGKK um 27,1 % stieg:

Tabelle 13: Entwicklung des Verwaltungsaufwands 2008 – 2010				
	Veränderung des Verwaltungsaufwands zum Vorjahr			
	2008	2009	2010	2008 – 2010
	in %			
WGKK	1,8	3,4	5,6	11,2
OÖGKK	4,1	15,4	5,8	27,1

Quelle: Hauptverband

Ende 2007 lag der Verwaltungsaufwand je Anspruchsberechtigten bei der WGKK um 7,63 EUR höher als bei der OÖGKK, 2010 um 2,78 EUR. Die OÖGKK führte die besonders hohe Steigerung im Jahr 2009 auf Sondereffekte, wie die Übertragung ihres Rechenzentrums an die IT-Services der Sozialversicherung GmbH, außergewöhnliche Investitionen für die Sanierung der Sitzungssäle und der Garage und nicht aktivierbare Aufwendungen für den Austausch von Computerarbeitsplätzen zurück. Außerdem kam es zu einem erheblichen Rückgang der Einbebevergütung wegen sinkender Beitragseinnahmen.

8.2 Der RH anerkannte die **Bemühungen der WGKK** zur Umsetzung seiner Empfehlung, den **Anstieg der Verwaltungskosten** möglichst gering zu halten, und empfahl, weiter alle Möglichkeiten zur Kostensenkung auszuschöpfen.

Verwaltungsaufwand

8.3 Die WGKK betonte in ihrer Stellungnahme, dass es ihr gelungen sei, die Differenz im Netto-Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand (laut Erfolgsrechnung) je Anspruchsberechtigten von 2007 bis 2010 um zwei Drittel zu verringern, obwohl sich bei ihr die Einhebevergütung nur um 4,13 %, bei der OÖGKK hingegen um 7,60 % erhöht habe. Sie werde ihre Bemühungen zur Optimierung der Verwaltungseffizienz verstärkt fortsetzen.

Das BMG würdigte in seiner Stellungnahme die erfolgreichen Anstrengungen der WGKK zur relativen Verringerung ihrer Verwaltungskosten.

8.4 Der RH hielt seine an die WGKK gerichtete Empfehlung aufrecht, die Bemühungen zur Senkung der Verwaltungskosten zu intensivieren, weil die Verringerung der Differenz im Verwaltungs- und Verrechnungsaufwand auch auf Sondereffekte bei der OÖGKK zurückzuführen war.

Tarifauswertungen

9.1 Der RH hatte der WGKK, der OÖGKK sowie dem Hauptverband in seinem Vorbericht empfohlen, das beim Hauptverband im Dezember 2007 eingesetzte Vertragspartner-Controlling mit der Durchführung entsprechender Tarifauswertungen zu beauftragen.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass im Zuge des Gebietskrankenkassen-übergreifenden Pilotprojekts beim Hauptverband eine Vertragspartneranalyse der technischen Fächer durchgeführt worden sei. Dabei konnten erste Aussagen bezüglich Preise und Mengen getroffen werden.

Die OÖGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass das Vertragspartner-Controlling im Hauptverband durch das trägerübergreifende Projekt „Vertragspartneranalyse“ abgelöst worden sei. Im Rahmen dieses Projekts würden die Ausgabenunterschiede bei den einzelnen Trägern exakt analysiert, wobei auch die unterschiedlichen Tarife als mögliche Ursache identifiziert werden.

Der RH stellte nunmehr fest, dass die Gebietskrankenkassen in den Jahren 2009 und 2010 entsprechende Tarifauswertungen durchführten. Die WGKK führte aufgrund der Detailauswertungen Limitierungsbestimmungen insbesondere in den Bereichen Labor und Physikoinstitute ein und vereinbarte im Bereich Mammographie einen Mischtarif inklusive Sonographie.



Frequenzunterschiede



Vergleich WGKK und OÖGKK;
Follow-up-Überprüfung

Ergänzend stellte der RH fest, dass die Krankenversicherungsträger durch den neu geschaffenen § 32h ASVG¹² ab 1. September 2010 unter der Überschrift Vertragspartner-Analyse verpflichtet wurden, „gemeinsam die Auswirkungen der Vertragspartner-Regelungen einem Controlling durch eine strukturierte Analyse jedenfalls mit dem Ziel zu unterziehen, eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen (Benchmarking) zu ermöglichen.“

9.2 Die Empfehlung des RH wurde umgesetzt.

**Frequenz-
unterschiede**

10.1 Der RH hatte den beiden Kassen sowie dem Hauptverband in seinem Vorbericht empfohlen, die Unterschiede in den Frequenzen der einzelnen analysierten Leistungen der ärztlichen Hilfe auf ihre medizinische Notwendigkeit hin zu untersuchen und zum Anlass für tarifliche Verbesserungen in den Gesamtverträgen bzw. Festlegung von Behandlungsstandards zu nehmen.

Die WGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass sie nach wie vor eine Überprüfung der ärztlichen Leistungen im Hinblick auf Überschreitungen und medizinische Notwendigkeit durchführe. Obwohl vertragliche Änderungen seitens der Ärztekammer als Verschlechterung für die Ärzteschaft interpretiert und daher nicht akzeptiert würden, sei es bei den letzten Honorarverhandlungen gelungen, einige Leistungspositionen (bspw. die Augendruckmessung und die Cerumen¹³-Entfernung) zu ihren Gunsten zu verändern.

Die OÖGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, ihre Organisationseinheit „Behandlungsökonomie“ führe ein quartalsweises Controlling aller wesentlichen Ausgabenbereiche (insbesondere auch der Vertragsärzteaussgaben) durch. Dabei aufgezeigten Auffälligkeiten (z.B. Frequenzunterschiede pro Fall innerhalb einer Fachgruppe) werde konsequent nachgegangen, z.B. durch weitere Analysen und Gespräche mit den auffälligen Überschreitern oder auch durch Änderungen der Abrechnungsbestimmungen mit der Ärztekammer. Zur Sicherstellung, dass keine unnötigen Leistungen erbracht und abgerechnet werden, fänden sich in der Honorarordnung der OÖGKK sehr viele Limitierungsbestimmungen und Degressionsregelungen.

¹² BGBl. I Nr. 61/2010

¹³ Ohrenschmalz

Frequenzunterschiede

Der RH stellte nunmehr fest, dass nicht nur die OÖGKK, sondern auch die WGKK bei zahlreichen (kostenintensiven) Leistungspositionen Verrechnungslimits vereinbaren konnte.¹⁴

Im 1. Zusatzprotokoll zum Gesamtvertrag vom 1. Jänner 2011 der WGKK mit der Ärztekammer für Wien war aber auch jeweils mit Wirkung vom 1. April 2011 und 2012 eine Tarifierhöhung von 2,05 % vorgesehen; wenn die Jahresinflationsrate 2011 darüber liegt, wird der Überschreitungsprozentsatz zur Erhöhung der Fallpauschale verwendet.

- 10.2 Die OÖGKK setzte die Empfehlung des RH wesentlich intensiver um als die WGKK. Im Hinblick auf die noch immer bestehenden großen Unterschiede in den Aufwendungen für ärztliche Hilfe (vgl. TZ 3) empfahl der RH der WGKK, im Zuge der Vertragspartneranalyse auch die Frequenzunterschiede genauer zu untersuchen.

Der RH vermerkte außerdem kritisch, dass der WGKK aus der Nachbesserungsklausel erhebliche Zusatzkosten entstehen können, weil nach den neuesten Prognosen der Wirtschaftsforschungsinstitute mit einer Jahresinflationsrate von 3,2 % für 2011 zu rechnen ist, und empfahl, künftig auf solche Klauseln zu verzichten.

- 10.3 *Die WGKK berichtete in ihrer Stellungnahme über die Maßnahmen zur Weiterentwicklung der Vertragspartneranalyse. So soll die Datenerhebung für den Bereich Ärztliche Hilfe in Kombination mit der Einführung des Standardprodukts ALVA¹⁵ automatisiert werden; ein erster Testlauf sei im Jahr 2012 vorgesehen.*

Die WGKK wies weiters darauf hin, dass die Ärztekammer ohne Inflationsklausel keine Vereinbarung für 2010 bis inkl. 2012 abgeschlossen hätte; aufgrund der heutigen Inflationsprognosen wären die Forderungen der Ärztekammer im Jahr 2011 für 2012 sicher noch höher gewesen. Dennoch wolle sie künftig keine Nachbesserungsklauseln mehr vereinbaren.

¹⁴ bspw. für ausführliche therapeutische Aussprachen, teure Einzelleistungen wie Doppler-Duplexsonographien, abdominelle Ultraschalluntersuchungen, allergologische Explorationen, ärztliche Koordinierungstätigkeiten durch den behandelnden Arzt, Blutgasanalysen, Sekretkulturuntersuchungen, Erstellung eines kompletten neurologischen Status etc.

¹⁵ Automatisiert Leistungen der Vertragspartner abrechnen

Pauschalierungen

- 11.1 Der RH hatte den beiden Kassen sowie dem Hauptverband in seinem Vorbericht empfohlen, die jeweiligen Systeme der Vergütung regelmäßig zu vergleichen, auf ihre Auswirkungen hin zu untersuchen und bewährte Vergütungsformen verstärkt einzusetzen.

Nach Mitteilung der WGKK im Nachfrageverfahren seien die ersten Ergebnisse der Vertragspartneranalyse für den Leistungszeitraum 2008 im Winter 2009/2010 zu erwarten.

Die ÖÖGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass diese Analyse der Vergütungssysteme einerseits über das kasseninterne Vertragspartnercontrolling erfolge; andererseits soll ein trägerübergreifender Vergleich der Vergütungssysteme bzw. ihrer kostenmäßigen Auswirkungen über die Vertragspartneranalyse implementiert werden. Die ÖÖGKK sei bei allen Vertragsverhandlungen bemüht, die bewährten Vergütungsformen (Pauschalen, Ausgabenbegrenzungen, Degressionen, Limitierungsregelungen usw.) umzusetzen bzw. zu erweitern.

Der RH stellte nunmehr fest, dass die Krankenversicherungsträger aus den Ergebnissen der Vertragspartneranalyse die ersten Konsequenzen zogen. So konnte die WGKK ab 1. April 2009 ein Sonographiepauschale bei urologischen Untersuchungen vereinbaren, was bis Ende 2010 zu Einsparungen von rd. 665.000 EUR führte. Die ÖÖGKK konnte mit den privaten Ambulatorien für CT- und MR-Untersuchungen einen jährlich fixen Gesamtausgabenbetrag bis 2010 vereinbaren.

Der RH stellte weiters fest, dass aufgrund eines vom Hauptverband geschlossenen Vertrages vom 1. Jänner 2010 bis 31. Dezember 2013 für alle Krankenversicherungsträger im Bereich CT und MRT Ausgabenbegrenzungen auf Basis der tatsächlichen Ausgaben 2009, jährlich erhöht um 0,5 %, gelten.

- 11.2 Die beiden Gebietskrankenkassen sowie der Hauptverband setzten die Empfehlung des RH um.

Heilmittelökonomie

- 12.1 Der RH hatte den beiden Kassen sowie dem Hauptverband in seinem Vorbericht empfohlen, auch über die Verschreibung von Generika hinaus auf die Verordnung kostengünstiger Heilmittel in angemessener Dosierung hinzuwirken und für die Verschreibung von Medikamenten entsprechende Therapieempfehlungen unter Berücksichtigung moderner Behandlungsstandards zu erstellen.

Nach Mitteilung der WGKK im Nachfrageverfahren informiere sie die Vertragsärzte regelmäßig über Einsparungspotenziale, die mit der

Heilmittelökonomie

Verschreibung kostengünstiger Heilmittel zusammenhängen (direkter Preisvergleich von häufig verschriebenen Heilmitteln mit den kostengünstigeren Alternativen) und monatlich über aktuelle Aufnahmen und Änderungen von Heilmitteln.

Die quartalsweise erscheinende Vertragspartnerzeitschrift „Therapie-Infos“ enthalte neben heilmittelökonomischen Aspekten aktuelle Therapieempfehlungen und Behandlungsstandards. Weiters erfolgten individuelle heilmittelökonomische Gespräche und Beratungen durch eine Ärztin.

Nach Mitteilung der OÖGKK im Nachfrageverfahren habe sie mit Wirksamkeit ab 1. Juli 2009 mit der Ärztekammer für Oberösterreich vereinbart, dass die Vertragsärzte grundsätzlich das kostengünstigste Medikament (Genericon oder auch wirkstoffähnliches Präparat) zu verschreiben haben, sofern nicht aus medizinischen Gründen eine solche Verschreibung ausgeschlossen ist (z.B. Allergie gegen einen Wirkstoff). Zur Unterstützung bei der Verschreibung von Medikamenten hätten die Vertragsärzte außerdem verbindlich das so genannte „ÖKO-Tool“ einzusetzen. Weiters erstelle sie regelmäßig Therapieempfehlungen unter Berücksichtigung moderner Behandlungsstandards und kommuniziere sie den Vertragspartnern (z.B. „Arzneidialog-Papiere“ zu den Themen Asthma und COPD¹⁶, Schmerztherapie mit Opioiden, Antibiotika im Kindesalter etc.). Darüber hinaus teile sie mittels elektronischem Newsletter und der Zeitschrift „Ökonomie in der Praxis“ Studienergebnisse und aktualisierte Leitlinien mit.

Der RH stellte nunmehr fest, dass die WGKK die eigenen Gesundheitseinrichtungen und Vertragsärzte mit geringem Generikaanteil in Form von Service-Beratung-Partnerschafts-Gesprächen gezielt über die möglichen Einsparpotenziale informierte:

	Allgemeinmediziner	Fachärzte	Summe	Eingesetzte Ärzte
Gespräche 2007	149	64	213	bis zu 3
Gespräche 2008	99	55	154	2
Gespräche 2009	60	25	85	1 (nur teilweise)
Gespräche 2010	53	39	92	1 (nur teilweise)

Quelle: WGKK

¹⁶ Chronisch obstruktive Lungenerkrankung

Darüber hinaus setzte sie im Bereich Generika ab 2009 auch eine Pharmazeutin für allgemeine und arzt spezifische Aussendungen ein.

Die OÖGKK setzte zur Heilmittelberatung im Team Kommunikation & Heilmittel sechs ÄrztInnen, eine Betriebswirtin und vier Sachbearbeiterinnen ein. Im Jahr 2009 wurden 700 und im Jahr 2010 500 Ökonomieberatungsgespräche durchgeführt. Eine Maßnahmenenerfolgskontrolle ergab, dass die OÖGKK in Folge der mit 493 Ärzten in den ersten drei Quartalen des Jahres 2009 geführten Gespräche Einsparungen von insgesamt 1,9 Mill. EUR in den drei letzten Quartalen des Jahres 2009 erzielen konnte. Die WGKK hatte kein solches Maßnahmencontrolling durchgeführt.

- 12.2 Die OÖGKK setzte die Empfehlung des RH erheblich intensiver um als die WGKK.

Im Hinblick auf das erhebliche Einsparungspotenzial empfahl der RH der WGKK, den Personaleinsatz im Bereich der Heilmittelökonomie deutlich zu verstärken und ein Maßnahmencontrolling einzuführen.

- 12.3 *Laut Stellungnahmen der WGKK habe der Vorstand eine erhebliche Erweiterung des Personaleinsatzes im Bereich der Behandlungsökonomie beschlossen; darüber hinaus soll eine enge Kooperation mit der OÖGKK eingegangen werden.*

- 12.4 Der RH hielt seine Empfehlung, die WGKK sollte ein Maßnahmencontrolling nach dem Muster der OÖGKK einrichten, weiter aufrecht.

Fremdkassenabrechnung

- 13.1 Der RH hatte den beiden Kassen sowie dem Hauptverband in seinem Vorbericht empfohlen, in der so genannten Fremdkassenabrechnung die versicherten Personen, die erbrachten Leistungen und deren Kosten genau anzugeben.

Nach Mitteilung der WGKK im Nachfrageverfahren könne eine neue transparente Fremdkassenabrechnung nur im Zuge der Entwicklung und der Implementierung des Standardprodukts ALVA¹⁷, das eine einheitliche Vertragspartnerrechnung bei allen Krankenversicherungsträgern ermöglicht, umgesetzt werden.

Die OÖGKK hatte im Nachfrageverfahren mitgeteilt, dass die Fremdkassenabrechnung im Rahmen des Standardproduktes ALVA unter Berück-

¹⁷ Automatisiert Leistungen der Vertragspartner Abrechnen

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

sichtigung der Anregungen des RH neu geregelt wird. Damit werde sie künftig wesentlich exakter und nachvollziehbarer ausgestaltet.

Der RH stellte nunmehr fest, dass das Standardprodukt ALVA aufgrund des verbindlichen Umsetzungskonzepts sukzessive bei allen Gebietskrankenkassen eingesetzt werden soll. Seit 1. April 2011 wurde es bei der WGKK eingesetzt; bei der OÖGKK wird das Standardprodukt ALVA ein Jahr später eingesetzt werden. Damit werden der leistungszuständigen Gebietskrankenkasse automatisiert die tatsächlich für ihre Anspruchsberechtigten in einem anderen Bundesland angefallenen Kosten bekanntgegeben und in Rechnung gestellt.

13.2 Der Empfehlung des RH wird entsprochen.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

14 Der RH stellte fest, dass von zwölf überprüften Empfehlungen des Vorberichts vier umgesetzt wurden. Acht Empfehlungen wurden nur teilweise umgesetzt. Er hob die nachfolgenden Empfehlungen hervor:

BMG und
Hauptverband

(1) Die Finanzziele des Konsolidierungspakets wären anzupassen und die Kompensationsmöglichkeit zu überarbeiten, da sie in ihrer derzeitigen Form nicht geeignet sind, die Krankenversicherungsträger zu einer ambitionierten Erreichung aller Ziele anzuhalten. (TZ 2)

(2) Die strittige Frage, wer die Kosten für präoperative Leistungen zu tragen hat, wäre im Rahmen der anstehenden Neuregelung der Spitalsfinanzierung nach dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ eindeutig zu regeln. (TZ 7)

Wiener
Gebietskrankenkasse

(3) Unabhängig von der bloßen Erfüllung der Finanzziele des Konsolidierungspakets wäre ein Konzept zur Sicherung einer nachhaltigen eigenständigen Finanzierung zu erarbeiten. (TZ 2)

(4) Die Bemühungen zur Kostendämpfung wären auch in den nächsten Jahren mit besonderem Engagement fortzusetzen, um nach dem Auslaufen der Konsolidierungsmaßnahmen im Jahr 2013 die Versicherungsleistungen nachhaltig aus eigenen Mitteln finanzieren zu können. (TZ 3)

(5) Es wären weitere tarifliche Verbesserungen zu vereinbaren. (TZ 4)



Schlussbemerkungen/
Schlussempfehlungen

Vergleich WGKK und OÖGKK;
Follow-up-Überprüfung

- (6) Die Gesamtausgabenbegrenzungen im Sinne des § 342 Abs. 2 und Abs. 2a ASVG wären konsequenter als bisher zur Kostendämpfung einzusetzen. (TZ 5)
- (7) Im Sinne des Regionalen Strukturplans Gesundheit sind weitere Optimierungsschritte beim Stellenplan für Vertragsärzte, vor allem im Bereich Radiologie, erforderlich. (TZ 6)
- (8) Um den Anstieg der Verwaltungskosten möglichst gering zu halten, wären weiter alle Möglichkeiten zur Kostensenkung auszuschöpfen. (TZ 8)
- (9) Im Zuge der Vertragspartneranalyse wären auch die Frequenzunterschiede bei den einzelnen Leistungen genauer zu untersuchen. (TZ 10)
- (10) In Gesamtverträgen wären keine Nachbesserungsklauseln zu vereinbaren. (TZ 10)
- (11) Der Personaleinsatz im Bereich der Heilmittelökonomie wäre deutlich zu verstärken und ein Maßnahmencontrolling einzuführen. (TZ 12)

Wien, im Dezember 2011

Der Präsident:

Dr. Josef Moser





Bisher erschienen:

- Reihe Bund 2011/1 Bericht des Rechnungshofes
- Buchhaltungsagentur des Bundes
 - PRINT and MINT SERVICES GmbH
 - Ausgewählte Beschaffungsvorgänge im BMLVS
 - Klassenschülerhöchstzahl 25
 - Controlling im Bundesschulwesen
 - Studienbeiträge
 - Elektrifizierung der Bahnstrecke Wulkaprodersdorf – Eisenstadt
 - Neusiedl am See
 - Zulagen und Nebengebühren der Bundesbediensteten; Follow-up-Überprüfung
- Reihe Bund 2011/2 Bericht des Rechnungshofes
- Filmförderung in Österreich
 - Altenbetreuung in Kärnten und Tirol
 - Vergabeprozess Container-Stapler und Rolle des Konzerneinkaufs
 - MedAustron
- Reihe Bund 2011/3 Bericht des Rechnungshofes
- Austrian Institute of Technologie GmbH - Unternehmensentwicklung und Verkauf der Funktionswerkstoffe Forschungs- und Entwicklungs GmbH
 - Sicherheit auf Nebenbahnen; Follow-up-Überprüfung
 - Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013
 - Schutz vor Naturgefahren; Follow-up-Überprüfung
 - Wasserverband Rohrau, Petronell, Scharndorf, Höflein
 - Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen
- Reihe Bund 2011/4 Bericht des Rechnungshofes
- Bundespressdienst
 - Projekt ELAK im Bund; Follow-up-Überprüfung
 - Finanzielle Lage des Pensionsinstituts der Linz AG und des Pensionsinstituts für Verkehr und öffentliche Einrichtungen
 - Finanzmarktaufsicht; Follow-up-Überprüfung
 - Klima- und Energiefonds
 - Umsetzung der Klimastrategie Österreichs auf Ebene des Bundes; Follow-up-Überprüfung
 - Immobilienebebung der Österreichische Bundesbahnen-Holding Aktiengesellschaft sowie einzelner ÖBB-Gesellschaften; Follow-up-Überprüfung
 - Militärische Vertretungen im Ausland

- Reihe Bund 2011/5 Bericht des Rechnungshofes
- Grundlagen der Fiskalpolitik
 - Konsularwesen (insbesondere Visa-Angelegenheiten)
 - Dienstplangestaltung für den ärztlichen Dienst in Unfallkrankenhäusern und in notfallchirurgischen Einrichtungen
 - Effektivität der behördlichen Ermittlungsmaßnahmen
 - Adaptierung und Erweiterung der Infrastruktur am Militärflugplatz Zeltweg in Zusammenhang mit der Einführung des Systems Eurofighter
 - Aktionsplan Erneuerbare Energie
- Reihe Bund 2011/6 Bericht des Rechnungshofes
- Familienbezogene Leistungen des Bundes und ausgewählter Länder
 - Einsparungspotenzial durch Kooperation und Koordination der drei Wetterdienste
 - Einsatzgruppen zur Bekämpfung der Straßenkriminalität bei den Landespolizeikommanden; Follow-up-Überprüfung
 - Geldwäschebekämpfung und Vermögensabschöpfung; Follow-up-Überprüfung
 - Wiener Hafen, GmbH & Co KG; Follow-up-Überprüfung
- Reihe Bund 2011/7 Bericht des Rechnungshofes
- Verträge der geschäftsführenden Leitungsorgane in öffentlichen Unternehmen („Managerverträge“)
- Reihe Bund 2011/8 Bericht des Rechnungshofes
- Einführung des Pensionskontos
 - Post & Telekom Immobiliengesellschaft m.b.H.
 - Bundesbeschaffung GmbH; Follow-up-Überprüfung
 - Blutversorgung durch die Universitätskliniken für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin in Wien und Graz
 - Wissensmanagement im BMI und im BMLVS
 - Umsetzung der NEC-Richtlinie auf Ebene des Bundes
 - Verlängerung der S 31 Burgenland Schnellstraße
 - Flächenfreihaltung für Infrastrukturprojekte
 - Frauenförderung an Universitäten
 - Österreich Werbung; Follow-up-Überprüfung



- Reihe Bund 2011/9 Bericht des Rechnungshofes
- Bekämpfung des Abgabebetrgs mit dem Schwerpunkt Steuerfahndung
 - Informationstechnologie im BMI – IT-Projekt PAD
 - Verein Hilfswerk Salzburg – Sachwalterschaft und Bewohnervertretung
 - Land- und forstwirtschaftliches Schulwesen
 - Nebenbahnen – Kosten und verkehrspolitische Bedeutung
- Reihe Bund 2011/10 Bericht des Rechnungshofes
- Relaunch des Webauftritts des Parlaments
 - Bundesanstalt für Verkehr hinsichtlich der Unfalluntersuchungsstelle des Bundes in den Bereichen Luft- und Schifffahrt
 - Hochwasserschutz an der March; Follow-up-Überprüfung
 - Tagesklinische Leistungserbringung am Beispiel des Landes Steiermark
 - IT-Betriebssicherheit im Arbeitsmarktservice
 - Vergabe von Kursmaßnahmen durch das AMS
 - Bekämpfung der Arbeitslosigkeit von jungen Erwachsenen im Arbeitsmarktservice Steiermark und Tirol
- Reihe Bund 2011/11 Bericht des Rechnungshofes
- Beteiligung Österreichs am Einsatz im Tschad
 - Vergleich Kärntner Gebietskrankenkasse und Salzburger Gebietskrankenkasse
 - Universitätslehrgänge
 - Auslandsösterreicher-Fonds
 - Burghauptmannschaft Österreich



R
H

