

Bericht des Rechnungshofes

Kosten der Kontrolle Operationelles Programm Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

Bericht des Rechnungshofes



Der
Rechnungshof

Unabhängig. Objektiv. Wirksam.

Reihe VORARLBERG 2011/2

**Kosten der Kontrolle –
Operationelles Programm
Beschäftigung in
Österreich 2007 bis 2013**

**Finanzierung und Kosten von
Leistungen in Spitalsambu-
lanzen und Ordinationen**

Auskünfte

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

Telefon (00 43 1) 711 71 - 8471

Fax (00 43 1) 712 49 17

E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

Impressum

Herausgeber:

Rechnungshof

1031 Wien, Dampfschiffstraße 2

<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik:

Rechnungshof

Herausgegeben:

Wien, im März 2011



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

Bericht des Rechnungshofes

**Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm
Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013**

**Finanzierung und Kosten von Leistungen in
Spitalsambulanzen und Ordinationen**

Vorbemerkungen

Vorlage an den Landtag

Der Rechnungshof erstattet dem Vorarlberger Landtag gemäß Artikel 127 Abs. 6 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei zwei Gebarungsüberprüfungen 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 und im Kursivdruck)* sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht. Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen.

Alle personenbezogenen Bezeichnungen werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und einfachen Lesbarkeit nur in einer Geschlechtsform gewählt und gelten gleichermaßen für Frauen und Männer.

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

Inhaltsverzeichnis

Vorarlberg

Wirkungsbereich des Landes Vorarlberg

Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm
Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013 _____ 5

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitals-
ambulanzen und Ordinationen _____ 67

Bericht des Rechnungshofes

**Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm
Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013**

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	8
Abkürzungsverzeichnis	9
Glossar	11

Vorarlberg

Wirkungsbereich des Landes Vorarlberg

Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013

KURZFASSUNG	17
Prüfungsablauf und –gegenstand	26
Allgemeines zur EU-Kostenkontrolle	27
Allgemein zum OP Beschäftigung	30
Verwaltungs- und Kontrollsystem	32
Implementierung des Kontrollsystems in Österreich	38
Kostenerfassung	46
Kosten der Kontrolle	49
Beauftragung von externen Dienstleistungsunternehmen	54
Spezielle Probleme bei der Abwicklung von ESF-Mitteln	60
Zusammenfassende Schlussfolgerungen zur Kostenerhebung	61
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indikative Verteilung der verfügbaren Mittel für das OP Beschäftigung 2007 bis 2013 _____	30
Tabelle 2: Aussagekraft der Kostendaten _____	48
Tabelle 3: Kosten der Kontrolle 2007 und 2008 kumuliert _____	49
Tabelle 4: Kosten der Kontrolle im Verhältnis zum Förder- mitteleinsatz, 2007 und 2008 kumuliert _____	51
Tabelle 5: Ausschöpfungsquote des OP Beschäftigung _____	53
Tabelle 6: Verträge mit externen Dienstleistungsunternehmen _____	55

Abkürzungsverzeichnis

ABl.	Amtsblatt der Europäischen Union
Abs.	Absatz
AEUV	Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union; ABl. Nr. C 115/47 vom 9. Mai 2008; BGBl. III Nr. 132/2009
AMS	Arbeitsmarktservice Österreich
Art.	Artikel
BGBL.	Bundesgesetzblatt
BM...	Bundesministerium ...
BMASK	für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMF	für Finanzen
BMUKK	für Unterricht, Kunst und Kultur
BMWA	für Wirtschaft und Arbeit (bis 31. Jänner 2009)
BMWF	für Wissenschaft und Forschung
BMWFJ	für Wirtschaft, Familie und Jugend (ab 1. Februar 2009)
BSB	Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen, kurz: Bundessozialamt
bspw.	beispielsweise
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
EG	Europäische Gemeinschaft
EGV	Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft, ABl. Nr. C 321 E vom 29. Dezember 2006 (konsolidierte Fassung), ab 1. Dezember 2009 ersetzt durch den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), ABl. Nr. C 115/47 vom 9. Mai 2008
ESF	Europäischer Sozialfonds
EU	Europäische Union
EUR	Euro
inkl.	inklusive
IT	Informationstechnologie
i.V.m.	in Verbindung mit
Kommission	Europäische Kommission

Mill.	Million(en)
NÖ	Niederösterreich
Nr.	Nummer
OÖ	Oberösterreich
OP	Operationelles Programm
ORKB	Oberste Rechnungskontrollbehörde(n) (in Österreich der Rechnungshof)
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S	Salzburg
St	Steiermark
T	Tirol
TZ	Textziffer
USt	Umsatzsteuer
V	Vorarlberg
VO	Verordnung
VO (EG) Nr. 1083/2006	Strukturfondsverordnung; Verordnung des Rates mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den Europäischen Sozialfonds und den Kohäsionsfonds und zur Aufhebung der Verordnung (EG) Nr. 1260/1999
VO (EG) Nr. 1828/2006	Durchführungsverordnung; Verordnung der Kommission zur Festlegung von Durchführungsvorschriften zur Verordnung (EG) Nr. 1083/2006 und der Verordnung (EG) Nr. 1080/2006
W	Wien
waff	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

Weitere Abkürzungen sind bei der erstmaligen Erwähnung im Text angeführt.

Glossar

Arbeitsgruppe Strukturfonds

Die Arbeitsgruppe Strukturfonds ist eine vom Kontaktausschuss (siehe unten) eingerichtete Arbeitsgruppe und führt seit dem Jahr 2000 ein fortlaufendes Programm der Zusammenarbeit von Obersten Rechnungskontrollbehörden (ORKB) durch. Die Arbeitsgruppe erhielt im Dezember 2008 den Auftrag, eine koordinierte Untersuchung des Themas „Kosten der Kontrolle“ im Bereich der EU-Strukturfonds (Europäischer Sozialfonds (ESF) und Europäischer Fonds für regionale Entwicklung (EFRE)) der Programmperiode 2007 bis 2013 durchzuführen und darüber Bericht zu erstatten. Seit ihrem Bestehen war dies das insgesamt vierte Mandat der Arbeitsgruppe (daher auch Arbeitsgruppe Strukturfonds IV).

Ausgabenerklärung

In jeder Ausgabenerklärung werden pro Schwerpunkt der Gesamtbetrag der zuschussfähigen Ausgaben, welche die Begünstigten für die Durchführung der Vorhaben getätigt haben, und die entsprechende öffentliche Beteiligung angeführt. Die Ausgabenerklärung wird von der Bescheinigungsbehörde der Europäischen Kommission übermittelt, damit diese den vorgesehenen Finanzierungsanteil leistet.

Ausgabenmeldung

Die Bescheinigungsbehörde erhält von den zwischengeschalteten Stellen Ausgabenmeldungen (über die im Rahmen des OP Beschäftigung zu vergütenden Ausgaben) und fasst diese zu einer Ausgabenerklärung zusammen.

Begünstigter

Begünstigter ist ein Wirtschaftsbeteiligter oder eine Einrichtung oder ein Unternehmen des öffentlichen oder privaten Rechts, der (die/das) mit der Einleitung oder der Einleitung und Durchführung jenes Vorhabens betraut ist, für das eine Förderung aus einem der EU-Strukturfonds beantragt wird.

Bescheinigungsbehörde (siehe auch Prüf- und Verwaltungsbehörde)

Die Bescheinigungsbehörde ist jene vom Mitgliedstaat ernannte Stelle, die gegenüber der Europäischen Kommission die Korrektheit der Ausgabenerklärungen bescheinigt, die Zahlungsanträge erstellt und diese an die Europäische Kommission übermittelt.

Bewilligte Fördermittel (siehe auch gemeldete Fördermittel)

Das sind die zu einem bestimmten Zeitpunkt bis dahin von den zwischengeschalteten Stellen zur Förderung im Rahmen des OP Beschäftigung vorgesehenen Ausgaben der Begünstigten.

Endabrechnung, endabgerechnet

Die zur Förderung im Rahmen des OP Beschäftigung vorgesehenen Projektausgaben eines Jahres werden – in der Regel im Laufe des folgenden Jahres – von der zwischengeschalteten Stelle bzw. einem beauftragten externen Dienstleistungsunternehmen dahingehend kontrolliert, ob sie den Förderungsrichtlinien entsprechen. Diese Endabrechnung bildet einen wesentlichen Bestandteil der First Level Control. Nur auf Basis dieser Endabrechnung können der Förderungsbetrag definitiv berechnet und in der Folge die Ausgaben der Kommission zur Leistung des Finanzierungsanteils der EU gemeldet werden.

Europäischer Sozialfonds (ESF)

Der Europäische Sozialfonds (ESF) ist einer der Strukturfonds, mit dem die Europäische Union (EU) bestehende Unterschiede in den Mitgliedstaaten ausgleichen will, um so den wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt zu fördern.

EU-Strukturfonds

Die EU-Strukturfonds sind die Finanzierungsinstrumente der Regionalpolitik der EU. Sie beabsichtigt damit, Entwicklungsgefälle zwischen den Regionen und Mitgliedstaaten zu verringern.

First Level Control (siehe auch Second Level Control)

Die First Level Control wird von der Verwaltungsbehörde wahrgenommen. Die Verwaltungsbehörde hat dazu nach Bedarf die administrativen, finanziellen, technischen und physischen Aspekte der Vorhaben bzw. Projekte, für die um Förderung angesucht wird, zu überprüfen. Die Überprüfungen umfassen Verfahren, mit deren Hilfe Doppelfinanzierungen mit anderen gemeinschaftlichen oder nationalen Förderungsmaßnahmen bzw. anderen Programmplanungszeiträumen ausgeschlossen werden können. Die First Level Control besteht aus zwei unterschiedlichen Prüfungen. Zum einen ist jeder von den Begünstigten eingereichte Antrag auf Ausgabenerstattung zu überprüfen. Zum anderen sind stichprobenartige Vor-Ort-Überprüfungen bei einzelnen Vorhaben durchzuführen.

Gemeldete Fördermittel (siehe auch bewilligte Fördermittel)

Das sind die von den zwischengeschalteten Stellen zu einem bestimmten Zeitpunkt bis dahin in ihren Ausgabenmeldungen angegebenen und von der Bescheinigungsbehörde anerkannten und endabgerechneten Fördermittel.

Geteilte Mittelverwaltung

Im Rahmen der geteilten Mittelverwaltung erfolgt die Abwicklung der von der Europäischen Union finanzierten Förderungen durch die Mitgliedstaaten auf der Basis von EU-Verordnungen.

Hinnehmbares (tolerierbares) Risiko

Ein Kontrollsystem stellt immer einen Kompromiss zwischen den aus der Kontrollintensität entstehenden Kosten und dem daraus erzielten Nutzen dar.

Ab einem gewissen Punkt sinkt der Grenznutzen von Kontrollen, d.h., der zusätzliche Kontrollaufwand (Kosten) bringt dann nur mehr einen unterproportionalen Kontrollertrag (Nutzen). Kosten und Nutzen von internen Kontrollsystemen sollten in einem angemessenen Verhältnis stehen, welches das Risiko von Fehlern und Unregelmäßigkeiten auf ein tolerierbares Maß begrenzt.

Kofinanzierung

Strukturfondsprojekte werden nicht ausschließlich aus Mitteln der Europäischen Kommission finanziert. Auch die Mitgliedstaaten müssen sich mit nationalen Fördergeldern an der Finanzierung der Projekte beteiligen.

Kontaktausschuss

Der Kontaktausschuss ist ein Zusammenschluss der Präsidenten der ORKB der Mitgliedstaaten der EU und des Europäischen Rechnungshofes.

Mittelbindung

Die Bindung der Haushaltsmittel der Gemeinschaft in Bezug auf die Operationellen Programme (Mittelbindung) erfolgt in Jahrestanchen je Fonds während des Zeitraums vom 1. Jänner 2007 bis 31. Dezember 2013. Die erste Mittelbindung erfolgt, bevor die Europäische Kommission über die Genehmigung des Operationellen Programms entscheidet. Die anschließenden Mittelbindungen erfolgen auf Basis der Entscheidung der Kommission über die Fondsbeteiligung in der Regel bis zum 30. April jedes Jahres.

Operationelles Programm (OP)

Ein OP ist ein von einem Mitgliedstaat vorgelegtes und von der Europäischen Kommission angenommenes Dokument, das der Umsetzung der strategischen Ziele der EU insgesamt bzw. des jeweiligen Strukturfonds in einem bestimmten, zumeist regional definierten Bereich dient.

Operationelles Programm Beschäftigung Österreich 2007 bis 2013 (OP Beschäftigung)

Das OP Beschäftigung umfasst den beschäftigungspolitischen Teil des ESF, der dem EU-Ziel „Regionale Wettbewerbsfähigkeit und Beschäftigung“ entspricht; es gilt bundesweit mit Ausnahme des Burgenlandes. Das OP Beschäftigung listet sechs Schwerpunkte auf:

- Anpassungsfähigkeit der ArbeitnehmerInnen und der Unternehmen (Schwerpunkt 1)
- Bekämpfung der Arbeitslosigkeit (Schwerpunkt 2)

- Berufliche Integration von Menschen mit Behinderung (Schwerpunkt 3a)
- Integration arbeitsmarktferner Personen (Schwerpunkt 3b)
- Lebensbegleitendes Lernen (Schwerpunkt 4)
- Territoriale Beschäftigungspakte (Schwerpunkt 5)
- Technische Hilfe (Schwerpunkt 6)

Prüfbehörde (siehe auch Bescheinigungs- und Verwaltungsbehörde)

Die Prüfbehörde ist jene vom Mitgliedstaat ernannte Stelle, die mit der Prüfung des effektiven Funktionierens des Verwaltungs- und Kontrollsystems und mit der Stichprobenprüfung betraut ist.

Second Level Control (siehe auch First Level Control)

Die Second Level Control wird von der Prüfbehörde wahrgenommen. Die Prüfbehörde führt dabei zwei Arten von Prüfungen durch. Zum einen hat sie das effektive Funktionieren des für das OP Beschäftigung eingerichteten Verwaltungs- und Kontrollsystems zu gewährleisten (Systemprüfung), zum anderen hat sie sicherzustellen, dass Vorhaben, für die Fördermittel geflossen sind, anhand geeigneter Stichproben im Hinblick auf die geltend gemachten Ausgaben geprüft werden.

Verwaltungs- und Kontrollsystem

Als Verwaltungs- und Kontrollsystem bezeichnet man die Gesamtheit aller Kontrollschritte, die zur EU-konformen Abwicklung von Strukturfondsprojekten benötigt werden.

Verwaltungsbehörde (siehe auch Bescheinigungs- und Prüfbehörde)

Die Verwaltungsbehörde ist jene vom Mitgliedstaat ernannte Stelle, die der Europäischen Kommission gegenüber dafür verantwortlich ist, dass ein Operationelles Programm im Einklang mit dem Grundsatz der wirtschaftlichen Haushaltsführung verwaltet und durchgeführt wird.

Zahlungsantrag

Zahlungsantrag ist eine Voraussetzung für die Leistung einer Zwischenzahlung durch die Europäische Kommission. Die Bescheinigungsbehörde vergewissert sich, dass die Zahlungsanträge (auf Zwischenzahlung) für jedes Operationelle Programm der Kommission möglichst dreimal jährlich gebündelt vorgelegt werden.

Zuverlässigkeitserklärung (ZVE)

Der Europäische Rechnungshof hat (gemäß Art. 287 Abs. 1 AEUV) dem Europäischen Parlament und dem Rat alljährlich eine Erklärung über die Zuverlässigkeit der Rechnungsführung der EU sowie über die Recht- und Ordnungsmäßigkeit der zugrunde liegenden Vorgänge vorzulegen.

Zwischengeschaltete Stellen

Das ist jede Einrichtung oder Stelle des öffentlichen oder privaten Rechts, die unter der Verantwortung einer Verwaltungs-, Bescheinigungs- oder Prüfbehörde und in deren Auftrag Aufgaben des Verwaltungs- und Kontrollsystems gegenüber den Begünstigten wahrnimmt.

Zwischenzahlung

Die Zahlungen der Europäischen Kommission können als Vorschusszahlungen, Zwischenzahlungen oder Restzahlungen geleistet werden. Zwischenzahlungen werden von der Kommission – nach Beginn des Operationellen Programms, aber noch vor seinem Abschluss – erst bei Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 86 der VO (EG) Nr. 1083/2006 geleistet (z.B. Vorliegen von Zahlungsantrag und Ausgabenerklärung, rechtzeitige Übermittlung des jährlichen Durchführungsberichts, Nichtvorliegen einer das Vorhaben betreffenden Vertragsverletzung).

Wirkungsbereich des Landes Vorarlberg

Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013

Die Kosten der Kontrolle des Operationellen Programms Beschäftigung Österreich 2007 bis 2013 betrugen in den ersten beiden Jahren 12,41 Mill. EUR. Die Bandbreite lag – je nach Bezugsbasis – zwischen 3 EUR und 13 EUR je 100 EUR Fördermittel.

Die meisten überprüften Stellen betrauten auch externe Unternehmen mit Betreuungs- und Kontrollaufgaben der Förderungsabwicklung. Die vereinbarten Entgelte für diese im Wesentlichen gleichen oder zumindest ähnlichen Leistungen unterschieden sich deutlich: Die Tagsätze variierten zwischen 414 EUR und 852 EUR, in spezifischen Fällen bis über 1.400 EUR. Die Unterschiede zwischen den Tagsätzen waren unter sachlichen Gesichtspunkten nicht immer plausibel.

Die zuständigen Bundesministerien setzten die wesentlichen Schritte zur Einrichtung des Verwaltungs- und Kontrollsystems nicht immer innerhalb der vorgesehenen Fristen. Zwar wurde die Rückforderung des erhaltenen EU-Mittel-Vorschusses – knapp – verhindert, eine umsichtiger Prozessgestaltung hätte jedoch solche Fristüberschreitungen und damit das Risiko einer solchen Rückforderung deutlich vermindern können. Zwei wesentliche Kontrollfunktionen wurden zudem erst in der zweiten Jahreshälfte 2010 beauftragt.

KURZFASSUNG

Prüfungsziele

Ziele der Überprüfung waren die Erhebung der Kosten der Umsetzung des Kontrollsystems für das Operationelle Programm Beschäftigung Österreich 2007 bis 2013 (OP Beschäftigung; kofinanziert durch den Europäischen Sozialfonds (ESF) und nationale Mittel) sowie die Beurteilung, ob die österreichischen Behörden die Vorgaben und Vorschriften der Europäischen Union (EU) bezüglich der Einrichtung des Kontrollsystems eingehalten haben. (TZ 1)

Die Ergebnisse dieser Überprüfung fließen auch in die koordinierte Prüfung der Arbeitsgruppe Strukturfonds IV des Kontaktausschusses der Präsidenten des Europäischen Rechnungshofes und der Obersten Rechnungskontrollbehörden (ORKB) der EU-Mitgliedstaaten ein, an der die ORKB von zwölf EU-Mitgliedstaaten teilnahmen. (TZ 1)

Kosten der Kontrolle – ein EU-weites Thema

Bei der zwischen der Europäischen Kommission (Kommission) und den Mitgliedstaaten geteilten Mittelverwaltung ist der Mitgliedstaat – ungeachtet der Gesamtverantwortung der Kommission – auf Basis der gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben für die Verwaltung und Kontrolle der EU-Mittel auf staatlicher Ebene zuständig. (TZ 2)

Da der Europäische Rechnungshof – beginnend mit 1994 – insgesamt stets nur eingeschränkte jährliche Zuverlässigkeitserklärungen zum Rechnungsabschluss der EU abgab, setzte die Kommission in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen zur Stärkung der nationalen Verwaltungs- und Kontrollsysteme. Die gesetzten Maßnahmen erhöhten die Komplexität der Verwaltung und der Kontrolle der Förderungsmaßnahmen. Dies führte zu Diskussionen über die damit verbundenen Kosten, insbesondere im Hinblick auf deren Verhältnismäßigkeit zum Förderungsvolumen. (TZ 2)

Im April 2009 forderte das Europäische Parlament eine Bewertung der Kontrollkosten aller Ausgabenbereiche der EU – auch unter Einbeziehung der Kosten der Mitgliedstaaten. Diese Bewertung sollte als Basis für einen interinstitutionellen Dialog zwischen Europäischem Parlament, Kommission und Rat über das „hinnehmbare Risiko“ (also jene Risikoschwelle, ab der die Kontrolle mehr kostet, als sie bringt) dienen. (TZ 3)

Kosten der Kontrolle des OP Beschäftigung

Im Rahmen der Kontrolle des OP Beschäftigung entstanden bisher Kosten aus der Ex-ante-Evaluation, der Einrichtung des Verwaltungs- und Kontrollsystems, der Projektauswahl, der Kontrolle der Projekte an Hand von Unterlagen und vor Ort (First Level Control), dem Monitoring des OP, der Bescheinigung der Ausgaben und der Ex-post-Prüfungstätigkeit (Second Level Control). Für alle diese Felder fielen in erster Linie Personalkosten an, weiters direkte Sachkosten (z.B. IT) sowie Gemeinkosten (z.B. Mieten, Verwaltungs-Overheads). (TZ 10)

Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013

Für die Jahre 2007 und 2008 betrugen die erhobenen Kosten der Kontrolle in Summe 9,66 Mill. EUR. Zu diesen waren Ausgaben für den Schwerpunkt 6 des OP Beschäftigung: „Technische Hilfe“ (wie z.B. eingekaufte Programmierstunden) in Höhe von 2,75 Mill. EUR zu rechnen. Diese wurden zwar im Rahmen des OP Beschäftigung durch Bund und ESF refundiert und fielen somit bei den die Ausgaben tätigenden Stellen als Durchlaufposten an, gesamtheitlich stellten sie aber Kosten des Kontrollsystems dar. Die gesamten Kosten der Kontrolle betrugen somit 12,41 Mill. EUR. (TZ 20)

Die Länder machten den Großteil der durch externe Dienstleistungsunternehmen angefallenen und in den oben angeführten Gesamtkosten von 12,41 Mill. EUR enthaltenen Kontrollkosten (von gesamt 0,83 Mill. EUR) im Rahmen des Schwerpunkts 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) zur Refundierung durch ESF- und nationale Mittel geltend. (TZ 20)

Dieser auf Kontrolltätigkeiten entfallende Teil des Schwerpunkts 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) stellte somit sowohl eine Förderungsmaßnahme des OP Beschäftigung als auch eine Ausgabe zur Kontrolle der Umsetzung des OP dar. (TZ 20)

Bezogen auf die bewilligten Förderungen in Höhe von 363,42 Mill. EUR (diese Förderungen hatten noch keine tiefergehenden Kontrollen – Endabrechnung oder Second Level Control – durchlaufen) betrugen die Kontrollkosten 3 EUR je 100 EUR Förderung. (TZ 21)

Bezogen auf die bereits an die Bescheinigungsbehörde zur Weiterleitung an die Kommission gemeldeten Förderungen in Höhe von 93,81 Mill. EUR (diese Förderungen waren alle bereits endabgerechnet und hatten daher jedenfalls Kosten der First Level Control verursacht) betrugen die Kontrollkosten 13 EUR je 100 EUR Förderung. (TZ 21)

Kostenerfassung und Aussagekraft der Daten

Da die vorhandenen Kostenerfassungssysteme die Kosten für die Kontrolle der durch den ESF kofinanzierten Förderungsmaßnahmen nicht auswiesen, beruhte die Kostenzuordnung im Wesentlichen auf der Schätzung der für diese Tätigkeit aufgewendeten Arbeitszeiten. (TZ 18)

Die Aussagekraft der erhobenen Daten war eingeschränkt. Zum einen wegen der für die Erfassung der durch den ESF kofinanzierten Förderungsmaßnahmen unzureichenden Kostenrechnungssysteme. Zum anderen wegen der Tatsache, dass aufgrund der bisherigen Verzögerungen insbesondere die Bescheinigungs- und die Prüfbehörde im überprüften Zeitraum noch nicht mit ihren typischen, laufenden Kontrolltätigkeiten begonnen hatten. (TZ 18, 19)

Die Aussagekraft der erhobenen Daten war in den Aufgabenbereichen der Verwaltungs-, Bescheinigungs- und Prüfbehörde unterschiedlich. Eine relativ hohe Aussagekraft wiesen die Daten der großen zwischengeschalteten verwaltenden Stellen – Arbeitsmarktservice Österreich (AMS), Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (BSB) und BMUKK – auf. (TZ 19)

Verfügbare Mittel des OP Beschäftigung

Insgesamt stehen in Österreich im Rahmen des OP Beschäftigung Mittel in Höhe von 1.114,81 Mill. EUR zur Verfügung, davon 472,27 Mill. EUR aus dem ESF. (TZ 4)

Das OP Beschäftigung finanziert Maßnahmen in allen Ländern außer Burgenland (eigenes Programm Phasing Out), um bestimmte – benachteiligte – Personengruppen in den Arbeitsmarkt zu integrieren bzw. darin zu halten. (TZ 4, 5)

Ausschöpfung des OP Beschäftigung

Die Ausschöpfungsquote (das ist das Verhältnis der in Anspruch genommenen Fördermittel zu den für die gesamte Programmperiode 2007 bis 2013 zur Verfügung stehenden Fördermittel) betrug für die gemeldeten Fördermittel per Ende 2008 8 %. Dieser Wert erhöhte sich bis Mitte 2010 auf 28 %. (TZ 22)

Die Ausschöpfungsquote für die bewilligten Fördermittel betrug per Ende 2008 33 %. Dieser Wert erhöhte sich bis Mitte 2010 auf 64 %. (TZ 22)

Aufbau des Kontrollsystems

Für das OP Beschäftigung werden die Funktionen der Verwaltungsbehörde, der Bescheinigungsbehörde und der Prüfbehörde vom BMASK wahrgenommen. Dieses hat seine Aufgaben teilweise an zwischengeschaltete Stellen übertragen, die jedoch unter seiner Verantwortung tätig werden (AMS, Bundessozialamt, BMUKK sowie die Landesregierungen von Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und der Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff)). (TZ 6)

Die Verwaltungsbehörde führt als First Level Control-Behörde zwei Arten von Prüfungen durch: Zum einen ist jeder von den Begünstigten eingereichte Antrag auf Förderung bzw. Ausgabenerstattung zu überprüfen. Zum anderen sind stichprobenartige Vor-Ort-Überprüfungen bei einzelnen Vorhaben durchzuführen. (TZ 6, 7)

Die Bescheinigungsbehörde wurde mit der laufenden Programmperiode 2007 bis 2013 neu eingerichtet und ist für die Geltendmachung der geförderten Ausgaben und die Bestätigung von deren Korrektheit gegenüber der Kommission verantwortlich. (TZ 6, 9)

Die Prüfbehörde führt als Second Level Control-Behörde sowohl Systemprüfungen als auch Ex-post-Stichprobenprüfungen durch. Die Systemprüfungen sollen das effektive Funktionieren des eingerichteten Verwaltungs- und Kontrollsystems gewährleisten, die Ex-post-Stichprobenprüfungen die geltend gemachten Ausgaben prüfen. (TZ 6, 8)

Die Verwaltungs-, die Bescheinigungs- und die Prüfbehörde waren bis 31. Jänner 2009 im damaligen BMWA, seit 1. Februar 2009 sind sie im BMASK angesiedelt. (TZ 6)

Fristerhaltung bei der Einrichtung des Verwaltungs- und Kontrollsystems

Die zuständigen Bundesministerien (BMWA bzw. BMASK) waren nicht in der Lage, innerhalb der vorgesehenen Fristen die wesentlichen Schritte zur Einrichtung des Verwaltungs- und Kontrollsystems zu setzen. Sie konnten die vorgegebene einjährige Frist (ab Genehmigung des OP Beschäftigung durch die Kommission) zur Einrichtung und Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems nicht einhalten und schlossen die notwendigen Schritte erst nach zwei Jahren, Ende Dezember 2009, ab, nur zwei Wochen bevor

finanzielle Sanktionen seitens der Kommission (Rückzahlung des von der Kommission erhaltenen Vorschusses von 35,42 Mill. EUR) eingesetzt hätten. Zwar wurde die Rückforderung des erhaltenen EU-Mittel-Vorschusses – knapp – vermieden, eine umsichtiger Prozessgestaltung hätte jedoch solche Fristüberschreitungen und damit das Risiko einer solchen Rückforderung deutlich vermindern können. (TZ 11, 12)

Ein wesentlicher Teil der Aufgaben der Prüfbehörde sollte nach Vorstellung des BMWA bzw. BMASK an externe Unternehmen vergeben werden. Die Ausschreibungen für die Second Level Control des AMS (62 % der Fördermittel) und in den Ländern (3 % der Fördermittel) erfolgte erst Ende Juli bzw. Anfang August 2010. (TZ 13)

Der RH verwies auf das Risiko, dass durch den späten Beginn der Second Level Control-Tätigkeit die notwendigen Prüfungen nicht durchgeführt werden und allfällige Fehler länger als nötig unentdeckt bleiben. Im Falle von Prüfungen durch die Kommission bzw. den Europäischen Rechnungshof hätte dies Beanstandungen und gegebenenfalls Sanktionen (z.B. Zahlungsstopp) zur Folge. (TZ 13)

Die Verzögerungen bei der Einrichtung des Kontrollsystems bargen aber auch das Risiko, dass es zu Engpässen beim weiteren Verlauf der aktuellen und bei der Planung der nächsten Programmperiode kommen wird. (TZ 14)

Unstimmigkeiten in der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems

Die Abstimmung zwischen den Beteiligten bei der Beschreibung des Kontrollsystems war unzureichend. Teilweise waren Abschnitte in sich widersprüchlich, teilweise widersprachen Aussagen in verschiedenen Abschnitten einander. (TZ 15)

Aufgabentrennung

Eine der Kernanforderungen der Kommission an ein funktionierendes Verwaltungs- und Kontrollsystem ist die Trennung von Verwaltungs- und Bescheinigungsbehörde. Diese wurde in einigen Bereichen des Kontrollsystems auf Länderebene nicht umgesetzt. (TZ 16)

Abstimmung zwischen Bescheinigungs- und Verwaltungsbehörde

Die Informationsweitergabe und Abstimmung zwischen den mit den Aufgaben der Verwaltungsbehörde und jenen der Bescheinigungsbehörde betrauten Stellen war beschränkt. So konnte es geschehen, dass das Land Niederösterreich meinte, Ausgaben über rd. 0,12 Mill. EUR der Bescheinigungsbehörde gemeldet zu haben, diese aber die Meldung nicht als solche wahrnahm. (TZ 17)

Beauftragung externer Dienstleistungsunternehmen

Die meisten Länder beauftragten externe Dienstleistungsunternehmen mit Teilen der Betreuung und Kontrolle der Förderungsabwicklung. Auch das BMASK, das BMUKK und das AMS beauftragten externe Prüfer mit Kontrollaufgaben. Die vereinbarten Entgelte für diese im Wesentlichen gleichen oder zumindest ähnlichen Leistungen unterschieden sich deutlich: Tagsätze von 414 EUR bis 852 EUR, in spezifischen Fällen bis über 1.400 EUR. Die Unterschiede bei den verrechneten Tagsätzen waren unter sachlichen Gesichtspunkten nicht plausibel. Für den RH war nicht nachvollziehbar, dass die Unterschiede in den Anforderungen für die First und Second Level Control einen mehr als doppelten Tagsatz rechtfertigten. (TZ 23)

Die Landesregierungen von Niederösterreich und Tirol gestalteten die Erbringung externer Dienstleistungen durch Förderungsverträge, die anderen Länder durch Werkverträge. Die Beauftragung marktfähiger Dienstleistungen mittels Förderungsvertrags – anstatt mittels Werkvertrags – bedeutete eine Ausschaltung des Wettbewerbs und könnte zu Beanstandungen durch die Europäischen Behörden führen. (TZ 23)

Die Steiermärkische Landesregierung gestattete einer Auftragnehmerin („A“), eine Subunternehmerin („B“) heranzuziehen, mit der das Land selbst ebenfalls in direkter Vertragsbeziehung stand. Der in diesem Vertrag von „B“ gegenüber dem Land verrechnete Tagsatz war niedriger als der vom Land mit „A“ vereinbarte. (TZ 23)

Einige zwischengeschaltete Stellen rechneten manche Ausgaben für Verwaltung und Kontrolle durch externe Dienstleistungsunternehmen unter dem Schwerpunkt 3b („Integration arbeitsmarktfremder Personen“) ab. Die Landesregierungen von Oberösterreich und der Steiermark rechneten Ausgaben für die First Level Control unter dem Schwerpunkt 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) ab. In beiden Schwerpunkten war diese Art von Ausgaben nicht vorgesehen und die Verrechnung nicht gedeckt. (TZ 24)

Spezielle Probleme bei der Abwicklung von ESF-Mitteln

Die Komplexität der Vorschriften, damit verbundene Unklarheiten bei deren Interpretation sowie hohe Anforderungen an das Dokumentations- und Berichtswesen stellten spezielle Probleme bei der Abwicklung und Kontrolle von durch den ESF kofinanzierten Förderungen dar. (TZ 25)

Zusammenfassende Beurteilung der Kostenerhebung

Obwohl die Leistungszeiten großteils auf Schätzungen beruhten, waren diese ausreichend fundiert, um ein realitätsnahes Abbild der tatsächlichen Kosten zu bieten.

Verzögerungen bei der Einrichtung des Kontrollsystems führten dazu, dass typische Kontrolltätigkeiten bis Ende 2008 noch nicht angefallen waren. (TZ 26)

Kenndaten zu Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm Österreich 2007 bis 2013

Rechtsgrundlagen

EU-Recht	Im Rahmen der Europäischen Sozialpolitik (Titel XI des AEUV) ist der Europäische Sozialfonds (ESF) primärrechtlich in den Art. 162 bis 164 AEUV verankert. Darauf aufbauend wurden folgende Rechtsakte des Sekundärrechts erlassen: – VO (EG) Nr. 1081/2006 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 5. Juli 2006 über den ESF, ABL. Nr. L 210/12 vom 31. Juli 2006 (ESF-Verordnung) – VO (EG) Nr. 1083/2006 des Rates vom 11. Juli 2006 mit allgemeinen Bestimmungen über den Europäischen Fonds für regionale Entwicklung, den ESF und den Kohäsionsfonds, ABL. Nr. L 210/25 vom 31. Juli 2006 (Strukturfonds-Verordnung) – VO (EG) Nr. 1828/2006 der Kommission vom 8. Dezember 2006 zur Festlegung von Durchführungsvorschriften zur VO (EG) Nr. 1083/2006 und der VO (EG) Nr. 1080/2006, ABL. Nr. L 45/3 vom 15. Februar 2007 (Durchführungsverordnung zur Strukturfonds-Verordnung)
Österreichisches Recht	– Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über das Verwaltungs- und Kontrollsystem in Österreich für die EU-Strukturfonds in der Periode 2007 bis 2013, BGBl. I Nr. 60/2008 vom 2. Mai 2008

Behörden

zentral verantwortlich	BMASK (als Verwaltungsbehörde, Prüfbehörde, Bescheinigungsbehörde)
zwischengeschaltete Stellen	– BMUKK – Arbeitsmarktservice Österreich (AMS) – Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen, kurz: Bundessozialamt (BSB) – Ämter der Landesregierungen von Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg – Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff)

Gebahrung

Gesamte verfügbare Mittel OP 2007 bis 2013 (EU, Bund Länder, Private)	1.114,81 Mill. EUR			
davon Europäischer Sozialfonds	472,27 Mill. EUR			
	per Ende 2008	per Mitte 2010	per Ende 2008	per Mitte 2010
In Anspruch genommene Mittel	in Mill. EUR		in % zum Gesamtförderungsvolumen (= Ausschöpfungsquote)	
gemeldete Förderungen	93,81	307,27	8	28
bewilligte Förderungen	363,42	707,91	33	64
Kosten der Kontrolle	2007 und 2008 kumuliert			
in Mitarbeitern ¹	85,8			
in Mill. EUR	12,41			
in EUR pro 100 EUR Fördermittel	gemeldete Förderungen 3		bewilligte Förderungen 13	

¹ in Vollzeitäquivalenten; Zahl gilt nur für 2008, da 2007 Projekt noch in Anlaufphase

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 Der RH überprüfte von Juni 2009 bis Jänner 2010 die EU–rechtlich vorgeschriebenen Kontrolltätigkeiten im Rahmen der nationalen Umsetzung des – vom Europäischen Sozialfonds (ESF) kofinanzierten – Operationellen Programms Beschäftigung Österreich 2007 bis 2013 (OP Beschäftigung) für die Jahre 2007 und 2008.

Ziele der Überprüfung waren die Erhebung der Kosten der Umsetzung des Kontrollsystems für das OP Beschäftigung sowie die Beurteilung, ob die österreichischen Behörden die Vorgaben und Vorschriften der Europäischen Union (EU) bezüglich der Einrichtung des Kontrollsystems eingehalten haben.¹

Die Ergebnisse dieser Überprüfung fließen auch in die koordinierte Prüfung der Arbeitsgruppe Strukturfonds IV des Kontaktausschusses der Präsidenten des Europäischen Rechnungshofes und der Obersten Rechnungskontrollbehörden (ORKB) der EU–Mitgliedstaaten ein, an der die ORKB von zwölf EU–Mitgliedstaaten (Deutschland (Vorsitz), Bulgarien, Italien, Lettland, Niederlande, Österreich, Polen, Portugal, Slowakei, Slowenien, Tschechien, Ungarn) mit dem Ziel teilnahmen, die Kosten von nationalen Verwaltungs– und Kontrollsystemen zur Abwicklung von EU–Förderungen zu vergleichen. Die Arbeitsgruppe plant, den international koordinierten Bericht im Herbst 2011 im Kontaktausschuss zu diskutieren und dann zu veröffentlichen. Um die Kosten der Kontrolle in vergleichbarer Art und Weise zu erheben, erarbeitete die Kontaktausschuss–Arbeitsgruppe Strukturfonds IV Fragebögen, die Grundlage der nationalen Prüfung des RH waren.

Die Gebarungsüberprüfung fand im BMASK, beim Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen (BSB), im BMUKK, im BMWFJ, beim Arbeitsmarktservice Österreich (AMS), den Ämtern der Landesregierungen von Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg und beim Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff) statt.

Zu dem im April 2010 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Landesregierung von Vorarlberg im Mai 2010, die Landesregierung von Niederösterreich, der Wiener Stadtsenat, der waff und das BMUKK im Juni 2010, die Landesregierung von Tirol, das BMWFJ und das AMS im Juli 2010 sowie die Landesregierungen von Oberösterreich, Salz-

¹ Der RH überprüfte schon für die Programmperiode 2000 bis 2006 die Durchführung der vorgeschriebenen Kontrollen bezüglich der durch den ESF kofinanzierten Fördermittel (Verwaltungs– und Kontrollsystem für Fördermittel des Europäischen Sozialfonds in Österreich, Reihe Bund 2008/3). Die aktuelle Überprüfung konzentrierte sich demgegenüber auf die Kostenermittlung in der neuen Programmperiode auf Grundlage des eingerichteten bzw. noch vorschriftsgemäß einzurichtenden Kontrollsystems.

burg und Steiermark und das BMASK im August 2010 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im September 2010.

Allgemeines zur EU-Kostenkontrolle

Kosten der Kontrolle – ein EU-weites Thema

- 2 Die Europäische Kommission (Kommission) führt den EU-Haushaltsplan gemäß Art. 317 des Vertrags über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV) in eigener Verantwortung entsprechend dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit der Haushaltsführung aus. Sie bewirtschaftet circa 80 % der EU-Ausgaben in Form der geteilten Mittelverwaltung.² Dies bedeutet, dass – ungeachtet der Gesamtverantwortung der Kommission – die Mitgliedstaaten auf Basis der gemeinschaftsrechtlichen Vorgaben für die Verwaltung und Kontrolle der EU-Mittel auf staatlicher Ebene zuständig sind. Aus diesem Grund müssen auch auf staatlicher Ebene³ effiziente und wirksame Verwaltungs- und Kontrollsysteme eingerichtet sein, die eine ordnungsgemäße Abwicklung der EU-Förderungen durch die Mitgliedstaaten sicherstellen sollen.

Da der Europäische Rechnungshof – beginnend mit 1994 – stets nur eingeschränkte jährliche Zuverlässigkeitserklärungen zur Rechtmäßigkeit und Ordnungsmäßigkeit der dem Rechnungsabschluss der EU zugrunde liegenden Vorgänge abgab, setzte die Kommission in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen, die auf eine Stärkung der nationalen Verwaltungs- und Kontrollsysteme abzielten.⁴

Viele der gesetzten Maßnahmen erhöhten – trotz fortlaufender Bemühungen der Kommission um Vereinfachung – die Komplexität der Verwaltung und Kontrolle der Förderungsmaßnahmen. Dies führte zu Diskussionen über die gestiegenen Anforderungen an die nationalen Verwaltungs- und Kontrollstellen und die damit verbundenen Kosten, insbesondere im Hinblick auf deren Verhältnismäßigkeit zum Förderungsvolumen.

² Gemäß Art. 53 Buchstabe b der EU-Haushaltsordnung vom 25. Juni 2002 (VO (EG, Euratom) Nr. 1605/2002 des Rates, ABl. Nr. L 248 vom 16. September 2002).

³ Auf welcher staatlichen Ebene die Verwaltungs- und Kontrollaufgaben erfüllt werden, richtet sich unter Berücksichtigung der EU-rechtlichen Vorgaben nach der innerstaatlichen Zuständigkeitsverteilung.

⁴ Der RH berichtete darüber in seinem EU-Finanzbericht 2008 (Reihe Bund 2009/5, S. 89 bis 100).

Allgemeines zur EU-Kostenkontrolle

Konzept des hinnehmbaren Risikos

3.1 Der Europäische Rechnungshof erklärte in seiner Stellungnahme Nr. 2/2004⁵, dass „jedes Kontrollsystem ein Kompromiss zwischen den aus der vorgesehenen Kontrollintensität entstehenden Kosten und dem aus diesen Verfahren erzielten Nutzen ist. Im Gemeinschaftsumfeld zählen zum Nutzen sowohl die Verringerung des Risikos der Mittelverschwendung als auch die Eindämmung des Fehlerrisikos auf ein akzeptables Niveau. Das hinnehmbare Risiko in Bezug auf Fehler oder Unregelmäßigkeiten wird von Haushaltsbereich zu Haushaltsbereich verschieden sein und hängt sowohl von den Kontrollkosten als auch vom inhärenten Risiko⁶ der mit Fehlern oder Unregelmäßigkeiten behafteten Vorgänge ab.“

Auf Ersuchen des Rates (Wirtschaft und Finanzen) vom 8. November 2005⁷ an die Kommission, die Kosten der Kontrolle nach Ausgabenbereichen zu bewerten, leitete diese Anfang 2007 eine Datensammlung zu den Kosten der Kontrolle ein⁸. In Abwägung der Kosten der Kontrollen im Verhältnis zu dem von ihnen erbrachten Nutzen sollten sich das Europäische Parlament und der Rat auf Vorschlag der Kommission über die Höhe des hinnehmbaren Risikos verständigen.

Die Kommission veröffentlichte am 16. Dezember 2008 die Ergebnisse ihrer „Datensammlung für eine erste Schätzung der Kontrollkosten“ im Rahmen einer Mitteilung zu einem gemeinsamen Konzept des tolerierbaren Fehlerrisikos.⁹ Das erhobene Datenmaterial wies allerdings erhebliche Mängel hinsichtlich Vollständigkeit und Vergleichbarkeit auf.

Im Jänner 2009 beauftragte die Kommission ein schwedisches Beratungsunternehmen, gemeinsam mit einem internationalen Team (darunter das Österreichische Institut für Raumplanung) eine Studie über jene Verwaltungskosten der EU-Strukturfonds in den Mitgliedstaaten zu

⁵ Stellungnahme Nr. 2/2004 des Rechnungshofes der Europäischen Gemeinschaften zum Modell der „Einzigsten Prüfung“ (und Vorschlag für einen Internen Kontrollrahmen der Gemeinschaft), ABl. Nr. C 107 vom 30. April 2004, Z 50.

⁶ Unter inhärentem Risiko versteht der Europäische Rechnungshof hier das mit der Art der Tätigkeiten, Vorgänge und Verwaltungsstrukturen verbundene Risiko, dass Fehler oder Mängel in der Haushaltsführung auftreten, die – falls sie durch die internen Kontrollverfahren nicht verhindert oder aufgedeckt und berichtet werden – dazu führen, dass die Rechnungsführung unzuverlässig ist bzw. dass die zugrunde liegenden Vorgänge in wesentlichem Ausmaß nicht rechtmäßig und ordnungsgemäß sind oder die Haushaltsführung nicht wirtschaftlich ist.

⁷ Schlussfolgerungen des Rates Wirtschaft und Finanzen vom 8. November 2005, Z 5.

⁸ Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament und den Europäischen Rechnungshof: Aktionsplan der Kommission für einen integrierten Internen Kontrollrahmen, KOM(2006) 9 vom 17. Jänner 2006, Maßnahme 10.

⁹ Mitteilung der Kommission (KOM(2008) 866) vom 16. Dezember 2008 an das Europäische Parlament, den Rat und den Europäischen Rechnungshof zu Überlegungen zu einem gemeinsamen Konzept des tolerierbaren Fehlerrisikos.

erstellen, die mit den in den relevanten EU-Verordnungen für die Programmperiode 2007 bis 2013 festgelegten Aufgaben verbunden sind. Die Studie wurde im Juni 2010 veröffentlicht (http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/studies/pdf/2010_governance.pdf).

Im April 2009 forderte das Europäische Parlament eine vollständigere Bewertung der Kosten der Kontrolle, und zwar für alle Ausgabenbereiche der EU. Zu diesem Zweck sollten auch – im Rahmen einer Analyse der Stärken und Schwächen der nationalen Verwaltungs- und Kontrollsysteme jedes Mitgliedstaats – die Kosten der einzelstaatlichen Systeme zur Kontrolle der Gemeinschaftsmittel geschätzt werden. Diese vergleichende Analyse sollte dann als Grundlage für einen interinstitutionellen Dialog über das hinnehmbare Fehlerrisiko dienen.¹⁰

Die weiteren Überlegungen zur Vereinfachung sowie zu Kosten und Nutzen von Kontrollen sollten nach Ansicht des Europäischen Rechnungshofs jedenfalls früh genug angestellt werden, um ihnen bis zur neuen Finanziellen Vorausschau der EU¹¹ ab 2014 Rechnung tragen zu können.¹² In diesem Zusammenhang wird auf das Positionspapier des RH zu aktuellen Entwicklungen der EU-Finanzkontrolle verwiesen: Reform der EU-Haushaltsordnung, Reihe Positionen 2010/1 (auch enthalten in Reihe Bund 2010/4).

- 3.2** Nach Auffassung des RH sollte das im Bereich ESF federführende BMASK im Rahmen der auf europäischer Ebene stattfindenden Diskussionen mit der Kommission – neben dem Nutzen von Kontrollen – auch auf die nachteiligen Folgen hinweisen, bspw. die Nichtinanspruchnahme von EU-Förderungen aufgrund hoher administrativer Kosten oder die Bevorzugung von in der Förderungsabwicklung eingespielten Förderungsvorhaben. Dabei könnte es bspw. auf eine adäquate Differenzierung der Kontrollerfordernisse nach der Förderungshöhe (Proportionalitätsprinzip) oder dem Förderungstyp dringen.

¹⁰ Entschließung des Europäischen Parlaments vom 23. April 2009 mit den Bemerkungen, die integraler Bestandteil des Beschlusses betreffend die Entlastung zur Ausführung des Gesamthaushaltsplans der Europäischen Union für das Haushaltsjahr 2007, Einzelplan III – Kommission und Exekutivagenturen, sind (ABl. Nr. L 255 vom 26. September 2009), Z 44 bis 46.

¹¹ Die Finanzielle Vorausschau bildet den Rahmen für die Ausgaben der EU über mehrere Jahre hinweg. Die aktuelle Finanzielle Vorausschau, die in einer Interinstitutionellen Vereinbarung zwischen dem Europäischen Parlament, dem Rat und der Kommission festgeschrieben ist, gilt für den Zeitraum 2007 bis 2013.

¹² Siehe Ziffer 1.49 des Jahresberichts des Europäischen Rechnungshofes zum Haushaltsjahr 2008, ABl. Nr. C 269 vom 10. November 2009.

Allgemein zum OP Beschäftigung

Verfügbare
ESF-Mittel

4 In der Programmperiode 2007 bis 2013 stellt der ESF für Österreich Mittel zur Finanzierung von zwei OP zur Verfügung:

- das OP Beschäftigung Österreich (90 % der ESF-Mittel) und
- das OP Phasing-out Burgenland (10 % der ESF-Mittel).

Im Rahmen des OP Beschäftigung – mit seinem Ziel, bestimmte benachteiligte Personengruppen in den Arbeitsmarkt zu integrieren – stehen in Österreich für die Programmperiode 2007 bis 2013 Mittel in Höhe von 1.114,81 Mill. EUR, davon 472,27 Mill. EUR aus dem ESF, zur Verfügung. Diese Mittel werden über folgende österreichische Stellen abgewickelt:

Tabelle 1: Indikative Verteilung der verfügbaren Mittel für das OP Beschäftigung 2007 bis 2013				
	Gesamtmittel ¹		davon ESF-Mittel	
	in Mill. EUR	in %	in Mill. EUR	in %
AMS	683,26	62	273,22	58
BSB	177,80	16	81,93	17
BMUKK/BMWF	125,38	11	57,81	12
BMASK/Verwaltungsbehörde	92,88	8	42,99	9
Länder NÖ, OÖ, S, St, T, V und waff in W	35,49	3	16,32	4
Gesamt	1.114,81	100	472,27	100

¹ Mittel von ESF (42 %), Bund (40 %), Ländern (8 %) und Privaten (10 %)

Quelle: Verwaltungsbehörde/BMASK

Schwerpunkte und
Maßnahmen

5 Das OP Beschäftigung listet folgende sechs Schwerpunkte als Ziele des Mitteleinsatzes und die dazu vorgesehenen Maßnahmen auf:

- Anpassungsfähigkeit der ArbeitnehmerInnen und der Unternehmen (Schwerpunkt 1)

Der wirtschaftliche Wandel und die sich ständig ändernden Rahmenbedingungen sollen besser bewältigt und ein „productive aging“¹³ soll unterstützt werden.

Maßnahmen: Qualifizierung und Beratung

- Bekämpfung von Arbeitslosigkeit (Schwerpunkt 2)

Dauerhafte Integration der Zielgruppen-Personen in den Regelarbeitsmarkt

Maßnahmen: Qualifizierung und geförderte Beschäftigung

- Berufliche Integration von Menschen mit Behinderung (Schwerpunkt 3a)

Maßnahmen: Qualifizierung und Assistenz am Arbeitsplatz

- Integration arbeitsmarktferner Personen (Schwerpunkt 3b)

Maßnahmen: Erprobung neuer, innovativer Maßnahmen

- Lebensbegleitendes Lernen (Schwerpunkt 4)

Verbesserte Zugänglichkeit in den Schulbereich nach dem Pflichtschulabschluss, Abbau von Barrieren und Erhöhung der Chancengleichheit in den Bereichen Erwachsenenbildung und Wissenschaft

Maßnahmen: Mittel für zusätzliche Personalressourcen in Schulen und Erwachsenenbildungsstätten, sprachliche Qualifikation, Beratung, Stipendien für Studierende

- Territoriale Beschäftigungspakte (Schwerpunkt 5)

Verstärkte Koordination der Akteure auf regionaler bzw. lokaler Ebene zur Verbesserung der Betreuung und Integration von arbeitsmarktpolitischen Zielgruppen

Maßnahmen: Förderung der erforderlichen Strukturen einschließlich des Monitorings, der Evaluierung und der Öffentlichkeitsarbeit. Konkrete Projekte werden im Rahmen des Schwerpunkts 3b finanziert.

¹³ Damit ist das Ziel der europäischen Arbeitsmarktpolitik gemeint, älteren Personen Qualifikation und Möglichkeit zur weiteren Beschäftigung zu bieten bzw. zu erhalten.

- Technische Hilfe (Schwerpunkt 6)

Unterstützung der Programmumsetzung durch Zukauf von Personal und Dienstleistungen; maximal 4 % der zuschussfähigen Ausgaben des ESF

Verwaltungs- und Kontrollsystem

Behörden

- 6 Das Kontrollsystem des OP Beschäftigung gliedert sich in die Bereiche

- First Level Control
- Second Level Control und
- die Aufgaben der Bescheinigungsbehörde.

Gemäß Art. 59 der VO (EG) Nr. 1083/2006 hat der Mitgliedstaat für jedes OP folgende drei hauptverantwortliche Behörden gegenüber der Kommission zu benennen:

- Die Verwaltungsbehörde, die dafür verantwortlich ist, dass das OP im Einklang mit dem Grundsatz der wirtschaftlichen Haushaltsführung verwaltet und durchgeführt wird¹⁴; durch sie erfolgt auch die First Level Control (vor Auszahlung der ESF-Förderung).
- Die Prüfbehörde, die mit der Prüfung des effektiven Funktionierens des Verwaltungs- und Kontrollsystems betraut ist.¹⁵ Sie ist verantwortlich für die Second Level Control (in der Regel nach Auszahlung der ESF-Förderung).
- Die Bescheinigungsbehörde, die gegenüber der Kommission die Korrektheit der Ausgabenerklärungen bescheinigt, die Zahlungsanträge erstellt und an die Kommission übermittelt¹⁶; in der Programmperiode 2007 bis 2013 hat die Kommission (als Neuerung gegenüber früheren Programmperioden) die Bescheinigungsbehörde als zusätzliche zentrale Instanz zur Gewährleistung der Ordnungsmäßigkeit der Förderungsabwicklung vorgesehen.

¹⁴ nähere Aufgabenbeschreibung in Art. 60 der VO (EG) Nr. 1083/2006

¹⁵ nähere Aufgabenbeschreibung in Art. 62 der VO (EG) Nr. 1083/2006

¹⁶ nähere Aufgabenbeschreibung in Art. 61 der VO (EG) Nr. 1083/2006

Diese Funktionen der Verwaltungsbehörde, der Bescheinigungsbehörde und der Prüfbehörde wurden für das österreichische OP Beschäftigung zunächst dem damaligen BMWA übertragen. Auf Basis der Novelle des Bundesministeriengesetzes 2009¹⁷ sowie eines zwischen dem BMASK und dem BMWFJ abgeschlossenen Verwaltungsübereinkommens gingen diese Funktionen mit 1. Februar 2009 auf das BMASK über und werden dort von den Abteilungen VI/9 (Verwaltungsbehörde), VI/6 (Bescheinigungsbehörde) und I/10 (Prüfbehörde) wahrgenommen.

Das BMASK hat die (verwaltenden, bescheinigenden bzw. prüfenden) Aufgaben teilweise an zwischengeschaltete Stellen übertragen, die jedoch unter ihrer Verantwortung tätig werden. Diese zwischengeschalteten Stellen sind:

- das AMS,
- das BSB,
- das BMUKK¹⁸ sowie
- die Landesregierungen von Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg sowie in Wien der waff. Für Kärnten beantragt das AMS die Mittel aus dem OP Beschäftigung, Burgenland hat ein eigenes OP (siehe TZ 4).

Die Verwaltungs-, die Bescheinigungs- und die Prüfbehörde im BMASK behalten die Letztverantwortung für die Erfüllung auch der übertragenen Aufgaben.¹⁹

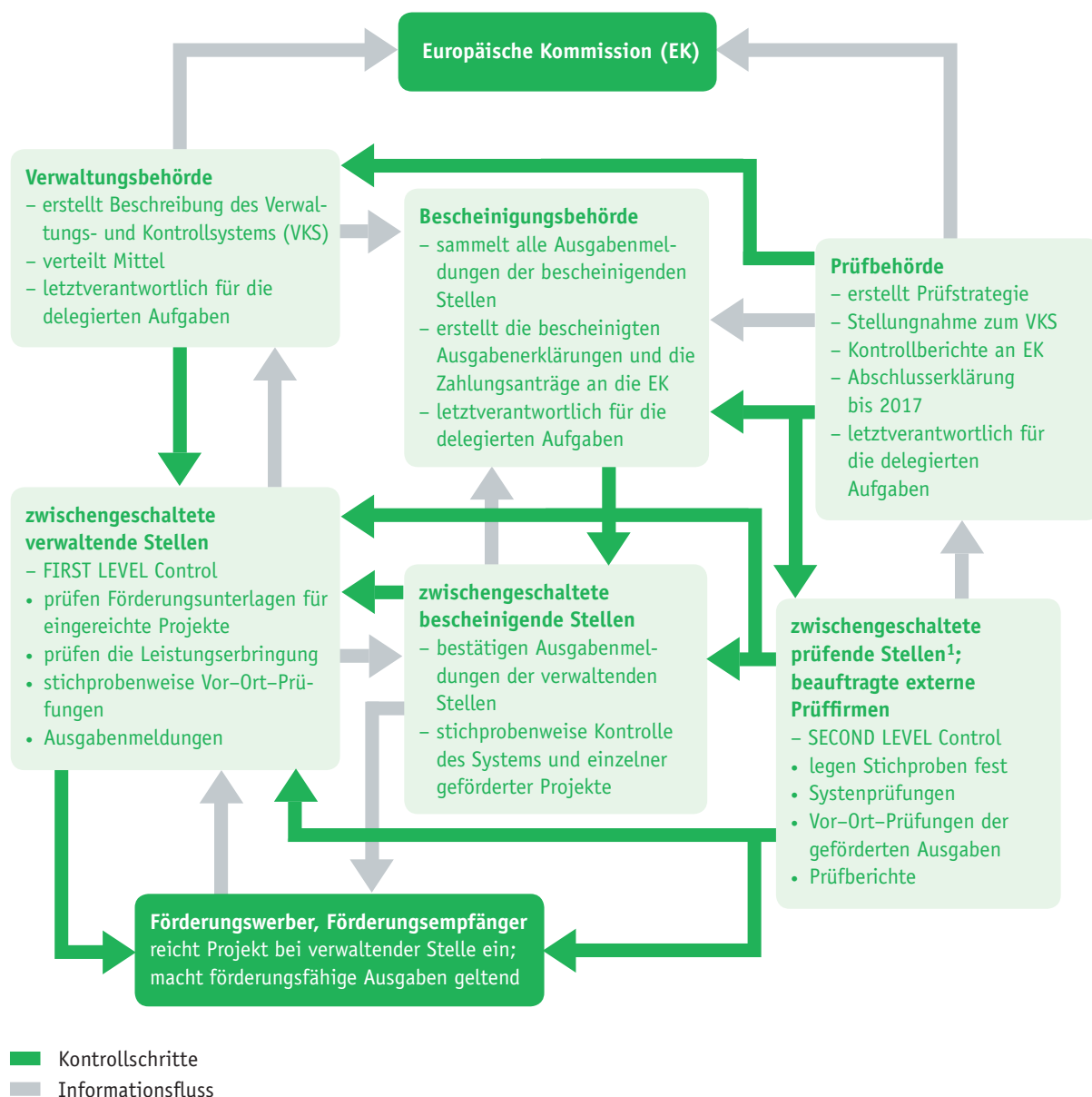
Die Regeln für das Zusammenwirken der beteiligten Stellen und damit die Sicherstellung der EU-rechtlich geforderten Standards für ein ordnungsgemäßes Verwaltungs- und Kontrollsystem sind in einer Vereinbarung zwischen Bund und Ländern gemäß Art. 15a B-VG festgelegt.

¹⁷ BGBl. I Nr. 3/2009 vom 30. Jänner 2009

¹⁸ Gemäß einem zwischen dem BMUKK und dem BMWF abgeschlossenen Verwaltungsübereinkommen verwaltet das BMUKK auch das (einzige) Projekt des BMWF. Der Leiter der Innenrevision des BMWF ist gleichzeitig Leiter der weisungsfrei gestellten „ESF-Prüfstelle BMUKK“.

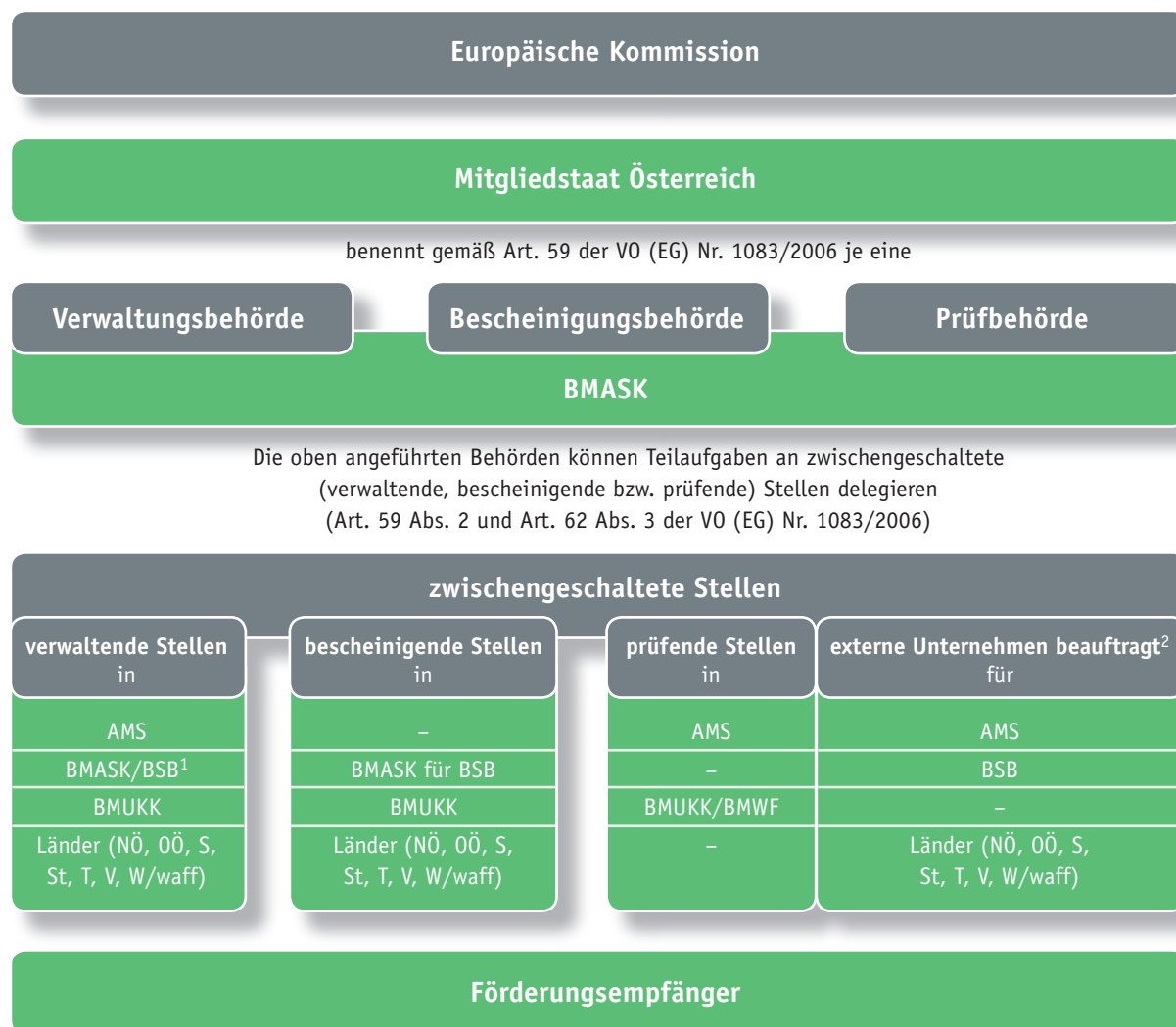
¹⁹ Art. 59 (2) und Art. 62 (2) und (3) der VO (EG) Nr. 1083/2006 sowie Leitlinie der Kommission zur einheitlichen Methode der Bewertung des Verwaltungs- und Kontrollsystems, Anhang I TZ 38

Abbildung 1: Kontrollregelkreis im Bereich des OP Beschäftigung



¹ Die prüfende Stelle wird in Bezug habenden Dokumenten oft auch als Prüfstelle bezeichnet.

Abbildung 2: Aufbau des Verwaltungs- und Kontrollsystems für das OP Beschäftigung in Österreich



¹ Das Bundessozialamt (BSB) ist eine nachgeordnete Dienststelle des BMASK.

² Wirtschaftsprüfer bzw. auf die Förderungsabwicklung und –kontrolle spezialisierte Dienstleistungsunternehmen

Verwaltungs- und Kontrollsystem

First Level Control

7 Nach Art. 60 lit. b der VO (EG) Nr. 1083/2006 i.V.m. Art. 13 Abs. 2 der VO (EG) Nr. 1828/2006 hat die Verwaltungsbehörde nach Bedarf die administrativen, finanziellen, technischen und physischen Aspekte der Vorhaben bzw. Projekte zu überprüfen. Sie überprüft konkret, ob

- die geltend gemachten Ausgaben tatsächlich getätigt wurden,
- die Lieferung der Produkte bzw. die Erbringung der Dienstleistungen der Projektgenehmigung entspricht,
- die von den Begünstigten eingereichten Erstattungsanträge richtig sind und ob
- die Vorhaben und Ausgaben mit den gemeinschaftlichen und nationalen Bestimmungen übereinstimmen.

Die Überprüfungen umfassen Verfahren, mit deren Hilfe eine Doppelfinanzierung mit anderen gemeinschaftlichen oder nationalen Förderungsmaßnahmen bzw. anderen Programmplanungszeiträumen ausgeschlossen werden kann.

Die First Level Control umfasst:

- die Überprüfung jedes von den Begünstigten eingereichten Antrags auf Förderung bzw. Ausgabenerstattung sowie
- stichprobenartige Vor-Ort-Überprüfungen bei einzelnen Vorhaben.

Second Level Control

8 Die Prüfbehörde führt zwei Arten von Prüfungen durch, die im Art. 62 der VO (EG) Nr. 1083/2006 i.V.m. Art. 16 und 17 der VO (EG) Nr. 1828/2006 geregelt sind:

- Zum einen hat sie das effektive Funktionieren des für das OP Beschäftigung eingerichteten Verwaltungs- und Kontrollsystems zu gewährleisten (Systemprüfung).
- Zum anderen hat sie sicherzustellen, dass Vorhaben anhand geeigneter Stichproben im Hinblick auf die geltend gemachten Ausgaben geprüft werden (Ex-post-Stichprobenprüfung).

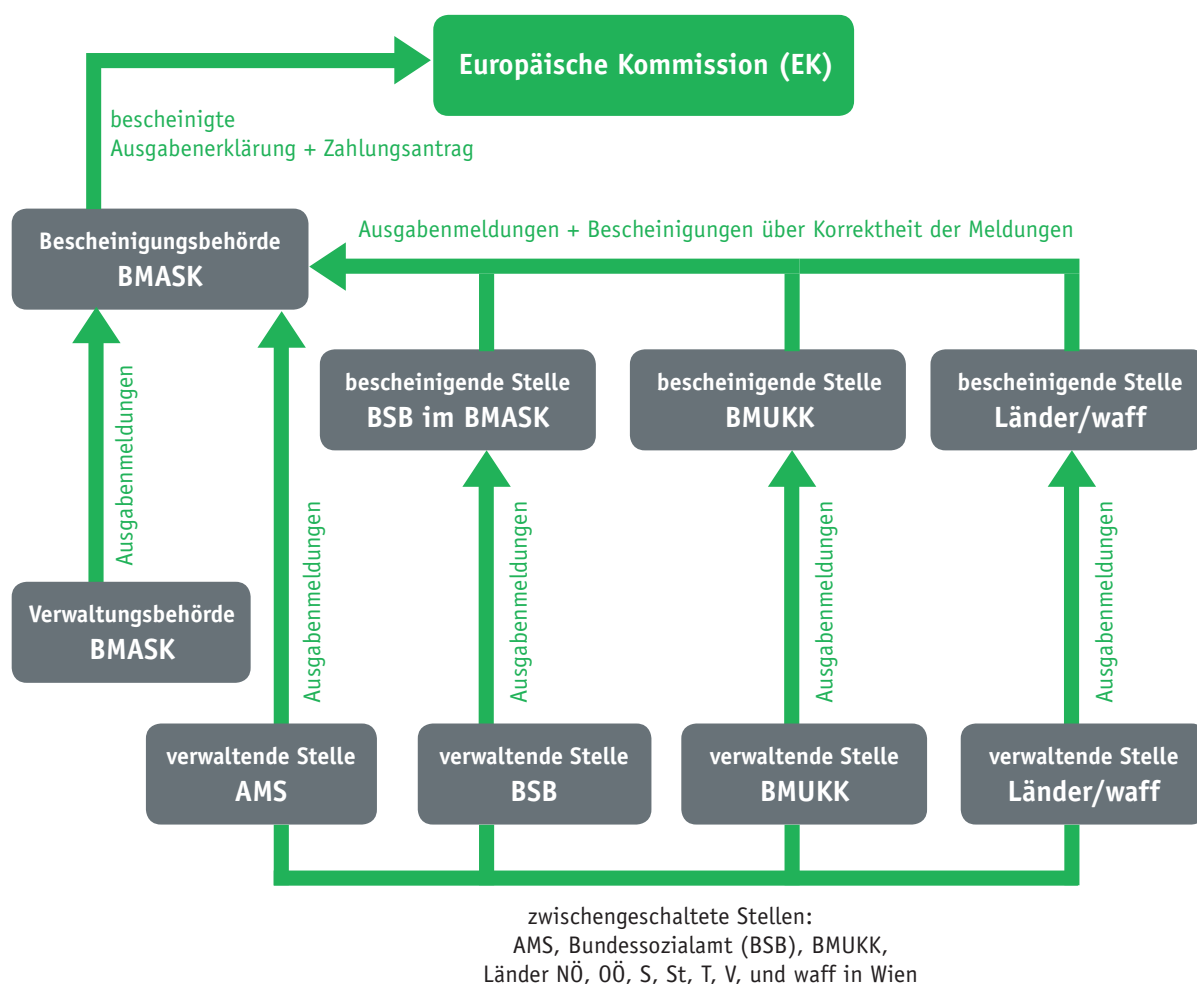
Bescheinigung

9 Die für ein OP zuständige Bescheinigungsbehörde hat gemäß Art. 61 der VO (EG) Nr. 1083/2006 – neben ihrer Aufgabe der „reinen“ Übermittlung der Ausgabenerklärungen und Zahlungsanträge an die Kommission – zu bescheinigen, dass

- die Ausgabenerklärungen wahrheitsgetreu und nachvollziehbar belegt sind und
- die geförderten Vorhaben den Kriterien der nationalen und gemeinschaftlichen Vorgaben und Rechtsvorschriften entsprechen.

Die folgende Abbildung 3 verdeutlicht den Fluss der zum Zahlungsantrag/zur Ausgabenerklärung führenden Ausgabenmeldungen:

Abbildung 3: Informationsfluss der zum Zahlungsantrag/zur Ausgabenerklärung führenden Ausgabenmeldungen



Verwaltungs- und Kontrollsystem

Kostenfelder der Kontrolle

10 Ausgehend von einer detaillierten Analyse der anfallenden Kontrolltätigkeiten zeigen sich folgende Kostenfelder im Bereich der Kontrolle (im weiteren Sinn)²⁰:

- Ex-ante-Evaluation
- Einrichtung des Verwaltungs- und Kontrollsystems
- Projektauswahl
- Kontrolle der Projekte an Hand von Unterlagen und vor Ort (First Level Control)
- Monitoring des OP
- Bescheinigung der Ausgaben
- Ex-post-Prüfungstätigkeit (Second Level Control).

Für alle diese Felder fielen in erster Linie Personalkosten an, weiters direkte Sachkosten (z.B. IT) sowie Gemeinkosten (z.B. Mieten, Verwaltungs-Overheads).

Implementierung des Kontrollsystems in Österreich

Von der Kommission vorgegebene Fristen

11 Die Kommission genehmigte das österreichische OP Beschäftigung mit Entscheidung vom 18. Dezember 2007.

Für die Erstellung des Verwaltungs- und Kontrollsystems innerhalb des Mitgliedstaats sowie bezüglich der Bereitstellung der EU-Mittel sind insbesondere folgende Vorschriften der VO (EG) Nr. 1083/2006 zu berücksichtigen:

- Die Prüfbehörde hat der Kommission binnen neun Monaten nach Genehmigung des OP eine Prüfstrategie vorzulegen (Art. 62 Abs. 1 Buchstabe c).
Dies bedeutete für das OP Beschäftigung: bis 18. September 2008.
- Vor Vorlage des ersten Antrags auf eine Zwischenzahlung oder spätestens binnen zwölf Monaten nach der Genehmigung des OP legt der Mitgliedstaat der Kommission eine Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems vor. Dieser Beschreibung hat eine

²⁰ Die Kosten der Mid-term- und Ex-post-Evaluation sowie des Programmabschlusses fielen erst nach 2009 an.

- von der Prüfbehörde zu erstellende – Stellungnahme beizuliegen, inwieweit das Verwaltungs- und Kontrollsystem mit den entsprechenden Vorschriften der Verordnung im Einklang steht (Art. 71). Dies bedeutete für das OP Beschäftigung: bis 18. Dezember 2008.
- Nach Genehmigung eines OP leistet die Kommission eine Vorschusszahlung (und folgend in jährlichen Tranchen) an den Mitgliedstaat. Dieser Vorschuss ist vollständig zurückzuzahlen, wenn innerhalb von 24 Monaten nach Leistung des Vorschusses keine Zahlung im Rahmen des OP beantragt wurde (Art. 82). Dies bedeutete – nach Leistung des ersten Vorschusses am 27. Dezember 2007 – für das OP Beschäftigung: bis 27. Dezember 2009.
- Die erste Mittelbindung (der EU-Haushaltsmittel) erfolgt, bevor die Kommission über die Genehmigung des OP entscheidet (Art. 75 Abs. 1). Wenn bis zum 31. Dezember des zweiten Jahres nach dem Jahr der Mittelbindung im Rahmen des Programms kein Zahlungsantrag übermittelt worden ist (Art. 93 Abs. 1; „n+2-Regel“), hebt die Kommission automatisch jenen Teil der Mittelbindung auf, der nicht in Anspruch genommen wurde. Dies bedeutete für das OP Beschäftigung: bis 31. Dezember 2009.

Einhaltung der vorgegebenen Fristen

12.1 (1) Die Zahlung der ersten Tranche (9,45 Mill. EUR) des Vorschusses (35,42 Mill. EUR) der Kommission für das OP Beschäftigung erfolgte am 27. Dezember 2007.²¹

(2) Im Gefolge der Bundesministeriengesetz-Novelle 2009²² gingen mit 1. Februar 2009 die mit dem ESF zusammenhängenden Agenden für die Programmperiode 2007 bis 2013 und die Mitarbeiter der Verwaltungs- und der Bescheinigungsbehörde auf das BMASK über. Die Mitarbeiter der bisherigen Prüfbehörde verblieben beim BMWFJ, um dort die prüfbehördlichen Aufgaben für die alte Programmperiode (2000 bis 2006) abzuschließen.

Die Aufgaben der Prüfbehörde für das OP Beschäftigung wurden nunmehr von der bisherigen zwischengeschalteten prüfenden Stelle im BMASK wahrgenommen, deren Mitarbeiter zwar über Erfahrungen in ihrem Bereich verfügten, sich aber erst in den größeren Aufgabenbereich einarbeiten mussten.

²¹ Erhalt Bundeskonto 28. Dezember 2007

²² BGBl. I Nr. 3/2009

Implementierung des Kontrollsystems in Österreich

(3) Am 14. Juli 2009 übermittelte die Prüfbehörde im BMASK – mit einer Verspätung von zehn Monaten – die vorher informell mit der Kommission abgestimmte Prüfstrategie offiziell an die Kommission (Frist gemäß VO (EG) Nr. 1083/2006: 18. September 2008). Die Genehmigung durch die Kommission erfolgte am 31. August 2009.

(4) In der zweiten Jahreshälfte 2009 diskutierte die Prüfbehörde ihre Feststellungen zur Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems des OP Beschäftigung mit der Kommission. Am 7. September 2009 erhielt die Verwaltungsbehörde ein Mahnschreiben der Kommission, das auf die Rückzahlungsverpflichtung für den erhaltenen Vorschuss hinwies, wenn bis 27. Dezember 2009 keine Zahlung im Rahmen des OP Beschäftigung beantragt würde.

Die Prüfbehörde übermittelte die Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems und ihre positive Stellungnahme dazu offiziell am 15. Dezember 2009 der Kommission. Gleichzeitig – und damit knapp zwei Wochen vor Ablauf der Zwei-Jahres-Frist – konnte der erste Antrag auf Zwischenzahlung gestellt und die Rückforderung des Vorschusses durch die Kommission bzw. die Aufhebung von Mittelbindungen vermieden werden.

Die Genehmigung der Kommission für die Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems langte elektronisch am 5. Jänner 2010 im BMASK ein.

12.2 Der RH kritisierte, dass die zuständigen Bundesministerien nicht innerhalb der vorgesehenen Fristen die wesentlichen Schritte zur Einrichtung des Verwaltungs- und Kontrollsystems setzten. Zwar wurde die Rückforderung des erhaltenen EU-Mittel-Vorschusses – knapp – vermieden, eine umsichtigere Prozessgestaltung hätte jedoch Fristüberschreitungen und damit das Risiko einer Rückforderung deutlich vermindern können.

Der RH wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Mitgliedstaat gegenüber der Kommission die Verantwortung trägt und Kompetenzänderungen innerhalb des Mitgliedstaats die Wahrnehmung dieser Verantwortung nicht beeinträchtigen dürfen.

Er empfahl dem BMASK, intensive Anstrengungen zu unternehmen, um die durch eigene Strategiefestlegung sowie durch die Vorschriften zur Umsetzung des OP Beschäftigung vorgegebenen weiteren Fristen zu erfüllen und rechtzeitig auf die dafür benötigten Ressourcen Bedacht zu nehmen.

- 12.3** Laut Stellungnahme des BMASK seien in der ihm ab der Übernahme der Agenden zur Verfügung stehenden Zeit aufgrund der mangelnden Vorarbeiten die geforderten Arbeitsschritte nicht schneller zu erledigen gewesen.

Das BMUKK wies darauf hin, in seinem Teilbereich die Fristen eingehalten zu haben.

Laut Stellungnahme des BMWFJ waren die Verzögerungen durch Meinungsänderungen bei der Kommission verursacht.

Fremdvergabe von
Aufgaben der Prüf-
behörde

- 13.1** Sowohl das BMWA als auch in der Folge das BMASK beabsichtigten, wesentliche Aufgaben der Prüfbehörde (Second Level Control) betreffend das AMS, das BSB und die Landesregierungen bzw. den waff an externe Dienstleister zu übertragen. Bis Ende Jänner 2010 schloss das BMASK für den eigenen Wirkungsbereich (BSB) einen Werkvertrag mit einer Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und das AMS als zwischengeschaltete Stelle einen Werkvertrag mit einem Beratungsunternehmen für die Systemprüfung beim AMS ab.

Die Second Level Control der Landesregierungen bzw. des waff (3 % der gesamten Fördermittel) und die Stichprobenprüfungen des AMS (62 % der gesamten Fördermittel) wurden erst in der zweiten Jahreshälfte 2010 vergeben, so dass nach Mitteilung der Prüfbehörde die ersten Stichprobenprüfungen erst im Oktober 2010 (AMS) bzw. Februar 2011 (Länder) erfolgten.

- 13.2** Der RH kritisierte, dass das zentral verantwortliche Bundesministerium (BMWA bzw. BMASK) innerhalb von zwei Jahren noch nicht alle Schritte zur Vergabe der externen Leistungen gesetzt hatte. Er verwies auf das Risiko, dass durch den späten Beginn der Second Level Control-Tätigkeit die notwendigen Stichprobenprüfungen nicht durchgeführt werden und allfällige Fehler länger als nötig unentdeckt bleiben. Im Falle von Prüfungen durch die Kommission bzw. den Europäischen Rechnungshof hätte dies Beanstandungen und gegebenenfalls Sanktionen (z.B. Zahlungsstopp) zur Folge.

Implementierung des Kontrollsystems in Österreich

Ausblick auf den
Abschluss der Pro-
grammperiode 2007
bis 2013

14.1 Die Verzögerungen zu Beginn der Programmperiode führten dazu, dass die Prüfbehörde im BMASK im Jahr 2009 mit einer Reihe dringend zu erledigender Aufgaben belastet war. Die Beauftragung externer Dienstleister und die Aktualisierung der Prüfstrategie sowie der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems nahmen die Prüfbehörde auch 2010 so in Anspruch, dass für die Prüfung der laufenden Maßnahmen nur beschränkte Ressourcen zur Verfügung standen. Abweichend von der genehmigten Prüfstrategie mussten auch verschiedene für 2009 vorgesehene Systemprüfungen mangels Vorliegens einer genehmigten Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems auf 2010 verschoben werden²³. Die externen Dienstleister haben – mit Ausnahme des bereits seit Dezember 2009 tätigen, mit der Systemprüfung des AMS beauftragten Unternehmens – ihre Prüftätigkeit erst 2010 bzw. 2011 und damit in der Mitte der Programmperiode aufgenommen.

14.2 Der RH sah aufgrund der zu Beginn der Programmperiode aufgetretenen Verzögerungen das Risiko, dass der Rückstau von Kontrollarbeiten zum Abschluss der laufenden Periode zu Personalengpässen und damit zu Qualitätsmängeln bei der Vorbereitung des (allfälligen) neuen OP führt.

Er empfahl dem BMASK, rechtzeitig den Ressourcenbedarf für die Arbeiten zum Abschluss der laufenden Programmperiode (2007 bis 2013) und den Beginn der neuen Programmperiode bereitzustellen, um einen zügigeren Start des neuen OP Beschäftigung zu ermöglichen.

14.3 *Laut Stellungnahme des BMASK zeige der aktuell hohe Umsetzungs- und Ausschöpfungsgrad des OP, dass die Anfangsprobleme bewältigt wurden. Weiters sei davon auszugehen, dass es dank der Anstrengungen der zuständigen Stellen zu keinen Qualitätsmängeln bei der Vorbereitung der nächsten Periode kommen werde.*

Beschreibung des
Verwaltungs- und
Kontrollsystems

15.1 Die Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems gliederte sich in Abschnitte gemäß den verschiedenen, in den Prozess einbezogenen Behörden. Die Verwaltungs-, Prüf- und Bescheinigungsbehörden (die Abteilungen VI/9, I/10 und VI/6 im BMASK sowie die zwischengeschalteten Stellen) formulierten den ihren Bereich betreffenden Abschnitt in der Regel selbst, ohne Rückkoppelung auf die Beschreibung in den anderen Abschnitten. Im Ergebnis waren Abschnitte daher teilweise in sich widersprüchlich, teilweise widersprachen Aussagen in verschiedenen Abschnitten einander. So war etwa die Frage, ob auch bescheinigende zwischengeschaltete Stellen eigenständige Prüfhandlungen setzen sollen, sehr unterschiedlich beschrieben.

²³ Der Kommission mitgeteilt im Ende 2009 übermittelten Kontrollbericht der Prüfbehörde.

- 15.2** Die in der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems enthaltenen, zum Teil deutlichen Widersprüche wiesen auf eine mangelnde Abstimmung zwischen den Beteiligten hin. Der RH kritisierte, dass – trotz der langen Bearbeitungsdauer (siehe TZ 12) – nicht ausreichend Gespräche zwischen den Beteiligten stattgefunden hatten, um die aufgetretenen Schwächen zu vermeiden.

Der RH empfahl dem BMASK, bei der Aktualisierung der Beschreibung des gegenwärtigen OP Beschäftigung sowie bei der Erstellung der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems für die nächste Programmperiode die rechtzeitige Abstimmung zwischen den Beteiligten – sowohl innerhalb des BMASK als auch mit den zwischengeschalteten Stellen – sicherzustellen, um Lücken und Unklarheiten im Prozessablauf aufzudecken.

Der RH empfahl dem BMASK weiters, allen zwischengeschalteten Stellen die Beschreibung des gesamten Verwaltungs- und Kontrollsystems zu übermitteln, so dass alle Beteiligten Informationen über das jeweils gültige Gesamtsystem besitzen.

- 15.3** *Das BMASK teilte die Ansicht des RH bezüglich einer mangelhaften Abstimmung nicht. Es sagte aber zu, das Projektmanagement zu verbessern und die zwischengeschalteten Stellen besser zu informieren.*

Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung würde sie eine vermehrte Koordination durch das BMASK begrüßen.

- 15.4** Der RH wies gegenüber dem BMASK erneut auf die vom RH vorgefundenen Unstimmigkeiten in der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems hin, die seiner Ansicht nach auf eine unzureichende Abstimmung hindeuteten.

Funktionstrennung
im Bescheinigungs-
prozess

- 16.1** (1) Die VO (EG) Nr. 1083/2006 führt in Art. 58 lit. b die Bedeutung des Grundsatzes der Aufgabentrennung zwischen und innerhalb den mit der Verwaltung und Kontrolle des OP betrauten Stellen an. Auch die Leitlinie der Kommission zu einer einheitlichen Methode für die Bewertung von Verwaltungs- und Kontrollsystemen nennt als erste Kernanforderung in Bezug auf die Bescheinigungsbehörde die klare Festlegung, Zuordnung und Trennung von Funktionen zwischen und innerhalb der Bescheinigungsbehörde und den zwischengeschalteten Stellen.

Das österreichische Verwaltungs- und Kontrollsystem sah vor, dass die bescheinigenden zwischengeschalteten Stellen ein Bescheinigungsprotokoll zur Ausgabenmeldung (bezüglich der von ihnen gemeldeten Ausgaben) zu unterzeichnen hätten. In diesem bestätigten die bescheinigenden zwischengeschalteten Stellen gegenüber der Bescheinigungsbehörde (BMASK), dass die weitergeleiteten Ausgabenmeldungen korrekt waren und die vorgesehenen Verfahren eingehalten wurden.

(2) Anhand der vorliegenden Bescheinigungsprotokolle stellte der RH fest, dass diese in Niederösterreich, Oberösterreich und Vorarlberg Vertreter bzw. Mitarbeiter nicht der bescheinigenden, sondern der verwaltenden zwischengeschalteten Stelle unterzeichnet hatten. In der Folge war zudem in Oberösterreich der Vertreter der verwaltenden zwischengeschalteten Stelle gleichzeitig der Vorgesetzte der – in dieser Angelegenheit allerdings freigestellten – Vertreterin der bescheinigenden zwischengeschalteten Stelle. In Tirol hatte das Bescheinigungsprotokoll der Vorgesetzte der verwaltenden Stelle unterfertigt.

In Tirol wurde noch während der Gebarungsüberprüfung in Reaktion darauf die mit der Bescheinigung beauftragte Mitarbeiterin ermächtigt, das Bescheinigungsprotokoll selbst zu fertigen.

(3) Die Bescheinigungsbehörde im BMASK verwies gegenüber dem RH auf die Approbationsbefugnisse innerhalb der Ämter der Landesregierungen sowie darauf, dass von den zwischengeschalteten Stellen Verpflichtungserklärungen unterfertigt wurden, worin diese z.B. die Beachtung der Trennung der Behördenaufgaben bestätigten. Art. 59 Abs. 2 der VO (EG) Nr. 1083/2006 stellt zu den zwischengeschalteten Stellen fest, dass die bescheinigenden Stellen ihre Tätigkeit unter der Verantwortung der Bescheinigungsbehörde ausführen.

16.2 (1) Der RH sah die von der Kommission geforderte strikte Aufgabentrennung zwischen verwaltenden und bescheinigenden Stellen durch die gehandhabte Unterzeichnung der Bescheinigungsprotokolle als nicht ausreichend erfüllt. Mit der bloßen Einforderung der Verpflichtungserklärung ist der Verantwortung der Bescheinigungsbehörde nicht Genüge getan, wenn in der Folge offensichtlichen Verletzungen dieser Verpflichtungserklärungen nicht nachgegangen wird.

(2) Der RH empfahl dem BMASK (Bescheinigungsbehörde), die regelkonforme Einhaltung des Bescheinigungsprozesses sicherzustellen, um negative Folgewirkungen bei einer allfälligen Kontrolle durch EU-Organe zu vermeiden.

(3) Der RH empfahl weiters

- der Landesregierung von Niederösterreich, die Bescheinigungsprotokolle durch den Leiter der bescheinigenden zwischengeschalteten Stelle (den Leiter der Buchhaltungsdirektion) unterfertigen zu lassen,
- der Landesregierung von Oberösterreich, bescheinigende und verwaltende zwischengeschaltete Stellen auf der gleichen hierarchischen Ebene anzusiedeln, um die gebotene Aufgabentrennung dieser Stellen sicherzustellen sowie
- der Landesregierung von Vorarlberg, auf die Unterfertigung des Bescheinigungsprotokolls durch die bescheinigende zwischengeschaltete Stelle zu achten und die Vermengung der Funktionen von bescheinigender und verwaltender Stelle zu vermeiden.

16.3 *Laut Stellungnahme der Landesregierungen von Niederösterreich, Oberösterreich, Tirol und Vorarlberg erfolge die Unterfertigung der Bescheinigungsprotokolle nunmehr korrekt.*

Abstimmung zwischen Bescheinigungs- und Verwaltungsbehörde

17.1 (1) Die Bescheinigungsbehörde erhielt von den bescheinigenden und verwaltenden zwischengeschalteten Stellen Ausgabenmeldungen (über die im Rahmen des OP Beschäftigung zu vergütenden Ausgaben) und fasste diese zu einer Ausgabenerklärung gegenüber der Kommission zusammen, auf deren Basis die Zwischenzahlungen der Kommission erfolgten. Die Verwaltungsbehörde erhielt die Ausgabenerklärungen zur Kenntnis.

Die Ausgabenerklärungen enthielten jeweils nur eine Gesamtsumme. Nicht aufgeschlüsselt waren die Beträge der einzelnen Ausgabenmeldungen. Eine Kontrolle, ob die jeweiligen Ausgabenerklärungen an die Kommission auch alle von den zwischengeschalteten Stellen gemeldeten Ausgaben enthielten, war weder vorgesehen noch auf Basis der vorhandenen Belege ohne zusätzlichen Aufwand möglich.

(2) Die Bescheinigungsbehörde nahm die Ausgabenmeldung des Landes Niederösterreich bezüglich der Ausgaben für den Territorialen Beschäftigungspakt 2007 in Höhe von 124.635 EUR nicht als solche wahr, und nahm diese Ausgaben daher nicht in ihre Ausgabenerklärung auf. Dadurch kam es auch zu keiner Vergütung durch die Kommission bzw. den Bund an das Land Niederösterreich.

Implementierung des Kontrollsystems in Österreich

Da ein Rückkoppelungsprozess zwischen den zwischengeschalteten Stellen und der Bescheinigungsbehörde über das weitere Geschehen nach Absenden der Ausgabenmeldung an die Bescheinigungsbehörde nicht bestand, wurde der Fehler nicht bemerkt.

- 17.2** Der RH ortete verstärkten Abstimmungsbedarf einerseits zwischen Bescheinigungsbehörde und zwischengeschalteten Stellen, andererseits innerhalb den verwaltenden und bescheinigenden zwischengeschalteten Stellen.

Er empfahl dem BMASK, den Bescheinigungsprozess so zu gestalten, dass aus Beilagen zur Ausgabenklärung klar ersichtlich ist, aus welchen von den zwischengeschalteten Stellen gemeldeten Beträgen (Ausgabenmeldungen) sich diese zusammensetzt. Diese Information sollte in der Folge den zwischengeschalteten Stellen zugänglich sein, so dass sie die weitere Bearbeitung ihrer Ausgabenmeldung verfolgen können.

Kostenerfassung

Kosten- und Leistungsrechnung

- 18.1** (1) Keine der überprüften Dienststellen besaß eine ausgebaute Kostenträgerrechnung, die den Ressourcenverbrauch bezogen auf die Aufgabe „Kontrolle der durch den ESF kofinanzierten Mittel“ darstellte. Bei den Bundesministerien (BMASK, BMUKK) bestand in Vorbereitung auf die bis 2013 einzuführende Kosten- und Leistungsrechnung eine Kostenauswertung (zumindest der Personalkosten) nach Organisationseinheiten. Aus dieser waren die Kosten der Kontrolle der durch den ESF kofinanzierten Mittel auf Basis einer einmaligen Aufgabenzuordnung zu ermitteln.

(2) Die zwischengeschaltete Stelle AMS verwaltete die meisten ESF-Mittel (58 %); diese machten bei ihr jedoch einen sehr geringen Anteil (etwa 5 %) an den Gesamtmitteln aus. Daher definierte das AMS zwar den Leiter der Abteilung Förderung als verwaltende zwischengeschaltete Stelle, baute dafür aber keine eigenen Strukturen auf. Die Organisationseinheiten und Mitarbeiter des AMS bearbeiteten daher sowohl rein nationale als auch durch den ESF kofinanzierte Förderungen gemeinsam.

Auch bei den anderen zwischengeschalteten Stellen (BSB, BMUKK/BMWF, Landesregierungen von Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg, waff in Wien) war die Tätigkeit der Mitarbeiter nicht ausschließlich auf die durch den ESF kofinanzierte Förderung beschränkt; die betroffenen Mitarbeiter nahmen auch rein nationale Förderungsaufgaben wahr.

(3) Die erhobenen Kostendaten beruhten in allen überprüften Dienststellen auf der geschätzten Zuordnung von Personen (Vollzeitäquivalenten) innerhalb einer oder mehrerer Organisationseinheiten zur Aufgabe „Kontrolle (im weiteren Sinn²⁴) der durch den ESF kofinanzierten Förderung“ sowie auf Entlohnungsdaten und durchschnittlichen Bearbeitungszeiten. Überdies flossen in die Kostendaten die Entgelte bei Fremdvergabe von Teilaufgaben ein.

(4) Die von den überprüften Dienststellen angegebenen Sachkosten waren großteils Umlagen, so dass einerseits z.B. der intensive IT-Einsatz nur unzureichend abgebildet wurde, andererseits aber auch Sachkosten, die in erster Linie andere Bereiche betrafen, mitgetragen wurden.

Das AMS wies auf Basis seiner Daten einen Sachkostenaufschlag von etwa 50 % auf, das BSB auf Basis seines Budgets einen von 69 %.²⁵ Bei Organisationseinheiten, die nur bestimmte Sach- bzw. Gemeinkosten auswiesen (BMW, BMUKK, Oberösterreich, Salzburg, Tirol), setzte der RH einen Aufschlag von 15 % an. Bei Organisationseinheiten, die keine Sachkosten angaben (Niederösterreich, Steiermark, Vorarlberg, waff), wurde – wie im Rahmen der EU-Kontaktausschuss-Arbeitsgruppe Strukturfonds IV vereinbart – ein Aufschlag von 30 % angewandt.

18.2 (1) Die überprüften Stellen wandten unterschiedliche Kostenerfassungssysteme an. Die vom RH ermittelten Daten ermöglichten es, Größenordnungen darzustellen; präzisere Aussagen über die Kostenstrukturen im Bereich OP Beschäftigung ließen die verfügbaren Daten jedoch nicht zu.²⁶ Die Notwendigkeit, die wesentlichen Datengrundlagen – wenn auch fundiert – zu schätzen, erhöhte zudem das Risiko von Ungenauigkeiten.

(2) Der RH erachtete die gemeinsame Verwaltung rein nationaler und kofinanzierter Förderungen als sparsame Vorgangsweise, weil die für den kundenseitigen Förderungsprozess nicht benötigte Trennung (sei es der tatsächlichen Tätigkeit oder lediglich der Kostenerfassung) zusätzlichen Verwaltungsaufwand bedeuten würde. Auch beurteilte der RH die Methode der Kostenerfassung auf Basis einer Zuordnung von Mitarbeitern zur Aufgabe „Kontrolle von durch den ESF kofinanzierten Förderungen“ als ausreichend.

²⁴ Das heißt, inklusive Auswahl und Bewertung von Projekten und sonstige Evaluierungen.

²⁵ Der RH drückte die direkten Sach- und die Gemeinkosten in Prozent-Aufschlägen auf die (direkten) Personalkosten aus.

²⁶ Bei der Sitzung der EU-Kontaktausschuss-Arbeitsgruppe Anfang Februar 2010 ergab sich, dass praktisch alle teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten vor demselben Problem standen.

Kostenerfassung

(3) Der RH empfahl den betroffenen Bundesministerien BMASK und BMUKK, die verpflichtende Einführung einer für die Bundesministerien einheitlichen Kosten- und Leistungsrechnung bis 2013 dazu zu nutzen, EU-Mittelbezogene Tätigkeiten als eigene Aufgaben bzw. Kostenträger zu definieren.

Aussagekraft der Kostendaten

- 19 Die Verwaltungsbehörde und die verwaltenden zwischengeschalteten Stellen nahmen ihre Tätigkeit in Bezug auf die Kontrolle von zu fördernden Projekten in der Regel bereits 2007 auf. Die Bescheinigungs- und die Prüfbehörde sowie die zugehörigen zwischengeschalteten Stellen hatten bis Ende 2008 noch keine Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Beantragung und Kontrolle von EU-Mitteln erbracht, weil aufgrund der Verzögerungen bei der Einrichtung und Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems (vor deren Genehmigung die Kommission keine Zahlungen leistete) noch keine EU-Mittel geflossen waren.

Die Qualität der Kostendaten, d.h., inwieweit speziell die Kosten jener Kontrollen erfasst wurden, die von der EU geförderte Projekte betrafen, war in den verschiedenen überprüften Stellen unterschiedlich. Zumindest in den drei großen Organisationen AMS, BMASK/BSB und BMUKK waren die Daten von ausreichender Qualität, um ein realitätsnahes Abbild der tatsächlichen Kosten bieten zu können.

Zusammenfassend beurteilte der RH die Aussagekraft der Kostendaten folgendermaßen:

Tabelle 2: Aussagekraft der Kostendaten		
Überprüfte Stelle	Ausmaß der Kontrolltätigkeit per Ende 2008	Qualität der Datenerfassung
Verwaltungsbehörde und verwaltende Stellen	voll	mittel – hoch
Bescheinigungsbehörde und bescheinigende Stellen	mittel	niedrig
Prüfbehörde und prüfende Stellen	gering	hoch

Kosten der Kontrolle – Operationelles Programm Beschäftigung in Österreich 2007 bis 2013

Kosten der Kontrolle

Kosten der Kontrolle
kumuliert aus 2007
und 2008

20.1 (1) Die folgende Tabelle 3 stellt die ermittelten Kosten der Kontrolle
des OP Beschäftigung für die Jahre 2007 und 2008 kumuliert dar:

Tabelle 3: Kosten der Kontrolle 2007 und 2008 kumuliert							
	VZÄ ¹	Personal- kosten	Sach- und Gemein- kosten	Fremd- kosten ²	Gesamt	Schwer- punkt 6 ³	Gesamt inkl. Schwer- punkt 6
	Anzahl	in Mill. EUR					
AMS	43,3	4,16	2,08	–	6,24	1,61	7,85
BSB	17,0	0,72	0,49	0,02	1,23	0,09	1,32
BMUKK	11,7	0,25	0,10	–	0,35	0,50	0,85
NÖ	3,0	0,01	0,00	0,06 ⁴	0,07	–	0,07
OÖ	0,6	0,03	0,01	0,08	0,12	–	0,12
S	0,0	0,03	0,00	0,09	0,12	–	0,12
St	0,6	0,06	0,02	0,31	0,39	–	0,39
T	0,7	0,01	0,00	0,00	0,01	–	0,01
V	0,2	0,01	0,00	0,26	0,27	–	0,27
waff	2,3	0,15	0,05	0,03	0,23	–	0,23
Verwaltungsbehörde	2,4	0,24	0,07	0,02	0,33	0,55	0,88
Bescheinigungsbehörde	1,5	0,12	0,02	–	0,14	–	0,14
Prüfbehörde	2,5	0,14 ⁵	0,02	–	0,16	–	0,16
Gesamt	85,8	5,93	2,86	0,87	9,66	2,75	12,41

¹ VZÄ = zur Kontrolle eingesetztes Personal der Dienststellen in Vollzeitäquivalenten; Daten aus 2008 allein, weil 2007 noch in Anlaufphase.

² Fremdkosten = Kosten für durch externe Unternehmen bzw. Organisationen erbrachte Dienstleistungen inklusive unter Schwerpunkt 5 geltend gemachte Kontrollkosten.

³ Schwerpunkt 6 des OP Beschäftigung "Technische Hilfe": Förderung von die Ziele des OP Beschäftigung unterstützenden Verwaltungs- und Kontrollmaßnahmen.

⁴ 25 % der Ausgaben für externe Beratung im Rahmen des Territorialen Beschäftigungspakts als Kontrollkosten angesetzt. Aufgrund eines Irrtums wurden bei der Ausgabenerklärung tatsächlich bisher nur 0,12 Mill. EUR beantragt.

⁵ 50 % der Kosten der Kostenstelle Prüfbehörde (damals im BMWA) für das OP Beschäftigung angesetzt.

Kosten der Kontrolle

Für die Jahre 2007 und 2008 betrugen die erhobenen Kosten der Kontrolle in Summe 9,66 Mill. EUR. Zu diesen waren Ausgaben für den Schwerpunkt 6 des OP Beschäftigung „Technische Hilfe“ (wie z.B. eingekaufte Programmierstunden) in Höhe von 2,75 Mill. EUR zu rechnen, die zwar im Rahmen des OP Beschäftigung durch Bund und ESF refundiert wurden und somit bei den die Ausgaben tätigen Stellen als Durchlaufposten anfielen, in gesamtheitlicher Sicht aber Kosten des Kontrollsystems darstellten. Die gesamten Kosten der Kontrolle betrugen somit 12,41 Mill. EUR.

(2) Tirol bezog Fremdleistungen auf Basis eines Kooperationsvertrages ohne nähere Definition der Leistungen und vergütete Entgelte von Fall zu Fall, was die Zuordnung dieser Kosten erschwerte. Letztlich ordnete Tirol nur eine sehr geringfügige Kontrolltätigkeit (0,01 Mill. EUR) dem OP Beschäftigung zu.

(3) Die Länder machten den Großteil ihrer Fremdkosten für Kontrolltätigkeiten durch externe Dienstleistungsunternehmen unter dem Schwerpunkt 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) des OP Beschäftigung zur Refundierung durch ESF- und nationale Mittel geltend. Dadurch wurden diese Kosten bei den zwischengeschalteten Stellen zu Durchläufern, stellten aber insgesamt gesehen weiterhin – diesfalls von der EU finanzierte – Kosten der Kontrolle dar.

(4) Der Schwerpunkt 6 des OP Beschäftigung („Technische Hilfe“) fördert Ausgaben für Unterstützungsmaßnahmen zur Erreichung der Ziele des OP Beschäftigung, wozu in erster Linie Kontrollmaßnahmen im weiteren Sinn finanziert werden (z.B. Evaluierungen, IT-Maßnahmen).

20.2 Der RH stellte – nicht zuletzt aufgrund der Anlaufschwierigkeiten in der Anfangsphase – eine große Bandbreite bei den Kosten der Kontrolle fest.

20.3 *Die Landesregierung von Tirol wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die im Verhältnis geringen Kontrollkosten auf die geringe Anzahl von Projekten zurückzuführen waren. Im Übrigen seien die Werte aufgrund der unterschiedlichen Gegebenheiten nicht vergleichbar.*

Die Landesregierung von Vorarlberg führte ihre im Verhältnis hohen Kosten auf die bereits hohe Kontrolltätigkeit aufgrund frühen Beginns der Förderungstätigkeit zurück.

Kosten der Kontrolle bezogen auf zu kontrollierende Fördermittel

21 (1) Der RH setzte als Indikator für die Wirtschaftlichkeit die ermittelten Kosten der Kontrolle in Verhältnis zu den Fördermitteln, auf die sich die Kontrollen bezogen.

Tabelle 4: Kosten der Kontrolle im Verhältnis zum Fördermitteleinsatz, 2007 und 2008 kumuliert					
	Bewilligte Förderungen	Gemeldete Förderungen ¹	Kosten der Kontrolle inkl. Techn. Hilfe ²	Kosten je 100 EUR der bewilligten Förderungen	Kosten je 100 EUR der gemeldeten Förderungen
	in Mill. EUR			in EUR	
AMS	231,30	78,20	7,85	3	10
BSB	45,71	–	1,32	3	–
BMUKK	75,34	7,60	0,85	1	11
NÖ	0,79	0,67	0,07	9	10
OÖ	0,87	–	0,12	14	–
S	0,55	0,55	0,12	22	22
St	1,83	1,19	0,39	21	33
T	0,67	0,31	0,01	2	3
V	0,41	0,41	0,27	66	66
waff	4,81	4,36	0,23	5	5
Verwaltungsbehörde	1,14	0,52	0,88	– ³	– ³
Bescheinigungsbehörde	–	–	0,14	–	–
Prüfbehörde	–	–	0,16	–	–
Gesamt	363,42	93,81	12,41	3	13

¹ Zur Refundierung durch die Kommission

² Der RH hat die gesamte Technische Hilfe in die Kontrollkosten einbezogen. Ob in Einzelfällen diesbezügliche Ausgaben für andere als Kontrollzwecke angefallen sind, wäre nur sehr aufwendig zu erheben gewesen.

³ Die Verwaltungsbehörde verwaltete selbst einige Projekte. Da der Großteil der Kosten aber nicht auf die Kontrolle dieser Projekte, sondern auf die Einrichtung des gesamten Verwaltungs- und Kontrollsystems entfiel, ist es nicht sinnvoll, diese Beträge miteinander in Beziehung zu setzen.

(2) Je nachdem, welche Bezugsbasis herangezogen wurde, ergaben sich unterschiedliche Kosten der Kontrolle je 100 EUR Förderung:

- Die Ausgabenmeldungen der zwischengeschalteten Stellen an die Bescheinigungsbehörde betrafen nur bereits endabgerechnete Projekte und waren Ende 2008 noch sehr gering – das BSB und das Land Oberösterreich hatten bspw. noch überhaupt keine Ausgaben gemeldet. Auf die Summe der gemeldeten Ausgaben bezogen, resultierten 13 EUR Kontrollkosten je 100 EUR Förderung. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Wert zu hoch ist, weil die Bezugsbasis infolge der erst anlaufenden Abrechnung der EU-Mittel noch zu niedrig ist: Viele stattgefundene Kontrolltätigkeiten (und damit ihre Kosten) bezogen sich auf noch nicht gemeldete Förderungs- ausgaben bzw. die Programmvorbereitungsarbeiten.
- Die bewilligten Förderungen als Bezugsbasis ergaben 3 EUR Kontrollkosten je 100 EUR Förderung. Dies stellt mit hoher Wahrscheinlichkeit einen zu niedrigen Wert dar, weil die Bezugsbasis zu hoch ist: Ein großer Teil der bewilligten Ausgaben war zum Zeitpunkt der Gebarungsüberprüfung an Ort und Stelle noch keiner tiefergehenden Kontrolle (wie bei der Endabrechnung oder in der Folge bei der Second Level Control) unterzogen worden.

Eine die Sachlage aussagekräftiger wiedergebende Berechnung war jedoch auf Basis der vorhandenen Daten nicht sinnvoll möglich, weil sich bspw. die Kosten der Endabrechnung von Projekten nicht mit ausreichender Schärfe von den Kosten der übrigen Kontrolltätigkeiten auf Ebene der verwaltenden Stellen trennen ließen. Die beiden herangezogenen Bezugsbasen markieren – auf Basis der überprüften Faktenlage – eine Bandbreite, innerhalb der realistischerweise die Kosten der Kontrolle je 100 EUR Förderung anzusetzen sind.

(3) Da die Maßnahmen des Schwerpunkts 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“; z.B. Förderung eines externen Beraters, der im Auftrag der Landesregierung Vergabeverfahren für Projekte betreut, Projekte prüft, evaluiert und dokumentiert sowie Jahresberichte erstellt) einen großen Teil der Ausgaben der Länder ausmachten, wurde bei diesen Ausgaben folgender Effekt besonders spürbar: Diese Ausgaben stellten gleichzeitig Kosten der Kontrolle und Mittel der Schwerpunkt-Maßnahme dar, so dass die Kosten der Kontrolle – insoweit deren Finanzierung aus Schwerpunkt 5 erfolgte – einen Euro je Euro Förderung betrugen. Dies erhöhte die durchschnittlichen Kosten der Kontrolle der Länder (insbesondere Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg; siehe dazu Tabelle 4).

Ausschöpfungsquote **22.1** Die folgende Tabelle 5 stellt die gemäß dem OP Beschäftigung vorgesehenen Ausgaben den gemeldeten bzw. bewilligten Förderungen der Jahre 2007 bis 2009 gegenüber.

Tabelle 5: Ausschöpfungsquote des OP Beschäftigung									
	OP 2007 bis 2013 (Plan)	Gemeldete Förderungen per Ende 2008	Anteil 2007/2008 an OP	Bewilligte Förderungen per Ende 2008 ²	Anteil 2007/2008 an OP	Gemeldete Förderungen per Ende 2009	Anteil 2007 bis 2009 an OP	Bewilligte Förderungen per Ende 2009	Anteil 2007 bis 2009 an OP
	in Mill. EUR		in %	in Mill. EUR	in %	in Mill. EUR	in %	in Mill. EUR	in %
AMS	683,26	78,20	12	231,30	34	167,13	24	381,00	56
BSB	177,80	0	0	45,71	26	32,87	18	95,80	54
BMUKK	125,38	7,60	6	75,34	60	11,66	9	85,92	69
BMASK	92,88	0,52	1	1,14	1	0 ⁴	0 ⁴	4,02	4
Länder	35,49	7,49	21	9,93	28	21,86	62	80,15	226
Gesamt	1.114,81	93,81	8	363,42	33	233,52	21	646,89³	58
Planwerte des OP für die Jahre:¹									
2007 und 2008	302,93	93,81	31	363,42	120				
2007 bis 2009	458,94					233,52	51	646,89	141

¹ Im OP Beschäftigung sind auch die geplanten Gesamtausgaben pro Jahr dargestellt (allerdings nicht aufgeteilt auf die zwischengeschalteten Stellen). Die Ist-Ausgaben für 2007 und 2008 bzw. 2007 bis 2009 können daher mit den jeweiligen, durch Kumulation der Jahresdaten errechneten Soll-Werten des OP Beschäftigung verglichen werden.

² Bewilligung durch zwischengeschaltete Stellen; Beträge noch nicht abgerechnet

³ Etwa 10 % des Gesamtbetrages mussten – im Bereich der Länder – auf Basis der ESF-Mittel unter Annahme eines 45 %-Anteils des ESF an der Gesamtfinanzierung hochgerechnet werden.

⁴ Aufgrund formaler Unstimmigkeiten mit der Bescheinigungsbehörde meldete das BMASK per Ende 2009 keine Ausgaben und zog somit auch den per Ende 2008 gemeldeten Betrag (0,52 Mill. EUR) zurück.

Quelle: Verwaltungsbehörde/BMASK, OP Beschäftigung und Ausgabenmeldungen der zwischengeschalteten Stellen an die Bescheinigungsbehörde; im OP Beschäftigung besteht kein höherer Detaillierungsgrad der zwischengeschalteten Stellen.

Die Daten zeigen, dass Ende 2008 die Ausschöpfungsquote bezüglich der gemeldeten Förderungen deutlich hinter den Planwerten des OP Beschäftigung lag. Bis Ende 2009 gelang es zwar, die Ausschöpfungsquote zu verbessern, sie unterschritt aber noch immer deutlich die Planwerte. Die Verwaltungsbehörde betrachtete diesen Rückstand jedoch als normal und nicht größer als bei früheren Programmen. Der hohe Grad an bewilligten Mitteln (ein Drittel für zwei von sieben Jahren) unterstützte diese optimistische Ansicht. Das OP Beschäftigung verteilt die Ausgaben auf die Jahre 2007 bis 2013, tatsächlich können die Ausgaben noch bis 2015 getätigt werden.

Kosten der Kontrolle

Bis Mitte 2010 erhöhte sich der Anteil der bis dahin bewilligten Förderungen an den für die Gesamtperiode 2007 bis 2013 vorgesehenen Mitteln auf gesamt 64 % (davon für den größten Förderungsgeber AMS 62 % (bezogen auf die ESF-Mittel allein 66 %), für das BSB 69 %, das BMUKK 64 %, das BMASK 4 % und die Länder 227 %).

- 22.2** Der RH warnte, dass große Unterschiede zwischen den Beträgen für bewilligte und gemeldete (d.h. endabgerechnete) Förderungen auf eine zu langsame Arbeit der First Level Control hindeuten können. Dies würde zu einer Häufung der Kontrollen gegen Ende der Programmperiode und damit zu Engpässen führen.

Der RH empfahl dem BMASK (Verwaltungsbehörde), die First Level Control der zwischengeschalteten Stellen in Bezug auf den Arbeitsfortschritt zu beobachten und bei hohen Differenzen zwischen bewilligten und gemeldeten Förderungen auf effizienteren bzw. verstärkten Ressourceneinsatz zu dringen.

- 22.3** *Gemäß Stellungnahme der Landesregierung von Tirol sei die Differenz zwischen bewilligten und gemeldeten Förderungen nicht auf langsame Kontrollen sondern die Komplexität der Vorschriften und die Knappheit der Mittel zurückzuführen.*

Beauftragung von externen Dienstleistungsunternehmen

Preisvergleich der Fremdleistungen

- 23.1** (1) Die meisten Länder beauftragten externe Dienstleistungsunternehmen mit Teilen der Betreuung und Kontrolle der Förderungsabwicklung. Auch das BMASK, das BMUKK und das AMS beauftragten externe Prüfungsunternehmen mit Kontrollaufgaben. Die vereinbarten Entgelte für diese im Wesentlichen gleichen oder zumindest ähnlichen Leistungen unterschieden sich deutlich, wie in folgender Tabelle 6 an den angewandten Tagsätzen gezeigt wird.

Tabelle 6: Verträge mit externen Dienstleistungsunternehmen				
Auftraggeber	Vereinbartes Entgelt (inkl. 20 % USt)	Periode laut Vertrag	Tagsatz (inkl. 20 % USt)	Vertrag
	in EUR		in EUR	
NÖ	820.000	2007 – 2010	–	F
OÖ	162.000	2008 – 2009	480	W
S	36.984	2008 – 2009	322	W
	599.400	2008 – 2011	810	W
St	657.336	2007 – 2011	732	W
	189.090	2008 – 2009	543	W
	17.616	2007 – 2008	1.470	W
T	Offene Kooperationsvereinbarung		–	F
V	754.680	2007 – 2011	456	W
BMASK	985.431	2010 – 2015	1.336	W
	29.818	2009	576	W
	29.820	2005	852	W
AMS	19.800	2009 – 2010	1.320	W
AMS Kärnten	378.892	2007 – 2008	515	W
BMUKK	1.566.156	2008 – 2014	414	W

W = Werkvertrag

F = Förderungsvereinbarung

(2) Der höchste Tagsatz von 1.470 EUR bezog sich hauptsächlich auf vergaberechtliche Beratung, also ein spezielles Fachgebiet. Die beiden weiteren über 1.300 EUR liegenden Tagsätze fielen für die externe Wahrnehmung der Second Level Control an. Die anderen Aufträge beinhalteten im Wesentlichen Steuerungs- und Koordinierungsaufgaben sowie Kontrollen (First Level Control) und Reporting in den Schwerpunktbereichen 3b („Integration arbeitsmarktferner Personen“) und 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“). Oberösterreich und das BMUKK vergaben auch die Durchführung der First Level Control.

Die vom BMF als Kalkulationsgrundlage kundgemachten Durchschnittspersonalkosten²⁷ für einen – für die Aufgabe jedenfalls qualifizierten – Akademiker des „Höheren Dienstes 2“ ergeben einen Tagsatz von 396,24 EUR.

²⁷ BGBl. II Nr. 50/2009

Beauftragung von externen Dienstleistungsunternehmen

(3) Während die meisten Stellen Aufträge in Form von Werkverträgen mit vertraglich festgelegten Leistungen, Leistungstagen und Entgelten vergaben, arbeiteten Niederösterreich und Tirol mit Förderungs- bzw. Kooperationsverträgen.

- Der niederösterreichische Förderungsvertrag beinhaltete die Leistungen und Maximalkosten und stützte sich auf ein vom Auftragnehmer vorgelegtes Konzept.
- Der Tiroler Kooperationsvertrag wies der Arbeitsmarktförderungsgesellschaft mbH Tirol lediglich die Aufgabe der Koordinationsstelle zu, ohne Leistung und Entgelt zu quantifizieren oder zu begrenzen.

(4) Die Steiermärkische Landesregierung gestattete ihrer Vertragspartnerin Unternehmensberatung „A“, die Unternehmensberatung „B“ als Subunternehmer heranzuziehen. Aus ihrer eigenen Vertragsbeziehung mit der Unternehmensberatung „B“ war der Steiermärkischen Landesregierung bekannt, dass der Tagsatz der Unternehmensberatung „B“ im Schnitt nur etwa drei Viertel (bei hochqualifizierten Tätigkeiten 90 %) des Tagsatzes der Unternehmensberatung „A“ betrug.

23.2 (1) Der RH erachtete die Unterschiede bei den verrechneten Tagsätzen unter sachlichen Gesichtspunkten als nicht plausibel. Ihm war nicht nachvollziehbar, dass die Unterschiede in den Anforderungen für die First und Second Level Control einen mehr als doppelten Tagsatz (Oberösterreich 480 EUR, BMUKK 414 EUR gegenüber BMASK 1.336 EUR) rechtfertigten.

Der RH empfahl dem BMASK (BSB) sowie dem BMUKK, dem AMS, den Landesregierungen von Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg und dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (als den zwischengeschalteten Stellen), bei der Vergabe von Leistungen in vergleichbaren Sachgebieten enger zusammenzuarbeiten.

Insbesondere dem BMASK, dem AMS sowie den Landesregierungen von Salzburg und Steiermark empfahl er, die Angemessenheit der geleisteten Entgelte für vergebene Leistungen zu überdenken.

(2) Das BMASK, das AMS sowie die Landesregierungen von Salzburg und Steiermark sollten angesichts der hohen Tagsätze für Fremdleistungen Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen, ob eine Umschichtung bzw. Erhöhung eigener Ressourcen, um die eingekauften Leistungen selbst zu erbringen, wirtschaftlich wäre. Dies hätte auch den Vorteil, entsprechend breites Know-how bei den Dienststellen zu gene-

rieren, das eine zügige Planung und Implementierung des Kontrollsystems sowie die notwendigen Abschlussarbeiten einer Programmperiode besser gewährleisten könnte.

(3) Bei Vergabe durch einen detaillierten Werkvertrag sah der RH die Verfolgbarkeit der Erfüllung der Kosten- und Leistungsziele besser gegeben als bei Förderungs- oder Kooperationsverträgen. Er empfahl daher den Landesregierungen von Niederösterreich und Tirol die Beauftragung externer Dienstleister nicht durch Förderungsverträge, sondern durch Werkverträge, in denen die erwarteten Leistungen und die dafür jeweils zu leistenden Entgelte klar definiert sind.

(4) Der RH empfahl der Steiermärkischen Landesregierung, künftig ihre Vertragsbeziehungen mit externen Dienstleistungsunternehmen dahingehend zu überdenken, dass das Land von der Heranziehung eines günstigen Sub-Auftragnehmers auch selbst profitieren kann.

23.3 *Das BMASK sagte zu, die Angemessenheit der Entgelte zu prüfen und das Thema bei den jährlichen Treffen mit den zwischengeschalteten Stellen einzubringen. Die Selbsterbringung ausgeschriebener Leistungen sei mangels Planstellen nicht möglich.*

Laut Stellungnahme des AMS waren die von ihm geleisteten Entgelte angemessen. Eine engere Zusammenarbeit bei der Beauftragung externer Dienstleister wäre von der Verwaltungs- oder der Prüfbehörde zu koordinieren. Im Übrigen trat das AMS der Argumentation des BMASK bezüglich des Planstellenmangels bei.

Das BMUKK stimmte einer verstärkten Zusammenarbeit zu, sah aber besonders im IT-Bereich Schwierigkeiten.

Laut Stellungnahme der Landesregierung von Niederösterreich habe das BMWA bzw. das BMASK den Förderungsvertrag genehmigt. Er enthalte eine Leistungsbeschreibung sowie einen Maximalbetrag.

Laut Stellungnahme der Landesregierung von Salzburg seien alle Beauftragungen rechtskonform ausgeschrieben und der jeweilige Bestbieter beauftragt worden. Die Selbsterbringung ausgeschriebener Leistungen wäre zwar günstiger, sei aber aufgrund der Planstellenknappheit nicht möglich.

Beauftragung von externen Dienstleistungsunternehmen

Die Steiermärkische Landesregierung verwies darauf, die Vergabevorschriften eingehalten zu haben. Überdies sollte sich die Empfehlung des RH, die Selbsterstellung von bisher ausgeschriebenen Leistungen zu überlegen, auch an Niederösterreich und Tirol richten.

Laut Stellungnahme der Landesregierung von Tirol würde die Beauftragung künftig durch Werkvertrag erfolgen.

Der waff sowie der Wiener Stadtsenat wiesen darauf hin, im Bereich des OP Beschäftigung keine externen Dienstleister beschäftigt zu haben. Eine verstärkte Koordination durch das BMASK im IT-Bereich wäre aber zu begrüßen.

- 23.4** Der RH entgegnete der Landesregierung von Niederösterreich, dass die Beauftragung marktfähiger Dienstleistungen mittels Förderungsvertrags – statt mittels Werkvertrags – eine Ausschaltung des Wettbewerbs bedeutete und zu Beanstandungen durch die Europäischen Behörden führen könnte.

Gegenüber der Steiermärkischen Landesregierung verwies der RH auf die an die Länder Niederösterreich und Tirol gerichteten Empfehlungen. Kritik gegenüber anderen Ländern entbindet die Steiermark jedenfalls nicht von ihrer Sparsamkeitspflicht. Weiters verwies der RH auf die bestehende, unabhängige Geschäftsverbindung zu günstigeren Konditionen mit dem Subunternehmer. Die Steiermärkische Landesregierung sollte darauf achten, selbst die bestmöglichen Konditionen zu erhalten.

Verbuchung externer Dienstleistungen

- 24.1** (1) Das OP Beschäftigung legt unter Schwerpunkt 3b („Integration arbeitsmarktferner Personen“) die Förderung von spezifischen Maßnahmen zur Integration arbeitsmarktferner Personengruppen fest, wobei ausschließlich innovative Modellprojekte gefördert werden sollten. Die Förderung der Territorialen Beschäftigungspakte, die der Vernetzung und Unterstützung auch von 3b-Maßnahmen dienen (z.B. durch Beratung), ist in Schwerpunkt 5 geregelt.

Konträr zu diesen Vorgaben nahmen einige zwischengeschaltete Stellen auch Ausgaben für (meist externe) Beratung und Prozessbetreuung unter dem Schwerpunkt 3b in ihre Ausgabenmeldungen auf.

Das BMASK (Verwaltungsbehörde) erklärte gegenüber dem RH, dass es die Verbuchung dieser Ausgaben unter Schwerpunkt 3b nicht mehr als korrekt betrachte.

(2) Förderbare Maßnahmen unter Schwerpunkt 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) sind Unterstützungs- und Vernetzungsstrukturen sowie Studien, Monitoring, Evaluierungen und Öffentlichkeitsarbeit, nicht aber Aufgaben der First Level Control. Insbesondere die Werkverträge der Landesregierungen von Oberösterreich und Steiermark mit den externen Beratern enthielten demgegenüber unter „Finanzmanagement“ in Schwerpunkt 5 auch Aufgaben der First Level Control.

Das BMASK (Verwaltungsbehörde) kündigte gegenüber dem RH an, die Förderung der Territorialen Beschäftigungspakte im ersten Halbjahr 2010 einer Überprüfung zu unterziehen.

24.2 (1) Der RH erachtete die bisherige Verbuchung der externen Beratung und Förderungsbegleitung unter Schwerpunkt 3b („Integration arbeitsmarktferner Personen“) als nicht durch die Zielsetzung des Schwerpunkts 3b abgedeckt. Dadurch entstand eine Vermischung von Verwaltungsausgaben mit Ausgaben für förderungsbedürftige Personen, die eine transparente Darstellung der Mittelverwendung verhinderte.

Er empfahl dem BMASK (Verwaltungsbehörde), den zwischengeschalteten Stellen eine klare Information über die korrekte Verbuchung der Ausgaben für Projektunterstützung zu übermitteln. Die bisherigen Ausgabenmeldungen sollten im Hinblick auf nicht korrekte Erfassung dieser Ausgaben geprüft und gegebenenfalls richtig gestellt werden.

(2) Der RH erachtete Maßnahmen der First Level Control als nicht von den Zielsetzungen des Schwerpunkts 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) und den darin angeführten förderbaren Maßnahmen umfasst.

Er empfahl dem BMASK (Verwaltungsbehörde), diese Ausgaben zu kontrollieren und erforderlichenfalls Korrekturen zu veranlassen.

Ferner sollten die Oberösterreichische sowie die Steiermärkische Landesregierung keine Ausgaben der First Level Control im Rahmen des Schwerpunkts 5 geltend machen. Diese Ausgaben könnten allenfalls unter Schwerpunkt 6 („Technische Hilfe“) geltend gemacht werden.

24.3 *Das BMASK sagte die Umsetzung zu.*

Die Landesregierung von Oberösterreich verwies auf die ursprüngliche Zustimmung des BMASK (Verwaltungsbehörde). Nunmehr würden die Leistungen korrekt verbucht.

Beauftragung von externen Dienstleistungsunternehmen

Laut Stellungnahme der Steiermärkischen Landesregierung habe die Verwaltungsbehörde die Verbuchung bewilligt. Die Kritik wäre somit nicht nachvollziehbar. Eine allfällige Prüfung und Korrektur würde zusätzliche Kosten verursachen.

Die Landesregierung von Tirol würde gemäß ihrer Stellungnahme mehr Information durch das BMASK begrüßen. Bezüglich allfälliger Korrekturen der Verbuchung wären deren Folgen zu bedenken.

- 24.4** Der RH entgegnete der Oberösterreichischen und Steiermärkischen Landesregierung, dass die kritisierte Verbuchung durch das OP Beschäftigung nicht gedeckt ist. Das BMASK (Verwaltungsbehörde) hatte sich gegenüber dem RH im selben Sinne geäußert. Im Vergleich zum Risiko von Rückforderungen durch die Kommission erachtete der RH die Kosten einer Überprüfung der Verbuchung für vertretbar.

Spezielle Probleme bei der Abwicklung von ESF-Mitteln

- 25.1** Probleme bei der Abwicklung von ESF-Mitteln ergaben sich weniger durch den Kontrollaufwand als vielmehr durch
- die Komplexität der Vorschriften und damit einhergehend Unklarheiten bezüglich ihrer Interpretation,
 - die Festlegung von Vorschriften durch die Kommission erst nach Beginn der Programmperiode sowie
 - hohe formale Anforderungen wie umfangreiches Dokumentations- und Berichtswesen.
- 25.2** Der RH empfahl dem BMASK als letztverantwortlicher Stelle, gegenüber der Kommission weiter auf eine Vereinfachung und Praxisorientierung des Regelwerkes zu drängen.
- 25.3** Das BMASK erklärte, dieser Empfehlung bereits nachgekommen zu sein und auch bezüglich der nächsten Strukturfondsperiode nachzukommen.

Das BMUKK stimmte zu und verwies bei nachträglichen Änderungen der Regeln durch die Kommission insbesondere auf entstehende Probleme mit Vertragspartnern.

Die Landesregierung von Tirol bestätigte die Komplexität des Regelwerks.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen zur Kostenerhebung

26 Da die Kostenerfassung in den überprüften Stellen nicht speziell auf ESF-kofinanzierte Förderungen ausgerichtet war, erforderte es eine weitgehende Schätzung der für Kontrollen dieser Förderungen benötigten Leistungszeiten. Diese Schätzungen waren zumindest in den drei großen Organisationen AMS, BMASK/BSB und BMUKK von ausreichender Qualität, um ein realitätsnahes Abbild der tatsächlichen Kosten bieten zu können.

Neben den sich aus Schätzungen ergebenden Unsicherheiten führten die späte Genehmigung des OP Beschäftigung sowie die weiteren Verzögerungen bei der Einrichtung des Kontrollsystems dazu, dass typische Kontrolltätigkeiten bis Ende 2008 noch nicht angefallen waren.

Eine Darstellung der ermittelten Kosten an Hand des Indikators „Kosten der Kontrolle je 100 EUR Fördermittel“ ergab – je nach Bezugsbasis – Kosten der Kontrolle zwischen 3 EUR und 13 EUR je 100 EUR Fördermittel. Eine genauere Bestimmung war aufgrund des beschränkten Detaillierungsgrades der verfügbaren Daten nicht möglich. Ein realitätsnaher Wert liegt nach Ansicht des RH zwischen diesen beiden Extremwerten.

Eine aussagekräftige Hochrechnung der Kosten der Kontrolle für die gesamte Programmperiode erachtete der RH auf Basis der vorhandenen Daten als unzweckmäßig.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

27 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMASK

(1) Das im Bereich Europäischer Sozialfonds federführende BMASK sollte im Rahmen der Diskussionen mit der Kommission betreffend Kosten neben dem Nutzen von Kontrollen auch auf die nachteiligen Folgen hinweisen, bspw. die Nichtinanspruchnahme von EU-Förderungen aufgrund hoher administrativer Kosten oder die Bevorzugung von in der Förderungsabwicklung eingespielten Förderungsvorhaben. Dabei wäre bspw. auf eine adäquate Differenzierung der Kontrollerfordernisse nach der Förderungshöhe (Proportionalitätsprinzip) oder dem Förderungstyp zu dringen. (TZ 3)

(2) Das BMASK sollte intensive Anstrengungen unternehmen, um die durch eigene Strategiefestlegung sowie durch die Vorschriften zur Umsetzung des Operationellen Programms Beschäftigung (OP Beschäftigung) vorgegebenen weiteren Fristen zu erfüllen und rechtzeitig auf die dafür benötigten Ressourcen Bedacht zu nehmen. (TZ 12)

(3) Der Ressourcenbedarf für die Arbeiten zum Abschluss der laufenden Programmperiode 2007 bis 2013 und den Beginn der neuen Programmperiode wäre rechtzeitig bereitzustellen, um einen zügigen Start des neuen OP Beschäftigung zu ermöglichen. (TZ 14)

(4) Bei der Aktualisierung der Beschreibung des gegenwärtigen OP Beschäftigung sowie bei der Erstellung der Beschreibung des Verwaltungs- und Kontrollsystems für die nächste Programmperiode sollte das BMASK die rechtzeitige Abstimmung zwischen den Beteiligten sicherstellen, um Lücken und Unklarheiten im Prozessablauf aufzudecken. (TZ 15)

(5) Bezüglich der Aktualisierung des Verwaltungs- und Kontrollsystems für das OP Beschäftigung sollte allen zwischengeschalteten Stellen die Beschreibung des gesamten Verwaltungs- und Kontrollsystems übermittelt werden, so dass alle Beteiligten Informationen über das jeweils gültige Gesamtsystem besitzen. (TZ 15)

(6) Das BMASK (Bescheinigungsbehörde) sollte die regelkonforme Einhaltung des Bescheinigungsprozesses sicherstellen, um negative Folgewirkungen bei einer allfälligen Kontrolle durch EU-Organen zu vermeiden. (TZ 16)

(7) Der Bescheinigungsprozess wäre so zu gestalten, dass aus Beilagen zur Ausgabenerklärung klar ersichtlich ist, aus welchen von den zwischengeschalteten Stellen gemeldeten Beträgen (Ausgabenmeldungen) sich die Ausgabenerklärung zusammensetzt. Diese Information sollte in der Folge den zwischengeschalteten Stellen zugänglich sein, so dass diese die weitere Bearbeitung ihrer Ausgabenmeldung verfolgen können. (TZ 17)

(8) Das BMASK (Verwaltungsbehörde) sollte die First Level Control der zwischengeschalteten Stellen in Bezug auf den Arbeitsfortschritt beobachten und bei hohen Differenzen zwischen bewilligten und gemeldeten Förderungen auf effizienteren bzw. verstärkten Ressourceneinsatz dringen. (TZ 22)

(9) Das BMASK (Verwaltungsbehörde) sollte den zwischengeschalteten Stellen eine klare Information über die korrekte Verbuchung der Ausgaben für Projektunterstützung übermitteln. Die bisherigen Ausgabenmeldungen wären im Hinblick auf nicht korrekte Erfassung dieser Ausgaben zu prüfen und gegebenenfalls richtig zu stellen. (TZ 24)

(10) Das BMASK (Verwaltungsbehörde) sollte die unter dem Schwerpunkt 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) des OP Beschäftigung verbuchten Ausgaben im Hinblick auf darin eventuell enthaltene Tätigkeiten der First Level Control kontrollieren und erforderlichenfalls Korrekturen veranlassen. (TZ 24)

(11) Das BMASK als letztverantwortliche Stelle sollte gegenüber der Europäischen Kommission weiter auf eine Vereinfachung und Praxisorientierung des Regelwerks drängen. (TZ 25)

BMASK, BMUKK

(12) BMASK und BMUKK sollten die verpflichtende Einführung einer für die Bundesministerien einheitlichen Kosten- und Leistungsrechnung bis 2013 dazu nutzen, EU-Mittel-bezogene Tätigkeiten als eigene Aufgaben bzw. Kostenträger zu definieren. (TZ 18)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

BMASK, BMUKK,
Arbeitsmarktservice
Österreich (AMS),
Bundessozialamt
(BSB), Landesregie-
rungen von Nieder-
österreich, Ober-
österreich, Salzburg,
Steiermark, Tirol,
Vorarlberg und Wie-
ner ArbeitnehmerIn-
nen Förderungsfonds
(waff)

(13) Das BMASK und alle zwischengeschalteten Stellen sollten bei der Vergabe von Leistungen in vergleichbaren Sachgebieten enger zusammenarbeiten. (TZ 23)

BMASK, AMS, Landes-
regierungen von Salz-
burg und Steiermark

(14) Das BMASK, das AMS sowie die Landesregierungen von Salz-
burg und Steiermark sollten die Angemessenheit der geleisteten
Entgelte für vergebene Leistungen überdenken. (TZ 23)

(15) Das BMASK, das AMS sowie die Landesregierungen von Salz-
burg und Steiermark sollten angesichts der hohen Tagsätze für
Fremdleistungen Kosten-Nutzen-Überlegungen anstellen, ob eine
Umschichtung bzw. Erhöhung eigener Ressourcen, um die eingekauf-
ten Leistungen selbst zu erbringen, wirtschaftlich wäre. Dies hätte
auch den Vorteil, entsprechend breites Know-how bei den Dienst-
stellen zu generieren, das eine zügige Planung und Implementie-
rung des Kontrollsystems sowie die notwendigen Abschlussarbeiten
einer Programmperiode besser gewährleisten könnte. (TZ 23)

Landesregierungen
von Niederösterreich
und Tirol

(16) Die Landesregierungen von Niederösterreich und Tirol sollten
die Beauftragung externer Dienstleister nicht durch Förderungsver-
träge, sondern durch Werkverträge, in denen die erwarteten Lei-
stungen und die dafür jeweils zu leistenden Entgelte klar definiert
sind, vornehmen. (TZ 23)

Landesregierungen
von Oberösterreich
und Steiermark

(17) Die Landesregierungen von Oberösterreich und Steiermark
sollten keine Ausgaben der First Level Control im Rahmen des
Schwerpunkts 5 („Territoriale Beschäftigungspakte“) geltend machen.
Diese Ausgaben könnten allenfalls unter Schwerpunkt 6 („Technische
Hilfe“) geltend gemacht werden. (TZ 24)

Landesregierung von
Niederösterreich

(18) Die Landesregierung von Niederösterreich sollte die Bescheinigungsprotokolle durch den Leiter der bescheinigenden zwischengeschalteten Stelle (Leiter der Buchhaltungsdirektion) unterfertigen lassen. (TZ 16)

Landesregierung von
Oberösterreich

(19) Die Landesregierung von Oberösterreich sollte bescheinigende und verwaltende zwischengeschaltete Stellen auf der gleichen hierarchischen Ebene ansiedeln, um die gebotene Aufgabentrennung dieser Stellen sicherzustellen. (TZ 16)

Steiermärkische
Landesregierung

(20) Die künftigen Vertragsbeziehungen mit externen Dienstleistungsunternehmen wären dahingehend zu überdenken, dass das Land von der Heranziehung eines günstigen Sub-Auftragnehmers auch selbst profitieren kann. (TZ 23)

Landesregierung von
Vorarlberg

(21) Die Landesregierung von Vorarlberg sollte auf die Unterfertigung des Bescheinigungsprotokolls durch die bescheinigende zwischengeschaltete Stelle achten und die Vermengung der Funktionen von bescheinigender und verwaltender Stelle vermeiden. (TZ 16)

Bericht des Rechnungshofes

**Finanzierung und Kosten von Leistungen in
Spitalsambulanzen und Ordinationen**

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	71
Abbildungsverzeichnis	73
Abkürzungsverzeichnis	74
Glossar	76

Vorarlberg

Wirkungsbereich des Landes Vorarlberg

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

KURZFASSUNG	83
Prüfungsablauf und -gegenstand	91
Allgemeines zur Finanzierung von Spitalsambulanzen	92
Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich	94
Dokumentation ambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich	100
Integrierte Planung ambulanter Leistungen	103
Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen	104
Versorgungspflicht der Spitalsambulanzen	108
Durchschnittliche Einnahmen je Spitalspatient	110
Stationäre Aufnahmen für an sich spitalsambulante Untersuchungen	111
Entlastungspotenzial für den stationären Bereich	112
Präoperative Abklärung der Patienten außerhalb der Krankenanstalt	113
Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen	115

Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanzangebot und hoher Facharztdichte _____	119
Grund- und OP-Leistungen in den Spitalsambulanzen _____	121
Zuweisungspraxis zu Spitalsambulanzen _____	122
Allgemeines zur Finanzierung und Leistung des niedergelassenen Bereichs _____	124
Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger _____	126
Vertragsärztedichte _____	128
Ärztekostenstatistik _____	129
Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele _____	131
Wechselwirkung zwischen intra- und extramuralem Bereich _____	140
Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs ambulanter Leistungen _____	144
Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen _____	151
ANHANG Anhänge 1 bis 6 _____	155

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Kennzahlen Spitalsambulanzen Vorarlberg_____	95
Tabelle 2:	Kennzahlen Spitalsambulanzen Oberösterreich _____	97
Tabelle 3:	Kennzahlen Spitalsambulanzen Niederösterreich _____	98
Tabelle 4:	Entwicklung der stationären und spitalsambulant Kosten in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich_____	104
Tabelle 5:	Leistungs- und Kostenentwicklung in den drei Kranken- anstalten_____	106
Tabelle 6:	Anzahl der Fälle und abgerechnete Beträge bei den Gebietskrankenkassen im niedergelassenen Bereich ____	107
Tabelle 7:	Durchschnittliche Einnahmen je stationären Aufenthalt, 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patient und ambulanter Frequenz_____	110
Tabelle 8:	Anzahl der 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten und der ambulant Frequenzen im Jahr 2008 _____	112
Tabelle 9:	Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen__	114
Tabelle 10:	Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit an Wochentagen _____	116
Tabelle 11:	Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit an Samstagen und Sonntagen _____	117
Tabelle 12:	Anzahl der niedergelassenen Fachärzte/Vertragsfachärzte je 100.000 Einwohner _____	117
Tabelle 13:	Zuweisungsart und -frequenz in Spitalsambulanzen____	122
Tabelle 14:	Vertragsärztedichte je 100.000 Anspruchsberechtigte ____	128
Tabelle 15:	Durchschnittlich abgerechnete Jahresbeträge je Vertragsarzt _____	129

Tabelle 16: Durchschnittlich abgerechnete Fälle je Vertragsarzt ____ 130

Tabelle 17: Durchschnittliche Ausgaben je Fall _____ 130

Tabelle 18: Tarife für Gastroskopie _____ 139

Tabelle 19: Vergleich der Ambulanzkosten mit den Durchschnitts-
preisen/Tarifen der Sozialversicherungsträger _____ 142

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zuständigkeiten und Versorgungsbereiche _____	93
Abbildung 2: Inanspruchnahme fachärztlicher und ambulanter Leistungen nach Wohnbezirken _____	120
Abbildung 3: Ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten _____	124
Abbildung 4: Ausgaben für Vertragsärztehonorare je Anspruchsberechtigten (als altersstandardisierte Kopfquote) _____	128
Abbildung 5: Verteilung diagnostische und Vorsorgeuntersuchungen – Mammographie _____	132
Abbildung 6: Verteilung diagnostische und Vorsorgeuntersuchungen – Coloskopie _____	133
Abbildung 7: Ausgaben für CT-Leistungen je Anspruchsberechtigten _____	136
Abbildung 8: Ausgaben für MRT-Leistungen je Anspruchsberechtigten _____	137

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	beispielsweise
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
etc.	et cetera
EUR	Euro
f.	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
inkl.	inklusive
Mill.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)
Nr.	Nummer
OGH	Oberster Gerichtshof
OP	Operation(en)
rd.	rund
RH	Rechnungshof
S.	Seite(n)
TZ	Textzahl(en)

u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VwGH	Verwaltungsgerichtshof
z.B.	zum Beispiel

Weitere Abkürzungen sind bei der erstmaligen Erwähnung im Text angeführt.

Glossar

Im Folgenden werden im Berichtsbeitrag und im Anhang verwendete Begriffe erläutert.

ambulanter Fall

erstmaliger Kontakt eines Patienten in einer Spitalsambulanz pro Jahr

ambulante Frequenz

jeder Kontakt eines ambulanten Falls mit einer Ambulanz

Coloskopie

Untersuchung des Dickdarmtrakts mittels Sonde

Cornea

Hornhaut

CT

computergesteuertes radiologisches Schnittbild–Untersuchungsverfahren

Duodenum

Zwölffingerdarm

EKG

Elektrokardiogramm: elektrisches Gerät zur Bestimmung der Herzrätigkeit

EMG- und ENG-Untersuchung

Elektromyographie: zur Messung der elektrischen Muskelaktivität;

Elektroneurographie: zur Messung der Funktion des peripheren Nerven

Endkosten

primäre Kosten einer Hauptkostenstelle abzüglich der Kostenminderungen

Endoskopie (Zystoskopie)

Untersuchung von Organen und Körperteilen mittels Sonde

Enzyme

wichtige Proteine für den Stoffwechsel

Excochleation

Gewebsentfernung mit einem scharfen Löffel

Exstirpation oder Excision

operatives Entfernen von Organen oder Gewebeteilen

extramuraler Bereich

niedergelassener ambulanter Versorgungsbereich

Fall im sozialen Krankenversicherungsbereich

jeder Besuch eines Patienten pro Arzt im Abrechnungszeitraum (in der Regel das Monatsquartal); jeder Fall kann zu mehreren Kontakten und Leistungsverrechnungen führen.

fixe Kosten

jene Kosten, die für die Bereitstellung des jeweiligen Untersuchungs- oder Behandlungsplatzes entstehen und nicht von der Leistungsmenge abhängig sind, wie z.B. die Abschreibungen von Anlagen und Gebäuden

Frequenz im sozialen Krankenversicherungsbereich

jede Leistung, für die von den sozialen Krankenversicherungsträgern ein Honorar entrichtet wird; eine Laboruntersuchung mit zehn Blutparametern würde demnach zu zehn Frequenzen im sozialen Krankenversicherungsbereich führen.

Gastroskopie

Untersuchung des Speiseröhren-, Magen- und Zwölffingerdarmtrakts mittels Sonde

Gaster

Magen

Grenzkosten

für die jeweilige Behandlung notwendige variable Personalkostenanteile (z.B. Überstunden), Verbrauchsgüter sowie anteilige Geräteabschreibungen

Grundleistungshonorar

Honorare aus den Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger für allgemeine Leistungen (bspw. Ordinationsgespräche oder Visiten)

intramuraler Bereich

Spitalsbereich (ambulant und stationär)

Karbunkel

eitrige Infektion

Kaustik

Gewebsentfernung mittels Elektrochirurgie

Kryochirurgie

Gewebsentfernung mittels Kälte

kurativ

auf Heilung abzielende Behandlung

Mammographie

radiologisches Untersuchungsverfahren der Brust

MRT

computergesteuertes magnetresonanstechnisches Schnittbild-Untersuchungsverfahren

Myelographie

Verfahren zur Darstellung des spinalen Hirnwasserraums (Subarachnoidalraums)

Ösophagus

Speiseröhre

Otomikroskopie

Untersuchung des Gehörgangs

Phlebographie

radiologisches Untersuchungsverfahren zur Beurteilung der Venen

Polypektomie

Geschwulstentfernung

Primärkosten

Kosten, die unmittelbar bei der leistungserbringenden Kostenstelle (Ambulanz) entstehen, wie bspw. Personalkosten für die Untersuchung/Behandlung oder Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter

Sekundärkosten

Kosten (auch Gemeinkosten), die nicht unmittelbar bei der medizinischen Leistungserbringung entstehen, wie bspw. Kosten der zentralen medizinischen Versorgung und der Verwaltung; diese werden den Primärkosten nach einem Umlageschlüssel prozentuell zugeschlagen.

Sonderleistungshonorar

Honorare aus den Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger für eine bestimmte Leistung (bspw. Coloskopie oder EKG). Zu diesen Einzelleistungen wird in der Regel auch eine Grundleistung verrechnet.

Teilkosten

für die jeweilige Behandlung notwendige Personalkosten, Verbrauchsgüter und Geräteabschreibungen

Tränensekretionsmessung

Tränenflussmessung

1-Tages-Aufnahmen

Patienten, die an einem Tag aufgenommen und am folgenden Tag wieder entlassen werden; für die Verrechnung nach der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung 1997 kann dafür neben einer allfälligen medizinischen Einzelleistung eine Tageskomponente verrechnet werden.

0-Tages-Aufnahmen

Patienten, die an ein und demselben Tag aufgenommen und wieder entlassen werden

Umlageschlüssel

Für die innerbetriebliche Leistungsverrechnung einer Krankenanstalt muss eine Zuordnung der Kosten von einer Hilfskostenstelle (z.B. Zentralsterilisation, Wäscherei) auf eine Hauptkostenstelle (z.B. interne Ambulanz, Radiologie) erfolgen. Dafür können gemäß Kostenrechnungsverordnung so genannte Umlageschlüssel, wie bspw. Anzahl der Sterilguteinheiten oder Kilogramm gereinigte Wäsche, verwendet werden.

variable Kosten

jene Kosten, die unmittelbar für die Erbringung einer medizinischen Leistung entstehen; dazu gehören z.B. die Personalkosten und die für eine Untersuchung benötigten Verbrauchsgüter. In Krankenanstalten wird ein Teil der Personalkosten oft als Fixkostenfaktor betrachtet, weil durch die Vorhalteleistungen ein bestimmter Personalstand unabhängig von der erbrachten Leistungsmenge bereitgestellt werden muss.

Vollkosten

für die jeweilige Behandlung notwendige Personalkosten, Verbrauchsgüter und Geräteabschreibungen einschließlich der für den Spitalsbetrieb notwendigen sonstigen Kosten (Sekundärkosten)

Wirkungsbereich des Landes Vorarlberg

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

Das Ziel der Gesundheitsreformen, Leistungen vom stationären in den ambulanten bzw. vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich zu verlagern und damit die Kostensteigerung einzudämmen, wurde nicht erreicht.

Innerhalb von drei Jahren nahmen sowohl die stationären als auch die ambulanten Endkosten um 18,3 % bzw. 20,3 % zu. Auch die Ausgaben der Gebietskrankenkassen stiegen um 11,8 %. Ausschlaggebend war u.a., dass die bisherige Finanzierung der Krankenanstalten nach wie vor starke Anreize zur stationären Versorgung bot. Sowohl bei den Krankenanstalten als auch bei den sozialen Krankenversicherungsträgern gab es inhomogene Spitalsambulanzkosten- bzw. Tarifstrukturen.

KURZFASSUNG

Prüfungsziel

Ziel der Prüfung war es, die Kosten für ausgewählte medizinische Leistungen von Spitalsambulanzen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich mit den Tarifen und Durchschnittspreisen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) zu vergleichen. (TZ 1)

Es ging darum, festzustellen, wo ausgewählte medizinische Leistungen kostengünstiger erbracht wurden. Damit sollten Aussagen zur Realisierung einer seit 2005 geplanten, bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich getroffen werden. Zudem wurden auch die zwischen den Bundesländern bestehenden Unterschiede bei der Abgeltung der Ambulanzleistungen in den Krankenanstalten und die komplexen Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger beurteilt. (TZ 1)

Finanzierung von Spitalsambulanzen

Die Länder hatten größere budgetäre Möglichkeiten zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen als die sozialen Krankenversicherungsträger. Sie haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern. (TZ 2)

Das Ziel des im Jahr 1997 neu eingeführten Finanzierungssystems, Leistungen vom stationären in den spitalsambulanten Bereich zu verlagern, wurde nicht erreicht. Im Zeitraum 2005 bis 2008 stiegen die stationären Endkosten zwischen 12,9 % (Landeskrankenhaus Feldkirch; LKH Feldkirch) und 26,6 % (Landeskrankenhaus St. Pölten; LKH St. Pölten), die ambulanten Endkosten zwischen 19,9 % (KH Ried) und 70 % (LKH St. Pölten). (TZ 6)

Im selben Zeitraum verzeichneten auch die Gebietskrankenkassen Ausgabensteigerungen für den niedergelassenen Bereich, und zwar zwischen 2,5 % (NÖGKK) und 16,4 % (OÖGKK). (TZ 6)

Die Beträge, die im Jahr 2008 an die Fondskrankenanstalten zur Finanzierung der Spitalsambulanzen ausbezahlt wurden, basierten immer noch auf dem Leistungsangebot von 1996. Neu hinzugekommene Leistungen blieben in diesem System unberücksichtigt. Das System war überwiegend nicht geeignet, eine leistungsgerechte, wie insbesondere an den Zielen des zweiten Abschnitts der Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG orientierte Finanzierung von spitalsambulanten Leistungen zu erreichen. (TZ 3)

In Vorarlberg konnten mit den an die Spitalsambulanzen im Jahr 2008 ausbezahlten Fondsmitteln rd. 85 % der ambulanten Endkosten abgedeckt werden. Damit kam Vorarlberg dem Ziel einer möglichst kostendeckenden ambulanten Versorgung sehr nahe. Die Kostendeckung schwankte in den einzelnen Krankenanstalten zwischen rd. 77 % (LKH Feldkirch) und rd. 114 % (LKH Rankweil). (TZ 3)

In Oberösterreich gab es einen durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von nur rd. 32 % und starken Schwankungsbreiten in den Kostendeckungsgraden der einzelnen Krankenanstalten. Die Deckungsbeiträge schwankten zwischen rd. 14 % (Landesnervenklinik Wagner-Jauregg) und rd. 60 % (KH der Elisabethinen Linz). Das KH Ried erzielte einen Kostendeckungsgrad von rd. 39 %. (TZ 3)

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

In Niederösterreich wurden die Spitalsambulanzen mit Mitteln aus fünf verschiedenen Töpfen finanziert. Daraus ergab sich landesweit ein Kostendeckungsgrad von rd. 44 % mit einer Bandbreite von rd. 8 % für das Landesklinikum Mostviertel Amstetten–Mauer (Landesnervenklinik) bis rd. 66 % für das Landesklinikum Mostviertel Amstetten (LK Amstetten). Das LK St. Pölten lag bei rd. 44 %. (TZ 3)

Somit kam nur die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg dem Ziel einer möglichst kostendeckenden Versorgung sehr nahe, obwohl die Kostendeckungsgrade zwischen den einzelnen Fondskrankenanstalten nicht ausgeglichen waren. Das ober- und das niederösterreichische Modell zur Finanzierung spitalsambulanter Leistungen war nur bedingt geeignet, die Mittel effizient und leistungsgerecht zu verteilen. (TZ 3)

Dokumentation und integrierte Planung ambulanter Leistungen

Gegenwärtig fehlt eine bundesweit einheitliche Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich sowie damit ein Überblick über die bisher nicht erfassten Ambulanzleistungen und somit die Vergleichbarkeit der Leistungen zwischen den beiden Bereichen. Bisher dokumentierten die Länder ihre spitalsambulantesten Leistungen wegen verschiedener Anreize unterschiedlich. In Oberösterreich wurde umfassend dokumentiert, weil die Ärzte einen Anteil an den Gebühren erhielten und damit ein finanzielles Interesse an einer möglichst umfassenden Dokumentation hatten. (TZ 4)

Das Ziel der Art. 15a–Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2008, eine integrierte Planung ambulanter Leistungen flächendeckend durchzuführen, wurde nicht erreicht. Vorarlberg verfügte seit 2008 über einen Regionalen Strukturplan Gesundheit, Niederösterreich über keinen; in Oberösterreich umfasste der Plan lediglich die stationäre Akutversorgung. (TZ 5)

Auch das Ziel der Art. 15a–Vereinbarung aus dem Jahr 1997, die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen, konnte bis zum Jahr 2008 nicht erreicht werden. Im Zeitraum 2005 bis 2008 kam es sowohl im niedergelassenen Bereich als auch bei den stationären und insbesondere bei den ambulanten Leistungen zu deutlichen Steigerungen. Die Ausgaben im niedergelassenen Bereich stiegen österreichweit bei den Vertragsärzten gemäß § 2 ASVG um 11,8 %, die stationären Endkosten um 18,3 % und die ambulanten Endkosten um 20,3 %. (TZ 6)

Im Bundesländervergleich war die Steigerung im niedergelassenen Bereich im Zeitraum 2005 bis 2008 in Niederösterreich mit 2,5 % am geringsten, während dort die stationären Endkosten mit 28,9 % und die ambulanten Endkosten mit 41,5 % am deutlichsten anstiegen. (TZ 6)

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

Die Rechtsträger von Krankenanstalten sind verpflichtet, ambulante Leistungen in einem bestimmten Ausmaß vorzuhalten, wodurch Kosten entstehen. (TZ 7)

Es bestanden nach wie vor große finanzielle Anreize für Krankenanstalten, Patienten eher stationär aufzunehmen als ambulant zu behandeln, weil die Kosten der Spitalsambulanzen bei weitem nicht gedeckt waren und die Einnahmen für einen Patienten je stationären Aufenthalt wesentlich höher sind als jene bei einer ambulanten Behandlung. Es war für die Krankenanstalten daher finanziell vorteilhaft, Patienten nicht ambulant zu behandeln, sondern stationär aufzunehmen. (TZ 8)

Das Landeskrankenhaus Krems (LKH Krems) – wie auch einige andere niederösterreichische Krankenanstalten – nahm im Bereich der CT- und MRT-Leistungen Patienten, die üblicherweise ambulant untersucht werden könnten, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten auf und erzielte damit Mehreinnahmen. Die stationäre Aufnahme bedeutete aber auch Mehrkosten für den Patienten. (TZ 9)

Die drei Krankenanstalten (LKH Feldkirch, LKH St. Pölten und KH Ried) entlasteten ihren stationären Bereich in unterschiedlichem Maß durch 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten. Der relativ hohe Anteil des KH Ried war u.a. auf die hohe Gesamt-Bettenauslastung von nahezu 90 % und auf ein optimiertes Ambulanzmanagement zurückzuführen. Bei einer Verlagerung vom stationären Bereich in den 1-Tages- bzw. 0-Tages- und weiter in den ambulanten Versorgungsbereich in gleichem Ausmaß wie beim KH Ried wären für das LKH Feldkirch bzw. das LKH St. Pölten Einsparungen von rd. 0,5 Mill. EUR bzw. 3,6 Mill. EUR möglich. (TZ 10)

Präoperative Diagnostik

Aufgrund der derzeitigen Krankenanstaltenfinanzierung und der damit verbundenen niedrigen Kostendeckungsgrade bestand ein verstärkter Anreiz für die Krankenanstalten, die medizinische Abklärung des Patienten vor der Operation (EKG, Blutbild und Thoraxröntgen) in den niedergelassenen Bereich auszulagern. In Niederösterreich waren die Hinweise auf die Verlagerung der Leistungen in den Krankenversicherungsbereich besonders auffällig. Der Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen lag bei bis zu 98 % (Laboruntersuchungen im LK St. Pölten). Dabei ersparte sich der Rechtsträger je Fall ca. 30 EUR; im Gegenzug wurde die NÖGKK mit ca. 80 EUR je Fall belastet. Eine Leistungserbringung durch jenen Träger, der dies kosteneffizienter durchführt, brächte Einsparungspotenziale. (TZ 11)

Weitere Einsparungspotenziale ergäben sich, indem routinemäßig durchgeführte, aber medizinisch nicht notwendige Untersuchungen vor geplanten Operationen vermieden werden. (TZ 11)

Eine höhere Facharztdichte im niedergelassenen Bereich führte vor allem in den Ballungsräumen zu keinen Reduktionen von spitalsambulanten Leistungen. (TZ 12, 13)

Spitalsambulanzen waren durch Nachbehandlungen höher belastet als durch Erstbehandlungen. Nachbehandlungen werden in der Regel während der regulären Ambulanzzeiten durchgeführt und erfordern damit höhere Personalressourcen. Im Falle einer Übertragung von 50 % der Nachbehandlungen in den niedergelassenen Bereich, könnten in den Fällen, in denen diese Leistungen dort günstiger erbracht werden, Leistungen im finanziellen Umfang von jährlich rd. 2,4 Mill. EUR (LKH Feldkirch), rd. 0,7 Mill. EUR (KH Ried) und rd. 0,6 Mill. EUR (LK Krems) verlagert werden. (TZ 15)

Finanzierung und Leistungen des niedergelassenen Bereichs (Ordinationen)

Die BVA erzielte nicht nur die höchsten Gewinne, sondern verzeichnete auch die höchsten Ausgaben für die ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten. Die OÖGKK wies die niedrigsten Ausgaben je Anspruchsberechtigten auf, verzeichnete aber die höchsten Ausgabensteigerungen bei den abgerechneten Beträgen. (TZ 16)

Kurzfassung

Die Tarife der fünf verglichenen sozialen Krankenversicherungsträger waren höchst unterschiedlich. Sie unterschieden sich

- bei der Differenzierung in Grund- und Sonderleistungen (so gehörten Befundberichte bei der NÖGKK zu den Grundleistungen, bei der OÖGKK zu den Sonderleistungen),
- bei der Honorierung der Grundleistung,
- bei den Maßnahmen zur Kostenbeschränkung (Pauschalierungen, Degressionen, Limitierungen von Sonderleistungen, Honorarlimitierungen) und
- bei den enthaltenen Leistungen. (TZ 17)

Es war nicht nachvollziehbar, auf welcher Basis die ärztlichen Leistungen und die Tarife in die Honorarordnungen aufgenommen worden waren. Die Tarife waren eher das Ergebnis von Verhandlungen als das Abbild der tatsächlichen Kostensituation im niedergelassenen Bereich. Erst in den letzten Jahren nahmen die überprüften Krankenversicherungsträger einen Tarif für eine neue ärztliche Leistung nur noch dann in ihre Honorarordnungen auf, wenn entsprechende Kalkulationsgrundlagen vorlagen. Außerdem bemühten sie sich um eine Verhinderung unökonomischer Behandlungen insbesondere durch die Anwendung von Mengen- sowie Preis- und Ausgabenlimitierungen. (TZ 17, 23)

Die NÖGKK wies im Vergleich mit den anderen beiden Gebietskrankenkassen die höchste Vertragsärztedichte auf. In Niederösterreich kamen auf 100.000 Anspruchsberechtigte 109, in Vorarlberg 101 und in Oberösterreich 93 Vertragsärzte. In Niederösterreich erzielten einige medizinische Fachbereiche – vor allem Radiologie – die höchsten Jahresbeträge und verzeichneten die meisten Fälle je Vertragsarzt. (TZ 18, 19)

Bei den Leistungspositionen Mammographie und Coloskopie bestanden beträchtliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verteilung von diagnostischen und Vorsorgeuntersuchungen. Sowohl bei der Mammographie (rd. 54 %) als auch bei der Coloskopie (rd. 76 %) waren die Vorsorgeuntersuchungen bei der VGKK deutlich am höchsten. Die Gründe für die unterschiedliche Verteilung reichten von den unterschiedlichen Tarifen und der Förderung über die Dokumentation, die Evaluierung sowie die alters- und geschlechtsspezifischen Untersuchungsintervalle bis hin zu historischen Ursachen. (TZ 20)

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

Am Beispiel der VGKK, die mit einem Limit im Bereich der CT-Leistungen nur rund ein Drittel der Ausgaben je Anspruchsberechtigten der NÖGKK (0,91 EUR zu 3,18 EUR) und ohne Limit im Bereich der MRT-Leistungen mehr als die doppelten Ausgaben der OÖGKK (5,94 EUR zu 13,22 EUR) hatte, war der Einsparungseffekt einer Limitierung deutlich erkennbar. (TZ 21)

Bei den Tarifen ausgewählter Leistungen wurden erhebliche Unterschiede festgestellt. So zahlte die BVA für die Gastroskopie 87,87 EUR bzw. 119,06 EUR, die NÖGKK 75,05 EUR. Der Gesamttarif von rd. 210 EUR wurde von den Vertragsärzten der BVA-Landesstellen in unterschiedlichem Umfang verrechnet, und zwar in Vorarlberg in rd. 2 %, in Oberösterreich in rd. 26 % und in Niederösterreich in rd. 53 % der Fälle. (TZ 22)

Leistungs- und Kostenvergleich ambulanter Leistungen

Einige ambulante Leistungen waren in der Spitalsambulanz kostengünstiger als die im niedergelassenen Bereich von den sozialen Krankenversicherungsträgern bezahlten Durchschnittspreise und umgekehrt. Eine Mammographie kostete in der Spitalsambulanz zumindest rd. 65 EUR, in der Ordination bis zu rd. 113 EUR. Umgekehrt kostete eine MRT-Knie im spitalsambulanten Bereich bis zu rd. 234 EUR, im niedergelassenen Bereich zumindest rd. 150 EUR. (TZ 23)

Die Kostenrechnung in den Krankenanstalten war nicht einheitlich. (TZ 26)

Beim Kostenvergleich ausgewählter Leistungen war zu berücksichtigen, dass die Vollkosten rund dreimal und die Teilkosten rund doppelt so hoch waren wie die Grenzkosten. (TZ 27)

Kenndaten der sozialen Krankenversicherungsträger und Krankenanstalten

Eigentümer	LKH Feldkirch mit dem Rechtsträger Vorarlberger Krankenhaus-Betriebsgesellschaft mit beschränkter Haftung	
	KH Ried mit dem Rechtsträger Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried Betriebsgesellschaft m.b.H.	
	LK St. Pölten mit dem Alleingesellschafter Land Niederösterreich	
	VGKK ÖÖGKK NÖGKK BVA SVA	eigenständige Selbstverwaltungskörper gemäß Allgemeines Sozialversicherungsgesetz Beamten-Kranken- und Unfallversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 200/1967 i.d.g.F. Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz, BGBl. Nr. 560/1978 i.d.g.F.
2008 (in EUR)		
Kosten für Ambulanzleistungen	LKH Feldkirch	23.007.247
	KH Ried	10.244.524
	LK St. Pölten	44.592.189
Ausgaben für ärztliche Hilfe und gleichgestellte Leistungen	VGKK	117.773.067
	ÖÖGKK	367.270.530
	NÖGKK	421.980.124
	BVA	354.876.057
	SVA	230.251.693
Anzahl		
ambulante Patienten	LKH Feldkirch	99.705
	KH Ried	82.246
	LK St. Pölten	206.748
Anspruchsberechtigte	VGKK	305.955
	ÖÖGKK	1.159.941
	NÖGKK	1.131.935
	BVA	744.232
	SVA	654.288
Quellen: DIAG-Daten des BMG, Daten der Sozialversicherungsträger, Berechnungen des RH		

Prüfungsablauf und –gegenstand

- 1 Der RH überprüfte von Oktober 2009 bis Februar 2010 die Finanzierung und Kosten von ausgewählten Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen niedergelassener Ärzte in den Bundesländern Vorarlberg mit dem Landeskrankenhaus Feldkirch (LKH Feldkirch), Oberösterreich mit dem Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Ried im Innkreis (KH Ried) und Niederösterreich mit den Landeskliniken St. Pölten (LK St. Pölten) sowie fallweise Krems (LK Krems) und Amstetten (LK Amstetten). Die Überprüfung fand in diesen drei Bundesländern statt, weil diese die Dokumentation ambulanter Leistungen als Pilotprojekte eingeführt haben.

Ziel der Prüfung war es, die Kosten dieser Spitalsambulanzen mit den Tarifen und Durchschnittspreisen der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK), der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK), der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) und der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (SVA) zu vergleichen.

Es ging darum, festzustellen, in welchen der beiden Bereiche – Spitalsambulanzen oder Ordinationen – ausgewählte medizinische Leistungen kostengünstiger erbracht wurden. Damit sollten Aussagen zur Realisierung einer seit 2005 geplanten, bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich getroffen werden. Zudem wurden auch die zwischen den Bundesländern bestehenden Unterschiede bei der Abgeltung der Ambulanzleistungen in den Krankenanstalten und die komplexen Honorarordnungen der sozialen Krankenversicherungsträger beurteilt.

Die Kostenermittlung der ausgewählten Ambulanzleistungen im intramuralen Bereich erfolgte auf Basis einer Kostenträgerrechnung, welche die überprüften Krankenanstalten aktuell für das Jahr 2008 durchführten. Die Tarife für die Leistungen in Ordinationen (extramuraler Bereich) stammten aus den Honorarordnungen der fünf genannten sozialen Krankenversicherungsträger. Die an die Ärzte ausbezahlten Durchschnittspreise sowie Zuschläge wurden aufgrund der Abrechnungsergebnisse ermittelt. Sämtliche Daten beziehen sich auf das Jahr 2008 (Grundsätzliches zur Methodik siehe TZ 24).

Zu dem im Juni 2010 übermittelten Prüfungsergebnis gaben die drei Bundesländer, die fünf sozialen Krankenversicherungsträger und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hauptverband) zwischen Juli und September 2010 ihre Stellungnahmen ab. Das BMG nahm das Prüfungsergebnis zur Kenntnis. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im November 2010.

Allgemeines zur Finanzierung von Spitalsambulanzen

2.1 Zentrale Grundlage für die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen waren seit Einführung der Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung (LKF) die entsprechenden Art. 15a-Vereinbarungen¹ des Bundes und der Länder über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens.²

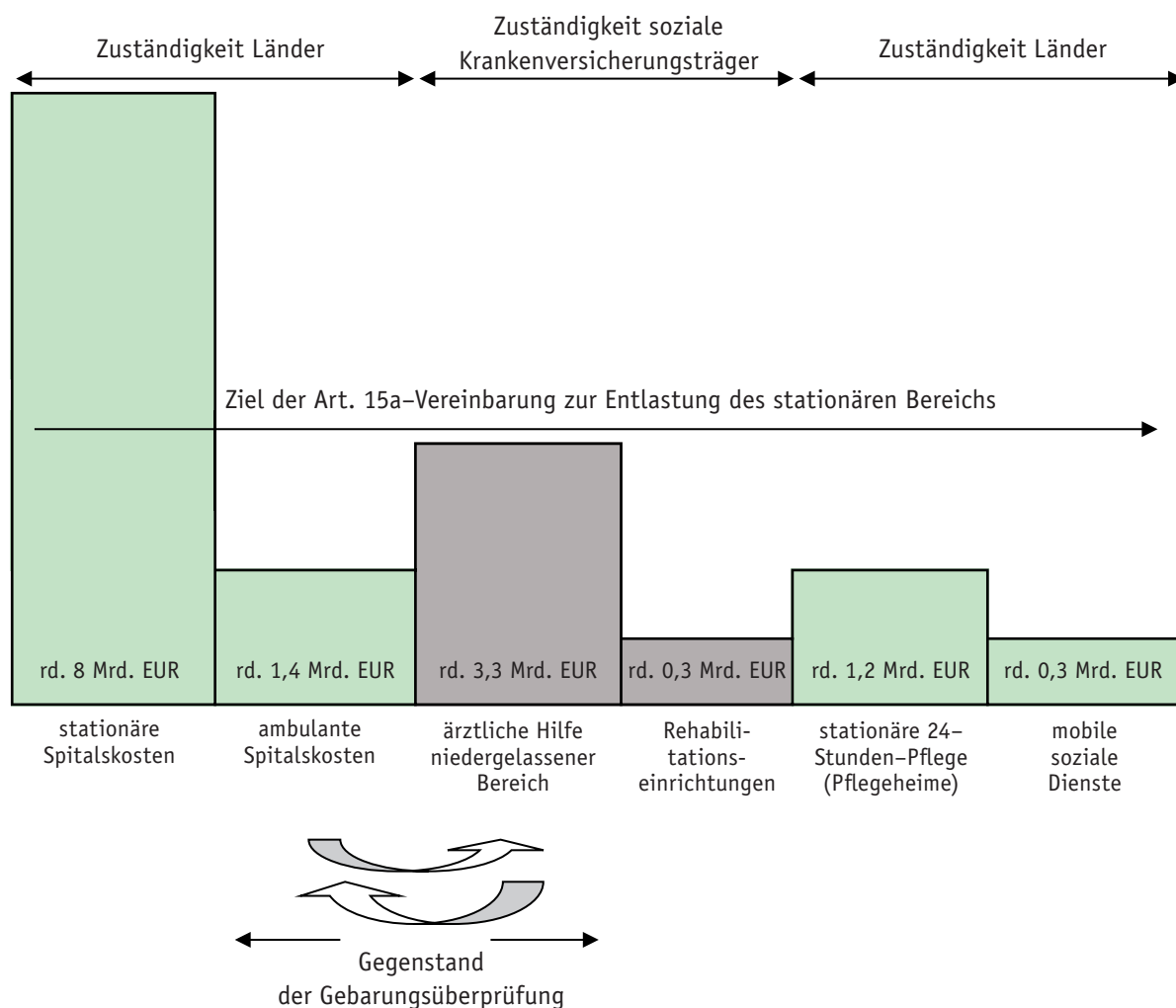
Ziel des im Jahr 1997 neu eingeführten LKF-Finanzierungssystems war es, u.a. für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus und vermehrte Leistungsverlagerungen vom stationären in den ambulanten bzw. vom ambulanten in den niedergelassenen Bereich zu sorgen sowie damit langfristig die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen.

Die Umsetzung dieser Ziele obliegt den Ländern und den sozialen Krankenversicherungsträgern. Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über die Zuständigkeiten zwischen Ländern und sozialen Krankenversicherungsträgern:

¹ Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, BGBl. I Nr. 111/1997, BGBl. I Nr. 73/2005 und BGBl. I Nr. 105/2008 i.d.g.F.

² Da die Inhalte einer Art. 15a-Vereinbarung nur die Vertragsparteien binden, nicht jedoch unmittelbar anwendbares Recht darstellen, wurden entsprechende Regelungen über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens in das Kranken- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) und die diesbezüglich ergangenen Ausführungsgesetze der Länder sowie in das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) aufgenommen.

Abbildung 1: Zuständigkeiten und Versorgungsbereiche



2.2 Nach Ansicht des RH verdeutlicht diese Darstellung, dass die budgetären Möglichkeiten der Länder zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen größer sind als jene der sozialen Krankenversicherungsträger. Länder haben die Kompetenz, Leistungen vom stationären in den ambulanten Spitalsbereich und weiter in den Pflege- sowie Hauskrankenpflegebereich zu verlagern.

Allgemeines zur Finanzierung von Spitalsambulanzen

- 2.3** Die Vorarlberger Landesregierung wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass die Setzung spitalsentlastender Maßnahmen eine Frage der richtigen Patientensteuerung sei und auch ganz maßgeblich die niedergelassenen Ärzte als Leistungserbringer betreffe. Überdies falle die Setzung spitalsentlastender Maßnahmen und damit die Sicherstellung einer abgestuften Versorgung in die Zuständigkeit des Bundes als Sozialversicherungsgesetzgeber bzw. als Grundsatzgesetzgeber betreffend die Regelung über den Zugang zu den Anstaltsambulatorien.

Laut Stellungnahme der Niederösterreichischen Landesregierung verfüge sie über keine Steuerungsmöglichkeiten bezüglich der Verlagerung der Patienten vom spitalsambulanten in den niedergelassenen Bereich. Dafür existierten auch noch keine bundesweiten Dokumentations- und Planungsgrundlagen.

- 2.4** Der RH teilte die Auffassung der Vorarlberger und der Niederösterreichischen Landesregierung, soweit sie auf die verfassungsrechtliche Kompetenzverteilung abzielt. Er stimmt auch mit den beiden Landesregierungen überein, dass dem niedergelassenen Bereich eine wesentliche Rolle bei der Patientensteuerung zukommt und eine zukunftsorientierte ambulante Versorgung auf einem integrierten bzw. sektorübergreifenden Modell basieren muss.

Der RH zeigte daher auf, dass die finanziellen Möglichkeiten der Länder zur Setzung spitalsentlastender Maßnahmen durch Verlagerung vom teuren stationären hin zum kostengünstigeren ambulanten sowie weiter in den Pflege- und Hauskrankenpflegebereich größer sind als jene der sozialen Krankenversicherungsträger. Dem RH ist allerdings auch bewusst, dass Leistungsverchiebungen vom spitalsambulanten hin zum niedergelassenen Bereich – und auch umgekehrt – eine Neuordnung der Finanzierung gemäß der Art. 15a-Vereinbarung zur Folge haben muss.

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

- 3.1** (1) Für ihre ambulanten Leistungen an krankenversicherten Patienten erhielten die Krankenanstalten Zahlungen aus dem jeweiligen Landesgesundheitsfonds.

In den Budgets der Landesgesundheitsfonds waren für die Finanzierung der spitalsambulanter Leistungen Pauschalbeträge vorgesehen (gedeckelte Fondsmittel), die jährlich mit jenem Prozentsatz valorisiert wurden, um den die Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger anstiegen.

Die für die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen von den Landesgesundheitsfonds zur Verfügung gestellten Mittel basierten der Höhe nach in allen drei Bundesländern auf den vor LKF-Einführung von den sozialen Krankenversicherungsträgern an die Fondskrankenanstalten geleisteten Ambulanzgebühren. Sie wurden im selben Verhältnis wie die vor Einführung der LKF im Jahr 1997 an jede einzelne Krankenanstalt geleisteten Ambulanzgebühren aufgeteilt. Neu hinzugekommene Leistungen blieben in diesem System unberücksichtigt.

(2) Der Vorarlberger Landesgesundheitsfonds stellte im Jahr 2008 zur Finanzierung der Spitalsambulanzen Mittel von rd. 35,6 Mill. EUR zur Verfügung. Mit den an die Spitalsambulanzen im selben Jahr ausbezahlten Fondsmitteln³ konnten rd. 85 % der ambulanten Endkosten von rd. 41,9 Mill. EUR abgedeckt werden.⁴ Die Kostendeckung schwankte in den einzelnen Krankenanstalten zwischen rd. 77 % (LKH Feldkirch) und rd. 114 % (LKH Rankweil)⁵.

Tabelle 1: Kennzahlen Spitalsambulanzen Vorarlberg

	ambulante Frequenz	Pauschalbetrag alt	Pauschalbetrag neu	Ambulanz- pauschalbeträge gesamt	ambulante Endkosten	Kosten abgedeckt
	Anzahl	in EUR				in % ¹
LKH Bludenz	60.741	906.700	1.749.800	2.656.500	2.734.703	97
LKH Bregenz	129.619	2.648.100	4.250.800	6.898.900	7.079.657	97
KH Dornbirn	123.468	2.025.600	1.775.400	3.801.000	4.791.806	79
LKH Hohenems	81.540	1.325.900	1.542.300	2.868.200	2.701.393	106
LKH Rankweil	12.659	330.800	1.088.500	1.419.300	1.240.551	114
KH Frastanz	8.019	59.400	154.900	214.300	295.828	72
LKH Feldkirch	251.995	13.435.100	4.287.500	17.722.600	23.007.247	77
gesamt	668.041	20.731.600	14.849.200	35.580.800	41.851.185	85

¹ gerundet

Quellen: Daten des Landesgesundheitsfonds Vorarlberg

³ 20.731.600 EUR Ambulanzpauschalbetrag-alt; 14.849.200 EUR Ambulanzpauschalbetrag-neu

⁴ Darin sind die Einnahmen, welche die Krankenanstalten aufgrund von Selbstzahlern erhielten, nicht berücksichtigt. Das LKH Feldkirch erhielt daraus im Jahr 2008 rd. 1,8 Mill. EUR zusätzlich.

⁵ Das Krankenhaus Maria-Ebene in Frastanz als Heilanstalt für Alkohol- und Medikamentenabhängige erzielte den niedrigsten Kostendeckungsgrad von rd. 72 %.

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

(3) Der Oberösterreichische Gesundheitsfonds stellte im Jahr 2008 zur Finanzierung der Spitalsambulanzen Mittel von rd. 92,9 Mill. EUR in Form so genannter Ambulanz-Gebührenersätze bereit. Im Unterschied zu Vorarlberg kam jedoch nicht die gesamte vom Fonds ausbezahlte Summe den Krankenanstalten zugute, weil die Spitalsärzte für ihre Tätigkeit im Rahmen der ambulanten Untersuchung und Behandlung gedeckelte Anteile an den Ambulanz-Gebührenersätzen erhielten.

Nach Abzug dieser Ärzteanteile standen den Krankenanstalten rd. 74,1 Mill. EUR an Fondsmitteln bei ambulanten Endkosten von rd. 228,1 Mill. EUR zur Verfügung, was einem durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von rd. 32 % entsprach. Die Deckungsbeiträge schwankten in den einzelnen Krankenanstalten zwischen rd. 14 % (Landesnervenklinik Wagner-Jauregg) und rd. 60 % (Krankenhaus der Elisabethinen Linz). Das KH Ried erzielte einen Kostendeckungsgrad von rd. 39 %.

Tabelle 2: Kennzahlen Spitalsambulanzen Oberösterreich

	ambulante Frequenzen	Ambulanz- gebühren- ersätze ¹	ambulante Endkosten	Kosten abgedeckt
	Anzahl	in EUR		in % ²
LKH Bad Ischl	78.336	1.699.044	5.026.168	34
KH St. Josef Braunau	173.536	2.331.681	7.293.712	32
LKH Freistadt	85.201	1.264.917	5.670.908	22
LKH Gmunden	125.387	1.023.835	7.006.708	15
LKH Kirchdorf	119.396	1.604.605	6.209.922	26
AKH Linz	401.896	12.412.149	30.069.643	41
KH Barmherzige Brüder Linz	110.143	1.816.152	10.832.854	17
KH Barmherzige Schwestern Linz	206.227	5.769.618	17.642.331	33
KH der Elisabethinen Linz	173.645	10.929.160	18.145.469	60
Landesnervenklinik Wagner-Jauregg	63.002	996.695	7.369.460	14
KH Ried	187.059	3.946.598	10.244.524	39
LKH Schärding	97.828	2.291.684	5.939.241	39
KH Kreuzschwestern Siering	8.785	131.131	835.132	16
LKH Steyr	309.343	6.984.667	21.066.102	33
LKH Vöcklabruck	259.204	3.476.256	20.292.733	17
Klinikum Wels-Grieskirchen	486.361	12.765.271	36.819.115	35
LKH Rohrbach	89.740	2.279.653	4.213.338	54
Frauen- und Kinderklinik Linz	99.799	2.385.691	13.416.446	18
gesamt	3.074.888	74.108.807	228.093.806	32

¹ Von den Ambulanzgebührenersätzen wurden die Ärzteanteile abgezogen.

² gerundet

Quellen: Daten des Landesgesundheitsfonds Oberösterreich

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

(4) Der Niederösterreichische Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS) stellte den Spitalsambulanzen Mittel aus fünf verschiedenen Töpfen zur Verfügung, die sich im Jahr 2008 auf insgesamt rd. 80,1 Mill. EUR beliefen, wobei der Ambulanzfonds nur mit rd. 25,4 Mill. EUR dotiert wurde. Unter Berücksichtigung dieser Strukturmittel ergab sich landesweit ein Kostendeckungsgrad von rd. 44 % mit einer Bandbreite von rd. 8 % für das Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer (Landesnervenklinik) bis rd. 66 % für das LK Amstetten. Das LK St. Pölten lag bei rd. 44 %.

Tabelle 3: Kennzahlen Spitalsambulanzen Niederösterreich

	ambulante Frequenzen	Finanzierung insgesamt	ambulante Endkosten	Kosten abgedeckt
	Anzahl	in EUR		in % ¹
LK Amstetten	150.617	5.642.088,03	8.569.776	66
LK Hohegg	3.534	145.282,33	840.811	17
LK Thermenregion Hainburg	41.537	223.488,21	1.712.995	13
LK Weinviertel Hollabrunn	58.899	676.927,80	3.402.967	20
LK Donauregion Klosterneuburg	48.334	832.952,05	2.251.648	37
LK Krems	165.238	6.650.017,13	11.307.657	59
LK Mostviertel Amstetten-Mauer (Landesnervenklinik)	8.536	63.348,64	840.073	8
KH Melk	66.486	1.000.509,17	3.701.721	27
LK Weinviertel Mistelbach	256.352	7.504.138,65	19.016.041	39
LK Thermenregion Neunkirchen	128.992	2.105.439,09	5.048.516	42
KH Scheibbs	52.999	864.942,98	3.441.186	25
LK Mostviertel Waidhofen a.d. Ybbs	42.599	843.758,97	1.776.628	47
LK Wr. Neustadt	382.749	13.434.335,90	25.837.705	52
LK Waldviertel Horn-Eggenburg-Allentsteig	204.465	7.404.191,52	13.174.389	56
LK Weinviertel Korneuburg-Stockerau	108.835	1.695.869,17	5.895.390	29
LK Donauregion Tulln/Gugging	71.937	2.733.426,28	5.485.780	50
LK Thermenregion Baden/Mödling	313.238	6.814.802,44	21.753.405	31
LK St. Pölten/Lilienfeld	463.862	19.399.356,20	44.592.189	44
LK Waldviertel Gmünd/Waidhofen a.d. Thaya/Zwettl	203.803	2.025.227,44	5.351.874	38
gesamt	2.773.012	80.060.102,00	184.000.751	44

¹ gerundet

Quellen: Daten des Landesgesundheitsfonds Niederösterreich

Laut NÖGUS sei die Einrichtung der zahlreichen Strukturtöpfe notwendig gewesen, um trotz der seinerzeit zersplitterten Spitalsstruktur mit zahlreichen Gemeinden als Rechtsträger das ambulante Leistungsangebot zielgerichtet steuern zu können.

- 3.2** Der RH stellte fest, dass die Beträge, die im Jahr 2008 an die Fondskrankenanstalten zur Finanzierung der Spitalsambulanzen ausbezahlt wurden, immer noch auf dem Leistungsangebot von 1996 basierten. Neu hinzugekommene Leistungen blieben in diesem System unberücksichtigt. Er hielt dieses System überwiegend für nicht geeignet, eine leistungsgerechte, wie insbesondere an den Zielen des zweiten Abschnitts der Art. 15a-Vereinbarung orientierte Finanzierung von spitalsambulantem Leistungen zu erreichen.

Die mangelnde Leistungsgerechtigkeit dieses Systems mit einer veralteten Bemessungsgrundlage für die Verteilung der Fondsmittel zeigt sich am Beispiel der 60 %igen Kostendeckung im KH der Elisabethinen Linz. Da diese Krankenanstalt bereits im Jahr 1994 eine Dialyseeinrichtung führte, wurden die dadurch entstandenen Kosten mitberücksichtigt. Im Fall des KH Ried, das eine solche Einrichtung erst später bekam, fanden die Kosten für die Dialysebehandlungen bspw. keinen Niederschlag in den vom Fonds ausbezahlten Ambulanz-Gebührensätzen, die im KH Ried nur rd. 39 % der ambulanten Kosten abdeckten.

Nach Ansicht des RH kam die Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg dem Ziel einer möglichst kostendeckenden Versorgung sehr nahe, obwohl die Kostendeckungsgrade zwischen den einzelnen Fondskrankenanstalten nicht ausgeglichen waren.

Der RH hielt das ober- und das niederösterreichische Modell zur Finanzierung spitalsambulanter Leistungen mit einem durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von nur rd. 32 % bzw. rd. 44 % sowie starken Schwankungsbreiten in den Kostendeckungsgraden der einzelnen Krankenanstalten nur für bedingt geeignet, die Mittel effizient und leistungsgerecht zu verteilen.

In Niederösterreich war die Tatsache, dass die Dokumentation lediglich der Abgeltung von rd. 25,4 Mill. EUR (entspricht rd. 14 % der Kosten) diene, einer leistungsnahen Dokumentation nicht förderlich.

Der RH empfahl den Ländern, die Verteilung der Mittel zur Finanzierung der Spitalsambulanzen im Interesse einer möglichst kostendeckenden Versorgung zu evaluieren und anzupassen.

Finanzierung spitalsambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

Dem Land Oberösterreich empfahl der RH weiters, die Zahlungen an die Ärzte für deren ambulante Tätigkeiten vom Bereich der Finanzierung spitalsambulanter Leistungen zu trennen.

Da seit Jahresbeginn 2008 alle Krankenanstalten in Niederösterreich in der Landeskliniken-Holding vereint sind, empfahl der RH dem Land Niederösterreich, die Finanzierung der spitalsambulant Leistungen zu bündeln.

- 3.3** *Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung würde eine kostendeckende Finanzierung der Spitalsambulanzen vermehrt Anreize für die Leistungsverchiebung vom niedergelassenen in den spitalsambulant Bereich bieten.*

Dieser Ansicht schlossen sich die VGKK und die NÖGKK an, indem sie die derzeitige Finanzierung der Ambulanzkosten als unerwünschte Anreize zur Verlagerung in den niedergelassenen Bereich ansahen.

Die Oberösterreichische Landesregierung erwarte sich mit der Einführung des Katalogs ambulanter Leistungen einen besseren Überblick über das spitalsambulante Geschehen mit dem Ausblick, ein neues Modell zur Ambulanzmittelverteilung zu entwickeln. Dieses beeinflusse auch die mögliche Trennung der Zahlungen an die Ärzte für deren ambulante Tätigkeiten.

Die Niederösterreichische Landesregierung wies auf ihre nunmehrige Alleinträgerschaft ihrer Krankenanstalten hin. Für 2011 werde der Deckungsgrad zur Finanzierung der Spitalsambulanzen auf 60 % angehoben. Das derzeitige Abgeltungssystem werde nach Abschluss der Pilotprojekte zur Dokumentation ambulanter Leistungen untersucht und gegebenenfalls umgestellt werden.

Dokumentation ambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

- 4.1** (1) Bund und Länder kamen in der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 2005 überein, die bestehenden Dokumentationen als Grundlage für eine Vernetzung des Gesundheitswesens – im Sinne einer integrierten Planung, Steuerung und Finanzierung sowie einer Kooperation zwischen dem intra- und extramuralen Bereich – weiterzuentwickeln sowie insbesondere durch Einführung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation im ambulanten Bereich – den Katalog ambulanter Leistungen (KAL) – auszubauen.

In der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 2008 verpflichteten sich Bund und Länder erneut, eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Leistungs- sowie Diagnosendokumentation im spitalsambulant und niedergelassenen ambulanten Versorgungsbereich sicherzustellen und den KAL weiterzuentwickeln.

In einem gemeinsamen Pilotprojekt mit den Bundesländern Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich wurden seit 2009 zur Vergleichbarkeit Abrechnungsdaten aus dem niedergelassenen Bereich und dokumentierte Ambulanzleistungen der Krankenanstalten gleichermaßen in der Struktur des KAL abgebildet.

(2) Die Vorarlberger Spitalsambulanzen dokumentierten ihre Einzelleistungen auf der Basis von so genannten Hauskatalogen. Deren Qualität im Sinne einer vollständigen Leistungsabbildung war laut Landesgesundheitsfonds unterschiedlich. In den Bereichen Dermatologie und Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (HNO) waren die Kataloge umfassend sowie die Dokumentationspraxis gut. Aus diesem Grund beschränkte sich die Teilnahme des Landes Vorarlberg am Pilotprojekt KAL auf diese Bereiche. Im Laufe des Jahres 2010 sollte ein erstes grobes Leistungsbild in den Bereichen Dermatologie und HNO vorliegen, um das Potenzial des KAL als zukünftigen landesweit einheitlichen Katalog für alle Spitalsambulanzen zu prüfen.

(3) In Oberösterreich gab es in jeder Krankenanstalt Hauskataloge. Sie dienten in erster Linie der Aufteilung der in den Gebührenersätzen enthaltenen Ärzteanteile zwischen den Abteilungen der jeweiligen Krankenanstalt. Ab 2010 fand parallel zur Dokumentation einer Leistung nach den bestehenden Hauskatalogen eine Verbuchung der entsprechenden KAL-Position statt, um auf diese Weise ein dem aktuellen Leistungsangebot entsprechendes Bild des spitalsambulanten Geschehens in den oberösterreichischen Fondskrankenanstalten zu erhalten. Der Landesgesundheitsfonds hatte keinen Überblick über die Daten aus den einzelnen Hauskatalogen, weil diese in den Krankenanstalten insbesondere der Aufteilung der Ambulanzgebühren dienten.

(4) In Niederösterreich dienten die Hauskataloge als Grundlage für die Verrechnung nach dem Ambulanzkatalog. Am Pilotprojekt KAL nahmen die Krankenanstalten Amstetten, Melk und Waidhofen/Ybbs (Region Mostviertel) teil. Ab 2010 wurden in den Krankenanstalten neben der bisherigen Dokumentation auch die entsprechenden KAL-Positionen erfasst.

Dokumentation ambulanter Leistungen in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

Darüber hinaus arbeitete der NÖGUS bereits an der Erstellung von Bewertungsrelationen für spitalsambulante Leistungen unter Bezugnahme auf zurechenbare variable Kosten. Fixkosten sollten dabei nicht berücksichtigt werden. Die Teilnahme am Pilotprojekt diente dem Land Niederösterreich der Erprobung, ob der eigene Katalog – der ohnehin einer Überarbeitung bedurfte – in Zukunft durch den KAL ersetzt werden könnte.

- 4.2** Der RH beurteilte das Engagement der drei überprüften Länder zur Dokumentation der ambulanten Leistungen als positiv. Er stellte jedoch fest, dass diese Länder ihre spitalsambulant Leistungen wegen unterschiedlicher Anreize nicht im selben Ausmaß dokumentierten.

In Vorarlberg fand seit Jahren keine umfassende Dokumentation ambulanter Leistungen statt, weil die Finanzierung von einer Dokumentation entkoppelt war. In Oberösterreich wurden die Leistungen hingegen umfassend dokumentiert, weil die Ärzte einen Anteil an den Gebühren erhielten und damit ein finanzielles Interesse an einer möglichst umfassenden Dokumentation hatten. In Niederösterreich war die Tatsache, dass die Dokumentation lediglich der Abgeltung von rd. 14 % der Kosten diene, einer leistungsnahen Dokumentation nicht förderlich.

Der RH hielt die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich für dringend erforderlich, um einerseits einen Überblick über die bisher nicht erfassten Ambulanzleistungen zu erhalten und andererseits die Leistungen zwischen den beiden Bereichen vergleichbar zu machen. Er empfahl daher dem BMG und den Ländern, die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich voranzutreiben sowie auch die übrigen Länder miteinzubeziehen.

- 4.3** *Laut den Stellungnahmen der Landesregierungen der drei überprüften Bundesländer würden sie ihre Dokumentationen auch auf andere Fächer ausweiten (Vorarlberg), die Länderkoordination gemeinsam mit der Gesundheit Österreich GmbH übernehmen (Oberösterreich) und ihr Engagement zur Entwicklung sektorübergreifender Dokumentationen fortsetzen (Niederösterreich).*

Integrierte Planung ambulanter Leistungen

5.1 Im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 2008 kamen Bund und Länder überein, die Planung der österreichischen Gesundheitsversorgungsstruktur umfassend für alle Ebenen und Teilbereiche der Gesundheitsversorgung sowie angrenzender Bereiche vorzunehmen. Eine solcherart integrierte Planung war für den stationären, den ambulanten sowie für den Rehabilitations- und den Pflegebereich beabsichtigt und hatte auf Ebene der Bundesländer in den so genannten Regionalen Strukturplänen Gesundheit (RSG) zu erfolgen. Diese RSG sollten vom jeweiligen Land und der sozialen Krankenversicherungsträger in der Gesundheitsplattform beschlossen sowie in Form einer Verordnung der Landesregierung erlassen werden.

In Vorarlberg trat der RSG für den stationären Bereich mit der Verordnung der Landesregierung über den RSG 2010 (Spitalplan) im Jahr 2008 in Kraft. Für den ambulanten Bereich (RSG ambulant 2015) wurden der RSG am 11. Dezember 2009 beschlossen und für den Zeitraum bis zum Jahr 2015 entsprechende Planzahlen vorgegeben.

Auch in Oberösterreich wurde im Jahr 2008 ein RSG mittels Verordnung der Landesregierung erlassen, der jedoch nur die stationäre Akutversorgung umfasste. Eine Ausweitung auf den ambulanten Bereich war nicht geplant. Für den Austausch von Informationen und einen gemeinsamen Blick auf die Planung der ambulanten Versorgung in Oberösterreich wurde jedoch eine eigene Projektgruppe eingerichtet.⁶

In Niederösterreich war noch kein RSG in Kraft. Der NÖGUS war allerdings im Begriff, einen sowohl den intra- als auch den extramuralen Bereich umfassenden Plan zu erarbeiten. Bis Ende 2008 war eine Darstellung der derzeitigen Versorgungsstruktur durch den NÖGUS und die sozialen Krankenversicherungsträger vorgesehen. Die Planung sollte von einer externen Unternehmung durchgeführt und daher ausgeschrieben werden. Das Ziel, den RSG bis Ende 2009 fertigzustellen, konnte nicht realisiert werden.

5.2 Der RH stellte fest, dass eine integrierte Versorgungsplanung im ambulanten Bereich in Form eines regionalen Strukturplans nur in Vorarlberg erlassen war. Der oberösterreichische Strukturplan umfasste lediglich die stationäre Akutversorgung. In Niederösterreich lag noch kein RSG vor. Er empfahl daher den Ländern Oberösterreich und Niederösterreich, die integrierte Planung zwischen intra- und extramuralem Bereich so rasch als möglich durchzuführen.

⁶ Land Oberösterreich, OÖGKK, Oberösterreichische Ärztekammer, Krankenanstaltenträger

Integrierte Planung ambulanter Leistungen

5.3 Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung sei eine Planungsempfehlung wegen unzureichender Daten im Spitalsambulanzen und niedergelassenen Bereich noch nicht möglich gewesen. Mit der Einsetzung einer Arbeitsgruppe bestehend aus Vertretern des Landes, der Sozialversicherung, der Ärztekammer und den Fondskrankenanstalten werde an der Verbesserung der Planungsgrundlagen für eine integrierte Planung des Gesundheitswesens gearbeitet.

Laut den Stellungnahmen der Niederösterreichischen Landesregierung und der NÖGKK werde intensiv an der Erstellung des RSG gearbeitet. Die Planungen zum RSG würden mit Ende 2010 abgeschlossen sein und der Endbericht werde der Gesundheitsplattform zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

6.1 (1) Sowohl die Zahl der stationären als auch jene der in den Spitalsambulanzen versorgten Patienten stieg in den letzten Jahren deutlich an. Die Anzahl der stationär betreuten Patienten stieg österreichweit von 2.366.903 im Jahr 2005 auf bereits 2.521.569 im Jahr 2008 (+ 6,5 %), jene der ambulanten Patienten von 6.524.242 auf 7.736.654 im Jahr 2008 (+ 18,6 %) an. Dies führte in den drei verglichenen Bundesländern auch zu erheblichen Mehrkosten.

Tabelle 4: Entwicklung der stationären und spitalsambulant Kosten in Vorarlberg, Oberösterreich und Niederösterreich

	2005	2006	2007	2008	2005 bis 2008
stationäre Endkosten	in Mill. EUR				in %
Vorarlberg	243,7	251,2	263,2	281,8	+ 15,6
Oberösterreich	1.145,7	1.213,2	1.278,7	1.379,7	+ 20,4
Niederösterreich	984,3	1.043,1	1.143,8	1.268,9	+ 28,9
Österreich gesamt	6.805,4	7.098,1	7.480,8	8.049,1	+ 18,3
ambulante Endkosten					
Vorarlberg	35,1	36,1	38,1	41,9	+ 19,4
Oberösterreich	173,7	182,4	200,7	228,1	+ 31,3
Niederösterreich	130,0	140,4	158,9	184,0	+ 41,5
Österreich gesamt	1.179,1	1.237,2	1.317,1	1.418,0	+ 20,3

Quellen: DIAG-Daten des BMG, Berechnungen des RH

Die stationären Endkosten stiegen im Zeitraum 2005 bis 2008 österreichweit um 18,3 % und in Niederösterreich mit 28,9 % am deutlichsten an.

Die ambulanten Endkosten stiegen im selben Zeitraum österreichweit um 20,3 % an; auch bei ihnen war die Steigerung in Niederösterreich mit 41,5 % am höchsten.

Diese Entwicklung war auch in den drei – für den Kostenvergleich herangezogenen – Krankenanstalten erkennbar, wie die folgende Tabelle zeigt:

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

Tabelle 5: Leistungs- und Kostenentwicklung in den drei Krankenanstalten

	2005	2006	2007	2008	2005 bis 2008
LKH Feldkirch					
	Anzahl				in %
stationäre Patienten	35.559	35.214	36.469	36.083	+ 1,5
ambulante Frequenzen	200.146	215.872	203.599	251.995	+ 25,9
	in EUR				in %
stationäre Endkosten	92.375.944	95.553.494	101.617.945	104.302.447	+ 12,9
ambulante Endkosten ¹	18.263.829	18.843.599	21.003.391	23.007.247	+ 26,0
KH Ried					
	Anzahl				in %
stationäre Patienten	25.538	26.829	29.456	31.339	+ 22,7
ambulante Frequenzen	174.133	177.856	185.969	187.059	+ 7,4
	in EUR				in %
stationäre Endkosten	58.203.801	60.143.135	65.727.749	70.228.273	+ 20,7
ambulante Endkosten ¹	8.540.929	8.957.473	9.567.293	10.244.524	+ 19,9
LK St. Pölten²					
	Anzahl				in %
stationäre Patienten	58.568	59.693	60.330	58.313	- 0,4
ambulante Frequenzen	406.770	407.372	465.611	463.862	+ 14,0
	in EUR				in %
stationäre Endkosten	177.762.453	194.858.327	211.231.018	224.952.973	+ 26,6
ambulante Endkosten ¹	26.233.911	31.452.176	35.788.824	44.592.189	+ 70,0

¹ Kosten der stationär-ambulant und ambulanten Patienten; eine Differenzierung war wegen fehlender Daten nicht möglich

² inkl. KH Lilienfeld

Quellen: DIAG-Daten des BMG, Daten des Gesundheitsfonds, Berechnungen des RH

(2) Auch die drei Gebietskrankenkassen verzeichneten Leistungs- und Ausgabensteigerungen für den niedergelassenen Bereich:

Tabelle 6: Anzahl der Fälle und abgerechnete Beträge bei den Gebietskrankenkassen im niedergelassenen Bereich					
	2005	2006	2007	2008	2005 bis 2008
	Anzahl				in %
Fälle VGKK	1.246.364	1.283.355	1.323.493	1.357.312	+ 8,9
Fälle ÖÖGKK	4.957.592	5.015.172	5.144.465	5.255.624	+ 6,0
Fälle NÖGKK	5.234.583	5.288.724	5.425.469	5.479.774	+ 4,7
Fälle alle § 2 ASVG-Kassen	31.456.569	32.083.518	32.966.570	33.531.467	+ 6,6
	in EUR				
abgerechnete Beträge VGKK ¹	62.535.423	64.808.464	68.042.670	71.265.106	+ 14,0
abgerechnete Beträge ÖÖGKK ¹	210.121.373	222.289.662	234.556.832	244.581.922	+ 16,4
abgerechnete Beträge NÖGKK ¹	282.008.077	286.692.616	291.049.622	289.028.201	+ 2,5
abgerechnete Beträge alle § 2 ASVG-Kassen	1.459.357.031	1.521.370.622	1.590.097.116	1.631.496.814	+ 11,8
¹ nur ärztliche Hilfe					
Quellen: Ärztekostenstatistik des Hauptverbandes, Berechnungen des RH					

Die Zahl der Fälle stieg im Zeitraum 2005 bis 2008 bei den Vertragsärzten gemäß § 2 ASVG österreichweit um 6,6 %, in Vorarlberg um 8,9 %, in Oberösterreich um 6 % und in Niederösterreich um 4,7 %.

Die abgerechneten Beträge (Ausgaben) stiegen bei diesen Kassen österreichweit um 11,8 %, in Vorarlberg um 14 %, in Oberösterreich um 16,4 % und in Niederösterreich um 2,5 %.

(3) Obwohl Leistungsverlagerungen vom stationären in den spitalsambulantanten Bereich zu den zentralen Zielen des im Jahr 1997 neu eingeführten Finanzierungssystems gehörten, kam es im Zeitraum 2005 bis 2008 sowohl im niedergelassenen Bereich als auch bei den stationären und insbesondere bei den spitalsambulantanten Leistungen zu deutlichen Steigerungen. Die Ausgaben im niedergelassenen Bereich stie-

Kosten- und Leistungsentwicklung von Spitalsambulanzen

gen österreichweit bei den Vertragsärzten gemäß § 2 ASVG um 11,8 % (Tabelle 6), die stationären Endkosten um 18,3 % und die ambulanten Endkosten um 20,3 % (Tabelle 4).

Im Bundesländervergleich war die Steigerung im niedergelassenen Bereich in Niederösterreich mit 2,5 % am geringsten, während dort die stationären Endkosten um 28,9 % und die ambulanten Endkosten mit 41,5 % am deutlichsten anstiegen.

- 6.2 Nach Ansicht des RH konnte damit das Ziel der Art. 15a-Vereinbarung aus dem Jahr 1997, die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen, bis zum Jahr 2008 nicht erreicht werden.
- 6.3 *Die Niederösterreichische Landesregierung hielt den Vergleich der drei Krankenanstalten wegen der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und der durch die Übernahme aller Krankenanstalten durch das Land bedingten Kostensteigerungen für nicht zielführend. Zudem seien im LK St. Pölten deutliche Leistungserweiterungen erfolgt.*
- 6.4 Die Zahlen aus den Tabellen 4 und 6 belegen, dass sowohl die Kosten für Spitalsleistungen als auch für Leistungen der sozialen Krankenversicherungsträger stark im Steigen begriffen sind und daher die im Jahr 1997 anlässlich des neu eingeführten Finanzierungssystems beschlossenen Ziele nicht erfüllt wurden. Strukturveränderungen wie am Beispiel Niederösterreich zeigen, dass damit nicht unmittelbar Kosten eingespart werden können.

Versorgungspflicht der Spitalsambulanzen

- 7.1 Die überprüften Krankenanstalten waren gemäß § 26 KAKuG⁷ verpflichtet, Personen, die keiner Aufnahme in stationäre Anstaltspflege bedurften, in allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten und öffentlichen Sonderkrankenanstalten ambulant zu untersuchen sowie zu behandeln, wenn eine der sieben in § 26 Abs. 1 KAKuG genannten Fallkonstellationen vorlag.

Das Gesetz sah für die Spitalsambulanzen neben Fällen der Erste-Hilfe-Leistung vor allem eine ergänzende Versorgungsfunktion zur Vermeidung von Versorgungslücken etwa für den Fall vor, dass Geräte benötigt werden, die außerhalb der Anstalt in angemessener Entfernung vom Wohnort des Patienten nicht in geeigneter Weise oder nur in unzureichendem Ausmaß zur Verfügung stehen. Die Krankenanstalten hatten demnach entsprechende ambulante Leistungen vorzuhalten.

⁷ BGBl. Nr. 1/1957 i.d.F. BGBl. I Nr. 124/2009

Sie durften allerdings auch zusätzlich zu den in § 26 Abs. 1 KAKuG genannten Fällen der Versorgungspflicht ambulante Leistungen erbringen. Niedergelassene Ärzte genossen laut Judikatur des OGH⁸ gegenüber den Spitalsambulanzen grundsätzlich keinen Konkurrenzschutz. Vor allem zur Auslastung von in den Krankenanstalten vorhandenen Großgeräten konnten daher auch solche Leistungen spitalsambulant erbracht werden, die auch von niedergelassenen Ärzten angeboten wurden.

Die Krankenanstalten konnten ihr Leistungsangebot oder ihre Geräteausrüstung nicht nach Belieben ändern. Der geltenden Rechtslage entsprechend war vor der Errichtung von neuen Krankenanstalten das bestehende kassenvertragliche Versorgungsangebot im Rahmen einer Bedarfsprüfung zu prüfen. Auch im Falle einer nachträglichen Änderung verlangte das Gesetz⁹ eine Bewilligung der Landesregierung.

7.2 Rechtsträger von Krankenanstalten sind gesetzlich verpflichtet, ambulante Leistungen in einem bestimmten Ausmaß vorzuhalten, wodurch Kosten entstehen. Vielfach waren die Ambulanzen – besonders im Bereich der medizinischen Großgeräte – nicht ausgelastet. Wie aus den Anhängen 2 und 3 sowie aus Tabelle 19 (TZ 23) hervorgeht, können manche Leistungen im spitalsambulanten und manche im niedergelassenen Bereich kostengünstiger erbracht werden.

7.3 *Laut Stellungnahme der VGKK könnten Krankenanstalten in der Praxis ihr Leistungsangebot sehr wohl zum Nachteil der Gebietskrankenkasse ändern, wie das Beispiel der vermehrten Leistungserbringung freiberuflicher Physiotherapeuten in den Einrichtungen des KH Dornbirn zeige.*

Die Niederösterreichische Landesregierung betonte, dass sie mehrmals versucht habe, Kooperationsmodelle mit den Sozialversicherungsträgern durchzuführen und zur besseren Auslastung der Großgeräte diesbezügliche Verträge abzuschließen. Mangels geöffneter Ordinationen würden die Spitalsambulanzen besonders in den Tagesrand-, Nacht- und Wochenendzeiten Ambulanzleistungen ohne entsprechende Abgeltung dieser Leistungsverchiebungen erbringen.

⁸ OGH 4 Ob 150/97f und 4 Ob 148/99i

⁹ vgl. § 4 KAKuG

Versorgungspflicht der Spitalsambulanzen

7.4 Der RH wiederholt seine Ansicht, dass bezogen auf die Errichtung neuer Krankenanstalten ein gewisser Vorrang der bestehenden extramuralen Behandlung gegeben war.¹⁰ Schließlich unterliegen Änderungen im Leistungsangebot einer Krankenanstalt einer Bewilligung der Landesregierung, wobei hier auch die Frage nach dem Bedarf in die Beurteilungen miteinbezogen wird. So ist ein Bedarf grundsätzlich dann nicht mehr anzunehmen, wenn die dem Anstaltszweck und dem in Aussicht genommenen Leistungsangebot entsprechende Versorgung bereits ausreichend gesichert ist. Die Erstellung eines einheitlichen Ambulanzkatalogs kann diese Bedarfsprüfung zusätzlich unterstützen.

Der RH wies ausdrücklich darauf hin, dass jede Leistungsverchiebung zwischen spitalsambulantem und niedergelassenem Bereich eine Neuordnung der Finanzierung gemäß Art. 15a-Vereinbarung zur Folge haben muss.

Durchschnittliche Einnahmen je Spitalspatient

8.1 Im Wesentlichen hängen die Einnahmen einer Krankenanstalt davon ab, ob Patienten stationär, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten aufgenommen oder ambulant behandelt werden.

Tabelle 7: Durchschnittliche Einnahmen je stationären Aufenthalt, 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patient und ambulanter Frequenz			
durchschnittliche Einnahmen	LKH Feldkirch	KH Ried	LK St. Pölten
	in EUR ¹		
je stationären Aufenthalt	2.586,81	1.306,39	2.968,65
je 1-Tages-Aufenthalt	1.360,14	628,72	1.132,00
je 0-Tages-Aufenthalt	724,56	306,21	612,38
je ambulanter Frequenz	78,05	23,87	51,31
	in %		
gedeckte Kosten der Ambulanzen ²	77	39	44
¹ bezogen auf Einnahmen über LKF-Abrechnung			
² durch Fondsmittel; gerundet			
Quellen: Daten der Krankenanstalten und der Gesundheitsfonds, Berechnungen des RH			

¹⁰ siehe dazu VwGH E 92/11/170 und 176, WBL 1993, 371

Die durchschnittlichen Einnahmen für einen Patienten je stationären Aufenthalt sind rund doppelt so hoch wie für einen Patienten je 1-Tagesaufenthalt, diese rund doppelt so hoch wie jene für einen 0-Tages-Aufenthalt und die Einnahmen je 0-Tages-Aufenthalt sind je Patienten rund zehnmal so hoch wie bei einer ambulanten Frequenz. Die Kosten der Ambulanz – bezahlt aus Fondsmitteln – sind lediglich zu 77 %, 39 % bzw. 44 % gedeckt.

8.2 Wie diese Zahlen belegen, bestanden nach wie vor große finanzielle Anreize für Krankenanstalten, Patienten eher stationär aufzunehmen als ambulant zu behandeln, zumal die Kosten der Spitalsambulanzen am Beispiel der drei angeführten Krankenanstalten bei weitem nicht gedeckt waren. Ebenso war es für die Krankenanstalten finanziell vorteilhaft, Patienten nicht ambulant zu behandeln, sondern als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten aufzunehmen.

8.3 *Laut Stellungnahme der Oberösterreichischen Landesregierung bezahle sie für sonstige stationäre Aufnahmen nur mehr eine Tageskomponente von 5 %. Damit solle eine Verschiebung von ambulant zu stationär verhindert werden. Zusätzlich habe sie zur Forcierung der Tagesklinik eine Sonderklassevereinbarung beschlossen.*

Stationäre Aufnahmen für an sich spitalsambulante Untersuchungen

9.1 Das LK Krems nahm, wie auch einige andere Krankenanstalten in Niederösterreich¹¹, im Bereich der CT- und MRT-Leistungen Patienten, die üblicherweise ambulant untersucht werden könnten, als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten auf.

Damit erzielte das LK Krems durch die kurzfristige Aufnahme von Patienten Mehreinnahmen von rd. 211.000 EUR.¹² Zudem wurden die Patienten durch die stationäre Aufnahme mit einem täglichen Kostenbeitrag von 10,48 EUR belastet. Nach Ansicht des NÖGUS waren diese Maßnahmen notwendig, weil die Wartezeiten im niedergelassenen Bereich unverhältnismäßig lang waren.

¹¹ Amstetten, Hohegg, Hollabrunn, Amstetten-Mauer, Scheibbs, Lilienfeld, Waidhofen/Thaya

¹² Dies führte zu keiner finanziellen Benachteiligung anderer Krankenanstalten, weil im Rahmen der LKF-Finanzierung zwischen den einzelnen Krankenanstalten ein Ausgleich der Abgangsdeckung stattfindet. Es führte allerdings am Beispiel LK Krems zu Kostensteigerungen von durchschnittlich 400 EUR für CT- und zu jenen von 250 EUR für MRT-Untersuchungen.

Stationäre Aufnahmen für an sich spitals- ambulante Untersuchungen

9.2 Die RH kritisierte die Verlagerung vom ambulanten in den stationären Bereich; nicht zuletzt deswegen, weil dies auch eine finanzielle Mehrbelastung der Patienten bedeutete. Nach Ansicht des RH sollte es zu keinen Wartezeiten kommen, weil die Untersuchungszahlen – sowohl im LK Krems als auch im externen radiologischen Institut (mit CT- und MRT-Gerät) – Reserven für eine ausreichende Versorgungssicherheit beinhalteten.

9.3 *Die Niederösterreichische Landesregierung wies in ihrer Stellungnahme auf die Strategie des Landes hin, Patienten mit der besten medizinischen Behandlungsqualität kostengünstig zu behandeln.*

Entlastungs- potenzial für den stationären Bereich

10.1 Ob stationäre Leistungen auch als 1-Tages- bzw. 0-Tages-Fälle bzw. als ambulante Leistungen in den jeweiligen Spitalsambulanzen durchgeführt werden können, hängt neben der Finanzierung auch von den strukturellen und personellen Rahmenbedingungen bzw. vom medizinischen Fortschritt ab.

Die folgende Tabelle zeigt die diesbezüglichen Unterschiede in den drei Krankenanstalten:

Tabelle 8: Anzahl der 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten und der ambulanten Frequenzen im Jahr 2008			
	LKH Feldkirch	KH Ried	LK St. Pölten
	Anzahl		
bettenführende Abteilungen	20	13	18
stationäre Aufnahmen	36.101	31.355	53.299
1-Tages-Aufnahmen	5.562	4.680	7.169
0-Tages-Aufnahmen	7.586	7.518	8.399
ambulante Frequenzen	251.995	187.059	413.595
	in %		
Anteil 1-Tages- bzw. 0-Tages-Aufnahmen zu stationären Aufnahmen	36,4	38,9	29,2
Quellen: DIAG-Daten des BMG, Daten der Krankenanstalten Feldkirch, Ried und St. Pölten sowie der Gesundheitsfonds, Berechnungen des RH			

Wie aus der Tabelle ersichtlich ist, entlasteten die drei Krankenanstalten ihren stationären Bereich in unterschiedlichem Maß durch 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten. Der relativ hohe Anteil des KH Ried mit rd. 39 % an Betten entlastenden 1-Tages- bzw. 0-Tages-Patienten

war u.a. auf die hohe Gesamt-Bettenauslastung von nahezu 90 % und auf ein optimiertes Ambulanzmanagement zurückzuführen.

10.2 Nach Ansicht des RH bestand erhebliches Potenzial für eine Verlagerung vom stationären Bereich in den 1-Tages- bzw. 0-Tages- und weiter in den ambulanten Versorgungsbereich. Gemessen an den Daten des KH Ried bestünde im LKH Feldkirch bzw. LK St. Pölten ein Verlagerungspotenzial von rd. 900 bzw. 5.200 Belagstagen. Dies entspräche einem Einsparungspotenzial von rd. 0,5 Mill. EUR bzw. 3,6 Mill. EUR. Es wäre allerdings zu berücksichtigen, dass bei vermehrten ambulanten Leistungen auch zusätzliche Kosten entstehen, die von der Ambulanzauslastung und vom Krankheitsbild des Patienten abhängen.

10.3 *Die Niederösterreichische Landesregierung hielt das Einsparungspotenzial von 3,6 Mill. EUR für nicht nachvollziehbar, weil – wie der RH selbst angeführt habe – die Mehrkosten in der Ambulanz nicht in Betracht gezogen worden seien. Ziel des Landes sei es aber, den stationären Bereich zu entlasten und Patienten vermehrt ambulant bzw. tagesklinisch zu behandeln.*

10.4 Mit der Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich ist auch das Ziel verbunden, die Spitalsambulanzen zugunsten des niedergelassenen Bereichs zu entlasten (TZ 4). Insoweit wäre das Einsparungspotenzial von 0,5 Mill. EUR bzw. 3,6 Mill. EUR durchaus denkbar.

Präoperative Abklärung der Patienten außerhalb der Krankenanstalt

11.1 (1) Patienten benötigen vor jeder Operation eine medizinische Abklärung. Diese beinhaltet neben der vorbereitenden fachmedizinischen Diagnostik zumeist ein EKG, ein Blutbild und ein Thoraxröntgen (Röntgen des Brustkorbs).

Aufgrund der derzeitigen Krankenanstaltenfinanzierung und der damit verbundenen niedrigen Kostendeckungsgrade in den Spitalsambulanzen bestand ein verstärkter Anreiz für die Krankenanstalten, diese Leistungen in den niedergelassenen Bereich auszulagern.¹³

Zum Zweck der Quantifizierung dieser Anteile überprüfte der RH anhand der Operationen im LKH Feldkirch, im KH Ried, im LK St. Pölten und im LK Krems im Monat März 2008 die Abrechnungen des ersten Quartals der zuständigen Gebietskrankenkassen dahingehend, ob eine der drei präoperativen Diagnosen beim jeweiligen Operationsfall verrechnet wurde. Das Ergebnis ist in der folgenden Tabelle zusammengefasst:

¹³ vgl. dazu Rebhan: Voraussetzung und Rechtsfolgen der Auslagerung bei Anstaltspflege; Tomandl (Hrsg.): Schnittstelle Krankenversicherungs- und Krankenanstaltenrecht 2004, S. 24 f.

Präoperative Abklärung der Patienten außerhalb der Krankenanstalt

Tabelle 9: Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen			
	Labor	EKG	radiologische Diagnostik
	in %		
LKH Feldkirch	30	11	7
KH Ried	38	27	5
LK St. Pölten	98	68	46
LK Krems	96	62	62
Quellen: Daten der Gebietskrankenkassen und Krankenanstalten, Berechnungen des RH			

Die Zahlen legen nahe, dass in den überprüften Ländern die präoperativen Untersuchungen in unterschiedlichem Ausmaß an den niedergelassenen Bereich ausgelagert wurden. In Niederösterreich waren die Hinweise auf die Verlagerung der Leistungen in den Krankenversicherungsbereich besonders auffällig. So schwankte der Anteil der extramuralen Diagnosen an den OP-Zahlen bei den Laboruntersuchungen zwischen 30 % beim LKH Feldkirch und 98 % beim LK St. Pölten, beim EKG zwischen 11 % beim LKH Feldkirch und 68 % beim LK St. Pölten sowie bei der radiologischen Diagnostik zwischen 5 % beim KH Ried und 62 % beim LK Krems.

In Niederösterreich ersparte sich der Rechtsträger je Fall ca. 30 EUR; im Gegenzug wurde die NÖGKK mit ca. 80 EUR je Fall belastet.

Die präoperative Abklärung außerhalb des Krankenhauses wird überwiegend von jenen Fächern veranlasst, die ihre Eingriffe zeitlich steuern können (z.B. Orthopädie).

(2) Reformpoolprojekte wie „Präoperative Befundung“ in Salzburg und „Präoperative Diagnostik“ in Vorarlberg wurden in die Wege geleitet, um routinemäßig durchgeführte, aber medizinisch nicht notwendige Untersuchungen vor geplanten Operationen zu vermeiden. Nach einer Studie der Salzburger Landeskliniken¹⁴ zeigten sich enorme Einsparungspotenziale, wonach bis zu 72 % weniger Laboruntersuchungen, bis zu 47 % weniger EKG und bis zu 84 % weniger Thoraxröntgen vorgenommen werden könnten.

¹⁴ Gemeinnützige Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH

Das Salzburger Modell der „Präoperativen Befundung“ soll laut einem Beschluss der Bundesgesundheitskommission vom 22. Juni 2009 in Zukunft österreichweit Anwendung finden; eine entsprechende Richtlinie ist in Arbeit.¹⁵

- 11.2** Dem RH schien dieses Modell der präoperativen Abklärung geeignet, nicht zwingend notwendige Befunde zu vermeiden und dadurch Einsparungen zu erzielen. Überdies sollten durch eine Leistungserbringung durch jenen Träger, der dies kosteneffizienter durchführt, Einsparungspotenziale gehoben werden.

Er empfahl dem BMG, die Richtlinie der Bundesgesundheitskommission für „Präoperative Befundung“ fertigzustellen. Den Ländern empfahl der RH, nach Fertigstellung der Richtlinie dieses Modell zu übernehmen und in die Praxis umzusetzen.

- 11.3** *Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung sei die präoperative Diagnostik im Rahmen eines Pilotprojekts bereits vor Jahren in allen Abteilungen der Krankenanstalten untereinander abgestimmt und auf die – nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft – unbedingt notwendige Befundung reduziert worden. Sollte die österreichweite Richtlinie vorliegen, werde das Land erforderliche Anpassungen vornehmen.*

Die Niederösterreichische Landesregierung sagte in ihrer Stellungnahme zu, bei Vorliegen der entsprechenden Richtlinie des Bundes deren Inhalte in die Praxis umzusetzen.

Laut Stellungnahme der VGKK werde die im Land erarbeitete Vorgangsweise zur präoperativen Befundung von den Krankenanstalten in unterschiedlichem Ausmaß umgesetzt. Präoperative Befundungen sollten dort vorgenommen werden, wo sie am kostengünstigsten zu erbringen sind.

Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen

- 12.1** (1) Die ausreichende Versorgung der Versicherten mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen ist gemäß § 338 Abs. 2 ASVG durch Verträge der sozialen Krankenversicherungsträger mit den niedergelassenen Ärzten sicherzustellen. Die in diesen Verträgen je nach Fachgruppe festgelegten Mindestöffnungszeiten der Ordinationen beliefen sich jedoch auf nicht mehr als 20 Wochenstunden.¹⁶

¹⁵ Sie soll sich – wie auch das Projekt in Salzburg – inhaltlich an den Leitlinien der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) orientieren.

¹⁶ Unabhängig davon besteht in dringlichen Fällen eine Verpflichtung der Vertragsärzte, Behandlungen auch außerhalb der Ordinationszeiten vorzunehmen.

Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen

Um die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der ordinationsfreien Zeit sicherzustellen, war in allen drei Bundesländern ein Bereitschaftsdienst – allerdings nur für Allgemeinmediziner – eingerichtet. Da die sozialen Krankenversicherungsträger die Ärztebereitschaft nur am Wochenende bezahlen, wurde der Dienst an Wochentagen aus Landesmitteln finanziert.

In Vorarlberg war die Inanspruchnahme dieses ärztlichen Bereitschaftsdienstes an Wochentagen über die letzten zehn Jahre hinweg deutlich rückläufig (minus 47,67 %). Es gab in Vorarlberg im Gegensatz zu den beiden anderen Ländern keinen zentralen Ärztenotruf unter der bundesweit dafür vorgesehenen Telefonnummer 141.

Im Gegensatz zum niedergelassenen Bereich steht eine fachspezifische medizinische (Notfall-)Versorgung in den Ambulanzen der Krankenhäusern rund um die Uhr zur Verfügung. In welchem Ausmaß die Spitalsambulanzen zwischen 15:00 Uhr und 6:30 Uhr – also außerhalb ihrer Regelbetriebszeit – frequentiert wurden, zeigen die folgenden Tabellen:

Tabelle 10: Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit an Wochentagen			
Ambulanzen	LKH Feldkirch ¹	KH Ried	LK St. Pölten
	in %		
Chirurgie	12,2	0,7	5,7
Gynäkologie/Geburtshilfe	13,0	3,4	14,6
Innere Medizin	16,4	2,3	44,3
Kinderheilkunde	15,1	8,8	31,6
Unfallchirurgie	21,8	11,6	39,2
¹ Daten hochgerechnet, weil nur Notfälle und Erstaufnahmen erfasst werden			
Quellen: Daten der Krankenhäuser, Berechnungen des RH			

Tabelle 11: Ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit
an Samstagen und Sonntagen

Ambulanzen	LKH Feldkirch ¹	KH Ried ²	LK St. Pölten
	in %		
Chirurgie	50,3	1,1	22,7
Gynäkologie/Geburtshilfe	45,2	7,0	32,3
Innere Medizin	50,4	0,6	45,6
Kinderheilkunde	52,5	13,3	37,5
Unfallchirurgie	48,5	12,9	40,2

¹ Daten hochgerechnet, weil nur Notfälle und Erstaufnahmen erfasst werden

² in 24 Stunden

Quellen: Daten der Krankenanstalten, Berechnungen des RH

Die zum Teil hohe Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen außerhalb der Regelbetriebszeit ließ sich nach Ansicht von Ärzten insbesondere mit deren im Vergleich zum niedergelassenen Bereich attraktiveren Öffnungszeiten, kürzeren Wartezeiten und umfangreicheren Untersuchungen sowie vermehrten Bagatellfällen, insbesondere während der Nachtdienste, erklären.

(2) Die nachstehende Tabelle zeigt eine unterschiedlich hohe Facharzt-dichte im niedergelassenen Bereich im Einzugsgebiet der drei Krankenanstalten:

Tabelle 12: Anzahl der niedergelassenen Fachärzte/Vertragsfachärzte¹ je
100.000 Einwohner

Fachärzte	Feldkirch	Ried im Innkreis	St. Pölten Stadt und Land
	Anzahl		
Chirurgie	4,1/1,0	5,1/1,7	4,0/1,1
Gynäkologie/Geburtshilfe	11,2/5,1	10,2/3,4	8,6/3,4
Innere Medizin	17,2/9,1	10,2/3,4	8,6/3,4
Kinderheilkunde	4,1/3,0	5,1/3,4	2,9/1,7
Unfallchirurgie	2,0/0,0	1,7/0,0	4,6/0,6

¹ Ärzte mit Vertrag gemäß § 2 ASVG

Quellen: Statistik Austria, Vertragspartnerdatenbank des Hauptverbandes, Berechnungen des RH

Öffnungszeiten der Spitalsambulanzen und Ordinationen

In Feldkirch bestand in den Bereichen Innere Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe mit 9,1 bzw. 5,1 Vertragsfachärzten je 100.000 Einwohner nicht nur die höchste Facharztdichte, gleichzeitig wurden aber auch die Spitalsambulanzen besonders häufig frequentiert. Die Zahlen belegen, dass Krankenanstalten, in deren Umkreis auch viele niedergelassene Fachärzte tätig waren, deshalb nicht weniger ambulante Frequenzen verzeichneten.

- 12.2** Nach Ansicht des RH ist es vor allem von der Aufnahmepraxis der in den Ambulanzen tätigen Ärzte und von der Kooperation mit den niedergelassenen Allgemeinmediziner (Hausärzten) abhängig, ob Patienten in der Spitalsambulanz versorgt werden. Dies erklärte die niedrige Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen des KH Ried. In diesem Zusammenhang wies der RH auf das Potenzial eines funktionierenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes hin, die Spitalsambulanzen zumindest im Bereich von Bagatellfällen zu entlasten.

Vor diesem Hintergrund empfahl er dem Land Vorarlberg, einen zentralen Ärztenotruf einzuführen.

Dem Land Niederösterreich empfahl der RH, Analysen durchzuführen, welche die relativ hohe Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen im LK St. Pölten klären sollen.

- 12.3** *Laut Stellungnahme der Vorarlberger Landesregierung werde in einer Arbeitsgruppe die Einrichtung eines zentralen Notrufs für den niedergelassenen Bereich geprüft.*

Laut Stellungnahme der Niederösterreichischen Landesregierung werde die Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen im LK St. Pölten im Detail analysiert.

Laut Stellungnahme der VGKK könnte die Aufrechterhaltung eines Bereitschaftsdienstes im niedergelassenen Bereich durch das Land kostenmäßig aufwendiger sein als die Inanspruchnahme der bestehenden Spitalsambulanzen vor allem, wenn die zusätzlichen Aufwendungen nur zu Grenzkosten entstehen.

In ihrer Stellungnahme wies die NÖGKK darauf hin, dass Ärzte auch über die vertraglich zu meldenden Öffnungszeiten hinaus tätig seien und Spitalsambulanzen in der Regel nur am Vormittag (mit Ausnahme von Notfällen) geöffnet hätten.

Laut Stellungnahme des Hauptverbandes hätte die ausgewiesene Facharztdichte in Tabelle 12 entsprechend der aktuellen Planungsmethodik des REGIOMED nach Vollzeitäquivalenten anhand der e-card-Konsultationen erfolgen sollen.

- 12.4** Der RH erwiderte der NÖGKK, dass ihm bekannt ist, dass die Vertragsärzte ihre vertraglich vereinbarten Mindestwochenstunden fast ausnahmslos überschritten. Die Aufnahme der Durchschnittswerte einzelner Fachgruppen war ihm nicht möglich, weil es dazu weder bei der jeweiligen Ärztekammer noch bei den sozialen Krankenversicherungsträgern verlässliche Aufzeichnungen gab.

Zur Stellungnahme des Hauptverbandes war nach Ansicht des RH für die Feststellung, dass es regional sehr unterschiedliche Versorgungsdichten an ambulanten Angeboten gab, die Darstellung der Anzahl niedergelassener Fachärzte/§ 2 ASVG-Vertragsfachärzte je 100.000 Einwohner – also nach Köpfen – ausreichend. Außerdem stellte der RH für den Vergleich der Facharztdichte zusätzlich zur Anzahl der § 2 ASVG-Vertragsfachärzte auch die Anzahl der Wahlärzte (Fachärzte) dar und stellte diese den Einwohnerzahlen der die betreffenden Krankenanstalten umgebenden politischen Bezirke gegenüber.

Die Ergebnisse zeigten, dass bspw. im Bezirk Feldkirch neben einer außergewöhnlich hohen Anzahl von Fachärzten der Inneren Medizin auch sehr hohe Frequenzen in der Spitalsambulanz des LKH Feldkirch zu verzeichnen waren.

Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanzangebot und hoher Facharztdichte

- 13.1** Die OÖGKK überprüfte im Jahr 2008 den möglichen Zusammenhang zwischen zahlreichen Facharztfällen und Krankenhausaufenthalten sowie Spitalsambulanzfällen. Sie kam dabei zum Ergebnis, dass in den Bezirken mit einer hohen Anzahl von Fachärzten auch signifikant viele Krankenhausaufenthalte und Ambulanzfälle zu verzeichnen waren. Besonders in den Ballungsräumen Linz, Wels und Steyr, die ein hohes Angebot an Gesundheitsleistungen aufwiesen, war die Inanspruchnahme sowohl von Ordinations- als auch Spitalsambulanzleistungen am größten.

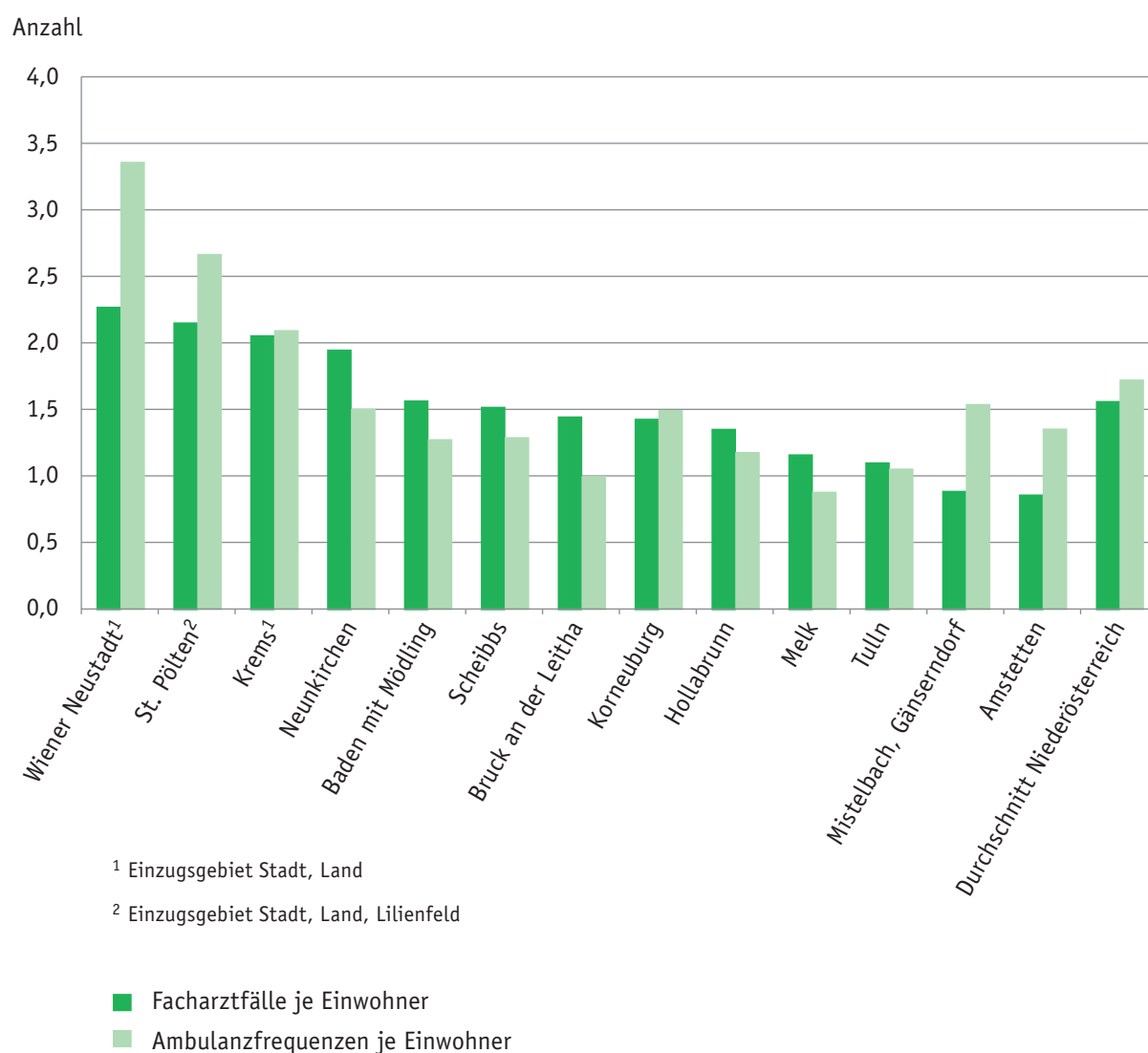
Der RH überprüfte, ob es einen derartigen Zusammenhang auch in Niederösterreich gab.¹⁷ Zu diesem Zweck erhob er auf den jeweiligen Wohnbezirk bezogen die Anzahl der Besuche bei den niedergelas-

¹⁷ Vorarlberg bot sich wegen der eng zusammenliegenden Ballungszentren und der topografischen Gegebenheiten für einen Vergleich nicht an.

Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanzangebot und hoher Facharztdichte

senen Fachärzten und der spitalsambulant Frequenzen.¹⁸ Es zeigte sich, dass auch in Niederösterreich – wenngleich nicht so ausgeprägt wie in Oberösterreich – in den Ballungsräumen mehr Gesundheitsleistungen sowohl in den Ambulanzen als auch in den Ordinationen erbracht wurden.

Abbildung 2: Inanspruchnahme fachärztlicher und ambulanter Leistungen nach Wohnbezirken



¹⁸ Es wurde auch die Anzahl der Besuche der Allgemeinmediziner erfasst – mit ähnlichem Ergebnis.

Finanzierung und Kosten von Leistungen in Spitalsambulanzen und Ordinationen

Grund- und OP-Leistungen in den Spitalsambulanzen

13.2 Die Ergebnisse dieser Erhebung sprachen nach Auffassung des RH auch in Niederösterreich für eine angebotsinduzierte Nachfrage in den Ballungszentren. Der RH verwies auch in diesem Zusammenhang auf seine Empfehlung, eine integrierte Versorgungsplanung rasch abzuschließen.

13.3 *Laut Stellungnahme des Hauptverbandes würden sich seine diesbezüglichen Erfahrungen mit den Feststellungen des RH decken.*

14.1 In den Spitalsambulanzen werden nicht nur Grundleistungen, sondern auch Operationen erbracht, die ebenso im niedergelassenen Bereich erbracht werden könnten und damit den spitalsambulanten Bereich entlasten würden.

Obwohl im Umfeld der Krankenanstalt ausreichend niedergelassene Fachärzte mit Vertrag gemäß § 2 ASVG eine Ordination führten, wurden einige dieser Leistungen besonders häufig erbracht, wie bspw. im Bereich der HNO¹⁹ (rd. 3.700 pro Jahr) oder im Bereich der Urologie²⁰ (rd. 390 pro Jahr).

14.2 Nach Ansicht des RH könnte der intramurale Bereich entlastet werden, indem ambulante Leistungen, die nicht notwendigerweise eine Spitalsambulanz erbringen müsste, vom niedergelassenen Bereich übernommen werden, sofern diese Leistungen dort kostengünstiger erbracht werden können.

14.3 *Laut den Stellungnahmen der VGKK und der Niederösterreichischen Landesregierung erfordere jede Leistungsverschiebung eine Neuordnung der Finanzierung und geeignete Mechanismen für einen gesicherten Mitteltransfer.*

14.4 Der RH sah dafür einen Reformbedarf bei der Regelung der Krankenanstaltenfinanzierung im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung ab 2013.

¹⁹ otomikroskopische Untersuchungen

²⁰ suprapubische Punktioncystostomie

Zuweisungspraxis zu Spitalsambulanzen

15.1 Spitalsambulanzen waren durch Nachbehandlungen²¹ höher belastet als durch Erstbehandlungen²². Nachbehandlungen werden in der Regel während der regulären Ambulanzzeiten durchgeführt und erfordern damit höhere Personalressourcen. Beispielsweise lag beim LKH Feldkirch der Anteil an Nachbehandlungen von rd. 9.400 bei rd. 56 % der gesamten ambulanten Frequenzen der internen Ambulanz.

Tabelle 13: Zuweisungsart und –frequenz in Spitalsambulanzen ¹			
Ambulanzen	LKH Feldkirch	KH Ried	LK Krems ²
	Anzahl		
Gynäkologie/Geburtshilfe	7.254	5.182	2.597
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	2.735	2.042	1.107
<i>Nachbehandlung</i>	4.519	3.140	1.490
Interne Medizin	16.706	11.679	7.776
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	7.291	4.557	5.701
<i>Nachbehandlung</i>	9.415	7.122	2.075
Chirurgie	9.044	5.590	5.628
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	3.629	2.744	2.965
<i>Nachbehandlung</i>	5.415	2.846	2.663
Kinderheilkunde	7.203	1.804	3.723
<i>davon</i>			
<i>Erstbehandlung</i>	3.573	1.074	3.082
<i>Nachbehandlung</i>	3.630	730	641
¹ Gezählt wurden ausschließlich Patienten und nicht auch eingesandte Laborproben oder Ähnliches.			
² Die Daten waren im LK St. Pölten nicht in der notwendigen Aufbereitung vorhanden; stattdessen wurde für Niederösterreich das LK Krems herangezogen (Halbjahresdaten 2009).			

Die Krankenanstalten gaben zu bedenken, dass bei einer allfälligen Reduktion der Ambulanzfälle ein mögliches Qualitäts- und Ausbildungsrisiko auftreten könnte.

²¹ von der Spitalsambulanz angeordnete Untersuchungen/Behandlungen

²² Notfälle, Zuweisungen durch niedergelassene Ärzte

- 15.2** Um den spitalsambulanten Bereich zu entlasten, sollten Nachbehandlungen – soweit medizinisch vertretbar – vermehrt im niedergelassenen Bereich stattfinden, wenn die Leistung bei gleicher Behandlungsqualität dort kostengünstiger erbracht werden kann. Wenn nur die Hälfte der in Tabelle 13 genannten Nachbehandlungen im niedergelassenen Bereich möglich wäre, könnten Leistungen im finanziellen Umfang von jährlich rd. 2,4 Mill. EUR (LKH Feldkirch), rd. 0,7 Mill. EUR (KH Ried) und rd. 0,6 Mill. EUR (LK Krems) in den niedergelassenen Bereich verlagert werden.

Der RH empfahl den Ländern, das Einsparungspotenzial an ambulanten Nachbehandlungen mit den verantwortlichen Spitalsärzten zu evaluieren und eine Verlagerung in den niedergelassenen Bereich in jenen Fällen anzustreben, in denen diese Leistungen dort günstiger erbracht werden könnten.

Dazu wäre auch ein Dialog mit Vertretern des niedergelassenen Ärztebereichs notwendig, in dem nicht nur die Bereitschaft zur Leistungsübernahme geklärt werden könnte, sondern auch die Rahmenbedingungen, wie bspw. die Weiterleitung der Befunde durch die Spitalsambulanzen.

- 15.3** *Die Vorarlberger Landesregierung hielt die Verlagerung ambulanter Nachbehandlungen in den niedergelassenen Bereich grundsätzlich für sinnvoll, wenn die Leistung bei gleicher Behandlungsqualität dort kostengünstiger erbracht werden kann. Es setze aber auch die Bereitschaft der niedergelassenen Leistungserbringer und extramuraler Kostenträger voraus, die Nachsorgeleistungen zu übernehmen.*

Die Oberösterreichische und Niederösterreichische Landesregierung hielten erst nach Einführung des Katalogs ambulanter Leistungen eine Analyse, welche ambulanten Leistungsbündel künftig sinnvollerweise im intra- oder extramuralen Bereich erbracht werden könnten, für möglich.

Die OÖGKK, die NÖGKK, die BVA und der Hauptverband wiesen darauf hin, dass vom spitalsambulanten Bereich ausgelagerte Leistungen gesondert, bspw. durch LKF-Mittel, finanziert werden müssten.

- 15.4** Der RH wiederholte seine Empfehlung, die Steuerung der Geldmittel zur Finanzierung der Krankenanstalten im Rahmen der neuen Art. 15a-Vereinbarung ab dem Jahr 2013 neu zu regeln (TZ 7).

Allgemeines zur Finanzierung und Leistung des niedergelassenen Bereichs

16.1 Von den fünf überprüften Krankenversicherungsträgern erzielten im Jahr 2008 die BVA (rd. 48,5 Mill. EUR) und die OÖGKK (rd. 2,3 Mill. EUR) Bilanzgewinne, die übrigen drei verzeichneten Bilanzverluste, und zwar die VGKK rd. 9 Mill. EUR, die SVA rd. 10,3 Mill. EUR und die NÖGKK rd. 28,3 Mill. EUR. Dies entsprach einem Verlust je Anspruchsberechtigten²³ von rd. 16 EUR bei der SVA, rd. 25 EUR bei der NÖGKK und rd. 29 EUR bei der VGKK.

Die überprüften Krankenversicherungsträger wiesen auch unterschiedlich hohe Ausgaben für die ärztliche Hilfe auf, wie die nachstehende Abbildung zeigt:

Abbildung 3: Ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten



16.2 Der RH stellte fest, dass von den fünf überprüften Krankenversicherungsträgern die BVA nicht nur die höchsten Gewinne erzielte, sondern auch die höchsten Ausgaben für die ärztliche Hilfe je Anspruchsberechtigten verzeichnete.

²³ Versicherte und ihre mitversicherten Angehörigen

Weiters wies die OÖGKK zwar die niedrigsten Ausgaben je Anspruchsberechtigten für die ärztliche Hilfe auf, verzeichnete jedoch im Vergleich zur VGKK (+ 14 %) und zur NÖGKK (+ 2,5 %) mit 16,4 % die höchste Ausgabensteigerung bei den abgerechneten Beträgen (Tabelle 6, TZ 6).

- 16.3** *Laut den Stellungnahmen der VGKK und der NÖGKK beruhe die Kennzahl, welche die Ausgaben für die ärztliche Hilfe darstellt, auf den Erträgen und sei somit für die Messung eines Erfolgs über die Wirtschaftlichkeit eines Krankenversicherungsträgers nicht geeignet. Zudem führe eine isolierte Betrachtung der Ausgaben für ärztliche Hilfe auf die Wechselwirkung von intra- und extramuraler Leistungserbringung zu keinem objektiven Ergebnis.*

So verzeichne bspw. Oberösterreich bei nahezu gleichen Ausgaben je Anspruchsberechtigten im Gegensatz zu Niederösterreich weniger Ausgaben im extramuralen Bereich, weil dafür im intramuralen Bereich mehr Ausgaben je Anspruchsberechtigten getätigt würden.

- 16.4** Der RH hielt fest, dass eine Vergleichsrechnung über alle Krankenversicherungsträger einheitlich erfolgte und zusammen mit der Tabelle 6 (Anzahl der Fälle und abgerechnete Beträge bei den Gebietskrankenkassen im niedergelassenen Bereich) erkennbar war, welche Krankenversicherungsträger aus Gründen der Wirtschaftlichkeit eher dem Gebot der Sparsamkeit Folge leisten sollten; somit war dieser Vergleich nach Ansicht des RH zulässig.

Dem RH ist die Wechselwirkung zwischen extra- und intramuralem Bereich mit seinen finanziellen Auswirkungen bewusst. Die Ergebnisse aus den umfassenden Darstellungen des RH unter TZ 6, Tabellen 4 bis 6 (Kosten- und Leistungsentwicklung), TZ 12, Tabellen 10 und 11 (ambulante Frequenzen außerhalb der Regelbetriebszeit), sowie TZ 13 (Leistungszusammenhang zwischen hohem Ambulanzangebot und hoher Facharztdichte) sind Ausdruck fehlender umfassender Steuerungsinstrumente sowie unterschiedlicher Bereitschaft zu Kooperationsgesprächen zwischen dem jeweiligen Land und der Gebietskrankenkasse.

Leistungsverschiebungen zwischen intra- und extramuralem Bereich müssten im Rahmen der Art. 15a-Vereinbarung entsprechend finanziell berücksichtigt werden.

Honorarordnungen der sozialen Krankenversiche- rungsträger

17.1 Die sozialen Krankenversicherungsträger mussten ihre Anspruchsberechtigten mit den Leistungen der Krankenbehandlung ausreichend versorgen (§ 133 ASVG). Die Beziehungen zwischen den sozialen Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Ärzten wurden in Gesamtverträgen geregelt, die der Hauptverband – für die sozialen Krankenversicherungsträger – mit den örtlich zuständigen Ärztekammern abschloss.

Einen Bestandteil der erwähnten Gesamtverträge bildeten die Honorarordnungen. Sie fassten die Vereinbarungen über die Vergütung der ärztlichen Leistungen zusammen. Nach den gesetzlichen Vorgaben mussten einerseits die Vertragsärzte für ihre Tätigkeit nach Einzelleistungen honoriert und sollten andererseits die Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger begrenzt werden.

Die Strukturen der Honorarordnungssysteme der überprüften sozialen Krankenversicherungsträger waren äußerst unterschiedlich:

- Es gab generell die Differenzierung in Grundleistungen (Ordinationen, Visiten etc.) und Sonderleistungen (Magenspiegelungen, Mammographien etc.). Schon in dieser Differenzierung unterschieden sich die Honorarordnungen der überprüften sozialen Krankenversicherungsträger. Zum Beispiel gehörten Befundberichte bei der NÖGKK zu den Grundleistungen, bei der OÖGKK zu den Sonderleistungen.
- Die Honorierung der Grundleistung war unterschiedlich. Die BVA, SVA und VGKK vergüteten jede ärztliche Einzelleistung. Im Gegensatz dazu erhielt ein Vertragsarzt der NÖGKK eine Grundvergütung, eine so genannte große Ordination oder eine Ordination mit eingeschränktem Leistungsumfang sowie ein etwaiges Sonderleistungshonorar. Ein Vertragsarzt der OÖGKK erhielt eine Grundleistungsvergütung, unter Umständen eine Ordination sowie ein etwaiges Sonderleistungshonorar. Für die Abrechnung von Ordinationen verwendeten die NÖGKK und die OÖGKK verschiedene Begrenzungsregeln.
- Alle fünf überprüften sozialen Krankenversicherungsträger versuchten, das Maß des Notwendigen überschreitende Krankenbehandlungen zu verhindern. Dafür wendete die OÖGKK bspw. zahlreiche Pauschalierungen, Degressionen, Limitierungen von Sonderleistungen, Honorarlimitierungen und Indikationsregelungen, welche die Verrechenbarkeit einer Leistung auf eine bestimmte Diagnose beschränkten, an. Die Grundleistungsvergütung z.B. nahm bei der OÖGKK mit steigender Patientenzahl ab, so dass ein Vertragsarzt

der Allgemeinmedizin für seine ersten 500 Fälle rd. 24 EUR und dann, mit fallenden Beträgen, ab dem 1.101. Fall nur mehr 4,32 EUR pro Fall erhielt.

- Die VGKK begrenzte ihre Ausgaben für die ärztliche Hilfe mit der so genannten Gesamtvergütung und leistete hiefür in jedem Kalenderjahr einen definierten Prozentsatz von den Beitragseinnahmen. Im Ergebnis gab sie rd. 27 % ihrer Erträge für die ärztliche Hilfe aus, während die OÖGKK rd. 21 %, die SVA rd. 29 % sowie die NÖGKK und die BVA jeweils rd. 25 % ihrer Erträge für die ärztliche Hilfe ausgaben. Außerdem nahm die Ärztekammer für Vorarlberg gemeinsam mit der VGKK die Abrechnung vor.
- Die Honorarordnungen enthielten nicht dieselben Leistungen.
- Die BVA rechnete grundsätzlich monatlich ab, während die übrigen sozialen Krankenversicherungsträger vierteljährlich abrechneten.

Auf welcher Basis die Tarife in ihre Honorarordnungen Eingang gefunden hatten, konnten die überprüften sozialen Krankenversicherungsträger nicht mehr nachvollziehen. Jedenfalls waren Tarife eher das Ergebnis von Verhandlungen als das Abbild der tatsächlichen Kostensituation im niedergelassenen Bereich. Erst in den letzten Jahren nahmen die überprüften Krankenversicherungsträger einen Tarif für eine neue ärztliche Leistung nur noch dann in ihre Honorarordnungen auf, wenn entsprechende Kalkulationsgrundlagen vorlagen.

17.2 Der RH anerkannte die Bemühungen der überprüften Krankenversicherungsträger um eine Verhinderung unökonomischer Behandlungen. So gab bspw. die OÖGKK nur rd. 21 % ihres Ertrags für ärztliche Hilfe aus.

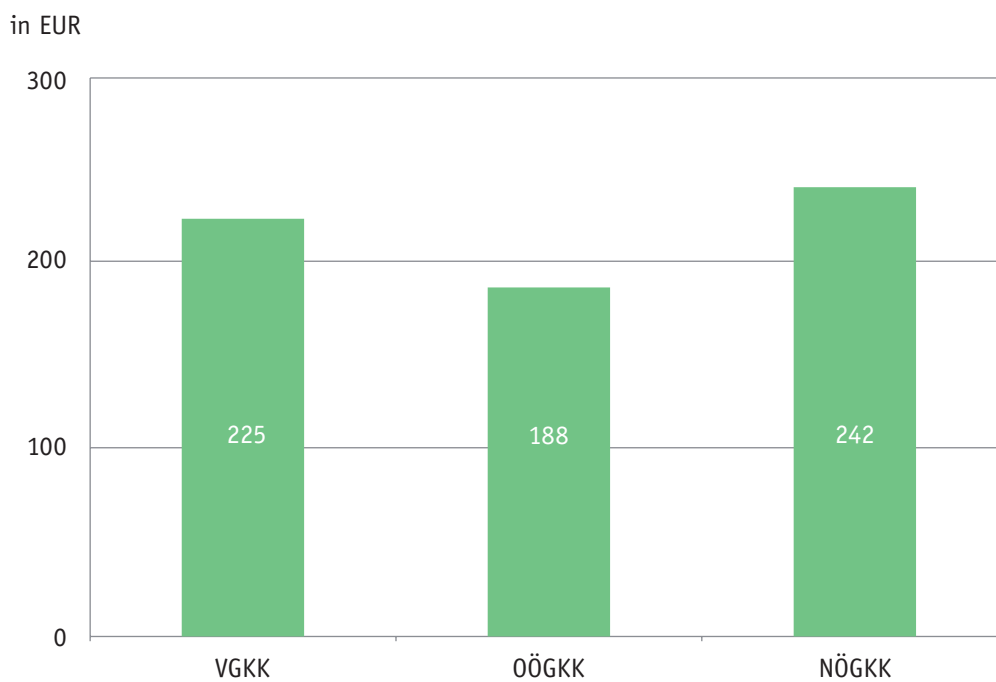
Er bewertete auch die Entwicklung der jüngsten Zeit positiv, wonach die Tarife für die neuen ärztlichen Leistungen in den meisten Fällen dann Eingang in die Honorarordnungen fanden, wenn die entsprechenden Kostenkalkulationen existierten. Diese Kalkulationen machten die Kostensituation im niedergelassenen Bereich transparent und erleichterten den Vergleich mit dem Spitalsbereich. Der RH empfahl den Krankenversicherungsträgern, diesen Weg fortzuführen.

Vertragsärztedichte 18.1 Die nachstehende Tabelle zeigt die Vertragsärztedichte der drei überprüften Gebietskrankenkassen:

Tabelle 14: Vertragsärztedichte je 100.000 Anspruchsberechtigte			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	Anzahl		
Allgemeinmediziner	51	57	68
Fachärzte	50	36	41
insgesamt	101	93	109
Quellen: Berechnungen des RH			

Aus der folgenden Abbildung können die Ausgaben für Vertragsärztehonorare je Anspruchsberechtigten entnommen werden:

Abbildung 4: Ausgaben für Vertragsärztehonorare je Anspruchsberechtigten (als altersstandardisierte Kopfquote)



Quelle: Statistik des Hauptverbandes

18.2 Die NÖGKK wies im Vergleich mit den anderen beiden Gebietskrankenkassen nicht nur die höchste Vertragsärztedichte auf. Auch die Ausgaben für Vertragsärzthonorare je Anspruchsberechtigten waren bei der NÖGKK am höchsten.

Vorarlberg verfügte über die geringste Anzahl von Allgemeinmediziner, gleichzeitig aber über die höchste Anzahl von Fachärzten.

18.3 Die NÖGKK wies in ihrer Stellungnahme auf den möglichen Widerspruch hin, einerseits die Planstellen im niedergelassenen Bereich zu reduzieren und andererseits die Spitalsambulanzen zu entlasten, indem Leistungen in den niedergelassenen Bereich transferiert werden.

Ärztelkostenstatistik

19.1 Die Ärztekostenstatistik des Hauptverbandes zeigt u.a. die durchschnittlich abgerechneten Jahresbeträge und die durchschnittlich abgerechneten Fälle je Vertragsarzt sowie die durchschnittlichen Ausgaben je Fall.

(1) Durchschnittlich abgerechnete Jahresbeträge je Vertragsarzt

Tabelle 15: Durchschnittlich abgerechnete Jahresbeträge je Vertragsarzt			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	in EUR		
Allgemeinmedizin	210.207	198.199	185.516
Augenheilkunde	217.736	248.633	343.773
Innere Medizin	240.991	305.365	345.097
Kinderheilkunde	236.115	224.765	157.378
Orthopädie	226.478	246.149	341.879
Radiologie ¹	617.601	629.201	1.089.375
¹ ohne Institute			
Quelle: Ärztekostenstatistik 2008, Tabelle 9			

Die Einnahmen eines Vertragsarztes der Krankenversicherung bestanden nicht nur aus den mit den Vertragsärztekassen gemäß § 2 ASVG abgerechneten Beträgen, sondern auch aus Honoraren mit den Sondernversicherungsträgern, Privathonoraren und allfälligen Umsätzen aus einer Hausapotheke sowie aus Einnahmen aus sonstigen Beschäftigungen, wie z.B. eine Tätigkeit als Betriebsarzt.

(2) Durchschnittlich abgerechnete Fälle je Vertragsarzt

Tabelle 16: Durchschnittlich abgerechnete Fälle je Vertragsarzt			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	Anzahl		
Allgemeinmedizin	4.789	4.197	4.086
Augenheilkunde	4.218	6.263	7.273
Innere Medizin	2.356	2.874	3.255
Kinderheilkunde	3.735	4.615	3.479
Orthopädie	2.761	3.804	4.025
Radiologie ¹	7.829	11.165	13.196
¹ ohne Institute			
Quelle: Ärztekostenstatistik 2008, Tabelle 10			

(3) Durchschnittliche Ausgaben je Fall

Tabelle 17: Durchschnittliche Ausgaben je Fall			
	VGKK	OÖGKK	NÖGKK
	in EUR		
Allgemeinmedizin	43,89	47,23	45,41
Augenheilkunde	51,61	39,70	47,27
Innere Medizin	102,30	106,25	106,02
Kinderheilkunde	63,22	48,71	45,23
Orthopädie	82,03	64,70	84,93
Radiologie ¹	78,88	56,36	82,55
¹ ohne Institute			
Quelle: Ärztekostenstatistik 2008, Tabelle 8			

19.2 In Vorarlberg erhielten Allgemeinmediziner und Fachärzte für Kinderheilkunde sowie in Niederösterreich einige Fachärzte (Augenheilkunde, Innere Medizin, Orthopädie, Radiologie) die höchsten Jahresbeträge. Gleichzeitig rechneten in Vorarlberg weniger Allgemeinmediziner mehr Fälle ab und waren somit versorgungswirksamer.

Bei den durchschnittlichen Ausgaben eines Falls waren die Fallkosten der Radiologen in Niederösterreich mit 82,55 EUR auffällig hoch. Diese waren um rd. 5 % höher als bei der VGKK und um rd. 46 % höher als bei der OÖGKK.

Der RH erachtete die unter Berücksichtigung des tatsächlichen Bedarfs ergriffenen Maßnahmen zur Kostensenkung grundsätzlich für geeignet.

19.3 *Laut Stellungnahme der NÖGKK sei in der Honorarordnung bei zahlreichen Positionen die verrechenbare Anzahl der Einzelleistungen begrenzt. Eine geeignete Maßnahme zur Kostendämpfung wäre – ohne die Versorgung der Bevölkerung zu gefährden – auch die Anwendung degressiver Tarifmodelle und eine moderate „Honorarpolitik“.*

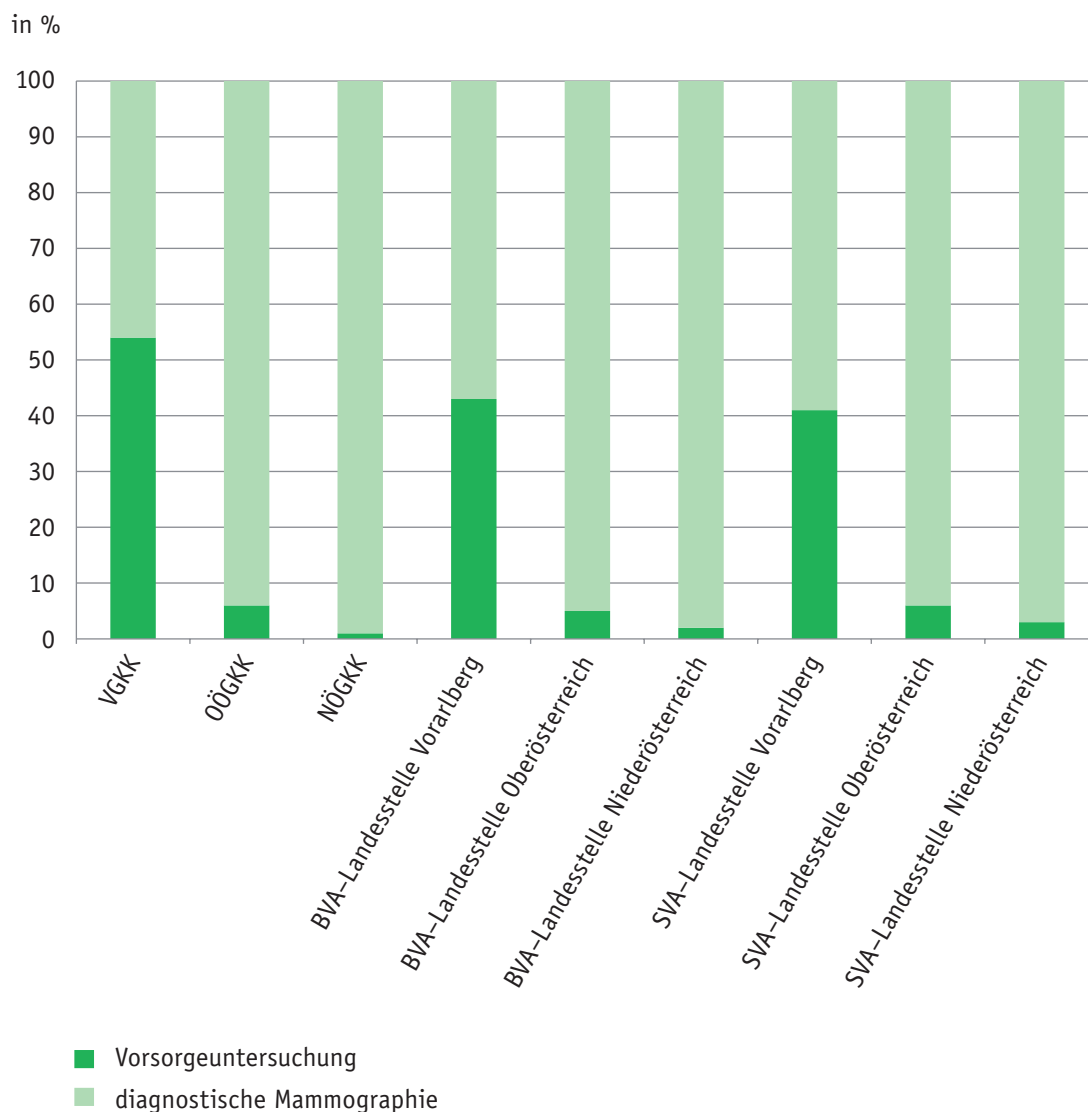
Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

Vorsorgeuntersuchungen für Mammographie und Coloskopie

- 20.1** (1) Anhand der Leistungspositionen Mammographie und Coloskopie ermittelte der RH die Verteilung von diagnostischen und Vorsorgeuntersuchungen bei den überprüften Krankenversicherungsträgern.
- (2) Die Auswertung der Mammographien ergab, dass bei der NÖGKK rd. 1 %, bei der OÖGKK rd. 6 % und bei der VGKK rd. 54 % als Vorsorgeuntersuchungen abgerechnet wurden. Bei den Landesstellen Niederösterreich, Oberösterreich und Vorarlberg der BVA sowie der SVA zeigte sich die gleiche Tendenz.

Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

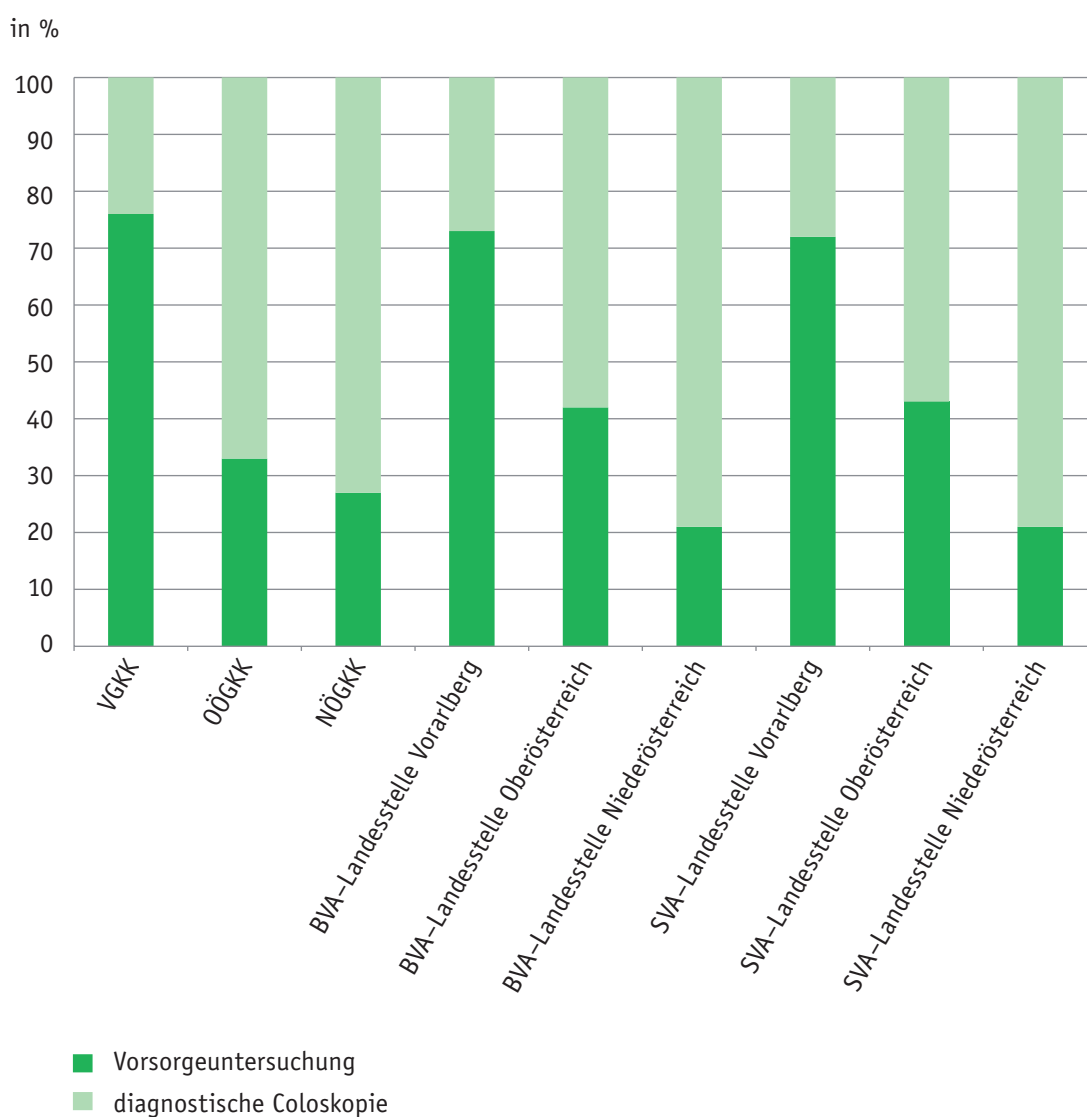
Abbildung 5: Verteilung diagnostische und Vorsorgeuntersuchungen – Mammographie



Da die BVA und die SVA für die Mammographie keinen „Organtarif“ vorsahen, mussten ihre Vertragspartner mehrere einzelne Leistungen abrechnen. Für die SVA war aus den Abrechnungen nicht erkennbar, ob eine einseitige oder eine beidseitige Mammographie durchgeführt worden war.

(3) Die Auswertung der Coloskopien ergab, dass bei der NÖGKK rd. 27 %, bei der OÖGKK rd. 33 % und bei der VGKK rd. 76 % als Vorsorgeuntersuchungen abgerechnet wurden. Bei den Landesstellen Vorarlberg, Niederösterreich und Oberösterreich der BVA sowie der SVA zeigte sich die gleiche Tendenz.

Abbildung 6: Verteilung diagnostische und Vorsorgeuntersuchungen – Coloskopie



Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

Der Tarif für eine als Vorsorgeuntersuchung abgerechnete Coloskopie war bei der SVA, BVA, OÖGKK und VGKK höher als jener für eine diagnostische Coloskopie. Die NÖGKK honorierte jede Coloskopie einheitlich.

Der Gesundheitsfonds für das Land Vorarlberg förderte die Vorsorgecoloskopie mit rd. 40 EUR je Fall.

Weitere mögliche Gründe für die heterogene regionale Verteilung der diagnostischen und der Vorsorgeuntersuchungen waren der Umstand, dass

- in Vorarlberg die Vorsorgeuntersuchung schon vor Jahrzehnten initiiert und entsprechend lange gefördert worden war,
- im Gegensatz zu den diagnostischen die Vorsorgeuntersuchungen dokumentiert werden mussten sowie
- die Vorsorgeuntersuchungen an geschlechts- und altersspezifische Untersuchungsintervalle gebunden waren.

20.2 Bei den Leistungspositionen Mammographie und Coloskopie bestanden beträchtliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Verteilung von diagnostischen und Vorsorgeuntersuchungen. Sowohl bei der Mammographie (rd. 54 %) als auch bei der Coloskopie (rd. 76 %) waren die Vorsorgeuntersuchungen bei der VGKK deutlich am höchsten. Die Gründe für die unterschiedliche Verteilung reichten von den unterschiedlichen Tarifen und der Förderung über die Dokumentation, die Evaluierung sowie die alters- und geschlechtsspezifischen Untersuchungsintervalle bis hin zu historischen Ursachen.

Der RH empfahl den Krankenversicherungsträgern generell, einen Tarif nicht an die Bezeichnung einer medizinischen Leistung als diagnostische oder Vorsorgeuntersuchung zu knüpfen, sondern an deren Inhalt. Für Untersuchungen desselben Inhalts sollte auch derselbe Tarif bestimmt werden.

Der BVA und der SVA empfahl der RH zudem die Umstellung auf einen Organtarif für die Mammographie, um die Abrechnung zu vereinfachen und die Transparenz zu verbessern.

20.3 *Laut Stellungnahme der VGKK seien für die Coloskopien eigene kura-tive Tarife, die mit den Vorsorgeuntersuchungstarifen korrespondieren, eingeführt worden.*

Laut Stellungnahme der OÖGKK würden sich unterschiedliche Tarife einerseits aus Limitierungsbestimmungen ergeben, um Unökonomien im kurativen Bereich zu verhindern, andererseits sollen sie den Vor-sorgeuntersuchungsbereich forcieren.

Laut Stellungnahme der BVA werde ein einheitlicher Organtarif ab 2011 in Kraft gesetzt.

Laut Stellungnahme der SVA würden die Bemühungen zur Erzielung eines einheitlichen Tarifs von der Zustimmung des Vertragspartners abhängen.

Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

CT- und MRT-Untersuchungen

21.1 Die folgenden Abbildungen veranschaulichen die unterschiedlichen Ausgaben für CT- und MRT-Leistungen je Anspruchsberechtigten:

Abbildung 7: Ausgaben für CT-Leistungen je Anspruchsberechtigten

in EUR

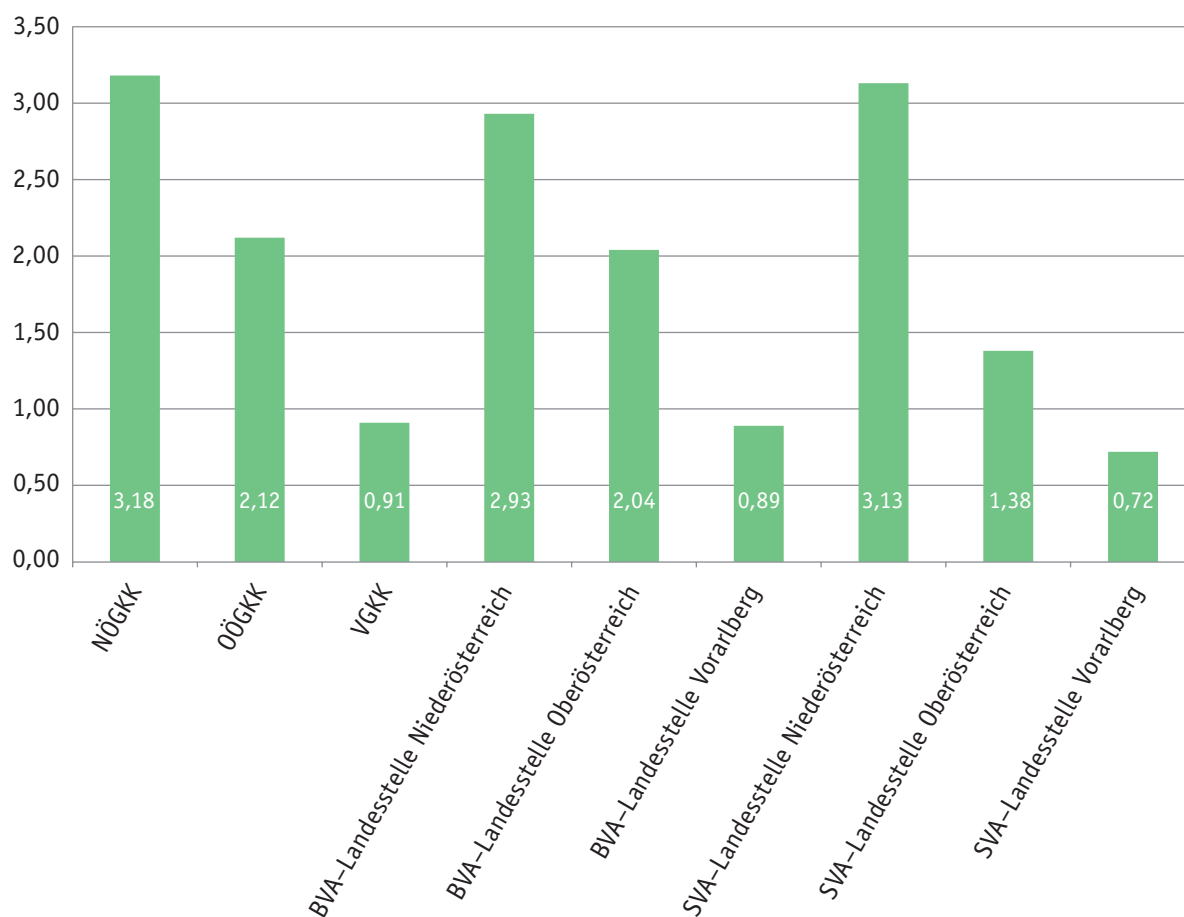
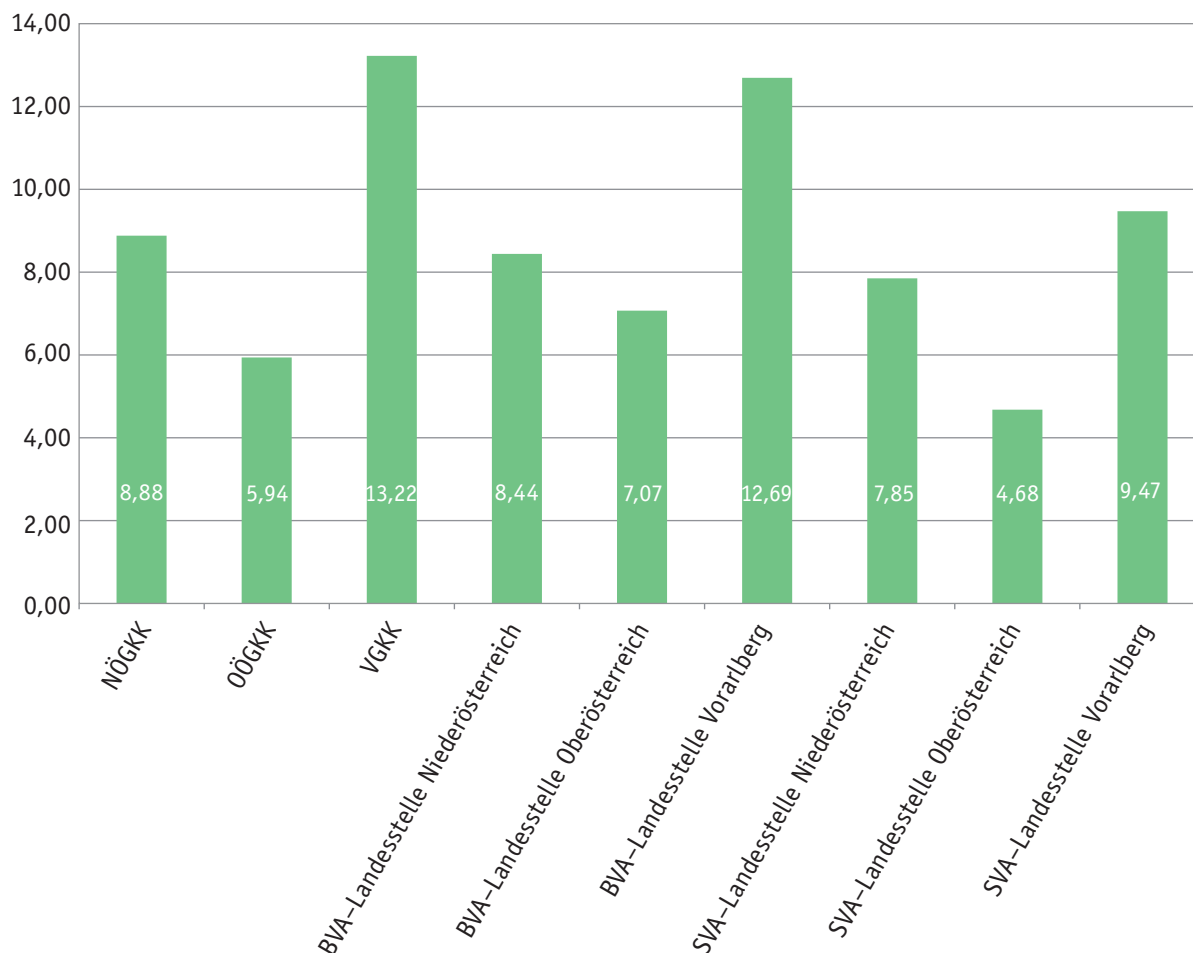


Abbildung 8: Ausgaben für MRT-Leistungen je Anspruchsberechtigten

in EUR



Die Ausgaben für CT-Leistungen je Anspruchsberechtigten divergieren zwischen 3,18 EUR (NÖGKK) und 0,72 EUR (SVA-Landesstelle Vorarlberg), jene für MRT-Leistungen je Anspruchsberechtigten zwischen 13,22 EUR (VGKK) und 4,68 EUR (SVA-Landesstelle Oberösterreich).

Bei der VGKK galt ein Limit für die Ausgaben von CT-Leistungen.²⁴ Die OÖGKK begrenzte die Ausgaben für CT- und MRT-Leistungen. Bei der NÖGKK, der SVA sowie der BVA bestanden keine Ausgabenbegrenzungen für CT- und MRT-Leistungen. Die NÖGKK wies rd. 28

²⁴ jährlicher Höchstbetrag von 298.365,59 EUR (ohne die gesetzliche Beihilfe gemäß § 8 Abs. 6 des CT-Vertrags); über die der Abbildung als Grundlage dienenden Zahlen hinaus wandte die VGKK 11.344,67 EUR für CT- und MRT-Leistungen für ihre Anspruchsberechtigten in anderen Bundesländern auf.

Unterschiedliche Tarifgestaltung anhand verschiedener Beispiele

und die VGKK rund sieben CT-Untersuchungen je 1.000 Anspruchsberechtigte auf.

Für MRT-Leistungen gab es bei der VGKK hingegen kein Limit. Dementsprechend verzeichnete die VGKK 78 Untersuchungen je 1.000 Anspruchsberechtigte, die NÖGKK hingegen 57. Zudem bezahlte die VGKK für MRT-Leistungen mit 200 EUR den höchsten Tarif aller überprüften Krankenversicherungsträger.

- 21.2** Der RH wies darauf hin, dass die VGKK mit einem Limit im Bereich der CT-Leistungen nur rund ein Drittel der Ausgaben je Anspruchsberechtigten der NÖGKK (0,91 EUR zu 3,18 EUR) und ohne Limit im Bereich der MRT-Leistungen mehr als die doppelten Ausgaben der OÖGKK (5,94 EUR zu 13,22 EUR) hatte.

Weiters wies der RH auf die bestehenden Ausgabenbegrenzungen der VGKK sowie OÖGKK und empfahl den anderen sozialen Krankenversicherungsträgern, unter Berücksichtigung des jeweiligen Bedarfs Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung zu setzen.

Der VGKK empfahl der RH, die Tarife für MRT-Leistungen zu evaluieren und Maßnahmen zur Tarifsenkung zu setzen.

- 21.3** *Laut Stellungnahme der VGKK sei mit der Wirtschaftskammer Österreich sowohl eine Senkung der Tarife als auch eine absolute Aufwandsbegrenzung für die Jahre 2010 bis 2013 vereinbart worden.*

Laut Stellungnahme der NÖGKK sei bereits im Jahr 2005 eine degressive Tarifgestaltung bei an sich niedrigen Tarifen erfolgt, die zu kostendämpfenden Maßnahmen geführt habe. Für die Jahre 2010 bis 2013 sei eine fixe Ausgabenbegrenzung vertraglich beschlossen worden.

Laut Stellungnahme der BVA seien mit den Vertragspartnern Ausgabenbegrenzungen ausverhandelt worden, wonach der jährliche Zuwachs an Honorarvolumen mit 0,5 % limitiert sei.

Gastroskopie

22.1 Im Unterschied zu den Honorarordnungen der Gebietskrankenkassen und der SVA ließ es die Honorarordnung der BVA zu, dass zusätzlich zu einer Gastro-Duodenoskopie auch eine Ösophago-Gastroskopie abrechenbar war.²⁵ Diese Möglichkeit ergab einen Gesamttarif von rd. 210 EUR.

Tabelle 18: Tarife für Gastroskopie

	VGKK ¹	OÖGKK	NÖGKK ¹	SVA ²	BVA ³
	in EUR				
Speiseröhre, Magen und Zwölffingerdarm (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie)	120,50	95,00	75,05	–	–
Speiseröhre und Magen (Ösophago-Gastroskopie)	–	–	–	–	87,87
Magen und Zwölffingerdarm (Gastro-Duodenoskopie)	–	–	–	118,57	119,06
¹ mit Polypektomie ² Speiseröhre und Magen nicht neben Magen und Zwölffingerdarm abrechenbar (Ausschlussbestimmung) ³ Speiseröhre und Magen neben Magen und Zwölffingerdarm abrechenbar					

Bei der BVA-Landesstelle Vorarlberg gelangte dieser Gesamttarif in vier Fällen (rd. 2 % aller Fälle) zur Abrechnung, bei der BVA-Landesstelle Oberösterreich hingegen in 107 Fällen (rd. 26 %).

Die Vertragsärzte der BVA-Landesstelle Niederösterreich rechneten den Gesamttarif in 1.045 Fällen (rd. 53 %) ab, was gegenüber den Tarifen der anderen Krankenversicherungsträger einen Mehraufwand von über 90.000 EUR verursachte.

22.2 Der RH empfahl der BVA, die Honorarordnung dahingehend abzuändern, dass im Falle einer Gastroskopie nur noch eine Leistungsposition abgerechnet werden kann, wie dies bei den vier anderen überprüften sozialen Krankenversicherungsträgern bereits der Fall war.

22.3 *Laut Stellungnahme der BVA würden mit der Österreichischen Ärztekammer diesbezüglich Verhandlungen geführt.*

²⁵ Eine Gastroskopie ermöglicht die Untersuchung nicht nur des Magens, sondern auch der Speiseröhre und des Zwölffingerdarms.

Wechselwirkung zwischen intra- und extramuralem Bereich

23.1 Ziel des im Jahr 1997 neu eingeführten LKF-Finanzierungssystems war es, u.a. für eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus und vermehrte Leistungsverlagerungen vom stationären in den Spitalsambulanten bzw. von diesem in den niedergelassenen Bereich zu sorgen sowie damit langfristig die überproportionalen Kostensteigerungsraten im Krankenanstaltenbereich einzudämmen. Die Umsetzung dieser Ziele obliegt den Ländern und den sozialen Krankenversicherungsträgern (TZ 2).

Entgegen den gesetzten Zielen nahmen innerhalb von drei Jahren jedoch sowohl die stationären als auch die ambulanten Endkosten um 18,3 % bzw. 20,3 % zu. Auch die Gebietskrankenkassen wiesen im selben Zeitraum eine Steigerung ihrer Abrechnungsbeträge um 11,8 % auf (Tabellen 4 und 6, TZ 6). Dabei gab es starke regionale Unterschiede (Tabelle 5, TZ 6).

Ausschlaggebend war, dass die bisherige Finanzierung der Krankenanstalten starke Anreize zur stationären Versorgung bot (durchschnittliche Einnahmen je Spitalspatient – TZ 8). Außerdem waren die ambulanten Spitalsleistungen in keiner der drei verglichenen Krankenanstalten kostendeckend und wiesen zudem eine sehr unterschiedliche Finanzierungsstruktur auf, deren Berechnung und Verteilung auf dem Leistungsangebot von 1996 beruhte (TZ 3). Hinzu kam, dass die drei verglichenen sozialen Krankenversicherungsträger nicht mehr nachvollziehen konnten, auf welcher Basis die Tarife in ihre Honorarordnungen Eingang gefunden haben, und ihre Honorarstrukturen höchst unterschiedlich waren (TZ 17).

Im Einzelnen stellte der RH fest, dass es bei

- einer weiteren Verlagerung vom stationären in den 1-Tages- bzw. 0-Tages- und ambulanten Bereich (TZ 8 bis 10),
- längeren Öffnungszeiten der Ordinationen (TZ 12),
- Übernahme bestimmter Grund- und OP-Leistungen durch den niedergelassenen Bereich (TZ 14) sowie
- Verringerung der Spitalsambulanten Frequenzen durch vermehrte Verlagerung von Nachbehandlungen in den niedergelassenen Bereich (TZ 15)

Entlastungspotenzial für den intramuralen Bereich geben könnte.

Bei den verglichenen sozialen Krankenversicherungsträgern bestanden Reformpotenziale bei

- den unterschiedlichen Vertragsarztdichten und Ausgaben für Vertragsärztehonore je Anspruchsberechtigten (TZ 18),
- den unterschiedlichen Fallzahlen je Arzt und Ausgaben je Fall (TZ 19),
- den unterschiedlichen Tarifen für gleiche Leistungen (am Beispiel Vorsorgeuntersuchung und Gastroskopie) und einer damit verbundenen unterschiedlichen Inanspruchnahme dieser Leistungen (TZ 20, 22) sowie
- den Auswirkungen von unterschiedlich hohen Ausgabenbegrenzungen je nach Mengen- oder Preislimitierung (TZ 21).

Wechselwirkung zwischen intra- und extramuralem Bereich

Die derzeitige Situation war durch eine inhomogene Spitalsambulanzkosten- bzw. Tarifstruktur gekennzeichnet, wie dies folgende Beispiele – entnommen aus den Anhängen 2 bis 6 – zeigen:

Tabelle 19: Vergleich der Ambulanzkosten mit den Durchschnittspreisen/Tarifen der Sozialversicherungsträger		
medizinische Leistung	Vollkosten in der Spitalsambulanz	Durchschnittspreise/Tarife der Sozialversicherungsträger
kurative Mammographie (beide Seiten)	niedrigste Vollkosten im LKH Feldkirch (Radiologie) mit 64,89 EUR ; höchste Vollkosten im LK St. Pölten mit 80,33 EUR	niedrigster Durchschnittspreis der VGKK mit 79,26 EUR; höchster Durchschnittspreis der SVA in allen drei Landesstellen mit 113,41 EUR
CT-Knie (Kniegelenk je Seite)	niedrigste Vollkosten im LK St. Pölten mit 57,03 EUR ; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 124,52 EUR (ohne Kontrastmittel)	niedrigster Durchschnittspreis der SVA-Landesstelle Niederösterreich mit 95,90 EUR; höchster Tarif der BVA-Landesstelle Vorarlberg mit 141,72 EUR /116,28 EUR
MRT-Knie (Kniegelenk je Seite)	niedrigste Vollkosten im LK St. Pölten mit 163,79 EUR; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 233,60 EUR (ohne Kontrastmittel)	niedrigster Tarif der OÖGKK mit 150,35 EUR ; höchster Tarif der BVA- und der SVA-Landesstelle Vorarlberg mit 180 EUR
Coloskopie	niedrigste Vollkosten im LK Krems mit 148,83 EUR; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 194,48 EUR	niedrigster Durchschnittspreis der VGKK mit 80,54 EUR ; höchster Tarif der BVA in allen drei Landesstellen mit 119,06 EUR
12-Ableitungs-EKG	niedrigste Vollkosten im KH Ried mit 5,43 EUR ; höchste Vollkosten im LK Krems mit 26,52 EUR	niedrigster Tarif der OÖGKK mit 22,95 EUR; höchster Tarif der NÖGKK mit 39,43 EUR
Entfernung einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	niedrigste Vollkosten im KH Ried mit 19,63 EUR ; höchste Vollkosten im LKH Feldkirch mit 66,87 EUR	niedrigster Durchschnittspreis der OÖGKK mit 28,01 EUR (Orthopädie); höchster Tarif der BVA in allen Landesstellen mit 53,66 EUR

Dieser Vergleich von sechs medizinischen Leistungen belegt die Notwendigkeit einer umfassenden Analyse der Kosten in der Spitalsambulanz und der Durchschnittspreise/Tarife der sozialen Krankenversicherungsträger. Einige ambulante Leistungen (kurative Mammographie, CT-Knie, 12-Ableitungs-EKG) waren in der Spitalsambulanz kostengünstiger als die im niedergelassenen Bereich von den sozialen Krankenversicherungsträgern bezahlten Durchschnittspreise. Eine Mammographie kostete in der Spitalsambulanz zumindest rd. 65 EUR, in der Ordination bis zu rd. 113 EUR. Umgekehrt kostete eine MRT-Knie im

spitalsambulanten Bereich bis zu rd. 234 EUR, im niedergelassenen Bereich zumindest rd. 150 EUR.

Die Art. 15a-Vereinbarungen sahen vor, für Steuerungszwecke – im Sinne einer integrierten Planung und Finanzierung sowie einer Kooperation zwischen dem intra- und extramuralen Bereich – einen Überblick über das Leistungsgeschehen im spitalsambulanten und niedergelassenen Bereich zu bekommen.

Außerdem sollte eine zum akutstationären Versorgungsbereich kompatible Leistungs- und Diagnosendokumentation für beide Versorgungsbereiche sichergestellt und als KAL ausgebaut werden²⁶ (TZ 4). Weiters sollte eine integrierte Planung für den stationären, ambulanten sowie für den Rehabilitations- und Pflegebereich auf Bundesländerebene durchgeführt und als so genannte Regionale Strukturpläne Gesundheit vom jeweiligen Land und der sozialen Krankenversicherungsträger in der Gesundheitsplattform beschlossen werden²⁷ (TZ 5). Diese von Bund und Ländern sowie mit den sozialen Krankenversicherungsträgern vereinbarten Vorhaben sind – wie der RH bereits ausgeführt hat – erst in Ansätzen verwirklicht.

23.2 Nach Ansicht des RH bestand bei den drei verglichenen Krankenanstalten ein Kosteneinsparungspotenzial von zumindest 4,1 Mill. EUR. Dazu müsste der stationäre Bereich verstärkt durch eine Verlagerung in den 1-Tages- bzw. 0-Tages-Bereich sowie weiter in den spitalsambulanten Bereich entlastet werden. Bestimmte Leistungen wären von diesem unter Einhaltung der medizinischen Standards und Qualitätskriterien zu erbringen.

Wie der Tarifvergleich der sozialen Krankenversicherungsträger gezeigt hat, bestanden Steuerungsmöglichkeiten, die Kostensteigerungen zu reduzieren. Durch das Fehlen entsprechender bundesweiter Dokumentations- und Planungsgrundlagen wie KAL und RSG waren allerdings Steuerungsentscheidungen, wo welche Leistungen am kostengünstigsten und für den Behandlungserfolg von Patienten am zweckmäßigsten erbracht werden können, derzeit noch nicht möglich.

Das Fehlen umfassender Steuerungsinstrumente und die in den drei Ländern unterschiedliche Bereitschaft zu Kooperationsgesprächen zwischen dem jeweiligen Land und der Gebietskrankenkasse führten – besonders in Ballungszentren – zu einer vermehrten Inanspruchnahme sowohl von Ordinations- als auch Spitalsambulanzleistungen (TZ 12). Zudem führte selbst eine hohe Anzahl von niedergelassenen Vertrags-

²⁶ vgl. Erläuterungen 692 der Beilagen XXII. GP – Art. 15a-Vereinbarung 2005, S. 11

²⁷ Art. 4 Abs. 1 der Art. 15a-Vereinbarung über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I Nr. 105/2008

fachärzten zu keiner Entlastung der Spitalsambulanzen, wie dies der RH in Abbildung 2 nachwies (TZ 13).

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs ambulanter Leistungen

Allgemeines

24 Für die Durchführung des Kostenvergleichs wählte der RH aus zehn medizinischen Fachbereichen 81 verschiedene medizinische Einzelleistungen aus. Dabei handelte es sich um Leistungen, die sowohl in den Spitalsambulanzen als auch in den Ordinationen der niedergelassenen Ärzte weitgehend ähnlich erbracht wurden (siehe Anhänge 2 bis 6).

Im Zuge der Gebarungsüberprüfung stellte der RH fest, dass – im Unterschied zu den unterschiedlich strukturierten Honoraren der sozialen Krankenversicherungsträger – die Leistungen in den Spitalsambulanzen einheitlich kalkuliert werden konnten und in vielen Bereichen, wie bspw. bei den bildgebenden Verfahren (CT und MRT), zu ähnlich hohen Kosten geführt haben.

Der RH wies bei dem nachstehend angeführten Kostenvergleich auf zahlreiche Einflussfaktoren hin, die bei der Interpretation der Kostenunterschiede zwischen spitalsambulanten Leistungen und Leistungen im niedergelassenen Bereich berücksichtigt werden müssen:

- Die Kosten im Krankenhaus werden mit Ausgaben bei den sozialen Krankenversicherungsträgern verglichen.
- Die Kostenkalkulation in den Krankenanstalten ist nicht einheitlich.
- Die Betrachtung von Voll- zu Teil- und zu Grenzkostenrechnung führt zu unterschiedlichen Vergleichswerten.
- Bei gleicher medizinischer Indikation ist der Leistungsumfang in den Spitalsambulanzen höher als im niedergelassenen Bereich.
- Die Öffnungs- und Zugangszeiten der Ordinationen im niedergelassenen Bereich sind wesentlich geringer als in den Spitalsambulanzen und haben Einfluss auf die Kostenkalkulation.

Unterschied von Kosten in einer Krankenanstalt und Ausgaben bei den sozialen Krankenversicherungsträgern

25 Beim gegenständlichen Vergleich der ausgewählten Leistungen wurden die Kosten in den Spitalsambulanzen mit den jeweiligen Ausgaben der sozialen Krankenversicherungsträger verglichen, die sich aus den Tarifen der Honorarordnungen für die Leistungsabgeltung im niedergelassenen Bereich ergeben. Eine andere Darstellung war wegen fehlender auswertbarer Kostenrechnungsdaten im niedergelassenen Bereich nicht möglich.

Uneinheitliche Kostenkalkulation in den Krankenanstalten

26.1 Für die Ermittlung der Kosten von ausgewählten medizinischen Leistungen galten grundsätzlich die Vorgaben gemäß Kostenrechnungsverordnung für landesfondsfinanzierte Krankenanstalten.²⁸ Die Kostenkalkulation des RH zur gegenständlichen Überprüfung war auf Basis einer Kostenträgerrechnung aufgebaut, wobei die ausgewählten medizinischen Leistungen den Kostenträger bildeten.

Die Zuordnung der primären und sekundären Kosten hatte ebenfalls nach den Regeln der Kostenrechnungsverordnung zu erfolgen. Diese ließen jedoch einen Interpretationsspielraum zu, wodurch es den Krankenanstalten bis zu einem gewissen Grad möglich war, die Leistungsverrechnung individuell zu gestalten. Um ein möglichst gleichartiges Vorgehen bei der Kostenkalkulation zu sichern, stellte der RH den Krankenanstalten eigene Kalkulationsblätter zur Verfügung.

Der RH stellte fest, dass die Kostenkalkulationen bei den primären Kosten gleich erfolgten, nicht jedoch bei den sekundären Kosten. Dies war darauf zurückzuführen, dass die Anzahl der sekundären Kosten unterschiedlich war und auch verschiedene Umlageschlüssel angewendet wurden.

26.2 Für eine bessere Kostenermittlung, vor allem im Hinblick auf die zukünftige Kostenbewertung der Leistungen nach dem KAL, wären die Erfassung der Sekundärkosten zu standardisieren und die Umlageschlüssel zu vereinheitlichen. Der RH empfahl dem BMG, eine diesbezügliche Überarbeitung der Kostenrechnungsverordnung in die Wege zu leiten.

²⁸ BGBl. II Nr. 638/2003, § 37 Abs. 1

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs

Voll-, Teil- und Grenzkostenrechnung

27.1 Beim gegenständlichen Kostenvergleich sind in den Vollkosten je vergleichener Leistung die Personalkosten, die Kosten für Verbrauchsgüter, die Kosten für die Geräteabnutzung und die Sekundärkosten als Gemeinkostenzuschlag enthalten. Damit proportionalisiert die Vollkostenrechnung den hohen Fixkostenanteil und entspricht nicht dem Verursacherprinzip.

Bei der Teilkostenrechnung werden hingegen nur jene Kosten berücksichtigt, die bei der Leistungserbringung unmittelbar entstehen. Das sind die Personalkosten, die Kosten für Verbrauchsgüter und die Kosten für die Geräteabnutzung. Die Personalkosten werden als variable Kosten angenommen, obwohl die Personalkosten in Krankenanstalten weitgehend ein Fixkostenbestandteil sind.²⁹

Ein Herausrechnen des variablen Personalkostenanteils addiert zu den Kosten der Verbrauchsgüter und Kosten für die Geräteabnutzung führt zur Grenzkostenrechnung.

Die Kostenkalkulation im niedergelassenen Bereich, die zur Bildung von Tarifen führen sollte, war selbst nach Ansicht der sozialen Krankenversicherungsträger kaum mehr nachvollziehbar. Neuere Kalkulationsgrundlagen, wie z.B. in Oberösterreich zwischen der OÖGKK und der Oberösterreichischen Ärztekammer vereinbart, waren auf einer Grenzkostenrechnung aufgebaut. Sie enthielten allerdings Kostenelemente, die der RH im Rahmen seiner Teilkostenrechnung bei den Spitalsambulantanten Leistungen anführte.

27.2 Nach Ansicht des RH wäre

- die Vollkostenrechnung anzuwenden, wenn es sich um eine zusätzliche Leistung handelt, die umfangreiche bauliche, personelle und apparative Investitionen erfordert (z.B. radiologische Leistungen),
- die Teilkostenrechnung anzuwenden, wenn es sich um eine Leistung handelt, die im Rahmen der vorhandenen Infrastruktur, jedoch mit einer zusätzlichen Geräteinvestition erbracht werden kann (z.B. endoskopische Leistungen) und
- die Grenzkostenrechnung anzuwenden, wenn Leistungen im Rahmen der vorhandenen Infrastruktur ohne weitere Investitionen erbracht werden können (z.B. dann, wenn Großgeräte wie CT oder MRT in den Spitalsambulanzen besser ausgelastet sein könnten).

²⁹ Variable Anteile an den Personalkosten wären Überstunden und leistungsabhängige Nebengebühren.

Nachdem die Ermittlung der Grenzkosten für die Zwecke der gegenständlichen Betrachtung nur mit einem unverhältnismäßig hohen Zeitaufwand zu bewerkstelligen gewesen wäre, stellte der RH in den Anhängen 2 bis 6 nur Voll- bzw. Teilkosten dar.

Am Beispiel Mammographie und Coloskopie war ersichtlich, dass die Vollkosten rund dreimal und die Teilkosten rund doppelt so hoch waren wie die Grenzkosten.³⁰

27.3 *In seiner Stellungnahme hielt es der Hauptverband für angebracht, für den Vergleich mit dem niedergelassenen Bereich die Grenzkostenrechnung anzuwenden, weil nicht angenommen werden könne, dass die in den Spitalsambulanzen verfügbare Infrastruktur voll ausgelastet sei. Weiters hegte der Hauptverband Zweifel an manchen Kostenkalkulationen, so bspw. bei den Kosten für CT-Untersuchungen.*

27.4 Der RH stimmte der Anwendung der Grenzkostenrechnung für den Fall zu, dass für zusätzliche Leistungen in der Spitalsambulanz keine weiteren Investitionen notwendig waren und die Spitalsambulanzen über freie Ressourcen zur Aufnahme zusätzlicher Leistungen verfügten. Ob freie Kapazitäten vorhanden oder ab welcher Leistungsmenge wegen weiterer Ressourcen so genannte sprungfixe Kosten zu erwarten waren, konnte von den Krankenanstalten wegen der prüfungsthematischen Auswertung ganz spezifischer Leistungen nicht beantwortet werden.

Es lässt sich nicht exakt ermitteln, ob die chirurgische Ambulanz einer Krankenanstalt im Vergleich zu den Tarifen eines sozialen Krankenversicherungsträgers eine kostengünstigere Entfernung einer bestimmten Anzahl von Geschwulsten zusätzlich zu den anderen chirurgisch ambulanten Leistungen erbringen könnte und ab welcher Menge bspw. zusätzliches Personal aufzunehmen wäre.

Mit der Darstellung der Teilkosten wählte der RH daher eine vorsichtige Darstellung des Kosten-/Tarifvergleichs, weil auch bereits bei dieser Darstellung erkennbar war, dass bestimmte Leistungen von den Spitalsambulanzen billiger erbracht werden können. So würde ein allein auf Grenzkostenbasis erstellter Vergleich die Kosten je erbrachter Leistung halbieren.

³⁰ gebildet aus den Durchschnittswerten der drei Krankenanstalten; ein Drittel der Personalkosten wurde als variable Kosten (Überstunden, Nebengebühren) angenommen. Das Verhältnis von Voll- zu Teil- und zu Grenzkosten betrug bei der Mammographie 3,1:2,1:1,0 und bei der Coloskopie 2,7:1,7:1,0.

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs

Die Ermittlung der spitalsambulanten Kosten wurde nach einem vom RH vorgegebenen einheitlichen Kalkulationsblatt auf Basis einer Kostenträgerrechnung durchgeführt. In den Krankenanstalten wurden die Behandlungszeit sowie die Verbrauchsmengen gemeinsam mit den behandelnden Ärzten erhoben und mit den Daten aus der Kostenrechnung bewertet. Die erheblichen Unterschiede im Bereich der CT-Untersuchungen waren darauf zurückzuführen, dass im LKH Feldkirch relativ hohe Durchschnittswerte über alle CT-Leistungen angenommen wurden, während das LK St. Pölten jede CT-Leistung gesondert kalkulierte.

Weiters traten große Unterschiede bei den Personalkosten der medizin-technischen Dienste und bei den kalkulatorischen Kosten auf. Die Gemeinkostenzuschläge betrugen in beiden Krankenanstalten zwischen 19 % und 22 %.

Kalkulation der spitalsambulanten Leistungen

28.1 Die Krankenanstalten kalkulierten nach einem vom RH einheitlich vorgegebenen Kalkulationsschema (Anhang 1). Dieses enthält vier Kostengruppen, und zwar für:

- Personal (Ärzte, Krankenpflege, medizin-technische Dienste, Verwaltungspersonal): Berechnet wurden Kosten je Arbeitsminute. Die Jahresarbeitszeit wurde im Durchschnitt mit 1.650 Stunden festgelegt.
- Materialien (Verbrauchsgüter): Die Materialeinzelkosten wurden den Leistungen direkt zugeordnet.
- Kalkulatorische Kosten (Abschreibung der maschinellen Einrichtungen, Instandhaltungskosten, keine kalkulatorischen Zinsen): Die Zuordnung der Kosten zu den Leistungen erfolgte unterschiedlich, indem bspw. die Kosten auf die Jahresuntersuchungsfrequenz oder die Lebensdauer des Geräts nach Untersuchungsminuten aufgeteilt wurden.
- Gemeinkosten (Sekundärkosten wie bspw. Apotheke, Speisesaal, Sterilisation, Verwaltung): Dazu wurden unterschiedliche Umlageschlüssel verwendet.

28.2 Die Kostenkalkulationen ergaben bei einigen medizinischen Leistungen erhebliche Unterschiede. Dafür waren drei Gründe maßgebend:

- Die unterschiedlich langen Arbeitszeiten der Ärzte, des Pflegedienstes und sonstiger, zusätzlicher medizinischer Mitarbeiter sowie die personelle Zusammensetzung und die Kosten der Arbeitsstunden: Die Personalkosten betrugen am Beispiel Coloskopie zwischen 52,66 EUR (KH Ried) und 95,16 EUR (LK St. Pölten) bzw. bei der Gastroskopie zwischen 23,59 EUR (KH Ried) und 57,26 EUR (LK St. Pölten).
- Die Unterschiede der kalkulatorischen Kosten infolge Geräteausstattung und –auslastung sowie deren Anschaffungskosten: Sie differierten am Beispiel Coloskopie zwischen 28,42 EUR (LK St. Pölten) und 43,06 EUR (LKH Feldkirch).
- Die Gemeinkosten, die von der Größe (Anzahl der Abteilungen) und der Struktur (Aufgabenbereiche und Vorhalteleistungen) des jeweiligen Krankenhauses abhingen: Am Beispiel Coloskopie betrugen die Gemeinkostenaufschläge zwischen 22,5 % (64,17 EUR im LK St. Pölten) und 75,5 % (83,65 EUR im LKH Feldkirch).

Tarife und Durchschnittspreise der sozialen Krankenversicherungsträger

29.1 Die Anhänge 3 bis 6 beinhalten bei den fünf sozialen Krankenversicherungsträgern jeweils vier Spalten, und zwar:

- Durchschnittspreis: Das ist der ausbezahlte Betrag, der sich durch verschiedene Ausgabenbegrenzungen der sozialen Krankenversicherungsträger (Deckelungen, Degressionen etc.) durchschnittlich ergibt.
- Durchschnittspreis mit Zuschlag
- Tarif mit Zuschlag
- Tarif laut Honorarordnungen: Das sind jene Sätze, die maximal zur Auszahlung für eine medizinische Leistung gelangen.

In den Tarifen und Durchschnittspreisen waren ergänzende Leistungen, wie bspw. Erstordinationen oder Visiten (Grundleistungen) – die in der Regel zu einer Untersuchung/Behandlung (Sonderleistung) dazugehören – nicht enthalten.

Grundsätzliches zur Methodik des Leistungs- und Kostenvergleichs

Für eine vergleichende Darstellung wurden daher die Grundleistungen in Form von Zuschlägen den vertraglich festgelegten Sonderleistungstarifen hinzugerechnet. Diese Zuschläge ergaben sich fachgebietsspezifisch so, dass die Summe der Grundleistungshonorare zur Summe aller Sonderleistungshonorare in Relation gesetzt wurde.³¹ Es ergab sich damit ein zu den Kosten in den Spitalsambulanzen realistischer, wenngleich nicht exakter, Vergleichswert.³²

Die drei Gebietskrankenkassen und die SVA anerkannten die vom RH vorgeschlagene Berechnungsmethode, lediglich die BVA äußerte hinsichtlich der Bildung der Zuschläge Bedenken.

29.2 Für den RH waren die Bedenken der BVA zwar nachvollziehbar, doch wies er darauf hin, dass sich die Höhe der prozentuellen Zuschläge auf die Tarife bzw. Durchschnittspreise aus den Aufzeichnungen der sozialen Krankenversicherungsträger ergaben und die Ergebnisse mit allen fünf sozialen Krankenversicherungsträgern akkordiert wurden.

Dem RH war bewusst, dass es für eine exakte Ermittlung vergleichbarer Kosten der jeweiligen sozialen Krankenversicherungsträger notwendig gewesen wäre, sämtliche Abrechnungsdaten der medizinischen Leistungen, die laut Vergleichstabelle in Frage kamen, von seinen Vertragspartnern abzufragen und auszuwerten. Für eine überblicksmäßige Darstellung eines Kosten-/Ausgabenvergleichs wäre dieser Aufwand jedoch unverhältnismäßig hoch gewesen.

Nachdem sich bei der Auswertung zeigte, dass in einigen Fällen ein deutlicher Unterschied zwischen Tarifen und Durchschnittspreisen mit oder ohne Zuschlägen bestand, wäre die alleinige Darstellung der Tarife bzw. Durchschnittspreise im Vergleich zu den Kosten in den Spitalsambulanzen ebenfalls unkorrekt. Der RH hielt daher seine Methode zur Darstellung des Kostenvergleichs für geeignet.

³¹ bei BVA und SVA, wenn Grund- und Sonderleistung an ein und demselben Tag verrechnet wurden

³² Zur Ermittlung eines Vergleichswerts hätten die fünf sozialen Krankenversicherungsträger in einem unverhältnismäßig hohen Aufwand alle Abrechnungen der Ärzte für die in der Vergleichstabelle angeführten Leistungen abfragen und auswerten müssen.

Schlussbemerkungen/Schlussempfehlungen

30 Zusammenfassend hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

BMG

(1) Die Entwicklung einer bundesweit einheitlichen Dokumentation ambulanter Leistungen im intra- und extramuralen Bereich wäre unter Einbeziehung aller Länder voranzutreiben. (TZ 4)

(2) Die Richtlinie der Bundesgesundheitskommission für die präoperative Befundung sollte fertiggestellt werden. (TZ 11)

(3) Für eine bessere Kostenermittlung, vor allem im Hinblick auf die zukünftige Kostenbewertung der Leistungen nach dem Katalog ambulanter Leistungen, wäre die Kostenrechnungsverordnung zu überarbeiten. (TZ 26)

Länder Vorarlberg,
Oberösterreich und
Niederösterreich

(4) Die Verteilung der Mittel zur Finanzierung der Spitalsambulanzen wäre im Interesse einer möglichst kostendeckenden Versorgung zu evaluieren und anzupassen. (TZ 3)

(5) Die Dokumentation ambulanter Leistungen wäre fortzusetzen, um qualitative Ergebnisse für die Erstellung eines bundesweit einheitlichen Katalogs ambulanter Leistungen liefern zu können. (TZ 4)

(6) Das Einsparungspotenzial an ambulanten Nachbehandlungen wäre mit den verantwortlichen Spitalsärzten zu evaluieren und eine Verlagerung in den niedergelassenen Bereich in jenen Fällen anzustreben, in denen diese Leistungen dort günstiger erbracht werden könnten. (TZ 15)

(7) Zur Vermeidung nicht zwingend notwendiger Befunde im Rahmen der präoperativen Abklärung wäre die in Arbeit befindliche Richtlinie der Bundesgesundheitskommission nach ihrer Fertigstellung zu übernehmen und in die Praxis umzusetzen. (TZ 11)

Länder Oberösterreich
und Niederösterreich

(8) Die integrierte Planung zwischen intra- und extramuralem Bereich sollte so rasch wie möglich durchgeführt werden. (TZ 5)

Land Vorarlberg

(9) Ein zentraler Ärztenotruf sollte eingeführt werden. (TZ 12)

Schlussbemerkungen/ Schlussempfehlungen

Land Oberösterreich	(10) Die Zahlungen an die Ärzte für deren ambulante Tätigkeiten wären vom Bereich der Finanzierung spitalsambulanter Leistungen zu trennen. (TZ 3)
Land Niederösterreich	(11) Die Finanzierung der spitalsambulantesten Leistungen wäre zu bündeln. (TZ 3) (12) Es wären Analysen durchzuführen, welche die relativ hohe Inanspruchnahme der Spitalsambulanzen im Landeskrankenhaus St. Pölten klären sollen. (TZ 12)
Vorarlberger, Oberösterreichische und Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter sowie Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	(13) Der begonnene Weg, Tarife auf der Grundlage von Kostenkalkulationen in die Honorarordnungen aufzunehmen, sollte fortgeführt werden. (TZ 17) (14) Ein Tarif wäre nicht an die Bezeichnung einer medizinischen Leistung als diagnostische oder Vorsorgeuntersuchung zu knüpfen, sondern an deren Inhalt. Für Untersuchungen desselben Inhalts sollte auch derselbe Tarif bestimmt werden. (TZ 20)
Niederösterreichische Gebietskrankenkasse, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	(15) Unter Berücksichtigung des jeweiligen Bedarfs wären Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung zu setzen. (TZ 21)
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter und Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft	(16) Für die Mammographie sollte ein Organtarif vorgesehen werden, um die Abrechnung zu vereinfachen und die Transparenz zu verbessern. (TZ 20)

Vorarlberger Gebiets-
krankenkasse

(17) Die Tarife für MRT-Leistungen wären zu evaluieren und die Maßnahmen zur Tarifsenkung zu setzen. (TZ 21)

Versicherungsanstalt
öffentlich Bediens-
teter

(18) Die Honorarordnung wäre dahingehend abzuändern, dass im Falle einer Gastroskopie nur noch eine Leistungsposition abgerechnet werden kann. (TZ 22)

ANHANG

Anhang 1: Kalkulationsblatt 2008

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten

**Anhang 3: Durchschnittspreis– und Tarifvergleich –
Gebietskrankenkassen**

**Anhang 4: Ambulanzkosten– sowie Durchschnittspreis– und
Tarifvergleich – Vorarlberg**

**Anhang 5: Ambulanzkosten– sowie Durchschnittspreis– und
Tarifvergleich – Oberösterreich**

**Anhang 6: Ambulanzkosten– sowie Durchschnittspreis– und
Tarifvergleich – Niederösterreich**

Die Anhänge 2 bis 6 sind in einem größeren Format über die beigelegte CD und über die Website des Rechnungshofes <http://www.rechnungshof.gv.at> verfügbar.

Anhang 1: Kalkulationsblatt 2008

Allgemeine Daten			
Kostenstelle:		Kostenstellenbezeichnung:	
Leistungsnummer:		Leistungsbezeichnung:	

Personalkosten			
Personalgruppe	Zeit in Minuten	Kosten/Minute	Gesamtkosten
Ärzte (Akad. Dienst)			
diplomierte Pflegekräfte			
Sanitätshilfsdienst			
medizin-technischer Dienst			
Summe			

Materialien				
Artikelnr.:	Bezeichnung	Menge	Preis/Stk.	Gesamtkosten
Summe				

Kalkulatorische Kosten			
Gerätebezeichnung	Zeit in Minuten	Kosten/Minute	Gesamtkosten
Summe			

Zwischensumme Einzelkosten	
----------------------------	--

Gemeinkosten	
--------------	--

Gesamtkosten	
--------------	--

Geräte	Anschaffungswert	Nutzungsdauer in Minuten	Kosten Afa/Minute

Personalgruppe	Ø Jahreskosten	Arbeitsminuten	Kosten/Minute
Ärzte (Akad. Dienst)			
diplomierte Pflegekräfte			
Sanitätshilfsdienst			
medizin-technischer Dienst			

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Mammographie	kurative Mammographie (beide Seiten)	47,13 Interdisz. Amb./54,00 Radiologie	66,92 Interdisz. Amb./64,89 Radiologie	49,61	76,34	57,44 (127,19)	80,33 (142,17)
	kurative Mammographie je Seite	23,56	33,46	nk	nk	33,35	56,24
CT – Schädel	Gehirn	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	109,05 für alle Leistungen; Zukauf	109,05 für alle Leistungen; Zukauf	37,99 bis 55,51 (74,68) ohne KM; 64,94 bis 75,12 mit KM	56,88 bis 74,40 (110,08) ohne KM; 83,84 bis 94,02 mit KM
	Gesichtsschädel	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	49,43 ohne KM; 78,91 bis 131,02 mit KM	68,32 ohne KM; 97,80 bis 149,91 mit KM
CT – Knie	Kniegelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
CT – Hüfte	Hüftgelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
CT – HWS	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
CT – LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	siehe oben	siehe oben	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)
MRT – Schädel	Gehirn und Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	185,11 für alle Leistungen; Zukauf	185,11 für alle Leistungen; Zukauf	111,07 bis 139,64 (145,93) ohne KM; 152,16 bis 173,07 mit KM	158,76 bis 187,33 (260,52) ohne KM; 199,85 bis 220,76 mit KM
	Gehirn oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
	Gehirn und/oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
	cerebrale MRT (übliche Darstellung des Gehirns)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
	Nasennebenhöhlen (= Gesichtsschädel)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	nk	nk
	Kniegelenk je Seite	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68) rechts und links 113,48 bis 139,50 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27) rechts und links 161,17 bis 187,19 (260,27)
MRT – Hüfte	Hüftgelenk je Seite	246,92 mit KM	292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)
MRT – HWS	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)
MRT – LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	siehe oben	siehe oben	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (260,27)
Phlebographie		192,43	203,72	nk	nk	nk	nk
Coloskopie	Coloskopie	110,83	194,48	89,05	154,03	nk (130,06)	nk (148,83)
	Polypenabtragung mittels Endoskop, je Polyp; verrechenbar nur von CHI, URO, INT	nk	nk	nk	nk	nk	nk
Gastroskopie	Coloskopie mit Polypektomie	216,52	379,99	132,83 bis 191,08	229,76 bis 330,52	221,01 bis 243,17	285,18 bis 307,34
	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie	77,65	136,98	30,17	52,18	109,45 bis 118,07 (83,94)	173,63 bis 182,25 (102,71)
	Ösophago-Gastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	nk	nk	63,48 bis 121,73	109,80 bis 210,55	nk	nk
	Ösophagoskopie, Gastroskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Gastroskopie, Duodenoskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, (LK Krems), {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Blase	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim Mann	32,93	69,93	19,13	27,75	69,06 (30,92)	83,28 (52,77)
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) bei der Frau	37,13 inkl. Urethroskopie	95,13 inkl. Urethroskopie	nk	nk	nk (30,92)	nk (52,77)
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	nk	nk	nk	nk
Ultraschall	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	nk	nk	16,86 (31,20)	34,24 (38,22)
	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	nk	nk	16,86 (31,20)	34,24 (38,22)
	gebürstförmiger Ultraschall bei (besonderer) medizinischer Indikation Schwangerenuntersuchung (MKP); außerhalb der MKP-Untersuchung nur bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerecken – Leibesfrucht	34,55	49,06	16,84	23,06	nk (38,19)	nk (45,21)
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerecken – Leibesfrucht	52,16	74,06	nk	nk	26,23	43,61
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerecken – Leibesfrucht	52,16	74,06	nk	nk	nk (46,24)	nk (53,26)
	Mamma-Sonographie bei unklarem (pathologischem) Mammographieergebnis (Mammographiebefund) je Seite	nk	nk	31,93 einseitig (56,16) beidseitig	49,12 einseitig (86,40) beidseitig	7,29 einseitig (31,17) beidseitig	24,67 einseitig (35,69) beidseitig
	direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterien drucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung ev. Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar	nk	nk	23,78	33,03	25,26 bis 27,68 (31,17)	48,15 bis 50,57 (35,69)
	bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterien drucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	30,36	43,12	72,41	111,41	nk	nk
	kompletter Blutbefund: Hämatokrit, Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung ergebenden Parameter, Differentialzählung Blutbefund, komplett (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialzählung, Farbindex)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	nk	nk	nk	nk
	komplettes Blutbild (Erythrozyten, Hämoglobin + Beurteilung der Erythrozyten)	1,79 Zukauf	1,79 Zukauf	2,10 technisch	2,97 technisch	1,27 (9,55)	1,68 (11,06)
Blutbild groß	komplettes Blutbild (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialblutbild)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	nk	nk	nk	nk
	Leukozyten, Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung; Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (mechanisiertes Blutbild und Differentialblutbild)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	14,68 manuell	20,79 manuell	nk	nk
	komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter	5,44 Zukauf	5,44 Zukauf	nk	nk	nk	nk

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, (LK Krems), {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Enzyme	Gamma-Glutamyl-Transferase: Labor	1,84 Zukauf	1,84 Zukauf	nk	nk	0,15 (16,27)	0,56 (17,78)
	Gamma-Glutamyl-Transferase: niedergelassene Ärztin	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Gamma-Glutamyl-Transferase	nk	nk	1,39	1,97	0,16	0,57
	Gesamitcholesterin: Labor	1,60 Zukauf	1,60 Zukauf	nk	nk	nk	nk
	Gesamitcholesterin: niedergelassene Ärztin	nk	nk	nk	nk	nk	nk
chemische Blutuntersuchung	Gesamitcholesterin	nk	nk	1,13	1,60	0,15 (16,02)	0,56 (17,53)
Fremdkörperentfernung aus der Cornea	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Fremdkörperentfernung aus der Cornea	23,38	32,50	20,04	26,99	11,11	22,70
intravenöse Injektion	intravenöse Injektion	8,52	12,10	10,58	18,30	3,51 (5,06)	8,58 (22,68)
EKG	12-Ableitungs-EKG (Ableitung I, II, III AVR, AVL, AVF; V1-6) inkl. langem Streifen, soweit erforderlich (eine Ableitung mind. 2 Minuten)	15,34	21,78	3,91	5,43	3,37 (8,90)	7,62 (26,52)
	mit Ergometrie	nk	nk	35,44	49,23		
	Langzeit-EKG 24 Stunden	nk	nk	23,52	32,68		
	Ruhe-EKG mit 6 Brustwandableitungen	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	EMG- und ENG-Untersuchung zusammen	nk	nk	nk	nk	58,51	74,54
EMG- und ENG-Untersuchung	EMG-Untersuchung	nk	nk	31,18	46,92	30,27	46,30
	ENG-Untersuchung	nk	nk	15,92	23,96	30,01	46,04
	Elektromyographie und Befund	nk	nk	nk	nk	nk	nk
psychiatrische Notfallbehandlung	psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse	nk	nk	nk	nk	–	–
	psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar	nk	nk	nk	nk	{75,27}	{133,70}
	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal); einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	23,73	32,98	15,84	21,34	14,03/15,07 bei Kindern	25,62/23,88 bei Kindern
Brillenbestimmung	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Skioskopie oder Bestimmung des Astigmatismus nach Javal	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Skioskopie	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Sehschule (1mal pro Fall und Tag verrechenbar)	nk	nk	nk	nk	nk	nk
Tränensekretionsmessung	Schirmertest	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Schmierprobe bei Verdacht auf Hyposekretion der Tränenrüsen	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Tränensekretionsmessung (Schirmertest) bei Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie bei trockenen, chronischen Entzündungen des Auges	21,58	29,99	nk	nk	10,68	22,26
	Otomikroskopie	4,46	6,46	4,71	6,39	5,94 (1,98)	18,91 (9,54)
	Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	47,09	66,87	14,02	19,63	50,39 (36,51)	63,82 (46,81)
Geschwulst	operative Entfernung bis zu drei Geschwulsten in einer Region, inkl. Naht: Atherom, Fibrom, Lipom, Fibrolipom, Lymphknoten	nk	nk	nk	nk	nk	nk

Anhang 2: Ambulanzkostenvergleich – Krankenanstalten
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		KH Ried		LK St. Pölten, (LK Krems), {LK Amstetten}	
		Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten	Teilkosten¹	Vollkosten
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	Entfernung (Exstirpation, Excision, Kautistik, Excochleation) einer Warze	36,09	51,25	14,02	19,63	8,10 (36,51)	21,53 (46,81)
	Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavus chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten (wie z.B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloide) ohne Naht; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwülsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	nk	nk	nk	nk	22,05 (50,49)	35,47 (60,79)
	Excochleation, Aetzung, Kautistik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	nk	nk	nk	nk	nk	nk
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	nk	nk	nk	nk	nk (50,49)	nk (60,79)
Entfernung eines Karbunkels	Incision eines Karbunkels	36,09	51,25	14,02	19,63	31,05 (19,90)	42,53 (30,20)
	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse; Furunkel, Panaritita cutanea, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, vereilter Atherome, vereilter Hämatoe, thrombosierter Varix- oder Hämorrhoidalknoten, ausgenommen nach vorangegangener Verödung (auch elektrochirurgisch)	61,14	86,81	nk	nk	47,23 (71,40)	58,69 (81,70)
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzenden Hämatomas, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone (auch elektrochirurgisch)	77,16	109,56	nk	nk	nk (201,27)	nk (269,60)
Legende:							
nk: nicht kalkuliert							
KM: Kontrastmittel							
AUG: Augen							
MKP: Mutter-Kind-Pass							
C3: dritter Halswirbel nach Axis							
HWS: Halswirbelsäule							
LWS: Lendenwirbelsäule							
CHI: Chirurgie							
NEU/PSY: Neurologie/Psychiatrie							
ORT: Orthopädie							
URO: Urologie							
PRA: praktischer Arzt (Allgemeinmedizin)							
RAD: Radiologie							
UCH: Unfallchirurgie							
Quellen: Daten der Krankenanstalten und Sozialversicherungsträger, Auswertungen des RH							

1 Teilkosten bestehen aus: Personal- und Sachkosten, Abschreibkosten der Geräte, ohne Gemeinkostenzuschläge

Anhang 3: Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Gebietskrankenkassen (in EUR)

Leistung	Bezeichnung	VGKK			ÖÖGKK			NÖGKK			
		Durchschnitts- preis Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis ohne Tarif- anhebung 2008	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif
Mammographie	kurative Mammographie (beide Seiten)	79,26	---	112,80 - 49,46	---	---	---	---	---	---	---
	kurative Mammographie je Seite	---	---	---	27,73	---	---	30,10	---	---	---
CT - Schädel	Gehirn	114,57	---	116,28 - 101,74	97,81	---	---	98,23	103,62	---	110,00
	Geschwülstschädel	114,57	---	116,28 - 101,74	97,73	---	---	98,23	103,62	---	110,00
CT - Knie	Kniegelenk je Seite	114,57	---	116,28 - 101,74	98,45	---	---	98,23	103,62	---	110,00
CT - Hüfte	Hüftgelenk je Seite	114,57	---	116,28 - 101,74	100,06	---	---	98,23	103,62	---	110,00
CT - HWS	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	114,57	---	116,28 - 101,74	97,36	---	---	98,23	103,62	---	110,00
CT - LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	114,57	---	116,28 - 101,74	97,92	---	---	98,23	103,62	---	110,00
MRT - Schädel	Gehirn und Geschwülstschädel inkl. Rückenmark bis C3	---	---	---	148,01	---	---	150,35	---	---	---
	Gehirn und/oder Geschwülstschädel inkl. Rückenmark bis C3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	cerebrale MRT (übliche Darstellung des Gehirns)	166,05	---	200,00 - 135,00	---	---	---	---	152,89	---	165,00
	Nasenrinnehöhlen (= Geschwülstschädel)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - Knie	Kniegelenk je Seite	166,79	---	200,00 - 135,00	150,65	---	---	150,35	152,89	---	165,00
MRT - Hüfte	Hüftgelenk je Seite	167,31	---	200,00 - 135,00	146,23	---	---	150,35	152,89	---	165,00
MRT - HWS	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	167,02	---	200,00 - 135,00	149,13	---	---	150,35	152,89	---	165,00
MRT - LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	165,72	---	200,00 - 135,00	148,24	---	---	150,35	152,89	---	165,00
Phlebographie											
Coloskopie	Coloskopie	80,54	130,47 CHI / 103,09 INT	154,24 - 14,46 INT / 195,21 - 18,31 CHI	86,48 INT / 106,64 CHI	108,10 INT / 136,50 CHI	145,19 INT / 148,67 CHI	116,15	---	---	---
	Polypenabtragung mittels Endoskop, je Polyp; verrechenbar nur von CHI, URO, INT	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Coloskopie mit Polypektomie	96,65	154,95 CHI / 122,43 INT	234,25 - 21,97 CHI / 185,09 - 17,36 INT	---	---	---	---	---	---	---
	Coloskopie mit Polypektomie	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Gastroskopie	Ösophago- Gastro-Duodenoskopie	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Ösophago- Gastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	80,54	130,47 CHI / 103,09 INT	154,24 - 14,46 INT / 195,21 - 18,31 CHI	---	---	---	---	---	---	---
	Ösophagoskopie, Gastroskopie	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gastroskopie, Duodenoskopie	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Blase	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim Mann	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) bei der Frau	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Ultraschall	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	30,61	40,41 URO	63,62 - 5,97 URO	20,89	32,17 GYN	32,80 GYN	21,30	---	66,93 URO	46,03
	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	gebärfähiger Ultraschall bei (sonderer) medizinischer Indikation	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Schwangerenuntersuchung (MKP); außerhalb der MKP-Untersuchung nur bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, und zwar bei Verdacht auf pathologischem Zustand der Schwangerschaft, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis	33,41	42,43 GYN	61,21 - 5,74 GYN	20,89	32,17 GYN	32,80 GYN	21,30	---	---	---
	Schwangerenuntersuchung - Leibesfrucht	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortion, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Schwangerenuntersuchung - Leibesfrucht	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Mamma-Sonographie bei unklarem (pathologischem) Mammographieergebnis (Mammographiebefund) je Seite	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienströmung, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung ev. Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar	15,67	---	---	7,43	---	---	8,08 RAD	---	---	10,34 / 9,80 / 5,26 RAD
	bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienströmung, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	31,34	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		---	---	---	12,55	---	---	12,83 RAD	---	---	---

Anhang 3: Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Gebietskrankenkassen
(in EUR)

[illegible]

Anhang 3: Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Gebietskrankenkassen
(in EUR)

Leistung		Bezeichnung			VGKK			ÖGKK			NÖGKK		
		Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis ohne Tariff- anhebung 2008	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	
EMG- und ENG-Untersuchung	EMG- und ENG-Untersuchung zusammen	---	---	---	---	67,68 NEU	115,73 NEU	149,76 NEU / 156,77 PSY	87,58	51,26	68,33 NEU	103,38 NEU	
	EMG-Untersuchung	---	---	---	---	42,04 NEU	71,89 NEU	93,35 NEU / 97,72 PSY	54,59	---	---	---	
	ENG-Untersuchung	---	---	---	---	42,86 NEU	73,29 NEU	93,35 NEU / 97,72 PSY	54,59	---	---	---	
	Elektromyographie und Befund	67,34	94,95 NEU/PSY	125,72 - 117,9 NEU/PSY	89,17 - 8,36	---	---	---	---	---	---	---	
	psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse	27,30	38,49 NEU/PSY	50,97 - 4,78 NEU/PSY	36,15 - 3,39	---	---	---	---	---	---	---	
Brillenbestimmung	psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar	---	---	---	---	51,05 NEU / 52,25 PSY	87,30 NEU / 93,53 PSY	93,78 NEU / 98,16 PSY	54,84	---	---	---	
	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal); einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	---	---	---	---	3,91 AUG	6,30 AUG	7,49 AUG	4,65	---	---	---	
	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	5,25	8,45 AUG	11,64 - 1,09 AUG	7,23 - 0,68	---	---	---	---	---	---	---	
	Skaskopie oder Bestimmung des Astigmatismus nach Javal	5,25	8,45 AUG	11,64 - 1,09 AUG	7,23 - 0,68	---	---	---	---	---	---	---	
	Skaskopie	---	---	---	---	3,80 AUG	6,12 AUG	7,49 AUG	4,65	---	---	13,25 AUG / 10,01	
Tränensekretionsmessung	Schirmtest (1mal pro Fall und Tag verrechenbar)	---	---	---	---	28,09	45,22 AUG	45,24 AUG	28,10	---	---	---	
	Schirmtest	3,50	5,64 AUG	7,76 - 0,72 AUG	4,82 - 0,45	---	---	---	---	4,35	5,76 AUG	6,62 AUG / 5,00	
	Tränensekretionsmessung (Schirmtest) bei Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie bei trockenen, chronischen Entzündungen des Auges	---	---	---	---	3,06	4,93 AUG	5,60 AUG	3,48	---	---	---	
	Otomikroskopie	8,27	12,07 HNO	17,59 - 1,65 HNO	12,05 - 1,13	3,65	6,06 HNO	10,54 HNO	6,35	1,93	2,74 HNO	10,64 HNO	
	Exstirpation oder Excision einer Geschwulst	44,80	72,13 AUG / 72,58 CHI / 107,07 DER / 56,90 GYN / 65,41 HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 URO / 124,54 PRA	97,61 - 9,15 CHI / 144,00 - 13,50 DER / 76,52 - 7,18 GYN / 87,97 - 8,25 HNO / 77,12 - 7,23 INT / 122,91 - 11,53 KIN / 81,34 - 7,63 LUN / 84,95 - 7,97 NEU/PSY / 93,39 - 8,76 ORT / 95,80 - 8,98 UCH / 79,53 - 7,46 URO / 167,50 - 15,71 PRA	60,25 - 5,65	32,61 DER / 36,68 PRA / 35,20 CHI / 30,11 AUG / 34,87 GYN / 32,70 HNO / 33,57 URO / 28,01 ORT / 36,94 UCH	74,02 DER / 124,71 PRA / 45,06 CHI / 48,48 AUG / 53,70 GYN / 54,28 HNO / 57,07 URO / 36,69 ORT / 58,00 UCH	60,47 AUG / 48,08 CHI / 85,26 DER / 57,84 GYN / 62,35 HNO / 46,95 INT / 81,51 KIN / 53,71 LUN / 64,23 NEU / 49,20 ORT / 67,23 PSY / 58,97 UCH / 63,85 URO / 127,70 PRA	---	---	---	128,67 PRA / 59,62 AUG / 56,43 CHI / 77,92 DER / 65,82 GYN / 55,92 INT / 76,39 KIN / 63,88 HNO / 55,68 LUN / 60,03 NEU / 59,05 ORT / 62,15 UCH / 65,48 URO	
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	---	---	---	---	5,67 PRA / 5,16 DER / 5,55 KIN / 5,09 CHI / 5,50 AUG / 5,58 GYN / 4,83 HNO / 5,80 UCH	19,28 PRA / 11,71 DER / 12,04 KIN / 6,52 CHI / 8,86 AUG / 8,59 GYN / 8,02 HNO / 9,11 UCH	9,35 AUG / 7,44 CHI / 13,19 DER / 8,95 GYN / 9,64 HNO / 7,26 INT / 12,61 KIN / 8,31 LUN / 9,94 NEU / 7,61 ORT / 10,40 PSY / 9,12 UCH / 9,88 URO / 19,75 PRA	5,81	---	---	---		
	Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavus	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	42,89 PRA / 19,87 AUG / 18,81 CHI / 25,97 DER / 21,94 GYN / 18,64 INT / 25,46 KIN / 21,29 HNO / 18,56 LUN / 20,01 NEU / 19,68 ORT / 20,72 UCH / 21,83 URO	

Anhang 3: Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Gebietskrankenkassen
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	VGKK			ÖÖGKK			NÖGKK		
		Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis ohne Tarif- anhebung 2008	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif
	chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwulsten (wie z.B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Molluska, Papillome, Keloid) ohne Nahr; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwulsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	---	---	---	---	---	---	---	42,89 PRA / 19,87 AUG / 18,81 CHI / 25,97 DER / 21,94 GYN / 18,64 INT / 25,46 KIN / 21,29 HNO / 18,56 LUN / 20,01 NEU / 19,69 ORT / 20,22 UCH / 21,83 URO	15,01
	Excochleation, Ätzung, Kautisk einer Warze oder einer leicht zugänglich gestielten Geschwulst	8,96	14,43 AUG / 14,52 CHI / 21,41 DER / 11,38 GYN / 13,08 HNO / 11,47 INT / 18,28 KIN / 12,10 LUN / 12,63 NEU/PSY / 13,89 ORT / 14,25 UCH / 11,83 URO / 24,91 PRA	19,40 - 1,82 AUG / 19,52 - 1,83 CHI / 28,80 - 2,70 DER / 15,30 - 1,44 GYN / 17,59 - 1,65 HNO / 15,42 - 1,45 INT / 24,58 - 2,31 KIN / 16,27 - 1,53 LUN / 16,99 - 1,59 NEU/PSY / 18,68 - 1,75 ORT / 19,16 - 1,80 UCH / 15,91 - 1,49 URO / 33,50 - 3,14 PRA	12,05 - 1,13	---	---	---	---	
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	17,92	28,85 AUG / 29,03 CHI / 42,83 DER / 22,76 GYN / 26,16 HNO / 22,94 INT / 36,56 KIN / 24,19 LUN / 25,27 NEU/PSY / 27,78 ORT / 28,49 UCH / 23,65 URO / 49,82 PRA	38,80 - 3,64 AUG / 39,04 - 3,66 CHI / 57,60 - 5,40 DER / 30,61 - 2,87 GYN / 35,19 - 3,30 HNO / 30,85 - 2,89 INT / 49,16 - 4,61 KIN / 32,54 - 3,05 LUN / 33,98 - 3,19 NEU/PSY / 37,36 - 3,50 ORT / 38,32 - 3,59 UCH / 31,81 - 2,98 URO / 67,00 - 6,28 PRA	24,10 - 2,26	10,08 DER / 11,38 PRA / 11,05 KIN / 10,20 CHI / 10,41 GYN / 10,16 AUG / 10,09 HNO / 11,61 UCH / 9,04 ORT	22,88 DER / 38,69 PRA / 23,98 KIN / 13,06 CHI / 16,03 GYN / 16,36 AUG / 16,75 HNO / 18,23 UCH / 11,84 ORT	18,69 AUG / 14,86 CHI / 26,35 DER / 17,88 GYN / 19,27 HNO / 14,51 INT / 25,19 KIN / 16,60 LUN / 19,85 NEU / 15,21 ORT / 20,78 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	11,61	---
Entfernung eines Karbunkels	Incision eines Karbunkels	44,80	72,13 AUG / 72,58 CHI / 107,07 DER / 56,90 GYN / 65,41 HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 URO / 124,54 PRA	97,00 - 9,10 AUG / 97,61 - 9,15 CHI / 144,00 - 13,50 DER / 76,52 - 7,18 GYN / 87,97 - 8,25 HNO / 77,12 - 7,23 INT / 122,91 - 11,53 KIN / 81,34 - 7,63 LUN / 84,95 - 7,97 NEU/PSY / 93,39 - 8,76 ORT / 95,80 - 8,98 UCH / 79,53 - 7,46 URO / 167,50 - 15,71 PRA	60,25 - 5,65	11,36 PRA / 9,90 DER / 9,90 HNO / 9,83 AUG / 10,81 KIN / 10,87 CHI / 10,82 GYN / 11,38 UCH / 10,54 URO / 9,80 ORT	38,62 PRA / 22,47 DER / 16,43 HNO / 15,83 AUG / 23,46 KIN / 13,91 CHI / 16,66 GYN / 17,87 UCH / 17,92 URO / 12,84 ORT	18,69 AUG / 14,86 CHI / 26,35 DER / 17,88 GYN / 19,27 HNO / 14,51 INT / 25,19 KIN / 16,60 LUN / 19,85 NEU / 15,21 ORT / 20,78 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	11,61	---
	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse, Furunkel, Parafurien, Panaritien, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, vereiterter Atherome, vereiterter Hämatoeme, thrombosierter Varix- oder Hämorrhoidalknoten, ausgenommen nach vorangegangener Verödung (auch elektrochirurgisch)	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzenden Hämatoems, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone (auch elektrochirurgisch)	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Legende:	INT: Interne Medizin AUG: Augen KMF: Kontrastmittel WKF: Mutter-Kind-Pass C3: dritter Halswirbel nach Axis HWS: Halswirbelsäule LWS: Lendenwirbelsäule GCH: Chirurgie URO: Urologie KIN: Kinderheilkunde UCH: Unfallchirurgie	---	---	---	---	---	---	---	128,67 PRA / 56,43 CHI / 77,92 DER / 65,82 GYN	45,03
Quellen: Daten der Krankenkassen und Sozialversicherungsträger, Auswertungen des RH										

Anhang 4: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Voranberg
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		VGKK				BVA-Landesstelle Voranberg				SVA-Landesstelle Voranberg			
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff
Mammographie	kurative Mammographie (beide Seiten)	47,13 Interdiz. Amb./ 54,00 Radiologie	66,92 Interdiz. Amb./ 64,89 Radiologie	79,26	---	---	112,80 - 49,46	93,12	---	---	---	113,41	---	---	---
	kurative Mammographie je Seite	23,56	33,46	---	---	---	---	51,00	---	---	---	---	---	---	---
CT - Schädel	Gehirn	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	---	116,28 - 101,74	---	---	---	141,72 / 116,28	116,27	---	---	116,27
	Geschichtschädel	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	---	116,28 - 101,74	---	---	---	141,72 / 116,28	116,27	---	---	116,27
CT - Knie	Kniegelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	---	116,28 - 101,74	---	---	---	141,72 / 116,28	116,27	---	---	116,27
	Hüftgelenk je Seite	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	---	116,28 - 101,74	---	---	---	141,72 / 116,28	116,27	---	---	116,27
CT - Hüfte	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	---	116,28 - 101,74	---	---	---	141,72 / 116,28	116,27	---	---	116,27
	Leidenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	104,37 ohne KM/ 134,32 mit KM	124,52 ohne KM/ 159,86 mit KM	114,57	---	---	116,28 / 101,74	---	---	---	141,72 / 116,28	116,27	---	---	116,27
MRT - Schädel	Gehirn und Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	---	180,00	248,21	---	---	252,00
	Gehirn oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - Knie	Gehirn und/oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	166,05	---	200,00 - 135,00	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	cerebrale MRT (übliche Darstellung des Gehirns)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - Hüfte	Nasenröhrenhöhlen (= Gesichtsschädel)	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Kniegelenk je Seite	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	166,79	---	200,00 - 135,00	---	---	---	---	180,00	180,00	---	---	180,00
MRT - Hüfte	Hüftgelenk je Seite	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	167,31	---	200,00 - 135,00	---	---	---	---	180,00	180,00	---	---	180,00
	Halswirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	167,02	---	200,00 - 135,00	---	---	---	---	180,00	180,00	---	---	180,00
MRT - LWS	Leidenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	196,91 ohne KM/ 246,92 mit KM	233,60 ohne KM/ 292,63 mit KM	165,72	---	200,00 - 135,00	---	---	---	---	180,00	180,00	---	---	180,00
	Phlebographie	192,43	203,72	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Coloskopie	Coloskopie	110,83	194,48	80,54	130,47 CH / 103,09 INT	154,24 - 14,46 INT / 195,21 - 18,31 CH	120,50 - 11,30	---	---	151,21 CH / 144,06 INT	119,06	---	---	164,81 CH / 139,91 INT	118,57
	Polypektomie mittels Endoskop, je Polyp; verrechenbar nur von CH, UR, INT	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Gastroskopie	Coloskopie mit Polypektomie	216,52	379,99	96,65	154,95 CH / 122,43 INT	234,25 - 21,97 CH / 185,09 - 17,36 INT	144,60 - 13,56	---	---	---	---	---	---	---	---
	Oesophago-Gastro-Duodenoskopie	77,65	136,98	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Blase	Oesophago-Gastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	nk	nk	80,54	130,47 CH / 103,09 INT	154,24 - 14,46 INT / 195,21 - 18,31 CH	120,50 - 11,30	---	---	---	---	---	---	---	---
	Oesophagoskopie, Gastroskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	111,59 CH / 106,32 INT	87,87	---	---	---	---
Blase	Gastroskopie, Duodenoskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim Mann	32,93 37,13 inkl. Urethroskopie	69,93 95,13 inkl. Urethroskopie	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	164,81 CH / 139,91 INT	118,57
Ultraschall	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	30,61	40,41 UR	63,62 - 5,97 UR	48,20 - 4,52	26,68	---	34,16 UR	26,69	---	---	43,57 GYN / 44,88 UR	32,76
	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	---	---	28,61 GYN / 62,63 PRA	22,53	---	---	20,76 GYN / 44,41 PRA	22,89	---	---	30,44 GYN / 40,06 PRA	22,89
Ultraschall	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	34,55	49,06	---	---	28,61 GYN / 62,63 PRA	22,53	---	---	20,76 GYN / 44,41 PRA	22,89	---	---	30,44 GYN / 40,06 PRA	22,89
	geburtshilflicher Ultraschall bei (besonderer) medizinischer Indikation	34,55	49,06	33,41	42,43 GYN	61,21 - 5,74 GYN	48,20 - 4,52	26,19	---	34,23 GYN	26,33	---	---	32,66 GYN / 42,98 PRA	24,56
Ultraschall	Schwangerschaftsuntersuchung (MKP); außerhalb der MKP-Untersuchung nur bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortum, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Verdacht auf missed abortum, Schwangerschaftsrisiko - Leibesfrucht	52,16	74,06	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	32,66 GYN / 42,98 PRA	24,56
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf missed abortum, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis Schwangerschaftsrisiko - Leibesfrucht	52,16	74,06	58,47	74,26 GYN	107,12 - 10,05 GYN	84,35 - 7,91	---	---	---	---	---	---	32,66 GYN / 42,98 PRA	24,56
Ultraschall	Mammographie bei unklaren (pathologischen) Mammata-Sonographie bei unklaren (pathologischen) Mammographieergebnissen (Mammographiebefund) je Seite	nk	nk	15,67	---	30,13 - 2,83 RAD	---	---	---	---	13,56 RAD	12,17	---	---	12,79 RAD
	direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienströmung, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchflussdruck, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Registrierung der Strömungskurve der Extremitäten Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten ist diese Position nur einmal verrechenbar	nk	nk	31,34	---	60,25 - 5,65 RAD	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Anhang 4: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Vorarlberg
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LKH Feldkirch		VGKK				BVA-Landesstelle Vorarlberg				SVA-Landesstelle Vorarlberg			
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff
Blutbild groß	Hidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arteriendrucke, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	30,36	43,12	---	---	---	---	15,89	20,26 CHI / 24,24 DER / 20,74 GYN / 19,30 INT	15,95	---	---	20,63 CHI / 24,49 DER / 17,51 INT / 25,57 PRA	14,84	
		4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		1,29 Zukauf	1,79 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Differentialzählung, Hämatokrit und Hämolobin-Bestimmung; Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (mechanisiertes Blutbild und Differentialblutbild)	4,16 Zukauf	4,16 Zukauf	---	---	5,79 LAB	---	9,32	---	9,50 LAB	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Enzyme	Komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämatokrit- und Hämolobin-Bestimmung; Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter	5,44 Zukauf	5,44 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		1,84 Zukauf	1,84 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
chemische Blutuntersuchung	Gamma-Glutamyl-Transferase: Labor	nk	nk	---	---	2,23 LAB	---	2,99	---	2,85 LAB	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Fremdkörperuntersuchung aus der Cornea	Gesamcholesterin: Labor	1,60 Zukauf	1,60 Zukauf	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Fremdkörperuntersuchung aus der Cornea	Gesamcholesterin: niedergelassene Ärzte	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Fremdkörperuntersuchung aus der Cornea	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie	23,38	32,50	7,29	---	9,64 - 0,90	---	---	10,86 AUG / 11,45 PRA	5,90	---	---	24,89 AUG / 22,93 PRA	13,10	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
				---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	

Anhang 4: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Vorarlberg
(in EUR)

Leistung		Bezeichnung		LKH Feldkirch		VGKK				BVA-Landesstelle Vorarlberg				SVA-Landesstelle Vorarlberg			
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff		
intravenöse Injektion		8,52	12,10	5,38	8,66 AUG / 8,72 CHI / 12,86 DER / 6,83 GYN / 7,85 HNO / 6,89 INT / 10,98 KIN / 7,26 LUN / 7,59 NEU/PSY / 8,34 ORT / 8,55 UCH / 7,10 URO / 14,96 PRA	11,64 - 1,09 AUG / 17,71 - 1,10 CHI / 17,28 - 1,63 DER / 9,18 - 0,68 GYN / 10,59 - 0,99 INT / 9,25 - 0,87 INT / 14,25 - 1,39 KIN / 9,76 - 0,92 LUN / 10,19 - 0,96 NEU/PSY / 11,21 - 1,05 ORT / 11,50 - 1,08 UCH / 9,54 - 0,90 URO / 20,10 - 1,89 PRA	7,23 - 0,68	---	---	4,66 AUG / 3,21 CHI / 3,85 DER / 3,29 GYN / 3,90 HNO / 3,06 INT / 4,33 KIN / 3,49 LUN / 3,04 NEU/PSY / 3,59 ORT / 2,96 UCH / 3,24 URO / 4,91 PRA	2,53	---	---	7,47 AUG / 5,46 CHI / 6,48 DER / 5,23 GYN / 6,68 HNO / 4,64 INT / 6,56 KIN / 5,34 LUN / 4,83 NEU/PSY / 5,34 ORT / 6,96 UCH / 5,38 URO / 6,88 PRA	3,93		
EKG	12-Ableitung-EKG (Ableitung I, II, III, AVR, AVL, AVF; V1-6) inkl. langem Streifen, soweit erforderlich (eine Ableitung mind. 2 Minuten) mit Ergometrie Langzeit-EKG 24 Stunden	15,34 nk nk	21,78 nk nk	---	---	---	---	37,06	---	44,85 INT / 63,19 KIN / 51,16 LUN / 71,92 PRA	37,07	---	---	41,65 INT / 58,95 KIN / 48,01 LUN / 61,78 PRA	35,30		
EMG- und ENG-Untersuchung EMG-Untersuchung ENG-Untersuchung	Ruhe-EKG mit 6 Brustwandableitungen	nk	nk	36,36	101,08 PRA / 46,54 INT / 74,17 KIN / 49,09 LUN	134,00 - 12,57 PRA / 61,70 - 5,79 INT / 98,33 - 9,22 KIN / 65,07 - 6,10 LUN	48,20 - 4,52	---	---	---	---	---	---	---	---		
psychiatrische Notfallbehandlung	psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar	nk nk nk nk	nk nk nk nk	67,34	94,95 NEU/PSY	125,73 - 11,79 NEU/PSY	89,17 - 8,36 NEU/PSY	---	---	92,06 NEU/PSY 56,65 NEU/PSY 56,65 NEU/PSY	76,72 47,21	---	---	87,02 NEU/PSY 54,80 NEU/PSY 54,80 NEU/PSY	70,75 44,35 44,35		
Brillenbestimmung	Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal); einmal pro Fall und Quartal verrechenbar Brillenbestimmung bei Astigmatismus (Javal) subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus Skaskopie oder Bestimmung des Astigmatismus nach Javal Skaskopie Sehstärke (1-mal pro Fall und Tag verrechenbar) Schirmerstest Schirmerstest Probe bei Verdacht auf Hyposekretion der Tränenrüden Tränensekretionsmessung (Schirmerstest) bei Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie bei trockenen, chronischen Entzündungen des Auges	23,73 nk nk nk nk nk nk	32,98 nk nk nk nk nk nk	---	---	---	---	---	---	53,1 AUG ---	5,86	---	---	124,45 AUG ---	6,55		
Tränensekretionsmessung		21,58	29,99	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
Otomikroskopie		4,46	6,46	8,27	12,07 HNO	17,59 - 1,65 HNO 97,00 - 9,10 AUG / 97,61 - 9,15 CHI / 144,00 - 13,50 DER / 76,52 - 7,18 GYN / 87,97 - 8,25 HNO / 77,12 - 7,23 INT / 122,91 - 11,53 KIN / 81,34 - 7,63 LUN / 84,95 - 7,97 NEU/PSY / 93,39 - 8,76 ORT / 95,80 - 8,98 UCH / 79,53 - 7,46 URO / 167,50 - 15,71 PRA	12,05 - 1,13	6,73	---	10,38 HNO	6,74	---	---	16,71 HNO / 17,20 PRA	9,83		
Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst		47,09	66,87	44,80	72,13 AUG / 72,58 CHI / 107,07 DER / 96,90 GYN / 65,41 HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 URO / 124,54 PRA	60,25 - 5,65	---	53,62	---	98,73 AUG / 68,15 CHI / 81,56 DER / 65,36 GYN / 83,54 HNO / 64,93 INT / 91,76 KIN / 74,05 LUN / 64,49 NEU/PSY / 76,20 ORT / 62,78 UCH / 68,68 URO / 104,10 PRA	53,66	---	---	93,37 AUG / 68,30 CHI / 81,08 DER / 65,36 GYN / 83,54 HNO / 57,99 INT / 82,06 KIN / 66,83 LUN / 60,44 NEU/PSY / 66,83 ORT / 86,98 UCH / 67,32 URO / 86,00 PRA	49,14		
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	operative Entfernung bis zu drei Geschwulsten in einer Region, inkl. Naht; Atherom, Fibrom, Lipom, Fibrolipom, Lymphknoten	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	Entfernung (Exstirpation, Exzision, Kautistik, Excoablation) einer Warze	36,09 nk	51,25 nk	---	---	---	---	---	---	---	4,22	---	---	---	5,24		
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavius	nk	nk	---	---	---	---	---	---	7,76 AUG / 5,36 CHI / 6,48 DER / 5,49 GYN / 6,50 HNO / 5,11 INT / 7,22 KIN / 5,82 LUN / 5,06 NEU/PSY / 5,99 ORT / 4,94 UCH / 5,40 URO / 8,19 PRA	---	---	9,96 AUG / 7,28 CHI / 6,48 DER / 6,47 GYN / 6,80 HNO / 6,18 INT / 8,75 KIN / 7,13 LUN / 6,45 NEU/PSY / 7,13 ORT / 9,27 UCH / 7,18 URO / 9,17 PRA	---			

Anhang 4: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Vorarlberg

Leistung		Bezeichnung		LKH Feldkirk		VGKK			BVA-Landesstelle Vorarlberg			SVA-Landesstelle Vorarlberg		
		Teilkosten'	Vollkosten	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tariff mit Zuschlag	Tariff
	chirurgische, elektrochirurgische oder kyochirurgische Entfernung von benignen Geschwulsten wie z.B. Korynomata acuminata, Warzen, Keratosen, Moluska, Papillome, Keloido ohne Nahr; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwulsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Excochilation, Ätzung, Kautik einer Warze oder einer leicht zugänglich gestellten Geschwulst	nk	nk	8,96	14,43 AUG / 14,52 CHI / 21,41 DER / 11,38 GYN / 13,08 HNO / 11,47 INT / 18,28 KIN / 12,10 LUN / 12,63 NEU/PSY / 13,89 ORT / 16,25 UCH / 11,93 ÜRO PRA	19,40 - 1,82 AUG / 19,52 - 1,83 CHI / 28,80 - 2,70 DER / 15,30 - 1,44 GYN / 17,59 - 1,65 HNO / 15,42 - 1,45 INT / 24,58 - 2,31 KIN / 16,27 - 1,53 LUN / 16,99 - 1,59 NEU/PSY / 18,68 - 1,64 ORT / 21,47 - 1,75 UCH / 15,91 - 1,49 ÜRO / 33,50 - 3,14 PRA	12,05 - 1,13	---	---	---	---	---	---	---
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	nk	nk	17,92	28,85 AUG / 29,03 CHI / 42,83 DER / 22,76 GYN / 26,16 HNO / 22,94 INT / 36,56 KIN / 24,19 LUN / 25,27 NEU/PSY / 27,78 ORT / 28,69 UCH / 23,65 ÜRO PRA	38,80 - 3,64 AUG / 39,04 - 3,66 CHI / 57,60 - 5,40 DER / 30,61 - 2,87 GYN / 35,19 - 3,30 HNO / 30,89 - 2,89 INT / 49,16 - 4,61 KIN / 32,54 - 3,05 LUN / 33,98 - 3,19 NEU/PSY / 37,36 - 3,08 ORT / 43,82 - 3,59 UCH / 31,81 - 2,98 ÜRO / 67,00 - 6,28 PRA	24,10 - 2,26	---	---	8,43	---	---	18,68 AUG / 13,66 CHI / 16,22 DER / 13,07 GYN / 16,71 HNO / 11,60 INT / 16,42 KIN / 13,37 LUN / 12,09 NEU/PSY / 13,37 ORT / 17,40 UCH / 13,47 ÜRO PRA	9,83
Entfernung eines Karbunkels	Incision eines Karbunkels	36,09	51,25	44,80	72,13 AUG / 72,58 CHI / 107,07 DER / 56,90 GYN / 65,41 HNO / 57,34 INT / 91,39 KIN / 60,48 LUN / 63,17 NEU/PSY / 69,44 ORT / 71,23 UCH / 59,14 ÜRO / 124,54 PRA	97,00 - 9,10 AUG / 97,61 - 9,15 CHI / 144,00 - 13,50 DER / 76,52 - 7,18 GYN / 87,97 - 8,25 HNO / 77,12 - 7,23 INT / 122,91 - 11,53 KIN / 81,34 - 7,63 LUN / 84,95 - 7,97 NEU/PSY / 95,80 - 8,68 ORT / 79,53 - 7,46 ÜRO / 167,50 - 15,71 PRA	60,25 - 5,65	---	53,66	---	---	---	93,37 AUG / 68,30 CHI / 81,08 DER / 65,36 GYN / 83,54 HNO / 57,99 INT / 82,06 KIN / 66,83 LUN / 60,44 NEU/PSY / 66,83 ORT / 86,98 UCH / 67,32 ÜRO / 86,00 PRA	49,14
	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse, Furunkel, Panaritla cutanea, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, verweiterter Atherome, verweiterter Hämatome, thrombosierter Varix- oder Hämorrhoidalnoten, ausgenommen nach vorangegangener Verdichtung (auch elektrochirurgisch)	61,14	86,81	---	---	---	---	---	---	8,43	---	---	---	---
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzenden Hämatoms, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone (auch elektrochirurgisch)	77,16	109,56	---	---	---	---	---	---	103,63	---	---	---	---
Legende: INT: interne Medizin KMF: Kontrastmittel KOP: Kinder-Pass G3: erster Hauswinder nach XGIS USGS: Transvaginale Ultraschalluntersuchung QRI: Chirurgie ÜRO: Urologie KIN: Kinderheilkunde UCH: Unfallchirurgie ---: keine Angabe PRA: praktische Notfalldiagnostik LAB: Labor quellen: Daten der Krankenkassen und Sozialversicherungsträger; Auswertungen des KH														

Anhang 5: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Oberösterreich (in EUR)

Leistung	Bezeichnung	KH Ried		OÖGKK			BVA-Landesstelle Oberösterreich		SVA-Landesstelle Oberösterreich				
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis ohne Auf- andhang 2008	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif
Mammographie	kurative Mammographie (beide Seiten)	49,61	76,34	---	---	---	---	106,22	---	113,41	---	---	---
	kurative Mammographie je Seite	nk	nk	277,3	---	---	30,10	58,71	---	---	---	---	---
CT - Schädel	Gehirn	109,05 für alle Leistungen; Zukunft siehe oben	109,05 für alle Leistungen; Zukunft siehe oben	97,81	---	---	98,23	---	---	---	---	---	---
CT - Knie	Gesichtsschädel	---	---	97,33	---	---	98,23	---	---	---	---	---	---
CT - Hüfte	Genengen, F. Scap.	---	---	98,45	---	---	98,23	---	---	---	---	---	---
CT - HWS	Blutgefäßschicht inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	---	---	100,06	---	---	98,23	---	---	---	---	---	---
CT - LWS	Blutgefäßschicht inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	---	---	97,36	---	---	98,23	---	---	---	---	---	---
MRT - Schädel	Gehirn und Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C3	185,11 für alle Leistungen; Zukunft siehe oben	185,11 für alle Leistungen; Zukunft siehe oben	148,01	---	---	150,35	---	---	---	---	---	---
	Gehirn oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Gehirn und/oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C3	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Kardiale MRT (tumoröse Darstellung des Gehirns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Kardiale MRT (tumoröse Darstellung des Gehirns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
MRT - Knie	Kniegelenk, F. Scap.	---	---	160,65	---	---	160,38	---	---	---	---	---	---
MRT - Hüfte	Kniegelenk, F. Scap.	---	---	146,23	---	---	146,34	---	---	---	---	---	---
MRT - HWS	Kniegelenk, F. Scap.	---	---	146,23	---	---	146,34	---	---	---	---	---	---
MRT - LWS	Kniegelenk, F. Scap.	---	---	146,23	---	---	146,34	---	---	---	---	---	---
Phlebographie	Kniegelenk, F. Scap.	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Coloskopie	Coloskopie	89,05	154,03	86,48 INT / 106,64 CHI	108,10 INT / 136,50 CHI	145,19 INT / 148,67 CHI	116,15	119,05	---	---	---	137,54 CHI / 137,54 INT	118,57
	Polypentfernung mittels Endoskop, je Polyp; verrechenbar nur von CHI, URO, RT	nk	nk	70,04 INT / 89,37 CHI	87,55 INT / 114,39 CHI	127,28 INT / 130,33 CHI	101,82	---	---	---	---	---	---
	Coloskopie mit Polypektomie	132,83 bis 191,08	229,76 bis 330,52	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Gastrokopie	Doppelgastro-Duodenoskopie	30,17	52,18	72,29 INT / 89,62 CHI	90,36 INT / 114,71 CHI	118,75 INT / 131,60 CHI	95,00	---	---	---	---	---	---
	Doppelgastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	63,48 bis 121,73	109,80 bis 210,55	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Doppelgastrokopie, Gastroskopie	nk	nk	---	---	---	---	87,84	---	---	---	---	---
	Gastroskopie, Duodenoskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Blase	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) beim Mann	19,13	27,75	wurde nicht angerechnet 16,32	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) bei der Frau	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Ultrachall	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	nk	nk	20,89	32,17 GYN	32,80 GYN	21,30	---	---	---	---	31,82 GYN / 40,29 PRA	22,89
	Sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	nk	nk	20,89	32,17 GYN	32,80 GYN	21,30	---	---	---	---	31,82 GYN / 40,29 PRA	22,89
	geburtshilflicher Ultrachall bei (besonderer) medizinischer Indikation Schwangerenuntersuchung (UlKP); außerhalb der MRK-Untersuchung nur bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf misset abortion, Verdacht auf intrauterinen Fetusverlust, Missverhältnis Schwangerschaften (Kerngröße, Fruchtwasser, Plazenta, Fetusgewicht und Fetuslänge) bei (besonderer) Zustand der Schwangerschaft und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf misset abortion, Verdacht auf intrauterinen Fetusverlust, Missverhältnis Schwangerschaften - Leibesfrucht	16,84	23,06	11,19	17,23 GYN	32,80 GYN	21,30	---	---	---	---	34,14 GYN / 43,23 PRA	24,56
	Mammia-Sonographie bei unklaren (pathologischen) Mammographieergebnis (Mammographiebefund) je Seite direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienströme, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchblutung ev. Funktionsstests sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten auf die Position, nur einmal verzeichnet Mammia-Sonographie bei (besonderer) Zustand der Schwangerschaft und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf misset abortion, Verdacht auf intrauterinen Fetusverlust, Missverhältnis Schwangerschaften - Leibesfrucht	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	34,14 GYN / 43,23 PRA	24,56
	Mammia-Sonographie bei unklaren (pathologischen) Mammographieergebnis (Mammographiebefund) je Seite direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienströme, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchblutung ev. Funktionsstests sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten auf die Position, nur einmal verzeichnet Mammia-Sonographie bei (besonderer) Zustand der Schwangerschaft und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf misset abortion, Verdacht auf intrauterinen Fetusverlust, Missverhältnis Schwangerschaften - Leibesfrucht	31,91; 56,16 beidseitig	49,12; 86,40 beidseitig	7,43	---	---	6,08 RAD	13,50	---	---	---	34,14 GYN / 43,23 PRA	24,56
	Messung der distalen Arterienströme, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchblutung ev. Funktionsstests sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten auf die Position, nur einmal verzeichnet Mammia-Sonographie bei (besonderer) Zustand der Schwangerschaft und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf misset abortion, Verdacht auf intrauterinen Fetusverlust, Missverhältnis Schwangerschaften - Leibesfrucht	23,78	33,03	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Messung der distalen Arterienströme, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchblutung ev. Funktionsstests sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten auf die Position, nur einmal verzeichnet Mammia-Sonographie bei (besonderer) Zustand der Schwangerschaft und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf misset abortion, Verdacht auf intrauterinen Fetusverlust, Missverhältnis Schwangerschaften - Leibesfrucht	72,41	111,41	12,55	---	---	12,83 RAD	15,68	---	---	---	17,21 CHI / 22,85 DER / 17,21 INT / 26,12 PRA	14,84

Anhang 5: Ambulanzkosten– sowie Durchschnittspreis– und Tarifvergleich – Oberösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	KH Ried		ÖÖGKK			BVA-Landesstelle Oberösterreich			SVA-Landesstelle Oberösterreich					
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis ohne Tarif- anhebung 2008	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif
Blutbild groß	kompletter Blutbild: Hämatokrit, Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung ergebenden Parameter, Differenzialzählung	nk	nk	4,32	---	---	7,52 LAB	---	---	---	---	---	---	---	---
		nk	nk	4,90 INT / 3,97 PRA / 4,18 KIN / 3,17 LUN / 6,46 GTN	6,13 INT / 13,50 PRA / 9,07 KIN / 4,53 LUN / 9,95 GTN	---	6,46	---	---	---	---	---	---	---	---
	komplettes Blutbild (Erythrozyten, Hämoglobin + Beurteilung der Erythrozyten), komplettes Blutbild (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differenzialblutbild)	2,10 technisch	2,97 technisch	1,67	---	---	2,73 LAB	---	---	---	---	---	---	---	---
		nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differenzialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (mechanisiertes Blutbild und Differenzialblutbild)	14,68 manuell	20,79 manuell	---	---	---	---	9,50	---	---	9,50 LAB	---	---	---	13,03 - 11,52
Enzyme	komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differenzialzählung, Hämatokrit- und Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter	nk	nk	1,15	---	---	1,97 LAB	---	---	---	---	---	---	---	---
		nk	nk	3,22 PRA / 3,71 INT / 4,01 KIN	10,95 PRA / 4,64 INT / 8,70 KIN	16,12 PRA / 5,93 INT / 10,29 KIN	4,74	---	---	---	---	---	---	---	
	Gamma-Glutaryl-Transferrase: Labor														
	Gamma-Glutaryl-Transferrase: niedergelassene Ärzte														
	Gamma-Glutaryl-Transferrase	1,39	1,97	---	---	---	---	---	---	---	2,85 LAB	---	---	---	6,01 - 5,32
	Gesamtcholesterin: Labor	nk	nk	1,69	---	---	2,88 LAB	---	---	---	---	---	---	---	---
		nk	nk	2,79 PRA / 3,20 INT / 3,39 KIN	9,49 PRA / 4,00 INT / 7,36 KIN	13,91 PRA / 5,11 INT / 8,88 KIN	4,09	---	---	---	---	---	---	---	
	Gesamtcholesterin: niedergelassene Ärzte														
chemische Blutuntersuchung	Gesamtcholesterin	1,13	1,60	---	---	---	---	---	---	---	2,85 LAB	---	---	---	6,01 - 5,32
Fremdkörperentfernung aus der Cornea	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Fremdkörperentfernung aus der Cornea	20,04	26,99	17,05 PRA / 14,88 AUG	57,97 PRA / 23,96 AUG	59,23 PRA / 28,05 AUG / 22,30 CHI / 9,54 DER / 21,78 INT / 5,68 KIN / 22,35 UCH	17,42	---	---	9,44 AUG / 11,15 PRA	5,90	---	---	21,48 AUG / 23,06 PRA	13,10

Anhang 5: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Oberösterreich (in EUR)

Anhang 5: Ambulanzkosten– sowie Durchschnittspreis– und Tarifvergleich – Oberösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	KH Ried		ÖÖGKK			BVA-Landesstelle Oberösterreich			SVA-Landesstelle Oberösterreich				
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis ohne Tarif- anhebung 2008	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif			
Entfernung eines Karbunkels	Incision eines Karbunkels	14,02	19,63	11,36 PRA / 9,90 DER / 9,90 HNO / 9,83 AUG / 10,81 KIN / 10,87 CH / 10,82 GYN / 11,38 UCH / 10,54 URO / 9,80 ORT	38,62 PRA / 22,47 DER / 16,43 HNO / 15,83 AUG / 23,46 KIN / 13,91 CH / 16,66 GYN / 17,87 UCH / 17,92 URO / 12,84 ORT	18,69 AUG / 14,66 CHI / 26,35 DER / 17,88 GYN / 19,27 HNO / 14,51 INT / 16,17 URO / 25,19 KIN / 16,60 LIN / 19,85 NEU / 15,21 ORT / 20,78 PSY / 18,23 UCH / 19,74 URO / 39,47 PRA	11,61	85,86 AUG / 66,64 CHI / 84,78 DER / 72,44 GYN / 79,42 HNO / 64,39 INT / 90,08 KIN / 70,83 LIN / 71,51 NEUPSY / 66,54 ORT / 71,90 PSY / 74,05 UCH / 67,08 URO / 101,42 PRA	---	80,59 AUG / 57,00 CHI / 75,68 DER / 68,30 GYN / 75,68 HNO / 57,00 INT / 78,13 KIN / 64,37 LIN / 65,85 NEUPSY / 61,43 ORT / 70,27 UCH / 66,34 URO / 86,49 PRA	53,66	---	---	49,14
		nk	nk	---	---	---	8,43	---	---	---	---	---		
	Incision eines oder mehrerer oberflächlicher Abszesse, Furunkel, Panaritias cutanea, Paronychien, Schweißdrüsen- oder Lymphknotenabszesse, veredelter Altherome, veredelter Hämatoine, thrombosierter Varix- oder Hämorrhoidal-knoten, ausgenommen nach vorangegangener Verödung (auch elektrochirurgisch)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	103,63	---		
	operative Behandlung eines Karbunkels oder tief sitzenden Abszesses oder tief sitzendem Hämatoins, Incision einer Mastitis purulenta oder Phlegmone (auch elektrochirurgisch)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---		
Legende:														
nk: nicht kalkuliert	ORT: Zahnärztliche Medizin													
nk: nicht kalkuliert	CHI: Augen													
nk: nicht kalkuliert	DER: Kontrastmittel													
nk: nicht kalkuliert	MDP: Mütter-Kind-Pass													
nk: nicht kalkuliert	CE: dritter Halswirbel nach Axis													
nk: nicht kalkuliert	HWS: Halswirbelsäule													
nk: nicht kalkuliert	DWS: Lendenwirbelsäule													
UCH: Chirurgie	MD/PPST: Neurologie/Psychiatrie													
URO: Urologie	ORT: Orthopädie													
KNF: Kinderheilkunde	PRA: praktischer Arzt (Allgemeinmedizin)													
UCH: Unfallchirurgie	RAU: Radiologie													
	LAB: Labor													
Quellen: Daten der Krankenkassen und Sozialversicherungsträger, Auswertungen des KH														

Anhang 6: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Niederösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LK St. Pölten, (LK Krems), (LK Amstetten)		NÖGKK				BVA-Landesstelle Niederösterreich				SVA-Landesstelle Niederösterreich			
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Durchschnitts- preis	Tarif mit Zuschlag	Tarif	
Mammographie	kurative Mammographie (beide Seiten)	57,44 (127,19)	80,33 (142,17)	---	---	---	---	112,29	---	---	113,41	---	---	---	
	kurative Mammographie je Seite	33,35	56,24	---	---	45,52 / 43,13 / 40,79	---	57,85	---	---	---	---	---	---	
CT - Schädel	Gehirn	37,99 bis 55,51 (74,68) ohne KM; 64,94 bis 75,12 mit KM; 83,84 bis 94,02 mit KM	56,88 bis 74,40 (110,08) ohne KM; 83,84 bis 94,02 mit KM	---	---	100,00	---	103,62	---	100,00	98,78	---	---	100,00	
	Gesichtsschädel	49,45 ohne KM; 78,51 bis 131,02 mit KM	68,32 ohne KM; 97,80 bis 149,91 mit KM	---	---	100,00	---	103,62	---	100,00	100,52	---	---	100,00	
CT - Knie	Kniegelenk je Seite	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)	---	---	100,00	---	103,62	---	100,00	95,90	---	---	100,00	
CT - Hüfte	Hüftgelenk je Seite	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)	---	---	100,00	---	103,62	---	100,00	92,40	---	---	100,00	
CT - HWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)	---	---	100,00	---	---	---	---	---	---	---	---	
CT - LWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie (unabhängig der Segmentanzahl)	38,14 bis 55,66 (71,23)	57,03 bis 74,55 (106,63)	---	---	100,00	---	---	---	---	---	---	---	---	
MRT - Schädel	Gehirn und Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3	111,07 bis 139,64 (145,93) ohne KM; 152,16 bis 173,07 mit KM	158,76 bis 187,33 (200,52) ohne KM; 193,89 bis 220,76 mit KM	---	---	---	---	152,89	---	165,00	151,56	---	---	165,00	
	Gehirn oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3 Gehirn und/oder Gesichtsschädel inkl. Rückenmark bis C 3 serielle MRT (dicke Darstellung des Gehirns) Nasenbenhöhlen (= Gesichtsschädel)	---	---	---	---	165,00	---	---	---	---	---	---	---	---	
MRT - Knie	Kniegelenk je Seite	116,10 bis 139,57 (145,68) rechts und links	163,79 bis 187,26 (200,27) rechts und links	---	---	165,00	---	152,89	---	165,00	152,32	---	---	165,00	
	Hüftgelenk je Seite	113,48 bis 139,50 (145,68) rechts und links	161,17 bis 187,19 (200,27) rechts und links	---	---	165,00	---	152,89	---	165,00	151,27	---	---	165,00	
MRT - HWS	Halbwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (200,27)	---	---	165,00	---	152,89	---	165,00	151,64	---	---	165,00	
MRT - LWS	Lendenwirbelsäule inkl. allenfalls Myelographie	116,10 bis 139,57 (145,68)	163,79 bis 187,26 (200,27)	---	---	165,00	---	152,89	---	165,00	150,12	---	---	165,00	
Phlebographie		nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Coloskopie	Coloskopie	nk (130,06)	nk (148,83)	---	---	---	---	119,05	---	119,06	---	---	143,47 CHI / 144,66 INT	118,57	
	Polypektomie mittels Endoskop, je Polyp; verrechenbar nur von CHI, URD, INT	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Gastroskopie	Coloskopie mit Polypektomie	221,01 bis 243,17 (260,27)	285,18 bis 307,34 (340,27)	---	---	150,09	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Duodeno-Gastro-Duodenoskopie	109,45 bis 118,07 (83,94)	173,63 bis 182,25 (102,71)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Gastroskopie	Duodeno-Gastro-Duodenoskopie mit Polypektomie	nk	nk	---	---	75,05	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Duodeno-Gastro-Duodenoskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Blase	Gastroskopie, Gastroskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Gastroskopie, Duodenoskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Blase	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) vom Mann	68,06 (40,33)	83,28 (52,77)	---	---	---	---	119,05	---	119,06	---	---	143,47 CHI / 144,66 INT	118,57	
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie) bei der Frau	nk (30,59)	nk (52,77)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Blase	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	Endoskopie der Harnblase (Zystoskopie)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Ultraschall	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 18. bis 22. Schwangerschaftswoche	16,46 (31,20)	34,24 (38,22)	---	---	20,39	---	---	---	---	---	---	---	---	
	sonographische Untersuchung der Schwangeren in der 30. bis 34. Schwangerschaftswoche	16,46 (31,20)	34,24 (38,22)	---	---	20,39	---	---	---	---	---	---	---	---	
Ultraschall	geburtshilflicher Ultraschall bei (besonderer) medizinischer Indikation	nk (38,19)	nk (45,21)	---	---	---	---	24,35	---	37,65 GYN	26,33	---	---	24,56	
	Schwangerschaftsdiagnostik (MRG); Indikation: der MRG-Untersuchung zur beidseitigen Darstellung der Schwangerschaft, und der bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf mised abortum, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis	26,23	43,61	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	24,56	
Ultraschall	Schwangerschaftsdiagnostik - Leibesfrucht	nk (46,24)	nk (53,26)	---	---	18,47 / 17,50 / 16,53 RAD	---	---	---	---	---	---	---	24,56	
	Sonographie bei pathologischem Zustand der Schwangerschaft, und zwar bei Blutungen während der Schwangerschaft, Verdacht auf mised abortum, Verdacht auf intrauterinen Fruchttod, Missverhältnis	nk (46,24)	nk (53,26)	---	---	18,57	---	---	---	---	---	---	---	24,56	
Ultraschall	Schwangerschaftsdiagnostik - Leibesfrucht	7,29 einseitig (31,17) beidseitig (35,69)	24,67 einseitig (28,67) beidseitig (35,69)	---	---	10,34 / 9,80 / 9,26 RAD	---	11,51	---	13,56 RAD	12,17	---	---	12,79 RAD	
	Mamma-Sonographie (Mammasonographie) je Seite	25,36 bis 27,68 (31,17)	48,15 bis 50,57 (55,69)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Ultraschall	direktionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienströmung, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung; auch bei Messung aller Extremitäten	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
	bidirektionale Doppler-Sonographie der Extremitätenarterien mit Messung der distalen Arterienströmung, Registrierung der Strömungskurve der Extremitätenarterien, Durchführung eventueller Funktionstests sowie Dokumentation und Beurteilung	nk	nk	---	---	---	---	15,71	---	15,95	---	---	---	14,84	

Anhang 6: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Niederösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LK St. Pölten, (LK Krems), (LK Anstetten)		NÖGKK				BVA-Landesstelle Niederösterreich				SVA-Landesstelle Niederösterreich				
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	
Blutbild groß	kompletter Blutbild: Hämokrit, Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung ergebenden Parameter, Differentialzählung Blutbild, komplet Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialzählung, Parvencol Complettes Blutbild (Erythrozyten, Hämoglobin + Beurteilung der Erythrozyten) komplettes Blutbild (Erythrozyten, Leukozyten, Hämoglobin, Differentialblutbild) komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten und Leukozyten, Differentialzählung, Hämokrit- und Hämoglobin-Bestimmung; Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter (mechanisiertes Blutbild und Differentialblutbild)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		1,27 (9,55)	1,68 (11,06)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		nk	nk	5,22 PRA / 4,27 INT / 8,01 KIN / 8,50 LUN	14,92 PRA / 5,30 INT / 13,59 KIN / 10,51 LUN	28,06 PRA / 12,19 INT / 16,66 KIN / 12,14 LUN	9,82	---	---	---	---	22,41 - 19,81 AUG / 15,77 - 13,94 CH / 21,24 - 18,78 DER / 19,81 - 17,51 GYN / 19,94 - 17,63 HNO / 15,90 - 14,05 INT / 21,63 - 19,12 KIN / 16,39 - 16,24 LUN / 15,90 - 14,05 INT - NEUPSY / 17,07 - 15,09 ORT / 15,90 - 14,05 UCH / 17,20 - 15,21 URO / 20,72 - 18,32 PRA	---	---	---	---
Enzyme	komplettes Blutbild: Zählung und Beurteilung der Erythrozyten, Leukozyten und Thrombozyten, automatisierte oder notwendige mikroskopische Differentialzählung, Hämokrit- und Hämoglobin-Bestimmung, Errechnung der sich aus der Zählung und Messung ergebenden Parameter Gamma-Glutamyl-Transferrase: Labor Gamma-Glutamyl-Transferrase: niedergelassene Ärzte Gamma-Glutamyl-Transferrase Gesamtbilirubin: Labor Gesamtbilirubin: niedergelassene Ärzte Gesamtbilirubin	nk	0,15 (16,27)	0,56 (17,78)	3,71 PRA / 3,04 INT / 5,70 KIN	10,60 PRA / 3,78 INT / 9,67 KIN	19,97 PRA / 8,68 INT / 11,86 KIN	6,99	---	---	---	---	---	---	---	
		0,16	0,57	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		---	---	2,20 PRA / 1,80 INT / 3,38 KIN	6,29 PRA / 2,24 INT / 5,73 KIN	11,86 PRA / 5,15 INT / 7,04 KIN	4,15	---	---	---	---	---	---	---	---	---
chemische Blutuntersuchung	Gesamtbilirubin Gesamtbilirubin Gesamtbilirubin Gesamtbilirubin	0,15 (16,02)	0,56 (17,53)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
Fremdkörperentfernung aus der Cornea	Fremdkörperentfernung aus der Cornea einschließlich Anästhesie Fremdkörperentfernung aus der Cornea	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		11, 11	22,70	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
intravenöse Injektion	intravenöse Injektion	3,51 (5,06)	8,58 (22,68)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
EKG	12-Ableitungs-EKG (Ableitung I, II, III AVR, AVL, AVF; V1-6) inkl. langem Streifen, soweit erforderlich (eine Ableitung mind. 2 Minuten) mit Ergometrie Langzeit-EKG (24 Stunden) Ruhe-EKG mit 6 Brustwandableitungen	3,37 (8,90)	7,62 (26,52)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	

Anhang 6: Ambulanzkosten- sowie Durchschnittspreis- und Tarifvergleich – Niederösterreich
(in EUR)

Leistung	Bezeichnung	LK St. Pölten, (LK Krems), [LK Amstetten]		NÖGKK			BVA-Landesstelle Niederösterreich			SVA-Landesstelle Niederösterreich		
		Teilkosten¹	Vollkosten	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif	Durchschnitts- preis mit Zuschlag	Tarif mit Zuschlag	Tarif
EMG- und ENG-Untersuchung	EMG- und ENG-Untersuchung zusammen	58,51	74,54	68,33 NEU	101,38 NEU	77,55	---	112,01 NEU/PSY / 121,52 PSY	76,72	---	103,30 NEU/PSY	70,75
	ENG-Untersuchung	30,27	46,30	---	---	---	---	66,97 NEU/PSY / 70,00 PSY	47,21	---	65,04 NEU/PSY	44,55
	ENG-Untersuchung	30,01	46,04	---	---	---	---	66,97 NEU/PSY / 76,01 PSY	47,21	---	65,04 NEU/PSY	44,55
psychiatrische Notfallbehandlung	Elektronenographie und Befund	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	psychiatrische Notfallmaßnahmen (sozialpsychiatrische Interventionen, Einweisung in psychiatrische Anstalten) einschließlich allfälliger Abklärungen mit Behörden und Ausstellung notwendiger Zeugnisse	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	psychiatrische Notfallbehandlung (Krisenintervention); nur bei Suizidgefahr bzw. akuten Exazerbationen bei Psychosen verrechenbar	[75,27]	[133,00]	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Befundbestimmung bei Astigmatismus (Javal); einmal pro Fall und Quartal verrechenbar	15,07 bei Kindern	25,62	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Befundbestimmung bei Astigmatismus (Javal)	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	subjektive Refraktionsbestimmung bei Astigmatismus	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Skioskopie oder Bestimmung des Astigmatismus nach Javal	nk	nk	---	13,25 AUG	10,01	---	---	---	---	---	---
	Skioskopie	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Schuldrück (Javal) pro Fall und Tag verrechenbar	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Schirmtest	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Tränensekretionsmessung	Schmierprobe (Probe bei Verdacht auf Hyposekretion der Tränendrüsen)	nk	nk	5,76 AUG	6,82 AUG	5,00	---	5,49 AUG	3,37	---	5,64 AUG	3,28
	Tränensekretionsmessung (Schmierprobe) bei Kontaktlinsenunverträglichkeit sowie bei trockenen, chronischen Entzündungen des Auges	10,68	22,26	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Otomikroskopie	5,94 [1,98]	18,91 [9,54]	1,93	2,74 HNO	10,64 HNO	---	9,64 HNO	6,74	---	15,04 HNO / 15,63 PRA	9,83
Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst	Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	50,39 [36,51]	63,82 [46,81]	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	operative Entfernung bis zu drei Geschwülsten in einer Region, inkl. Naht; Atherom, Fibrom, Lipom, Fibroadenom, Lymphknoten	nk	nk	---	---	45,03	---	---	---	---	---	---
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Entfernung einer oder mehrerer Warzen	Entfernung (Exstirpation, Exzision, Kauter, Excochleation) einer Warze	8,10 [36,51]	21,53 [46,81]	---	---	---	---	6,88 AUG / 4,94 CHI / 6,92 DER / 6,03 GYN / 6,03 HNO / 5,28 INT / 7,01 KIN / 5,91 LUN / 7,16 NEU/PSY / 5,53 ORT / 6,79 PSY / 5,15 UCH / 5,53 URO / 7,26 PRA	4,22	---	9,01 AUG / 6,34 CHI / 6,03 DER / 6,03 GYN / 6,02 HNO / 6,39 INT / 6,70 KIN / 7,39 LUN / 7,65 NEU/PSY / 6,86 ORT / 6,39 UCH / 6,92 URO / 8,33 PRA	5,24
	Entfernung einer oder mehrerer Warzen, aktinischer Keratosen, Clavus	22,05 [50,49]	35,47 [60,79]	---	---	15,01	---	---	---	---	---	---
	chirurgische, elektrochirurgische oder kryochirurgische Entfernung von benignen Geschwülsten (wie z.B. Condylomata acuminata, Warzen, Keratosen, Moluska, Papillome, Keloid) ohne Naht; die Leistung kann bei Entfernung von bis zu fünf Geschwülsten je Sitzung und Region nur einmal verrechnet werden; Angabe der Region notwendig; Anästhesie einmal pro Region verrechenbar	nk	nk	---	---	15,01	---	---	---	---	---	---
Excochleation, Ätzung, Kauter, einer Warze oder einer leicht zugänglichsten Geschwulst	Excochleation, Ätzung, Kauter einer Warze oder einer leicht zugänglichsten Geschwulst	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Entfernung mehrerer Warzen in einer Sitzung	nk [50,49]	nk [60,79]	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst	Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	50,39 [36,51]	63,82 [46,81]	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	operative Entfernung bis zu drei Geschwülsten in einer Region, inkl. Naht; Atherom, Fibrom, Lipom, Fibroadenom, Lymphknoten	nk	nk	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Exstirpation oder Exzision einer Geschwulst (bis 10 mm Durchmesser)	50,39 [36,51]	63,82 [46,81]	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Wien, im März 2011

Der Präsident:

Dr. Josef Moser



Bisher erschienen:

Reihe Vorarlberg
2011/1

Bericht des Rechnungshofes
– Filmförderung in Österreich

**In der 4. Sitzung des XXIX. Vorarlberger Landtags im Jahr 2011 am
11.05.2011 einstimmig zur Kenntnis genommen.**